

□ AXE 2 - RENFORCER LES FILIÈRES DE SOINS DU CHU

Enjeux

- ✓ **Poursuivre** le développement de l'offre de recours et de référence en renforçant nos partenariats dans le sillon alpin, en médecine et chirurgie de spécialités, réanimation et prise en charge des urgences lourdes.
- ✓ **Contribuer** au rééquilibrage de l'offre externe en concertation avec les autres établissements de santé (projet médical de territoire) et insérer l'offre du CHU dans celle des différents territoires, en recherchant le point d'équilibre entre les missions de proximité et celles de recours et référence.
- ✓ **Adapter** l'offre interne de soins en médecine tout en agissant sur l'environnement (amont, aval) pour rééquilibrer la part du CHU dans les prises en charge en médecine et urgences de proximité, soins de suite gériatriques et soins de longue durée.

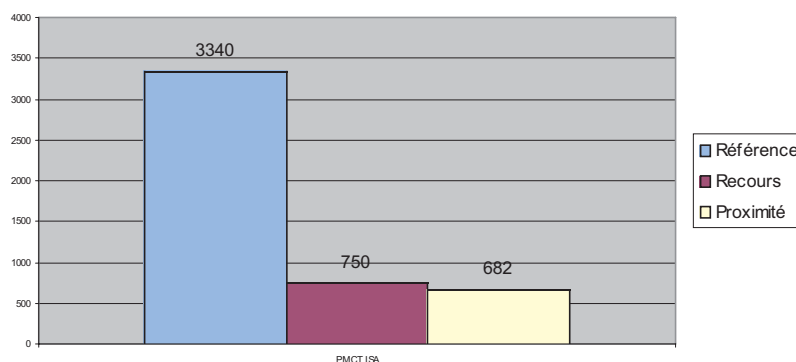
Sans se livrer à une étude fine des données d'activité, on distinguera ici trois types de filières de soins du centre hospitalier universitaire : **les filières de référence, de recours et de proximité**, qui recourent la typologie mise au point pour les GHM par le collège des départements d'information médicale de Rhône-Alpes (Comité technique régional de l'information médicale ou COTRIM. La totalité des GHM a en effet été répartie entre trois segments, à définition médicale :

- ▶ **les GHM de proximité** (1 GHM sur 6) sont ceux où tous les établissements de court séjour sont en concurrence (notamment obstétrique et nouveau-né sans complication, etc...),
- ▶ **les GHM de recours**, les plus nombreux (4 GHM sur 6), correspondent à des prises en charge de niveau départemental (par exemple AVC non transitoire, chimiothérapie pour tumeur,...),
- ▶ **les GHM de référence** (une centaine, soit 1 GHM sur 6), correspondent aux séjours les plus lourds et à des prises en charge soit exclusives de CHU soit réservées à quelques établissements (transplantations, neurochirurgie, chirurgie cardiaque, néonatalogie sévère).

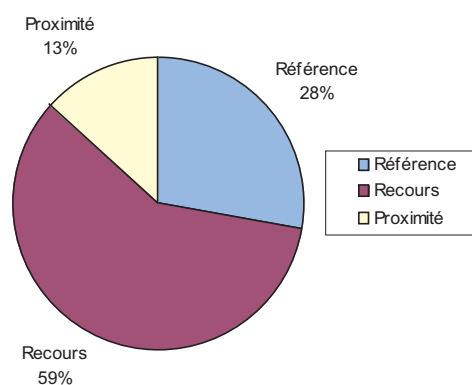
Les graphiques traduisent bien le rôle spécifique du CHU, tourné de façon importante mais non exclusive vers les GHM de référence, et la nécessité pour lui d'être présent sur les trois segments, au titre de la formation des étudiants de deuxième et troisième cycle, et des paramédicaux :

