



# Groupement Hospitalier de Territoire

de l'Ouest Audois

Projet Partagé de Prise en charge  
du Patient

## **SOMMAIRE**

Remerciements.....	3
Préambule.....	4
Présentation du GHT Ouest Audois .....	6
Méthode de travail.....	10
Phase 1 : Modalités de travail .....	10
Phase 2 : Méthode utilisée.....	10
Phase 3 : Suivi et évaluation du dispositif.....	10
Synthese des objectifs.....	11
Thèmes du Projet Partagé de Prise en charge du Patient .....	12
Thème n°1 : AVC.....	12
Thème n°2 : Cancérologie .....	16
Thème n°3 : Imagerie médicale.....	19
Thème n°4 : Urgences .....	23
Thème n°5 : Consultations avancées.....	26
Thème n°6 : Gériatrie .....	29
Thème n°7 : Santé publique et précarité .....	36
Permanence et continuité des soins territoriale.....	37
Conventionnement .....	43
Calendrier 2017/2022 .....	43
Glossaire .....	44

## **REMERCIEMENTS**

**Aux Chefs d'établissement**  
**Aux Présidents de CME**  
**Aux Directions en charge des Affaires Médicales**

### **Aux Pilotes**

J. BERTIN – G. ALINS – JL. LABOUREY – C. ALLIES – V. BOUCARD – C. CABIE – C. DE LA VEGA – F. BICHON – J. ROHART – J. PEYRE – P. SOL – A. EL DJERBI

### **Aux parties prenantes et personnes ressources**

J BERTIN, G ALINS, D LE BIHAN, N TISSOT, J ABGRALL, C ESGAYS, C CABIE, A ROBINSON, F ATTANE, H BARTHAS, S LEGUISS, B GUILLEM, E BRUNET, F WONG

JL LABOUREY, C ALLIES, D VOICAN, S HACENE, C BOURREL, K LEMAIRE, N MERCIER, A MEHANAOU, M GASTON, C CAZALBOU, C COUSTAL, F SOUEF, N BABIN, Dr CARRE, M HAYET, M FABRE, A KHREICHE, I BAROU

E PROT, V BOUCARD, M GASTON , C CABIE, E BRUNET, C ALBOUY, N SAEZ QUEROL, N GOUDEY, S HAFFEN , A LLURDA, GIE IMO, A GUINAMANT, C DUBLE, GIE, F BICHON, AC CUXAC, MP MARSOL, N LAVERDET, H BARTHAS, JP AGUSSOL  
TDI IMADIS IRADIOLOGIE CHU Montpellier

R WARIN, G ALINS, B PETRISSAN, F WONG, F BICHON, C LUJAN, M DIAZ, A BERTROU, C GIANESINI, C DE LA VEGA

M FABRE, J BERTIN, MP CHANOINE, T BONNAFOUS, E ESQUIROL, N LAVERDET, C LUJAN, J PEYRE, R WARIN

P SOL, A EL DJERBI, P VACARISAS, MP CHANOINE, C LUJAN, R VAYR, S GUITTENY, G ALINS, P LAFFONT, C MARTY, A SALEH, E GORIN DE PONSAY

### **Aux animateurs**

S LAZAROVICI, MP CHANOINE

### **Aux concepteurs des documents**

M MAUDUIT, N LAPASSET ROUDIERE, S BONNAREL

## ***PREAMBULE***

### **Le projet partagé de prise en charge du patient (PPPP) : un socle et un fil conducteur pour l'action**

Ce projet médical et soignant est le résultat de plusieurs mois de travail intensif et participatif, associant des médecins, des cadres, des soignants et de nombreux représentants des trois hôpitaux parties au Groupement hospitalier de territoire de l'ouest audois (GHTOA).

Lors de la construction de ce document d'orientation, fondateur de notre GHT, nous avons souhaité respecter les principes que nous avons retenus dès l'élaboration de notre Convention constitutive :

- avant tout, travailler à rechercher la meilleure qualité de prise en charge pour nos patients au plus près de leur lieu de vie, en leur proposant des parcours simples, sûrs, accessibles, rapides, adaptés à leur situation et facilement compréhensibles pour eux, pour leurs proches et pour les professionnels libéraux qui les suivent au quotidien ;
- et pour y parvenir, s'attacher à respecter les valeurs que nous partageons : la solidarité, la loyauté, la sincérité et la transparence, et la bienveillance.

Dès le mois de septembre 2016 et l'approbation par l'ARS de la constitution du groupement, nous avons identifié les orientations de travail qui nous paraissaient les plus utiles et les plus pertinentes à mettre en œuvre pour assurer, en fonction de nos moyens et de nos compétences, la meilleure prise en charge sanitaire de la population du territoire ouest-audois.

