



PROJET MÉDICO-SOIGNANT STRATÉGIQUE

*Groupe hospitalier
Mont-Saint-Michel*



2025-2029

1. UN PROJET STRATEGIQUE, une ambition collective au service des usagers de notre territoire.....	5
1.1. Convention constitutive du Groupe hospitalier de territoire (GHT).....	5
1.2. Un projet pour l'avenir de notre GHT.....	5
1.3. Un projet stratégique, pour répondre à quels enjeux ?	6
1.4. Un projet au service des usagers du Sud Manche.....	6
1.5. Notre responsabilité populationnelle.	8
1.6. Le GHT, un acteur incontournable du territoire.	9
2. DEMARCHE d'ACTUALISATION	13
3. LES BESOINS SUR LE TERRITOIRE cf « DIAGNOSTIC TERRITORIAL »	15
4. L'OFFRE SUR LE TERRITOIRE cf « DIAGNOSTIC TERRITORIAL ».....	16
5. QUELLE EVOLUTION DE NOTRE OFFRE ?	18
5.1. FEUILLE DE ROUTE en URGENCE VITALE et SOINS CRITIQUES ADULTES.	22
5.2. FEUILLE DE ROUTE en CHIRURGIE, ANESTHESIE, MEDECINE PERI-OPERATOIRE.....	27
5.3. FEUILLE DE ROUTE pour les FEMMES, les ENFANTS et les ADOLESCENTS.....	323
5.4. FEUILLE DE ROUTE pour l'ONCOLOGIE.....	38
5.5. FEUILLE DE ROUTE en MEDECINE et SMR	43
5.6. FEUILLE DE ROUTE pour les PERSONNES AGEES.	53
5.7. FEUILLE DE ROUTE du secteur MEDICO-SOCIAL.....	58
5.8. FEUILLE DE ROUTE pour la SANTE MENTALE.	64
5.9. FEUILLE DE ROUTE en matière d'ADDICTOLOGIE.	74
6. DES DYNAMIQUES TRANSVERSALES INDISPENSABLES	79
6.1. Anticiper la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.....	79
6.2. Piloter et soutenir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.	81
6.3. Réguler et réduire l'impact des soins non programmés.	87
6.4. Renforcer l'approche en responsabilité populationnelle.....	91
6.5. Optimiser les interfaces entre la ville et l'hôpital.....	95
6.6. Faciliter la recherche et l'innovation.	104
6.7. Renforcer et développer les coopérations externes.	107
7. L'EFFICIENCE AU SERVICE DES PARCOURS DE SOINS.....	110
7.1. Optimiser l'utilisation du capacitaire DIRCO.....	110
7.2. Soutenir l'activité des services de soins et d'hébergement.....	117
7.3. Développer durablement nos activités	126
8. LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET STRATEGIQUE	132
8.1. La dimension économique de ce projet stratégique.	132
8.2. La mise en œuvre : délégation aux acteurs.	132
8.3. Proposition d'indicateurs à suivre dans le cadre du pilotage stratégique.	133

ANNEXE 1. Lettre des usagers aux professionnels des établissements du GHT	143
ANNEXE 2. Synthèse du capacitaire DIRCO	144
ANNEXE 3. Synthèse des autorisations DIRCO en cours	146
<u>GLOSSAIRE</u>	



Partie 1

UN PROJET STRATÉGIQUE,
une ambition collective
au service des usagers
de notre territoire.

1. UN PROJET STRATEGIQUE, une ambition collective au service des usagers de notre territoire.

1.1. Convention constitutive du Groupe hospitalier de territoire (GHT).

Le groupe hospitalier Mont Saint-Michel, établi par la convention de Juin 2016, est composé des établissements suivants :

- **Les établissements de la direction commune :**

Centre hospitalier Avranches-Granville, 849 rue des Menneries, 50406 Granville,

Centre hospitalier de Villedieu-les-Poêles, 12 rue Jean Gasté, 50800 Villedieu-les-Poêles,

désormais dénommés ensemble **Hôpitaux du Sud Manche** depuis la fusion effective au 01/01/2024.

Centre hospitalier Daniel Cuche, Place de Bretagne, 50600 Saint-Hilaire-du-Harcouët,

Centre hospitalier Gilles Buisson, 18 rue de la 30ème Division Américaine, 50140 Mortain,

Centre hospitalier de Saint-James, 2 routes de Pontorson, 50240 Saint-James, et le **centre d'accueil et de soins Saint-James**, fusionnés depuis le 01/01/2023.

- **Le centre hospitalier de l'estran**, 7, chaussée Villechérél, 50170 Pontorson, spécialisé en santé mentale.

Le CHU de référence pour les établissements membres du GH Mont Saint-Michel est le **CHU de Caen**, avec lequel le GHT a passé une convention en 2017, conformément au décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire.

Cette convention définit les modalités de coopération autour des thématiques concernant l'enseignement, la recherche, les recours et la démographie médicale.

Ce décret fixe également le cadre de l'application de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, dite « Loi de modernisation de notre système de santé », pour les missions des GHT.

Le groupe hospitalier de territoire a pour vocation selon l'article L. 6132-1-II du Code de la santé publique :

« de permettre aux établissements de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Il assure la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Dans chaque groupement, les établissements parties élaborent un projet médical partagé garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours. »

1.2. Un projet pour l'avenir de notre GHT.

Le projet stratégique décrit la cible du GHT pour 2029 en termes d'accompagnement et d'offre de soins hospitalière publique au bénéfice des usagers de son territoire.

Il décline également les modalités générales d'organisation pour y parvenir et la contribution de chaque métier à ce projet collectif.

Le projet stratégique du GHT est au service des patients du territoire, il engage tous les acteurs du GHT.

Le projet stratégique prend en compte le projet régional de santé et les besoins de santé spécifiques du territoire connus des acteurs locaux, dans le souci des exigences de la Haute Autorité de Santé (HAS) en matière de qualité et de sécurité des soins et en référence aux bonnes pratiques.

Le projet stratégique traduit des valeurs, une ambition et la volonté d'optimiser l'usage des ressources de façon pragmatique et réaliste. Il décrit les actions que le GHT envisage de mettre en œuvre, et celles auxquelles il s'engage à participer en collaboration avec les autres acteurs en santé du territoire.

Le projet stratégique du GHT se compose d'un projet médico-soignant partagé, structuré autour de filières de soins, ainsi que d'un projet « support » qui décrit la manière dont les fonctions supports participeront à la mise en œuvre de ce projet d'offre de soins et d'accompagnement.

Il est élaboré pour une durée de 5 ans. Ce projet prévoit les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.

1.3. Un projet stratégique, pour répondre à quels enjeux ?

Le projet de GHT 2025-2029 vise à :

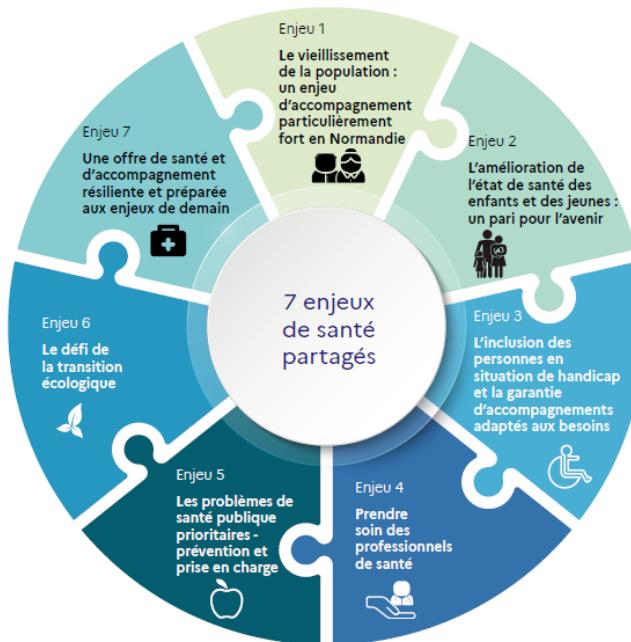
- Répondre aux besoins de santé sur le territoire du Sud Manche en prenant en compte les priorités nationales et régionales, mais aussi les particularités locales.
- Participer à la construction d'une vision commune de l'offre publique hospitalière de soins sur le territoire du Sud Manche et d'affirmer le rôle et le positionnement du GHT dans cette proposition.
- Faciliter une prise en charge coordonnée et graduée sur ce territoire en faisant évoluer les modes de collaboration : responsabilité populationnelle, parcours, partenariats, coopérations, mutualisations.
- Garantir autant que possible la qualité, l'équité, la proximité, et l'accessibilité de l'offre.
- Proposer une offre durable et soutenable tant humainement qu'économiquement par l'ensemble des acteurs.
- Être attractif !

Ce projet donne du sens à nos missions :

- Autour du patient, il élabore la vision d'une pratique et d'une dynamique collective, réellement hospitalière
- Il mobilise tous les acteurs du GHT, chacun dans leur rôle, en créant des dynamiques pour porter des actions collectives de changement au bénéfice des usagers.
- Il offre à chacun la possibilité de comprendre l'ensemble du projet, de se positionner pour proposer sa contribution, de se saisir de ce qui le concerne compte tenu des périmètres de responsabilités respectifs.

1.4. Un projet au service des usagers du Sud Manche.

Rappelons ici les 7 enjeux de santé priorisés par l'Agence Régionale de Santé :



Ces priorités régionales sont précisées pour notre territoire par le Projet Territorial en Santé :

RAPPEL DES 12 AXES PRIORITAIRES :

1.  relever le défi du vieillissement et de la perte d'autonomie ;
2.  mailler l'offre de soins en conjuguant ambition pour la proximité et excellence du recours et en organisant les mobilités ;
3.  améliorer la santé mentale des Normands ;
4.  renforcer l'évolution inclusive de la société ;
5.  garantir aux personnes en situation de précarité l'accès aux soins et services dont elles ont besoin ;
6.  agir collectivement sur les déterminants de santé publique à plus fort enjeu pour les normands et adapter notre stratégie de prévention aux publics cibles ;
7.  développer et renforcer l'autonomie et la capacité des personnes malades et de leurs aidants ;
8.  soutenir l'usager comme acteur du système de santé ;
9.  structurer de nouveaux modèles de prises en charge en favorisant les coopérations et les complémentarités entre les acteurs ;
10.  renforcer l'offre de formation au plus près des territoires ainsi que l'attractivité des métiers de la santé et la fixation des professionnels dans les territoires ;
11.  accompagner les établissements et les professionnels dans leurs transformations structurelles en encourageant notamment le virage numérique et les innovations ;
12.  engager le système de santé normand dans la transition écologique.

En s'attachant à nous aligner avec les objectifs du projet régional de santé, tout en prenant en compte les spécificités de notre bassin de population, nous nous engageons à concentrer notre énergie et à dédier nos efforts aux priorités en santé des usagers du sud Manche.

Les usagers qui ont été concertés dans le cadre de cette démarche d'actualisation, nous ont adressé une lettre qui figure en annexe 1.

Notre volonté d'un projet adapté au territoire auquel chacun contribue efficacement s'accompagne d'un mouvement permanent d'amélioration continue de la sécurité et de la qualité des pratiques.

Les ressources allouées par l'Agence Régionale de Santé (ARS), la Région et le Département soutiendront nos actions, en corrélation avec la démarche méthodique d'amélioration de l'efficience, pour conforter la réponse hospitalière publique sur le territoire.

1.5. Notre responsabilité populationnelle.

Porté depuis plusieurs années par la Fédération hospitalière de France (FHF) et inscrit dans la loi « Ma Santé 2022 » de juillet 2019, le concept de responsabilité populationnelle s'appuie sur ce qui relie l'ensemble des acteurs de santé, par-delà leur statut et leur lieu d'exercice : la responsabilité partagée à l'égard de la prise en soins des patients et de l'amélioration de la santé de la population.

« La responsabilité populationnelle implique l'obligation pour l'ensemble des acteurs de santé d'un territoire de maintenir et d'améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie de la population d'un territoire donné :

- ***En rendant accessible un ensemble de services sociaux et de santé pertinents, coordonnés, qui répondent de manière optimale aux besoins exprimés et non exprimés de la population ;***
- ***En assurant l'accompagnement des personnes et le soutien requis ;***
- ***En agissant en amont, sur les déterminants de la santé.»***

INSPQ, LSSS Québec,
Loi « Santé », article 19, Juillet 2019

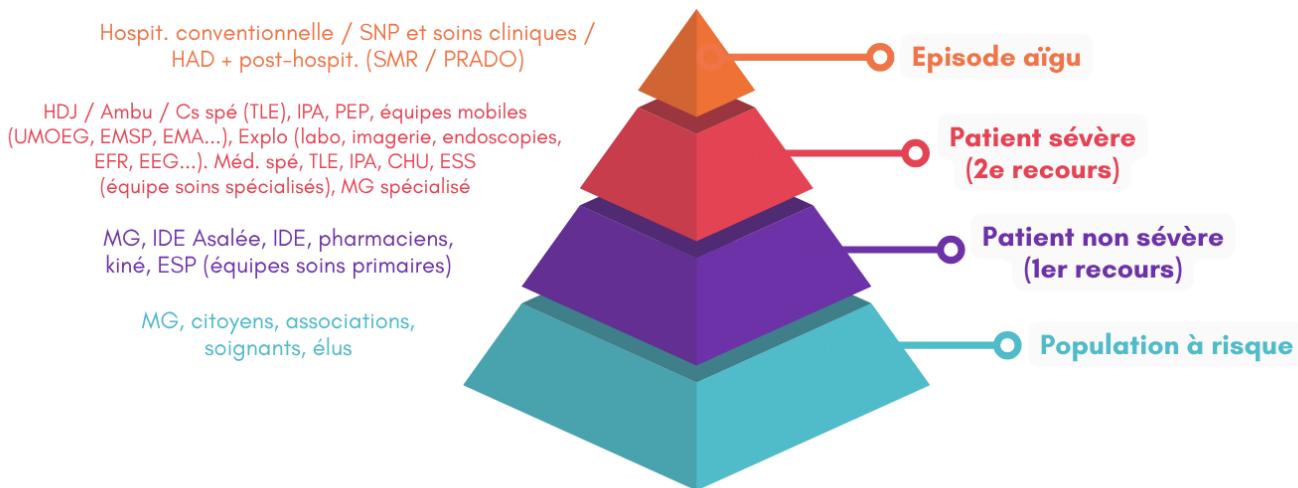
Partant des données de santé et des problématiques en santé d'un territoire donné, l'ensemble des acteurs des secteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social établissent, aux décours de réunions cliniques, une liste de thématiques prioritaires, un programme d'amélioration de parcours prioritaires et élaborent un plan partagé d'actions innovantes où chacun trouve sa place et peut faire avancer ses propres missions.

Un quadruple objectif est ainsi atteint :

- **Meilleure santé de la population dans son entièreté**
 - Education à la santé : santé familiale, nutrition, activité physique.
 - Prévention primaire et secondaire (sensibilisation, dépistages, vaccinations).
 - Inclusion des personnes porteuses de handicap ou en situation de précarité.
- **Meilleure prise en charge des patients suivant des parcours recentrés sur la pertinence clinique**
 - Diagnostic précoce.
 - Soins programmés / Soins non programmés.
 - Prévention secondaire /prévention tertiaire.
 - Gestion des épisodes aigus.
- **Meilleur coût pour la société avec une meilleure utilisation des ressources du territoire**
 - Une offre en santé de qualité convenablement répartie : le bon patient au bon endroit avec le bon professionnel.
 - En pratique sur le plan hospitalier : moins de passages par les urgences, plus d'entrées directes, des sorties plus rapides, plus de prises en charge ambulatoires, moins de re-hospitalisations.
 - L'implication de « nouveaux » partenaires : Equipes territoriales, Infirmière en Pratique Avancée, IDE Asalée, Collectivités, CPAM, CPTS, CLS, DAC, réseau Sport-santé, association de patients, éducation nationale, médecine du travail.
 - Des structures et des outils de coordination et de communication communs et lisibles pour tous.
 - Une information exhaustive et partagée.
 - Une formation continue des acteurs permettant la montée en compétences de chacun.
- **Pouvoir d'attractivité sur les personnels médicaux et para-médicaux avec l'affichage :**
 - D'une responsabilisation face aux patients du territoire.
 - Un travail de co-construction et de multidisciplinarité ville-hôpital porté en fer de lance.

Sur la base de ce projet stratégique et avec le soutien de la Fédération Hospitalière de France, nous souhaitons nous inscrire dans cette démarche innovante, dynamique et transversale de la responsabilité populationnelle afin de mettre en œuvre une offre en santé pertinente et médico-économiquement maîtrisée, en travaillant les coopérations autour des parcours de santé. Comme cela s'observe dans d'autres régions de France où la responsabilité populationnelle se développe maintenant, le GHT est le support idoine de la démarche pour une plus grande efficience collective de tous les acteurs de santé s'il peut avoir le soutien de l'ARS.

Stratégie CMG : l'intelligence collective au service des parcours de santé des patients du territoire (responsabilité populationnelle)



1.6. Le GHT, un acteur incontournable du territoire.

Pour réfléchir aux axes stratégiques de notre projet, nous avons associé nos partenaires. Nous les remercions vivement d'avoir participé aux groupes de travail proposés.

Nous avons pris en compte attentivement les objectifs posés par le projet régional de santé et nous sommes attachés à être en cohérence avec ceux-ci.

Nous avons pris en compte la lettre adressée par les usagers qui, d'une part, nous demandent de les écouter et de leur faire de la place et, d'autre part, nous manifestent leur confiance pour faire alliance sur le territoire entre acteurs de santé.

Nous avons la volonté forte de coopérer avec tous les acteurs du territoire en affirmant notre ambition de groupement hospitalier public territorial.

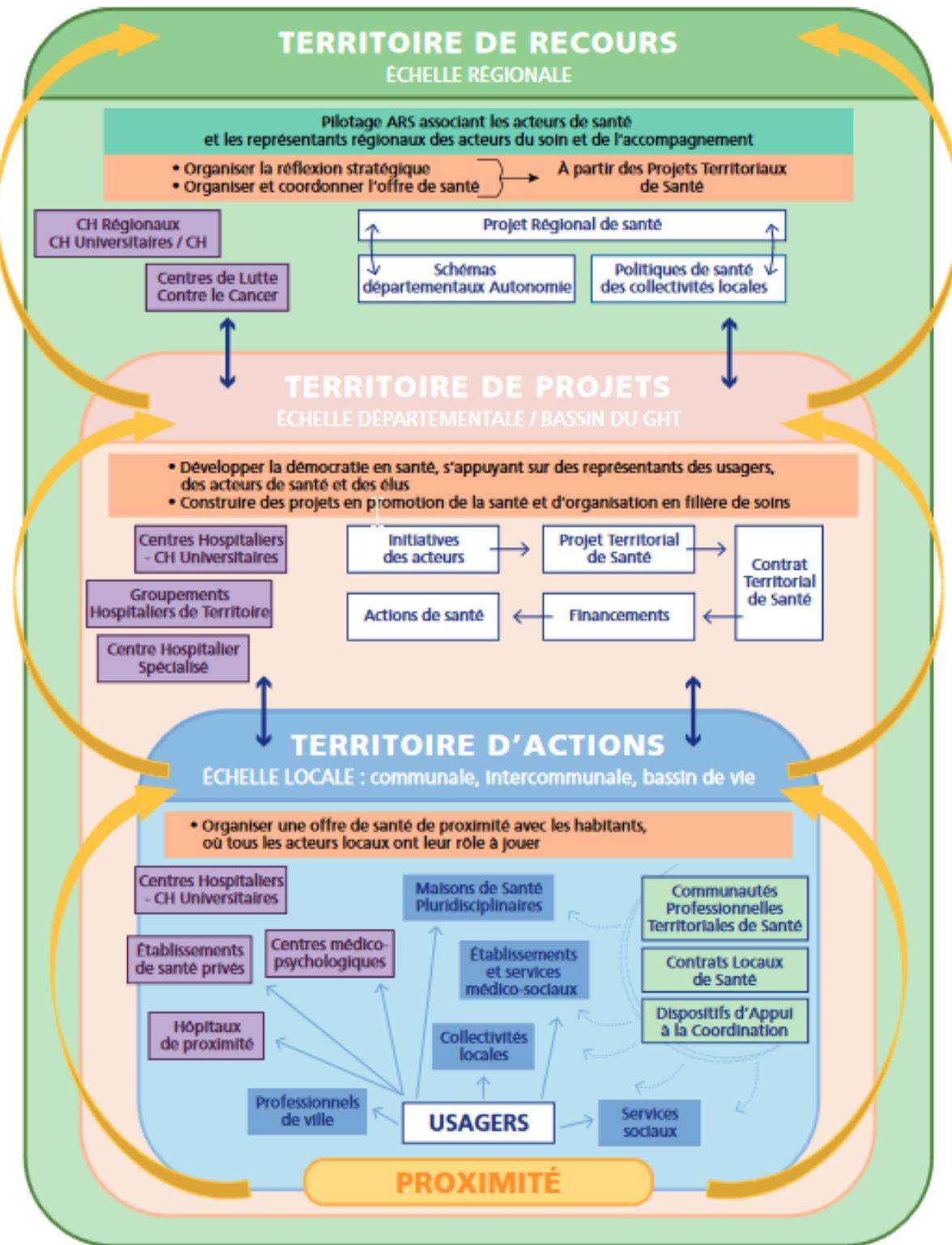
Pour la mise en œuvre de ce projet de GHT, **le dialogue, la coopération et la coordination** seront des principes incontournables afin d'optimiser les ressources collectives au service des usagers.

Tous les niveaux de coopération seront donc considérés avec cette approche :

- Le niveau supra ou extra GHT :
 - Au plan des stratégies et des politiques, en relation avec l'ARS (et ses instances de démocratie sanitaire, comme le CTS), la FHF, la CPAM, la MSA, le Conseil régional, le Conseil départemental notamment le CTS.
 - Les relations et partenariats avec les établissements de recours : CHU et autres GHT en ce qui concerne :
 - o les conventions de recours et l'accès au plateau technique du CHU
 - o les équipes mutualisées ou le partage de la permanence des soins
 - o la formation et le recrutement (feuille de route régionale sur l'attractivité), la gestion des effectifs d'internes, de praticiens hospitaliers ;
 - o l'universitarisation, les temps partagés ;
 - o la recherche clinique (réseau FARES).
 - Pour l'oncologie : implication de la fédération d'oncologie du GH Mont Saint-Michel (GHMSM) dans le réseau régional de cancérologie OncoNormandie et localement dans le cadre du centre de coordination en cancérologie (3C) Avranches (avec le Centre hospitalier de Saint-Lô et l'Hôpital privé de la Baie).
- Sur le territoire :
 - Conventionnement avec l'AUB Santé, comme partenaire historique, installé en proximité du site hospitalier à Avranches, sur des terrains cédés par le centre hospitalier, pour la prévention et le soin en néphrologie et en dialyse, de nombreuses consultations avancées sur tout le territoire, des lits de

néphrologie tenus par l'équipe de l'AUB santé au sein de la cardiologie, une activité en réanimation.

- Conventionnement avec le centre régional de rééducation fonctionnelle (CRRF) comme autre partenaire plus récent du groupe, en complémentarité d'activité de rééducation, bénéficiant de consultations avancées des HSM, installé à Granville sur un terrain hospitalier (bail en 2012, puis vente en 2025) partenaire du quotidien en post-opératoire ou post-avc, futur partenaire en HAD mention rééducation et associé sur le médico-technique (recours au laboratoire d'analyse médicale du groupe hospitalier).
- Avec l'ensemble des acteurs de santé du territoire via la création du groupe de travail parcours santé sud manche piloté par le médecin de santé territorial des HSM, comme un observatoire et un lieu de concertation autour des parcours de santé des usagers du territoire. Il inclut les établissements du GHT, les CPTS, les CLS, l'AUB, l'Hôpital privé de la Baie, le Centre de rééducation Normandy, le DAC.
- Avec les médecins libéraux via les CPTS, d'une part par l'implication au sein des comités directeurs (CODIR) et comités de pilotage (COPIL), d'autre part dans le cadre des comités techniques (COTECH), des différentes missions de ces CPTS (et notamment la mission 3 « Parcours »).
- Avec les radiologues libéraux d'Avranches et de Granville via le Groupement d'Intérêt Economique IRM, créé en 2002, pour les IRM,
- Avec le CHU de Caen, le CH Mémorial de St Lo, des nucléaristes libéraux et l'Association Santé Sud-Manche (ASSUM) via le GCS Médecine Nucléaire Manche Normandie (MN²) dont le CH Hôpitaux du sud-Manche est membre, pour l'exploitation d'un bâtiment de médecine nucléaire qui abritera un tep scan et une gamma caméra, renforçant ainsi la prise en charge en cancérologie,
- Avec le GCSMS Sud Manche (dont les établissements de la direction commune sont membres) pour la filière gériatrique et les projets qu'il porte.
- Avec les collectivités territoriales dans le cadre des contrats locaux de santé via des fiches missions qui impliquent le GHT.
- Avec le DAC, tant par l'implication au sein de son bureau que par les collaborations au quotidien sur les parcours complexes des patients avec la cellule gestion de parcours du GHT. A noter aussi les travaux pour un observatoire des ruptures de parcours.
- Avec la Communauté 360, intégrant l'ensemble des partenaires privés, publics et associatifs pour l'accueil et l'accompagnement des personnes en situation de handicap. Pour exemple, en 2025 : La mise en place de référents parcours et d'un numéro vert.
- Avec les associations d'usagers, via la direction des relations avec les usagers des établissements, grâce à leur implication pour la mise en place de certains parcours de santé.





Partie 2

DÉMARCHE D'ACTUALISATION

2. DEMARCHE d'ACTUALISATION

A la suite du renouvellement du projet régional de santé 2023-2028 en novembre 2023, la direction a fait le choix d'entamer une démarche participative, à l'écoute des professionnels, pour élaborer son projet stratégique.

En décembre 2023, la direction projets, prospective et dialogue de gestion a proposé une fiche projet pour cadrer et organiser la démarche et soutient sa méthodologie participative depuis cette date via un comité de pilotage composé du directeur, du président et de la vice-présidente de la commission médicale de groupement, de la directrice adjointe à la direction projet, prospective et dialogue de gestion et de l'ingénieur en organisation.

Le COPIL a ainsi réuni tout au long de la démarche, les praticiens, paramédicaux, directeurs, et partenaires des hôpitaux membres afin de développer une vision détaillée du positionnement du GHT sur son territoire et de son rôle présent et futur dans la réponse aux besoins de santé du territoire.

Le COPIL a bénéficié du soutien des présidences des Commissions Médicales d'Etablissements du GHT et de la Directrice des Soins en charge de la sécurité et de l'organisation des soins de la DIRCO.

Le COPIL projet a retenu une approche par étapes :

- **La réalisation d'un diagnostic territorial du 15/01 au 28/02/2024** avec les partenaires disposant de données de santé (CPAM, MSA, ARS, ORS) et le DIM de territoire venant compléter l'analyse des besoins figurant au PRS.
- **La mobilisation des professionnels des établissements pour prendre en compte leur analyse et partager leur vision des objectifs stratégiques chacun dans leur rôle :**
 - Concertation médicale entre le 01/04 et le 30/06/2024 : nous avons invité l'ensemble des praticiens du GHT et de nos partenaires en santé pour participer à des ateliers de réflexion autour de 9 thématiques médicales afin de définir les objectifs stratégiques :
 - urgences vitales et soins critiques,
 - soins non programmés,
 - soins programmés,
 - femme- enfant,
 - enfants-adolescents, parentalité et périnatalité,
 - santé mentale et addictologie,
 - très grand âge,
 - précarité,
 - handicap.

Pendant cette phase de concertation, environ 50 réunions ont été menées, tant auprès des personnels médicaux qu'auprès de partenaires clés. Ces orientations médicales stratégiques ont été validées en CMG le 04/07/2024.

- Concertation paramédicale via un séminaire les 12 et 13/09/2024 organisé par la direction de la sécurité et de l'organisation des soins avec les cadres supérieurs de santé, les infirmières de coordination, l'ingénieur qualité et gestion des risques, ainsi que les cadres de santé de la direction commune. Ce travail a permis de formaliser un projet pour la qualité et la sécurité des soins pour l'ensemble de la direction commune qui a été validé en CSIRMT le 28/03/2025.
Par ailleurs le Centre hospitalier de l'estran dispose d'un projet qualité sécurité des soins dont les axes stratégiques figurent dans son projet d'établissement 2022-2026.
La commission paramédicale de territoire permet d'associer les professionnels paramédicaux sur le périmètre du GHT.
- Concertation des services transversaux et médico-techniques de la direction commune entre le 15/09 et le 30/11/2024 : des rendez-vous avec chaque service ont permis d'identifier les projets structurants pour les équipes des services d'imagerie, de pharmacie, de laboratoire, les équipes transversales, le service d'épidémiologie, de prévention et de contrôle des infections (SEPCI), les services de consultations externes, les secrétaires médicales, le funérarium. Tous les services transversaux ont été concertés via leurs cadres de santé et leur chef de service. La validation de ces travaux a été faite par le trio en charge du pôle médico-technique en novembre 2024.

- Concertation des directions fonctionnelles et déléguées d'établissements entre le 01/09 et le 31/12/2024 : l'équipe de direction a été sollicitée pour proposer les axes stratégiques des fonctions supports sur l'ensemble des établissements en soutien des services de soins et d'hébergement. Les directeurs adjoints ont été invités à concerter leurs équipes pour définir leur projet en fonction des orientations médicales stratégiques. Les directeurs délégués d'établissement ont ainsi pu faire le lien avec les problématiques de leurs établissements et développer une vision transversale. Les projets des directions ont été validés en comité de direction (CODIR).
- **La mobilisation des professionnels médicaux et des directions autour de cibles tactiques** pour la direction commune entre le 01/09/2024 et le 30/06/2025 afin de préciser les modalités tactiques de mise en œuvre des objectifs stratégiques.
Les cibles tactiques soumises à concertation collective ont été les suivantes :
 - Utilisation du capacitaire : « colorisation »¹ des SMR de la direction commune (Décembre 2024)
 - Utilisation du capacitaire : capacitaire HSM et associations de services en lien avec la validation du schéma directeur immobilier HSM (Janvier 2025)
 - Modalités de gouvernance (Avril 2025 et Septembre 2025)
 - Modalités de permanence des soins au sein de la direction commune (Février-mai 2025)
 - Actualisation des maquettes médicales (Lancement de la démarche en Avril 2025).

Cette démarche a permis de préciser la vision des professionnels au sein de leurs filières, de compléter les stratégies par des modalités tactiques structurantes et de renforcer le dialogue stratégique entre les acteurs des différents établissements du GH Mont-Saint-Michel.

Tout au long de cette démarche les instances des établissements et du GHT ont été régulièrement informées du contenu des propositions et ont été sollicitées pour les valider progressivement en fonction de leurs compétences réglementaires.



Ce travail a été réalisé en lien avec l'actualisation des projets médico-sociaux des EHPAD de la direction commune, menée dans la perspective des certifications HAS des ESSMS en 2024 et 2025.

A l'issue de ce travail collectif et de la validation par étapes dans les instances ad hoc, nous disposons aujourd'hui d'un **projet médico-soignant partagé de GHT** dont les orientations médicales stratégiques ont été validées par la CMG le 01/04/2025 et le comité stratégique du GHT le 04/04/2025 et dont les cibles tactiques ont été validées par les instances concernées progressivement au cours du 1^{er} semestre 2025.

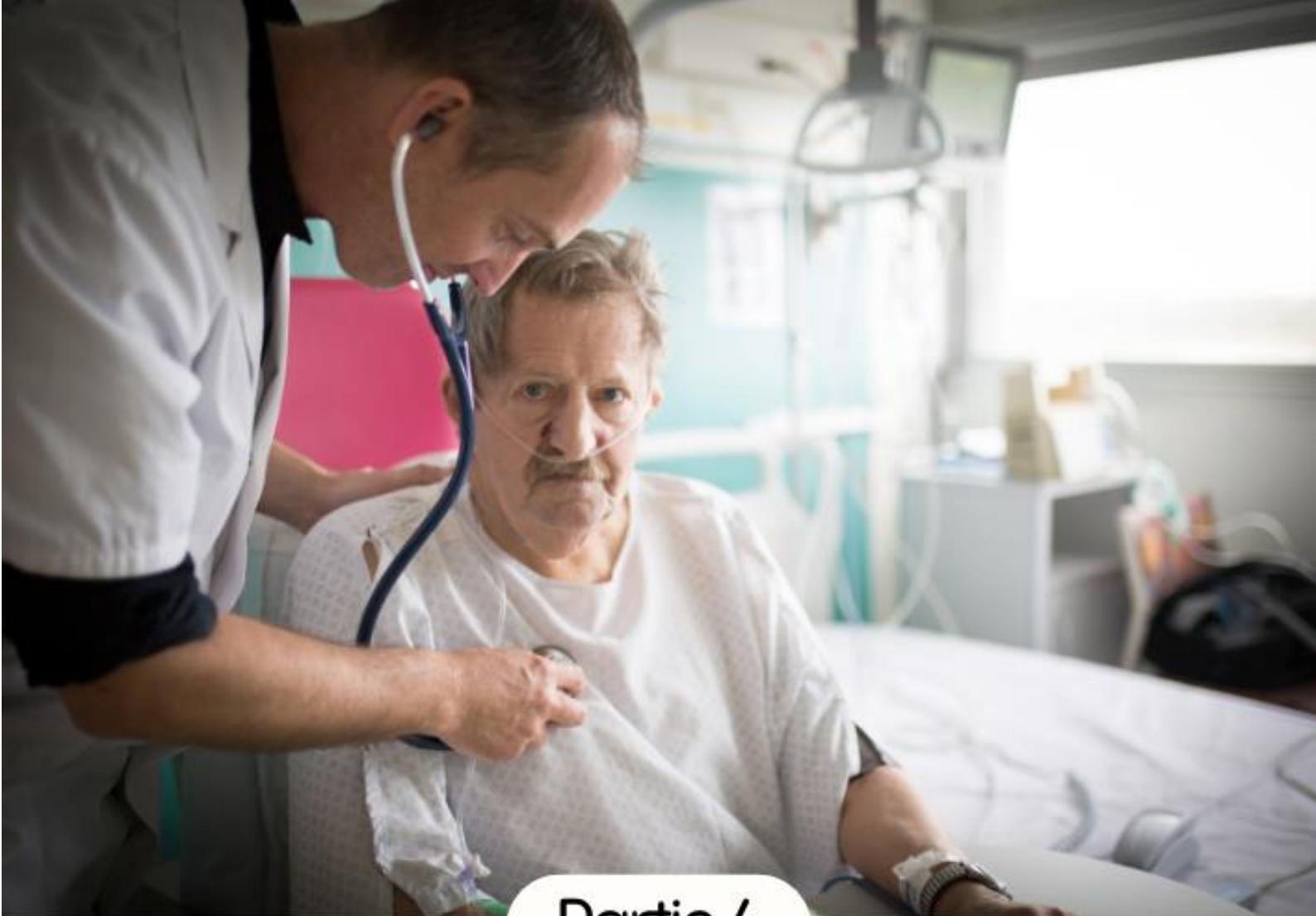
L'ensemble du projet stratégique (PSMP partagé augmenté des propositions de soutien des directions) a été validé par la CMG et le COSTRAT le 17/10/2025 et constituera de fait la feuille de route des établissements du GHT.



Partie 3

LES BESOINS SUR LE TERRITOIRE

3. Cf document complémentaire « DIAGNOSTIC TERRITORIAL »



Partie 4

L'OFFRE EXISTANTE

4. Cf document complémentaire « DIAGNOSTIC TERRITORIAL »



Partie 5

QUELLE ÉVOLUTION
DE NOTRE OFFRE ?

5. QUELLE EVOLUTION DE NOTRE OFFRE ?

Le projet du GHT doit répondre aux enjeux identifiés dans le diagnostic territorial :

- 1- Du fait de la configuration géographique de notre territoire et de la mobilité contrainte de nos usagers, **l'accès aux soins en proximité**, reste une priorité partout sur le territoire. En soutien du rôle incontournable du médecin traitant pour le soin primaire, le GHT doit compléter l'offre de second recours proposée par les praticiens de ville en **facilitant l'accès aux spécialistes via une offre variée et qualitative** en consultations externes, télémédecine, imagerie, laboratoire, explorations fonctionnelles et endoscopiques.
Il doit faciliter le maillage territorial et développer des prises en charge programmées, chirurgicales et médicales, en hospitalisation ambulatoire ou conventionnelle, qui évitent aux patients de s'éloigner de leur domicile. Le GHT doit également contribuer, aux côtés des acteurs de ville, à la réponse au besoin en soins non programmés sur le territoire du Sud Manche, via ses services d'urgences et le capacitaire d'hospitalisation dédié à ce besoin.
- 2- Du fait du besoin croissant de soins, de la pénurie médicale et des contraintes financières, le GHT doit veiller à **la structuration et à l'optimisation des parcours de santé et des organisations qui les soutiennent**. Il doit de ce fait co-construire des approches en **responsabilité populationnelle** avec les autres acteurs en santé du territoire, et, développer parallèlement en son sein, la formalisation des parcours, les coopérations gagnantes, l'harmonisation des pratiques, les mutualisations, l'optimisation et l'efficience. Ce sont autant de clefs pour **maintenir l'offre existante et la développer durablement**, dans le maintien de la sécurité et de la qualité des soins pour les patients. Il doit de facto veiller à assurer la continuité et la permanence des soins dans les spécialités qu'il propose, dans des conditions soutenables, pour que l'offre hospitalière publique à disposition des usagers soit une réponse fiable et durable.
- 3- Le GHT doit s'attacher à **répondre aux besoins spécifiques** des usagers du Sud-Manche et aux **enjeux prioritaires en termes de santé publique**, en focalisant son action et en affinant ses propositions à l'attention des publics atteints de maladies chroniques et des publics fragiles : les personnes âgées, les personnes porteuses de handicap, les personnes vivant dans la précarité, les personnes atteintes de troubles psychiques et les personnes vulnérables de manière générale.
- 4- Fort de son identité, de ses valeurs et de ses compétences, il doit **renforcer sa présence sur le territoire** en utilisant toutes ses capacités et en adaptant ses réponses :
 - Consolider et pérenniser l'offre chirurgicale sur le plateau technique d'Avranches,
 - Accentuer, en proximité, le virage ambulatoire (HDJ, chirurgie ambulatoire, hospitalisation partielle en SMR, HAD),
 - Soutenir les démarches de transversalité en réponse à des besoins croissants en soins palliatifs, en psychiatrie, en aide au maintien à domicile (renforcer les équipes mobiles en favorisant leur territorialité) et promouvoir les nouveaux métiers de type Infirmière en Pratique Avancée,
 - Adapter l'activité de consultation externe qui doit conjuguer variété, réactivité, maillage territorial et modernité : impliquer les spécialistes pour favoriser un second recours pertinent, s'inscrire dans les démarches de dépistage précoce et de prévention qui reviennent au GHT (endoscopie, gynécologie, imagerie, éducation thérapeutique), et développer la télémédecine,
 - Il doit enfin optimiser son organisation pour jouer son rôle parmi les acteurs en responsabilité face à la demande croissante en soins non programmés.
- 5- Du fait de la pénurie de professionnels et de l'évolution du rapport au travail, le GHT se doit d'être un **environnement de travail attractif et qualitatif** en développant des activités innovantes, des projets ambitieux et solides, des organisations facilitantes, un management respectueux, une qualité de vie au travail pour fidéliser les professionnels présents et recruter ceux de demain.

Le projet médico-soignant partagé définit **l'ambition médicale et paramédicale** portée par la commission médicale de groupement et la commission paramédicale de territoire du GHT et **les cibles** concrètes à atteindre dans les cinq prochaines années pour répondre au mieux aux besoins de santé des usagers.

Le projet médico-soignant partagé comprend **l'organisation par filière d'une offre de soins graduée**.

URGENCES SOINS VITAE Soins critiques adultes	CHIRURGIE ANESTHESIE MEDECINE PERI OPERATOIRE	FEMME ENFANT ADOS PARENTALITE	MEDECINE SMR
<u>SMURS</u> SMUR maritime SMURS terrestres SMUR infirmier/UMHP T2IH <u>SAU (externe)</u> Avranches Granville Antenne SAU Saint Hilaire <u>UHCD</u> UHCD Avranches UHCD Granville <u>HC</u> Réanimation adulte USC Réanimation USC Cardiologique	Télé expertise Consultations avancées Consultations sur site <u>Ambulatoire</u> UCAA Avranches UCAA Granville <u>HC</u> Chirurgie digestive Chir.orthopédique Chirurgie urologique Chir.gynécologique Chir.ophtalmologique Chir.stomatologique. Blocs opératoire Equipe d'anesthésie	<u>Femme</u> Consultations sur site Cs avancées dirco Centre périnatal de proximité à Granville HDJ femme-enfant HC Maternité HC Gynécologie <u>Enfant</u> Urgences pédiatriques USI pédiatrique Consultations sur site HC Pédiatrie HC Néonatalogie <u>Parentalité et périnatalité</u> En lien avec le CH Estran (filière santé mentale)	Télé expertise Equipe Mobile Soins Palliatifs Equipe mobile antibiothérapie Consultations avancées et sur site. IPA neurologie et pneumologie. Equipe Douleur. <u>Alternatives HC</u> HDJ multi sites HAD <u>Médecines HC</u> Méd. Polyvalente Infectiologie Médecine interne + MPU à terme Pneumologie + Oncologie générale Gastroentérologie Urologie Neurologie Gériatrie Soins palliatifs Cardiologie Néphrologie Médecine vasculaire Phlébologie SMR colorisés dont HDJ Sur les sites dirco TCA en SMR Villedieu

PERSONNES AGEES	MEDICO SOCIAL	SANTE MENTALE	ADDICTOLOGIE
<u>Dispositifs « aller vers » :</u> Equipe mobile PEG Equipe mobile EMET UMOEG unité mobile d'orientation et d'évaluation gériatrique Equipe mobile de soins palliatifs. PFR plateforme de répit <u>Consultations mémoire</u> <u>IPA Neurologie</u> <u>IPA Polypathologie.</u> <u>Alternatives HC</u> <u>HDJ mémoire</u> <u>HAD</u> <u>Hospit. Partielle</u> <u>Accueils de jour</u> <u>Unités Alzheimer</u> <u>HTSH</u> <u>HC</u> <u>CSG Avranches Granville</u> <u>SMR gériatrique</u> <u>Granville</u> <u>UCC Granville</u> <u>UHR Granville</u> <u>USLD</u> <u>Unité de Soins palliatifs</u>	<p>TRES GRAND AGE</p> <p>Accueils de jour/nuit HTSH PASA</p> <p>SSIAD => SAD Services de soins à domicile.</p> <p>EHPADs de la dirco : Arc en Sée Avranches Paul Poirier Granville Saint Hilaire Mortain St James</p> <p>HANDICAP</p> <p>Dispositif handi-consultations Foyer Occupationnel d'Accueil St JAMES MAS St JAMES MAS St Planchers</p> <p>SSIAD Services de soins infirmiers à domicile spécialisé.</p> <p>PRECARITE</p> <p>PASS basée à Avranches.</p> <p>1 Équipe Mobile Précarité-Exclusion (CH ESTRAN)</p>	<p>Urgences psychiatriques, psy de liaison Equipe mobile de repérage précoce des troubles psychiatriques préoccupants</p> <p>Adultes :</p> <p><u>Activité extrahospitalière :</u> 4 CMP (Pontorson, Avranches, Granville, SHH) 3 Hôpitaux de Jour (Avranches, Granville, SHH) 1 Équipe Mobile Personnes Âgées EMPPA 1 Équipe Mobile de Réhabilitation Psychosociale, 1 structure spécialisée dans les TCA (ESCAIM) à Bricqueville-sur-Mer.</p> <p><u>Intra hospitalier :</u> 6 UH (4 d'admission et 2 soins au long cours), 1 unité transversale d'activités thérapeutiques. SMR EHPAD unité d'hospitalisation dédiée aux personnes âgées</p> <p>Enfants : 4 Centres Médico-Psychologiques (CMP), 3 Hôpitaux de Jour (HDJ), 1 HDJ pour ados (HDJA), 1 CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce).</p> <p>Pédopsychiatrie de liaison.</p> <p>Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) pour les Troubles du Neurodéveloppement (TND)</p> <p>Équipe ETRE, dédiée à la réhabilitation psychosociale</p> <p>Équipe périnatale Sud-Manche, transversale (situations complexes autour de la parentalité précoce).</p> <p>Équipe Mobile Adolescents (EMA) en partenariat avec la MADO d'Avranches ;</p>	<p>Consultations spécialisées sites GHT (CMP, centre méthadone, CATTP).</p> <p>+ hôpital de jour dédié (20 places)</p> <p>Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA) Avranches.</p> <p>Hospitalisation SMR à orientation addictologique (8 lits à terme)</p>



FEUILLE DE ROUTE

URGENCE VITALE & SOINS CRITIQUES ADULTES



5.1. FEUILLE DE ROUTE « URGENCES, SOINS VITaux et SOINS CRITIQUES adultes»

5.1.1. Synthèse de la problématique :

- **Embolisation des services d'urgences** faute d'un parcours soin non programmé (SNP) encore partiellement organisé.
 - La régulation du soin critique via le SAMU est de plus en plus aboutie mais reste à consolider, notamment la nuit.
 - L'orientation du SNP non critique via le SAMU, le SAS et la cellule de coordination des soins non programmés (CCSNP) se met actuellement en place (conventionnement avec le service des urgences)
 - Insuffisance de solutions territoriales en amont pour maintenir les patients à leur domicile pour leur prise en soins (adressage HAD, recours équipes territoriales de gériatrie, de soins palliatifs)
 - Défaut de coordination et de repérage des patients multiusagers des urgences
 - Insuffisance de solutions en aval des services des urgences tant en termes de capacitaire pour les besoins en hospitalisation qu'en termes de coordination et de ré-orientation des patients ne nécessitant pas d'hospitalisation mais un recours plutôt en externe ou en ambulatoire.
- **Difficultés pour assurer la continuité et la permanence des soins** sur le territoire en lien avec la démographie médicale, les exigences doubles des médecins urgentistes (permettre la présence médicale permanente au sein des SMUR et au sein des SAU).