- ▶ les GHM de référence du CHU de Grenoble étaient en 2002 quatre à cinq fois plus lourds que les GHM de recours et de proximité (exprimés en points ISA de 2002, les GHM de référence ont un poids moyen de 3 340 points, pour 750 en recours et 682 en proximité),
- ▶ l'activité de référence du CHU de Grenoble représente seulement 8 % des séjours de 2002, mais 28 % de son activité pondérée, c'est-à-dire de ses dépenses et recettes,
- ▶ l'activité de recours représente 74 % de ses séjours, mais seulement 59 % de son activité pondérée, tandis que l'activité de proximité représente 18 % des séjours, et 13 % de son activité pondérée,

Poids moyen du cas traité en ISA 2002



Répartition en % des points ISA 2002 du CHUG



Ce travail réalisé sur les données PMSI 2002 est en cours d'actualisation par le COTRIM Rhône-Alpes. Il peut également être rapproché des indicateurs voisins, donnés en routine par l'ATIH, celui des GHS supérieurs à 8 000 € ou celui des GHM supérieurs à 4 000 points ISA tel que présenté dans le document préparatoire au projet d'établissement «éléments de cadrage du PE - septembre 2004».

PROJET N°4 RENFORCER LES FILIERES DE REFERENCE

1 Développer la prise en charge des urgences graves

Le fonctionnement du Réseau Nord Alpin des Urgences dans lequel de nombreuses spécialités du CHU sont impliquées, la qualité reconnue de la régulation médicale et des transports assurés par le SAMU SMUR 38 ont permis de mieux cibler les missions respectives des différents établissements, d'asseoir le rôle recours du CHU sur le sillon alpin, et d'améliorer la prise en charge des urgences graves.

La poursuite de la politique du CHU dans ce domaine doit porter pour les années à venir, dans le cadre du réseau Nord Alpin des Urgences, sur :

- ▶ L'accroissement de la réponse du CHU de Grenoble dans la prise en charge de ces urgences graves notamment urgences digestives, urgences neuro-chirurgicales mais aussi neurologiques : cette implication se traduira par la formation continue apportée aux professionnels, le développement de protocoles communs et la prise en charge directe de patients.

- ▶ Le développement de la télémédecine et la médicalisation de l'imagerie d'urgence.

- ▶ Le retour précoce des patients vers l'établissement d'origine organisé en coopération avec les structures du sillon alpin pour satisfaire le rapprochement géographique.

2 Assurer les besoins de réanimation et de surveillance continue du bassin de santé et du sillon alpin

Le sous-équipement du CHU de Grenoble en lits de réanimation, alors même qu'il forme les médecins anesthésistes réanimateurs, a été souligné lors d'enquêtes de l'assurance maladie et des travaux du SROS 3.

Le CHU doit apporter une réponse plus importante, sur le plan quantitatif, aux besoins de prise en charge de patients graves du sillon alpin. Les difficultés de prise en charge, liées à l'insuffisance du nombre de lits, sont accentuées lors des périodes hivernales et estivales (en raison de l'augmentation importante des accidents liés au tourisme et à la pratique sportive).

Pour améliorer la réponse aux besoins, il est prévu :

- ▶ **Une augmentation sensible du nombre de lits de réanimation polyvalente par un redimensionnement des deux structures de réanimation polyvalente existantes permettant d'accueillir un plus grand nombre d'entrées** (l'une à orientation médicale, l'autre à orientation chirurgicale), réunissant les compétences médicales. Cette augmentation se fait à la fois par une requalification de lits de soins intensifs mais également par une installation nouvelle de lits de réanimation.
- ▶ **La structuration de deux unités de surveillance continue, l'une à orientation médicale (10 lits), l'autre à orientation chirurgicale (8 lits).**

Cette orientation découle de l'expertise médicale réalisée en interne de l'activité étiquetée «post réanimation, soins vigilants... ou soins intensifs» de différentes unités d'hospitalisation (gastro-entérologie, néphrologie,...) ou des besoins exprimés dans différentes disciplines (pneumologie) : elle nécessite de prévoir un regroupement géographique des lits pour assurer une plus grande sécurité des patients, notamment par une couverture médicale 24h/24 et une meilleure organisation des équipes soignantes. La réorganisation spatiale en proximité de la réanimation est prise en compte dans les orientations du schéma directeur de Michallon.