La complémentarité de nos trois établissements est un atout, et leur ancrage local également. L'organisation des soins à laquelle nous travaillons tient compte de cet équilibre de fonctionnement que nous voulons respecter : permettre à chacun de nos établissements de jouer pleinement son rôle dans la graduation des parcours, en fonction de ses spécificités, des caractéristiques de chacun des bassins de vie et en tenant compte des relations existantes avec les professionnels de santé libéraux et les établissements sanitaires et médico-sociaux qui les entourent.

De surcroît, les liens solides et anciens que nous entretenons avec nos partenaires privés installés sur le territoire (ASM, Clinique Montréal, HAD notamment) constituent également un avantage précieux pour proposer, ensemble, une offre de soins de qualité et diversifiée.

L'objectif principal de notre projet est de répondre en proximité aux besoins de santé de la population du territoire, à chaque fois que c'est possible, et pour leur éviter d'aller rechercher ailleurs des soins qu'on est en mesure d'assurer localement, avec la qualité et la sécurité requises. Cet objectif est partagé par l'ensemble des acteurs que nous avons rencontrés et constitue le fil conducteur de notre projet.

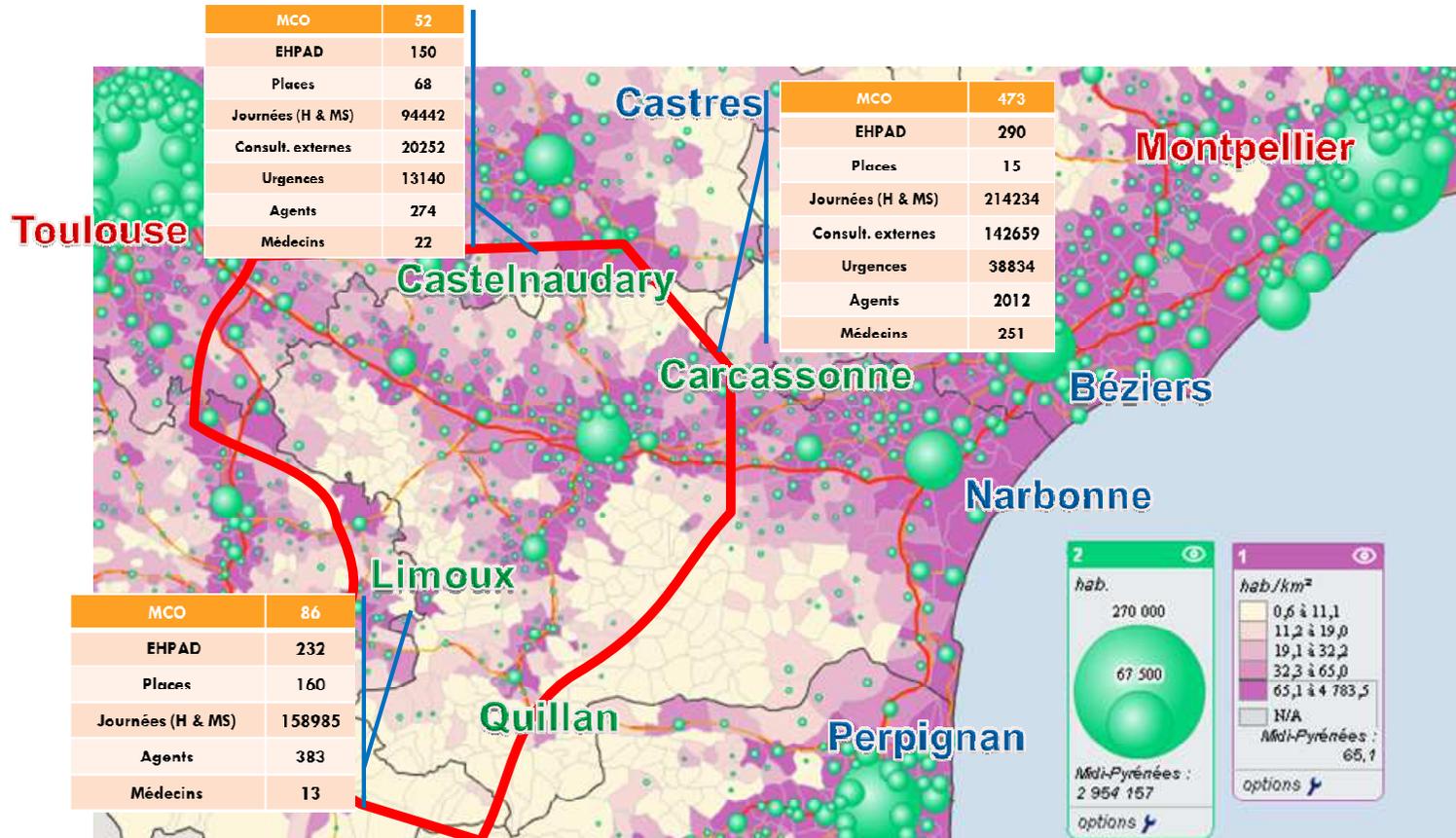
Et pour permettre la gradation des soins la plus complète possible, nous avons associé à notre démarche le CHU de Toulouse, notre établissement sanitaire de référence, et l'Oncopôle. Ce partenariat étroit avec les acteurs publics toulousains devrait être largement favorisé par le rattachement à venir de l'ouest audois à la subdivision d'internat de Toulouse.