5.1.2. Cibles stratégiques du GHT :



Permettre un accès à un service d'urgence vitale dans un délai de 30 minutes pour tous les usagers du Sud-Manche.
Anticiper les situations sanitaires exceptionnelles et tester l'opérationnalité.
Améliorer les conditions de fonctionnement des services d'Urgences.
Renforcer la réponse en matière de soins critiques.
Renforcer les solutions d'imagerie.

5.1.3. Les axes de travail du GHT sur la thématique :

➤ **En amont du GHT :**

- Renforcer la régulation des soins non programmés via le SAMU et le SAS.
- Clarifier les parcours SNP et formaliser un dispositif clair et partagé d'orientation et de ré-orientation des patients.
- Accentuer la connexion entre la régulation SAMU et la gestion des parcours en intra-GHT
- Plan territorial de continuité des soins : gradation, coordination, orientation. Redéfinir et clarifier le parcours urgences vitales, renforcer les équipes médicales, travailler la complémentarité entre les sites : grâce à des équipes mutualisées de territoire et en développant les solutions alternatives : tels que les smurs infirmiers et les protocoles de coopération.
- Renforcer l'application du protocole d'entrée directe déjà existant, accentuer les entrées directes en semi-urgences dans les services d'hospitalisation.
- Repérer les patients multi-passages des services d'urgence et travailler ces parcours complexes avec les acteurs du territoire.

➤ **Gestion des crises sanitaires :**

- Plans SSE : s'assurer de l'opérationnalité des moyens
- Mettre en place un plan épidémie.

➤ **Urgences :**

- Améliorer les conditions d'accueil aux urgences « sur les différents sites » (travaux, processus d'accueil et d'orientation)
- Optimiser et promouvoir la cellule de gestion des lits dans ses fonctions d'orientation vers les services d'hospitalisation et développer son rôle de ré-orientation des patients des urgences vers les prises en charge externes et ambulatoires.
- Développer la complémentarité et les collaborations entre les acteurs urgentistes, spécialistes et

réanimateurs.

- Aider les services de soins à mieux caractériser l'urgence vitale.
- Renforcer l'offre de soins critiques en collaboration avec l'ensemble des partenaires du territoire.
- Poursuivre et développer la coopération avec le CH de l'estran pour le repérage des risques suicidaires et des addictions aux urgences (prise en charge de l'urgence adulte et pédopsychiatrie).
- Organiser sur le site du CH de l'Estran une évaluation médicale avant tout adressage aux urgences
- Développer les protocoles de coopération aux urgences.
- Développer le versement au dossier médical partagé (DMP) par les urgentistes pour faciliter le lien avec les médecins traitants.

➤ **Réanimation :**

- Améliorer la prise en charge des dysfonctions respiratoires.
- Proposer la réhabilitation précoce après chirurgie en unité de soins continus.
- Evaluer les pratiques en anesthésiologie/réanimation en lien avec les contraintes ventilatoires de la chirurgie par robot assisté.
- Améliorer la prise en charge des dysfonctions rénales : Promouvoir les parcours patients critiques en lien avec l'AUB et le service de cardiologie/néphrologie.
- En matière de prélèvements d'organes, poursuivre la réalisation des prélèvements de type Maastricht et mort encéphalique et de tissus en lien avec les chirurgiens préleveurs locaux.

➤ **Gestion des parcours :**

- Réserver des créneaux de consultation d'urgence par spécialité de médecine.
- Identifier un interlocuteur par spécialité pour améliorer l'accès aux avis spécialisés.
- Organiser la communication vers les médecins libéraux.
- Fluidifier l'aval en favorisant l'utilisation du capacitaire MCO du GHMSM dans son entièreté
- Se fixer des objectifs de durée d'hospitalisation en MCO similaires à ceux des hôpitaux de taille comparable au nôtre
- Favoriser l'usage des SMR pour le 2ème recours
- Contribuer à la ré-orientation des patients après leur passage aux services des urgences vers des prises en charge externes ou ambulatoires
- Co-construction du parcours de prise en charge somatique des patients psychiatriques (axe stratégique du PTSM).

5.1.4. L'évolution de la filière :

Urgences vitales et SNP

En ville : quelles perspectives d'évolution de la réponse ?

- Evolution de l'offre dans les PSLA (amont des urgences) : Amélioration des liens avec les confrères de médecines générales ou de spécialités.
- Evolution de l'offre en médecine libérale sur le territoire : Proposer un accès à l'offre de médecine ambulatoire aux confrères libéraux.
- Participation des médecins libéraux à la PDS territoriale
- Mise en place d'une coordination du SNP via le SAS et la CCSNP avec le numéro unique du SAMU (15) accessible aux patients et aux professionnels de santé.

Au sein du GHT :

- Conventionnement avec le SAS pour la ré-orientation des patients sortant des urgences
- Consultations avancées du CH de l'estran pour l'évaluation et l'orientation addictologique et psychiatrique (Avranches, Granville, SHH).
- Consultations avancées aux urgences de l'UMOEG (Avranches, Granville).
- Développement des admissions anticipées en HAD, notamment pour les prises en charge palliatives au sein des EHPAD
- Accentuation des collaborations entre les 3 services d'urgence (Avranches, Granville et Saint-Hilaire) via la fédération des urgences en permettant aux professionnels d'exercer sur les 3 sites.
- Mise en place d'un SMUR infirmier/UMHP
- T2IH : en expérimentation au sein d'HSM, site de Granville depuis mars 2025 et pour un an
- Capacitaires UHCD d'Avranches augmenté avec le SDI : 8 lits à Avranches au lieu de 4.

- Réfléchir avec le pôle femme-enfant à l'intégration de représentants des services de pédiatrie et maternité au sein de la fédération urgences pour travailler sur l'amélioration des conditions d'accueil des enfants et adolescents.

En aval des urgences : quelles perspectives ?

- Création d'un service de MPU de médecine générale de 10 lits à Avranches validée par la CME HSM.
- Evolution du capacitaire de médecine : optimisation des DMS de médecine et réduction des fermetures de lits (amélioration de la couverture RH médicale).
- Evolution des capacités opératoires : optimisation des blocs et création de la 6^e salle.
- Evolution des réponses pour les patients âgés chuteurs : parcours ortho gérontique.
- « Colorisation » des services de médecine et SMR DIRCO (spécialisation médicale partielle des lits).
- Orientation vers les SSIAD, HAD, EHPAD : optimisation de l'utilisation des capacitaires
- Gestion des parcours : renforcement du rôle de la cellule de gestion des parcours et du COPIL Parcours
- Collaboration entre les urgences et l'HAD selon les recommandations de l'ANAP.
- Collaboration avec le DAC, le CH de l'estran, les acteurs du secteur du très grand âge pour les situations complexes nécessitant des passages multiples par les urgences.

Soins critiques adultes / réanimation :

- Développement des consultations de suivi post réanimation.
- Capacitaire de réanimation augmenté dans le cadre des demandes d'autorisation (10 lits de réanimation)
- Adapter l'offre à une unité de soins intensifs polyvalents de 4 lits : augmentation de 2 lits
- Maintien de l'USC Cardiologie à 6 lits sous réserve d'une garde de cardiologie
- Développer une offre de soin critique adaptée aux besoins de la population dont la prise en charge des pathologies cardiovasculaires et la radiologie interventionnelle en rapport avec la surmortalité constatée.
- Développer les recours et les collaborations en lien avec l'unité mobile d'assistance cardiorespiratoire
- Accréditation des équipes médicales (obligation HAS 2025).

Gestion de crise :

- Cellule de crise qui se réunit au besoin, pilotée par un médecin coordinateur de crise.
- Mise en place d'un calendrier d'exercices annuels par service sur chaque établissement de la direction commune, avec réalisation de RETEX systématiques.

5.1.5. Les attentes des acteurs concernés vis-à-vis des directions :

- ❖ **Bénéficier d'une réactivité adaptée en matière d'aide au diagnostic :**
 - Avis des spécialistes aux urgences.
 - Support imagerie et laboratoire pour les services d'urgences des 3 sites : contractualiser les délais et les réponses en fonction des situations, favoriser l'accès à l'imagerie IRM, scanner à SHH et sur le territoire.
- ❖ **Réduction de l'intérim médical** pour stabiliser et renforcer les équipes. Mise en place d'une gestion mutualisée de territoire des équipes médicales dans le cadre de la fédération des urgences du Sud-Manche.
- ❖ **Renforcement de la cellule de gestion des lits et des parcours** : extension horaire, extension de la couverture géographique pour soutenir la régulation des flux de patients en entrée directe, en intra-GHT et en inter-GHT, extension des missions au repérage des situations complexes du SNP et à l'amélioration de l'orientation en amont des urgences (connexion avec le SAS) et à la ré-orientation en aval vers les structures externes et ambulatoires proposées par le GHT.
- ❖ **Mise en place un service MPU rapidement**
- ❖ **Amélioration de la maîtrise du capacitaire par la CACNP**
- ❖ **Renforcement de la communication vers les professionnels de la ville et au sein du GHT** pour faire connaître l'offre du GHT (répertoire unique des professionnels de santé des établissements : réalisé ?) et sur les conditions de fonctionnement au cours de l'année (information sur les organisations en cas de difficulté ou durant les fériés, les « ponts », de manière réciproque de la ville vers l'hôpital et de l'hôpital vers la ville).

- ❖ **Communication résolue auprès des usagers** pour faire connaître les solutions existantes sur le territoire et éviter l'arrivée des patients en soins non programmés faute d'avoir identifié une réponse en ville ou au sein des hôpitaux et autres structures.
- ❖ **Développement par la formation les compétences** dans les services de soins hors urgences pour caractériser l'urgence vitale et sa prise en charge.
- ❖ **SAU Avranches** : réalisation des travaux prévus dans le cadre du SDI 2017-2022 et validés par l'ARS en 2024.
- ❖ **Amélioration de la valorisation des séjours en UHCD** pour générer les recettes et valoriser le travail réalisé.
- ❖ **SIH : aboutissement du déploiement du logiciel métier spécifique aux soins critiques**, développer l'usage du DMP aux urgences, simplifier la rédaction de la LDL et familiariser les acteurs des urgences à l'alimentation et la consultation du DMP.
- ❖ **Poursuite et développement du travail amorcé dans le cadre du PACTE.**



FEUILLE DE ROUTE

EN CHIRURGIE ANESTHÉSIE MÉDECINE PÉRI-OPÉRATOIRE



5.2. FEUILLE DE ROUTE « CHIRURGIE, ANESTHESIE, MEDECINE PERI-OPERATOIRE »

5.2.1. Synthèse de la problématique :

- En chirurgie, les HSM sont le seul acteur public d'offre chirurgicale et de chirurgie oncologique mention B
- Equipes chirurgicales et anesthésiologiques attractives proche de leur effectif cibles
- PDS quasi exclusivement assurée par l'acteur public
- Activité programmée froide importante rendant l'équilibre de prise en charge entre urgence/chaud vs programmé/froid difficile.

5.2.2. Cibles stratégiques :



Pérenniser une offre publique de chirurgie, sûre et de qualité, en complémentarité-coopération avec les centres de référence régionaux (CHU de Caen notamment).
Consolider la réponse en chirurgie lourde, en proximité.
Consolider notre rôle de leader départemental de chirurgie oncologique.
Participer activement à la prise en charge des cancers.
Maintenir les activités de chirurgie actuelles et développer l'offre (neurochirurgie rachidienne, vasculaire, pédiatrie..)
Mettre en avant l'atout que représente l'activité de chirurgie des HSM.
Maintenir notre positionnement sur la PDS départementale et régionale et rendre lisible cette organisation pour tous les acteurs.

5.2.3. Les axes de travail du GHT sur la thématique :

Axes par spécialité :

➤ Chirurgie viscérale et digestive :

- **Développer l'activité de chirurgie oncologique mention A et B**, pour laquelle établissement vient d'être accrédité pour 7 ans. Chirurgie de recours, de récidive, en territoire irradié, en collaboration multidisciplinaire, pour estomac/foie, pancréas, grêle, colon et rectum.
- Poursuivre ces prises en charges complexes en mini invasif avec le robot.
- Poursuivre et développer les chirurgies de proximité, mini invasive, ambulatoire, incrémentation du parcours RAAC.
- Poursuivre et développer les prises en charge thyroïdiennes
- Poursuivre et développer un centre de chirurgie pariétale. Chirurgie des éventrations complexes, prise en charge coelioscopique avec robot.
- **Synergie chirurgie digestive et médecine gastroentérologique :**
 - Amélioration des parcours oncologiques et notamment la prise en charge
 - du cancer colorectal, sur les phases de dépistage (endoscopies), diagnostic précoce et prises en charge thérapeutiques
 - du cancer du pancréas dans le cadre de l'endoscopie interventionnelle
 - du cancer primitif ou secondaire du foie dans le cadre de la radiologie interventionnelle
 - Optimisation de la qualité des séjours, souvent mixtes, en lien avec les pathologies digestives
 - Favoriser des prises en charge diagnostiques ou thérapeutiques dans le cadre de l'**endoscopie interventionnelle** afin de limiter les temps de recours à la chirurgie et des prises en charge de proximité des patients (ex : prothèses biliaires). Former des chirurgiens à l'endoscopie chirurgicale et recrutement de gastro-entérologues interventionnels.
- Poursuivre et développer l'activité de prélèvement d'organes
- Développer l'accès aux thérapeutiques innovantes par le biais de l'unité de recherche clinique et l'augmentation du nombre d'essais clinique ouvert au sein du service.
- Développement des chirurgies hépatiques et pancréatiques robot assistée
- Développement de l'exérèse complète du mésocolon et des anastomoses intracorporelles lors des colectomies droites robot assistées.

➤ **Chirurgie urologique :**

- Prise en charge des pathologies de neuro-urologie et de troubles de la statique pelvienne
- Développer la **résection endoscopique** avec la fluorescence qui permet de détecter des tumeurs vésicales non vues avec la lumière classique : acquérir une nouvelle colonne d'endoscopie (prévu en 2021).
- Etendre les indications du **laser prostatique** en ambulatoire ainsi que la proposition d'une nouvelle technique de traitement des adénomes prostatiques moyennement symptomatique UROLIFT prochainement remboursée.
- Développement de bilans pré et post-opératoires en HDJ
- Proposer la chirurgie ambulatoire pour les urgences urologiques (coliques néphrétiques...).
- Améliorer et accentuer la prise en charge précoce des cancers urologiques via l'intégration des imageries par PET scanner et biopsies via la radiologie interventionnelle.
- Être pro-actif sur les prises en charges oncologiques non chirurgicales des cancers urologiques : développement de **thérapeutiques médicales oncologiques** dans le cadre de la radiologie interventionnelle (embolisation prostate), chimiothérapies orales, chimiothérapies endo-vésicales.
- Renforcer l'innovation grâce au tep scan, assurant proximité, qualité et collaboration.
- **Maintien d'une offre de chimiothérapie de proximité** en lien avec les centres de référence en associant les outils technologiques innovants et adaptés.
- Développement des protectomies robotiques.

➤ **Chirurgie orthopédique et traumatologique, neurochirurgie.**

- **Poursuivre et développer la traumatologie**, d'une population âgée, avec des pathologies urgentes uniquement prises en charge par les HSM.
 - Etendre à d'autres pathologies le parcours d'orthogériatrie mis en place pour fracture de hanche
 - Recruter des orthopédistes titulaires et fidéliser les remplaçants, notamment ceux en provenance du CHU de Caen
 - Collaborer avec la médecine péri opératoire et gériatrique.
- **Renforcer la prise en charge des membres inférieurs** (genou, hanche) **et supérieurs** sur un territoire dont la population est vieillissante et consommatrice d'actes de chirurgie orthopédique.
 - Développer une activité programmée prothétique, basée sur le programme RAAC de l'établissement.
- **Renforcer la prise en charge de proximité des pathologies rachidiennes médico-chirurgicales** :
 - Développer l'activité de neurochirurgie du rachis (consultation / chirurgie) dont la prise en charge des hernies discales en lien avec les neurochirurgiens du CHU de Caen.
 - Créer de nouvelles activités (chirurgie des douleurs dorso/lombaire chronique)
- **Renforcer les collaborations avec les urgences** pour envisager des prises en charges semi-urgentes programmées.
- **Favoriser le développement d'un département musculo-squelettique** :
 - Permettre des prises en charge de proximité pour les hernies discales
 - Prendre en charge médico-chirurgicalement et en proximité des patients présentant des infections ostéoarticulaire
 - Faciliter et optimiser la prise en charge des patients chuteurs en orthopédie (parcours ortho gériatrie)

➤ **Chirurgie gynécologique**

- **Conforter l'ensemble de la filière chirurgie gynécologique** (dont le cancer) pour offrir la proximité (facilité d'accès espace-temps) aux femmes du Sud-Manche et ne pas indument engorger les acteurs de Caen et Rennes,
- **Renforcer l'activité de chirurgie gynécologique pelvienne du petit bassin**, en lien avec le robot chirurgical : suivre l'évolution du nombre de séjours. Maintenir une vigilance sur les seuils d'activité permettant de garder les autorisations.
- **Renforcer la chirurgie gynécologique** afin de maintenir la PDS inhérente à l'activité d'obstétrique, instable du fait de la baisse de la natalité.
- Développement des exentérations pelviennes robotiques.

➤ **Chirurgie vasculaire et endovasculaire**

- Projet de mise en place de consultation avancée du CHU de CAEN aux HSM.

➤ **Ophtalmologie (autorisation pour une activité ambulatoire et à Granville uniquement)**

- Renforcer l'activité de chirurgie du segment postérieur.
- Développement de l'activité ambulatoire à Granville pour une activité amenée à se développer de façon notable en raison du vieillissement de la population.

➤ **Chirurgie maxillo-faciale, chirurgie orale :**

- Poursuite et développement de l'activité :
 - Exérèses de carcinomes cutanés avec reconstructions,
 - Chirurgie endobuccale : avulsions de dents incluses, désinclusion de dents incluses, chirurgie des tumeurs bénignes des maxillaires, traumatologie de la face, drainage d'abcès endobuccaux et de cellulites faciales.
 - Prise en charge initiale et bilan des carcinomes des voies aéro-digestives Supérieures
 - Bilan initial et diagnostics des adénopathies sans points d'appel, des pathologies inflammatoires vasculaires et pathologies de la muqueuse buccale.

Axes transversaux :

➤ **Parcours chirurgie :**

- Accréditation HAS des équipes médicales
- Développer les consultations avancées
- Ouvrir des créneaux de consultations Doctolib accessibles aux services d'urgences.
- Développer les entrées directes.
- Développer le J0, patient debout, limitant les hospitalisations la veille du geste chirurgical
- Développement de bilans pré et post-opératoire en HDJ.
- Mettre en place des protocoles de prise en charge en sortie d'hospitalisation avec les professionnels libéraux : Poursuivre la dynamique sur le développement de la RAAC, du PRADO, du Diaspad, les liens avec la PTA et les CPTS. Suivre l'évolution du taux d'usage des protocoles.
- Améliorer les parcours en facilitant les sorties en HAD et SMR.
- Réduire les délais d'attente de prise en charge notamment pour la chirurgie urologique
- Poursuivre le virage ambulatoire en chirurgie pour respecter les exigences nationales.

➤ **Anesthésie :**

- Développement des consultations et avis, y compris en télé expertise ou téléconsultation.
- Développer la mise en place d'abords vasculaires.

➤ **Communiquer et valoriser la chirurgie publique proposée par le GHT :**

• **Communiquer sur la qualité de la prise en charge globale :**

- Présence d'un médecin généraliste dans chaque service de chirurgie,
- Présence d'une équipe complète d'anesthésiste
- Collaboration étroite avec l'équipe de soins critique/réanimation
- Équipes chirurgicales présentes et ayant des domaines d'expertises reconnus permettant d'assurer les soins programmés et la PDS du territoire élargi.
- Des équipements de pointe, un robot chirurgical, échographe per opératoire, dissecteur hépatique, capteur plan ...
- Une dynamique collective de réalisation d'analyses de pratiques professionnelles, de revues morbidité-mortalité et des revues de fiches d'événements indésirables.
- Des chirurgiens et anesthésistes formés à la prise en charge des enfants proposent une offre d'urologie adaptée à la population du sud Manche en programmé et sont en capacité de répondre aux situations d'urgence en digestif et en orthopédie. (autorisation de chirurgie pédiatrique, demande déposée mais pas encore de retour à ce jour).

5.2.4. L'évolution de la filière :

- Consultations : cf item dédié.
- **Asséoir les autorisations pour les chirurgies des cancers** en permettant la multiplication des actes pour les spécialités digestives, urologiques et gynécologiques : accès facilités au bloc opératoire pour des délais de prises en charge optimisés et recrutement de praticiens permettant une soutenabilité en termes d'effectifs chirurgicaux.
- **Développer une filière digestive accentuant les collaborations médico-chirurgicales** (et l'attractivité des praticiens, notamment gastro-entérologues) pour la prise en charge de l'ensemble des parcours de santé dans cette spécialité, permettant plus spécifiquement la généralisation des dépistages par endoscopies et facilitant les adressages thérapeutiques chirurgicaux en proximité pour les patients.
- **Développer une filière « appareil locomoteur »** pour co-construire les parcours médicaux chirurgicaux dans ce domaine : ortho-gériatrie, infections ostéoarticulaire, hernie discale, traumatologie.
- **Développer les prises en charge ambulatoires** que ce soit chirurgicales en chirurgie ambulatoire ou médicales en HDJ.
- **Renforcer la coopération avec le CHU de Caen** (temps partagés, opérateurs des HSM intervenant au CHU, utilisation du robot des HSM pour des acteurs du CHU, projets partagés, consultations avancées du CHU aux HSM...) et avec d'autres établissements, à commencer par le CH Mémorial de Saint-Lô (permanence de soins partagés, temps partagés, consultations avancées...).

5.2.5. Les attentes des acteurs concernés vis-à-vis des directions :

- ❖ **Ouverture de plus de plages de bloc opératoire :**
 - A court terme, optimiser les plages de bloc pour permettre aux chirurgiens qui rejoindront l'équipe d'accéder au bloc : trouver ses solutions alternatives quand cela est possible (biopsies en salle d'endoscopie par exemple) ou envisager un élargissement des plages horaires du bloc opératoire.
 - A moyen terme : réalisation des travaux du SDI, à savoir l'ouverture d'une 6e salle et le réaménagement d'une salle existante.
- ❖ **Passage à 60 lits de chirurgie conventionnelle et à 34 lits de chirurgie ambulatoire** (Avranches et Granville).
- ❖ **Allégement de la charge de travail des chirurgiens** : réviser les modalités d'organisation de PDS et améliorer la QVT. S'insérer dans les réflexions régionales sur la permanence des soins et la continuité des soins et se positionner.
- ❖ **Anticipation des mouvements de services** à Avranches en privilégiant la co-construction avec les acteurs de terrain et préparer les futures associations de service liées à la mise en œuvre du SDI : chirurgie digestive et médecine gastroentérologie, chirurgie urologie et MPU (cohabitation mais équipe paramédicale commune), chirurgie orthopédique : collaboration avec infectiologues, rhumatologues et médecine interne.
- ❖ **Soutien de la gastroentérologie** en termes de recrutement pour créer des conditions favorables à la mise en œuvre de la collaboration renforcée entre la chirurgie digestive et la médecine gastroentérologie.
- ❖ **Développement de l'attractivité des chirurgies** pour les professionnels et les patients, communiquer sur l'offre du GHT pour soutenir l'activité face à la concurrence.
- ❖ **Valorisation de l'expertise hospitalière des spécialistes** : Faciliter le recentrage de l'activité des médecins spécialistes sur leur cœur de métier et mettre leur expertise au service des patients du territoire quel que soit leur parcours de soins (passage via les urgences ou via une prise en charge par les professionnels de ville (télé-expertise)).
- ❖ **Communication sur les dispositifs** pour faciliter le recours aux spécialités chirurgicales et anesthésiologiques pour les professionnels libéraux.

- ❖ **SIH** : développement de l'outil spécifique au bloc opératoire, étude des apports possibles de l'Intelligence Artificielle au bloc ou en consultations sous réserve de disposer au préalable d'un outil informatique dédié au service anesthésie.
- ❖ **Projet développement durable « Green bloc »** : les activités de chirurgie et de bloc ont un impact important en termes de production de déchets. Les équipes souhaitent être soutenues dans leur volonté de réduire cet impact en poursuivant les réflexions pour des pratiques plus éco-responsables La récente reconnaissance de leur travail est en encouragement pour poursuivre leurs actions.



FEUILLE DE ROUTE

POUR LES FEMMES
ENFANTS
ADOLESCENTS



5.3. FEUILLE DE ROUTE pour les FEMMES, les ENFANTS et les ADOLESCENTS.

5.3.1. Synthèse de la problématique :

- Adaptation des ressources à la demande en maternité/gynécologie : baisse de la natalité donc des séjours en maternité mais forte demande de consultations de spécialistes, notamment dans le domaine oncologique, faute de réponse en ville (capacitaire HC /consultations).
- Modalités de permanence des soins.
- Problématiques médico-sociales nécessitant des synergies fortes sur le territoire.
- Nécessité de prévention et de dépistage pour repérer et accompagner au plus tôt les fragilités.
- Besoin d'une prise en charge globale soutenante pour les familles.

5.3.2. La cible stratégique du GHT :



- Développer et soutenir la mise en œuvre du parcours 1000 premiers jours.**
Développer l'accès à l'expertise et à l'imagerie notamment pour favoriser les dépistages.
Développer la chirurgie gynécologique.
Développer les coopérations en intra GHT, avec la ville et le milieu éducatif.
Soutenir la parentalité et participer au repérage des fragilités.

5.3.3. Les axes de travail du GHT sur la thématique :

➤ **Gynécologie :**

- Prévention : Animer des actions dans le cadre du mois "octobre rose".
- Collaborer aux parcours oncologiques gynécologiques (sein, col, utérus et ovaire), en lien avec les oncologues de HSM et les acteurs de ville (dépistage, traitement, suivi).
- Conforter l'offre de consultations en proximité sur les 3 sites : Avranches, Granville et Saint Hilaire
- œuvrer pour une meilleure visibilité du centre périnatal de proximité.
- Développer la prise en charge de l'endométriose en lien avec norm endo
- Prise en charge des grossesses à risques : proposition de suivis spécifiques afin de se mettre en adéquation avec les recommandations pour accompagner les patientes donc diriger l'orientation du suivi de grossesse en fonction du type bas risque, haut risque.
- Déployer des parcours patients associant l'ensemble des partenaires régionaux.
- Collaborer avec les urgences générales dans le cadre du parcours "urgences gynécologiques"
- Développer les consultations Handy gynéco et nos actions en lien avec le RSVA.

➤ **Maternité/parentalité :**

Toutes les actions ci-dessous participent à la mise en œuvre de la politique des 1000 premiers jours.

• Prévention et promotion de la santé :

- Promouvoir la vaccination des femmes enceintes (grippe, coqueluche, COVID-19 selon recommandations).
- Poursuite des campagnes d'information sur l'arrêt du tabac, la réduction de l'alcool et la nutrition pendant la grossesse.
- Promouvoir l'activité physique pendant la grossesse
- Promouvoir la vaccination de l'entourage notamment pour la coqueluche
- Participer aux campagnes de vaccination nationale comme avec le Beyfortus.
- Mettre à disposition des livrets d'information regroupant les informations nécessaires à la grossesse
- Développer des actions de prévention en matière de soutien à la parentalité et favorisant l'accroissement des compétences parentales en maternité.
- Sensibilisation aux perturbateurs endocriniens :
 - Sensibiliser les professionnels accompagnant les parents : Organiser des ateliers d'information et d'échanges destinés aux professionnels intervenant auprès des familles, afin de renforcer leurs connaissances et leurs capacités à relayer les messages de prévention.

- Informer et sensibiliser le grand public : Diffuser des supports de communication variés (affiches, vidéos, livrets, etc.) pour faire connaître les risques liés aux perturbateurs endocriniens et promouvoir des gestes simples pour les éviter au quotidien.
- S'impliquer dans les dynamiques territoriales : Participer aux actions locales menées sur ce thème, en collaboration avec les partenaires du territoire, afin de renforcer la cohérence et la portée des initiatives de prévention.
- Communiquer sur les projets et actualités en maternité afin d'assurer l'attractivité du service pour les parturientes du Sud-manche
- Qualité et sécurité des prises en charge :
 - Développer la formation continue des professionnels de santé sur les urgences obstétricales et la réanimation néonatale.
 - Généraliser les revues de morbi-mortalité maternelle et néonatale avec une approche systémique.
 - Participer aux RMM régionales en lien avec le réseau périnatal
 - Renforcer la traçabilité et le partage sécurisé des données périnatales entre professionnels.
 - Intégrer systématiquement les PMI dans les parcours périnataux.
 - Assurer un repérage précoce des situations de violences conjugales et intrafamiliales et proposer une orientation adaptée.
 - Poursuivre la collaboration avec l'aide sociale à l'enfance.
 - Poursuivre le staff médico-psycho social en lien avec la PMI, sage femmes, psychiatrie, addictologue, assistante sociale...
 - Formaliser le parcours "grossesse et diabète gestationnel"
 - Prise en charge des projets de naissance : respect du souhait des parents et sécurité de la prise en charge.
 - Sécuriser les suivis dits "à risque" en orientant les suivis selon les recommandations HAS : procédure d'inscription en ligne.
- Accompagnement global du parcours des parents :
 - Développer l'entretien prénatal précoce, l'entretien post natal précoce et les séances de préparation à la parentalité, y compris dans une approche pluriprofessionnelle (sages-femmes, psychologues, PMI, associations).
 - Sécuriser les suivis post nataux en sortie de maternité en lien avec l'offre de consultations in situ et l'offre de ville.
 - Mettre en place des parcours spécifiques pour les femmes en situation de vulnérabilité (précarité, isolement, violences, addictions).
 - Développer des dispositifs de soutien à la parentalité et de prévention de la dépression du post-partum.
 - Participer aux staffs pré et post nataux, collaborer avec l'équipe mobile de psy périnatalité en repérant les familles en situation de vulnérabilité ayant besoin de soutien à la parentalité.
 - Mettre en place un système d'évaluation des compétences parentales en sortie de maternité
 - Développer la pratique du « peau à peau »
 - Promouvoir et soutenir l'allaitement maternel.
- Evaluation :
 - Suivre les indicateurs (obstétrique, mortalité maternelle, prématurité, allaitement).
 - Évaluer régulièrement la satisfaction des patientes et familles pour améliorer la qualité des services.
 - Suivre les statistiques d'activité en consultations et en salle de naissance
 - Réfléchir à l'obtention d'un label THQSE très haute qualité sécurité des soins

➤ **Périnatalité :**

- Participer à la mise en œuvre du parcours 1000 premiers jours en collaboration avec les acteurs du centre hospitalier de l'estran.
- Développer l'offre et l'accompagnement en psychiatrie périnatale.
- Renforcer les équipes mobiles.
- Développer les RCP et les staffs inter et intra-structure.

➤ **Néonatalogie :**

- Poursuivre la montée en compétences des médecins et paramédicaux par le biais d'une formation structurée et innovante pour améliorer la polyvalence globale de l'équipe.
- Créer et réaliser un suivi des indicateurs spécifiques d'une unité de soins intensifs en Néonatalogie.

➤ **Urgences pédiatriques :**

- Améliorer la communication entre les acteurs des urgences adultes et ceux des urgences pédiatriques pour fluidifier les parcours.
- Améliorer la prise en charge réanimatoire des enfants et nouveaux nés par les professionnels médicaux et paramédicaux par le biais de formations régulières et adaptées.

➤ **Pédiatrie, enfant adolescent :**

- **Augmenter le maillage territorial** en mettant en place des consultations avancées de pédiatre et prévoir des interventions dans les différentes structures de soins pédiatriques et en développant la télé expertise en pédiatrie.
- **Individualiser et asseoir l'activité de soins critiques de pédiatrie** (autorisation obtenue début 2025).
- **Améliorer le recueil et l'analyse des retours de satisfaction** des patients et intégrer l'expérience patient au cœur du processus de prise en charge dans un but d'amélioration continue.
- **Organiser des audits réguliers sur la sécurisation des médicaments** au sein du service de Pédiatrie/Néonatalogie.
- Poursuivre les projets **d'amélioration de l'accueil des adolescents** et de l'offre occupationnelle
- Renforcer le **repérage précoce des troubles du neuro-développement** ou des fragilités, en consolidant les liens avec les partenaires et les structures médico-sociales. **Améliorer la prise en charge des troubles du neuro-développement** en collaboration avec le CH de l'Estran.
- **Mettre en pratique la fiche reflexe** travaillée en collaboration avec les acteurs du CH Estran pour les hospitalisations complètes des jeunes de 16-17 ans dans le cadre du **risque suicidaire**, des troubles du comportement et des **troubles du comportement alimentaires**.
- **Améliorer les pratiques en matière de prise en charge du diabète** pour les moins de 18 ans : Prendre en soin, éduquer et accompagner des jeunes diabétiques de type 1 (DT1) de moins de 18 ans et leur famille dès la découverte de la pathologie, grâce à une équipe pluri professionnelle formée et en respectant les recommandations et les nouvelles technologies thérapeutiques en vigueur.
- **Améliorer la prise en charge des troubles du sommeil** chez le nouveau-né, l'enfant et l'adolescent en formant les équipes de pédiatrie et de maternité sur la physiologie du sommeil, en incluant l'hôpital, et plus spécifiquement les acteurs de la pédiatrie, au réseau déjà existant pour l'adulte, en développant l'éducation thérapeutique dans la prise en charge du syndrome d'apnées du sommeil.

Pour cela :

- Développer des partenariats avec les structures médico-sociales, d'hébergement (notamment ASE...) du handicap et du champ psycho-éducatif.
- Renforcer les liens avec la Maison Des Adolescents, la ville en général.
- Renforcer la coordination et restaurer le lien avec la Protection Judiciaire de la Jeunesse, l'ASE, le procureur de la République.

5.3.4. L'évolution de la filière

- Consultations avancées en maternité et gynécologie à Saint-Hilaire
- Développement d'un HDJ mieux individualisé (et mieux valorisé), proposition d'un HDJ femme-enfant en lien avec le CH Estran. Voir item « santé mentale ».
- Autorisation d'une USIP dérogatoire : modalité pédiatrique accordée par l'ARS grâce au conventionnement avec le CHU de Caen, notamment pour l'accès à une réanimation pédiatrique. Les effectifs restent à mettre en place dans les 3 ans.

- Lactarium à usage interne
- Poursuite du travail en réseau pour la prise en charge pédiatrique en cancérologie : réseau Oncologique pédiatrie de Bretagne et de Normandie, (facilite l'accueil des enfants en phase chronique de chimiothérapie), réseau de soins palliatifs infantile « La source », réseau autour de la diabétologie pédiatrique.
- Modalités de PDS inchangées : maintien de la garde en maternité gynécologie (non financé par l'ARS du fait d'une activité en dessous des seuils).
- Réflexion avec les urgentistes à l'intégration des acteurs de la filière à la fédération des urgences pour améliorer la prise en charge aux urgences (3 sites) des enfants et adolescents.

5.3.5. Les attentes des acteurs concernés vis-à-vis des directions :

- ❖ **Accès facilité à l'imagerie notamment pour les petits 0-3 ans (IRM pédiatriques) : protocoles de sédation légère avec compétence anesthésique adaptée.**
- ❖ **Amélioration des conditions de consultations à Saint-Hilaire notamment.**
- ❖ **Sécurisation des pratiques IDE la nuit en pédiatrie.**
- ❖ **Amélioration de la traçabilité des activités en Soins intensifs et néonatalogie** pour mieux valoriser les séjours à suppléments.
- ❖ **SIH** : Contribution au travail d'optimisation de la lettre de liaison dans le cadre du travail d'amélioration continue de la complétude du dossier patient et du dialogue de gestion.
- ❖ **Renforcement des collaborations avec le Centre Hospitalier de l'Estran.**



FEUILLE DE ROUTE

POUR L'ONCOLOGIE



5.4. FEUILLE DE ROUTE pour l'ONCOLOGIE.

5.4.1. Synthèse de la problématique :

- Manque de lisibilité et de coordination de l'offre oncologique des HSM.
- Inadéquation entre la demande forte en soin oncologique sur le territoire et l'offre publique de proximité.
- Manque de lisibilité et de coordination du maillage territorial à l'échelle du Sud Manche et à l'échelle régionale.
- L'activité oncologique présente la spécificité de concerner des spécialités médicales et chirurgicales diverses.
- L'activité oncologique s'inscrit impérativement dans le cadre de recommandations et de réglementations nationales.
- Nécessité d'optimiser l'utilisation des capacitaires et des outils de prise en charge disponibles aux HSM.

5.4.2. Cibles stratégiques :



Renforcer les activités permettant d'optimiser les préventions primaires (déterminants empêchant la survenue de la maladie), **secondaires** (actions permettant de circonscrire la maladie : dépistage et diagnostic précoce en oncologie) et **tertiaires** (prévenir les rechutes et l'aggravation de la maladie).

Renforcer l'efficience des prises en charge thérapeutiques.

Promouvoir les soins de support en parallèle de la prise en charge thérapeutique curative.

5.4.3. Les axes de travail du GHT sur la thématique :

➤ **Soutenir les missions de la fédération d'Oncologie**

- Travailler avec l'ensemble des acteurs de santé du territoire (CPTS, DAC, collectivités locales, associations de patients, CPAM) les parcours des pathologies oncologiques les plus fréquentes sur le territoire (urologie, pneumologie, digestif, mammaire) pour mieux faire connaître la fédération d'oncologie et favoriser des collaborations ville-hôpital plus systématiques.
- Intégrer la Fédération d'oncologie aux instances de l'Oncologie sur le territoire Normand : Onco-Normandie, Institut du cancer afin d'instaurer des collaborations plus forte permettant un maillage territorial utile aux patients les plus complexes et un développement du recrutement sur le territoire en terme de ressources médicales (postes partagés)

➤ **Valoriser et développer les actions de prévention primaire et secondaire en oncologie.**

- Accentuer le nombre d'actions de communication et d'information par les spécialistes experts des établissements du GHT sur les thèmes de la prévention primaire (tabagisme, éthylosme, nutrition, vaccinations HPV), en collaboration avec les acteurs de la ville (CPTS, acteurs territoriaux, associations de patients)
- Accentuer le nombre d'action de communication et d'information sur les thèmes de la prévention secondaire : dépistage et diagnostic précoce en participant aux actions de dépistage menés par les acteurs de santé de ville (CPTS, collectivités locales (CLS) : Mars bleu, Octobre rose, Movember).
- Développer au sein des HSM les outils permettant d'éviter les points de rupture majeurs du parcours oncologique en termes de dépistage et le diagnostic précoce :
 - En endoscopie digestive surtout mais également urologique
 - Au laboratoire
 - En imagerie : pet scan, IRM, scanner, mammographie
- Accentuer la communication positive des acteurs de l'activité oncologique publique sur le territoire : flyer, vidéocapsule.

➤ **Renforcer l'efficience des prises en charge thérapeutiques en proximité**

- Contribuer à une meilleure fluidité des parcours de santé ville-hôpital des patients présentant une pathologie carcinologique :
 - Optimiser l'interconnaissance et les collaborations entre les acteurs que ce soit en intra-hospitalier (médico-chirurgicales) et en extra-hospitalier (ville-hôpital)
 - Optimiser l'adressage des acteurs du 1^{er} recours vers les spécialistes (2^{ème} recours) :
 - Réduire les délais des premiers rendez-vous et des examens.
 - Développer la téléexpertise
 - Favoriser les admissions directes si nécessaire
 - Favoriser les prises en charge en Hôpital de jour, via des parcours de soins structurés et justement valorisés, pour :
 - les consultations d'annonce,
 - les bilans pré thérapeutiques chirurgicaux ou médicaux,
 - les thérapeutiques médicales (chimiothérapie, immunothérapie, BCG thérapie),
 - les bilans post-chirurgicaux dans le cadre du suivi.
 - l'éducation thérapeutique en oncologie.
 - Accentuer les prises en charge ambulatoire en HAD pour le traitement médical en chimiothérapie
 - Optimiser le maillage territorial en travaillant le 3^{ème} recours si celui-ci est nécessaire en accentuant les collaborations avec l'Institut du Cancer au CHU de Caen
- Optimiser la prise en charge des patients diagnostiqués dans un contexte d'urgence en permettant, au cours d'une hospitalisation courte de MCO de traiter les symptômes en organisant simultanément le programme personnalisé de soins de ces patients les plus avancés dans la maladie (prévention tertiaire).

➤ **Maintenir une exigence qualité de prise en charge des patients du territoire :**

- Améliorer l'expérience patient : accueil, proximité, soins de support. Développer et former des patients experts dans le domaine de l'oncologie (formation gratuite).
- S'inscrire pleinement dans le cadre de la Politique Qualité Régionale développée par le Dispositif Spécifique Régional du Cancer (DSRC) OncoNormandie et les Centres de Coordination en Cancérologie 3C) : généraliser la réalisation d'une présentation en RCP locale (3C) ou régionale (Institut du Cancer CHU Caen).
- Maintenir et développer les autorisations de prises en charge chirurgicales, gages de prises en charge expertes en proximité aux HSM (sous réserve d'atteinte de seuils).
- Adapter l'offre de soins à la population âgée du territoire sans perte de chance et sans dégradation de la qualité de prise en charge en adhérant aux dispositifs de coordination en oncogériatrie (UCOG Normandie).
- Développer les outils innovants :
 - Télésurveillance (plateforme Cureety) pour les traitements intra-veineux du cancer
 - Mettre en place des protocoles de diagnostic et de suivi en collaboration avec les acteurs porteurs d'innovation (pet scan et radiologie interventionnelle) afin de permettre des diagnostics précoces et des suivis qualitatifs, suivant les recommandations actualisées par l'INCA (Institut national du Cancer).
 - Co-construction du projet de radiologie interventionnelle.
 - Dans le domaine de l'urologie, développer la thérapie focale : S'appuyer sur le robot chirurgical et sur l'appareil de fusion IRM Echo Trinity pour développer ces actes. Proposer la thérapie focale dans le cancer de la prostate de bas risque (Focal ONE), dont le remboursement devrait être validé prochainement.
- Etre pleinement engagé dans le travail de recherche clinique mené sur l'établissement via l'Unité de Recherche Clinique.
 - Intégrer plus de patients dans les essais cliniques des nouvelles thérapies
 - Utiliser l'annuaire régional des essais cliniques ouverts (ARCHIMAID de ONCONORMANDIE).

➤ **Renforcer l'accès précoce aux soins de support, en parallèle de la prise en charge curative**

- Connaître et faire connaître les outils adaptés aux soins de support proposés sur le territoire (Activité physique Adaptée dans le cadre de la maison Sport Santé) et hors du territoire (Onco-Normandie : IMAPC, ONCOPSY, PARISAC, NUTRIPAC).
- Envisager des prises en charge en charge en SMR oncologie ou, a minima des prises en charge oncologiques en SMR polyvalent.
- Renforcer l'offre mobile de soins palliatifs sur le périmètre des établissements de la Direction commune.