- ▶ **L'installation de 6 lits de soins de réadaptation post réanimation et un partenariat fort en aval avec les unités d'états végétatifs et pauci relationnels qui vont s'implanter sur les bassins de santé.**

En tant qu'établissement de référence sur le bassin de santé, le CHU doit organiser avec la clinique Belledonne, qui dispose d'une unité de réanimation de 6 lits (passage prévu à 8 lits), une réponse commune aux besoins de prises en charge en réanimation.

Sur le plan pédiatrique, l'objectif est de faire reconnaître l'unité de réanimation pédiatrique en unité de réanimation spécialisée : le développement des activités de chirurgie pédiatrique spécialisée et la capacité de réanimation prévue dans le futur Hôpital Couple Enfant augmenteront le nombre de séjours en réanimation pédiatrique.

▶ ③ Transplantations et suivi post-greffes

La Fédération Grenoble Transplantation, qui rassemble les représentants de tous les corps de métiers des différentes unités fonctionnelles participant aux activités de prélèvement d'organes, de cellules et de tissus, et de greffe et de thérapie cellulaire, a permis au CHU de Grenoble d'organiser et de développer les prélèvements et les principales greffes : cœur, foie, poumons, reins, îlots pancréatiques, moelle osseuse et cellules souches hématopoïétiques, cornées, vaisseaux... Le CHU est notamment pionnier en France avec le CHU de Lille pour la mise au point des greffes d'îlots de Langherans, thérapie cellulaire se substituant aux greffes de pancréas.

Ce développement a été possible grâce :

- ▶ **à la structuration** de réseaux de collaboration pour les prélèvements multi-organes et pour les greffes, incluant les établissements de santé du sillon alpin (Chambéry, Annecy, Evian, Chamonix-Sallanches), voire au-delà le Nord de la Drome, les Hautes Alpes. Celle-ci s'est faite dans le cadre d'un travail concerté entre les 3 CHU de la région Rhône Alpes.
- ▶ **et à la mise en commun des compétences** médicales et chirurgicales et l'optimisation des moyens médico-techniques.

L'activité cumulée depuis la délivrance des premières autorisations jusqu'à fin octobre 2005 et la file active des patients s'établissent ainsi :

	Greffes <i>Total cumulé</i>	File active de patients <i>(Greffons fonctionnels)</i>	
		2005	2010
Coeur	113	85	125-150
Poumons	106	35	85-120
Foie	180	123	190-210
Reins	1430	863	1200-1400
Total	1829	1106	1600-1880

L'augmentation prévisible dans les 5 ans à venir du nombre de patients porteurs d'un greffon fonctionnel est de 50 à 70 %. Le nombre de patients à suivre devrait passer d'environ 1 100 actuellement à près de 1 740 (± 140) en 2010. En effet, l'activité de greffe d'organes poursuivra sur la période 2006-2010 le développement constaté en 2005, et soutenu par la tarification à l'activité. Avec un total de 140 greffes en 2005, la progression atteint un tiers, soit 35 greffes supplémentaires par rapport à la période 2002-2004, dont 11 greffes de foie, 8 greffes de rein, 6 greffes de poumon, 5 greffes de cœur et 5 greffes d'îlots. Le seuil de 150 transplantations d'organes devrait être atteint en 2006.

Après la première hospitalisation au cours de laquelle la greffe a été réalisée, les patients porteurs d'un greffon fonctionnel sont suivis toute leur vie par l'équipe de greffe. Il s'agit d'une activité ambulatoire, hautement spécialisée impliquant une surveillance clinique et biologique associée à des investigations propres à chaque organe greffé. Ce travail est assuré en relation avec les médecins correspondants des établissements de santé des villes citées plus haut.