Le recrutement et le renforcement médical de nos établissements et du territoire constituent la clef de voute et la condition sine qua none de la réalisation des actions que nous portons.

Ce projet veut être également un vecteur dynamique d'attraction des professionnels médicaux et paramédicaux.

Ce travail, aussi important soit-il, n'a pas la prétention de couvrir l'ensemble des domaines de la coopération actuelle et à venir. Le temps contraint de l'élaboration du projet partagé n'a pas permis d'approfondir l'ensemble des thématiques ni d'associer tous les acteurs avec lesquels nous voulons partager cette ambition et ce chantier majeur. Il est donc plutôt un commencement qu'un aboutissement et nous allons nous attacher, dans les semaines et les mois qui viennent, à le compléter, à le mettre en œuvre et à le faire vivre concrètement.

PRESENTATION DU GHT OUEST AUDOIS



En application de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016, les Centres Hospitaliers de Carcassonne, Castelnaudary, et Limoux-Quillan se sont entendus pour créer le Groupement Hospitalier de Territoire de l'Ouest Audois. Le CH de Carcassonne a été désigné, à l'unanimité, établissement support du groupement. La convention constitutive du GHT a été signée le 30 juin 2016 et approuvée par l'ARS le 1<sup>er</sup> septembre dernier. L'avenant n°1 a quant à lui été signé le 15 décembre 2016 et approuvé par l'ARS le 03 avril 2017.

Les trois établissements partis au GHT de l'Ouest Audois ont fait le choix d'inscrire dans la convention constitutive du groupement les valeurs fondamentales sur lesquelles ils souhaitent voir reposer cette coopération : Transparence, solidarité, loyauté, sincérité et bienveillance.

Les établissements parties sont complémentaires notamment s'agissant de leurs activités respectives, et la taille de ce GHT milite en faveur d'une gouvernance et d'un fonctionnement plus horizontaux que verticaux. L'accès aux soins et la qualité de la prise en charge des patients et résidents du territoire restent la priorité de ce GHT.

Données		CH Carcassonne	CH Castelnaudary	CH Limoux	GHTOA
Capacité	473 lits places et postes pour les activités de MCO	473	52	86	611
	Lits d'hébergement	290	150	232	672
	Lits de répit			3	3
	Places d'accueil de jour	15		15	30
	Places de SSIAD		68	132	200
	Places d'ESA			10	10
Activité	Journées d'hospitalisation et d'hébergement	214 234	94 442	158 985	467 661
	Venues en soins externes	142 659	20 252		162 911
	Passages aux urgences	38 834	13 140		51 974
Effectifs	Agents	2 102	274	383	2 759
	Médecins	251	22	13	286

#### Associations et Partenariats :

Le GHTOA a rencontré début janvier 2017 les représentants du CHU de Toulouse et de Montpellier afin d'aborder les possibilités de coopérations dans le cadre du GHT. Il a été convenu de signer une convention d'association avec le CHU de Toulouse qui sera le CHU de référence au titre de ses missions auprès du GHT. Le CHU s'est engagé à renforcer les liens déjà existants avec les établissements membres du GHTOA et à permettre aux praticiens des établissements parties au GHT de participer à des Programmes Hospitaliers de Recherche Clinique en particulier sur les filières cancérologies et gériatries. Ce travail se réalisera en lien avec l'Oncopole et le Gérontopole. S'agissant de la structuration d'une offre de soins publique graduée, le CHU de Toulouse souhaite en particulier mettre l'accent sur quatre filières dans le

cadre de la convention d'association qui le liera au GHTOA à savoir : la cardiologie, la néphrologie, la neurologie et l'ORL.

Les établissements parties au GHTOA souhaitent par ailleurs maintenir les relations étroites déjà tissées le CHU de Montpellier, y compris par voie de convention.

En outre, plusieurs partenariats sont actuellement en cours d'élaboration à l'échelle du GHTOA avec des partenaires historiques des trois établissements parties. Des rencontres ont déjà eu lieu en ce sens avec les structures suivantes :

- structure privée HAD du territoire : il a été convenu d'associer le médecin coordonnateur de la HAD au Collège médical
- structure psychiatrique et médico-social du territoire : USSAP – ASM
- Clinique privée du territoire (médecine et chirurgie) : Polyclinique Montréal

D'autres rencontres sont actuellement prévues notamment avec les structures de SSR du territoire.