➤ **Développer la chirurgie cancérologique en urologie, digestif, gynécologie via la Fédération d'oncologie :**

- Urologie :
 - Prostatectomies radicales par voie robotique
 - Chirurgie rénale : néphrectomies élargies totales, néphrectomies partielles pour tumeur et néphro-urétérectomie
 - Cystoprostatectomie pour cancers de vessie chez l'homme et pelvectomie chez la femme.
 - Mise en place de résections des tumeurs de vessie avec utilisation d'un produit photosensibilisant (hexvix). Diminution de 37% des risques de récidives de tumeurs de vessie.
- Digestif :
 - Travailler le parcours du cancer colo-rectal avec l'ensemble des acteurs concernés : médecins et chirurgiens (ville, hôpital et structure privée) afin de réduire les ruptures de ce parcours (endoscopies diagnostiques),
 - Améliorer le recrutement de patients chirurgicaux,
 - Favoriser les prises en charge en proximité pour le traitement médical du cancer, les soins de support.
- Gynécologie :
 - Renforcer l'activité de chirurgie gynécologique carcinologique, en lien avec la chirurgie digestive, pour maintenir un niveau au-dessus des seuils d'autorisation.

5.4.4. L'évolution de la filière :

➤ **Développer l'offre médicale en Oncologie générale et dans le cadre des spécialités (pneumologie, digestive, gynécologique) :**

- Développer une offre d'oncologie générale : 10 lits, en proximité des patients et de l'HdJ d'oncologie à Granville
- Développer les soins socio-esthétiques en HDJ.
- Développer les consultations de cancérologie, y compris des consultations avancées.
- Développer l'onco-gériatrie en HDJ et les téléconsultations au regard du temps médical disponible.
- Permettre au patient de continuer son traitement au domicile tout en bénéficiant du suivi des spécialistes hospitaliers dans le cadre d'une HAD.
- Développer la télémédecine et notamment la télésurveillance.
- Développer les parcours de soins suivant les recommandations de l'HAS et de l'INCA, avec le soutien de la coordination régionale menée par ONCONORMANDIE et en collaboration avec les acteurs du territoire pour les dépistages et l'adressage pour les différentes thérapeutiques dans ce domaine : chirurgie, chimiothérapie, radiothérapie, soins de support.

5.4.5. Les attentes des acteurs concernés vis-à-vis des directions :

- **RH médicales :**
 - Recrutement de médecins en oncologie générale
 - Formation continue des personnels en charge des patients
 - Étoffer les équipes médicales de chirurgie des cancers
 - Favoriser la constitution d'équipes territoriales.

- **Communication et visibilité :**

- Rendre plus lisible : « Faire savoir et faire connaître » l'offre de cancérologie
- Contribuer à la politique de stratégie solidaire développée par la FHF pour les établissements normands sur la thématique de l'oncologie
- Développer les partenariats : Institut du Cancer CHU de Caen, réseau Onco-Normandie, INCA, Ligue contre le Cancer, UniCancer,...
- Communiquer et promouvoir l'activité de l'établissement sur son offre oncologique, valoriser notre offre sur le territoire face au secteur privé.

- **Recherche et innovation :**

- Protocoles de recherche : gagner en visibilité et augmenter les inclusions.
- Structurer des RCP de recours à l'échelle régionale.
- Structurer l'offre de soins avec l'ouverture du Tep Scan en 2026.
- Développer la radiologie interventionnelle sur le territoire du Sud Manche, au sein des HSM.



FEUILLE DE ROUTE

EN MÉDECINE & SMR



5.5. FEUILLE DE ROUTE en MEDECINE et SMR

5.5.1. Synthèse de la problématique :

- Des besoins croissants de soins hospitaliers en lien avec le vieillissement de la population notamment en termes de soins non programmés, impactant fortement l'activité des services d'urgence et le besoin de capacitaire.
- Des besoins spécifiques des personnes âgées (plus de la moitié des séjours GHT concerne des patients qui ont plus de 75 ans) avec des parcours souvent complexes où s'intriquent les problématiques médicales et sociales.
- Une démographie médicale défavorable avec globalement une insuffisance du nombre de praticiens.
- Une continuité des soins dans les services qui s'appuie majoritairement sur la présence de médecins spécialistes. De facto, des médecins spécialistes en attente d'exprimer davantage leurs compétences.
- Pression de la demande : le GHT est la principale ressource sur le territoire pour la médecine.
- La permanence des soins est un facteur défavorable pour l'attractivité médicale et est insuffisamment soutenue financièrement par les tutelles.
- Des recrutements médicaux difficiles dans les spécialités en charge des parcours de santé prégnants sur le territoire : insuffisance cardiaque, oncologie, gastro-entérologie.

5.5.2. Cibles stratégiques du GHT :



- Contribuer à la mise en place opérationnelle de parcours pour les pathologies chroniques (dans leur modalité « populationnelle »).
Optimiser le capacitaire des services MCO et SMR de la direction commune.
Se positionner en matière de Permanence des Soins Territoriale.
Diversifier les modalités de prise en charge : ambulatoire, hospitalisation partielle.

5.5.3. Les axes de travail du GHT sur la thématique :

Pour la médecine de spécialité :

➤ **Cardiologie :**

- Développer une offre de télé-expertise référente départementale et accueil d'internes grâce au partenariat avec le CHU.
- Encourager la perspective d'un pôle spécialisé référent autour de l'hypertension artérielle (projet ESS). Volonté de développer un centre de référence départemental pour les HTA complexes et secondaires.
- Renforcer l'interface ville-hôpital, c'est à dire garantir un envoi immédiat des comptes rendus, permettre la télé-expertise pour les situations non urgentes, permettre de joindre un médecin d'avis par téléphone depuis la ville pour les situations d'urgence.
- Universitarisation : Promouvoir et soutenir les praticiens qui souhaitent devenir universitaires (chef de clinique attaché, maître de conférence attaché, professeur attaché). Soutenir les équipes qui accueillent des externes et des internes. Soutenir la réalisation de cours aux étudiants.
- Défendre l'ouverture des postes d'internes de Médecine Vasculaire et de Cardiologie.
- Accueillir des assistant/praticiens à temps partagé.
- Développer un staff régional en visio.
- Participer à l'activité de l'ESS.NCV (Equipe de Soins Spécialisés Néphro-Cardio-Vasculaires) via l'activité d'hospitalisation, via l'expertise des médecins spécialistes pour le second recours (actes, staffs, télémédecine et notamment téllexpertise..)
- Mettre en place de parcours patients opérationnels et notamment le parcours insuffisance cardiaque en homogénéisant les process sur l'ensemble des services de la Direction commune prenant en charge cette pathologie (Cardiologie, CSGs, médecines polyvalentes), avec le soutien de la CPAM et l'accentuation du développement du programme PRADO et de la consultation du DMP au sein des établissements de la Direction commune.
- Développer la pose d'holters implantables.
- Mettre en place des consultations par une IPA cardiologie.

➤ **Médecine vasculaire :**

- Développement de parcours de prise en charge et de suivi de la Maladie Thrombo-Embolique Veineuse :
 - Augmenter l'activité de phlébologie interventionnelle sur Granville,
 - Augmenter les vacations pour la réalisation d'écho-doppler
 - Prendre en charge l'Embolie Pulmonaire en ambulatoire.
 - Proposer un projet commun avec les médecins vasculaires libéraux (accueil d'interne, traitement thermique).
- Pour les maladies coronariennes et facteurs de risque cardio-vasculaires :
 - Organiser des HDJ pour réaliser des bilans de facteurs de risque de la maladie athéromateuse avec IDE/IPA.
 - Créer un centre de référence de l'Hypertension Artérielle dans le Sud-Manche, par l'équipe de Néphrologie, avec la collaboration des cardiologues.
 - Développer la télésurveillance des patients.
 - Ouvrir une unité d'éducation thérapeutique pluridisciplinaire sur le site d'Avranches, dans les locaux de l'AUB Santé, autour des pathologies cardio-vasculaires et rénales
 - Faciliter le retour des patients ayant des coronarographies en proximité, en s'appuyant sur l'USC
 - Organiser en HDJ la réalisation des bilans de plaies chroniques vasculaires.
 - Développer une filière ambulatoire d'évaluation, de mise en place et de suivi d'abords vasculaires (Midline, Piccline).

➤ **Néphrologie :**

- **Poursuivre et soutenir les activités d'hospitalisation et de repli** avec 3 niveaux de gradation : Niveau 1 = réanimation-USC grâce au box de dialyse à Avranches, niveau 2 = le service de néphrologie à Avranches, niveau 3 = services de médecine de proximité en périphérie d'Avranches.
- Poursuivre les admissions directes en priorité, **maintien d'une activité HDJ** forte et spécialisée (chimiothérapies, immunothérapies, bilans étiologiques, hyperhydratation, bilan de transplantation rénale, bilan métabolique spécialisé).
- Coopérer pour l'éducation thérapeutique au sein des locaux de l'AUB Santé.
- Soutenir la coopération forte avec les associations de patients.
- Développer et valoriser l'activité de médecine interventionnelle telle que la néphrologie interventionnelle, qui est en réalité déjà pratiquée (pose de cathéter d'hémodialyse, pose de cathéter de dialyse péritonéale, ponction biopsie rénale).

➤ **Dermatologie** : proposer des consultations externes dans des conditions médico-économiques soutenables.

➤ **Douleur** :

- Poursuivre le travail engagé par l'inter CLUD de groupement, avec la formation des professionnels et la sensibilisation à la douleur induite par les soins.
- Porter attention à la prise en charge de la douleur aigue au cours de l'hospitalisation via la démarche qualité et les indicateurs spécifiques.
- Pérenniser la prise en charge de la douleur chronique en développant les consultations douleur en lien avec l'infirmière douleur et l'algologue.

➤ **Endocrinologie / diabétologie** :

- Développer la télémédecine.
- Développer les prises en charge en hôpital de jour, notamment pour le parcours du patient diabétique (adultes et enfants).
- Améliorer les prises en charge du diabète des enfants en pédiatrie : certification de l'équipe par l'ARS.
- Développer les prises en charge des pathologies thyroïdiennes en lien avec les acteurs de la chirurgie.

➤ **Gériatrie :**

- Poursuivre le développement du parcours chute avec les acteurs du territoire :
 - En se portant pilote spécialiste de cette thématique aux côtés des CPTS, des acteurs des CLS et des structures privées :
 - En contribuant au dépistage des facteurs de risque de chutes
 - En facilitant les entrées directes si nécessaire en gériatrie
 - En développant le chemin clinique en ortho-gériatrie en collaboration avec les urgentistes, les chirurgiens, les anesthésistes, les médecins rééducateurs
 - En développant des bilans de chute en HDJ
 - En proposant une activité de rééducation en SMR ciblée, si possible en ambulatoire
- Participer aux actions de dépistage et de limitation de l'iatrogénie médicamenteuse en développant les bilans en HDJ
- Contribuer aux parcours des patients présentant des troubles cognitifs en développant des bilans en HDJ
- Développer des prises en charge de proximité en SMR (hospitalisation complète ou partielle)

➤ **Hématologie :**

Renforcer les consultations d'hématologie pour les avis dans les services et développer des parcours en HDJ de bilans, transfusions, traitement.

➤ **Hépato-gastro-entérologie :**

- **Développer les endoscopies et les consultations en gastro-entérologie** pour répondre aux besoins en dépistage pour le cancer colorectal sur le territoire, permettre un adressage pour les traitements en proximité (chirurgie et chimiothérapie) ; répondre d'autre part aux besoins endoscopiques pour les patients hospitalisés dans les différents services de l'établissement, sans retarder les sorties.
- **Afin de favoriser l'attractivité médicale sur cette spécialité**, mettre en place au sein de l'établissement des process qui permettent le plus possible aux gastro-entérologues intérimaires de maintenir et privilégier l'activité d'endoscopies et les avis spécialisés dans l'établissement afin optimiser les durées de séjour des patients présentant des pathologies digestives.
- **Envisager de développer des techniques endoscopiques**, notamment sur la sphère hépatobiliaires, permettant d'éviter les sollicitations vers d'autres centres. A défaut, améliorer les collaborations extra-GHT pour tisser le maillage territorial indispensable à la prise en charge des patients de gastro-entérologie.

➤ **Maladies Infectieuses et tropicales, EMA**

Dans le cadre de la prise en charge des MIT :

- Formaliser des parcours patients de type "Infections Ostéo-articulaire".
- Accentuer le travail de prévention via les vaccinations chez les personnes les plus fragiles : immunodépression, maladies chroniques, âges extrêmes de la vie.

Dans le cadre de l'EMA :

- **Etablir et coordonner la mise en place d'un plan d'action annuel de la stratégie de bon usage des antibiotiques pour l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux, des médecins généralistes et la médecine de ville du territoire de santé du GHT :**
 - Donner accès à un référentiel reconnu à tous les prescripteurs des ES du GHT sur l'antibiothérapie de 1ère intention des situations cliniques et infections les plus courantes
 - Former des prescripteurs, permanents ou temporaires, nouveaux ou déjà en poste, sur le bon usage des antibiotiques
 - Mettre en place une politique de réévaluation des prescriptions d'antibiothérapie de plus de sept jours et des antibiotiques cibles
 - Diffuser et promouvoir des outils de communication et d'aide au bon usage
 - Assurer des visites en pôles de santé.
- **Assurer l'activité de conseil** en antibiothérapie sur les trois secteurs de soins :
 - Organiser et apporter la réponse adaptée au titre du conseil en antibiothérapie, auprès des médecins de ville, des médecins coordonnateurs en EHPAD et de tous les médecins du GHT et du territoire de santé
 - Renforcer le conseil en antibiothérapie dans les services HSM

- Contractualiser avec les établissements privés pour l'activité de conseil en antibiothérapie
- **Réaliser des audits de prescriptions adaptées d'antibiothérapie :**
 - Cibler des audits sur les dossiers patients des médecins généralistes en ville
 - Cibler des audits sur la durée d'antibioprophylaxie en milieu chirurgical
- **Communiquer sur l'action de l'EMA :**
 - Présenter et partager la stratégie de l'EMA devant la CME des HSM
 - Établir un bilan d'activité annuel des actions réalisées (GHT, Etablissements Médico-sociaux, ville).

➤ **Neurologie :**

- Réduire les délais de prise en charge des patients pour accéder à la première Consultation mémoire. Fluidifier et organiser le processus.
- Développer les consultations de neurologie sur l'Etran, en collaboration avec les psychiatres.
- Développer l'accès aux thérapies de seconde ligne du Parkinson (Lecigimon, Scyova).
- Mise en place de la détection des ondes N20 (lien avec EEG et forte demande de la réanimation)
- Ouvrir la possibilité du don de cerveau avec la cellule de coordination locale (CHDOT), à visée scientifique.

➤ **Nutrition, diététique, alimentation :**

Poursuite de la démarche d'amélioration des prises en charge avec le soutien du CLAN qui pilote plusieurs axes de travail :

- **Prévention et prise en charge de la constipation fonctionnelle chez l'adulte :** Mise en œuvre de la procédure de prise en charge récemment rédigée (dépistage des patients à risque, description des règles hygiéno-diététiques à mettre en place, présentation des traitements médicamenteux de recours).
- **Dénutrition :** objectif de réaliser un nouvel audit sur le dépistage et la prise en charge de la dénutrition ciblé.
- **Formation des Correspondants Hôtelier Nutrition** et mise en œuvre de la charte de bonnes pratiques.
- **Développement en cours de 2 parcours HDJ (TCA et diabète)** + parcours de soins pour la mise en place de pompe à insuline en circuit fermé.
- **Poursuite des formations « flash »** sur les thématiques suivantes : dénutrition, texture alimentaire, CNO...
- **Sensibilisation des internes du sud Manche à la dénutrition.**
- **Poursuite des actions menées dans le cadre de la semaine nationale de lutte contre la dénutrition.**
- **Amélioration de la prestation hôtelière/alimentation :**
 - Passage au service à l'assiette en maternité depuis janvier 2025 : La réglementation interdisant depuis janvier 2025 l'utilisation du plastique pour le stockage, le réchauffage et le service des aliments en maternité et en pédiatrie, un service à l'assiette a été déployé en maternité.
 - A terme et suite à la réalisation des travaux prévus par le SDI à Avranches : Généralisation du service du repas à l'assiette à Avranches.
 - Végétalisation de l'assiette : Les Hôpitaux du Sud Manche ont répondu favorablement à un appel à projet pour travailler avec l'ANAP. Cela amènera des réflexions quant à la faisabilité d'une végétalisation tout en maintenant un apport protéique suffisant, notamment chez les personnes âgées dénutries ou à risque de dénutrition. Point de vigilance majeur à avoir.
 - Formation et sensibilisation des aides soignant(e)s à leur rôle dans la prestation hôtelière et alimentaire.
 - Amélioration de la prestation alimentaire sur l'établissement via les commissions menus notamment.
 - Poursuite du travail initié sur la réduction du gaspillage alimentaire en lien avec le groupe Empreinte, et sur le traitement et la valorisation des biodéchets des selfs du personnel, en partenariat avec le service Restauration, suite à ma mise en place du composteur.

➤ **Troubles du Comportement Alimentaire :**

- Accueil dans le service de pédiatrie (HSM) pour les moins de 16 ans en partenariat avec le CH Estran.
- Accueil dans le service SMR de Villedieu (HSM) pour les hospitalisations d'adultes (+18 ans) à hauteur de 4 lits dès 2025, portés à 8 lits au terme de la restructuration du service au deuxième semestre 2026.

➤ **Plaies et cicatrisation :**

- Poursuivre le travail collectif dans le cadre du groupe en place et mettre à jour les protocoles,
- Animer le groupe de référents plaies et cicatrisation.
- Augmenter l'accès au DIU plaies et cicatrisation des IDE de tous les secteurs.

➤ **Pneumologie :**

- Renforcer les compétences en oncologie thoracique
- Renforcer les consultations sur Granville et Avranches
- Renforcer l'offre d'endoscopie bronchique
- Renforcer l'activité de l'IPA de pneumologie
- Renforcer l'activité d'HDJ de bilans des pathologies respiratoires chroniques
- Renforcer les compétences en pneumo-allergologie
- Pérenniser d'offre d'éducation thérapeutique dans le cadre du PEP.

➤ **Rhumatologie :**

- Développer des parcours pour l'ostéoporose et les Rhumatismes Inflammatoires Chroniques.
- Améliorer les délais de consultations
- Développer la téléexpertise.

➤ **Soins palliatifs :**

- Assurer un maillage du territoire par la mise en place d'une réponse territoriale :
 - Coordonner les admissions et graduer les prises en charge entre les différents acteurs hospitaliers du soin palliatif : HAD, EMSP, LISP (Villedieu, Mortain, Saint-James) et Unité de Soins Palliatifs.
 - Répondre aux avis en soins palliatifs des services MCO et SMR des établissements du GHT
 - Conventionner avec les établissements du territoire demandeurs d'un soutien en soins palliatifs et notamment les EHPAD, le CRRF.
- Identifier des référents en soins palliatifs sur chaque établissement du GHT (cf. binômes membres du COPIL).
- Développer le repérage précoce des besoins en soins palliatifs avec une offre plus élargie de consultation, de bilans en HDJ.
- Contribuer à l'infusion de la démarche palliative via le développement de formations et de communication.
- **EMSP (Equipe mobile de Soins Palliatifs)** : Suite aux financements obtenus, mettre en place les ressources pour que l'équipe couvre le territoire.
 - Etudier collectivement les modalités optimum d'organisation au sein du GHT : une ou plusieurs équipes ? Secteurs d'intervention ?
 - Organiser l'intervention de l'équipe mobile en soins palliatifs à domicile, en dehors des recours à l'HAD, en lien avec les SSIAD et la réforme des SSAD en cours.
 - Développer le périmètre d'intervention de l'EMSP territoriale.

Pour la médecine polyvalente :

- **Recruter et former des médecins polyvalents** pour l'ensemble des services MCO de médecine polyvalente de la Direction commune afin de maintenir la continuité des soins, la permanence des soins.
- Développer les hôpitaux de proximité à Villedieu et Saint-Hilaire-du-Harcouët en renforçant les effectifs médicaux sur les services de MCO.
- Développer des postes d'interne de médecine générale partagés ville-hôpital.
- Développer et réaliser des parcours en HDJ comme solution pour le patient et au turn over du capacitaire, sur chacun des sites.

Pour les activités de SMR :

- **SMR gériatrique :**
 - voir objectifs pour le Très Grand Age.
 - Développer une offre d'hospitalisation partielle de SMR gériatrique et polyvalent sur la direction commune à l'horizon des trois ans à venir pour mise en conformité avec les dossiers d'autorisation, ou à défaut de conventionner avec un établissement partenaire.
- **SMRs de la Direction commune :**
 - Mortain : Optimiser les prises en charge palliatives, contribuer aux prises en charge sociales avec ré-orientation des patients bloqueurs vers ce site pour libérer le capacitaire MCO du site d'Avranches. Eviter les orientations post-urgences immédiates proches du MCO sur un site sans plateau technique dont la continuité des soins est pour l'instant difficile à soutenir. Collaboration à accentuer avec les médecins coordinateurs potentiels du secteur EHPAD (à recruter)
 - SHH : Développer les prises en charge de proximité, en soutien du service de MCO du site. Proposition d'une activité de séjours dans les suites des HDJ.
 - St James : Privilégier l'appareil locomoteur, en proximité, chez la personne âgée, le site ayant des ressources médicales et techniques appropriées. Poursuivre et optimiser les prises en charge palliatives en proximité.
 - Villedieu : Soutenir l'activité de soins palliatifs en proximité. Développer les prises en charge pour les troubles des comportements alimentaires pour les plus de 18 ans.
 - CH Estran : Voir item « Santé mentale ».

5.5.4. L'évolution de la filière :

- **Consultations externes** : cf chapitre dédié.
- **Equipes mobiles** : Consolidation des ressources en fonction des conventionnements avec l'ARS.
- **Hospitalisation conventionnelle** :
 - Identifier 10 lits d'oncologie générale à Granville, adossés à 20 lits de médecine polyvalente.
 - Mettre en place un service de 30 lits pour la cardiologie, la néphrologie, l'USC de 6 lits, la médecine interne et l'infectiologie.
 - Disposer de 30 lits de CSG à Avranches (+4 lits).
 - Organiser une unité de 30 lits pour associer les spécialités médicales neurologie et pneumologie.
 - Organiser 3 services médico-chirurgicaux de 30 lits chacun permettant le développement indépendants des chirurgies, une souplesse de capacitaire en périodes de tension et le développement de 3 filières pertinentes pour la prise en soin des patients :
 - Filière appareil locomoteur, infectiologie, médecine interne
 - Filière gastroentérologique
 - Filière urologie
 - Créer un service de médecine post-urgence de 10 lits.
 - Augmenter le nombre de lits de soins palliatifs à Mortain (passer de 3 à 5).

➤ **Hospitalisation HDJ :**

- **Faire évoluer le capacitaire à terme** : 18 places à Avranches et 15 places à Granville. Cela implique un renforcement des compétences en oncologie générale et onco-thoracique dans les 5 ans, un renforcement de l'adressage des spécialistes HSM et de ville et le respect d'une organisation efficiente permettant un équilibre médico-économique. Le développement de l'HDJ s'inscrira dans le cadre d'un projet ambulatoire global.
- **Répondre aux nouvelles réglementations et autorisations en développant de l'activité d'HDJ sur tous les sites ayant des lits de MCO et donc ouverture de lits d'HDJ à Villedieu et Saint-Hilaire.**
- **Promouvoir le développement des activités ambulatoires.**
- **Développer l'activité de l'HDJ en favorisant les prises en charge thérapeutiques** et surtout les démarches de bilan dans les domaines de la prévention secondaire, tertiaire, pour l'éducation thérapeutique, pour des prises en charge chirurgicales sécurisées, pour simplifier les prises en charge des patients très âgés.

➤ **Hospitalisation HAD :**

- Développer l'HAD : résoudre le problème de chevauchement avec l'HAD de Vire.
- Privilégier les prises en charge palliatives, les traitements intra-veineux, les pansements complexes aux soins de nursing lourds.
- Développer les chimiothérapies en HAD, en collaboration avec la Fédération d'oncologie.
- **HAD rééducation (HAD-R)** : convention avec le centre de rééducation Le Normandy pour développer les prises en charge en rééducation. Autorisation ARS spécifique HAD-R accordée début 2025 en plus de la mention socle déjà en cours.
 - Début de l'activité d'HAD-R à l'acquisition du DPI dédié (début 2026).
 - Adressage des patients après concertation médicale (staffs) HSM/CRRF. Prise en charge de patients avec un besoin uniquement de ré-autonomisation et de rééducation avec des soins de rééducation au domicile par le CRRF (MPP 11 et 12) et une coordination par l'équipe socle.
 - Rémunération forfaitaire du CRRF suivant les prestations réalisées auprès des patients.

➤ **Transition des SSIAD vers le modèle Service Autonomie à Domicile (SAD) : contexte de la réforme et enjeux pour les services.**

Le décret n°2023-608 réforme les services à domicile (SSIAD & SAAD) pour mieux accompagner le vieillissement à domicile, en renforçant l'autonomie et l'accès aux soins. L'objectif, est la fusion progressive des services de soins (SSIAD) et d'aide (SAAD) en « service autonomie à domicile (SAD) mixte », avec une zone d'intervention commune et un accompagnement intégré.

Dans ce contexte, les SSIAD de la direction commune sont engagés aux côtés des autres SSIAD et de plusieurs SAAD du territoire (dont l'ADMR et Adessa), dans la démarche de constitution d'un SAD mixte pour le territoire du Sud-Manche.

Ce projet répond aux exigences du décret n°2023-608 et vise la création d'une entité coordonnée de soins et d'aide à domicile. Il prévoit :

- Une convention transitoire de 5 ans (2025-2030) avec les partenaires identifiés ;
- La création d'une entité juridique unique à l'horizon S1 2026, potentiellement sous forme de GCSMS ou d'association ;
- Un cadre de coopération renforcée sans transfert juridique immédiat des personnels, mais une organisation coordonnée ;
- Le respect des obligations réglementaires : zone d'intervention commune aide/soins, respect de la liberté de choix de l'usager, fonctionnement selon le cahier des charges SAD mixte.

Les SSIAD de la direction commune, forts de leur expérience en coordination interprofessionnelle, contribueront activement aux différents chantiers opérationnels prévus par le projet, notamment :

- La coordination clinique et les astreintes partagées ;
- La convergence des systèmes d'information (SI) ;
- L'élaboration d'un projet de service commun SAD mixte ;
- La mutualisation d'outils et de procédures d'évaluation.

A terme, les services autonomie à domicile ont vocation à faciliter la coordination et la création de passerelles entre les structures d'aide et des soins, permettant :

- Une réponse plus complète aux besoins des personnes, avec la reconnaissance des missions des services en termes de prévention, de repérage des fragilités, de soutien aux aidants, mais aussi de repérage et de lutte contre la maltraitance.
- Une simplification des démarches au quotidien avec un interlocuteur unique chargé d'organiser la réponse aux besoins d'aide et de soins des personnes. Les services autonomies deviennent la porte d'entrée unique pour l'usager.
- Une coordination renforcée entre les professionnels de l'aide et du soin pour améliorer la qualité de l'accompagnement.

Par ailleurs, dans le cadre de la réforme de la tarification des actes infirmiers, en 2024, une nouvelle plateforme a été créée : SIDOBA. Cette plateforme doit permettre à l'ARS d'ajuster les budgets alloués en ayant une vision plus précise de l'activité des SSIAD.

Axes organisationnels au bénéfice des parcours :

- **Parcours : Contribuer au développement des parcours prioritaires sur le territoire en formalisant et organisant sa part hospitalière :**
 - Insuffisance cardiaque
 - Insuffisance Rénale Chronique,
 - BPCO, Asthme,
 - Diabète
 - Soins palliatifs
 - Cancer colorectal, Cancers de prostate, Cancer de vessie
 - Chute
 - Troubles cognitifs du sujet adulte.
- **Optimisation du capacitaire Médecine SMR :**
 - Optimiser les DMS pour mieux utiliser le capacitaire, respecter les bonnes pratiques en matière d'IPDMS et de lettre de liaison ainsi que de DMP.
 - Optimiser l'offre de capacitaire MCO pour le SNP en s'appuyant sur la cellule de gestion des lits de la Direction commune, renforcée dans ses missions de ré-orientation vers des SMR colorisés, vers l'HAD, vers les possibilités de prises en charge ambulatoires en externe ou en hospitalisation partielle, vers les professionnels d'appui type équipes territoriales, IPA et professionnels médico-sociaux d'appui (Assistantes sociales et PASS) ou vers les acteurs de ville (médecins, soignants, DAC, EHPAD).
 - Communiquer plus exhaustivement sur les activités, les dispositifs, et les modalités d'admissions directes, via les lettres de liaison.
 - Généraliser l'accompagnement des sorties via le PRADO, programme d'aide au retour à domicile proposé par la CPAM.
- **MEDECINE :**
 - **Tisser des liens coopératifs** avec les services d'aval, et avec le CHU de Caen pour la médecine interne, dermatologie, hématologie, cancérologie... pour faciliter les recrutements, obtenir des avis en médecine interne ou permettre l'accès au plateau technique du CHU.
 - **Développer l'usage de la téléexpertise** tant en termes de professionnels requis (pour répondre aux sollicitations des soignants de ville et organiser le Soin Programmé) qu'en termes de professionnels requérants auprès des acteurs du 3^{ème} recours (expert des CHU).
 - **Orienter vers les solutions alternatives** : en développant les parcours HDJ et les prises en charge en HAD.
 - **Optimiser le fonctionnement du service d'HDJ** pour reprendre le chemin du développement, mettre en place une coordination 3 sites avec le développement d'HDJ à Saint-Hilaire, développer l'HDJ femme- enfant, et formaliser un chemin clinique pour le patient diabétique.
 - **Recentrer les médecins spécialistes sur leur cœur de métier** et mettre leur expertise à disposition des médecins urgentistes, des services de MCO pour améliorer les DMS, des médecins des hôpitaux de proximité (via les consultations avancées) et des médecins de ville (téléexpertise).
 - **Intégrer le passage aux urgences aux maquettes médicales** pour faciliter le diagnostic et fluidifier les parcours en favorisant les sorties, les consultations et les prises en charge en HDJ à distance.

- **Oncologie** : créer une dynamique en cancérologie via la fédération d'oncologie.
- **Améliorer la production d'observations médicales dans les dossiers médicaux et la rédaction de la LDL.**

➤ **SMR :**

- **Renforcer la coordination des SMR** au sein de la direction commune pour fluidifier les orientations (adressage), les parcours, développer les protocoles communs d'admissions.
- **Mettre en œuvre la colorisation partielle.**
- **Proposer des séjours en SMR, en entrées directes**, sur les sites de la Direction commune dans les suites des bilans en HDJ.
- **Favoriser la communication**, les avis et les consultations avancées pour améliorer les prises en charge des patients en SMR que ce soit pour les pathologies médicales ou chirurgicales (staffs ?)
- **Développer l'hospitalisation partielle en SMR en conformité avec les autorisations.**
- **Mutualiser et renforcer les moyens de rééducation** (kinésithérapeute, ergothérapeute, diététicien, psychomotriciens) pour soutenir la fluidité des parcours.

5.5.5. Les attentes des acteurs concernés vis-à-vis des directions :

- ❖ **Maintenir l'activité d'HDJ** à Avranches dans les 5 ans, développer un projet ambulatoire à terme. **Accompagner les équipes d'HDJ** pour mettre en place les fonctionnements adéquats à ce format d'hospitalisation.
- ❖ **Disposer de ressources transversales suffisantes** pour proposer des prises en charge optimisées en, HDJ et fluides en hospitalisation conventionnelle pour ne pas rallonger les DMS pour des raisons non médicales.
- ❖ **Disposer d'une organisation plus efficiente** des programmations à distance pour l'imagerie, les consultations, les prises en charge en ambulatoire.
- ❖ **Mettre en place le service de Médecine Post Urgences à Avranches dès que possible.**
- ❖ **Recruter des médecins généralistes en HDJ et pour le MPU** et services de médecine polyvalente, notamment pour les hôpitaux de proximité
- ❖ **Recruter un oncologue.**
- ❖ **Recruter les cardiologues** pour constituer une équipe de cardiologie solide.
- ❖ **Recruter des gastro-entérologues** pour constituer une équipe et pérenniser cette spécialité au sein de l'établissement et le développement de la filière digestive.
- ❖ **Améliorer les conditions de travail des praticiens** : réviser les modalités d'organisation de PDS et améliorer la QVT, via les maquettes de service, afin d'optimiser les organisations des unités.
- ❖ **Promouvoir l'expertise des médecins et des soignants** via la participation aux programmes de recherche et la création d'une Unité de Recherche clinique.
- ❖ **SIH** : développer l'outil de programmation via Sillage
- ❖ **Mettre en place une ligne directe vers chaque spécialité et une messagerie sécurisée.**
- ❖ **Former des IPA aux urgences et en cardiologie** ainsi que des infirmiers de coordination, notamment pour le soin palliatif.
- ❖ **Faciliter les avis et accentuer les consultations avancées** au sein des établissements de la direction commune.
- ❖ **Améliorer la communication** entre les acteurs sanitaires et médico-sociaux pour faciliter les parcours.



FEUILLE DE ROUTE

POUR LES PERSONNES ÂGÉES



5.6. FEUILLE DE ROUTE pour les PERSONNES AGEES.

5.6.1. Synthèse de la problématique

- Vieillissement de la population, particulièrement dans le Sud Manche générant un besoin croissant de prise en charge des pathologies liées au grand âge et notamment les troubles neurocognitifs.
- Isolement des personnes âgées, géographique et relationnel.
- Souhait des personnes âgées de vieillir à domicile ou à défaut « comme à la maison » : développer les alternatives à l'EHPAD.
- Souffrance des aidants et dégradation de l'état de santé, qui sont de plus en plus nombreux.
- Problématique éthique de l'accompagnement de la fin de vie.
- Une filière gériatrique dont la coordination est à renforcer, notamment pour éviter le passage aux urgences des + de 75 ans.
- Bientraitance des personnes âgées en EHPAD : contrôle des pratiques insuffisant.

5.6.2. La cible stratégique du GHT :



- Favoriser l'autonomie à domicile grâce aux équipes mobiles territoriales.**
Prévenir la perte d'autonomie : Favoriser le dépistage et les prises en charge précoces des patients chuteurs et des patients présentant des troubles neurocognitifs.
Veiller à la bientraitance.
Renforcer la proximité pour les prises en soins, « aller vers ».
Développer l'approche médico-sociale : Adapter nos réponses aux besoins spécifiques des personnes âgées.
Soutenir les aidants en développant l'offre de répit.
Développer la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs.

5.6.3. Les axes de travail du GHT sur la thématique :

➤ Développer la prévention, le repérage et le diagnostic précoce :

- Développer le parcours chutes et le parcours troubles cognitifs en HDJ.
- Eviter l'iatrogénie médicamenteuse.
- Développer les consultations mémoire.
- Télé expertise et télémédecine, HDJ, consultations avancées : Temps de gériatre à renforcer, sensibiliser les médecins traitants.

➤ Coordination à renforcer :

- Mettre en place d'un Centre de Ressources Territorial
- Soutenir l'action de la cellule de gestion des parcours du GHT et du copil parcours notamment par des moyens de formation, de communication, et de ré-orientation pour éviter les ré-hospitalisations multiples des patients âgés.

➤ Virage domiciliaire et aller-vers :

- Fédérer les acteurs du domicile pour maintenir l'autonomie : cf évolution des SSAD (item médecine).
- Développer les équipes mobiles territoriales en gériatrie et soins palliatifs.
- Proposer des séjours en SMR, en entrées directes, sur les sites de la Direction commune dans les suites des bilans en HDJ.
- Développer les solutions de transport pour l'accès aux soins.
- Développer la télémédecine / la téléexpertise.
- Problématique spécifique de l'accès aux soins pour le Mortainais : développer l'aller-vers (consultations avancées, équipes mobiles). Mettre en œuvre le temps financé pour l'IDE de l'EMET.
- Lutte contre l'isolement : développer le réseau de prévention et de communication auprès des personnes âgées.

➤ **EHPAD :**

- HAD, SSIAD et Soins palliatifs dans les EHPAD : renforcer les liens, favoriser les admissions anticipées en HAD (dossiers dormants), mettre en place des formations type EPU pour améliorer le repérage précoce en soins palliatifs, et développer l'outil : fiche « pallia 10 » et « pallia10 géronto », généraliser les directives anticipées, et la désignation de la personne de confiance.
- En EHPAD, être « comme à la maison » : adapter les locaux, animer les lieux de vie.
- Associer usagers et aidants
- Développer l'accompagnement des aidants, et l'offre de répit : Augmenter le nombre de places d'accueil de jour sur le territoire.
- Bientraitance, liberté, consentement : renforcer la formation, l'évaluation qualité, en lien avec le comité local d'éthique.
- Développer les stages d'internes en gériatrie.
- Construire un projet d'accompagnement cohérent pour l'UHR en travaillant le lien avec le parcours depuis l'UCC vers l'EHPAD.
- Mettre en place des commissions d'admissions communes entre les EHPADS de la direction commune.
- Analyser la situation et rechercher des solutions avec le CH Estran pour mieux prendre en charge les personnes âgées atteintes de troubles mentaux.

➤ **En ville :**

- Développer la coopération via les CLS pour pallier à la défaillance des communes et des départements sur la prise en charge sociale de 1ère intention par défaut d'assistantes sociales de ville (avant hospitalisation).
- Développer la lisibilité de l'offre, l'orientation des patients dans les dispositifs car de nombreuses solutions existent, renforcer les liens avec le DAC (via le groupe de travail « parcours santé Sud Manche » notamment).

➤ **Développer une vraie stratégie de prise en soins des personnes âgées et/ou fragiles :**

- Développer les leviers pour éviter les arrivées aux urgences pour des soins non programmés, parfois répétés : Repérage par UMOEG des hospitalisations répétées, collaboration avec le DAC pour les situations complexes, favoriser les entrées directes via ALLO GERIATRIE
- Poursuivre le déploiement et la communication autour du dispositif ALLO GERIATRIE auprès des professionnels de santé de ville
- Améliorer la prise en charge des personnes âgées aux urgences : parcours ortho gériatrie, repérage et évaluation par l'UMOEG.
- Mieux identifier la part médico-sociale de nos activités, notamment autour de la personne âgée, valoriser le travail des professionnels.
- Prendre en compte le bilan des évaluations HAS sur le périmètre médico-social et mettre en œuvre les plans d'action avec le soutien du service qualité.
- Favoriser les postes d'Aides-Soignants plutôt que ASH FF AS.
- Recenser les besoins en professionnels spécialisés (APA, Ergo, Neuro psy,) et réduire les temps morcelés (trop de temps 0,1 ETP) empêchant l'investissement dans l'équipe et la prise en compte du temps relationnel des soins souhaité.
- Développer le rôle de l'HAD pour limiter les hospitalisations conventionnelles (Patients dormants).
- Préparer la sortie dès l'entrée du patient et renvoyer les patients dans leur structure existante rapidement en utilisant l'HAD.
- Favoriser l'interconnaissance des différentes structures entre urgences et handicap (Handicap, médico social,).
- Améliorer la formation continue des paramédicaux à la prise en charge des personnes soignées (formation d'assistants en soins gérontologiques) même en services sanitaires. Déconstruire les préjugés que l'ASG travaille exclusivement en gériatrie.
- Développer la prévention de la maltraitance (promouvoir la bientraitance) : formation humanitude, Développer toutes les formations pour les PEC des personnes âgées (fin de vie, Alzheimer, nutrition,).
- Favoriser les formations des ASH en interne aux résidences.
- Remplacer les agents en formation pour permettre de former plus d'agents.

- Améliorer les conditions de travail et redonner du temps aux soignants, via la politique d'investissement du quotidien et la mise en œuvre de la dispensation nominative des médicaments en EHPAD et USLD.
- Mettre des moyens matériels en lien avec les conditions de travail (rails, ...).
- Développer la coopération avec les représentants des usagers pour intégrer « l'expérience patient » dans les pratiques de soins.
- Fidéliser les agents et leur permettre de s'investir dans les services => satisfaction au travail des agents.
- Valoriser les actions et évènements en lien avec la filière Gériatrique.

5.6.4. L'évolution de la filière :

- Développement des consultations mémoire, consultations de gériatrie.
- Facilitation des consultations avancées et les avis sur les sites de Saint-Hilaire et Villedieu pour soutenir les DMS dans les services de médecine des hôpitaux de proximité. Optimiser les parcours des patients en sortie de ces sites.
- Formation d'une IPA en pathologies chroniques, dédiée à cette filière gériatrique
- Renforcement de la clarification des règles d'admission dans les services et structures.
- Equipes mobiles :
 - UMOEG : déploiement de l'UMOEG sur le territoire, permettre l'intervention de l'UMOEG aux urgences des sites (repérage des patients chuteurs notamment) : consolider son intervention sur les 3 sites d'urgences.
 - ALLO GERIATRIE : (ancienne PEG) : dispositif à destination des professionnels de santé vers l'ensemble des acteurs de la gériatrie et notamment facilitateur d'entrées directes vers les courts-séjours gériatriques ou les prises en charge en HDJ.
 - EMET : Equipe mobile gériatrique territoriale : développement de l'offre de consultations IDE et accentuation de la communication, développement du périmètre géographique d'intervention.
- Développement de l'HDJ mémoire et l'HDJ chutes avec IPA polypathologies.
- Evolution du capacitaire HC aux HSM : 6 lits d'ortho-gériatrie dans le service de chirurgie orthopédique, Capacitaire du CSG Avranches porté à terme à 30 lits (+4 lits).
- SMR gériatrique de Granville : favoriser la prise en charge des situations gériatriques les plus complexes.
- Colorisation des lits de SMR (orientations médicales préférentielles pour une partie des lits) au sein de la direction commune pour trouver un équilibre entre parcours territorial et proximité.
- Plateforme de répit pour les aidants : communication sur les actions d'INTERMEDE
- Créer des places d'USLD au CH de Mortain (7 à 10 lits par transformation des lits d'EHPAD) pour améliorer la prise en charge des résidents très dépendants et avec de lourds problèmes de santé nécessitant une présence médicale et paramédicale H24 (absence de prise en charge IDE la nuit dans les EHPAD, SSIAD et HAD de Vire).
- Mettre en place un temps plein de médecin clinicien à l'EHPAD de Mortain du fait du défaut de médecin traitant de ville intervenant en EHPAD (175 résidents).
- Pour l'EHPAD « Le Jardin des Épices » du CH de l'Estran à Pontorson :
 - Demander la reconnaissance officielle de l'unité Alzheimer fermée de 12 lits de l'EHPAD, qui assure une prise en charge bien plus exigeante que dans un EHPAD généraliste, nécessitant des ressources humaines renforcées et des dispositifs spécifiques, sans bénéficier à ce jour des financements adaptés.
 - Transformer 15 lits d'EHPAD en lits d'USLD à l'EHPAD « Le Jardin des Épices » afin de répondre à la lourdeur clinique des résidents (PMP 334, GMP 756, 57 % en GIR 1/2). La présence d'une infirmière de nuit, d'un temps médical permanent en somatique, ainsi qu'un suivi régulier par les médecins psychiatres permettent une prise en charge soutenue des patients les plus dépendants dans les autres unités. Toutefois, cette organisation ne bénéficie pas des financements suffisant.

- Renforcer l'offre de soins et de soutien aux personnes âgées et à leurs aidants, en s'appuyant sur l'EHPAD comme levier structurant :
 - Extension de l'accueil de jour, avec intégration d'un soutien psychologique formalisé pour les aidants (consultations, écoute téléphonique, relais avec les dispositifs existants) ;
 - Création d'un hôpital de jour "Grand Âge" (2 à 3 places) à visée diagnostique et palliative, centré sur les bilans mémoire, les troubles de la marche, la prévention des chutes et l'accompagnement en soins palliatifs ;
 - Développement de consultations gériatriques avancées (UGA) et de projets "EHPAD hors les murs" pour interventions à domicile ;
- Mise en place d'une fédération médico-sociale sur le périmètre de la direction commune pour faciliter les réflexions communes, la diffusion des bonnes pratiques, la gestion de la formation et l'attractivité médicale.
- Renforcement des liens avec le GCSMS.
- Travailler avec les GCSMS/DAC/plateforme de répit pour le développement des places d'HTSH (lits d'hébergement temporaire d'urgence) : places autorisées mais non effectives.

5.6.5. Les attentes des acteurs concernés vis-à-vis des directions :

- ❖ **Renforcement des effectifs de gériatres** et de l'attractivité médicale et paramédicale au regard du projet de la filière gériatrique.
- ❖ **Renforcement de l'universitarisation de la filière :**
 - En coopération avec le CHU, développer la présence d'internes de gériatrie, stage d'externat ?
 - Sensibiliser les professionnels aux spécificités de la prise en charge des + de 75 ans : formations des IDE à la gériatrie, respect des protocoles
 - Participer à la recherche et aux audits régionaux.
- ❖ **Nécessité d'adapter les temps d'IDE** notamment dans le cadre du parcours ortho gériatrique et dans les EHPAD pour assurer la continuité des soins.
- ❖ **Recrutement de transversaux en nombre suffisant** pour fluidifier les parcours vers l'aval et optimiser les DMS.
- ❖ **Consolidation des effectifs UMOEG et EMET** pour élargissement des périmètres d'intervention.
- ❖ **Réalisation des travaux** dans le cadre du SDI Avranches pour augmentation du capacitaire CSG (+4 lits)
- ❖ **SIH facilitant pour le partage des informations** relatives aux patients entre professionnels ville-hôpital et notamment la transmission des images et des résultats de laboratoire. Facilitation de l'alimentation et de la consultation du DMP des patients au sein des établissements de la Direction commune.