Actuellement cette surveillance est réalisée dans chaque service de spécialité d'organe et les structures utilisées (consultations externes ou hôpital de jour) sont ou vont être saturées en raison de l'augmentation de la liste active de patients.

Aussi, il est proposé de réaliser une structure ambulatoire commune pour le suivi des patients ayant eu une greffe d'organe, associant hôpital de jour, soins externes et consultations. Elle accueillera les patients porteurs d'une greffe d'organe fonctionnelle après l'hospitalisation initiale. Elle assure le suivi systématique, les soins et traitements ambulatoires, le dépistage et la prise en charge des complications. En cas de besoin, elle programme l'hospitalisation et les explorations nécessaires dans le service compétent.

L'intérêt d'un tel projet réside dans la gestion en réseau du suivi des patients, dans une structure transversale, regroupant les moyens et les compétences, et assurant les **explorations ambulatoires** impliquant le plateau technique du CHU, des protocoles de recherche clinique, certains **soins ambulatoires** (traitements par perfusions, aérosols, kinésithérapie...), la réhabilitation physique, psychologique et sociale et la **vigilance** (surveillance biologique centralisée et informatisée, surveillance clinique spécialisée).

PROJET N°5 RENFORCER LA MEDECINE DE RECOURS

1 Développer la Cardiologie interventionnelle

La demande importante de prise en charge en cardiologie, notamment à partir de la filière des urgences, se heurte au sous dimensionnement actuel du plateau d'équipement (une seule salle d'angiographie) et au nombre de lits de cardiologie, y compris en soins intensifs et ce, malgré le développement du réseau des Urgences Coronariennes et la structuration d'un site annecien. Site de référence et de recours disposant de l'ensemble des compétences médicales, chirurgicales (chirurgie cardiaque) et de réanimation, le CHU redimensionnera sur 2006-2007 son offre, pour améliorer la réponse à la demande, et asseoir l'activité de référence en rythmologie, par une réorganisation complète de la cardiologie :

- ▶ installation d'une deuxième salle d'angiographie numérisée,
- ▶ extension de l'unité de soins intensifs de cardiologie de 8 à 12 lits,
- ▶ mise en place d'un hôpital de semaine permettant de mieux articuler activité programmée et activité d'urgence pour le confort des patients,
- ▶ réinstallation de 10 lits supplémentaires de cardiologie, en proximité immédiate avec une unité de médecine gériatrique,
- ▶ extension de l'hôpital de jour.

2 Renforcer les missions du CHU en tant que site régional de Cancérologie

La structuration interne de la cancérologie au CHU s'est réalisée ces cinq dernières années par la création du département de Cancérologie et d'Hématologie, et d'une fédération de cancérologie avec l'ensemble des spécialités d'organe. Le développement des réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) en visioconférence avec les centres de soins participant au réseau, et celui de la recherche clinique ont contribué à améliorer la visibilité interne de ce pôle important.

Dans la continuité de la création du réseau de cancérologie de l'Arc Alpin, dans lequel le CHU a joué un rôle moteur, l'enjeu majeur pour les 5 prochaines années est d'insérer l'offre de cancérologie du CHU dans la planification régionale par les actions suivantes :

▶ **Faire reconnaître les missions et l'activité du CHU en cancérologie en tant que site régional de cancérologie disposant notamment d'un Centre de Coordination en Cancérologie (3C)**, dans le cadre du SROS 3 et du projet médical de territoire. Dans cet esprit, le CHU développera la coopération avec le pôle de cancérologie PSPH (Institut Privé de Cancérologie du pôle mutualiste), en prêtant une attention particulière à la gestion des équipements, et des ressources rares médicales et non médicales.