#### Projet partagé de prise en charge du patient :

Il a été acté de travailler de manière concomitante le Projet médical et le Projet de soins via un Projet partagé de prise en charge du patient. A cet effet, et pour plus d'efficacité, le GHTOA a fait le choix de réunir les deux instances Collège médical et CSIRMT de groupement. Cette instance médico soignante a pour vocation de suivre l'avancée des mises en place du PPPP.

Les groupes de travail du PPPP sont co-pilotés par un médecin associé soit à un soignant soit à un administratif. Les groupes de travail ont réunis des praticiens de chaque établissement ainsi que des membres des CSIRMT de chaque établissement.

Les thèmes travaillés dans le PPPP suivent les orientations du projet médical partagé initial.

- Urgences
- Consultations avancées
- Imagerie médicale
- AVC
- Cancérologie
- Gériatrie

A ces six thèmes a été rajouté un sujet « précarité et santé publique ». Le travail sur ce thème doit débuter prochainement.

Les objectifs médicaux définis dans la convention constitutive visent à améliorer la réponse aux besoins de prise en charge sanitaire de la population du territoire par les établissements parties au groupement en interaction avec l'ensemble des acteurs de santé du territoire et les centres hospitaliers universitaires. Ils se déclinent sur 5 axes qui en constituent l'ossature.

#### Démographie médicale

- Définir et mettre en œuvre une approche coordonnée du recrutement médical ;

- Positionner le GHT, comme un acteur de présence médicale sur le territoire et de lutte contre la désertification médicale (équipe médicale de territoire, recours à la téléexpertise et la télémédecine) ;
- Organiser le parcours coordonné de l'internat et du post-internat entre les établissements et les CHU de référence et la médecine libérale.

#### Efficiences et mutualisation

- Mutualiser les fonctions médico-techniques de biologie, d'imagerie et de pharmacie ;
- Développer les équipes médicales territoriales pour la Radiologie et les Urgences ;
- Organiser les soins non programmés ;
- Organiser l'adressage et le suivi dans les parcours inter-établissements en lien avec la médecine libérale ;
- Mettre en œuvre des équipes territoriales en Gériatrie et dans les spécialités qui le nécessitent ;
- Mettre en œuvre un projet de prise en charge du patient articulé avec les projets partagés (médicaux et de soins).

#### Développement de l'offre de soins et gradation

- Construire et/ou organiser une offre de soins graduée en articulation avec le secteur libéral :
  - Consultations avancées et externes ;
  - Télémédecine (éviter des déplacements de patients, optimiser le temps médical) ;
  - Permanence et continuité des soins ; optimisation des filières AVC
  - Activités d'hospitalisation et virage ambulatoire ;
  - Organisation de l'expertise et du recours ;
  - Soins de suite, de réadaptation et de rééducation ;
- Favoriser l'accessibilité aux soins, notamment la prise en charge de la précarité

#### Filières et parcours

- Faire un état des lieux des besoins et des filières existantes, à créer ou à renforcer ;
- Assurer un parcours coordonné et cohérent des patients et des résidents d'établissement médico-social du territoire dans le cadre des filières gériatrique, psychogériatrique, Alzheimer, pathologies chroniques, soins palliatifs, cancérologique, urgences.

#### Association avec les centres hospitaliers universitaires

- Renforcer, conformément au Titre 06 - Article 2 - Associations avec les centres hospitaliers universitaires, les coopérations avec chacun des deux centres hospitaliers universitaires, prioritairement en matière de démographie médicale et dans la structuration d'une offre de soins publique et graduée.

Le GHTOA, qui s'est par ailleurs muni d'un règlement intérieur dès le mois de décembre 2016, a permis de développer des coopérations.

Parmi les avancées nous notons la poursuite et le développement des coopérations médicales sur :

- les consultations avancées de spécialistes du CH de Carcassonne vers CH de Castelnaudary et de CH de Limoux-Quillan,
- l'activité ponctuelle des urgentistes du CH de Castelnaudary au CH de Carcassonne,
- le recrutement d'un radiologue par le CH de Carcassonne facilité par la possibilité d'une activité partagée avec le CH de Castelnaudary,
- la mise à disposition de temps de radiologue et l'expertise de la chef de service du CH de Carcassonne au CH de Castelnaudary.