FEUILLE DE ROUTE

DU SECTEUR MÉDICO-SOCIAL



5.7. FEUILLE DE ROUTE du secteur MEDICO-SOCIAL.

5.7.1. En matière de HANDICAP.

Synthèse de la problématique :

- Vieillissement marqué des personnes en situation de handicap, y compris sous amendement Creton.
- Inégalités d'accès aux soins limité, en particulier en imagerie, chirurgie et soins dentaires.
- Inégalités d'accès selon le type de handicap : visible / invisible, sensoriel, cognitif, psychique.
- Besoins croissants en hébergement adapté et solutions inclusives à domicile, par exemple : Etablissement d'Accueil Non Médicalisé (EANM), Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH).
- Nécessité de repérage et d'intervention précoces des troubles neurologiques du développement chez l'enfant.
- Manque de coordination entre le secteur sanitaire et médico-social.
- Professionnels et grand public devant évoluer dans leur considération des personnes porteuses de handicap.
- Mobilisation encore faible du GHT sur les dimensions "droits", "vie sociale" et "répit".
- Offre médico-sociale riche, mais persistance de cloisonnements entre les secteurs sanitaire, médico-social et social qui nuit à la fluidité des parcours pour les personnes en situation de handicap, en particulier celles présentant des troubles psychiques, cognitifs ou du neurodéveloppement. Les jeunes en transition, les personnes vieillissantes et les adultes atteints de TSA ou de déficience intellectuelle en sont les premières victimes.

La cible stratégique :



Former et sensibiliser un maximum de professionnels du GHT à tout type de handicap (TND, polyhandicap, handicap psychique, etc.).
Renforcer et diversifier la capacité d'accueil, notamment pour les personnes âgées handicapées vieillissantes (UPHV, MAS, FAM).
Adapter les pratiques et locaux pour favoriser l'inclusion.
Développer une offre accessible de soins et de consultations spécialisées.
Décloisonner les champs d'intervention entre le sanitaire et le médico-social.

Les axes de travail du GHT :

- **Coordination des parcours** : Déployer une réponse territoriale, coordonnée et résolument inclusive aux situations de handicap, en s'appuyant sur une logique de parcours et une synergie intersectorielle.
- **Garantir la continuité des parcours de soins, de vie et d'insertion, avec une attention particulière portée aux phases de transition (enfance → âge adulte, établissement → milieu ordinaire, autonomie → dépendance).**
- **Faciliter l'accès de proximité à des dispositifs médico-sociaux adaptés**, en lien avec les besoins spécifiques des personnes, quel que soit leur âge ou leur type de handicap :
 - Développer la télé expertise, les téléconsultations.
 - Développer l'offre de consultations adaptées (Handi-consultations).
 - Renforcer les solutions de transport adapté.
- **Renforcer l'accès aux innovations diagnostiques**, notamment en facilitant le recours aux analyses génétiques dans les cas complexes, afin de limiter l'errance diagnostique et d'offrir une prise en charge plus précoce et mieux ciblée aux familles concernées.
- **Handicap physique** : développer l'accès à la rééducation.
- **Promouvoir un accompagnement global et individualisé**, favorisant l'accès aux droits, à un habitat adapté, à une vie sociale choisie, ainsi qu'à un soutien quotidien respectueux du projet de vie de la personne.
- **Développer le dépistage des troubles sensoriels.**

- **Développement de programmes innovants de soutien** : déploiement de programmes d'éducation thérapeutique, du soutien aux aidants, dans une approche globale et pluridisciplinaire.
- **Valorisation du parcours citoyen des personnes en situation de handicap** : encouragement à la participation à la vie publique et sociale, la mise en œuvre d'actions sport-santé, ainsi que des initiatives de médiation culturelle et sociale.
- **Renforcement des partenariats avec les filières spécialisées**, notamment Anddi-Rares et les Centres de Référence Maladies Rares (CRMR) du Nord-Ouest, dans le cadre du parcours de diagnostic, de soins et d'accompagnement. Cette dynamique est portée par la **labelisation du Centre Hospitalier de l'estran comme Centre de Compétence Maladies Rares**, garantissant un ancrage territorial fort et une expertise reconnue.
- **Associer les usagers et les aidants.**
- **Favoriser l'accompagnement des aidants**, proposer et développer l'offre de répit.
- **Sensibiliser les professionnels** de tout service à l'accueil des personnels en situation de handicap (accès aux formations du Réseau de Services pour une Vie Autonome depuis 2025).
- **Définir un référent handicap** sur chacun des sites de la direction commune, développer les staffs de territoire, intégrer la Communauté 360 et faire connaître les référents handicap ainsi que le numéro vert existant auprès des professionnels de terrain.
- Participer à des actions de **communication inclusive** (campagnes de sensibilisation, partenariats associatifs).
- **Soutien à l'inclusion sociale** : développement de parcours sans rupture à la sortie des dispositifs de l'enfance ou de l'adolescence, pour favoriser l'autonomie et l'insertion des jeunes adultes en situation de handicap.

L'évolution de la filière :

➤ Consultations :

- **Développement des consultations dédiées** aux personnes porteuses de handicap (dispositif « Handi consult » soutenu par l'ARS : en gynécologie et en dentaire avec possibilité de prise en charge chirurgicale.)
- **Repérage et intervention précoces des troubles du neuro-développement** : augmenter les temps de neurologue, de neuro psychologue, de neuro pédiatre.
- **Déploiement de la télémédecine spécialisée** : développement de consultations à distance dans la prise en charge des situations complexes, en appui aux établissements et aux familles isolées.
- **Déploiement de l'offre CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce)**, en lien avec les dynamiques territoriales de prévention, de repérage précoce et de soutien aux familles dès les premières années de vie.

➤ Places d'hébergement, foyer ou MAS :

- Mise en œuvre des 80 places réelles à Saint-James, dont 79 places d'hébergement permanent et une temporaire, grâce au projet de reconstruction (livraison prévue en juin 2027).
- Projet de réhabilitation du foyer à Saint-James en cours de validation avec le département et Manche Habitat, propriétaire des locaux.
- **Développer des solutions d'hébergement adaptées** : créer des places d'UPHV pour les personnes âgées handicapées vieillissantes. Etudier les opportunités d'un travail en partenariat avec l'ETP de Saint-James et d'Avranches notamment.

- **Développer les dispositifs d'accueil temporaire et de relayage**, permettant de soulager les aidants et de prévenir les situations d'épuisement.

- **Souhait de la création d'une unité mobile médico-sociale CAMSP sur le secteur de Saint-Hilaire-du-Harcouët**, afin d'élargir le champ d'intervention précoce en proximité et de mieux couvrir les zones rurales.

- **Réponses coordonnées aux appels à projets (AAP) et appels à manifestation d'intérêt (AMI)** dans le champ du handicap, avec des contributions actives du GHT autour du SAVS, SAMSAH, habitat inclusif, CAMSP, accompagnement des troubles du spectre de l'autisme (TSA) et dispositifs de soutien à la vie sociale.

Membre actif du **GCSMS "Ambition Inclusive Sud Manche"** : le Centre Hospitalier de l'Estran s'y engage pleinement à travers le développement de projets tels que le SAVS-AD (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale pour Adultes), le SAMSAH (Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés) et, prochainement, l'AVDL PSY (Accompagnement Vers et Dans le Logement pour les personnes en souffrance psychique). Cette implication inclut la mobilisation de professionnels ainsi que la co-rédaction de réponses aux appels à projets.

- Mise en œuvre d'une **plateforme de services d'accompagnement à domicile**, portée par le **GCSMS Ambition Inclusive Sud Manche**, pour structurer une offre territoriale lisible, souple et personnalisée.

- **Renforcement des dispositifs de soins à domicile spécialisés** : consolidation des SESSAD (Services d'Éducation Spéciale et de Soins à Domicile), avec un accent particulier sur la création de SESSAD dédiés au polyhandicap, pour accompagner les enfants et adolescents dans leur environnement quotidien.

- **Multiplication des structures d'accueil de jour**, destinées à offrir des temps de répit aux aidants, tout en favorisant la socialisation et le développement des personnes accompagnées.

- **Ouverture d'une chambre d'accueil temporaire supplémentaire au sein de la MAS l'Escale**, afin de mieux répondre aux besoins ponctuels ou urgents d'hébergement dans un cadre sécurisé et adapté.

Les attentes des acteurs concernés vis-à-vis des directions :

- ❖ **Mise en œuvre des actions de formation et de communication.**
- ❖ **Facilitation de l'accès aux soins en consultations et à l'imagerie et au laboratoire**
- ❖ **Développement d'un cadre de coopération entre les acteurs du secteur « handicap » et les acteurs sanitaires** pour le développement d'une culture commune entre les secteurs sanitaire et médico-social : construction progressive d'un langage partagé, d'outils communs et d'approches convergentes, afin de favoriser une meilleure compréhension mutuelle et une fluidification des parcours.
- ❖ **Communication sur l'offre disponible via les associations spécialisées.**
- ❖ **Respect des normes relatives** aux accès dans les locaux d'imagerie (largeur des portes dans les zones d'examens et dans les vestiaires) sur les 3 sites.
- ❖ **Consultations** : déroulement de consultations adapté aux besoins spécifiques (temps et aide), réserver des créneaux en fonction du parcours établi en lien avec l'IDE du dispositif Handiconsult.
- ❖ **Pour la maternité** : demande de matériel adapté réalisée mais difficulté sur les ressources sages-femmes.
- ❖ **Interopérabilité des systèmes d'information** : mise en place de SIH compatibles entre acteurs sanitaires et médico-sociaux, avec un recours accru au Dossier Médical Partagé (DMP) comme outil de coordination tout au long du parcours de la personne.

- ❖ **Investissements immobiliers ciblés** : adaptation des infrastructures existantes et création de nouveaux espaces pour accueillir les dispositifs inclusifs et accompagner l'augmentation de l'activité médico-sociale.
- ❖ **Renforcement de l'animation territoriale** : co-portage de projets avec les partenaires locaux, structuration de réseaux thématiques, et intégration des usagers dans les démarches de co-construction des réponses.
- ❖ **Formation des professionnels** : mise en place de modules dédiés à la prise en charge du polyhandicap, incluant les soins somatiques, l'orthophonie, la kinésithérapie et les stratégies de rééducation pluridisciplinaire.
- ❖ **Appui à la recherche appliquée** : poursuite et valorisation des recherches cliniques et expérimentales sur les approches complémentaires dans la prise en charge :
 - Des personnes en situation de **polyhandicap** ;
 - Des **patients cérébrolésés** ;
 - Des usagers relevant de l'**amendement Creton**, pour qui les réponses institutionnelles doivent être repensées en lien avec les spécificités de l'âge adulte.

5.7.2. En matière de lutte contre la PRECARITE.

Synthèse de la problématique :

- Evolution croissante des besoins notamment en lien avec les flux migratoires et les difficultés d'accès au logement.
- Configuration du territoire : éloignement des usagers ruraux des centres de soins, mobilité réduite.
- Compréhension des besoins spécifiques des usagers plus vulnérables.

Le PRS comporte un volet PRAPS (Plan Régional d'Accès à la prévention et aux soins) qui définit deux axes de travail et des objectifs précis assortis d'indicateurs (p.257 du PRS).

La cible stratégique du GHT :



Faciliter l'accès aux droits et au système de santé en adaptant les modalités de prise en charge.
Adapter et rendre accessible l'offre de soins et d'accompagnement aux publics les plus vulnérables.

Les axes de travail du GHT sur la thématique :

- **Favoriser l'aller-vers et le formaliser** : aller au domicile ou sur les lieux d'hébergement temporaire, renforcer les moyens de la PASS et le soutien aux équipes d'addictologie (CSAPA (Centre de soins, d'accompagnement et de addictologie) et CAARUD (centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogue)), développer l'accès à la télémédecine pour les détenu(e)s, faire évoluer les modalités d'intervention de la PASS (Permanences d'accès aux soins de santé).
- **Adapter la communication** et les supports à destination des publics vulnérables : prendre connaissance des outils existants au niveau régional/national.
- **Formation et sensibilisation** des professionnels à la prise en compte des besoins spécifiques : plan de formation et de communication large car la prise en compte des besoins spécifiques des publics vivant dans la précarité est une problématique transversale.
- **Ethique** pour la prise en charge de tous les patients : mobilisation du Comité Local d'Ethique pour faire évoluer les comportements des professionnels.

- **L'accès aux soins :**
 - Développer la médiation en santé et les approches interculturelles : ressources de médiation et d'interprétariat pour faciliter la prise en charge des gens du voyage, des migrants.
 - Création d'outils de suivi entre la PASS et les bureaux des entrées pour les patients hors du droit commun.
 - Augmenter la durée de validité des ordonnances pour ces publics qui ont des difficultés d'accès aux soins.
 - Favoriser le repérage des difficultés particulières et pouvoir signaler les besoins spécifiques dans le Dossier Patient Informatisé notamment lors des consultations externes.
- **Problématique de retard aux soins** : billet coupe-file sur demande de la PASS pour accéder aux spécialistes.
- **Former** des bénévoles au repérage.
- **Développer des fiches de vigilance** pour l'organisation de staffs territoriaux.
- **Désigner des référents** précarité dans les services ?
- **Collaborer avec les acteurs de la ville avec le soutien du DAC** pour réparer les points de ruptures des parcours spécifiques (migrants, sans abris ou mal logés, sous-main de justice, gens du voyage et en situation de prostitution) qui ont été identifiés dans le PRAPS.

L'évolution des solutions :

- **Conforter les ressources dédiées à la PASS via le CPOM** (en suite de la redéfinition des missions et des modalités de financement).
- **Consolider les accompagnements médico-sociaux spécifiques.**
- **Consolider la place des équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP) dans le parcours santé mentales et psychiatrie des personnes en situation de précarité (cf. PTSM).**

Les attentes des acteurs concernés vis-à-vis des directions :

- ❖ La pharmacie souhaiterait pouvoir rencontrer les patients accompagnés par la PASS pour exercer son rôle de conseil.
- ❖ Présence de consultations externes et de la PASS dans les lieux d'hébergements, les CADA (Commission d'accès aux documents administratifs).



FEUILLE DE ROUTE

POUR LA SANTÉ MENTALE



5.8. FEUILLE DE ROUTE pour la SANTE MENTALE.

5.8.1. Synthèse de la problématique :

- Le Sud-Manche est confronté à une pression croissante sur son offre en santé mentale, dans un contexte de tension durable sur les ressources médicales : en pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, gériatrie et, de manière plus large, la médecine générale les effectifs peinent à répondre à l'augmentation continue des besoins.
- La crise sanitaire liée au COVID-19 a renforcé cette dynamique en révélant la vulnérabilité de nos structures face à la montée en puissance des troubles psychiques. Elle a aussi contribué à amplifier les situations de souffrance, en particulier chez les publics les plus fragiles – enfants, adolescents, personnes âgées – accentuant ainsi la complexité des prises en charge.
- Des efforts importants ont été réalisés pour renforcer les équipes médicales, mais ils ne permettent pas encore de compenser une demande en forte croissance, tant sur le plan quantitatif que sur celui de la diversité des problématiques rencontrées et de l'intensité des accompagnements attendus.
- La nature des demandes évolue profondément : davantage de situations complexes, exigence accrue de réactivité, nécessaire adaptation des réponses proposées. Cette évolution oblige à repenser nos organisations, renforcer les coopérations territoriales et diversifier les modes d'intervention.
- Pour autant, une dynamique de recrutement positive est à l'œuvre. Des recrutements récents ont permis le déploiement de nouvelles activités, notamment autour des troubles du neurodéveloppement (TND) et de la psy périnatalité. Cette dynamique repose sur une coopération étroite et structurante avec la Fondation Bon Sauveur de la Manche, dans le cadre de laquelle des médecins psychiatres du CH de l'Estran interviennent également au bénéfice de la Fondation, consolidant ainsi l'offre territoriale en santé mentale.
- Le territoire est marqué par un taux de suicide particulièrement préoccupant, notamment chez les jeunes âgés de 15 à 18 ans. Cette situation, à la fois dramatique et persistante, reflète une souffrance psychique profonde et souvent silencieuse, nécessitant une mobilisation urgente et collective. Elle souligne l'importance d'un repérage plus précoce des troubles, d'un accès rapide à des soins adaptés, mais aussi d'une politique de prévention ambitieuse et transversale, intégrant pleinement les établissements scolaires, les familles, les professionnels de première ligne, ainsi que les collectivités territoriales et les acteurs associatifs.
- Dans ce contexte, les troubles des conduites alimentaires (TCA) apparaissent également comme un enjeu croissant de santé publique, particulièrement chez les adolescents et les jeunes adultes. Leur fréquence, leur gravité potentielle, ainsi que leur lien étroit avec des problématiques de mal-être, d'isolement ou de perte d'estime de soi, imposent une prise en charge précoce, spécialisée, coordonnée et respectueuse de la singularité de chaque parcours. Cette réponse doit reposer sur des dispositifs gradués, articulés entre le sanitaire, le médico-social et le secteur libéral, avec des passerelles efficaces entre le dépistage, le soin et l'accompagnement au long cours.

5.8.2. Cible stratégique du GHT :



Structurer une offre de soins lisible, territorialisée, accessible et centrée sur les parcours de vie des usagers, tout en s'inscrivant dans des dynamiques interprofessionnelles et intersectorielles fortes.

➤ **Structurer l'offre autour des six priorités du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM)**

L'une des priorités majeures est de consolider le déploiement des six axes stratégiques du PTSM, en assurant une couverture fluide et homogène de l'ensemble du territoire :

- Le repérage précoce des troubles psychiques, et l'accès facilité au diagnostic, aux soins et à l'accompagnement ;
- L'organisation de parcours de santé et de vie cohérents, continus et de qualité, favorisant le rétablissement et l'inclusion sociale.

- L'accès des personnes souffrant de troubles psychiques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins spécifiques ;
- La prévention et la prise en charge des situations de crise et d'urgence ;
- La promotion des droits, le renforcement du pouvoir d'agir des personnes concernées et la lutte contre la stigmatisation ;
- L'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale.

Dans ce cadre, le Centre Hospitalier de l'Estran est pilote pour plusieurs actions structurantes : développement du dispositif VigilanS, coordination territoriale, animation de groupes de travail thématiques (périnatalité, adolescence, réhabilitation...), structuration d'une filière départementale de niveau 2 pour la prise en charge des troubles du comportement alimentaire (TCA), et élaboration de projets de soins innovants.

➤ **Renforcer la prévention, l'évaluation et l'accompagnement des troubles psychiques**

Il s'agit également de développer la capacité d'accueil, de prévention et de prise en charge précoce, en particulier chez les enfants et les adolescents. L'enjeu est de graduer les réponses, en :

- Soutenant le développement de l'enfant et de sa famille dès le premier niveau d'intervention (PMI, médecins généralistes, pédiatres, Maison des Adolescents...) ;
- Renforçant les dispositifs de second niveau (CMP, CMPP, hôpitaux de jour) ;
- Et facilitant les relais post-soins, pour éviter les ruptures de parcours.

➤ **Lutter contre la stigmatisation et améliorer l'accès à l'information**

La stigmatisation des troubles psychiques reste un frein majeur à l'accès aux soins et à l'inclusion. Il est essentiel de renforcer les actions de sensibilisation auprès du grand public, des jeunes et des professionnels, pour favoriser une parole libérée et respectueuse. Dans le même temps, l'accès à une information claire, structurée et accessible sur les ressources en santé mentale doit être garanti à tous, grâce à des supports adaptés, une meilleure visibilité des dispositifs existants, et une coordination renforcée entre acteurs du territoire.

➤ **Promouvoir les coopérations territoriales et au-delà**

Le CH de l'Estran s'inscrit dans une logique de coopération active avec les CHU de Caen, Rouen et Rennes, ainsi qu'avec de nombreux partenaires d'établissements sanitaires publics et privés, sociaux, médico-sociaux et avec la médecine de ville. Cette stratégie permet d'ancrer les réponses dans les réalités de terrain, en favorisant les prises en charge coordonnées et intégrées.

Le CH de l'Estran est aussi fortement impliqué dans des **coopérations territoriales** à travers de nombreuses conventions pour permettre un décloisonnement concret des parcours, en favorisant :

- Une **intervention coordonnée** entre les secteurs sanitaire, médico-social et social ;
- Une **sécurisation des prises en charge**, grâce à la mutualisation des expertises et à la fluidité des relais inter-établissements.

➤ **Proposer des soins de proximité**

Il est essentiel de rapprocher les soins du lieu de vie, notamment pour les jeunes et les personnes âgées, en favorisant le développement de dispositifs de proximité, accessibles sans délai excessif.

➤ **Soutenir l'autonomie et le rétablissement**

Les actions en faveur de l'Empowerment, de la réhabilitation psychosociale et de l'accompagnement global des usagers doivent être renforcées, afin de soutenir les dynamiques de rétablissement et de citoyenneté.

La réhabilitation psychosociale constitue un axe majeur de transformation. Le déploiement de formations de formateurs à l'échelle du territoire vise à :

- Instaurer une **culture professionnelle partagée** ;
- Renforcer les pratiques centrées sur l'autonomie et l'inclusion ;
- Proposer des accompagnements respectueux du projet de vie et des capacités de chaque usager.

➤ **S'impliquer dans la recherche et l'innovation**

Le CH de l'Estran est engagé comme membre fondateur de la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (Normandie), affirmant ainsi son implication dans le développement de la connaissance et l'évaluation des pratiques.

➤ **Améliorer la prise en charge somatique des patients en psychiatrie**

En lien avec les Etablissements de la direction commune, du DAC, les CPTS du territoire, une attention particulière est portée à la prise en charge somatique des personnes suivies en psychiatrie, afin de garantir une approche globale de leur santé.

➤ **Articuler les parcours en santé mentale avec d'autres parcours de soins**

Enfin, il s'agit de renforcer l'articulation entre les parcours en santé mentale et ceux relevant d'autres pathologies chroniques (BPCO, insuffisance cardiaque, troubles du sommeil...), en s'appuyant sur les acteurs de proximité. L'objectif est de garantir une coordination efficiente, cohérente avec les besoins des patients et adaptée aux réalités du territoire.

5.8.3 Les axes de travail du GHT

Secteur « adultes » :

L'organisation des soins psychiatriques pour les adultes repose sur le développement de filières spécifiques, la diversification des modalités de prise en charge, le renforcement des coopérations territoriales, ainsi que la promotion d'une approche préventive et inclusive de la santé mentale.

Les projets :

- **Améliorer l'accès aux soins somatiques des patients en psychiatrie grâce au partenariat DAC-CH de l'Estran**
 - Repérage conjoint par le DAC et les équipes de santé mentale et d'addictologie du CH de l'Estran des patients en rupture de soins ou sans médecin traitant ;
 - Élaboration de projets personnalisés de coordination en santé, associant le DAC, les médecins somaticiens de l'Estran et les médecins traitants partenaires ;
 - Accompagnement vers des soins adaptés pour prévenir les comorbidités et réduire les inégalités d'accès
 - Animation territoriale conjointe, afin de renforcer la coopération entre les acteurs sanitaires, sociaux, médico-sociaux et ambulatoires ;
 - Organisation d'ateliers partenariaux pour fluidifier les parcours et articuler santé mentale, addictologie et handicap avec le PTSI.
- **Renforcer les soins intensifs ambulatoires**
 - Développement et montée en charge des équipes mobiles adultes (et en articulation avec les équipes pour adolescents) ;
 - Mise en place de dispositifs de gestion de crise au domicile, favorisant l'alternative à l'hospitalisation
 - Consolidation de l'animation des réseaux de CMP et des coopérations ville-hôpital.
- **Déployer des filières spécialisées structurantes**
 - **Thérapies brèves** : Structuration d'une offre territoriale cohérente autour des Thérapies Comportementales et Cognitives (TCC), de l'hypnose, des approches systémiques (thérapie familiale) et de la pleine conscience.
 - **Troubles psychiatriques préoccupants chez les jeunes adultes de 16 à 25 ans (en lien avec le secteur enfants et adolescents) :**
 - Déploiement d'une équipe mobile dédiée ;
 - Mise en œuvre d'un accompagnement intensif de type case management ;
 - Renforcement du travail avec les familles et développement d'actions de repérage précoce.
 - **Réhabilitation psychosociale :**
 - Intervention d'une équipe mobile pluridisciplinaire ;
 - Mise en place de programmes d'entraînement aux habiletés sociales, de soutien à l'insertion professionnelle et de développement de l'autonomie ;
 - Travail en lien étroit avec les partenaires de la cité (emploi, logement, vie sociale).

- **Filière géronto-psychiatrique :**
 - Identification d'une unité d'admission spécialisée en géronto-psychiatrie ;
 - Déploiement de l'Équipe Mobile Psychiatrique Personnes Âgées (EMPPA), avec des interventions en EHPAD dans le cadre de conventions spécifiques ;
 - Création de places de soins adaptées aux troubles psychiatriques du sujet âgé.
- **Filière TCA (Troubles des Conduites Alimentaires) :**

Existant :

 - ✓ Équipe pluridisciplinaire formée et créée en 2019, basée depuis avril 2024 à l'ESCAIM – Espace de Soins du Comportement Alimentaire de la Manche, à Bricqueville-sur-Mer ;
 - ✓ Consultations spécialisées en lien avec le CHU de Rouen et les réseaux nationaux FFAB (Fédération française Anorexie Boulimie) et GROS-TCA (Groupe de réflexion sur l'Obésité le Surpoids et les TCA).
 - ✓ Partenariat avec le service de pédiatrie (HSM) pour les moins de 16 ans
 - ✓ Collaboration avec le SMR de Villedieu (HSM) pour les hospitalisations d'adultes (+18 ans) à hauteur de 4 lits dès 2025, portés à 8 lits au terme de la restructuration du service au deuxième semestre 2026.

Objectif : poursuite de la structuration et coordination par le CH de l'estran sur l'ensemble du département de la Manche d'une filière de niveau 2, articulée avec :

 - Des soins de proximité assurés par des professionnels de ville sensibilisés (niveau 1) ;
 - Des soins spécialisés à l'ESCAIM, incluant, entre autres, un Hôpital de Jour dédié aux TCA (niveau 2), versant santé mentale
 - Des soins somatiques en hospitalisation complète sur le CH de Villedieu (niveau 2), avec possibilités de soins en secteur médecine pour les prises en charge aigues non graves et en secteur SMR pour consolidation/rééducation/accompagnements
 - Réflexion sur convention/collaboration avec la pédiatrie de St Lô pour les 16-18 ans (à organiser et formaliser si accord bipartite)
 - Participation au staff régional TCA animé par le CHU de Rouen (partage de dossiers complexes et retour d'expérience)
 - Des recours au niveau 3, en lien avec le CHU de Rouen pour les situations complexes.

- **Déployer des actions de promotion de la santé mentale**
 - Mise en œuvre de programmes en milieu scolaire et interventions dans les formations sanitaires (IFAS, IFSI)
 - Participation active à la Semaine d'Information sur la Santé Mentale (SISM) ;
 - Animation d'ateliers d'évaluation du PTSM et de co-construction du prochain programme ;
 - Dynamisation des Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM) ;
 - Sensibilisation des élus, secrétaires de mairie et agents municipaux ;
 - Implication des usagers et des aidants dans la gouvernance et les actions de terrain.

- **Soutenir le dispositif Vigilans**

Porté par le Centre hospitalier de l'Estran pour la Manche, le Calvados et l'Orne (ancienne « Basse Normandie »), il permet un suivi post-crise suicidaire (appels téléphoniques, envois de courriers) et une Interconnexion opérationnelle avec les services d'urgence et les CMP.

Il s'agit de poursuivre et de renforcer les actions de diffusion d'information et de sensibilisation portées par le coordonnateur auprès des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux du territoire.

Secteur « enfants et adolescents » :

L'organisation des soins en santé mentale pour les enfants et les adolescents s'appuie sur une stratégie territoriale graduée et coordonnée, qui tend à renforcer la précocité des interventions. Elle vise à proposer des dispositifs adaptés aux besoins spécifiques des jeunes publics et de leurs familles, en mettant l'accent sur la prévention, l'accessibilité, la continuité des parcours et la coopération interinstitutionnelle. Cette orientation vers un repérage et une prise en charge plus précoce constituent un enjeu majeur pour mieux répondre aux troubles émergents et éviter les ruptures de suivi.

Les projets :

- **Développer les structures de soins ambulatoires et intermédiaires :**
 - **Création d'Hôpitaux de Jour Adolescents (HDJA)** à Granville et Saint-Hilaire-du-Harcouët, pour répondre aux besoins croissants de prise en charge en semi-hospitalisation des adolescents en souffrance psychique.
 - **Mise en place d'un Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP)** pour les préadolescents à Pontorson, afin de proposer des soins souples et adaptés à des jeunes nécessitant une approche psycho-éducative individualisée.
 - **Déploiement d'une Équipe Mobile Adolescents (EMA)**, en lien étroit avec la Maison des Adolescents (MADO) d'Avranches, permettant des interventions à domicile, en établissements scolaires ou dans tout lieu de vie du jeune.
- **Renforcer la filière de soins précoce et de pédopsychiatrie spécialisée**
 - **Développement de la psychiatrie périnatale à travers :**
 - ✓ La tenue de staffs médico-psychosociaux post nataux en lien avec les maternités et la PMI ;
 - ✓ Le renforcement d'une équipe mobile d'appui à la parentalité ;
 - ✓ Le projet de création d'un Hôpital de Jour parents-bébé, pour un accompagnement global du lien femme-enfant dès les premiers mois de vie.
 - **Amélioration du diagnostic et de la prise en charge des troubles du neuro-développement (TND) et TSA :**
 - ✓ En lien avec la Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) ;
 - ✓ Déploiement d'une unité dédiée TND pour les jeunes de 0 à 18 ans, au sein du Pôle de Santé Mentale Enfants et Adolescents (PSMEA) ;
 - ✓ Projet de création d'une unité de 4 places spécialisée dans le diagnostic et la prise en soins des enfants avec troubles du spectre de l'autisme (TSA), âgés de 18 à 36 mois.
 - **Actions de prévention ciblées :**
 - ✓ Sensibilisation des professionnels de 1^{ère} ligne au repérage précoce des troubles du développement et des troubles externalisés (troubles du comportement, hyperactivité, etc.) ;
 - ✓ Renforcement des dispositifs de liaison avec les crèches, écoles, services de pédiatrie, protection de l'enfance, justice des mineurs.
- **Structurer la prise en charge des jeunes de 16 à 25 ans (en lien avec le secteur adulte)**
 - Déploiement d'une équipe mobile dédiée aux jeunes adultes avec des troubles psychiatriques préoccupants ;
 - Mise en œuvre d'un accompagnement intensif de type case management ;
 - Renforcement du travail avec les familles ;
 - Développement de dispositifs de repérage précoce, dans une logique de prévention des ruptures de parcours à l'entrée dans la vie adulte.
- **Développer les partenariats et la participation des usagers**
 - Coopérations renforcées avec les acteurs de l'Éducation nationale, les services de la protection de l'enfance, les PMI, les établissements médico-sociaux (IME, SESSAD), la MDA et les professionnels libéraux ;
 - Participation des jeunes et de leurs familles dans les dynamiques d'amélioration des pratiques: groupes de parole, médiation, dispositifs d'Empowerment adaptés à la jeunesse.

5.8.4. Evolution de la filière Santé mentale

Adultes :

Le **Pôle de Santé Mentale Adulte** du CH de l'Estran couvre l'ensemble du territoire du Sud Manche et articule son action autour d'une offre hospitalière et extra-hospitalière complémentaire :

Activité intrahospitalière :

- 6 unités d'hospitalisation (dont 4 unités d'admission et 2 unités de soins au long cours),
- 1 unité transversale d'activités thérapeutiques.

Activité extrahospitalière :

- 4 CMP (Pontorson, Avranches, Granville, Saint-Hilaire), ainsi que des consultations avancées sur St James, Villedieu les Poêles et Mortain,
- 3 Hôpitaux de Jour (Avranches, Granville, Saint-Hilaire),
- 1 Équipe Mobile Psychiatrie Personnes Âgées (EMPPA),
- 1 Équipe Mobile Précarité-Exclusion (EMPE),
- 1 Équipe Mobile de Réhabilitation Psychosociale (Reha'Baie)
- 1 structure spécialisée dans les TCA (ESCAIM) à Bricqueville-sur-Mer.

Depuis cinq ans, le territoire enregistre une augmentation marquée des sollicitations, révélatrice de l'évolution des besoins de santé mentale de la population. Deux tendances se dégagent :

- Une hausse des prises en charge chez les jeunes adultes (16-25 ans) ;
- Une progression des besoins chez les personnes âgées de plus de 65 ans.

Face à cette évolution, l'offre de soins a été progressivement ajustée et enrichie :

- Renforcement de la psychiatrie de liaison en lien avec les urgences et les services d'hospitalisation du CHAG ;
- Renforcement de l'équipe dédiée à la réhabilitation psychosociale ;
- Redéploiement des soins intensifs ambulatoires, avec un soutien accru aux situations de crise ;
- Création d'une équipe mobile de repérage précoce des troubles psychiatriques préoccupants pour les 16-25 ans ;
- Ouverture d'une unité d'hospitalisation dédiée aux personnes âgées, assurant une prise en charge adaptée aux troubles psychiatriques du grand âge.

La réhabilitation psychosociale constitue un axe majeur de transformation. Le déploiement de formations de formateurs à l'échelle du territoire vise à :

- Instaurer une culture professionnelle partagée ;
- Renforcer les pratiques centrées sur l'autonomie et l'inclusion ;
- Proposer des accompagnements respectueux du projet de vie et des capacités de chaque usager.

Enfin, le CH de l'Estran est fortement impliqué dans des coopérations territoriales à travers de nombreuses conventions. Celles-ci permettent un décloisonnement concret des parcours, en favorisant :

- Une intervention coordonnée entre les secteurs sanitaire, médico-social et social ;
- Une sécurisation des prises en charge, grâce à la mutualisation des expertises et à la fluidité des relais inter-établissements.

Enfants et adolescents :

Le **Pôle de Santé Mentale Enfants et Adolescents** du Centre Hospitalier de l'Estran couvre l'ensemble du territoire Sud-Manche et repose sur une offre étoffée, répartie entre :

- 4 Centres Médico-Psychologiques (CMP), des consultations avancées (Villedieu et Saint-James),
- 3 Hôpitaux de Jour (HDJ) pour enfants - Attention, risque de fermeture des structures de santé mentale sur le site du CH de Saint-Hilaire (non renouvellement des conventions sans alternative à ce jour),
- 1 Hôpital de Jour pour adolescents (HDJA),
- 1 CAMSP (Centre d'Action Médico-Sociale Précoce).

Depuis six ans, cette offre a connu un développement important, porté par des dynamiques institutionnelles et partenariales fortes. Plusieurs dispositifs structurants ont vu le jour :

- Pédopsychiatrie de liaison, en lien avec les services hospitaliers et les acteurs de la périnatalité ;
- Plateforme de Coordination et d'Orientation (PCO) 0-12 ans pour les Troubles du Neurodéveloppement (TND) ;
- Équipe ETRE, dédiée à la réhabilitation psychosociale et l'éducation thérapeutique ;
- Équipe périnatale Sud-Manche, intervenant de manière transversale sur les situations complexes autour de la parentalité précoce et les troubles des interactions précoce ;
- Équipe Mobile Adolescents (EMA) en partenariat avec la MADO d'Avranches ;

Un partenariat étroit et structurant a été mis en place avec la **Fondation Bon Sauveur de la Manche**, appuyé par des conventions de coopération et des appels à projets communs. Ce partenariat permet notamment :

- La mise à disposition de lits d'hospitalisation complète pour adolescents à Saint-Lô (pour hospitalisations programmées),
- Le renforcement coordonné des équipes mobiles adolescents à l'échelle départementale, assurant une meilleure cohérence et complémentarité de l'offre sur le territoire,
- Des appels à projets communs et une collaboration active autour des systèmes d'information.

Face à la hausse continue des besoins, des projets ambitieux ont été engagés pour adapter l'offre aux réalités du terrain :

- **Création du pôle PRISME :**

Afin de mieux répondre aux besoins émergents des enfants et adolescents du territoire, le Centre Hospitalier de l'Estran porte la création d'un nouveau pôle hospitalier : **PRISME**. Ce pôle vient compléter et articuler l'action du Pôle de Santé Mentale Enfants et Adolescents (PSMEA) en élargissant les réponses au-delà du champ strict de la pédopsychiatrie.

PRISME regroupe quatre composantes majeures :

- **Troubles du Neurodéveloppement (TND)** : unité fonctionnelle dédiée, incluant une équipe mobile, la co-animation de la PCO, et le développement de filières spécifiques (sommeil, TDAH)
- **CAMSP** : consolidation et extension des missions (Avranches, équipe mobile Saint-Hilaire, unité TSA 18-36 mois) ;
- **Génétique** : structuration d'une offre de diagnostic étiologique et de médecine personnalisée, en articulation avec les filières maladies rares régionales et nationales (Anddi-Rares, SensGene, Défiscience) ;
- **Recherche et Innovation** : création d'une unité de recherche intégrée, en lien avec la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale. Cette composante soutiendra le développement de cohortes maladies rares, l'évaluation des pratiques, la valorisation scientifique des projets (protocoles, publications) et la participation à des filières labellisées.

L'objectif est de proposer un **parcours intégré, précoce et gradué**, allant du repérage au diagnostic et à l'accompagnement personnalisé. L'organisation en hôpitaux de jour permettra des bilans pluridisciplinaires coordonnés sur une même journée, renforçant la fluidité et la réactivité des prises en charge.

Ce pôle s'inscrit dans une logique de **réseau et de coopération** : CHU de Caen et de Rennes, CHAG, Mémorial de Saint-Lô, CMPR, dispositifs médico-sociaux, professionnels libéraux et établissements scolaires. Il constitue ainsi un **centre d'expertise territorial TND et maladies rares dans la Manche**, complémentaire du PSMEA, et porteur d'une dynamique d'innovation reconnue.

- **À Saint-Martin-des-Champs, la construction d'un nouveau pôle de santé mentale infanto-juvénile est en cours. Il regroupera :**
 - Un CMP,
 - Les HDJ enfants et adolescents,
 - Un CATT 3-8 ans (pré-adolescents),
 - Des espaces pour la médiation thérapeutique, l'éducation thérapeutique, et le soutien aux aidants.

Cette relocalisation permettra aussi de **libérer les locaux actuels** rue Eugène Béchet à Avranches, qui accueilleront les équipes mobiles adultes et enfants de Pontorson et répondront à la demande croissante en ambulatoire.

- **À Granville, l'augmentation des capacités de soins implique une réorganisation immobilière, avec pour objectif :**
 - Le regroupement des structures extra-hospitalières (CMP, hôpital de jour, équipes mobiles, dispositifs TND) sur un site unique ;
 - Une meilleure lisibilité de l'offre pour les usagers et les partenaires ;
 - Un renforcement de la coordination entre les équipes pluridisciplinaires ;
 - Une amélioration de l'efficience des parcours de soins sur le territoire.

5.8.5. Attentes des acteurs concernés vis-à-vis des directions :

Les attentes exprimées par les professionnels, les usagers, les partenaires du territoire et les institutions convergent vers une exigence de lisibilité, de cohérence des parcours, et de consolidation des moyens humains, techniques et organisationnels.

❖ Ressources humaines

- **Renforcement nécessaire des effectifs** en psychiatres adultes et enfants, psychologues, infirmiers en pratique avancée (IPA), éducateurs spécialisés et personnels paramédicaux ;
- **Mise à disposition de psychiatres** par le Centre hospitalier de l'Estran à la Fondation Bon Sauveur de la Manche, dans une logique de coopération structurée ;
- **Mise à disposition de personnels soignants** pour contribuer aux activités du Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés (SAMSAH), porté par la Fondation.

❖ Attentes des usagers

- Être accompagné dans une logique de **citoyenneté active, de restauration de la dignité et d'inclusion dans la société**.
- Accès à des dispositifs qui prennent en compte la singularité de leurs parcours, avec des **soins respectueux, accessibles et continus**.

❖ Attentes des partenaires

- Mise en place d'un **dispositif de soins gradué**, lisible, et adapté à la prise en charge des situations complexes, articulant les niveaux de recours et les secteurs d'intervention.
- **Formalisation des parcours de soins**, dans une logique de coordination interprofessionnelle et interinstitutionnelle renforcée.

❖ Systèmes d'information en santé (SIH)

- **Partage de solutions administratives et techniques** au sein du GHT Mont-Saint-Michel
- **Outils partagés** : plateformes de coordination, dispositifs de suivi territorial, utilisation du DMP (Dossier Médical Partagé) comme vecteur de continuité des soins.
- **Une concertation stratégique étroite est conduite avec la Fondation Bon Sauveur de la Manche**, dans le cadre d'un partenariat structurant, afin de co-construire des solutions partagées pour le suivi et la coordination des patients communs. Cette dynamique partenariale soutient également l'élaboration de réponses conjointes aux appels à projets, qu'ils soient régionaux ou nationaux. Un comité de pilotage (COPIL) commun permet de suivre l'interconnexion progressive des systèmes d'information, au service de la fluidité des parcours et d'une coordination renforcée entre les deux établissements.

❖ Formation : Développement et actualisation des compétences autour des thématiques suivantes

- Psycho-traumatisme ;
- Troubles du neuro-développement (TND) ;
- Soins en santé mentale périnatale ;
- Réhabilitation psychosociale ;
- Thérapies brèves ;
- Prévention et gestion de la violence ;
- Actualisation des connaissances générales en psychiatrie et santé mentale.

❖ **Gouvernance :**

- Le CH de l'Estran est membre du GCSMS qui porte la Maison des Adolescents de la Manche (MADO), aux côtés de la Fondation Bon Sauveur et des PEP50. Cette participation lui confère un rôle actif dans la gouvernance, tout en ouvrant des perspectives de création de nouveaux dispositifs partagés, comme des maisons de l'enfance ou de la petite adolescence.
- Le CH de l'Estran assure également :
 - ✓ Le portage du poste de coordonnateur du Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM) ;
 - ✓ Des conventions de coopération actives avec la Fondation Bon Sauveur, l'ETP de Saint-James, les CHU de Caen et de Rouen ;
 - ✓ Une participation comme membre fondateur du comité régional de recherche en psychiatrie ;
 - ✓ L'animation des Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM) sur plusieurs territoires ;
 - ✓ L'implication directe des usagers et des aidants dans les instances de gouvernance et les actions de terrain.



FEUILLE DE ROUTE

EN MATIÈRE D'ADDICTOLOGIE



5.9. FEUILLE DE ROUTE en matière d'ADDICTOLOGIE.

5.9.1. Synthèse de la problématique

- L'addiction constitue un **enjeu majeur de santé publique** dans le Sud-Manche, touchant de manière préoccupante les jeunes ainsi que les personnes en situation de précarité. Les troubles liés à l'usage de substances (alcool, cannabis, drogues illicites, médicaments détournés de leur usage thérapeutique) sont en constante progression, tout comme les addictions comportementales (écrans, jeux vidéo, jeux d'argent, etc.), dont les effets délétères sont encore trop souvent sous-estimés.
- Le territoire est confronté à une **offre de soins morcelée et insuffisamment lisible**, avec des délais d'accès parfois incompatibles avec l'urgence des situations. La coordination entre les acteurs – soins primaires, structures spécialisées, secteur médico-social, milieu scolaire, justice – reste partielle, limitant la fluidité des parcours et la qualité de la réponse globale aux besoins des patients.

5.9.2. Cible stratégique du GHT :



- Déployer une filière structurée et cohérente.**
Proposer une offre de soins graduée et lisible.
Renforcer les coopérations.
Accroître la coordination avec les professionnels de ville.
Valoriser le rôle central du DAC du Sud Manche.
Consolider le parcours de soins des patients BPCO.

- Déployer **une filière structurée et cohérente** en addictologie, intégrant de manière étroite les dimensions somatiques, psychiatriques et sociales de la prise en charge.
- Proposer **une offre de soins graduée et lisible**, allant de la prévention à la réhabilitation, en passant par la consultation, l'hospitalisation de crise et le sevrage.
- **Renforcer les coopérations** avec les acteurs judiciaires, médico-sociaux, les centres de soins spécialisés, ainsi que les équipes de liaison en addictologie.
- **Accroître la coordination avec les professionnels de ville** (médecins généralistes, infirmiers libéraux) et les structures addictologiques du territoire (CSAPA, CARRUD, Fondation Bon Sauveur de la Manche), afin de fluidifier les parcours de soins.
- **Valoriser le rôle central du DAC du Sud Manche**, qui facilite l'articulation entre les acteurs, soutient les professionnels de santé et contribue à la gestion partagée des situations complexes.
- **Consolider le parcours de soins des patients BPCO** présentant des conduites addictives, en lien étroit avec les Hôpitaux du Sud Manche.