▶ **Identifier le centre de cancérologie pédiatrique dans l'offre de santé régionale et nationale et formaliser les complémentarités internes** (activité de greffes de moelle osseuse et de thérapies cellulaires en partenariat avec le Département de Cancérologie et d'Hématologie) et externes (lien avec l'Institut d'Hospitalisation d'Oncologie Pédiatrique de Lyon-IHOP).

▶ **Participer activement à la convergence des réseaux régionaux de cancérologie** en mettant en place notamment un dossier médical partagé en cancérologie pour chaque patient, et en confortant l'identité du réseau Arc Alpin de Cancérologie sur son territoire ; **en développant les activités de cancérologie de recours et de référence du CHU, notamment en cancérologie gynécologique** en structurant un centre de cancérologie féminin dans l'hôpital Couple Enfant ; et en développant les **chimiothérapies à domicile dans le cadre du réseau ville-hôpital**.

La qualité et la sécurité de la prise en charge seront renforcées par deux actions prioritaires :

▶ **Dans le cadre du plan cancer, développer le dispositif d'annonce** aux patients et prévoir la remise d'un **programme personnalisé de soins (PPS)** au patient.

▶ **Etendre l'Hôpital de Jour d'Oncologie et d'Hématologie à l'activité d'oncologie des autres spécialités** telles la pneumologie et les pathologies digestives, en rapprochant l'unité de préparation des cytotoxiques, pour améliorer la qualité et la sécurité, tout en réduisant les coûts pharmaceutiques ; cette réorganisation complètera **la rénovation complète des unités d'hospitalisation d'hématologie**, pour disposer de chambres individuelles mieux protégées pour les patients les plus exposés au risque aspergillaire.

▶ ③ **Créer une unité d'hospitalisation de soins palliatifs spécialisés de référence**

Afin de créer le centre de référence de soins palliatifs, le CHU installera une Unité d'hospitalisation de Soins Palliatifs Spécialisée de 10 lits, complétant les missions actuelles de l'équipe mobile de soins palliatifs, que ce soit dans le domaine des soins, de l'enseignement et de la recherche.

Cette unité ne se substitue pas aux prises en charge actuelles en hospitalisation de patients en soins palliatifs, dans différentes spécialités, spécialités, prises en charge réalisées conformément aux recommandations nationales et à celles du SROS 3, par l'investissement des équipes médicales et non médicales. Cette activité fera l'objet d'une demande de reconnaissance de lits identifiés.

▶ ④ **Poursuivre l'efficience de l'offre de médecine neurologique, notamment neuro-vasculaire, par une amélioration des filières au sein du bassin de santé et du sillon alpin**

Le CHU, seul établissement à disposer de lits de neurologie sur le bassin de santé, constitue le pivot de l'organisation des filières de prises en charge des patients. Le département hospitalo-universitaire de neurologie assure par ailleurs une mission de référence sur le sillon alpin.

Les actions de santé publique déjà engagées, pour améliorer notablement la prise en charge des pathologies neurologiques, dont l'accident vasculaire cérébral, doivent permettre de :

▶ rendre visibles les processus de prise en charge en amont de l'hospitalisation, améliorer le diagnostic et l'orientation des patients : protocoles, régulation, appel à l'expertise.

▶ de prendre en charge un plus grand nombre de patients dans le département de neurologie par une réduction significative de la DMS, en contractualisant avec les filières d'aval qui se développent :

- augmentation du nombre de lits de soins de suite et réadaptation (en Médecine Physique et Rééducation au CMC, en soins de suite médicalisés à orientation neurologique dans le futur établissement le Splendid à Echirolles),

- recherche de partenariats avec le secteur médico social,

- développement du recours à l'HAD.

▶ d'augmenter les séjours dans l'unité de soins lourds neurovasculaires redimensionnée, en conformité avec les textes qui paraîtront (surveillance continue ou soins intensifs neurologiques).