## **METHODE DE TRAVAIL**

### **PHASE 1 : MODALITES DE TRAVAIL**

- Mise en place des instances du groupement en lien avec les soins, Collège médical et CSIRMT de groupement, avec désignation des présidents respectifs.
- Elaboration par le DIM de territoire d'un diagnostic territorial d'activité et identification des flux patients et points stratégiques à travailler dans le cadre d'une première approche médicale.
- Analyse des données et détermination des thèmes prioritaires du projet médical partagé. Les thèmes identifiés sont, l'accident vasculaire cérébral, la cancérologie, les consultations avancées, l'imagerie, les urgences, la gériatrie. Ces thèmes sont en accords avec les orientations données par L'ARS et les premiers éléments du PRS 2.
- Validation par le Comité stratégique du GHT de la notion de projet partagé de prise en charge du patient (PPPP) en lieu et place de deux projets parallèles (soins, médical) intégration aux thèmes d'un septième thème relatif à la santé publique et à la précarité.
- Mise en place de groupes de travail médico soignants (7), dont le travail est organisé par un pilote médical et un copilote paramédical, aidés au niveau méthodologique par la direction des soins.
- Détermination de la méthode de travail et du livrable attendu
- Suivi de l'avancée de la démarche par l'instance médico soignante du GHT
- Présentation aux instances du GHT

### **PHASE 2 : METHODE UTILISEE**

- Chaque sous thème du projet fait l'objet de la mise en place d'un groupe de travail interne au GHT devant formaliser les actions souhaitables à mettre en place sur la base d'un état des lieux de l'organisation et de l'activité et d'un calendrier faisant état des priorités déterminées par le GHT.

### **PHASE 3 : SUIVI ET EVALUATION DU DISPOSITIF**

- L'avancée des actions en lien avec le PPPP est réalisée autant que de besoin par l'instance médico soignante (regroupant le Collège médical et la CSIRMT de groupement)
- L'évaluation des actions est colligée sur un suivi des actions format qualité (plan d'amélioration qualité)

## SYNTHESE DES OBJECTIFS

<b>Ressources médicales</b>	<p><b>Mettre en place une gestion des ressources médicales coordonnées qui permette la mise en œuvre des objectifs opérationnels du GHT</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Renforcer l'attractivité médicale par un projet professionnel qui tire parti des atouts d'une coopération entre les trois établissements (exemple en radiologie).</li> <li>2. Améliorer le fonctionnement des filières de prise en charge par un degré de coopération plus élevé notamment par une meilleure connaissance mutuelle des professionnels et une définition coordonnée des organisations médicales sous une forme adaptée à chaque projet (mise à disposition, activité partagée, équipe territoriale, fédération...).</li> <li>3. Conduire des actions conjointes dans le domaine des prestations médicales (ex : marché de téléradiologie de jour).</li> <li>4. Conduire des actions conjointes avec les médecins libéraux.</li> <li>5. Donner du poids et de la cohérence à nos demandes vis-à-vis du CHU par des démarches concertées et harmonisées, dans le cadre de la convention d'association qui portera sur le personnel médical, la formation (internat et post internat), et la recherche clinique.</li> </ol>
<b>AVC</b>	<p><b>Poursuivre la structuration de la filière AVC à l'échelle du groupement hospitalier Ouest Audois.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Développer la prévention primaire (facteurs de risques), secondaire (organiser sur le territoire la connaissance des signes de l'AVC), et tertiaire (prévention des récurrences, construction d'un projet de vie et réhabilitation sociale).</li> <li>2. Elargir l'offre de soins : augmenter le volume des consultations post AVC en veillant à une répartition adaptée au sein du GHT.</li> <li>3. Améliorer les circuits du patient à chaque étape : réduire les délais de prise en charge en phase aiguë, faciliter les transferts au sein du GHT, organiser l'aval (domicile, SSR...) au sein du GHT et avec les partenaires du GHT (CHU de Toulouse, partenaires locaux).</li> <li>4. Organiser davantage l'information donnée au patient à chaque étape de son parcours de soins (consultation d'annonce, information à la famille, éducation thérapeutique et partage des protocoles d'ETP).</li> </ol>
<b>Cancérologie</b>	<p><b>Déterminer les parcours patients à mettre en place entre le CHC et les établissements parties au groupement dans le cadre de la prise en charge d'une pathologie cancéreuse.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Adapter la stratégie médicale aux besoins de santé des patients de notre territoire en renforçant des prises en charge déjà présentes en lien avec les évolutions techniques : filière courte en sénologie, filière gastro entérologie/chirurgie, chirurgie thoracique et urologique en partenariat avec la clinique Montréal.</li> <li>2. Garantir un parcours de soins maîtrisé à l'échelle du territoire permettant notamment d'éviter les passages par les urgences grâce à des partenariats plus formalisés avec les acteurs incontournables de la filière cancérologie locaux (acteurs du domicile, clinique Montréal) et régionaux (oncopôle, CHU de Toulouse...).</li> <li>3. Renforcer les circuits internes de prise en charge : éviter les passages par les urgences, systématiser un projet de soins personnalisé quel que soit le type de prise en charge, suivi oncologique au plus près du domicile. (réseau paramédical de suivi)</li> <li>4. Mieux communiquer sur l'offre de soins proposée par le GHT.</li> </ol>
<b>Imagerie médicale</b>	<p><b>Maintenir une offre publique d'imagerie médicale sur le territoire du GHT qui permette un partenariat équilibré avec le secteur privé.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Créer une équipe médicale de territoire sur le GHT.</li> <li>2. Organiser la PDS imagerie (y compris Limoux, Quillan) sur le territoire prenant en compte les parcours patients : AVC, gériatrie.</li> <li>3. Coordonner les ressources médicales et techniques publiques et privées en utilisant des modes de coopération innovants.</li> </ol>
<b>Urgences</b>	<p><b>Garantir la qualité de la réponse sanitaire à l'aide médicale urgente par une organisation territoriale et interne repensée dans un contexte de démographie médicale raréfiée.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Proposer de travailler sur de nouvelles organisations territoriales pour optimiser les ressources médicales en lien avec les acteurs impliqués (hélismur, maisons médicales de garde...)</li> <li>2. Accompagner la modernisation des modes de prise en charge à l'hôpital dès l'accueil : finaliser la restructuration de l'accueil, mettre en place un binôme médico-soignant ( MAO IOA) d'accueil, accentuer les prises en charge aux urgences par filière notamment en pédiatrie, gériatrie, orthopédie.</li> <li>3. Structurer sur le territoire la prise en charge pré hospitalière et hospitalière par la création d'une équipe territoriale PM / PNM sur le GHT.</li> <li>4. Favoriser la communication entre les professionnels médicaux des urgences et la médecine de ville.</li> <li>5. Éviter le recours aux urgences par le développement des hospitalisations non programmées dans les services dès lors que le médecin traitant a établi un pré diagnostic.</li> </ol>
<b>Consultations avancées</b>	<p><b>Optimiser l'accès aux soins des patients du territoire du GHT par un maillage adapté des consultations</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Organiser le recours à des avis spécialisés en tenant compte des spécificités de chaque discipline et en étudiant les opportunités offertes par la télé-médecine.</li> <li>2. Proposer une programmation des rendez-vous modernisée et à l'échelle du territoire.</li> <li>3. Adapter le système d'informations, notamment par un accès dossier patient à distance entre établissements.</li> </ol>
<b>Gériatrie</b>	<p><b>Constituer une filière gériatrique cohérente et décloisonnée sur le territoire du GHT.</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Améliorer l'offre de soins par le renforcement des dispositifs existants (consultation mémoire, ortho-gériatrie, onco-gériatrie) et par des prises en charge innovantes (plateforme de la fragilité).</li> <li>2. Structurer des méthodes de régulation coordonnées : bed-management, admissions en EHPAD...</li> <li>3. Mutualiser les ressources humaines et techniques, notamment par la mise en place d'une astreinte soignante la nuit dans les EHPAD du GHT.</li> </ol>