5.9.3. Axes de travail du GHT :

- **Développement des soins ambulatoires** : maintien et renforcement des consultations spécialisées sur l'ensemble des sites du GHT (CMP, centre méthadone, CATTP), création d'un hôpital de jour dédié (20 places), élargissement des consultations autour des conduites addictives liées à la douleur chronique.
- **Partenariat médico-judiciaire structuré** : consolidation des coopérations avec les services pénitentiaires, les psychiatres judiciaires, et les dispositifs de soins pour les personnes sous-main de justice. Un agrément permet d'accueillir un patient en placement judiciaire ; un travail de coordination est mené avec le SPIP en amont, pendant et après la prise en charge.
- **Renforcement de l'Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)** : développement de la psychiatrie de liaison sur les sites hospitaliers, avec la présence d'un médecin addictologue à hauteur de 0,4 ETP, principalement basé sur le site d'Avranches.

- **Accélérer les actions de prévention et de sensibilisation** : intensification des interventions déjà engagées auprès des établissements scolaires, des missions locales, des foyers et des structures hospitalières partenaires. Ces actions visent à informer les publics sur les risques liés aux consommations et à promouvoir des comportements responsables.
- **Renforcement des coopérations territoriales** : développement actif des liens avec **les Contrats Locaux de Santé (CLS) et les Contrats Locaux de Santé Mentale (CLSM)**, afin d'inscrire l'action du GHT dans une dynamique de santé publique de proximité et de promouvoir des projets concertés avec les collectivités locales.
- **Formations des professionnels de santé** : mise en place de modules destinés à améliorer le repérage précoce des conduites addictives et à renforcer les compétences des professionnels de première ligne.
- **Valorisation de l'expertise usager** : développement de l'accueil et de l'intégration de patients experts dans les dispositifs de soins, dans une logique de pair-aidance et de renforcement de l'alliance thérapeutique, afin de favoriser l'engagement des usagers, renforcer la dimension relationnelle du soin et lutter contre la stigmatisation.

5.9.4. Evolution de la filière :

- **Extension des capacités d'hospitalisation** : augmentation progressive du nombre de lits en soins médicaux et de réadaptation (SMR) à orientation addictologique, avec un objectif de 8 lits à terme, permettant de répondre à des situations complexes de sevrage et de réhabilitation.
- **Développement des prises en charge ambulatoires** : renforcement des consultations spécialisées et extension des capacités d'hospitalisation de jour, dans une logique de parcours coordonné et personnalisé.
- **Structuration des dispositifs territoriaux en réseau** : intensification du travail partenarial avec les acteurs du territoire (CSAPA, CAARUD, médecine de ville, DAC, structures hospitalières publiques et privées), ainsi qu'avec les réseaux spécialisés régionaux et nationaux (notamment TCA). Cette dynamique vise à fluidifier les parcours, garantir des délais de prise en charge raisonnables et assurer la continuité des soins.
- **Promotion de la pair-aidance** : intégration des patients experts (pair-aidants, patients ressources ayant une expérience vécue des addictions) dans les dispositifs de soins, afin de favoriser l'engagement des usagers, renforcer la dimension relationnelle du soin et lutter contre la stigmatisation.
- **Déploiement d'une approche de réduction des risques** : intensification des dispositifs d'information, mise en œuvre de programmes d'accompagnement centrés sur la réduction des comportements à risque et le respect du rythme des patients, démarche d'accompagnement et de soutien autour de la consommation à moindre risque, dans une approche pragmatique et non stigmatisante.
- **Renforcement de l'articulation avec la psychiatrie périnatale** : participation active aux dispositifs de soutien en santé mentale périnatale sur le territoire du Sud-Manche, afin d'assurer un accompagnement précoce et global des mères concernées par des problématiques addictives.

5.9.5. Attentes des acteurs concernés vis-à-vis des directions :

- ❖ **Renforcement des ressources humaines** : besoin identifié en médecins addictologues, infirmiers spécialisés, psychologues formés aux conduites addictives, ainsi qu'en Infirmiers en Pratique Avancée (IPA) dans le champ des addictions.
- ❖ **Montée en compétences par la formation** : développement de modules spécifiques autour des troubles addictifs émergents, de la prise en charge du double diagnostic (troubles psychiatriques et addictions), et des approches psychothérapeutiques adaptées, notamment les thérapies motivationnelles.
- ❖ **Interopérabilité des systèmes d'information en santé (SIH)** : des rencontres régulières sont

organisées avec la Fondation Bon Sauveur de la Manche, dans une logique de coopération renforcée. Ces échanges soutiennent le développement de solutions numériques partagées pour le suivi de patients communs, ainsi que la réponse conjointe aux appels à projets (régionaux ou nationaux). Un comité de pilotage dédié suit l'avancement des travaux, en particulier ceux liés à l'interconnexion des SIH, afin de faciliter les parcours et d'améliorer la coordination des acteurs.

- ❖ **Adaptation de l'immobilier** : nécessité d'aménager ou de réhabiliter des locaux pour accompagner la montée en charge de l'activité, notamment en hôpital de jour et en consultations spécialisées.
- ❖ **Renforcement des partenariats territoriaux** : consolidation des liens avec l'Éducation nationale, les dispositifs de prévention, les acteurs de l'insertion sociale et professionnelle.
- ❖ **Soutien aux professionnels de terrain** : proposition de formations ciblées pour les médecins généralistes, infirmiers libéraux, psychologues, assistantes sociales et autres intervenants de première ligne. Ces formations porteront notamment sur la gestion des cas complexes et sur les traitements de substitution aux opiacés, dans une logique de soutien à la médecine ambulatoire.
- ❖ **Développement d'une prise en charge spécifique pour les jeunes** : réflexion à conduire sur des parcours adaptés pour les adolescents et jeunes adultes souffrant d'addictions, incluant les consultations jeunes consommateurs (CJC), les missions locales, les foyers de jeunes travailleurs (FJT), les CMP pour enfants et adolescents, les HDJ spécialisés, ainsi que les dispositifs d'accompagnement parental.
- ❖ **Articulation renforcée avec les acteurs judiciaires et sociaux** : améliorer la fluidité des échanges et la complémentarité des interventions entre les structures sanitaires, sociales et judiciaires.
- ❖ **Déploiement d'actions de réduction des risques** : intensifier les dispositifs d'information, d'accompagnement et de soutien autour de la consommation à moindre risque, dans une approche pragmatique et non stigmatisante.
- ❖ **Dynamique territoriale de coordination** : favoriser des temps de rencontre inter-partenaires pour échanger sur les pratiques professionnelles, renforcer les coopérations et améliorer collectivement l'accompagnement des usagers.
- ❖ **Amélioration de la communication partenariale** : mettre en place des outils et espaces de dialogue pour fluidifier l'information entre les acteurs, consolider les relais d'orientation, et garantir une meilleure continuité des prises en charge.



Partie 6

DES DYNAMIQUES TRANSVERSALES INDISPENSABLES



**Anticiper la gestion des situations
sanitaires exceptionnelles**

1

6. DES DYNAMIQUES TRANSVERSALES INDISPENSABLES

6.1. Anticiper la gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

6.1.1. Problématique :

Le service public en général et le groupe hospitalier du Mont-Saint-Michel, en particulier, ont fait la démonstration de leur capacité de réaction et d'organisation pour répondre aux épisodes épidémiques massifs des années 2020 et 2021. Une gestion quotidienne sûre et anticipatrice et une capacité de réaction à la crise comme degré de tension spécifique identifié comme tel, nous paraissent préférables à la préparation de tous les acteurs.

Le GHT recherche continument à :

- ✓ Se préparer au mieux pour la meilleure efficience dans tous les types de crises qui pourraient le frapper (cybersécurité par exemple) ou frapper le territoire et sa population.
- ✓ Inscrire ses organisations et ses procédures dans un continuum maîtrisé plutôt qu'en rupture ou irruption de la crise.

6.1.2. Les cibles stratégiques du GHT :



Formaliser les procédures d'adaptation de l'offre d'hospitalisation en aval des services d'urgences et de court séjour,
Décliner un plan territorial de continuité des soins,
S'assurer de l'opérationnalité des moyens tactiques des établissements de santé.
Participer au développement de la culture du risque sanitaire.

6.1.3. Les axes de travail du GHT :

Le GHT a formalisé des plans SSE (situation sanitaire exceptionnelle), un plan direction commune et un plan CH Estran, qui décrivent les modalités de gestion de crise lors d'évènements exceptionnels et les conduites à tenir.

Le plan SSE définit, entre autres, la stratégie de réponse régionale de l'établissement à une SSE pour chaque volet opérationnel du plan ORSAN et les modalités d'organisation de la cellule de crise.

Le CH de l'estran est un établissement de 3^{ème} ligne qui possède son propre plan SSE. Comme la majorité des établissements de santé, il est mobilisable et peut être sollicité lors de SSE, par la CUMP (cellule d'urgence médico-psychologique), via SAMU 50.

Les exigences des manuels de la HAS (pour le sanitaire comme pour le médico-social) indiquent la nécessité au minimum pour les établissements :

- d'identifier et mettre à jour régulièrement leur plan SSE,
- de communiquer en interne et en externe sur la stratégie de réponse en place, et la cellule de crise,
- de prévoir les procédures de continuité d'activité et les procédures de reprise d'activité,
- de réaliser des exercices de mise en situation avec RETEX et de former/sensibiliser les professionnels de santé aux SSE.
- de former les professionnels dans leurs domaines de compétences
- d'assurer la veille réglementaire.

6.1.4. Evolution de l'organisation en la matière :

- La création d'une commission SSE (2 comités de pilotage SSE par an, composés entre autres des référents SSE)

La création de cette commission est un engagement majeur de la direction dans la démarche de prévention aux SSE pour les prochaines années.

6.1.5. L'attente des acteurs concernés vis-à-vis des directions :

- ❖ Formation au maintien des compétences.



**Piloter et soutenir l'amélioration continue
de la qualité et de la sécurité des soins**

2

6.2. Piloter et soutenir l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

6.2.1. La problématique :

Le GHT se doit de répondre aux attendus du manuel de certification du sanitaire et du médico-social et une visite de certification ou d'évaluation externe a lieu tous les 5 ans. Suite à la dernière visite de certification et aux dernières visites d'évaluations externes, le GHMSM doit mettre en place un plan d'actions correctif dans certains domaines.

L'objectif principal est de pérenniser une démarche commune d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins sur l'ensemble des services des sites (soins, logistiques, techniques, administratifs, ...).

La gestion des risques et la coordination des vigilances doivent être redynamisées au niveau de la DIRCO avec la recherche de l'harmonisation des pratiques et la production d'un rapport d'activité annuel.

La redynamisation de la gestion des risques doit passer par une plus forte implication de l'ensemble des professionnels au travers des formations et des participations aux analyses et revues d'évènements indésirables.

Au regard des observations du service sécurité et qualité des soins et du traitement des indicateurs, des FEI et des pratiques qui s'exercent, la démarche du calcul du coût de la non qualité sera entreprise avec la définition d'une méthode et l'identification de secteurs prioritaires. Une proposition de sensibilisation sera faite aux professionnels concernés.

Pour traiter l'ensemble des objectifs et des actions, la nécessité d'acquérir un nouvel outil numérique ergonomique permettant les déclarations, la gestion documentaire, l'analyse et la production d'indicateurs s'avère indispensable.

6.2.2. Les cibles stratégiques du GHT :



QUALITE

Intégrer la démarche qualité et disposer d'indicateurs qualité stratégiques.

Développer les cartographies de risques et les CREX avec les services.

Favoriser l'émancipation des usagers et la place des savoirs expérientiels.

Améliorer le traitement des plaintes et réclamations.

SECURITE DES SOINS

Risque infectieux : Maintenir un maillage territorial au sein de la DIRCO (activité EOH et EMH) et renforcer la prévention et le contrôle des infections.

Circuit du médicament : Harmoniser les pratiques et garantir la conformité du circuit du médicament.

6.2.3. Les axes de travail du GHT :

➤ La politique sécurité et qualité des soins :

Les établissements du GHT se rejoignent dans la nécessaire exigence de la qualité et de la sécurité au service des usagers. Les démarches de certification HAS obligatoires sont l'opportunité de renforcer ces approches. Il s'agit de les faire vivre ensuite via des comités de pilotage qualité dédiés et des plans d'amélioration de la qualité de la sécurité des soins, portés au quotidien par les professionnels médicaux et paramédicaux, avec l'appui des services qualité et des directions des soins de la DIRCO et du CH de l'Estran.

Les projets de la direction commune et du CH de l'Estran se rejoignent et des collaborations existent via la commission paramédicale de territoire, et via des collaborations ciblées et ponctuelles, notamment sur la formalisation des plans SSE par exemple.

Les établissements du Groupe hospitalier Mont Saint-Michel s'engagent conjointement pour améliorer la sécurité des parcours des patients et des résidents ainsi que la qualité des prises en charge et des accompagnements au sein du territoire.

- **Pérenniser la dynamique qualité comme moteur du travail en équipe.**

Les organisations développées par nos établissements visent à intégrer les démarches de qualité et sécurité des soins aux pratiques professionnelles. Elles s'inscrivent dans une dynamique d'équipes pluri professionnelles au sein de chaque service et de manière transversale. Passé les visites de certification et les évaluations externes, l'objectif est de maintenir et poursuivre le développement de la culture qualité et sécurité au niveau des patients, des équipes et des établissements en intégrant tous les professionnels.

- **Développer la culture de l'évaluation et de la pertinence du résultat.**

L'objectif est de déployer l'évaluation des pratiques cliniques en intégrant la notion du service rendu aux patients et de la pertinence de tout le processus de soin. Il conviendra de porter des démarches d'évaluation de la pertinence des hospitalisations, la pertinence des prescriptions, des actes et examens, la ré hospitalisation, l'accréditation des spécialités à risques. Ces démarches doivent être articulées avec les politiques régionales et les fédérations de cancérologie ou réseaux.

- **Prioriser l'organisation et la coordination des parcours patients et résidents.**

La structuration des parcours des patients et des résidents déjà amorcée doit se poursuivre en lien avec le travail sur les chemins cliniques. Dans ce cadre, la formation des professionnels sur ces domaines va permettre une meilleure compréhension des enjeux que sont d'intégrer le patient dans le bon parcours, de fluidifier ce parcours de soins et d'éviter les ruptures de prise en soins.

- **Promouvoir le patient et résident comme acteur de son parcours.**

Le patient/résident « acteur de sa santé » doit devenir une réalité au travers de :

- sa participation, ou celle de ses aidants, à son projet de soins ou d'accompagnement,
- la prise en compte de sa satisfaction et de son expérience,
- l'intégration des patients experts ou partenaires,
- la mise en œuvre de la politique « droits des usagers ».

- **Maintenir un dispositif intégré de la qualité et de la gestion des risques.**

Les démarches de gestion des risques et d'amélioration de la qualité poursuivent des objectifs convergents. C'est pourquoi doivent être renforcés :

- le signalement, l'analyse et le traitement des dysfonctionnements,
- la formalisation des processus de soin, l'analyse et l'amélioration continue
- la visibilité des indicateurs qualité GDR au niveau stratégique (instances, revue de pôle...)

L'ensemble des démarches menées sont suivies dans le cadre d'un plan d'actions institutionnel et pilotées par un comité inter-établissements de direction commune.

➤ **Les axes de travail transversaux à la direction commune sont :**

- **Prise en charge du patient en inter-professionnalité :**

- Développer le programme PACTE
- Favoriser la réflexion sur la concordance des temps médicaux et paramédicaux : staffs réunions de services, analyse des pratiques professionnelles, ...
- Développer les staffs au sein des services (structurer ou formaliser les staffs, qui est présent?, définir les attentes du staff, s'appuyer sur la réglementation ou recommandations (HAD, SMR..))
- Poursuivre au sein des EHPADS les PAP (Projet d'accueil personnalité), leur suivi et formaliser la réévaluation, nommer des référents pour chaque résident.
- Améliorer la communication avec et entre les médecins (favoriser formation à la communication médicale)
- Favoriser la communication avec les professionnels de ville en charge des patients, notamment via l'utilisation élargie du DMP par son alimentation et sa consultation.
- Identifier les chemins cliniques à risques et les formaliser en tendant vers une homogénéisation des prises en charge par pathologie, en cohérence et par référence aux recommandations scientifiques actualisées (HAS notamment)
- Raisonnement clinique : renforcer la formation des cadres, insister sur cette méthode auprès des stagiaires via les tuteurs, et via la recherche clinique.

- **Implication du patient expert et de l'expérience patient/aidant dans les processus de soins :**

- Développer l'éducation thérapeutique avec des programmes incluant des patients experts

- Favoriser la réflexion sur l'intégration de patients experts au sein des équipes intervenant auprès des patients pour qui une pathologie chronique a été diagnostiquée ou des aidants, s'inspirer du CSG/SMR pour développer les PEC globale, et l'adhésion du patient et de son entourage à son projet de soins (constat : difficultés quand la famille n'a pas le même projet que le patient)
- Développer la formation Humanitude au sein des services du sanitaire
- Impliquer davantage les représentants des usagers dans le recueil de l'expérience patient
- Extraire les axes d'amélioration suite à l'analyse des questionnaires de satisfaction.
- Simplifier ou adapter les outils dans SILLAGE : pour l'élaboration du projet de soins et le suivi
- Identifier les patients experts.

- **Bonnes pratiques et bienveillance/éthique dans les soins :**

- Participer au comité local d'éthique en son sein ou bien sur sollicitation
- Comité Local d'Ethique de la Direction commune : définir et communiquer son règlement, ses membres et les modalités pour les saisines, définir les missions, diffuser la composition, communiquer sur les actions en cours (diffusion des CR)
- Rédiger une charte éthique commune de GHT
- Développer les staffs éthiques
- Ecrire des projets ou chartes de service intégrant les notions de bienveillance, bientraitance, éthique, respect, ...
- Mettre en place des temps d'APP au sein des services, Former les cadres de santé à l'analyse des APP, réaliser des formations continues " méthodologie APP" pour les cadres de santé,
- Rédiger une charte de bientraitance
- Mise à jour du règlement intérieur, diffusion des règles institutionnelles, horaires visites....
- Communication : établir un programme annuel des différentes campagnes,
- Mettre en place des écrans pour diffuser les différents messages aux patients, famille, professionnels
- Adapter les organisations de travail (ex : heures repas des patients et résidents dépendantes de la logistique).

- **Développer la culture de la gestion du risque lié aux soins :**

- Diffuser la "charte d'encouragement à la déclaration des Evénements Indésirables"
- Redonner les modalités de déclaration "complétude de la FEI" et communiquer sur le retour des FEI
- Encourager la présence sur "le terrain" et impliquer les référents qualités dans la réalisation des audits, patients traceurs...
- Réaliser des audits croisés
- Encourager les formations continue en gestion des risques
- Former plus de professionnels à l'analyse des causes (CREX)
- Relancer et redynamiser la coordination des vigilances sur la DIRCO.

- **Sécurisation du circuit du médicament :**

- Limiter les interruptions de tâches
- Poursuivre les formations continues en sécurisation du circuit du médicament
- Faire un choix de direction pour la sécurisation des armoires : harmoniser les pratiques tant que possible sur la DIRCO
- Diffuser les règles d'identito-vigilance et s'assurer des bonnes pratiques dans les services (pas seulement sur le circuit du médicament)
- Introduire les notions d'écoconception et notamment de l'éco prescription.
- Fiabiliser la gestion et le suivi des pérémptions des médicaments / DMS / solutés.

➤ **La maîtrise du risque infectieux - Objectifs portés par le SEPCI (Service d'Épidémiologie, de Prévention et de Contrôle des Infections).**

- **Qualité**

- Améliorer la gestion du risque infectieux :
 - favoriser la collaboration correspondant-cadre en proposant des nouvelles modalités de formation (formation binôme cadre-correspondant)
- Poursuivre le développement de la boîte à outils et la rendre plus accessible
 - Promouvoir les actions de l'équipe SEPCI via un tableau de bord SEPCI dans le cadre du dialogue de gestion

- Rendre plus lisible les indicateurs qualité et notamment ceux liés au risque infectieux
- Avoir une interface plus visible, plus dynamique et plus accessible avec les services : faciliter et centraliser certaines informations pour les professionnels des services (calendrier de formations, actualités etc.)
- Participer activement à la démarche de développement durable : poursuivre l'engagement des acteurs du service SEPCI au sein du groupe institutionnel EMPREINTE pour des actions concrètes comme la réduction des produits chimiques pour l'entretien des sols (nettoyage des sols à l'eau), la réflexion sur les pratiques en terme d'usage unique versus réutilisable etc.
- **GDR**
 - Mettre à jour la cartographie des risques infectieux
 - Renforcer la participation de l'équipe SPECI au CREX notamment sur les infections graves : augmenter le signalement pour déclencher le CREX.
 - Maîtriser les pratiques et les risques : harmoniser les pratiques au sein de la direction commune.

➤ **La sécurité du circuit du médicament : objectifs portés par le service PHARMACIE.**

- Sécurisation du circuit médicament et notamment à risque dans les services en lien avec les recommandations HAS : Pérenniser la sécurisation de la dispensation médicamenteuse dans les services.
- Contribuer à l'objectif de limitation de l'iatrogénie médicamenteuse sur le territoire, en lien avec les CPTS.
- Pérenniser les parcours tripartites en HDJ (chimiothérapie/immunothérapie orale anti-cancéreuse, iatrogénie médicamenteuse de la personne âgée et/ou pré dialyse et/ou bilan de chute).
- Amélioration de la qualité des retours auprès de l'ATIH permettant la valorisation au plus juste des consommations médicamenteuses et des DMI.

➤ **Le projet des usagers porté par la Direction des Relations avec les Usagers :**

Dans chaque établissement de santé, une commission des usagers a pour mission de veiller au respect des droits des usagers et de contribuer à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades et de leurs proches et de la prise en charge.

La commission des usagers est composée de professionnels de santé et **de représentants des usagers** issus d'associations en lien avec France Assos Santé, désignés par l'Agence Régionale de Santé (ARS). Elle peut être présidée par un représentant des usagers.

Les représentants des usagers siègent dans les commissions et instances dans lesquelles ils ont été mandatés. Ils sont là pour défendre et veiller au respect des droits des usagers en tant qu'usagers de l'établissement. Ils facilitent l'ensemble des démarches ainsi que celles des proches et accompagnants.

Dans le cadre de leurs missions et de leur engagement, les représentants des usagers :

- X sont les porte-paroles de tous les usagers et s'engagent pour la santé de tous,
- X veillent au respect et à la promotion des droits des usagers au sein de l'établissement de santé,
- X contribuent à l'amélioration de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des usagers,
- X sont des bénévoles soumis au secret professionnel et au respect de la vie privée des patients et de leur intimité,
- X sont formés tout au long de leur mandat.

La commission des usagers :

- Participe à l'élaboration de la politique menée dans l'établissement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers ;
- Est associée à l'organisation des parcours de soins ainsi qu'à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission médicale d'établissement ;
- Fait des propositions sur ces sujets et est informée des suites qui leur sont données.

Elle peut se saisir de tout sujet se rapportant à la politique de qualité et de sécurité élaborée par la commission médicale d'établissement.

Elle est informée de l'ensemble des plaintes et des réclamations formées par les usagers de l'établissement ainsi que des suites qui leur sont données. En cas de survenue d'événements indésirables graves, elle est informée des actions menées par l'établissement pour y remédier.

Le décret du 1er juin 2016 donne la possibilité à cette commission de proposer un **projet des usagers**. Un tel projet n'est pas une obligation réglementaire mais une démarche volontaire de partenariat avec les usagers. Il exprime les propositions et attentes des usagers au regard de la politique d'accueil, de la qualité et de la sécurité des soins et des parcours et du respect des droits des usagers.

Le projet des usagers s'inscrit dans le projet stratégique d'établissement et est le fruit d'un travail co-construit avec les différents acteurs notamment : représentants des usagers, chargé des relations avec les usagers, médiateurs, médecins et non médecins, représentant qualité, membres de la commission de soins, administratifs.

Validé par la Commission des Usagers (CDU), il est un outil d'amélioration continue de la qualité des soins et de l'expérience des patients et des aidants.

Ainsi, le travail de la commission des usagers repose sur ce projet qui s'articule autour de **3 grands axes**, en lien avec la politique des droits des usagers qui complète la « Politique de Qualité et de Sécurité des soins », le plan d'actions défini au rapport d'activité de la CDU et les recommandations de l'ARS :

- **Veiller à l'appropriation par les professionnels de ces engagements**
 - Renforcer la participation des représentants des usagers aux journées thématiques ou d'instants consacrés. Les mettre en œuvre et les évaluer a posteriori.
 - Faire valoir la CDU et le rôle et les missions des représentants des usagers en intervenant dans les cursus de formation initiale, notamment au sein des Instituts de formation (IFSI - IFAS)
 - Faire connaître le rôle et missions des représentants des usagers auprès des équipes
 - Renforcer l'implication des représentants des usagers dans les différentes instances
 - Sensibiliser et former les professionnels
- **Informier le patient de ses droits, respecter et recueillir son consentement aux soins**
 - Améliorer l'accès à l'information du patient sur le fonctionnement de l'établissement
 - Communiquer sur les droits individuels et collectifs des usagers
 - Adapter le livret d'accueil du patient/usager.
- **Assurer la gestion des plaintes/réclamations, évaluer la satisfaction des usagers.**
 - Poursuivre le travail sur l'analyse concernant les plaintes/réclamations non contentieuses
 - Sensibiliser les professionnels sur les bonnes pratiques en matière de traitement des plaintes/réclamations
 - Continuer de réaliser un travail qualitatif sur les thématiques récurrentes des plaintes et réclamations
 - Assurer le traitement des questionnaires de satisfaction.

6.2.4. Les attentes des acteurs concernés vis-à-vis des directions :

- ❖ Maintien d'une approche et des leviers d'actions transversaux au sein de la direction commune pour favoriser l'harmonisation des pratiques et la coordination des démarches.
- ❖ Poursuite de la collaboration avec le CH de l'Estran dans ce domaine.
- ❖ Facilitation des liens entre la DSOS et la DRU en matière de politique usagers, de la gestion des questionnaires de satisfaction et des retours sur l'expérience patient et faciliter une approche partagée au sein de la direction commune.



Réguler et réduire l'impact
des soins non programmés.

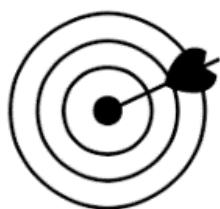
3

6.3. Réguler et réduire l'impact des soins non programmés.

6.3.1. Synthèse de la problématique :

- Régulation insuffisante des soins non programmés (SNP) non vital en amont du GHT, ce qui désorganise le soin programmé : 45% des séjours adultes passés par les urgences dont 3% des séjours seulement font suite à une urgence vitale.
- La part importante du SNP n'est pas prise en compte en termes d'organisation alors qu'elle est statistiquement prévisible.
- Part importante de patients multiutilisateurs des urgences : 689 patients avec 4 passages ou plus aux urgences (Avranches et Granville) en 2024.
- Défaut de ré-orientation du SNP lorsque les patients sont aux urgences
- Mauvais usage de l'unité d'hospitalisation de courte durée aux urgences (UHCD) (utilisation comme sas d'attente pour hospitalisation) et défaut de valorisation de cette activité.
- Personnes âgées aux urgences : réponse non satisfaisante et qualité de prise en charge à améliorer, y compris en termes de soins palliatifs.

6.3.2. Les cibles stratégiques du GHT :



Réduire le soin non programmé non justifié aux urgences.

Collaborer à l'orientation avant l'arrivée aux urgences

Mettre en œuvre des processus de ré-orientation des patients des urgences vers la ville (SAS, DAC pour les parcours complexes) ou vers les solutions alternatives (HDJ, Consultations, HAD, équipes territoriales).

Augmenter la part régulée et la part programmée de l'activité.

Augmenter l'adressage direct vers les bonnes solutions.

6.3.3. Les axes de travail du GHT sur la thématique :

- **Développer notre capacité à orienter les patients dans un parcours programmé au plus tôt :** réduire le non programmé par le renforcement de la prévention et du programmé (voir la partie soins programmés).
- **Définir les parcours SNP :** que fait-on ou pas aux urgences ? Que fait-on dans les services ? Que fait-on en ville ?
Idéalement :
Orientation en amont :
Numéro unique : 15 (SAMU 50)
Orientation soit vers les urgences, soit vers le SAS et la CCSNP (Cellule de coordination des soins non programmés).
Optimisation de cette orientation en amont, par collaboration avec cellule de gestion des parcours.

Réorientation en aval (à partir des urgences) :
 - Vers la ville via le SAS et la CCSNP
 - Vers l'hôpital et les solutions qu'il déploie via la cellule de gestion des parcours.
- **En amont des urgences :**
 - Réguler en amont : renforcer la coopération avec le SAMU et le service d'accès aux soins (SAS). Revoir la convention dans ce sens.
 - Communiquer vers la ville et les médecins traitants pour leur indiquer le bon usage des urgences.
 - Répondre au besoin d'expertise des médecins traitants pour éviter que les patients soient adressés aux urgences.
 - Favoriser les entrées directes.
- **En aval des urgences :**
 - Pouvoir adresser vers les services de médecine de manière fluide les patients qui nécessitent une hospitalisation de plus de 3 jours, pour libérer les urgences.
Cela implique :
 - Des durées moyennes de séjour (DMS) conformes aux standards pour libérer du capacitaire, et donc si besoin réorienter les patients les plus stables de MCO vers d'autres solutions de séjours.
 - A contrario, de ne pas utiliser le capacitaire de SMR pour l'hospitalisation aigüe, alors

- consommatrice d'actes techniques et nécessitant une permanence des soins accrue.
- De ne pas fermer les lits de médecine, car cela réduit de fait la capacité d'aval pour les urgences.
- De protocoliser les modalités d'entrée et donc d'adressage entre les services.
- De pouvoir bénéficier d'un soutien réactif au diagnostic (laboratoire, imagerie, avis spécialiste) adapté aux flux des passages aux urgences et donc de contractualiser avec les services et praticiens un délai de réponse adapté aux demandes des urgences.
- De bénéficier d'un service de médecine post-urgences (MPU) qui ne soit pas un sas d'attente d'hospitalisation, pour les séjours de 1 à 3 jours.
- Faire du lien avec les programmations des consultations, de l'HDJ, de l'HAD, des équipes territoriales avec la gestion des parcours pour mettre en place les rendez-vous, soit immédiatement soit dans un délai court (<48h) pour reconvoquer les patients en soins programmés.
- Faire un repérage des patients multi-usagers des urgences et travailler les parcours complexes avec la gestion des parcours et le DAC.

➤ **Améliorer la gestion de la saisonnalité et de la variation de la charge d'acté aux urgences**

- Prévoir un capacitaire selon le calcul des besoins journalier moyen en lits (BJML) pour chaque service et dans tous les services (équité) pour désengorger les urgences en répartissant la charge de travail.
- Formaliser des procédures d'adaptation du capacitaire.
- Développer les outils et les ressources de régulation interne : cellule de gestion de parcours, modalités de programmation des rendez-vous en consultations, en HDJ, en HAD.

6.3.4. L'évolution de la réponse :

- **Mise en place d'une équipe médicale mutualisée de territoire** dans le cadre de la fédération des urgences du Sud-Manche : soutenir et poursuivre les démarches engagées.
- **Cellule de gestion des parcours** : renforcement des moyens pour élargir la couverture horaire et géographique, permettre une collaboration accrue avec le SAMU pour l'orientation et des moyens suffisants pour permettre la ré-orientation des patients, notamment hors du capacitaire.
- **Développement de l'approche parcours** pour réduire le soin non programmé en déployant un programme de formation prioritaire.

6.3.5. Les attentes des acteurs concernés vis-à-vis des directions :

- ❖ **Développer la régulation des SNP** en amont des services d'urgences et des services en général.
- ❖ **Faire connaître la disponibilité en consultations non-programmées** chez les généralistes et les horaires d'accueil de la maison médicale de garde.
- ❖ **Faciliter l'évaluation et l'orientation** vers des consultations de premier recours quand c'est possible (protocole de réorientation, IPA urgences, UMOEG...).
- ❖ **Bénéficier de l'avis des spécialistes aux urgences** et pour cela, revoir l'organisation du temps des spécialistes, inscrire le passage aux urgences dans la maquette médicale pour accélérer la réponse et améliorer la pertinence des suites proposées aux patients.
- ❖ **Réduire le délai d'accès à un diagnostic** (laboratoire, imagerie, consultations en proximité explorations (endoscopies, échographie du cœur...)) et donc préciser les exigences et contractualiser.
- ❖ **Faciliter l'accès à des consultations et à l'HDJ dans des délais courts.**
- ❖ **Améliorer la coordination** grâce au système d'information (fin du déploiement du DPI unique à la direction commune en décembre 2025).
- ❖ **Mieux valoriser l'activité faite en UHCD** pour générer les recettes afférentes.

- ❖ **Déployer et utiliser la télé-expertise**
- ❖ **Etudier la possibilité d'utiliser la téléexpertise** pour les demandes d'avis de 2^{ème} recours entre les établissements de la direction commune et de 3^{ème} recours vers les CHU. (demandes d'avis actuellement gérées dans SILLAGE pour les patients hospitalisés)
- ❖ Parcours personnes âgées : **renforcer l'effectif de gériatres**. Favoriser les avis gériatriques sur les autres établissements de la Direction commune et notamment les services de médecine des hôpitaux de proximité (SHH et Villedieu).
- ❖ **Equipes mutualisées avec la ville dans les spécialités à garde en tension** : participer aux réflexions en cours sur la PDS territoriale.
- ❖ **Développer les ressources de capacitaire d'aval** et en faciliter l'accès : HAD, SMR, EHPAD.
- ❖ Pour éviter l'hospitalisation ou faciliter la sortie, développer le nombre de sorties dans le cadre du dispositif **PRADO**, faire appel au **DAC** lorsqu'il y a une problématique sociale, ou aux assistantes sociales du groupe hospitalier (renforcer la disponibilité des effectifs d'assistantes sociales) pour faciliter les parcours.
- ❖ **Favoriser la connaissance de l'offre** des établissements du GHT et de la ville de façon à guider les médecins nouveaux arrivants, intérimaires ou de langue étrangère.
- ❖ **Développer les liens avec le service d'HAD et de soins palliatifs**. Développer une équipe territoriale de soins palliatifs facilitant l'orientation des patients vers l'ensemble des structures disponibles sur le territoire.



**Renforcer l'approche en
responsabilité populationnelle**

4

6.4. Renforcer l'approche en responsabilité populationnelle.

6.4.1. Synthèse de la problématique :

- Méconnaissance de la démarche populationnelle dans la gestion des parcours des patients (cf 1.5)
- Manque de lisibilité et de coordination pour réguler, orienter, adresser.
- Nécessité d'optimiser l'utilisation des capacitaires disponibles.

6.4.2. Cible stratégique :



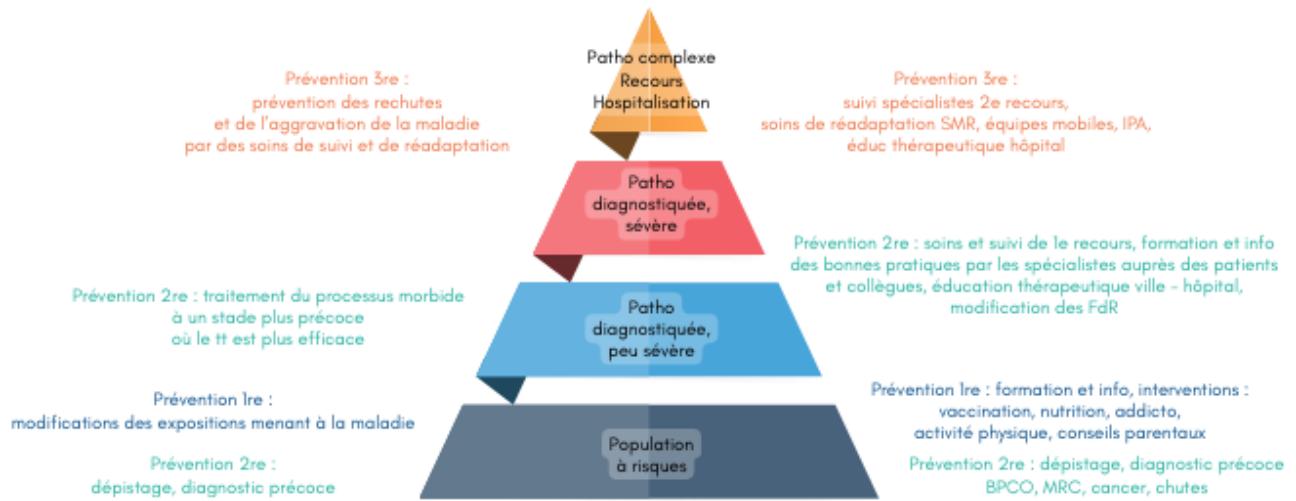
Développer l'approche parcours.
Développer l'approche en responsabilité populationnelle.
Se positionner raisonnablement sur la prévention secondaire et tertiaire.
Renforcer la proximité : consultations avancées, équipes mobiles.
Favoriser les prises en charge ambulatoires en chirurgie, médecine et SMR.
Développer la réponse en chirurgie face à la concurrence : s'affirmer.
Optimiser la réponse en médecine SMR : fluidifier les parcours.

6.4.3. Les axes de travail du GHT sur la thématique :

- **REFORCER LES PARCOURS PROGRAMMES** : réduire le non programmé par le renforcement de la prévention et la formalisation de parcours programmés.
- **Renforcer l'approche parcours de santé et chemins cliniques, développer l'approche responsabilité populationnelle.**
 - Promouvoir, soutenir et accompagner les démarches du COPIL Parcours et de la cellule de gestion des parcours (dont formation continue et relex auprès des autres établissements),
 - Favoriser la contribution au Groupe de Travail Santé Sud Manche, observatoire des parcours du territoire du Sud Manche, associant les CLS, DAC, CPTS, AUB, Polyclinique de la Baie, CH Estran et CRRF.
 - Poursuivre le développement et la formalisation des parcours en collaboration avec les spécialistes en intra GHT et en relation avec la médecine de ville. Donner un cadre soutenant à cette collaboration indispensable autour des parcours.
 - Promouvoir l'interface ville-hôpital : garantir un envoi immédiat des lettres de liaisons, permettre la télé-expertise pour les situations non urgentes, permettre de joindre un médecin d'avis par téléphone depuis la ville pour les situations d'urgence.
 - Développer la culture du parcours auprès de tous les professionnels des établissements du GHT.
 - Former les professionnels médicaux et paramédicaux à la démarche parcours
 - Permettre aux paramédicaux de participer à la définition des parcours, et des chemins cliniques au sein du GHT/DIRCO et sur le territoire.
 - Communiquer résolument sur le circuit à suivre par le patient (rassurer, flécher, réguler).
 - Donner accès sur Intraqual à tous les chemins cliniques/parcours patients formalisés
 - Former l'ensemble des acteurs du GHT aux recommandations de prise en charge.
 - Mettre en place au sein du GHT Sud Manche, en lien avec la FHF et en collaboration avec les acteurs du territoire, la Responsabilité Populationnelle pour le Parcours Insuffisance cardiaque.
 - Contribuer à la coordination de l'e-Parcours des patients lors de sa mise en œuvre
 - Favoriser le recours aux activités autres que l'hospitalisation complète : hospitalisations partielles, consultations, équipes territoriales et nouveaux métiers type IPA, nouveaux outils type télémédecine (télésurveillance, télé expertise et téléconsultations)
- **Prioriser l'action pour les parcours maladies chroniques :**
 - Insuffisance cardiaque (Responsabilité Populationnelle avec la FHF),
 - Insuffisance Rénale Chronique,
 - BPCO, Asthme,
 - Diabète,
 - Hanche traumatique, chutes,
 - Troubles santé mentale
 - Cancers
 - Mille premiers jours.

- **Prévention : s'impliquer en identifiant précisément la part du GHT en matière de prévention secondaire**, en fonction des ressources allouées : vaccination, ETP, actions de prévention, promotion, sensibilisation. (Cf axe 1, action 4 projet DSOS)

PRÉVENTION : TYPE, DÉFINITION, ACTEURS, EXEMPLES



- Contribuer au recensement et à la cartographie des acteurs de la prévention sur le territoire
- Participer aux actions territoriales pour la prévention sur le territoire
- Désigner un interlocuteur au sein de l'établissement en charge de faire le lien avec les acteurs du territoire de façon à faciliter l'organisation et la coordination des programmes de promotion de la santé.
- **Identifier les cibles en responsabilité des établissements dans le domaine de la prévention :**
 - Formation et information par les spécialistes des recommandations de prévention 1^{re}, 2^{re} et pour les pathologies chroniques
 - Accentuer la communication et la sensibilisation des acteurs de santé de l'hôpital à l'importance des actions de prévention
 - Recenser les journées nationales et thématiques sur un calendrier et communiquer.
 - Travailler avec la CPAM pour organiser les dépistages (Cancer du sein, colorectal...)
 - Profiter des compétences des agents du Pôle éducatif partagé (PEP) pour faire de la prévention au grand public.
 - Développer l'éducation thérapeutique au sein de l'HDJ
 - Développer l'activité du CEGIDD
 - Promouvoir et privilégier les consultations pour les patients les plus complexes par les spécialistes tout en aidant les médecins généralistes du premier recours via l'offre de télé expertise
 - Développer les activités de dépistage nécessitant un plateau technique hospitalier : Consultations sages-femmes, mammographie et autres imagerie, pet scanner, radiologie interventionnelle, endoscopies digestives.
 - Structurer un programme lisible et visible évitant les redondances d'actions et l'optimisation des ressources et des compétences.
- Développer et communiquer sur les actions de la médecine du travail.
- Organiser l'affichage dans les services pour la promotion de la santé.

➤ Proximité : aller vers les usagers sur tous les sites du GHT

- Soutenir l'activité des hôpitaux de proximité et notamment les activités des services de médecine polyvalente :
 - Permettre la soutenabilité de la permanence des soins,
 - Accentuer l'attractivité médicale au sein de ces services,
 - Assurer le maintien de ces sites pour l'offre de soins sur le territoire
 - Eviter la surcharge capacitaire du centre hospitalier pivot.

- Stratégie de consultations externes : développer les consultations avancées pour étayer l'offre du GHT et proposer des réponses de proximité.
 - Valeur ajoutée des équipes mobiles : renforcer les moyens, les faire connaître.
 - Télé expertise.
 - Télémédecine.
 - Virage domiciliaire : renforcer les réponses de l'HAD et des SSIAD.
- **Consolider la réponse du GHT en matière d'activité programmée :**
- Développer l'activité chirurgicale : cf. item chirurgie.
 - Optimiser l'hospitalisation programmée de médecine : cf. item médecine.

6.4.4. L'évolution de la réponse :

- Développement d'une vision globale de l'offre de consultations externes et avancées (cf item 5.10)
- Développement du rôle de la cellule gestion des parcours et du COPIL parcours, soutenir l'action de la cellule gestion des parcours et renforcer sa couverture horaire et géographique, envisager d'élargir ses missions à la réorientation des patients.
- Structuration au sein du GHT des collaborations inter-établissements
- Renforcer la présence du GHT dans les instances territoriales et dans le lien ville-hôpital.
- Implication du GHT dans la promotion de la santé et la prévention
- Renforcer et optimiser les solutions alternatives à l'hospitalisation complète
- Renforcer l'orientation, l'information
- Télé expertise
- Télémédecine
- Equipes mobiles
- Développer les coopérations ville-hôpital (DAC, CPTS, CLS, structures privées) et les coopérations avec le GCSMS.
- Facilitation des synergies inter-établissements via des fédérations.
- Facilitation des synergies inter-services via les pôles.

6.4.5. Les attentes des acteurs concernés vis-à-vis des directions :

- ❖ Pérennité du temps de médecin de santé territoriale, référent des parcours.
- ❖ Formation des professionnels à l'approche responsabilité populationnelle, accompagnement méthodologique à la formalisation des parcours et des chemins cliniques : L'acter comme une priorité et dédier un budget de formation et un budget communication.
- ❖ Renforcement des moyens de la cellule de gestion des parcours.
- ❖ Renforcement des ressources des équipes mobiles territoriales (notamment gériatrie et soins palliatifs)
- ❖ Renforcement des ressources transversales en adéquation avec les besoins.
- ❖ COPIL parcours et COPIL consultations : pérennisation des dynamiques (en faire des sous-commissions de la CMG).