PROJET N°6 RENFORCER LES FILIERES DE PROXIMITE

▶ 1 Les urgences

La politique en faveur des urgences a constitué un axe important du précédent projet d'établissement en cohérence avec le SROS 2 et les plans gouvernementaux.

La mobilisation des acteurs médicaux et non médicaux, les moyens importants consacrés ces dernières années, notamment pour accroître la seniorisation médicale, ont permis d'améliorer la prise en charge.

Toutefois des difficultés majeures demeurent au SAU, dont l'origine principale réside :

- ▶ dans la faible part aujourd'hui de prise en charge des urgences médicales assurées par les établissements de santé sur le bassin grenoblois,
- ▶ dans l'insuffisance de l'offre en aval du SAU pour répondre aux besoins d'hospitalisation, notamment en médecine et en psychiatrie sur le bassin de santé.

L'amélioration du fonctionnement interne du SAU pour les cinq prochaines années passera par :

- ▶ **Une meilleure répartition** des prises en charge des urgences médicales entre établissements et à ce titre par le développement d'une collaboration forte avec la future UPATOU des Cèdres (ouverture septembre 2006) et l'actuelle UPATOU de la Clinique Mutualiste.
- ▶ **Une meilleure identification** dès le début 2006 de la zone d'examens et de soins permettant de mieux gérer les flux, en lien avec l'Unité d'Hospitalisation de Courte Durée, et d'assurer une meilleure qualité des soins, et la confidentialité au sein du SAU.
- ▶ **Le développement des avis de spécialistes seniors** pour les grandes spécialités médicales (Neurologie, Pneumologie, Gastro-entérologie, Gériatrie) et l'organisation de la formation continue des urgentistes dans les services médicaux.
- ▶ **L'affirmation du rôle de l'UMG** (Unité Mobile de Gérontologie) dans sa mission actuelle au SAU.
- ▶ **La mise en place d'une contractualisation :**
 - entre le SAU et les pôles d'activité,
 - entre le CHUG et les autres établissements de l'agglomération (notamment entre l'UPATOU des Cèdres et le service d'Orthopédie-Traumatologie de Sud, entre le SAU et l'UPATOU de la Clinique Mutualiste).
- ▶ **La mise en place d'outils de suivi et d'évaluation :** disponibilité des lits, registre des dysfonctionnements, entrées directes en urgence dans les services, réduction des délais d'attente des transports vers les services cliniques...

► **Une gestion facilitée de l'Unité d'Accueil et de Consultations Psychiatriques (UCAP)** gérée par le CH de Saint Egrève à compter de 2006, tout en maintenant son positionnement au sein du SAU.

► **Une réduction significative de la durée de séjour des patients** nécessitant une hospitalisation en contractualisant avec le CH de St Egrève pour le transfert des patients relevant de ses 9 secteurs de psychiatrie.

► 2 La psychiatrie

Le sous dimensionnement en lits installés d'hospitalisation au Centre Hospitalier de Saint-Egrève pour prendre en charge les patients des secteurs de psychiatrie dépendant de cet établissement et le maintien d'une population importante de patients en hospitalisation en psychiatrie qui relèverait de structures d'aval ont conduit le CHU à disposer d'une offre d'hospitalisation qui s'avère « surdimensionnée » pour répondre à ses missions de proximité (secteur G01) et de recours.

Par ailleurs, la démographie médicale en psychiatrie publique et la nécessité d'offrir des conditions nouvelles d'hébergement des patients en psychiatrie conduisent à retenir les objectifs suivants dans le domaine de la psychiatrie :

► **Adapter** l'offre d'hospitalisation complète de Psychiatrie du CHU aux besoins de proximité (une unité d'hospitalisation) et de recours (une unité) et transférer l'activité d'une unité au CH de Saint Egrève.