**THEMES DU PROJET PARTAGE DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT**

**THEME N°1 : AVC**

<p><b>Titre</b></p>	 <p>PROJET PARTAGE DE PRISE EN CHARGE PATIENT GHT OUEST AUDOIS THEME AVC</p>	<p><b>Créée le</b></p>	<p>12 MAI 2017</p>
<p><b>Fiche d'identité</b></p>	<p><b>Parties prenantes et personnes ressources :</b> J BERTIN, G ALINS, D LE BIHAN, N TISSOT, J ABGRALL, C ESGAYS, C CABIE, A ROBINSON, F ATTANE, H BARTHAS, S LEGUISS, B GUILLEM, E BRUNET, F WONG</p> <p><b>Pilote/Suivi :</b> J BERTIN, G ALINS</p>		
<p><b>Objectif global lié</b></p>	<p><b>Déterminer les éléments à perfectionner dans la filière AVC sur le groupement hospitalier Ouest Audois</b></p>		
<p><b>Etat des lieux (diagnostic préalable)</b></p>	<p>La filière AVC est organisée sur le CH de Carcassonne (CHC). Un protocole de prise en charge technique a été élaboré au sein du CHC pour permettre à chaque acteur de se positionner au mieux.</p> <p>Le CHC a reçu en 2015 et 2016 respectivement 512 et 498 AVC et réalisé 152 transferts en 2015 et 162 en 2016 vers le CHU Toulouse en vue d'une prise en charge neurochirurgicale.</p> <p>Le CHC prend en charge les patients AVC au sein d'une UNV de 6 lits puis de façon secondaire en unité de neurologie de 24 lits.</p> <p>Le projet partagé de prise en charge du patient du GHT permet aujourd'hui d'interroger plus finement les organisations actuelles et les besoins identifiés par les établissements parties au GHT.</p> <p>L'objectif est de réduire les temps de prise en charge des AVC, sur l'ensemble du parcours du patient, tant au niveau de l'alerte que des transports, des examens d'imagerie, jusqu'à la mise en place effective du traitement. Dans la filière, seront également envisagés la sortie du patient, sa rééducation et son devenir.</p> <p>La cible de 50 minutes entre l'arrivée sur l'hôpital et la mise en place du traitement est visée. On compte aujourd'hui un temps moyen supérieur à 1 heure.</p> <p>L'AVC est une urgence qui doit être traitée dans les 6 h, suite à la survenue des premiers signes, chaque minute compte pour la récupération future du patient. Cette pathologie peut être prise en charge par thrombectomie ou thrombolyse qui doivent être mises en œuvre dans les plus brefs délais.</p> <p>On constate aujourd'hui que les patients du groupement peuvent arriver sur les établissements parties et non directement sur l'UNV. C'est ainsi que parfois le CH de Castelnaudary est amené à</p>		