**Optimiser les interfaces
entre la ville et l'hôpital**

5

6.5. Optimiser les interfaces entre la ville et l'hôpital.

6.5.1. Synthèse de la problématique :

- Pénurie médicale (urgences, imagerie, pharmacie).
- Manque de lisibilité sur l'offre externe du GHT en intra et extra hospitalier et sur les modalités d'accès
- Délais d'accès aux rendez-vous parfois trop longs pour une bonne prise en charge.
- Services en interface ville-hôpital soumis directement à la pression de la demande de soins : exigence d'adaptabilité, de réactivité.
- Complexité d'organisation liée à la transversalité des activités aux parcours et aux filières.
- Coopérations et échanges avec la ville encore insuffisants : conciliation médicamenteuse, accès aux résultats, accès à l'expertise en amont.
- Activités « vitrines » de l'offre hospitalière et points d'entrée de nos services d'hospitalisation : conditions d'accueil parfois préjudiciables aux patients et à l'image du GHT.
- Organisation de consultations multiples à la même date plutôt que des prises en charge en HDJ

6.5.2. Les cibles stratégiques du GHT :



- Réduire les délais de diagnostic pour les pathologies chroniques.**
Améliorer les conditions d'accès à l'offre de soins du GHT en SP et en SNP.
Faciliter l'accès au dépistage organisé des cancers via les consultations avancées.
Etre une vitrine attractive des établissements du GHT, levier du lien ville-hôpital.
Communiquer sur l'offre du GHT et sur les modalités d'accès.

ACTIVITE EXTERNE SNP aux URGENCES (hors urgences vitales)

Axes de travail du GHT :

- Garantir la permanence de la réponse SNP aux urgences des sites.
- Renforcer la communication sur les modalités de régulation, d'accès et de fonctionnement.
- Réduire les délais d'attente pour l'urgence vitale et les SNP non vitaux.
- Orientation / Réorientation des patients :
 - Renforcer les liens avec la cellule de gestion des parcours et automatiser les avis spécialisés aux urgences, favorisant la sortie du patient des urgences et la suite du suivi et de la prise en charge au sein des établissements de la Direction commune
 - Améliorer la coordination des soins non programmés psychiatriques, et notamment leur prise en charge sur le plan somatique
 - Conventionnement avec le SAMU, le SAS et la CCSNP (cellule de coordination des soins non programmés) pour la réorientation vers un médecin de ville)
 - Repérage des patients usagers multiples des urgences et travail du parcours SNP avec les acteurs du territoire et notamment le DAC.
- Améliorer les conditions d'accueil.

Evolution de l'organisation :

- voir « Objectifs stratégiques : urgence vitale et soins critiques ».
- voir « Objectifs en matière de SNP» et notamment :
 - Renforcement de la régulation du SNP non vital en amont des urgences (SAS).
 - Renforcer l'approche parcours pour cadrer les parcours SNP.
 - Renforcer l'utilisation de la télé expertise en amont des urgences.

Attentes des acteurs :

- ❖ Mise à jour la convention de régulation.
- ❖ Renforcement des moyens dédiés à la cellule de gestion des parcours.
- ❖ Mise en œuvre du SDI pour améliorer les conditions d'accueil aux urgences d'Avranches, et du MPU
- ❖ Formation des professionnels des urgences à la prise en compte des besoins spécifiques (grand âge, handicap, précarité, santé mentale).

TELE EXPERTISE

Axes de travail du GHT :

- Développer l'usage de l'outil OMNIDOC en soutien aux médecins traitants, aux professionnels de ville : s'assurer que tous les acteurs médicaux du GHT peuvent et savent utiliser OMNIDOC, que la facturation se fait correctement, que les informations produites sont versées au DPI et/ou DMP (obligation réglementaire). Définir une procédure de gestion.
- Communiquer sur l'usage d'OMNIDOC entre les différents sites de la direction commune hors PMT d'Avranches et faciliter le maillage territorial et les avis pour les patients hospitalisés avec avis auprès des CHU.
- Accompagnement des nouveaux praticiens à l'utilisation de cet outil.

Attentes des acteurs :

- ❖ Soutien du service informatique pour l'ouverture des accès.
- ❖ Soutien de l'équipe DPI pour garantir le lien entre DPI et DMP.

CONSULTATIONS EXTERNES

Axes de travail du GHT :

- **L'axe prioritaire en termes de consultations est de considérer les consultations comme une activité stratégique du point de vue du maillage de l'offre du GHT et aussi du point de vue de l'attractivité médicale.**

Le COPIL consultations externes a pour mission de réfléchir à la stratégie de développement des consultations externes sur le périmètre de la direction commune, et d'améliorer les conditions de réalisation des consultations :

- Mettre en place un tableau de bord dédié à cette activité.
- Optimiser des processus organisationnels de l'activité consultations externes
- Adapter les ressources aux besoins : RH en matière de secrétariat, conditions d'accueil physique : locaux, information, signalétique, stationnement...
- Communiquer sur l'offre de consultations du GHT.
- Améliorer la valorisation de l'activité externe par l'accompagnement du DIM et du médecin référent sur les consultations.

Si des améliorations significatives ont été apportées au cours des 5 dernières années sur les sites d'Avranches et Granville en termes de locaux, de gestion des plages, de coordination notamment sur le périmètre Avranches-Granville, de pilotage et de valorisation, le travail doit être poursuivi pour offrir une offre de proximité et un accès aux spécialistes dans des conditions dignes et respectueuses du patient et des professionnels sur tous les sites de la direction commune.

Le pilotage de cette activité sera renforcé afin de mieux prendre en compte les enjeux liés aux consultations qui sont la première porte d'entrée des usagers au sein des services du GHT. Afin d'avoir une stratégie de groupe et de potentialiser les solutions existantes au sein du GHT, il pourrait

être intéressant de transformer le COPIL consultations en une sous-commission de la CMG. L'activité de consultations est une composante de l'activité médicale qui peut permettre de compléter un temps partiel sur un autre site, cela doit être considéré dans la stratégie de recrutement médical. Par ailleurs, les consultations sont un levier d'activité programmée en amont et/ou en aval de l'hospitalisation.

- **Enrichir l'offre de consultations sur le territoire :**
 - Proposer des réponses publiques dans les spécialités manquantes sur le territoire.
 - Développer les consultations de cancérologie.
 - Consultations d'annonce : avec la direction des soins et la fédération de cancérologie, structurer des parcours en chirurgie cancérologique sur l'établissement et mettre en place des outils de suivi pour ces disciplines dans le cadre notamment des consultations d'annonce.
 - Développer les consultations avancées en médecine/chirurgie vasculaire à Granville.
 - Pour le TGA : renforcer l'effectif de gériatre pour faciliter l'accès à une consultation mémoire et favoriser les Cs avancées sur les hôpitaux de proximité.
 - Développer les dépistages gynécologiques en EHPAD, renforcer les préventions mammographie notamment sur les sites médico-sociaux.
 - Santé mentale, addictologie, femme-enfant, handicap : voir les chapitres dédiés.
- **Favoriser le bon fonctionnement des hôpitaux de proximité** en développant l'offre de consultations avancées et en permettant systématiquement un accès aux spécialités du PMT.
 - **Villedieu** : Il existe des locaux adaptés et très vite adaptables à plusieurs spécialités. Actuellement des praticiens ne provenant pas de notre territoire (gynécologue de Vire, chirurgien de Vire, ...) offrent leur recours au PSLA de Villedieu, ce qui est dommageable pour les HSM avec des fuites vers un autre territoire. Spécialités potentiellement concernées : néphrologie, neurologie, psychiatrie, chirurgie orthopédique, pédiatrie, sage-femme...
 - **Saint-Hilaire** : développer une consultation néphrologie "maladies rénales chroniques".
 - **Mortain** : rétablir l'offre et la développer. L'établissement avait développé une offre adaptée (urologie, neurologie, rhumatologie, dermatologie, chirurgie maxillo-faciale) mais faute de moyens humains cette offre a disparue.
 - **Saint James** : favoriser l'accès des personnes porteuses de handicap aux consultations des spécialistes.
- **Réduire les délais d'accès** aux consultations spécialisées pour assurer des prises en charge de qualité et éviter les retards de prise en charge :
 - **Dimensionner justement les activités de consultations** en prenant en compte les délais d'accès des spécialités dans le calcul des besoins en effectifs médicaux et corrélér le besoin des patients et l'effectif médical présent (via les maquettes médicales).
 - **Développer les consultations d'IPA** : neurologie, pneumologie, à venir : IPA pluri pathologies en formation, et projet à l'étude pour une IPA en cardiologie.
- **Développer les activités Handi-consultations** : un financement a été obtenu pour réaliser des travaux de mise aux normes et d'agencement au CPP de Granville afin de déployer officiellement des consultations gynécologiques à destination des personnes en situation de handicap. Continuer l'activité Handiconsult dentaire et développer la chirurgie dentaire dans ce cadre.
- **Etudier les coopérations possibles avec les PSLA.**
- **Mettre en place des journées de prévention sur place au sein des établissements médico-sociaux.**
- **Organiser des consultations externes et de la PASS dans les lieux d'hébergements, les CADA...**

Attentes des acteurs :

- ❖ Potentialisation des capacités d'accueil pour les consultations : utiliser prioritairement les locaux déjà disponibles sur les sites de Villedieu et Mortain, réaliser les travaux nécessaires pour améliorer les conditions d'accueil à Saint-Hilaire.
- ❖ Etude de la pertinence et la possibilité de se projeter sur les nouveaux dispositifs utilisant de l'Intelligence Artificielle pour les consultations médicales (comptes rendus).

- ❖ Elargissement du périmètre de pilotage des consultations externes
- ❖ Déploiement de l'affichage numérique sur l'ensemble des consultations.
- ❖ Communication régulière sur l'offre de consultations du GHT auprès des usagers et de la ville.
- ❖ Validation et application de la charte de fonctionnement pour les consultations externes et faire vivre le COPIL consultations externes.
- ❖ Amélioration du codage infirmier notamment sur la discipline urologie, avec l'aide du DIM.
- ❖ Identification des activités de consultation transférables en HDJ afin de mieux valoriser notre activité. Des parcours sont en cours d'écriture avec l'urologie, en chirurgie digestive et en anesthésie.
- ❖ Dimensionnement et précision des besoins RH, de locaux et de plages sur les sites pour réduire les délais d'accès aux consultations.

IMAGERIE MEDICALE

Le GHT dispose de trois sites d'imagerie médicale, deux sur les Hôpitaux du Sud-Manche et un à l'hôpital de Saint-Hilaire du Harcouët.

Le plateau technique du site d'Avranches est composé :

- D'une IRML 3 tesla
- D'un scanner
- D'un conebeam
- De deux salles de radiologie conventionnelle
- De deux échographes
- D'un mammographe

Le plateau technique du site de Granville est composé :

- D'une IRML 1,5 tesla nouvellement installée en septembre 2025
- D'un scanner
- De deux salles de radiologie conventionnelle
- D'un échographe

Le plateau technique du CH de Saint-Hilaire du Harcouët est composé :

- D'un scanner nouvellement installé en Octobre 2025
- D'une salle de radiologie conventionnelle
- D'un échographe
- D'un mammographe.

Les patients sont pris en charge, aussi bien dans le cadre de leur hospitalisation, que dans le cadre d'une consultation externe ou d'une urgence 24h/24h et 7j/7j. Les services d'imagerie ont recours à la télé-imagerie notamment lors de la permanence des soins (nuit, week-ends et jours fériés). Elle est complémentaire de l'imagerie médicale en présentiel.

Axes de travail du GHT :

Les deux axes de travail principaux de l'imagerie sont **la réduction des délais de diagnostic** tout en développant une **offre de proximité adaptée, y compris pour les publics spécifiques** (précarité, handicap, personnes âgées) au travers des objectifs suivants :

- **L'optimisation de l'exploitation des nouveaux équipements médicaux lourds d'imagerie (scanner, IRM) installés à proximité des 3 services d'urgences**
 - La captation des examens prescrits par les praticiens hospitaliers du GHT, notamment par une meilleure communication sur l'offre proposée par les 3 services d'imagerie du GHT
 - La dotation d'indicateurs de suivi des délais de rendez-vous, de réalisation des examens et d'envois des comptes rendu.
 - Une communication renforcée lors de l'installation d'un nouvel équipement.

- **L'amélioration de l'accès à l'imagerie en encadrant mieux les usages de l'imagerie :**
 - Associer le service d'imagerie à des évènements extérieurs de type "jeudi de la santé" pour porter le message des bonnes pratiques et réduire le mésusage, communiquer aux généralistes sur le bon usage de l'imagerie diagnostique (exemple : examen clinique + échographie puis IRM), les aider à établir le diagnostic (conseil des spécialistes via la télé expertise).
 - Agir aussi en interne pour le bon usage des équipements d'imagerie (régulation, priorisation, plages réservées / coupe file) en lien avec la réorganisation de l'imagerie et l'optimisation de l'utilisation des équipements.
 - S'appuyer sur la CPTS du Sud-manche pour engager une réflexion collective entre médecin de premier recours et radiologues concernant l'accès à l'imagerie
- **La création d'un plateau de radiologie interventionnelle avancée (RIA) performant et reconnu sur le territoire du Sud Manche, en lien avec le CHU de Caen, en réponse aux attentes des praticiens pour des prises en charges diagnostiques et thérapeutiques des patients en proximité et en réponse aux recommandations actuelles de l HAS.**

La Radiologie Interventionnelle comprend l'ensemble des actes médicaux à but diagnostic ou thérapeutique réalisés avec guidage et contrôle de l'imagerie médicale par accès transorificiel, transpariétal ou intraluminal transpariétal, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie, à l'exception des actes relevant des activités de cardiologie interventionnelle et de neuro-radiologie interventionnelle.

De nombreuses spécialités médicales et chirurgicales sur le périmètre de HSM nécessitent des actes de RI mais dans l'impossibilité de les faire sur place, les patients sont soit adressés sur d'autres sites, soit ne bénéficient pas des prises en charge recommandées.

Un projet concerté avec l'AUB, l'Hôpital Privé de la Baie (disposant d'un niveau 3C en cancérologie) et les médecins libéraux constitue une opportunité majeure de développer une réponse thérapeutique importante au bénéfice de tout le territoire de la Manche. Dans cette configuration, ce projet a d'ores et déjà retenu l'attention du président du CTS.
- **La création d'un pôle de sénologie (mammographe + échographe) au sein du service d'imagerie d'Avranches afin d'améliorer la prise en charge de l'imagerie de la femme et l'expérience du patient.**
- **La facilitation de l'accès à l'imagerie pour tous** en développant des modalités de prise en charge adaptées aux difficultés des publics, en lien avec le RSVA pour le handicap et la CPAM pour les personnes en situation de vulnérabilité :
 - Etudier la mise en place d'un billet coupe file pour publics ayant des besoins spécifiques ou en retard de soins ;
 - Développer l'adaptation des messages et la prise en compte par les professionnels de santé des différents niveaux de compréhension des personnes,
 - Sensibiliser et former les professionnels à la prise en compte de la précarité et aux approches santé,
 - Adapter le temps de rendez-vous.
 - Faciliter l'accès à l'imagerie pour les 0-6 ans, en lien avec les pédiatres (étude des besoins et solutions, définition de parcours, intégration de nouvelles séquences dédiées à la pédiatrie dans la machine IRM).
 - Participer aux différentes campagnes de sensibilisation et de prévention : octobre rose, dispositif national d'aller vers individualisés...
- **La formation des manipulateurs aux techniques d'hypnose conversationnelle** (amélioration de la qualité de la prise en charge du patient lors d'examens anxiogènes, dans le contexte d'un parcours de soins).
- **La garantie et la fiabilisation d'un service rendu de qualité (interprétation) par la mise en œuvre de partenariats ou coopérations et l'évaluation des dispositifs déjà en place (GIE IRM), notamment :**
 - La participation à une offre de télé imagerie publique si celle-ci se met en place (convention FHF)
 - La participation au projet d'imagerie de territoire : objectif à la fois indispensable et complexe faute de partenaires publics dans une ère géographique proche d'une part ou de partenaire libéraux prêts à s'engager y compris pour la PDS.

- La coopération avec le CHU de référence en ce qui concerne la télé expertise. Un champ très important est déjà engagé pour la médecine nucléaire.
- L'orientation pour l'interprétation des examens vers des radiologues experts (télé-imagerie) lorsque cela s'avère nécessaire, en oncologie par exemple.

Les démarches de **qualité, gestion des risques et développement durable** restent également des axes de travail forts :

- **Qualité et gestion des risques** : poursuite du travail en cours sur la mise en place d'une démarche qualité spécifique à l'imagerie.
- **Développement durable – démarche empreinte** : engagement des acteurs de l'imagerie dans la démarche de développement durable, en lien avec le groupe institutionnel EMPREINTE sur des actions concrètes du type éco prescription et travail sur la pertinence des prescriptions d'examens (juste prescription) en lien avec les prescripteurs, achat de matériels moins énergivores, moins irradiants, achat de produits moins toxiques (produits de contraste etc.), conception des locaux (écoconception, éclairage LED, matériaux durables...).

Enfin, le système d'information devra évoluer afin de permettre l'amélioration du partage des résultats en offrant un accès sécurisé aux patients et médecins de ville aux résultats d'imagerie (compte-rendu et images).

Axes de travail internes au service :

- Équilibre à maintenir entre l'activité pour les services d'hospitalisation (gestion de la DMS) et l'activité externe (source de recettes).
- Mesurer le bénéfice de l'ouverture de l'IRM de Granville et du scanner de Saint Hilaire du Harcouët avant de poursuivre le travail d'optimisation.
- Mettre en place un point d'entrée unique sur les 3 sites (numéro identique, programmation centralisée).
- Appuyer le déploiement de protocoles de coopération entre professionnels médicaux et paramédicaux.
- Améliorer la qualité, l'efficacité et la sécurité du service d'imagerie par l'intégration d'outils d'intelligence artificielle : accélérer l'analyse des examens, prioriser les cas urgents, améliorer l'aide à la décision, réduire les erreurs humaines...
- Développer de nouvelles activités en imagerie: infiltrations, biopsie, ponctions, imagerie cardiaque...
- Se doter d'un PACS mutualisé aux 3 services d'imagerie du GHT et s'intégrant au SIR pour faciliter la lecture des images.

LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE

Le laboratoire de biologie médicale est situé sur le site d'Avranches. Il prend en charge les analyses biologiques de l'ensemble des établissements du GHT Mont St Michel.

L'activité actuelle comporte :

- Deux sites de prélèvements en consultations externes (Avranches et Saint-Hilaire)
- Un secteur de biologie médicale (biochimie, hémostase, pharmaco-toxicologie, hématologie, immunohématologie, bactériologie, virologie, et sérologie) ;
- Un secteur de biologie médicolégale avec inscription de ses biologistes sur la liste des experts près de la Cour d'Appel (toxicologie) ;
- Un secteur de sécurité transfusionnelle ;
- Un secteur de biologie délocalisée (EBMD) sur deux sites Granville et Saint-Hilaire-Du-Harcouët.

Axes de travail du GHT :

L'axe principal de travail reste la poursuite du développement de ses activités avec :

- La captation des analyses prescrites par les praticiens hospitaliers du GHT, notamment par une meilleure communication sur l'offre.
- La prise en charge des analyses biologiques des deux établissements Normandy 1 et 2 de Granville.

- La proposition d'une prestation de réalisation des analyses biologiques aux EHPADs publics du Sud-Manche.
- L'évaluation de la faisabilité de développer l'activité de prélèvements externes sur Granville (création d'un centre de prélèvements).

Les démarches de qualité, gestion des risques et développement durable restent également des axes forts :

- Qualité et gestion des risques : formaliser un PCA (plan de continuité d'activité)
- Développement durable – démarche empreinte : engagement des acteurs du laboratoire dans la démarche de développement durable, en lien avec le groupe institutionnel EMPREINTE sur des actions concrètes du type éco prescription et travail sur la pertinence des prescriptions (juste prescription), en lien avec les prescripteurs, optimisation logistique des navettes et réduction du bilan carbone associé : projet de transport par drones etc. Voir le chapitre dédié.
- Accessibilité : faciliter et sécuriser l'accès aux personnes en situation de handicap ou de précarité:
 - Adapter les locaux du centre de prélèvements d'Avranches en s'appuyant sur l'expertise du RSVA
 - Développer l'adaptation des messages et la prise en compte par les professionnels de santé des différents niveaux de compréhension par les personnes,
 - Sensibiliser et former les professionnels à la prise en compte de la précarité et aux approches santé,
- Systèmes d'information : continuer la mise en œuvre des projets numériques nationaux (laboeSI, INS).

D'autre part, le laboratoire doit étudier la mise en œuvre d'une structure juridique adaptée (GCS par ex) et conventionner avec les 7 sites de prélèvements du GHT.

PHARMACIE

Quatre pharmacies à usage intérieur (PUI) sont présentes dans les établissements du GHT ce qui permet une offre de proximité. L'offre pharmaceutique répond à un besoin des établissements en termes de sécurisation du parcours patient avec une analyse pharmaceutique, des dispensations nominatives journalières, hebdomadaires, mensuelles, ou re-globalisées. Ces établissements assurent la rétrocéSSION des médicaments répondant à un service de proximité des patients.

La PUI des HSM assure les activités pharmaceutiques pour les sites d'Avranches, de Granville et de Villedieu ainsi que pour le CH de Mortain.

Le site de Granville accueille l'unité de reconstitution des cytotoxiques ainsi qu'un stock de médicaments. Le site d'Avranches accueille la stérilisation, ainsi que des stocks de médicaments et de dispositifs médicaux stériles. Il est équipé d'un automate de dispensation nominative qui dessert actuellement les sites de Villedieu et Mortain et a pour objectif d'évoluer vers une prise en charge des résidents des EHPADs de Granville et Avranches.

Les CH de Saint-Hilaire, de l'Estran et de St James possèdent chacun leur propre PUI qui assure l'approvisionnement en produits pharmaceutiques de leurs services de soins (y compris EHPAD et MAS) et de consultations.

Axes de travail du GHT :

Le développement de la pharmacie clinique est la priorité des pharmaciens du territoire et constitue donc un axe de travail privilégié. Il intègre :

- **Le développement de la conciliation médicamenteuse.**
- **Le travail actuellement mené par les CPTS et les officines concernant l'iatrogénie médicamenteuse.**
- **La consolidation de la position d'expert-conseil de la pharmacie en interne :** En complément des bilans médicamenteux réalisés pour les patients d'USLD / EHPAD, les pharmaciens souhaitent pouvoir développer l'activité de pharmacie clinique pour les patients MCO.

- **La sécurisation des organisations des PUI pour la direction commune** : pérenniser les coopérations entre les 3 PUI (approvisionnements, permanence des soins, management de la qualité), et garantir la permanence d'une réponse de qualité sur l'ensemble des sites de la direction commune.
- **L'alimentation du DMP par tous les acteurs** : renforcer en intra GHT le versement des documents au DMP des patients hospitalisés. Les pharmaciens ont besoin d'un DMP alimenté et fonctionnel (ordonnances des patients).
- **La poursuite des audits de pratiques avec le soutien de l'OMEDIT.**
- **La poursuite des actions réalisées dans le cadre du développement durable – démarche empreinte** : engagement des acteurs de la pharmacie dans la démarche de développement durable, en lien avec le groupe institutionnel EMPREINTE sur des actions concrètes du type gestion des déchets médicamenteux, écoprescription, lutte contre le gaspillage : juste prescription des médicaments, participation à la rédaction du SPASER etc. Voir le chapitre dédié.
- Développer la contribution de la pharmacie à la gestion des projets institutionnels, en veiller à l'associer systématiquement pour identifier les impacts sur ses domaines d'activités (chiffrage, circuit etc) puis participer à la mise en œuvre.

Attentes des acteurs des services médico-techniques (imagerie, laboratoire, pharmacie) :

- ❖ Prise en compte des impacts potentiels des projets SIH ou d'activité clinique en les intégrant dès le départ dans les projets institutionnels.
- ❖ Renforcement des collaborations inter-établissements.
- ❖ Considération de la charge d'activité au regard du niveau de charge global. Ajustement des maquettes RH en corrélation avec l'activité.
- ❖ Engagement des prescripteurs à travailler sur l'éco prescription et la juste prescription (que ce soit en examens d'imagerie ou de laboratoire, comme de médicaments).



**Faciliter la recherche
et l'innovation**

6

6.6. Faciliter la recherche et l'innovation.

➤ Action 1 : Structurer et renforcer l'organisation de la recherche clinique paramédicale :

- Clarifier ou formaliser les modalités de pilotage de la recherche clinique
- Assurer la coordination de la recherche paramédicale en lien avec l'URC et communiquer sur les travaux et publications
- Créer une équipe socle
- Identifier des projets de recherche (existant, appels à projets...)
- Identifier des personnes référentes sur l'établissement
- Financement formation ARC ou DU recherche clinique ou doctorat
- Solliciter les IPA pour participer ou piloter des groupes de recherche
- Communication institutionnelle régulière lors des réunions d'encadrement et formalisation de temps d'échange en services de soins
- Créer des capsules vidéos pour vulgarisation recherche clinique
- Inclure l'initiation à la recherche clinique dans les journées thématiques de formation
- Communiquer sur les projets de recherche sur Intranet

➤ Action 2 : Proposer plus de formation continue afin de former davantage de professionnels pour développer la recherche clinique :

- Offrir un panel de formation aux professionnels souhaitant s'investir dans un projet de recherche clinique
- Favoriser l'apprentissage de l'anglais scientifique
- Proposer budget de formation réservé à la recherche clinique
- Permettre un accès plus large au e-learning.

➤ Action 3 : Favoriser le développement des technologies numériques :

- Assurer l'accès à un outil informatique performant
- Promouvoir l'utilisation sécurisée des objets connectés par les professionnels dans le cadre de leurs pratiques en unité de soins ou dans le cas de télésoins
- Identifier la place de la télésanté et favoriser le développement des plateformes de consultation, d'éducation et de formation
- Travailler à l'amélioration des accès WIFI sur l'établissement
- Réaliser une enquête auprès des professionnels sur leurs attentes en termes de technologies numériques
- Promouvoir la création de capsules vidéo de présentation des services à destination des nouveaux arrivants ou des patients
- Equiper l'ensemble des services d'écrans vidéo permettant de diffuser de l'information à destination des patients et/ou des soignants
- Mettre à disposition de tablettes dans les services pour recueil informations, consentement, pictogrammes...
- Tester à nouveau l'utilisation des casques virtuels pour la formation
- Former les agents à l'utilisation de nouveaux dispositifs médicaux : freestyle...
- Travailler sur la dématérialisation totale des documents institutionnels
- S'appuyer sur les objets connectés pour accéder à plus de simulation
- Créer des pop-up informatiques d'information à destination des agents à partir du logiciel métier
- Développer la télésanté pour limiter l'afflux de patients aux urgences.

➤ Action 4 : Organiser et promouvoir le transfert des données scientifiques issues de la recherche paramédicale dans les pratiques cliniques

- Développer les protocoles de coopération et la pratique avancée en y associant une démarche recherche.
- Développer et promouvoir la recherche en management
- Développer le benchmarking pour observer les innovations managériales performantes
- Développer des temps d'échanges d'expérience entre cadres
- Constituer des groupes de réflexion autour de thèmes de recherche

- Créer un fichier partagé destiné aux nouveautés réglementaires ou aux innovations managériales
- Nommer un référent cadre par pôle ou par site en charge de la veille professionnelle.

➤ **Action 5 : Recherche clinique pluridisciplinaire :**

- Mise en place d'une unité de recherche clinique et intégration au réseau FARES avec un poste partagé d'ARC entre l'AUB et HSM (hors santé mentale)
- Développement d'activités « prestigieuses » via le soutien du COPIL recherche clinique : Radiologie interventionnelle en lien avec l'arrivée du petit scanner et les nouvelles modalités de prise en charge thérapeutique, notamment dans les domaines vasculaires et surtout oncologiques.
- Oncologie : Protocoles de recherche : gagner en visibilité et augmenter les inclusions, structurer des RCP de recours à l'échelle régionale.
- Recherche en santé mentale : Le CH de l'Estran est engagé comme membre fondateur de la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (Normandie), affirmant ainsi son implication dans le développement de la connaissance et l'évaluation des pratiques.
Il souhaite poursuivre et valoriser des recherches cliniques et expérimentales sur les approches complémentaires dans la prise en charge des personnes en situation de **polyhandicap**, **des patients cérébrolésés**, **des usagers relevant de l'amendement Creton**, pour qui les réponses institutionnelles doivent être repensées en lien avec les spécificités de l'âge adulte.



**Renforcer et développer
les coopérations externes**

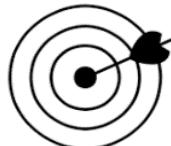
7

6.7. Renforcer et développer les coopérations externes.

Problématique :

- Image déformée et souvent négative des établissements du GHT auprès des acteurs de ville
- Positionnement insuffisamment fort face à la concurrence
- Etre proactif sur les projets collaboratifs, notamment autour des parcours de santé

Cible stratégique :



Améliorer la représentation du GHT dans les instances territoriales.
Promouvoir l'investissement des médecins spécialistes aux parcours de maladies chroniques, via les formations et informations, via le pilotage de tel ou tel parcours

Axes de travail du GHT :

- Améliorer la représentation et la participation du GHT aux instances territoriales (CTEL, CPTS, DAC, GCSMS, CLS)
- S'assurer de la participation active du GHT aux réflexions régionales ou locales qui le concerne, identifier un référent, organiser le partage des informations et la communication externe.
- Mettre en place et être le **porteur de la Responsabilité Populationnelle avec la méthodologie de la FHF** pour le parcours insuffisance cardiaque, en collaboration avec les autres acteurs du territoire impliqués sur ce parcours.
- S'inspirer d'actions mises en place dans d'autres établissements (benchmarking, retours d'expérience).
- Prendre soin des partenariats en place avec nos partenaires privilégiés : l'AUB Santé, le CRRF Normandy,
- Veiller à la mise en place de coopérations gagnant-gagnant et à la bonne exécution des conventions de partenariats.
- Communiquer et mettre en avant les partenariats gagnants et les réussites collectives.
- Poursuivre et renforcer le partenariat étroit et structurant qui existe entre le CH Estran et la Fondation Bon Sauveur de la Manche, appuyé par des conventions de coopération et des appels à projets communs. Ce partenariat permet déjà notamment :
 - La mise à disposition de **lits d'hospitalisation complète pour adolescents** à Saint-Lô,
 - Le renforcement coordonné des **équipes mobiles adolescents à l'échelle départementale**, assurant une meilleure cohérence et complémentarité de l'offre sur le territoire,
 - Des **appels à projets communs** et une collaboration active autour des **systèmes d'information**.
- Poursuivre les engagements et les collaborations portées par le CH de l'Estran :
 - Membre du GCSMS qui porte la Maison des Adolescents de la Manche (MADO), aux côtés de la Fondation Bon Sauveur et des PEP50, le CH de l'Estran a un rôle actif dans la gouvernance autour d'une prise en charge globale, intégrant les problématiques liées au handicap chez les adolescents.
 - Membre central de la Communauté 360 Manche depuis octobre 2022, avec une implication soutenue dans les instances de coordination, tant sur les volets enfance qu'âge adulte, le CH de l'Estran contribue à l'amélioration des réponses territoriales aux besoins complexes.
 - Le CH de l'Estran participe au **groupe régional "Handicap"** de la **FHF Normandie**, favorisant le partage d'expériences et la co-construction de solutions innovantes à l'échelle régionale.
 - Le CH de l'Estran est engagé dans les instances de **gouvernance départementales et régionales** : présence au sein du **Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie (CDCA)** via une représentante dédiée au secteur handicap, ainsi qu'au sein de la **Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA)** Normandie, dans le collège des gestionnaires d'établissements médico-sociaux, avec participation aux commissions médico-sociales et droits des usagers.



Partie 7

L'EFFICIENCE AU SERVICE DES PARCOURS



Optimiser l'utilisation du capacitaire DIRCO

1

7. L'EFFICIENCE AU SERVICE DES PARCOURS DE SOINS.

7.1. Optimiser l'utilisation du capacitaire DIRCO.

La problématique :

- Capacitaire actuel sous utilisé faute de médecins en nombre suffisants ou faute de vision globale des possibilités d'adressage et des compétences/solutions présentes au sein du GHT
- Capacités de certains services en deçà des besoins, avec des débordements subis par les autres spécialités
- Des IPDMS parfois hors normes.
- Des goulets d'étranglement au niveau des ressources support (bloc, transversaux, imagerie...) ou transversales.
- Des locaux inadaptés ou à reconfigurer pour faciliter les organisations.

La cible stratégique :



Piloter les DMS et les taux d'occupation au niveau stratégique.

Optimiser l'usage du capacitaire existant.

Eviter les fermetures de lits.

Ajuster les ressources à tous les niveaux de la chaîne de soins.

Adapter les réponses bâimentaires à l'activité.

Les axes de travail du GHT :

7.1.1. Favoriser l'utilisation du capacitaire existant de toute la direction commune.

Les rencontres médicales au sein des établissements du GHT, les rencontres des acteurs de la santé sur le territoire (usagers, professionnels de santé, élus, DAC), l'observation des besoins en santé de notre territoire (marqués par des populations en fragilité du fait de leur âge, leur handicap, leur précarité ou leur positionnement géographique), souvent sans solution en raison d'une offre de soins insuffisante, nous imposent de proposer, sur le périmètre des établissements publics en santé, une offre de proximité (notamment concernant l'hospitalisation) tout en permettant une entièreté de la réponse en soins via le maillage territorial et extra-territorial.

Concernant les services de médecine de la Direction commune, il s'agit de :

- **Communiquer sur l'offre de soin en SNP et SP**, en hospitalisation complète ou partielle
- **Développer et promouvoir l'activité en HDJ** attenante aux services de MCO (parcours gériatrie, transfusions, traitements en proximité).
- **Soutenir la permanence des soins** sur les sites de SHH et Villedieu en favorisant les consultations avancées, les avis spécialisés pour ces services, en développant la télé-expertise
- **Pérenniser les ressources humaines médicales** et améliorer l'attractivité de ces sites de proximité en favorisant les avis spécialisés et notamment gériatriques, la formation des médecins polyvalents à la gériatrie ou à des pathologies très fréquentes : insuffisance cardiaque, hémato-oncologie, en développant des collaborations fortes entre les équipes médicales
- **Permettre le développement de l'hémato-oncologie** de premier recours sur le site de Granville, en proximité du service de chimiothérapie
- **Guider l'orientation des patients du SNP** avec le soutien de la cellule de gestion des parcours.
- Collaborer avec les médecins libéraux et les équipes territoriales pour l'adressage en hospitalisation programmée en proximité
- **Privilégier les prises en charge du 2^{ème} recours plus spécialisées sur le site d'Avranches** (y compris les prises en charge gériatriques les plus complexes en CSG à Avranches et Granville) et les prises en charge d'hospitalisation en 1^{er} recours, en proximité.
- **Faciliter sur chaque site, l'accès aux ressources nécessaires** pour des prises en charge de médecine polyvalente et de gériatrie (et notamment ressources soignantes type kinésithérapeutes, diététiciennes, assistantes sociales).
- **Faciliter les coordinations médecine/SMR** en proximité vers les services de SMR polyvalents.

Concernant les services de SMR, il s'agit de :

- **Maintenir au maximum les prises en charge de proximité**, notamment via les hospitalisations programmées avec les MG ou les services de médecine attenants.
- **Soutenir cette activité de proximité**, notamment pour les prises en charge palliatives, au sein des LISP de Villedieu, Mortain et Saint-James, en accentuant le travail de maillage territorial avec les acteurs de cette spécialité (Equipe mobile territoriale, HAD, USP). Travailler l'adressage auprès des EHPAD notamment.
- **Soutenir ces activités de proximité en rééducation**, y compris pour des parcours chirurgicaux ou médicaux avec le soutien des spécialistes et notamment gériatriques (Consultations avancées, staffs, télé expertise). Utiliser les SMR polyvalents en proximité après les bilans d'évaluation réalisés en HDJ type bilans de chute, bilan de troubles cognitifs pour mettre en place des prises en charge rééducatives adaptées et ciblées.
- **Cibler les prises en charge gériatriques complexes à Granville**.
- **Développer le SMR partiel à Granville** pour la gériatrie afin de répondre aux exigences ARS (autorisations). Développer le SMR partiel polyvalent (ré-autonomisation et rééducation sur des parcours chute ou troubles cognitifs du sujet âgé), sur au moins un des sites au sein de la Direction commune, ou faire une convention avec le CRRF dans ce sens.
- **A Villedieu, à côté des prises en charge de proximité, développer des prises en charge autour de la nutrition et notamment les troubles du comportement alimentaires** à partir de 18 ans, grâce aux collaborations avec les services de pédiatrie et de psychiatrie.
- **A Mortain, des prises en charge ne nécessitant pas de plateau technique** : privilégier la ré-autonomisation physique et les prises en charge plus sociales.

7.1.2. Eviter les fermetures de lits.

Actuellement, les fermetures de lits sont principalement liées aux difficultés de recrutements médicaux. Les fermetures de lits pénalisent la population car les patients sont forcément moins nombreux à pouvoir bénéficier de soins. Par ailleurs, outre les dysfonctionnements dans les parcours de soins et les organisations de services qu'engendrent les fermetures de lits, les établissements subissent une perte de recettes. Or nous voulons développer notre réponse et notre activité dans des conditions médico-économiques pérennes.

Nous devons donc pouvoir :

- Recruter des médecins en renforçant notre attractivité.
- Optimiser les absences, notamment les congés médicaux, pour minimiser l'impact sur les capacitaires. La CACNP constitue l'espace collégial de régulation.
- Au minimum, il faut renforcer notre stratégie d'adaptation de l'organisation des services pour développer notre capacité à récupérer des heures ou à redéployer les paramédicaux en cas de fermetures ponctuelles de lits, dans le respect des professionnels concernés.
- Adopter résolument les bonnes pratiques en matière de GRH médicales en lissant les présences et en anticipant les absences des praticiens de sorte à tendre à une activité stable et prévisible en volume.
- Avec le soutien de l'ARS, et en lien avec le Schéma Directeur Immobilier, il nous faut actualiser les maquettes médicales à la hauteur des nouvelles cibles capacitaires, et mettre en œuvre rapidement des plans de recrutement adaptés aux besoins, et des démarches efficaces en collaboration avec le corps médical.
- Il nous faut donc surveiller activement les IPDMS des services et engager rapidement un dialogue de gestion avec les équipes qui seraient en difficulté pour respecter les standards nationaux, en accompagnant les réflexions sur les organisations médicales et paramédicales.

7.1.3. Adapter les capacités des services médico-techniques et transversaux.

➤ Adapter la capacité du bloc opératoire.

Nous sommes actuellement particulièrement contraints par la taille des salles qui ne correspondent pas aux normes ANAP. La création de la 6^{ème} salle et le redimensionnement de l'une d'entre elles nous permettront de répondre aux exigences attendues selon les standards actuels.

A noter que les taux d'occupation des salles de bloc sont proches de 80%. Sans salle supplémentaire il est très difficile de développer notre activité chirurgicale.

Par ailleurs, les services de chirurgie tels qu'ils sont conçus actuellement ne nous permettent pas de développer nos activités comme nous le souhaitons.

L'association actuelle entre l'orthopédie et le viscéral pose de réelles contraintes car aucune des deux disciplines ne peut augmenter son activité. L'association de l'urologie avec un service de MPU pourra nous permettre de réaliser plus d'activité programmée rentable pour l'établissement.

Les projets portés par les chirurgiens digestifs et urologiques doivent être accompagnés. Seule l'augmentation du capacitaire au bloc opératoire leur permettra d'atteindre des objectifs suffisamment ambitieux.

➤ Veiller au juste dimensionnement des ressources supports pour fluidifier les séjours et optimiser les recettes.

Les services médico-techniques ou transversaux ont en commun des positionnements de prestataires-experts et une même mission, celle de participer aux soins et apporter la meilleure aide possible à la prise en charge du patient, dans les meilleurs délais, au moindre coût et ils ont parfois des logiques d'organisation proches. Ils portent donc finalement des enjeux identiques avec des métiers différents.

La prise en soins des patients implique l'intervention de nombreux professionnels tout au long de la chaîne de soins.

La décorrélation entre les ressources médicales, ressources paramédicales et ressources support (médico-techniques et transversales) crée des dysfonctionnements dans la chaîne de soins et génère l'allongement des DMS et des surcoûts. Une corrélation entre le volume d'activité (consultations et séjours) et les ressources disponibles qu'elles soient médicales, paramédicales, médico-techniques, transversales ou autres devrait permettre de réduire les DMS tout en proposant des prises en soins de qualité.

Les cibles capacitaire définies par la stratégie du GHT emportent logiquement une adaptation des capacités des services médico-techniques, transversaux, techniques ou administratifs qui ne se traduisent pas en lits mais en équipements lourds et/ou en heures de ressources disponibles pour assurer les analyses, diagnostics, accompagnements nécessaires aux soins et à la prise en charge des patients dans des délais acceptables.

Pour que les IPDMS des services soient conformes aux standards nationaux, il faut que ces services médico-techniques ou ressources transversales soient dotés de ressources pérennes calculées de manière cohérente avec les cibles d'activités tout en gardant une part d'adaptabilité aux paramètres liés à l'actualité. Un travail devra être mené en ce sens.

En même temps, les fonctions médico-techniques ont souvent des structures onéreuses qui pèsent sur le bilan médico-économique des unités de soins, il est donc logique que leur efficience soit suivie, pilotée et optimisée. Les cadres responsables de ces services ont besoin de pouvoir disposer des ressources humaines utiles pour répondre à la demande. Cette « consommation » de ressources génère des dépenses mais aussi des recettes d'activité (externe, séjours, blocs, HDJ...) et l'équilibre entre les deux doit être recherché. Pour cela il s'agit d'accompagner les services dans un pilotage optimal.

- **Veiller à un accès équitable et cohérent** pour les services de soins ou d'hébergement aux prestations médico-techniques, transversales et supports au niveau de l'ensemble de la DIRCO : porter attention aux besoins de soutien avec une vision élargie.
- **Développer des outils pour quantifier et valoriser les activités, la charge** et le travail des professionnels médico-techniques et transversaux dont les métiers et les organisations sont moins connues.
- **Porter attention** aux petites équipes dont l'organisation de travail est parfois très complexe et très polyvalente, et les acteurs parfois isolés : transversaux, funérarium, équipes mobiles.

- **Développer la régulation interne des demandes générées par ces services** : quantifier, formater, prioriser, contractualiser sur les délais de réponse attendus par services... Formaliser les processus de sollicitation et de réponse et les points de jonction entre les services de soins et d'hébergement et les services médico-techniques/transversaux.
- **Adopter des pratiques en matière de qualité en lien avec leur positionnement** : développer l'écoute client, la contractualisation et la mesure de la satisfaction interne.

7.1.4. Adapter les réponses bâtimmentaires :

SDI DES HSM

Le Schéma Directeur Immobilier (SDI) des Hôpitaux du Sud-Manche (HSM) s'inscrit dans la **logique de mise en œuvre des Groupements hospitaliers de territoire (G.H.T.)** de la Loi santé du 26/01/2016. Le G.H. Mont Saint-Michel, correspondant au secteur géographique du Sud-Manche, propose le **plateau technique de référence** sur ce territoire.

La validation du schéma directeur immobilier des HSM par l'Agence régionale de santé est l'opportunité d'aligner l'utilisation du capacitaire du site d'Avranches avec les enjeux du nouveau projet régional de santé 2023-2028.

Le SDI des HSM achève et assoit de manière adaptée la restructuration de l'offre entre les sites d'Avranches et de Granville tout en insérant son offre en complémentarité avec les autres établissements du GHT et du territoire. Ainsi, le SDI concourt à la mise en œuvre de la réponse du GHT à l'évolution des besoins en santé sur le territoire en tenant compte de l'offre dans son ensemble.

La rationalisation des activités que le SDI des HSM propose sur chacun des trois sites donne une identité propre et lisible à chaque site, participe ainsi à la qualité des parcours patients, rationalise les ressources et facilite les synergies indispensables.