► **Implanter** géographiquement la psychiatrie adulte sur le site Nord pour favoriser les collaborations transversales (psychiatrie de liaison, psychologie, gestion de l'urgence...) et offrir aux patients des conditions hôtelières de qualité. L'implantation de la psychiatrie dans le pavillon D Villars, mis aux normes de sécurité incendie, permettra également la collaboration avec la gériatrie, la neurologie, la neuro-chirurgie sur des segments d'activités communs. La prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer et la recherche seront facilitées par le regroupement des expertises et des compétences.

► **Etudier** la pertinence d'alternatives à l'hospitalisation complète s'appuyant sur une unité d'HAD de Psychiatrie adulte.

► **Impliquer** l'unité d'hospitalisation pédo-psychiatrique dans la prise en charge des enfants nécessitant une hospitalisation en aval du futur POSU pédiatrique et réaliser un fonctionnement en continu 7j/7 notamment dans le cadre du projet d'hôpital Couple/Enfant.

► **Poursuivre** la recomposition des structures extra-hospitalières en pédo-psychiatrie (regroupement de CMP, implantation géographique nouvelle pour l'hôpital de jour), plus proche des populations desservies.

► **Améliorer** la visibilité de la communauté psychiatrique du CHU à partir des différentes compétences, notamment par l'organisation coordonnée des missions spécifiques (urgences, activités transversales).

Mettre en cohérence la psychiatrie et la psychologie médicale (définition des missions, compétences, politique de recrutement et de formation).

▶ 3 La politique gériatrique du CHU

La politique gériatrique du CHU doit être recentrée sur les deux enjeux majeurs que sont la fluidification de la filière interne des patients âgés fragiles et l'amélioration de la continuité des prises en charge de recours des patients entre la ville et l'hôpital.

Pour autant, face aux besoins importants de prise en charge des patients âgés sur l'agglomération grenobloise, le CHU ne peut être la seule structure de gestion de lits de médecine gériatrique et le seul lieu d'admission des patients âgés en urgence.

Les priorités d'action retenues par le CHU dans le cadre de la réforme du financement (T2A pour le court séjour et degré de dépendance Pathos pour les patients de SLD), sous réserve de leur accompagnement par l'ARH sont les suivantes :

▶ **Créer en 2006 dans l'hôpital Michallon une unité de court séjour gériatrique** d'environ 25 lits et l'articuler avec l'action de l'Unité Mobile de Gériatrie au SAU et l'ensemble de la filière gériatrique.

▶ **Créer en complément un pôle d'évaluation gériatrique** (consultations et hôpital de jour), notamment lorsqu'une intervention chirurgicale est envisagée.

▶ **Améliorer la prise en charge des personnes âgées fragiles** dans les services non gériatriques : poursuivre la diffusion de la «culture gériatrique» avec l'UMG, doter certains services de compétences gériatriques.

▶ **Recomposer l'offre de soins gériatriques** entre le service et le département existants, y compris sur un plan spatial et notamment d'identifier une unité de Neuro-Psycho-Gériatrie aiguë en court séjour.

▶ **Préparer l'évolution de la maison de retraite de la Bâtie** et certains lits de soins de longue durée dans le cadre de la réforme de la tarification des structures pour personnes âgées dépendantes et la reconstruction de la maison de retraite de la Bâtie en partenariat éventuel avec d'autres établissements. Les terrains du CHU sur le site de La Bâtie permettent de bâtir un projet gérontologique adapté.

Pour améliorer l'articulation ville hôpital :

▶ **Développer** une fonction de régulation gériatrique avec les médecins généralistes et le CLIC dans le cadre d'un réseau gérontologique à structurer, de créer un système d'informations gérontologique.

▶ **Etablir** des partenariats avec les réseaux privés pour faciliter le retour à domicile.

▶ **Poursuivre** le développement du conventionnement avec les EHPAD du bassin de santé notamment pour les patients déments, tout en souhaitant que d'autres établissements de santé de court séjour importants (pôle Mutualiste notamment) soient les partenaires aussi de ces EHPAD.