prendre en charge en première intention des patients ayant fait un AVC. Le CH de Limoux a recours systématiquement au 15. Les contacts entre ces deux structures peuvent s'avérer difficiles (différence d'appréciation de la gravité de la pathologie).

Cependant, certains adressages hors CHC pourraient être évités par la mise en place d'un arbre décisionnel permettant aux médecins et à tout professionnel de santé de passer une information précise permettant de prendre en première intention la bonne décision d'orientation.

On constate également que les professionnels de santé des établissements du groupement et des EHPAD ne sont pas spécifiquement formés à la détection et à la mise en place de la bonne orientation du patient.

L'information aux régulateurs du 15 pour transfert est fonction de ce que la personne au bout du fil donne comme information et du questionnement clinique du régulateur.

L'appel au neurologue et au radiologue fonctionne pour une prise en charge sur le terrain dès l'arrivée du patient. Le neurologue est appelé en amont de l'arrivée du patient au CHC.

Une réflexion sur la participation d'un neurologue à la régulation est en cours.

Le PPR de Toulouse prend en charge l'AVC, le CHC y envoie des images par télétransmission via un portail spécifique (GCS télé santé Midi Pyrénées) et une décision de transfert du patient vers le CHU, si besoin, est prise en collégialité.

Le CHU de Toulouse est sollicité dans le cas des transferts pour thrombectomie.

Les patients sont techniqués selon le protocole carcassonnais, il n'y a pas à ce jour de coordination sur les pratiques entre les établissements de la filière.

La traçabilité des informations entre professionnels est à améliorer dans leur réalisation écrite et orale (URQUAL, CROSWAY, IMADIS).

Après le passage en UNV, le patient est transféré en neurologie. L'explication de la maladie est faite durant cette période. Les IDE du service participent au message délivré à la famille et au patient à hauteur de leurs compétences. Il n'y a pas de consultation d'annonce formalisée. La préparation de la sortie se fait dès l'entrée. Un circuit est organisé avec la Clinique du Sud en vue de proposer l'orientation des patients.

Les praticiens rééducateurs de Limoux souhaitent également assurer une présence régulière notamment pour évaluer l'orientation des patients de la Haute Vallée. La recherche d'une coopération public/public entre les établissements faisant partie du GHT doit être favorisée : création d'une filière AVC interne au GHT : neurologie au CH Carcassonne, SSR rééducation fonctionnelle aux CH Limoux-Quillan et Castelnaudary.

L'ETP est particulièrement importante dans cette pathologie. L'information ne peut être sereinement entendue par le patient en phase aiguë surtout en cas de diagnostic complexe.

Le recours à une consultation d'annonce PM /PNM devrait pouvoir être positionnée dans la filière.

L'entrée dans la maladie chronique est à accompagner sur le territoire en lien avec les professionnels libéraux. La maladie chronique change la vie des patients, leur projet de vie doit pouvoir être travaillé avec eux afin d'éviter les récives.

La synthèse de la CS post AVC doit être transmise aux professionnels qui prennent en charge le patient par la suite.

Castelnaudary ne dispose pas de consultation post AVC. Des consultations de neurologie devraient être organisées sur Limoux selon les possibilités de présence médicale.

Le SSR de Limoux dispose de temps d'orthophoniste et peut prendre en charge les patients neurologiques et ce sur un plateau technique performant couplé à une augmentation capacitaire de 10 lits en cours de finalisation. Certains patients partent encore sur Port la Nouvelle, Verdaïch ou