Le SDI participe concrètement à la mise en œuvre d'une stratégie globale de qualité et de sécurité des soins, d'attractivité et de performance du groupe hospitalier en répondant à 4 objectifs majeurs de transformation :

- **Objectif 1 : Réorganiser les activités médicales et soignantes, sécuriser les soins, améliorer les parcours et la gestion des flux.**
 - Faciliter la cohérence et la synergie des activités médicales sur le site d'Avranches par :
 - Le développement de l'activité chirurgicale : augmentation du capacitaire de chirurgie et construction d'une 6ème salle de bloc opératoire.
 - La constitution d'un plateau ambulatoire à terme : UCAA et HDJ
 - Le reformatage des unités à 30 lits, sans ambulatoire, avec extension possible à 32 lits ponctuellement.
 - L'augmentation du capacitaire de médecine gériatrique
 - L'ouverture d'une unité de médecine post-urgences (MPU).
 - Sécuriser les soins : soins critiques :
L'évolution du besoin en soins critiques (réanimation/USC) selon l'activité prévisionnelle et en conséquence des perspectives épidémiques a été étudiée. Une augmentation du capacitaire en lits de deux lits est possible par restructuration de locaux en proximité immédiate du service existant.
 - Améliorer l'accueil et la gestion des flux aux urgences par la mise en place d'un circuit court et d'un circuit long, d'attente aval pour les patients en sortie de boxes et par l'augmentation du nombre de lits en UHCD.
 - Avoir une logistique adaptée et performante
 - Modernisation des accès et des liaisons
 - Plateau logistique en sous-sol des urgences et reliée au PMT.
 - Regrouper les administrations et améliorer les conditions de travail des professionnels des directions fonctionnelles.
 - Valoriser le site de Granville pour le recrutement et l'aval de la prise en charge aigüe, consolider une

filière gériatrique sur le territoire et mettre en œuvre la réorganisation territoriale des SMR en lien avec le GHT : création du CSG.

- Faciliter la gradation des soins en lien avec la fusion avec Villedieu : Depuis début 2022, 5 lits de médecine sont effectifs sur le site de Villedieu (dont 4 lits de soins palliatifs) et 18 lits de SMR. A l'issue des travaux de restructuration, 10 lits de médecine (y compris soins palliatifs) et 20 lits de SMR coexisteront. Les opérations de travaux consistent également en la réorganisation des unités d'EHPAD.

➤ **Objectif 2 : Sécuriser l'établissement quant au risque inondation et à la sûreté globale.**

- Avranches : Mise en œuvre d'une noue face au risque de crue du ruisseau de la Pivette (suppression pavillon F et bungalows).
- Villedieu : face au risque d'inondation de la Sienne
- Plan PSE ; sécurisation des accès face au risque d'intrusion/malveillance : poursuite de la démarche en lien avec le CH Estran ?

➤ **Objectif 3 : Rénover les locaux pour améliorer l'accessibilité notamment des personnes porteuses de handicaps et l'attractivité de l'accueil et de l'hôtellerie.**

- Améliorer le ratio chambres doubles vs chambres simples
- Améliorer l'accessibilité aux personnes porteuses de handicaps :
- De nombreuses actions d'amélioration ont été réalisées au fil des travaux sur les sites d'Avranches et de Granville en suite des diagnostics accessibilité réalisés. D'importantes actions demeurent nécessaires notamment concernant les accès extérieurs et la signalétique générale, en y intégrant des actions favorisant la prise en charge de toute personne, quel que soit son handicap (cf. plan guide, mission urbanisme hospitalier). A Villedieu : les suites de l'audit restent à mettre en œuvre, certains points ayant pu être intégrés dans le projet immobilier en cours.

➤ **Objectif 4 : Améliorer la performance énergétique des locaux et les conditions de gestion du patrimoine.**

Toujours en totale adéquation le PRS, le SDI a pour ambition de traiter la question de la transition écologique notamment par le traitement de la performance énergétique des bâtiments de manière à diminuer les consommations ou encore à porter de nouveaux projets comme l'utilisation d'énergies renouvelables. Ainsi, de nombreuses actions qui ont d'ores et déjà été mises en œuvre ou sont programmées, peuvent être citées :

- l'isolation des combles, planchers haut et bas ainsi que le calorifugeage des réseaux et de points singuliers,
- le remplacement de menuiseries,
- la réduction de nuit des consignes de ventilation et chauffage,
- la suppression de chaudières et mise en place d'une sous-station,
- l'isolation thermique extérieure des bâtiments les plus énergivores,
- etc.

Les Hôpitaux du Sud-Manche ont également investi dans une solution de gestion technique centralisée (GTC). Ils travaillent au développement de l'utilisation d'énergies renouvelables (projet d'ombrlières photovoltaïques sur parking prévu pour le site de Granville en 2026, projet de raccordement à une chaufferie biomasse sur Granville etc.)

En termes de réalisations, trois grandes phases de travaux principaux sont à distinguer :

1. Les travaux prioritaires validés dans le cadre du Ségur de la Santé
2. Des travaux prioritaires pour l'établissement mais hors périmètre Ségur
3. Des travaux potentiels à prévoir ultérieurement (conditionnés aux finances de l'établissement)

Phase	Opération	Site	Bât.	N	Avancement
1	PHASE PRIORITAIRE SEGUR				
	Restructuration du site de Granville				
	. Crédation du CSG & UCC	GRV	MONOD	1	FAIT
	. Aménagement du SMR	GRV	MONOD	2	FAIT
	Extension / Restructuration du plateau technique d'Avranches				
	. Bâtiment ADMINISTRATION				2026
	. Extension / Restructuration des URGENCES	AVR	PMT		2027-2028
	. Extension / Restructuration bât D pour hébergement (3 unités de 30 lits)	AVR	PMT		2027-2028
	. Restructuration BOP (création 6ème salle + SSPI & locaux supports)				2029
2	Restructuration du site de Villedieu				
	Extension et restructuration de locaux existants	VILL			2025-2026
2	PHASE PRIORITAIRE HORS SEGUR				
	. IRM Granville	GRV	Monod	RDC	FAIT
	. Médecine nucléaire	AVR	Med Nucléaire	RDC	2025-2026
	. Extension FUNERARIUM (salle de prélèvement tous tissus)	AVR	FUN	RDC	FAIT
	. Extension HAD	AVR	HAD	RDC	2027
			MONOD / AB / internat		
	. ITE et étanchéité (Intrating)	AVR / GRV			2026-2027
	. Crédation de la noue (yc démolition préfa admin + PAV)	AVR			2031
	. Schéma urbanisation	AVR			2026-2031
	. Extension capacitaire lits de soins critiques	AVR	PMT	2	à déterminer
3	PHASE ULTERIEURE				
	. Transformation chapelle	AVR	CHAP	RDC	NC
	. Restructuration 3ème étage MONOD (MED3 +USP)	GRV	MONOD	3	NC
	. Restructuration plateau de consultation gynécologie	AVR	PMT	1	NC
	. PUI de territoire + magasin central en lien direct avec logistique du site	AVR		RDC	NC

Projet immobilier au CH de Saint HILAIRE du Harcouët :

Projet immobilier au CH de MORTAIN :

Le site des Douëts sera bientôt inexploitable pour des raisons de sécurité, un enjeu fort de pérennité de la capacité d'accueil en EHAPD existe pour le GHT sur le site de Mortain, un projet réaliste a été présenté à l'ARS en Juin 2025 pour construire une structure adaptée aux besoins et aux contraintes.

Projet immobilier au CH de ST JAMES :

Il s'agit de reconstruire 80 places pour la MAS de St James.

Avancement : Les travaux ont débuté le 17 février 2025, avec la pose de la première pierre le 25/04/2025. Les travaux au niveau du Foyer Occupationnel ne sont pas portés par l'établissement.

Pour la DIRCO : cf annexe 2 « Synthèse du capacitaire cible DIRCO ».

SDI du CH de l'ESTRAN : cf chapitre 5.8.4.



**Soutenir l'activité des services
de soins et d'hébergement**

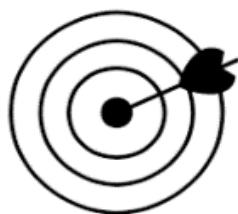
2

7.2. Soutenir l'activité des services de soins et d'hébergement

La problématique :

- Difficultés à maintenir la permanence des soins et la continuité des soins : Pénurie médicale, attente des professionnels médicaux, règles du jeu en matière de PDS défavorables au GHT.
- Instabilité des activités soignantes en lien avec les difficultés de recrutement de soignants et des décisions institutionnelles dont les impacts ne sont pas maîtrisés
- Nécessité des soignants de se recentrer sur le soin : besoin de formation, d'outillage et d'accompagnement par les services « experts » avec des solutions efficientes qui facilitent vraiment leur quotidien.
- L'offre du GHT et le travail des professionnels mérite d'être encore mieux connus et valorisés.

Les cibles stratégiques du GHT :



Favoriser la stabilité et la fiabilité des organisations de soins.
Favoriser la QVT et développer notre attractivité, fidéliser.
Accompagner et soutenir les professionnels de santé par la formation, les méthodes, les outils.
Disposer d'un SIH, de locaux, de matériels adaptés et facilitants.
Connaître et faire connaître notre offre et la qualité de nos prises en charge.

Les axes de travail du GHT :

7.2.1. Garantir la permanence des soins et la continuité des soins.

En contexte de pénurie médicale, de restrictions budgétaires et face à des professionnels qui veulent plus de qualité de vie au travail, les établissements se retrouvent en concurrence tout en devant coopérer pour garantir la permanence des soins sur le territoire et la continuité des soins au sein de leurs services. Des coopérations doivent être recherchées et les modalités actuelles doivent être améliorées pour les praticiens du GHT afin que les conditions d'exercice soient plus facilement soutenables.

➤ Se positionner sur le territoire.

La réponse aux besoins de soins urgents sur le temps de la permanence des soins peut justifier l'organisation de lignes de PDSES supplémentaires par territoire dans des spécialités pour lesquelles la PDSES n'est pas réglementée. Les activités pour lesquelles la permanence des soins n'est pas réglementée mais qui sont inscrites au schéma régional de PDSE sont :

- la chirurgie viscérale et digestive avec les endoscopies digestives,
- la chirurgie orthopédique, urologique, vasculaire, thoracique, ORL, ophtalmologique, maxillo-faciale, pédiatrique et la chirurgie de la main,
- les fonctions médico-techniques : l'imagerie diagnostique et l'anatomopathologie.

Le schéma cible définit la nature et le nombre de lignes de permanence des soins par territoire d'implantation. Pour les activités réglementées liées à une autorisation d'activité de soins, le schéma-cible précise le nom des établissements de santé pour répondre à la réglementation des autorisations.

Pour les activités non réglementées, le schéma-cible fixe un nombre de lignes de permanence des soins par zone d'implantation en précisant la modalité de la permanence : garde ou astreinte.

Suite à la publication du PRS en Novembre 2023, une mise à jour des modalités de PDS non réglementées a été soumise à la concertation en Mars 2025. Suite aux échanges sur le territoire, les 3 GHT ont fait une contre-proposition commune en Avril à laquelle l'ARS a répondu en Aout 2025.

Il s'agit à ce stade de se positionner pour participer à la prise en charge de ces lignes de garde ou d'astreinte.

L'appel à candidatures est ouvert du 01/08 au 15/10/2025 pour une mise en œuvre au 01/01/2026.

Les orientations prises par notre GHT auront des conséquences importantes sur la charge en soins pour nos praticiens, au moment où parallèlement ils manifestent le souhait d'une amélioration de leurs conditions d'exercice. Par ailleurs, nos établissements pourront bénéficier d'un financement pour les lignes assurées relevant de la PDS non réglementée. L'intérêt du GHT est de faire couvrir les besoins constatés par une

ligne financée, en prenant en compte l'impact sur la nécessité d'assurer la continuité des soins dans nos services.

➤ **AdAPTER LES RÈGLES DE MISE EN ŒUVRE LOCALES AU SEIN DU GHT**

Afin d'être attractifs tout en garantissant la continuité et la permanence des soins, il s'agit d'améliorer la Qualité de Vie au Travail pour le corps médical notamment en termes de modalités de permanence des soins. La permanence des soins représente des contraintes fortes pour les praticiens ainsi qu'une part importante de leur temps.

Suite à la concertation médicale menée en entre Janvier et Mai 2025 au sein de la direction commune, les évolutions envisagées en matière de PDS locale sont :

- L'amélioration de la prise en compte de la charge de travail pendant les **astreintes de médecine générale** le dimanche et les jours fériés (en journée). Une concertation a eu lieu et la COPS a validé de nouvelles modalités :
 - Astreinte toute la journée à Avranches
 - Garde le matin et astreinte l'après-midi à Granville.
- L'allègement de la charge de travail des chirurgiens d'astreinte par la mise en place d'une première ligne de garde assurée par les internes pour la chirurgie dès que l'effectif d'internes le permettra. La COPS a refusé la généralisation du principe à ce stade, faute d'un nombre d'internes suffisant, mais des solutions peuvent être mises en place localement, dans le service, si les compétences et les statuts le permettent (ex : Urologie). L'évolution du nombre d'internes permettra de réétudier le sujet ultérieurement.
- Pour les sites de Villedieu, Mortain, Saint-Hilaire, Saint-James la piste d'une mutualisation entre les médecins de l'EHPAD et du SMR du site a été étudiée. A ce stade, les effectifs présents sur ces sites rendent cette mise en œuvre compliquée.

➤ **Mettre en œuvre les nouvelles modalités de rémunération des astreintes.**

Par arrêté du 08/07/2025, la réglementation prévoit de faire évoluer l'indemnisation des astreintes à compter de Novembre 2025 sur la base d'un système forfaitaire, ce qui en simplifie la compréhension et la gestion.

Le montant est cadré par une borne minimum et maximum, et par des règles d'application :

- 40% du nombre de total de lignes seulement peuvent avoir le même montant,
- 4 critères de hiérarchisation et de répartition des lignes au sein des forfaits : intensité moyenne de l'activité pendant l'astreinte, la fréquence des déplacements, la réalisation d'actes de télé-médecine, l'activité de recours territorial ou régional de l'établissement.

La possibilité de récupérer les temps d'astreinte est maintenue et se décomptera désormais en nombre de demi-journées de récupération, au regard d'une hiérarchisation à préciser en COPS. Une note du 28/07/2025 rédigée par la FHF explique les intentions réglementaires.

7.2.2. Promouvoir un projet social favorisant l'attractivité de nos établissements et la qualité de vie au travail de nos professionnels.

La qualité des soins et de l'accompagnement que nous prodiguons à nos patients et nos résidents dépend en grande partie de la qualité de vie au travail, de la motivation et de l'engagement de nos professionnels. Dans un contexte social et économique marqué par de profonds changements, le secteur hospitalier se doit de réinterroger ses organisations et son fonctionnement et d'adapter son management.

Les enjeux de ces changements sont multiples :

- Durabilité de nos organisations et de nos modes de management,
- Partage du sens que l'on met dans nos missions et nos actions,
- Capacité à favoriser la participation de nos professionnels,
- Agilité de l'accompagnement de parcours professionnels qui s'avèrent moins linéaires,
- Qualité de vie au travail, et particulièrement au sein des équipes,
- Fluidité des relations interpersonnelles et du travail d'équipe,
- Meilleure articulation entre vie professionnelle et vie privée...

Afin de répondre à ces enjeux, notre projet social s'exprime au travers des objectifs suivants :

- Des ressources humaines au service d'une population, d'un projet, et qu'une qualité de service,
- Une priorité donnée à l'attractivité de l'établissement et à la fidélisation de nos professionnels,
- Un engagement constant en faveur de la qualité de vie au travail de nos professionnels,
- Un management humain, prenant en considération les équipes et l'individu,
- Un accompagnement soutenu de nos managers médicaux et non médicaux.
- Une gestion réaliste des ressources humaines au regard de nos capacités financières.

➤ Axe n°1 : Soutenir l'attractivité de l'établissement et la fidélisation de nos professionnels

Dans un contexte post-COVID19, marqué par de profonds changements sociaux et de lourdes difficultés de recrutement et de fidélisation, les hôpitaux de la direction commune se sont déjà largement engagés dans une politique d'attractivité et de fidélisation de leurs professionnels.

Cette orientation stratégique, existentielle pour nos hôpitaux, doit impérativement être poursuivie au regard de la fragilité des recrutements. Elle doit nous permettre de maintenir nos activités et donc la prise en soin des patients du territoire ainsi que l'accompagnement des résidents accueillis.

- **Objectif n°1 : Développer notre image de marque employeur**

- Partager le sens que l'on met à notre action en communiquant sur les valeurs hospitalières, et nos missions,
- Développer des initiatives sociales en faveur de l'accès au logement et de la garde d'enfants,
- Améliorer notre communication interne et externe,
- Rédiger une charte de l'attractivité médicale départementale,
- Favoriser la créativité et les innovations.

- **Objectif n°2 : Améliorer nos processus de recrutement :**

- Définir une "Charte du recrutement" pour le personnel médical,
- Rédiger une procédure de recrutement du personnel non médical,
- Anticiper les recrutements médicaux en titulaires, docteur junior ou internes en lien avec la commission de recrutement médical,
- Renforcer les liens avec l'agence départementale Attitude Manche pour offrir des solutions d'accueil et d'installation des nouveaux arrivants,
- Développer, renforcer la collaboration avec les CHU pour attirer les jeunes professionnels (internes, externes, assistants spécialistes régionaux...).

- **Objectif n°3 : Améliorer l'accueil et l'intégration des nouveaux arrivants :**

- Améliorer les formalités d'accueil et d'intégration des nouveaux agents,
- Développer la qualité de l'accueil et de l'accompagnement des stagiaires,
- Renforcer la qualité de l'accueil et de l'intégration des internes,
- Renforcer la qualité de l'accueil et de l'intégration des PADHUE.

➤ Axe n°2 : Conforter les conditions de travail et la qualité de vie au travail.

Les conditions de travail et la qualité de vie au travail de nos professionnels sont des facteurs essentiels contribuant à la qualité de la prise en charge de nos patients et de nos résidents. Aussi, nous nous engageons à agir pour améliorer en continu nos organisations de travail et la qualité de vie au travail, en s'appuyant sur des diagnostics partagés et en favorisant la participation directe ou indirecte des professionnels.

- **Objectif n°1 : Accentuer les actions de prévention des risques professionnels majeurs**

- Prévenir les troubles musculo-squelettiques,
- Prévenir les risques psycho-sociaux.

- **Objectif n°2 : Améliorer la QVT en lien avec l'organisation du travail**

- Faciliter l'évolution des modalités d'exercice médical
- Faciliter le repositionnement des médecins spécialistes (PDS, maquettes plus précises, IPA)
- Faciliter les modes alternatifs d'exercice médical : exercice mixte, exercice coordonné, temps partagés bi-sites ou avec le CHU.
- Limiter et/ou lisser la charge en soin,
- Améliorer les dispositifs de remplacements.
- Réinterroger l'organisation des alternances jours/nuits,

- **Objectif n°3 : Protéger les professionnels des actes de violences à leur encontre**
 - Renforcer les dispositifs de prévention, d'alerte et de signalement des violences en direction des professionnels.
- **Objectif n°4 : Développer les modalités de reconnaissance travail (de la part des usagers, des pairs et des managers)**
- **Objectif n°5 : Promouvoir des actions de santé publique et de bien-être en direction des agents**
 - Améliorer la prise en charge des soins des professionnels,
 - Déployer des actions de prévention en direction des agents.

➤ **Axe n°3 : Accompagner les parcours des professionnels au sein d'organisations en mutation.**

Face aux évolutions constantes de nos établissements, il est crucial d'accompagner nos agents dans leurs parcours professionnels. Force est de constater que ces parcours professionnels apparaissent marqués par davantage de ruptures et d'évolutions choisies ou subies.

L'accompagnement des agents se présente donc comme un enjeu majeur des services de ressources humaines, permettant d'une part la disponibilité des effectifs et des compétences nécessaires à l'évolution des activités, et d'autre part, l'adaptation des agents aux changements.

Cette orientation stratégique se traduit au niveau individuel par un accompagnement des agents dans leur carrière, leur parcours professionnel et dans le soutien de leurs compétences. A un niveau collectif, elle implique un soutien à l'amélioration des organisations de travail.

- **Objectif n°1 : Accompagner les agents dans leur carrière et leur parcours professionnel**
 - Faciliter la compréhension de la carrière,
 - Clarifier notre politique de mobilité interne,
 - Dynamiser notre politique en direction des personnes en situation de handicap,
 - Soutenir le maintien dans l'emploi,
 - Eviter les ruptures de formation et abandons,
 - Améliorer la gestion des secondes parties de carrière,
 - Mieux anticiper les départs et faciliter la transmission des savoirs expérientiels.
- **Objectif n°2 : Soutenir le développement des compétences**
 - Favoriser et structurer le développement des compétences,
 - Améliorer l'accès à la formation continue, notamment pour les médecins,
 - Favoriser l'accès aux responsabilités supérieures.
 - Soutenir les nouvelles pratiques et modalités d'apprentissage (RETEX, EPP, APP, simulation, mobilité temporaire, échanges de poste, vis ma vie, e-learning, veille, analyse critique, revues de presse...).
- **Objectif n°3 : Améliorer nos organisations de travail et leur visibilité**
 - Modéliser les organisations de travail médicales
 - Définir des règles de gestion uniformisée pour la gestion du temps de travail du personnel médical (dont plannings et congés)
 - Rédiger des fiches de poste pour le personnel médical,
 - Mieux articuler les organisations médicales et paramédicales
 - Renforcer la transparence des règles de GTT pour le personnel médical
 - Améliorer l'accès aux fiches de postes et fiches de tâches
 - Améliorer la visibilité des plannings et des compteurs horaires

➤ **Axe n°4 : Accompagner les managers dans leurs pratiques professionnelles.**

Les managers, qu'ils soient non médicaux ou médicaux, jouent un rôle central dans le bon fonctionnement de nos établissements. Afin de soutenir leur exercice, nous souhaitons établir une politique managériale institutionnelle claire, accompagner la prise de fonction des nouveaux managers, renforcer leurs compétences, et favoriser une dynamique de management coordonné entre le personnel médical et non médical.

- **Objectif n°1 : Etablir une politique managériale institutionnelle**
- **Objectif n°2 : Accompagner la prise de fonction des nouveaux managers**
 - Mettre en place du tutorat et la montée en compétences des faisant fonction-cadre de santé,
 - Accompagner la prise de fonction des nouveaux chefs de pôle et de service,

- **Objectif n°3 : Renforcer les compétences de l'ensemble des managers**
 - Proposer des formations managériales aux cadres et aux responsables de service,
 - Favoriser les formations en binômes médecin-cadre
 - Développer des offres de co-développement en direction des managers,
 - Améliorer les compétences en gestion de projet.
- **Objectif n°4 : Renforcer les dynamiques de management coordonné entre le personnel médical et non médical**
 - Renforcer les liens entre le personnel médical et la direction,
 - Favoriser la dynamique de management de pôles et de proximité,
 - Identifier des temps dédiés de responsable de service avec les cadres,
 - Organiser un service unique de formation continue.

➤ **Axe n°5 : Développer l'efficience de la gestion des ressources humaines.**

L'optimisation de nos processus de ressources humaines est essentielle pour améliorer la qualité du service offert à nos professionnels et renforcer la performance globale de l'établissement.

Indispensable dans un contexte de pénurie des ressources humaines, son exigence est encore plus impérieuse, alors que la tension financière s'accentue sur les établissements de santé.

Cela implique de structurer nos services de ressources humaines, de moderniser nos méthodes de travail et de pérenniser la mutualisation des pratiques.

- **Objectif n°1 : Structurer la direction des ressources médicales (DRM dirco) pour une amélioration de l'offre du service.**
 - Réduire l'intérim médical afin de participer à la réduction des dépenses attendue par l'ARS,
 - Mettre en place une DRM unique pour la direction commune,
 - Assurer une permanence de gestionnaires multi-sites,
 - Organiser des rencontres individuelles avec les chefs de pôle et de service au moins une fois par an,
 - Poursuivre la dynamique d'harmonisation et de mutualisation des pratiques RH,
 - Améliorer les méthodes de travail en lien avec la gestion budgétaire,
 - Moderniser les pratiques et les outils : formalisation et optimisation des processus, harmonisation, digitalisation.
- **Objectif n°2 : Poursuivre la modernisation des méthodes de travail de la direction des ressources non médicales (DRH)**
 - Améliorer le suivi des effectifs, fournir des tableaux de bord à la DSOS
 - Structurer notre contrôle de gestion sociale,
 - Dématérialiser la paye et les dossiers agents,
 - Renforcer l'informatisation des processus,
 - Procéder à l'ensemble des processus de gestion de paye en prévision de la certification des comptes,
 - Poursuivre la dynamique d'harmonisation et de mutualisation des pratiques RH au sein de la direction commune.

7.2.3. Anticiper la gestion des autorisations :

Une commission de gestion des autorisations a été récemment mise en place et a pour rôle de gérer activement les questions d'autorisations :

- Anticiper les demandes de renouvellement
- Surveiller le respect des seuils d'activité en lien avec le DIM
- Tenir une veille réglementaire sur les questions d'autorisations
- Solliciter et coordonner l'instruction des dossiers d'autorisation en lien avec la DSOS et les chefs de service.

Cf annexe 3 : Tableau des autorisations en cours (source DPPDG, DG).

7.2.4. Communiquer toujours mieux, toujours plus.

Si ces dernières années, des évolutions fortes ont été mises en œuvre (recrutement d'une chargée de communication, refonte de l'internet du GHT, de l'intranet, évolution des supports de communication, intégration des réseaux sociaux...), etc...les acteurs du territoire estiment que la communication externe des hôpitaux du GHT doit encore être améliorée.

Ainsi, la stratégie de communication du GHT est la suivante :

- **Définir et valoriser l'identité du GHT :**
 - Communiquer sur des valeurs communes partagées du GHT
 - Définir et respecter une charte graphique d'identité visuelle,
 - Enrichir la photothèque,
 - Entretenir la mémoire et l'histoire de nos établissements,
 - Mettre en place un habillage des locaux et une signalétique cohérents avec cette identité.
- **Exister : développer la visibilité du GHT**
 - Développer la communication externe via les réseaux sociaux, un site internet de GHT, les relations presse & medias, l'évènementiel.
- **Séduire les professionnels en tant qu'employeur : Attractivité & fidélisation**
 - Organiser régulièrement des « Jobdatings »
 - Proposer des capsules vidéo métiers & services pour favoriser l'inter-connaissance des services.
 - Animer la vie institutionnelle avec des moments sympathiques : Fête des hôpitaux du Sud Manche.
 - Améliorer l'accueil des nouveaux arrivants.
- **Faire du lien entre la ville et l'hôpital**
 - Faciliter les partenariats et valoriser les partenariats existants
 - Développer les Webinaires et EPU
 - Créer une newsletter à l'attention des professionnels libéraux
 - Participer aux actions des contrats locaux de santé
 - Tenir à jour une base de données (fichier de contacts).
- **Valoriser nos activités en interne et en externe : Afficher une image positive**
 - Démarche Empreinte - développement durable
 - Mettre en valeur les initiatives remarquables et l'engagement collectif
 - Développer des projets participatifs (fresque artistique...)
 - Soutenir les actions caritatives et le mécénat
 - Se doter de goodies et de matériel d'exposition
 - Soutenir les actions de prévention menées par les professionnels du GHT.
- **Informier : Améliorer la communication institutionnelle**
 - Diffuser les informations fonctionnelles
 - Actualiser l'Intranet de nos établissements
 - Développer l'affichage et la signalétique (plans de site...)
 - Communiquer sur les projets et notamment sur la mise en œuvre du projet stratégique
 - Expliquer le fonctionnement des instances, l'organisation de la structure
 - Diffusion en externe de l'offre de soins, les conditions d'accueil et d'hospitalisation
- **Ecouter : être en veille de notre environnement et à l'écoute des acteurs**
 - Développer le recueil des avis des professionnels du GHT, des usagers, des élus, de la population via des enquêtes, sondages, RETEX...
 - Participer aux réunions publiques sur le territoire.
- **Alerter et maîtriser la communication de crise**
 - Informer, rassurer,
 - Délivrer des consignes
 - Former les acteurs à la communication en situation de crise.

7.2.5. Disposer d'un Système d'information facilitant, fiable et sécurisé :

Le système d'information a une place toujours plus importante dans le quotidien des professionnels et doit être facilitant. Les services cliniques et médico-techniques ont exprimé des besoins auxquels les Directions des Systèmes d'Information ont prévu de répondre :

Pour la direction commune :

➤ **Dossier patient :**

- Achever le déploiement de SILLAGE socle et déployer les derniers modules de spécialité (parcours opératoire, programmation hospitalière). La DSI souhaite participer activement au club utilisateur SILLAGE, fédérer les utilisateurs Normands de SILLAGE pour promouvoir les évolutions souhaitées.
- Proposer un soutien pérenne en termes de formation et de support technique : Transformer l'équipe socle du projet, en équipe DPI pour former, faire évoluer le paramétrage, déployer les nouvelles versions, promouvoir les bonnes pratiques d'usage du logiciel au sein de la direction commune.
- Améliorer la gestion des rendez-vous et de la bureautique en lien avec le DPI SILLAGE (évolutions)
- Utiliser une solution de reconnaissance vocale avec fichier son pour développer l'usage.
- Déployer les outils HAD et SSIAD.
- Mettre l'agenda des explorations fonctionnelles en libre accès aux médecins.

➤ **Lien avec la ville :**

- Poursuivre le développement de la télémédecine et de la télé expertise en lien avec la CMG :
 - Nécessité urgente de développer l'usage de la télé expertise comme outil d'interface ville-hôpital.
 - Déployer des outils adaptés de télémédecine (télésurveillance et téléconsultations).
 - Faciliter l'accès aux avis des spécialistes (demandes d'avis) via SILLAGE pour l'ensemble de la DIRCO
- Développer l'usage du DMP à tous les niveaux, en collaboration avec la CPAM, permettre la consultation au DMP depuis le DPI Sillage.
- Donner accès aux résultats d'imagerie et de laboratoire aux médecins de ville.
- Permettre aux MT d'accéder aux résultats labo et imagerie (serveurs).
- Annuaire MS SANTE : améliorer l'usage en accompagnant les utilisateurs et en développant des process pour l'alimentation et la consultation de l'annuaire MSSANTE.

Par ailleurs, la DSI doit faire face à des enjeux techniques complexes et de sécurité très forts :

➤ **Répondre aux obligations réglementaires :**

- Généraliser l'utilisation des fonctions socles du Ségur numérique vague 1 : qualification des INS, utilisation de la MSS, alimentation du DMP.
- Mise en œuvre des échanges directs d'informations et de documents avec le patient via Mon espace santé.
- Développer l'interopérabilité : mise en œuvre du projet « DRIMBOX » relatif à l'imagerie (mise à disposition automatique des images d'un patient sur la requête d'un professionnel de santé autorisé extérieur).
- Mise en œuvre de la Directive NIS2 (cybersécurité) et de sa déclinaison nationale.
- Mise en œuvre du Ségur numérique vague 2.
- Mise en œuvre du programme e-parcours pour la partie établissement : interopérabilité des DPI avec les outils de e-parcours utilisés par les acteurs externes (CPTS, PTA, réseaux ...)

➤ **Poursuivre la démarche de sécurisation du SIH au sein de la direction commune :**

- Achèvement du plan d'action 2022-2025 et élaboration et mise en œuvre d'un nouveau plan avec l'organisme accompagnateur.
- Poursuivre la formation et la sensibilisation des utilisateurs à la cybersécurité.
- Sécurisation des identités des utilisateurs du SIH : utilisation du service « Pro-santé-connect », authentification double facteur.

➤ **Entretenir les Infrastructures, réseaux et logiciels :**

- **Renouveler les infrastructures du SIH des établissements de la direction commune :**
 - Renouveler les réseaux filaires et wifi obsolètes.
 - Changement des serveurs en privilégiant une architecture plus simple, plus exploitable et plus sécurisée.
- **Achever la convergence du SIH au sein de la direction commune :**
 - Convergence de l'infrastructure : AD, serveurs.
 - Convergence du socle applicatif : e-PLANNING, WINREST.

- **Améliorer l'environnement de travail des professionnels de la direction commune :**
Evoluer vers une suite collaborative plus performante et à même d'accueillir les évolutions technologiques à venir : IA, Reconnaissance vocale évoluée, Mobilité, ...
- **Continuer à faire évoluer le SIH dans un contexte de plan de redressement financier et de ressources durablement rares** : Les contraintes de sécurité vont demeurer prégnantes et consommer une part importante des ressources disponibles. Il s'agit donc de :
 - Veiller à la cohérence du SDSI avec le projet médico-soignant de GHT : Prioriser la réalisation des projets en lien avec le COSTRAT et les directoires de la direction commune.
 - Maîtriser l'inflation applicative en évaluant systématiquement la valeur ajoutée et le retour sur investissement de chaque outil : systématiser l'évaluation préalable des coûts et des impacts des projets d'informatisation sur les activités, préparer en amont la mise en œuvre avec les utilisateurs concernés pour éviter les dysfonctionnements.
 - Faire des choix applicatifs et technologiques économes : En termes de ressources d'investissement et de coût récurrent, en termes de ressources humaines pour la DSI.
 - Favoriser la continuité : Poursuivre les transferts de compétence éditeur/DSI lors de chaque déploiement de progiciels ou d'équipements pour éviter les ruptures, proposer des formations qualifiantes aux professionnels de la DSI pour fidéliser les professionnels.

Pour le CH de l'ESTRAN : cf 5.8.5 / SIH



**Développer durablement
nos activités**

3

7.3. Développer durablement nos activités

Problématique

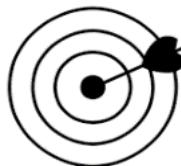
Souhait de simplification, de réactivité et de cohérence en termes de solutions et de décisions apportées aux services par les directions fonctionnelles.

Nécessité de développer la maîtrise de la qualité du service rendu, des délais et des coûts de fonctionnement.

Incompréhensions, difficultés relationnelles, tensions : la transparence et la compréhension des règles de fonctionnement doit être développée.

Les professionnels soignants doivent pouvoir mener des projets et participer à la vie institutionnelle sans délaisser leurs activités de soins.

Cible stratégique



Envisager un avenir durable pour nos activités.
Réduire notre impact environnemental.
Optimiser nos ressources : renforcer l'approche médico-économique.
Faire ensemble pour aller plus loin, pour mieux soigner.

Axes de travail du GHT :

7.3.1. **Un engagement résolu dans une démarche de développement durable.**

Le Groupe hospitalier Mont Saint Michel a marqué sa volonté d'inscrire le développement durable au cœur de son fonctionnement et de ses activités avec une prise en compte des impacts environnementaux, sociaux et économiques.

Les établissements de la direction commune d'une part, et le CH de l'estran d'autre part ont établi chacun une politique de développement durable, par lesquelles ils s'engagent à fédérer l'ensemble des acteurs autour de valeurs et d'actions communes, à améliorer de façon continue les réflexions éthiques dans les prises de décision quotidiennes et assumer ainsi leurs responsabilités vis-à-vis des générations actuelles et futures.

Ils poursuivent 5 axes majeurs :

- **Axe n° 1 : S'adapter aux enjeux de transition écologique et énergétique :** Les établissements du GHT s'engagent à mettre en œuvre un plan de sobriété énergétique durable pour faire face aux enjeux d'approvisionnement en énergie, à l'évolution des prix, à l'épuisement des ressources et aux impératifs de la protection de l'environnement.
- **Axe n° 2 : Eco-concevoir les soins et limiter les impacts négatifs de nos activités hospitalières :** Les établissements du GHT s'engagent à identifier toutes les ressources utilisées pour la réalisation d'un soin, les impacts environnementaux et sanitaires qu'il génère, à analyser et mettre en œuvre toutes les alternatives possibles dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins.
- **Axe n° 3 : Promouvoir les achats responsables / durables :** **Les établissements du GHT s'engagent à** mettre en œuvre une politique d'achats responsables qui place au cœur des achats du groupe hospitalier les enjeux de société actuels en matière de transitions économique, sociale et environnementale. L'élaboration, concomitante au présent projet stratégique, du **schéma de promotion des achats publics socialement et écologiquement responsables (SPASER)** est l'opportunité de donner une traduction concrète de cette politique achat responsable par la définition d'axes stratégiques et d'objectifs associés à des indicateurs pour en mesurer l'effectivité. Cet objectif fait sens avec l'exigence d'efficience économique à moyen et long terme.
- **Axe n° 4 : Prendre soin de la population :** Les établissements du GHT s'engagent à promouvoir le respect des différences, le partage et la coopération afin de créer des synergies entre les différents acteurs de la société. Cela fait sens notamment avec les objectifs stratégiques médicaux posés concernant la précarité et le handicap.

- **Axe n° 5 : Prendre soin des collaborateurs** : Les établissements du GHT s'engagent à mener une politique sociale ambitieuse ayant pour objectif le bien-être au travail et permettant la qualité du travail accompli, ainsi qu'à veiller au respect des droits de l'humain dans toutes ses activités. Dans ce domaine, le GHT anime une politique d'attractivité et de fidélisation structurée (voir le contenu du projet social).

Sur les établissements de la direction commune, la politique de développement durable est animée et suivie par le comité Empreinte à l'aide d'un plan d'action qui répertorie toutes les actions engagées par axe.

7.3.2. Mettre en œuvre une politique achat performante au sein du GHT, autour de 4 axes forts :

- **La Qualité et la Satisfaction interne :**
 - Promouvoir le dialogue entre acheteur et utilisateur final pour répondre au juste besoin
 - Mesurer la satisfaction des utilisateurs finaux et apporter des axes de progrès
- **L'Efficience du processus achat :**
 - Mettre en œuvre les bonnes pratiques d'achats dans le respect de la commande publique.
 - Assurer la sécurisation juridique de nos procédures
 - Professionnaliser les acteurs de l'achat du GHT
 - Développer la connaissance des marchés fournisseurs en favorisant les techniques de sourcing et de benchmark dans le but notamment de promouvoir les offres innovantes des fournisseurs
 - Evaluer les étapes du processus achat
 - Evaluer les fournisseurs dans le cadre de l'exécution de nos marchés publics
- **La Performance économique :**
 - Acheter le meilleur service/produit au meilleur prix : choisir l'offre économiquement la plus avantageuse (coût complet, critères de choix pertinents...)
 - Privilégier le recours à la négociation chaque fois que la règlementation le permet et stimuler la concurrence
 - Harmoniser les pratiques professionnelles et favoriser la massification des achats
 - Piloter et mesurer la performance via un Contrôle de Gestion Achat dédié
 - Structurer un plan d'action d'achats territorial à la hauteur des enjeux économiques
- **L'Achat Responsable (en lien avec l'axe 3 de la politique Développement durable) :**
 - Concilier les exigences de massification / mutualisation des achats et l'accès aux PME et TPE à la commande publique (stratégie d'allotissement)
 - Promouvoir les critères de protection de l'environnement et de santé des personnes dans le processus achat
 - S'assurer que les fournisseurs respectent les dispositions légales et réglementaires du droit du travail
 - Exiger des fournisseurs et de leurs sous-traitants le respect des standards internationaux et notamment la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme
 - Favoriser l'économie circulaire.

7.3.3. Développer l'approche médico-économique dans le cadre du dialogue de gestion :

Avec le soutien de la fonction de contrôle de gestion :

- Développer l'outillage de l'encadrement pour analyser et piloter les activités courantes : en concertation avec les acteurs, poursuivre la mise en place des indicateurs d'activité et d'efficience médico-économique, utiliser ces informations comme base objective et partagée du dialogue de gestion avec les services de soins et d'hébergement.

- Développer l'analyse de gestion des activités courantes par les directions et les pôles : Faciliter le reporting d'activité et consolider l'analyse de gestion en lien avec la direction des finances, le bureau des entrées, le département d'information médicale et les directions ressources humaines.
- Soutenir la mise en œuvre du plan de retour à l'équilibre en priorisant les analyses et les accompagnements.

Avec le soutien du Département Médical d'information de GHT :

- **Optimiser les recettes T2A :**
 - avec le bureau des entrées, optimiser la facturation de l'activité externe et des séjours,
 - avec les services (médicaux, paramédicaux, AMA) : renforcer l'exhaustivité du codage et la qualité des données du dossier patient,
 - avec le service informatique : optimiser l'utilisation du logiciel de codage du DIM (CORA), adapter les logiciels à la sécurisation de la T2A.
- Mettre en place une **sous-commission de la CMG dédiée au dossier patient** au niveau institutionnel et en lien avec tous les professionnels concernés dont le service des archives médicales. Faire de l'optimisation de la lettre de liaison une priorité collective (obligation réglementaire).
- **Intégrer plus avant le DIM aux réflexions stratégiques** : En lien avec la DG, participer aux travaux stratégiques des établissements du GHT.
- **En lien avec la DDPDG**, développer la participation du DIM à l'évaluation médico-économique des projets en participant à l'instruction des fiches projet et développer la collaboration avec le contrôleur de gestion autour des axes d'amélioration des recettes d'activité.
- **Infuser au sein de l'ensemble de la communauté soignante les différentes modalités de prise en charge au sein d'un établissement et leurs modalités de financement.**
- **Avec le service Qualité** : Mettre en place des requêtes automatisées via Sillage Data pour le suivi des indicateurs qualité indispensables : exhaustivité des lettres de liaison, tenue du dossier patient, recueil des indicateurs de la douleur, ...etc.

7.3.4. Développer la maîtrise collective des projets.

Les ressources des services sont prioritairement dédiées à l'activité courante et donc à la réalisation des missions récurrentes. Pour mener des projets qui doivent permettre d'enrichir l'offre du GHT, d'améliorer les pratiques et d'innover, les acteurs sollicitent parfois des ressources supplémentaires alors que le contexte économique est très contraint.

Les projets doivent être anticipés et étudiés avec l'ensemble des professionnels concernés pour que ceux-ci puissent proposer leur expertise, exprimer leurs contraintes et anticiper les impacts et les risques. Ceux-ci doivent faire l'objet d'une validation collective et le processus de gestion de projet institutionnelle a pour objectif de faciliter l'objectivation des paramètres de chaque projet, de faciliter une décision collective de lancement d'un projet, de prioriser les projets le cas échéant.

Il s'agit donc à la fois de soutenir les acteurs dans leurs projets tout en veillant à ce que ces projets soient pertinents et cohérents avec le projet stratégique, médico-économiquement viables, réalisables puis réalisés avec succès.

Avec le soutien de la fonction gestion de projet, il s'agit donc de renforcer notre maîtrise collective :

- Développer la gestion de projet institutionnelle : Renforcer la maîtrise de la charge de travail et des dépenses liées aux projets par le développement de l'usage de la « fiche projet » et le respect du processus de validation.
- Développer la maîtrise des dépenses par la maîtrise des processus de décision collective.
- Consolider l'analyse de la pertinence médico-économique des projets en amont de leur validation.

- Développer les compétences des professionnels en gestion de projet par la formation et l'accompagnement.
- Optimiser les recettes qui peuvent aider à financer les projets : structurer la gestion des appels à projet et accompagner l'instruction des dossiers.
- Renforcer le pilotage stratégique et soutenir la mise en œuvre des objectifs stratégiques via la gestion des portefeuilles de projets, notamment par la priorisation et la planification.

7.3.5. Améliorer les modalités de gouvernance et de coopération.

La refonte du projet stratégique de notre groupe hospitalier rend indispensable de se poser la question des modalités pratiques de gouvernance pour concrétiser la mise en œuvre de ce projet.

Au-delà de cette problématique opérationnelle de portage et de pilotage des objectifs stratégiques, des enjeux de fonctionnement courant relatifs à la vie institutionnelle (coopérations, gouvernance médicale, relations entre représentants médicaux et directions, gouvernance directoriale, fonctionnement des instances...) sont identifiés :

- La nécessité de faire groupe et d'avoir une vision stratégique de GHT pour notre territoire
- La nécessité de cohésion collective autour du projet stratégique
- L'agilité collective au service des parcours et des activités de soins et d'accompagnement
- Le respect de la parole et l'écoute mutuelle entre les professionnels experts chacun dans leur métier pour une collaboration respectueuse et pertinente
- L'efficacité interne avec des modalités de dialogue et de décision claires et efficaces.

Au décours de la démarche d'actualisation de ce projet, il est apparu déterminant et indispensable de mettre en œuvre des espaces et des cadres nouveaux pour faciliter les coopérations au service des enjeux de ce nouveau projet stratégique sans alourdir les modalités actuelles.

Des réflexions sont engagées autour de plusieurs axes :

- **Soutenir les dynamiques inter-établissements au sein du GHT et en premier lieu au sein de la direction commune (parcours, harmonisation, mutualisation) : quels cadres ? quelles modalités ?**

La fédération des urgences du sud-Manche a initié un mouvement : celui de se doter d'une vision globale pour résoudre des problématiques locales. D'autres activités ont besoin du même effort : le médico-social, la médecine et le SMR, les activités médico-techniques, le ville-hôpital.

La CMG soutiendra résolument cette dynamique. Les réflexions devront se poursuivre, les réflexions portées par la FHF pourront sans doute nous éclairer afin de trouver les cadres adaptés à l'élargissement de notre vision et au développement indispensable de cette dynamique.

- **Porter les projets structurants au sein de HSM : ajuster le périmètre des pôles, les rendre plus attractifs.**

La structuration des pôles doit favoriser les synergies entre les services et faciliter le portage des objectifs institutionnels. Par ailleurs, les chefs de pôle volontaires ont parfois démissionné faute de bénéficier de conditions d'exercice satisfaisantes. Les paramètres de l'exercice de chef de pôle doivent être revus pour développer et faciliter la vie polaire.