▶ **⊕ Rééducation et réadaptation : constituer un ensemble hospitalo-universitaire améliorant la filière d'aval du court séjour**

L'amélioration de la filière interne de prise en charge des patients (aval du SAU vers les unités de court séjour, puis aval de ces unités) passe en priorité par une meilleure réponse aux demandes de prise en charge des patients en SSR sur un plan quantitatif et qualitatif (cf. démarche qualité SSR).

Le CHU, sous l'impulsion de l'ARH, en conformité avec la politique de rééducation régionale, s'est impliqué depuis deux ans dans la gestion d'une offre de rééducation (intégration du CMC les Petites Roches, établissement de 178 lits, la création de lits de SRPR et de places de jour de MPR pédiatriques, l'ouverture d'un hôpital de jour de réadaptation cardiaque), offre qui n'existait jusqu'alors que de façon spécialisée pour la gériatrie.

Il est nécessaire de poursuivre cette politique volontariste, y compris en court séjour, tout en développant la recherche de l'efficacité et le développement des coopérations externes. Il est ainsi proposé de contractualiser avec les établissements prenant les patients du CHU (type de patients accueillis, conditions de retour au CHU, interventions des médecins du CHU...) : cela concerne notamment la prise en charge des patients en état végétatif chronique.

En renforçant le partenariat avec les établissements de santé en cours de transfert vers l'agglomération grenobloise, le CHU constituera dans les 5 ans du projet d'établissement un ensemble hospitalo-universitaire de médecine physique et réadaptation, couvrant l'ensemble des filières adulte et pédiatrique du CHU :

▶ **Pour l'adulte**, il sera doté en propre d'environ 100 lits et 20 places de jour, intégrés dans une extension de l'hôpital Sud, pour accueillir la Médecine Physique et de Rééducation du CMC, et demeure ouvert au partenariat avec les deux établissements en cours de transfert de Saint-Hilaire (Rocheplane et le CMUDD). Il sera orienté sur l'augmentation (à 40 lits) de l'offre de MPR neurologique, l'affirmation d'un pôle d'excellence en MPR destiné aux amputés et aux pathologies vasculaires (30 lits) et l'amélioration de la réponse du CHU aux besoins des polytraumatisés dans la discipline d'orthopédie-traumatologie (30 lits). 60 lits de réadaptation cardiaque seront également reconstruits et compléteront les 10 places de jour déjà implantées.

▶ **Pour l'enfant**, il comprendra quelques lits d'hospitalisation complète et une offre ambulatoire de rééducation pédiatrique, au sein de l'hôpital Couple Enfant, à partir du transfert des lits et des moyens du CMUDD.

Pour préparer ce projet sur le site Sud, seront mises en place les actions suivantes :

▶ Développement d'activités en Hôpital de Jour sous la responsabilité d'un médecin MPR.

▶ Installation de 6 lits de Soins de Réadaptation Post Réanimation adulte (déjà autorisés) afin d'engager sans délai la rééducation de ces patients et d'améliorer la filière d'aval des unités de réanimation (éviter de pénaliser cette offre insuffisante par des séjours longs).

- ▶ Optimiser les outils d'évaluation des besoins de SSR en aval du court séjour, par exemple en pneumologie, en rhumatologie...
- ▶ Améliorer l'assistance psychique et psychiatrique en rééducation, notamment au sein du CMC.

La prise en compte des besoins en rééducation des patients doit s'engager dès leur hospitalisation en court séjour et il convient d'examiner les modalités de renforcement de la présence rééducative : augmentation des professionnels paramédicaux de rééducation, notamment en réanimation et médecine, création d'une unité mobile de rééducation pluri professionnelle (diagnostic médical et paramédical concernant les déficiences, évaluation des besoins en rééducation, formation des professionnels...).