- **Une simplification administrative souhaitable pour la qualité de vie institutionnelle : quelles solutions ?**

Le dialogue institutionnel a besoin d'espace, de temps et de méthode, il s'agit donc de réunir les conditions pour que ce dialogue soit facilité et que les professionnels qui ont choisi de prendre des responsabilités dans l'institution aient les moyens de mettre en œuvre leur engagement. La démocratie interne doit permettre de prendre des décisions éclairées, concertées dans des délais adaptés, et d'en vérifier la mise en œuvre. C'est le rôle confié aux instances et à ceux qui s'y investissent.

La structure actuelle et sa complexité implique multiplication des instances et redondance des sujets. Un équilibre reste à trouver entre la nécessité de considérer les problématiques locales et la nécessité d'avoir des visions globales et des démarches transversales.

➤ **Des modalités de gouvernance à clarifier pour faciliter la concertation collective et faire ensemble.**

Les modalités de dialogue et les périmètres de chacun doivent être clarifiés, l'enchevêtrement des objectifs et la complexité de la structure génère parfois incompréhensions et malentendus. Les sujets portés sont de plus en plus complexes, larges et nécessitent un dialogue respectueux des rôles de chacun, et efficace pour l'institution.



Partie 8

LA MISE EN OEUVRE DU PROJET STRATEGIQUE

8. LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET STRATEGIQUE

8.1. La dimension économique de ce projet stratégique.

La validation de la pertinence et de la faisabilité globale de ce projet stratégique du GH Mont Saint-Michel tient en la validation par l'Agence régionale de santé de ses principaux éléments de dépenses et de recettes traduit dans les PGFP et les EPRD des établissements.

Les cibles d'activité traduites en cibles RH et en cibles bâimentaires dimensionnent nos activités futures, les cibles d'adaptation, de changement, définissent nos projets qui sont tous orientés vers la réponse la plus efficiente aux besoins et attentes.

Le niveau de confiance et de ressources accordés par l'ARS, la Région et le Département à nos établissements orientera les décisions des directions d'établissements en termes de développement d'activité courante et de projets d'amélioration.

Pour les éléments validés et finançables, la mise en œuvre de ce projet stratégique impliquera :

- d'une part, une **gestion rigoureuse des activités courantes** par la maîtrise des processus opérationnels et de la consommation des ressources dédiées, et par le pilotage d'indicateurs dans le cadre du dialogue de gestion,
- et d'autre part **une gestion rigoureuse des projets** par la maîtrise du processus institutionnel de gestion des projets.

La mise en œuvre de ce projet global devra prioriser, pour les établissements concernés, les actions relevant du plan de retour à l'équilibre et qui permettront de dégager des marges de manœuvre pour pérenniser nos activités courantes et réaliser nos projets par la suite.

D'ores et déjà et pour la durée du présent PMSP, tout nouveau projet, toute nouvelle dépense en ressource paramédicale, médicale ou matérielle doivent être envisagés :

- en réponse à un besoin de santé établi auquel nos établissements ont vocation à répondre (gradation de l'offre telle que décrite et projetée dans le présent projet)
- en respectant l'équilibre financier global des établissements. Une nouvelle dépense n'est possible que sous garantie et constat des recettes correspondantes ou par suppression d'une autre dépense.

Cela ne peut être réalisé que dans la maîtrise du processus de gestion de projet institutionnel, comme élaboration collective, avec anticipation, évaluation et engagement réciproque.

Chaque projet inscrit au projet stratégique fera l'objet d'une validation unitaire par la direction d'établissement, sur la base des fiches projets, pour évaluer précisément A PRIORI la valeur ajoutée médico-économique, mais aussi, les dépenses, les coûts, les impacts et valider les modalités de réalisation : qualité attendue, budget, délais.

Cette nécessité n'est pas seulement qu'un impératif de survie financière de nos établissements, mais c'est aussi et surtout une question d'efficience globale du soin à l'hôpital.

8.2. La mise en œuvre : délégation aux acteurs.

Un projet a besoin d'être porté, soutenu, animé, incarné. Au niveau du GHT, la dynamique entre les directions d'établissements et la Présidence de CMG sera cruciale pour porter ce projet et soutenir les acteurs. La Commission Médicale de Groupement doit être un lieu de concertation, de suivi, de bilan et de questionnement autour de ce projet stratégique. C'est le bon lieu pour mener la stratégie du groupe hospitalier.

La qualité des relations et la dynamique entre les présidences de CME et les Directions des soins respectives de la DIRCO et du CH Estran au sein du GHT seront aussi déterminantes, de même au sein des pôles et des directions.

Ce projet nous engage tous, chacun doit prendre part à sa réalisation dans le périmètre de ses responsabilités et conformément au cadre donné.

Ce projet structurant constitue une opportunité majeure pour renforcer la dynamique de groupe au sein du GHT au service du parcours des usagers. Sa réussite repose sur l'engagement actif de l'ensemble des acteurs concernés, chacun à son niveau de responsabilité. Il est essentiel que tous s'approprient les objectifs

fixés, contribuent à leur mise en œuvre opérationnelle et participent à la coordination des actions dans un esprit de coopération.

En valorisant les expertises et les synergies entre les équipes, ce projet permettra non seulement de répondre aux enjeux stratégiques du groupement, mais aussi d'installer une culture commune de pilotage, d'innovation et de performance au service des usagers. La mobilisation de tous est donc un levier clé pour assurer la concrétisation de cette ambition collective.

La mise en œuvre de ce projet stratégique est confiée aux acteurs en responsabilité :

- Aux services de soins et d'hébergement pour la part médico-soignante et médico-sociale, sous l'égide de la CSIRMT, des CME des établissements et de la CMG,
- Aux directions déléguées d'établissements et directions fonctionnelles des HSM et de l'Estran pour la part administrative et technique, sous l'égide des CODIR.

L'avancement global de la réalisation de ce projet stratégique sera suivi via la gestion d'un **portefeuille d'objectifs stratégiques** qui sera le support des revues de portefeuilles réalisées avec les acteurs et dont les résultats d'avancement seront présentés aux instances des établissements et du Groupement.

L'atteinte des objectifs d'activité, de qualité, d'efficience définis au niveau stratégique sera pilotée et mesurée via des **indicateurs stratégiques** qui seront de la même manière présentés aux instances des établissements et du groupement.

8.3. Proposition d'indicateurs à suivre dans le cadre du pilotage stratégique.

Au regard des objectifs fixés, il s'agit d'identifier les indicateurs qui témoignent de l'atteinte de la cible ou de la progression vers la cible.

CIBLES STRATEGIQUES indicateurs ARS et cible régionale, réf. au PRS	Indicateurs GHT
URGENCE VITALE et soins critiques	
Répondre dans les 30 minutes pour tous les usagers du Sud Manche.	Délai d'intervention des SMURS
Anticiper les situations sanitaires exceptionnelles et tester l'opérationnalité.	Nb d'exercices réalisés au sein du GHT
Renforcer la réponse en matière de soins critiques.	Mise en œuvre des autorisations : augmentation du nombre de lits effective (Réa USIP et SI Pédia)
Eviter le passage aux urgences non justifié = développer la régulation en amont, proposer des alternatives.	Evolution des passages aux urgences (suivis ou non d'hospitalisation) et de la part des séjours entrés via les urgences. Part des séjours régulés sur les 3 sites Nombre de multi-passages aux urgences Suivi des entrées directes (ADNP)
Améliorer les conditions de fonctionnement des services d'Urgences (intra et aval).	Evolution du délai d'attente aux urgences (patients et ambulanciers). Evolution du délai d'accès à un avis de spécialiste, à un résultat d'imagerie et à un résultat de laboratoire.
Nb d'équipements d'imagerie (scanners et IRM mis en œuvre : cible à 162/136) (2.1)	Réalisation du plan d'équipements validé avec l'ARS.

CHIRURGIE	
Renforcer l'offre publique de chirurgie durablement.	<p>Taux d'évolution des séjours de chirurgie (PMSI) Part du programmé et du non programmé pour chaque activité chirurgicale Taux d'occupation des blocs opératoires Délai d'accès au bloc opératoire. Délai d'accès aux consultations de chirurgie. IPDMS de chirurgie. Evolution des coûts horaires de bloc.</p>
Participer activement à la prise en charge des cancers.	<p>Nb de RCP en lien avec le 3C Dépistage ? Campagnes d'info ? sinon difficile à quantifier CS annonce Suivi des activités oncologiques soumises à seuil Délai d'accès aux cs spé.</p>
Maintenir une offre diversifiée.	Nb de séjours dans chaque spécialité en distinguant chirurgie et médecine.
Mettre en avant l'atout que représente l'activité de chirurgie du GHT.	Suivi des parts de marché des 3 chirurgies : digestive, urologique, orthopédique.
Se positionner sur la PDS territoriale.	<p>Evolution de part non financée de la PDS en valeur. Nb de jours de carence.</p>
MEDECINE SMR	
Mettre en œuvre les parcours pour les pathologies chroniques : Nb de patients mal chroniques bénéficiant de télésanté (cible à 100000/28000) (2.1) Nb de patients mal chroniques bénéficiant d'un programme ETP (7.1) : cible à 20000.	<p>Résultats PEP (enveloppe MIG) Nb de séjours éducation thérapeutique en HDJ Nb de PRADO Nb d'actes de télésanté (TLE, TLC, TLS (cureety par ex)) Suivi activité cardiaque sur les services MCO de la DIRCO : préciser indicateur. Suivi des PeC en HDJ pour Sclérose en plaque et Polyarthrite rhumatoïde.</p>
Utiliser tout le capacitaire disponible sur la DIRCO	<p>Taux d'occupation des lits par filière. Taux d'occupation HAD : voir indicateurs spécifiques.</p>
Se positionner en matière de Permanence des Soins Territoriale	<p>Evolution de la valeur / Part non financée de la PDS Nb de jours de lits fermés faute de solution PDS.</p>
Adapter les modalités de prise en charge : Ambulatoire, hospitalisation partielle. Taux de recours à l'HAD : cible à 30 patients par jour pour 100 000 habitants) (2.1)	<p>Evolution nb hospitalisation partielle en SMR Evolution nb et part des séjours ambulatoires (UCAA et HDJ) Evolution du nb de pec HAD. Part des adressages internes vers HAD. Exhaustivité des conventions HAD/EHPAD</p>
EMA	<p>Proportion d'ES ou d'EHPAD des territoires couverts par l'EMA avec lesquels une convention* est établie. <i>Voir aussi les indicateurs spécifiques en lien avec les objectifs opérationnels et le bilan d'activité annuel.</i></p>

FEMME ENFANT ADOLESCENT	
Développer et soutenir la mise en œuvre du parcours 1000ers jours.	Nb de patients inclus dans ce parcours
Développer l'accès à l'expertise et à l'imagerie notamment pour favoriser les dépistages.	Délai d'accès aux cs ou télé expertise. Délai d'accès à l'imagerie.
Développer la chirurgie gynécologique.	Evolution des séjours de chir gynécologique Suivi séjours onco gynéco : indicateur ? Evolution du nb de CS gynécologique Délai d'accès à une consultation Délai d'accès au bloc gynécologique.
Développer les coopérations intra GHT, avec la ville et le milieu éducatif.	
Soutenir la parentalité et participer au repérage des fragilités.	
<u>Couverture vaccinale des adolescents :</u> Couverture vaccinale HPV garçons de 16 ans Couverture vaccinale HPV filles de 16 ans	Nb de vaccinations réalisées par le GHT
SANTE MENTALE	
<u>Mobiliser les PTSM</u> Nb de formateurs accrédités aux premiers secours en SM (cible à 85/32)	Nb de formateurs au CH Estran.
<u>Santé mentale des jeunes :</u> Nb de territoire ayant mis en place un RCP avec le Havre pour psychiatrie périnatale (cible à 7)	Nb de RCP réalisés.
<u>Prévention des suicides :</u> Nb d'actions de prévention du harcèlement (cible à 3 actions par TDS par an) Taux de service d'accueil des urgences participant à VIGILANS (cible à 100%) Partenariats formalisés entre 3114 et services police, gendarmerie, SDIS (cible à 100%)	Idem
<u>Réhabilitation psychosociale :</u> Nb de centre de soins de réhab. (cible à 18) Nb de territoire dotés de pair-aidants professionnels (cible à 7)	Activité du centre de soins de réhabilitation si concernés. Nb de pairs aidants sur notre territoire.
<u>Offre graduée des soins psychiques ou psychiatriques :</u> Nb d'IPA en psychiatrie SM (cible à 60/17) Nb de formations continue entre le 1 ^{er} recours et la psychiatrie	Idem idem
<u>Développement compétences psycho-sociales (6.3) :</u> Nb de personnes formées au développement des CPS (cible à 4300)	Idem au sein du GHT

ADDICTOLOGIE	
Nb de TDS bénéficiant d'actions de prévention pour le bon usage des écrans en lien avec le parcours 1000ers jours (cible à 7)	Cf Indicateurs associés au parcours. Taux d'ouverture du CSAPA.
HANDICAP	
Développer le repérage précoce du handicap Nb d'enfants repérés par les plateformes PCO (cible à 5360) Existence de dispositif adapté dans les ets de santé (cible à 100%) (8.3.)	Nb de professionnels formés et %. Evolution des capacités d'accueil. Nb de référents handicap. Nb de consultations dédiées HandiCs réalisées Délai d'accès aux soins. Respect des normes techniques applicables : taux de non conformités, taux de réalisation des actions préconisées par les audits spécifiques.
PRECARITE	
Faciliter l'accès aux droits et au système de santé en adaptant les modalités de prise en charge Nb d'équipe ESSIP déployées sur le territoire (cible à 3/0)	Délai d'accès aux soins. Taux de réponse de la PASS (nb d'interventions /nb demandes).
TRES GRAND AGE	
<u>Prévenir, anticiper la perte d'autonomie :</u> Prévention des chutes : Nombre d'évaluations annuelles réalisées au domicile par les équipes mobiles : Cible à 320/160. Maintien à domicile : Mise en place d'un CRT pour la Manche, rattaché à un EHPAD (Cible à 11/0). Taux de couverture du territoire en services autonomie mixte (cible 100/0).	Idem. Suivi : nb HDJ chutes Amélioration de la qualité de pec des patients chuteurs : nb de séjours en orthogériatrie. Evolution de la part des passages aux urgences. Nb de passage UMOEG aux urgences (ACR ou UMOEG) Activité PEG Nb appels gériatres par Allo gériatrie Suivi séjours longs : voir indicateurs cibles.
<u>Démarche « d'aller vers » : accès aux soins et proximité :</u> Nombre de personnes ayant bénéficié d'un hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation (HTSH) en EHPAD, cible à 300/72. Nombre de déclenchement du PRADO retour à domicile (cible à 1500/789 pour la région)	Idem pour GHT Idem pour GHT
<u>Diversifier l'offre et développer les alternatives :</u> Taux d'établissements EHPAD équipés en PASA (cible à 40% /28%) Nombre de PASA en soirée déployés (Cible à 11/0).	Heures de disponibilité du PASA par an.

Bientraitance : Nombre d'EHPAD contrôlés sur pièces (cible à 292/75).	% des agents en poste formés à l'humanitude. % de résidents avec un projet PAP
<u>Soutenir les aidants en développant l'offre de répit.</u> Nb de places d'accueil de jour en EHPAD (cible à 1000/827) (7.3)	Nb de journées d'accueil au sein du GHT.
Développer la prise en charge de la douleur et les soins palliatifs.	Evolution du nb de cs et du nb d'intervention des équipes mobiles. Cs douleurs + séjours HDJ douleurs+ rTMS EMSP : suivi par l'équipe de l'activité : nb de patients vus
ACTIVITES EXTERNES	
Accès aux soins en proximité	Taux de spécialité avec cs avancées Délai d'accès aux cs par spécialité Nb d'avis téléexpertise OMNIDOC, part dans la spé Evolution passages SNP aux urgences. Evolution nb d'actes imagerie et laboratoire, Taux d'utilisation des équipements, délai d'accès par équipement délai d'accès aux résultats Taux de captation des prescriptions internes. Evolution du coût moyen d'acte médico-technique.
QUALITE SECURITE DES SOINS ET RELATION AVEC LES USAGERS	
<u>PLACE DU PATIENT / savoirs expérientiels</u> Nombre de groupe d'entraide mutuelle GEM (7.2) cible à 45/34 Existence de dispositif pour patients ayant besoins spécifiques (cible à 80%) (8.1) Taux de postes vacants dans les collèges RU à la CRSA et dans les CTS (8.4) cible à -10% Nb d'enquêtes sur le fonctionnement des instances CDU et CVS (cible 10)	IDEML
<u>CERTIFICATION HAS (11.3)</u> Taux de certification HAS des ets (cible 87%) Taux d'ESMS évalués procédure HAS externe (cible 100%)	Taux de satisfaction aux critères HAS Evolution des indicateurs qualité : Douleur, Soins palliatifs Taux d'événements indésirables graves Evolution du nb de FEI Taux de RI à jour dans les EHPAD Taux de professionnels formés aux CREX
<u>DOSSIER PATIENT</u>	Taux de production de la LDL le jour de la sortie. Taux d'alimentation du DMP Nb de dysfonctionnements en lien avec Doss patient Indicateurs archives médicales / complétude et numérisation. Identito-vigilance : nb de dysfonctionnements, taux /séjours ou passages.
<u>PREVENTION ET CONTROLE DES INFECTIONS</u>	Indicateurs nationaux (HAS) : VAG (Vaccination Anti-Grippale), PCC (Précautions Complémentaires Contact), ATBIR (Antibiothérapie des infections Respiratoires basses), ICSHA3 (Indice Composite d'Utilisation des Solutions Hydro-Alcooliques) Indicateurs internes : ICSHA (Indice Composite d'Utilisation des Solutions Hydro-Alcooliques), PC (précautions complémentaires), indicateur port de bijoux, nombre de personnels formés, nombre d'heures de formation délivr

<u>PHARMACIE</u>	Nombre de conciliation médicamenteuse Nombre de parcours HDJ tri-partites Nombre d'analyses pharmaceutiques Nombre d'interventions pharmaceutiques FEI liée à la dispensation de médicament Nombre d'audits de pratiques réalisés par rapport au nombre proposé par l'OMEDIT
<u>RELATIONS AVEC LES USAGERS</u>	Evolution nb demandes de dossier Taux de plaintes et de réclamations Taux de litige contentieux juridique Montant moyen de la réparation à notre charge, évolution.
<u>Collaboration médico-soignante</u>	Taux de service avec staff médico soignant hebdomadaire.
PARCOURS	
<u>PREVENTION</u> Part de réalisation des objectifs fixés par les CTPS (comité territoriaux de promotion de la santé) de chaque département (cible à 75%) (6.1) Taux d'êts engagés dans la démarche « lieu de santé sans tabac » (cible 100%) (6.5)	Taux de réalisation des actions dont le GHT est responsable. Indicateurs CEGIDD : Indicateurs ETP : Taux de réalisation des actions du plan sans tabac.
<u>SOINS NONS PROGRAMMES (2.3.)</u> Taux de couverture de la population par un SAS (cible 100%) Taux d'êts support de service d'urgence avec procédure formalisée d'orientation des patients (cible à 100%)	Existence convention. Part des venues aux urgences non régulées SAMU ou SAS. Part des séjours SNP hors urgences vitales. Existence procédure. Taux de réorientation des patients.
<u>SOINS PROGRAMMES</u>	Taux d'admission directe. Part des séjours SP. Taux de spécialistes formés aux parcours et RP Taux de chemins cliniques rédigés
<u>GESTION DU CAPACITAIRE</u>	Evolution du capacitaire : nb de journées lits disponibles/an // nb journées théoriques Nb de jours d'ETP médical vacant ou manquant // maquettes de service IPDMS des services Taux d'occupation des plages de CS Taux d'occupation MCO Taux d'occupation des HAD et HDJ, UCAA Taux d'occupation médico-social Délai d'intervention des transporteurs sanitaires (transports à notre charge) Délai de pec des Médico techniques Délai de pec des transversaux
<u>TRANSVERSAUX</u> Adéquation ressources transversales / nb journées	Heures transversaux/journées (séjours) Temps moyen par patient le nécessitant par métier.
SOUTIEN DES DIRECTIONS	
<u>GRH médicales et non médicales</u> Formation des IDE Taux de réussite au Diplôme infirmier (cible	Voir tbb social existant et résultats enquêtes QVT. Part du temps de formation / ETP médical et paramédical Taux d'absentéisme et évolution

<p>90%) (10.1)</p> <p>Nouvelles pratiques :</p> <p>Nb d'IPA diplômés depuis 2020 (cible à 230/60)</p> <p>Nb de profels de santé adhérents à un protocole national de coopération (cible 1500)</p> <p>QVT</p> <p>Taux d'ets avec un taux d'absentéisme inférieur à 8% (cible à +50 %) (10.4)</p> <p>Nb d'appels passés sur le numéro dédié aux urgences psycho sociales SPS (cible *3)</p>	<p>Taux d'intérim médical et évolution Turn over (départs/arrivées)</p> <p>Taux de respect des maquettes : nb de jours non pourvus/an / nb de jours à pourvoir</p> <p>Evolution du coût RH par journée de pec</p> <p>Evolution du ratio ETP /nb de lits par catégorie</p>
<p><u>SIH</u></p>	<p>Evolution du nb de postes de travail, coût informatique moyen par poste.</p> <p>Taux de disponibilité du SIH.</p> <p>Evolution du coût informatique/lits</p> <p>Cyber sécurité : cf indicateurs spécifiques.</p> <p>Nb demandes hot line, Délai de résolution hot line</p> <p>Part des FEI liées au SIH</p>
<p><u>INVESTISSEMENTS HOSPITALIERS</u></p> <p>Nb de places restructurées via PAI SEGUR 2021 (11.2)</p>	<p>Evolution du coût immobilier et entretien par journée (séjours)</p> <p>Cf indicateurs DAPL</p>
<p><u>APPUI FINANCIER</u></p> <p>Taux de structure inscrite dans programme d'appui (cible 100% sanitaire, 75% MS)</p>	<p>Part des financements additionnels / financement total (add+acté)</p> <p>Part des projets bénéficiant d'un soutien financier externe.</p>
<p>DEVELOPPEMENT DURABLE (12.1 et 12.2)</p> <p>Nb de professionnels formés concernés par le PRSE 4</p> <p>Taux d'ets disposant d'un plan pluriannuel de transition écologique (cible 100%)</p>	
<p><u>GESTION DE PROJET</u></p>	<p>Evolution du nb de fiches projet/an</p> <p>Taux de respect du process</p> <p>Taux de refus CODIR</p> <p>Taux de professionnels d'encadrement formés</p> <p>Part financée via appels à projet et évolution</p>
<p><u>VIE INSTITUTIONNELLE</u></p>	<p>Taux de présence aux instances</p> <p>Evolution de la part du temps dédié aux instances</p> <p>Taux de présence aux instances territoriales.</p>
<p><u>COOPERATIONS EXTERNES</u></p> <p><u>Cohésion territoriale de l'offre de soins, gradation, mutualisation (2.2)</u></p> <p>Nombre d'équipes mutualisées de territoire : cible à 29/16</p> <p>Nombre de projets médicaux partagés hôpital/clinique : cible 7/0</p> <p>Nombre de structure d'exercice coordonné (9.1) cible à 235/135</p> <p>Taux de couverture de la population par une CPTS (cible à 100%/36%)</p> <p>Nb de lignes de PDSES associant public et privé (cible 13/5)</p> <p>Nb d'ASR ville-hôpital (10.5)</p> <p>Nb d'expérimentations exercice partagé</p>	

paramédicaux ville hôpital (10.5) cible à 20	
COMMUNICATION	Nombre d'actions de communication par canal. Evolution du nb de followers sur les réseaux.
MISE EN ŒUVRE DU PROJET STRATEGIQUE	
Réalisation des objectifs validés au PMSP et inclus au portefeuille d'objectifs.	Taux de réalisation global / % théorique Taux de réalisation par thématique/filière Taux de réalisation par périmètre de responsabilité (établissements, pôles, fédérations, codir)
Atteinte des indicateurs cibles	Taux d'indicateurs dans la cible.

ANNEXES



1

Lettre des usagers

2

Capacitaire cible

3

**Synthèse des autorisations
en cours**

ANNEXE 1. Lettre des usagers aux professionnels des établissements du GHT

« Mesdames messieurs les professionnels de la santé,

Tout d'abord merci de nous donner la parole, à nous les usagers du territoire Sud Manche, en préambule à la rédaction de ce projet Stratégique.

L'écoute est notre requête première. Une écoute pleine et entière (avec les oreilles, le regard, le cerveau), une écoute attentive et respectueuse de nos différences. Merci de nous accorder de la disponibilité même si votre temps est compté : nous avons besoin d'être accueillis, considérés, mis en confiance. Nous avons besoin que vous nous fassiez aussi confiance, à nous qui vivons au quotidien avec notre maladie, nous en sommes finalement les experts.

Nous sommes comme vous, des hommes, des femmes, des enfants, et non pas que des citoyens, des usagers, des patients ou pire des malades ou des "problèmes de santé". Nous avons besoin d'humanité, d'équité et refusons la stigmatisation.

Nous avons peur, nous avons mal, nous sommes inquiets. Nous sommes empêchés ou handicapés pour mener notre vie au quotidien.

Nous avons besoin de votre professionnalisme, de votre savoir pour nous soigner, nous rassurer, nous sentir en sécurité. Nous apprécions le respect de l'éthique avec ses bases de confidentialité, d'empathie et de bienveillance qui sont votre socle de valeurs.

Merci d'être à nos grands et « petits » soins, quels que soient le jour ou l'heure : on ne choisit pas le moment où l'on tombe malade !

Merci d'être là, sans faille, pour apporter des réponses à notre santé. Merci de ne pas être loin ou de venir vers nous pour nous aider. Merci de nous accompagner si vous ne pouvez pas être là, en nous guidant vers un autre recours, tout aussi compétent.

Oui l'écoute ! Mais oui la communication, l'information, la transparence, la lisibilité. Nous avons confiance en votre expertise pour prévenir, diagnostiquer et soigner. Expliquez-nous les diagnostics. Prenez le temps de mesurer le besoin en examens et de nous en expliquer les résultats, de nous expliquer les traitements, car nous sommes souvent un peu perdus par tous ces termes inconnus.. Ce temps que vous nous accorderez sera aussi un gain de temps pour vous. Mieux informés, nous avancerons mieux ensemble avec les pathologies qui nous affectent.

Nous appartenons au même territoire que vous, nous le connaissons bien. Nous savons les difficultés financières, psychologiques, techniques du monde de la santé. Nous comprenons et nous savons nous adapter. La résilience n'est pas un vain mot. Vous en avez et nous en avons.

Alors, mesdames et messieurs, tout au long de la rédaction de ce projet que l'on espère ambitieux pour le Sud Manche, pensez à nous. Nous avons besoin de vous.

Les associations des usagers. »

ANNEXE 2. Synthèse du capacitaire (DIRCO)

HSM		Capacitaire actuel		CIBLE 2030	
Service	Site	Nb de lits courants	Nb de places	Nb de lits courants	Nb de places
Cardiologie et USC Cardio - médecine vasculaire - Néphrologie	AVR	30		30	
Neurologie	AVR	21		15	
Pneumologie	AVR	20		15	
Infectiologie/médecine interne / rhumatologie	AVR	6		10	
HGE	AVR	15		10	
CSG	AVR	26		30	
MPU	AVR			10	
HDJ - Avranches	AVR		10		18
S/ TOTAL Médecine HC + HDJ		118	10	120	18
Chirurgie viscérale et digestive	AVR	15		20	
Chirurgie orthopédique	AVR	15		20	
Chirurgie urologique	AVR	18		20	
UCAA Avranches	AVR		16		24
S/ TOTAL Chirurgie		48	16	60	24
Réanimation	AVR	10		10	
Soins continus	AVR	2		4	
UHCD	AVR	4		8	
Gynécologie-obstétrique	AVR	24		24	
Pédiatrie	AVR	15		15	
Néonatalogie	AVR	4		4	
Soins intensifs de néonatalogie	AVR	6		6	
S/ TOTAL		65		71	
HAD	AVR		30		30
USLD	AVR	69		69	
USLD hébergement temporaire	AVR	1		1	
EHAPD	AVR	67		67	
EHPAD hébergement temporaire	AVR	2		2	
Accueil de jour	AVR	10		10	
S/ TOTAL		149	30	149	30
TOTAL AVRANCHES		380	56	400	72
UHCD	GR	4		4	
UCAA Granville	GR		10		10
HDJ GRANVILLE	GR		10		15
SOINS PALLIATIFS	GR	10		10	
ONCOLOGIE GENERALE	GR			10	
MEDECINE POLYVALENTE	GR	30		20	
SMR UCC	GR	10		10	
SMR	GR	30		30	
CSG	GR	30		30	
sous TOTAL GRANVILLE 1		114	20	114	25
USLD	GR	48		48	
USLD hébergement temporaire	GR	2		2	

EHAPD	GR	129		129	
EHPAD hébergement temporaire	GR	1		1	
Accueil de jour	GR	8		8	
sous TOTAL GRANVILLE 2		188		188	
TOTAL GRANVILLE	GR	302	20	302	25
MEDECINE SPALL	VILL	10		10	
SMR	VILL	20		20	
EHPAD	VILL	99		99	
hébergement temporaire	VILL	2		2	
accueil de jour	VILL	6		6	
SAAD	VILL	38		38	
SAD HANDICAP	VILL	2		2	
CH VILLEDIEU	VILL	177		177	
TOTAL HSM	HSM	859	46	879	97

Service	Site	Capacitaire actuel		CIBLE 2030	
		Nb de lits courants	Nb de places	Nb de lits courants	Nb de places
UHCD	SHH	2		2	
MEDECINE	SHH	32		32	
SMR SPALL	SHH	32		32	
EHPAD	SHH	133		133	
hébergement temporaire	SHH	3		3	
CH SAINT HILAIRE		202		202	
SMR SPALL	MORTAIN	30		30	
EHPAD dont UVP	MORTAIN	178		154	
hébergement temporaire	MORTAIN	16		16	
SSIAD	MORTAIN	36		36	
SSIAD HANDICAP	MORTAIN	4		4	
CH MORTAIN		264		240	
SMR	ST JAMES	25		25	
LISP	ST JAMES	5		5	
EHPAD	ST JAMES	156		156	
hébergement temporaire	ST JAMES	2		2	
PASA	ST JAMES		14		14
MAS	ST JAMES	80		80	
FOA	ST JAMES	24		24	
SSIAD	ST JAMES	40		40	
CH ST JAMES		332	14	332	14

TOTAL DIRCO	DIRCO	1697	90	1653	111
--------------------	--------------	-------------	-----------	-------------	------------

1747 1764

ANNEXE 3. Synthèse des autorisations en cours (DIRCO)

Site ou pôle HSM	Activités	Modalité - Mention	Etat de l'autorisation	Date d'autorisation	Échéance autorisation
Pôle 1	Soins critiques	Adultes - mention 1 - réanimation et soins intensifs polyvalents	Autorisée	26/08/2024	12/09/2031
Pôle 1	Soins critiques	Pédiatriques - mention 3 - soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoire	Autorisée	26/08/2024	Date de réception déclaration de mise en œuvre +7 ans
Pôle 1	TraITEMENT du cancer - chirurgie oncologique	A1 : viscérale et digestive A4 : urologique A5 : gynécologique B4 : urologique complexe B1 : viscérale et digestive complexe comprenant les pratiques thérapeutiques spécifiques	Autorisée	14/03/2025	Date de réception déclaration de mise en œuvre +7 ans
Pôle 1	Prélèvement d'organes et/ou de tissus à des fins thérapeutiques	Activité de prélèvement d'organes et/ou de tissus sur une personne décédée assistée par ventilation mécanique et conservant une fonction hémodynamique (mort encéphalique) Activité de prélèvement de tissus uniquement sur une personne décédée présentant un arrêt cardiaque et respiratoire persistant	Autorisée	21/02/2025	30/05/2025
Pôle 1	Maastricht III	Prélèvements d'organes sur des donneurs décédés après arrêt circulatoire de la catégorie III de Maastricht	Convention en cours de validité	05/11/2020	05/11/2025
Pôle 1	Chirurgie	Avranches : les 5 pratiques thérapeutiques spécifiques suivantes en hospitalisation complète et en ambulatoire - maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale - orthopédique et traumatologique ; - viscérale et digestive ; - gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de gynécologie-obstétrique ; - urologique + la thérapeutique spécifique suivante en hospitalisation en ambulatoire : vasculaire et endovasculaire. Granville : Les deux pratiques thérapeutiques spécifiques suivantes en hospitalisation en ambulatoire : - Ophtalmologique ; - Vasculaire et endovasculaire.	Autorisée	24/02/2025	23/02/2032 date d'AR de la déclaration d'activité + 7 ans

Pôle 1	Chirurgie	pédiatrique : Hospitalisation ambulatoire et à temps complet	dossier déposé		
Pôle 1	Gynécologie obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatalogie	-	dossier déposé		
Pôle 1	Lactarium	Lactarium à usage intérieur	Autorisée	16/06/2021	16/06/2026
Pôle 1	Médecine	pédiatrique	Prolongée	03/02/2022	03/02/2029
Pôle 1	Médecine d'urgence	pédiatrique	Prorogée à renouveler - attente ouverture des dossiers	Dernière autorisation échue : 27/03/2017	
Pôle 2	Centre de vaccination antiamarile	-	Autorisée	18/03/2024	17/03/2029
Pôle 2	HAD	Mention socle	Autorisée	29/07/2024	12/09/2031
Pôle 2	HAD	Mention réadaptation			Date de réception déclaration de mise en œuvre +7 ans
Pôle 2	Médecine	adulte	Prolongée	03/02/2022	03/02/2029
Pôle 2	Médecine d'urgence	adulte	Prorogée à renouveler - après la révision du PRS prévue en juin 2025	Dernière autorisation échue : 27/03/2017	échue
Pôle 2	Traitements du cancer - chimiothérapie	traitements médicamenteux systémiques du cancer / A - TMSC chez l'adulte	Demande déposée le 09/09/2024 En cours d'instruction	Dernière autorisation échue : 10/11/2018	Date de réception déclaration de mise en œuvre +7 ans
Pôle 2	Antenne CEGIDD		En cours	Habilitation en date du 01/01/2016	Reconduction tacite
Pôle 3	Dépôt de sang		Autorisée	04/09/2024	04/03/2029
Pôle 3	Pharmacie à usage intérieur		Autorisée	30/12/2023	30/12/2030
Pôle 3	Imagerie diagnostique	Scanner - Avranches Scanner - Granville IRM - Avranches IRM - Granville	Autorisée	07/11/2024 (GR) 07/11/2024 (AV)	Date de réception déclaration de mise en œuvre +7 ans
Pôle 3	Médecine nucléaire	Mention A : actes diagnostics ou thérapeutiques hors pathologie cancéreuse réalisés par l'administration de médicament pharmaceutique préparé en système clos	Autorisée	28/08/2024	Date de réception déclaration de mise en œuvre +7 ans

Pôle 3	IRM		Autorisée	IRM 1 : 07/11/2024 (AV) IRM 2 : 07/11/2024 (AV) IRM 3 : 07/11/2024 (GR)	Date de réception déclaration de mise en œuvre +7 ans
Pôle 4	EHPAD	EHPAD Arc en Sée EHPAD Paul Poirier	Autorisée	04/01/2017	04/01/2032
Pôle 4	USLD	-	Autorisée	03/08/2020	03/02/2029
Pôle 4	SSR		Autorisée	10/09/2020	10/09/2027
Pôle 4	SMR		dossier déposé		
Pôle 4	UCC		Reconnue	Reconnaisance UCC 17/07/2019	
Pôle 4	UMOEG	-	Reconnue	02/01/2014	
Pôle 4	Plateforme de Répit		Autorisée	01/12/2021	03/01/2031
Pôle 4	Consultations mémoire	-	Labellisée	Labellisation 02/02/2025	
Villedieu	EHPAD	-	Autorisée	04/01/2017	03/11/2032
Villedieu	SSIAD	-	Autorisée	28/01/1993	
Villedieu	SMR	-	Autorisée	10/09/2020	09/09/2027
Villedieu	Médecine	Hospitalisation complète	Autorisée	25/09/2020	24/09/2027
Mortain	SSR	Renouvellement accordé le 10 septembre 2020	Demande en cours		09/09/2027
Saint JAMES	SSR	Renouvellement accordé le 10 septembre 2020	Demande en cours		09/09/2027
SHH	Médecine d'urgence		Prorogée à renouveler		26/09/2022
SHH	SMUR		Prorogée à renouveler		26/09/2022
SHH	SMR		nouvelle demande en cours		09/03/2028
SHH	Médecine		Renouvellement déposé		



G L O S S A I R E



Acronymes	Significations
AAP	Appel à projet
AMA	Assistante Médico Administrative
AMI	Appel à Manifestation d'Intérêt
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
APA	Activité Physique Adaptée
ARS	Agence Régionale de Santé
AS	Aide-Soignant
ASE	Aide Sociale à l'Enfance
ASG	Assistant en Soins Gérontologiques
ASH	Agent des Services Hospitaliers
ASR	Assistants Spécialistes Régionaux
ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AUB	Association des Urémiques de Bretagne
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
AVDL	Accompagnement Vers et Dans le Logement pour les personnes en souffrance psychique
BJML	Besoin Journalier Moyen en Lits
BPCO	BronchoPneumopathie Chronique Obstructive
CAARUD	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues
CADA	Commission d'Accès aux Documents Administratifs
CAMSP	Centre d'Action Médico-Sociale Précoce
CACNP	Commission des Admissions et des Consultations Non Programmées
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CCSNP	Cellule de Coordination des Soins Non Programmés
CDCA	Conseil Départemental de la Citoyenneté et de l'Autonomie
CDU	Commission Des Usagers
CEGIDD	CEntres Gratuits d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CH	Centre Hospitalier
CHPC	Centre Hospitalier Public du Cotentin
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CJC	Consultations Jeunes Consommateurs
CLS	Contrat Local de Santé
CLSM	Conseil Local de Santé Mentale
CME	Commission Médicale d'Etablissement
CMG	Commission Médicale de Groupement
CMP	Centre Médico-Psychologique
CODIR	Comité de DIRection
COPIL	COmité de PIlotage
COPS	Commission de l'Organisation et de la Permanence des Soins
COSTRAT	COmité STRATégique du GHT
COTECH	Comité TECHnique
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CPOM	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyen

CPP	Centre Périnatal de Proximité
CPTS	Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CREX	Comité de Retour d'Expérience
CRM	Commission de Recrutement Médical
CRM	Centres de Référence Maladies Rares
CRRF	Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle
CRSA	Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie
CRT	Centre de Ressources Territorial
CS	Conseil de Surveillance
CSAPA	Centre de Soins, d'Accompagnement et d'Addictologie
CSG	Court Séjour Gériatrique
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
CTEL	Comité Territorial des Elus Locaux
CTS	Conseil Territorial de Santé
CUMP	Cellule d'Urgence Médico-Psychologique
DAC	Dispositif d'Appui à la Coordination
DAF	Direction des Affaires Financières
DG	Direction Générale
DIM	Département d'Information Médicale
DIRCO	DIRection Commune
DMI	Dispositif Médical Implantable
DMP	Dossier Médical Partagé
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPI	Dossier Patient Informatisé
DPPDG	Direction des Projets, de la Prospective et du Dialogue de Gestion
DRM	Direction des Ressources Médicales
DRU	Direction des Relations avec les Usagers
DSI	Direction du Système d'Information
DSOS	Direction de la Sécurité et de l'Organisation des Soins
EANIM	Etablissements d'Accueil Non Médicalisés
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
ELSA	Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMA	Équipe Mobile Adolescents
EMA	Equipe Mobile d'antibiothérapie
EMET	Equipe Mobile d'Expertise Territoriale
EMPP	Equipes Mobiles Psychiatrie Précarité
EMPPA	Équipe Mobile Psychiatrique Personnes Âgées
EMSP	Équipe Mobile Soins Palliatifs
EPI	Équipement de Protection Individuelle
EPP	Evaluation des Pratiques Professionnelles
EPRD	État des Prévisions de Recettes et de Dépenses
EPU	Enseignement Post-Universitaire
ESS	Equipe de Soins Spécialisés

ETP	Éducation Thérapeutique du Patient
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé
FEI	Fiche d'Evènement Indésirable
FF	Faisant Fonction
FFAB	Fédération Française Anorexie Boulimie
FFI	Faisant Fonction d'Interne
FHF	Fédération Hospitalière de France
FJT	Foyers de Jeunes Travailleurs
GCS	Groupement de Coopération Sanitaire
GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
GDR	Gestion Des Risques
GHMSM	Groupement Hospitalier Mont Saint Michel
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
GIE	Groupement d'Intérêt Economique
GRH	Gestion des Ressources Humaines
GTC	Gestion Technique Centralisée
HAD	Hospitalisation À Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HC	Hospitalisation Complète
HDJ	Hôpital De Jour
HDJA	Hôpital De Jour pour les Adolescents
HSM	Hôpitaux du Sud Manche
HTSH	Hébergement Temporaire en Sortie d'Hospitalisation
IA	Intelligence Artificielle
IDE	Infirmière Diplômée d'Etat
IFAS	Institut de Formation des Aides-Soignants
IFSI	Institut de Formation en Soins Infirmiers
IME	Institut Médico-Educatif
INCA	Institut National du Cancer
INS	Identité Nationale de Santé
IPA	Infirmier en Pratique Avancée
IPDMS	Indice de Performance de la Durée Moyenne des Séjours
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
LDL	Lettre De Liaison
LISP	Lits Identifiés en Soins Palliatifs
MADO	Maintien Assistance A Domicile
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDA	Maison Départementale de l'Autonomie
MG	Médecin Généraliste
MPP	Mode de Prise en charge Principal
MPU	Médecine Polyvalente d'Urgence
MSA	Mutualité Sociale Agricole

MSS	Messagerie de Santé Sécurisée
MT	Médecin Traitant
NCV	Néphro-Cardio-Vasculaires
OMEDIT	Observatoires des MEdicaments, Dispositifs médicaux et Innovations Thérapeutiques
ORS	Observatoire Régional en Santé
ORSAN	Organisation de la Réponse du Système de santé en situation sanitaire exceptionnelle
PA	Personne Agée
PACTE	Programme d'Amélioration Continue du Travail en Equipe
PADHUE	Praticien à Diplôme Hors Union Européenne
PAP	Projet d'Accompagnement Personnalisé
PASS	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
PCA	Plan de Continuité de l'Activité
PCO	Plateforme de Coordination et d'Orientation
PDS	Permanence des Soins
PEC	Prise En Charge
PEG	Plateforme d'Evaluation Gériatrique = Allogériatrie
PEP	Pôle Educatif Partagé
PFR	Plateforme d'accompagnement et de répit
PGFP	Plan Global de Financement Pluriannuel
PM	Personnel Médical
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PMT	Pôle Médico-Technique
PRADO	Programme de Retour A DOmicle
PRAPS	Plan Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
PRS	Projet Régional de Santé
PSE	Plan de Sécurisation de l'Etablissement
PSLA	Pôle de Santé Libéraux Ambulatoire
PSMEA	Pôle de Santé Mentale Enfants et Adolescents
PTA	Plateforme Territoriale d'Appui
PTSM	Projet Territorial de Santé Mentale
PUI	Pharmacie à Usage Intérieur
QVT	Qualité de Vie au Travail
RAAC	Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
RETEX	RETour d'EXpérience
RH	Ressources Humaines
RSVA	Réseau de Services pour une Vie Autonome
SAMSAH	Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAS	Service d'Accès aux Soins
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SAVS	Service d'Accompagnement à la Vie Sociale
SDI	Schéma Directeur Immobilier
SEPCI	Service d'Épidémiologie, de Prévention et de Contrôle des Infections

SESSAD	Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile
SHH	Saint-Hilaire-du-Harcouët
SIH	Système d'Information Hospitalier
SMR	Soins Médicaux et de Réadaptation
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SNP	Soins Non Programmés
SPASER	Schéma de Promotion des Achats publics Socialement et Ecologiquement Responsables
SPIP	Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation
SSAD	Service de Soins et d'Aide à Domicile
SSE	Situations Sanitaires Exceptionnelles
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
TCA	Trouble des Conduites Alimentaires
TCC	Thérapies Comportementales et Cognitives
TND	Troubles du Neurodéveloppement
TSA	Troubles du Spectre de l'Autisme
UCAA	Unité de Chirurgie et d'Anesthésie Ambulatoire
UCC	Unité Cognitivo-Comportementale
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UHR	Unité d'Hébergement Renforcé
UMOEG	Unité Mobile d'Orientation et d'Evaluation Gériatrique
UPHV	Unité pour Personnes Handicapées Vieillissantes
URC	Unité de Reconstitution des Cytotoxiques
URC	Unité de Recherche Clinique
USC	Unité de Soins Continus
USIP	Unité de Soins Intensifs Polyvalents
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
USP	Unité de Soins Palliatifs