	<p>Cerbère du fait d'une méconnaissance de l'offre soins et des structures d'aval au sein du GHT.</p> <p>De plus, l'autorisation de spécialisation du SSR de Limoux en neurologie ainsi que la diversification des prises en charge sont projetées dans le cadre du PRS.</p> <p>Mise à part le développement récent d'une consultation post AVC sur le CHC, les infirmières participent très peu de façon construite au suivi des patients (annonce, information...).</p> <p>Un IDE participe à la CS Post AVC sur le CHC (prise d'attache téléphonique) ; en CS, l'IDE voit le patient avant le praticien. Elle est formée spécifiquement à la connaissance de cette pathologie.</p> <p>Le programme d'ETP de la Clinique du Sud n'est à ce jour pas encore partagé avec les professionnels du CHC. Quelle participation des patients experts ou des associations de malades ? Quel partage des programmes validés d'ETP ?</p> <p>L'Information au grand public et aux médecins libéraux est réalisée via les campagnes nationales (11 mai 2017).</p> <p>Les cabinets paramédicaux bénéficient de ces campagnes. Une journée d'information est réalisée chaque année sur le CHC. Les autres établissements n'organisent rien de spécifique en ce sens.</p> <p>En post AVC, les patients ne peuvent tous bénéficier de la CS de suivi, (Castelnaudary, Limoux) (en cours d'installation).</p> <p>La gestion des séquelles, dépressions et/ou démences vasculaires est à envisager sur le territoire (aide aux aidants pour les personnes les plus handicapées).</p> <p>L'association France AVC vient de s'implanter récemment sur Carcassonne et vient visiter les patients AVC sans organisation particulière ni attendus travaillés avec le CHC.</p>		
<b>Objectifs opérationnels</b>	<p>Organiser sur le territoire la connaissance des signes de l'AVC. Réduire les délais de prise en charge d'un AVC en phase aiguë.</p>	<b>Débuté-le</b>	12 avril 2017
	<p>Organiser les transferts (harmonisation des pratiques, transmissions inter établissements).</p> <p>Organiser l'information donnée au patient (consultation d'annonce, information à la famille, éducation thérapeutique et partage des protocoles d'ETP).</p> <p>Organiser l'aval de la filière, formaliser les parcours et conventionnement : rééducation, retour à domicile, SSIAD, USLD, EHPAD.</p> <p>Evaluer les modalités de transmission des informations et la coordination des acteurs lors des prises en charge.</p> <p>Augmenter le volume des consultations post AVC.</p> <p>Implanter les CS post AVC sur les établissements du groupement qui n'en bénéficient pas.</p> <p>Prévenir les récives et construire un projet de vie et réhabilitation sociale.</p> <p>Coordination entre la filière AVC Toulousaine et le GHT.</p>	<b>Fini le</b>	
<b>Démarches mises en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organisation de la consultation post AVC sur le CH de Carcassonne.</li> <li>• Organisation de la journée AVC inter établissements.</li> </ul>		

**Effets  
attendus sur**

- Le patient
  - Meilleure connaissance des signes d'alerte de l'AVC, de la maladie et de son suivi,
  - Meilleure connaissance des facteurs lui évitant les récurrences.
- Les pratiques médicales
  - Meilleure coordination des acteurs partie prenante de la prise en charge (aval).
- Les professionnels
  - Parfaire la connaissance des signes de l'AVC sur l'ensemble de la filière et notamment avec les EHPAD.
  - Promouvoir une réactualisation des connaissances des signes de l'AVC des professionnels de santé.
- Le système
  - L'optimisation de l'orientation initiale du patient vers la structure la plus adaptée.

## THEME N°2 : CANCEROLOGIE

<b>Titre</b>	   <p>PROJET PARTAGE DE PRISE EN CHARGE PATIENT GHT OUEST AUDIOIS THEME CANCEROLOGIE</p>	<b>Créée le</b>	15 MAI 2017
<b>Fiche d'identité</b>	<p><b>Parties prenantes et personnes ressources :</b></p> <p>JL LABOUREY, C ALLIES, D VOICAN, S HACENE, C BOURREL, K LEMAIRE, N MERCIER, A MEHANAOUI, M GASTON, C CAZALBOU, C COUSTAL, F SOUEF, N BABIN, Dr CARRE, M HAYET, M FABRE, A KHREICHE, I BAROU</p> <p><b>Pilote/Suivi :</b></p> <p>Dr LABOUREY, C. ALLIES</p>		
<b>Objectif global lié</b>	<p><b>Déterminer les parcours patients à mettre en place entre le CHC et les établissements parties au groupement dans le cadre de la prise en charge d'une pathologie cancéreuse</b></p>		
<b>Etat des lieux (diagnostic préalable)</b>	<p>Un projet d'organisation de la prise en charge rapide des patientes souffrant d'une pathologie tumorale au sein a été travaillé par les Dr HACENE, LABOUREY, VOICAN, BABIN, MARTINEZ, ALARD, GASTON...</p> <p>Cette première approche visait l'organisation d'un parcours de prise en charge rapide entre la première mammographie, la biopsie, le rendu des résultats organisé, le rendez-vous chirurgical, et la rencontre avec les praticiens en cancérologie et radiothérapie.</p> <p>L'objectif était de mettre en place une consultation d'annonce commune entre un chirurgien et le radiologue auxquels auraient été adressés les résultats anatomopathologiques de la biopsie mammaire.</p> <p>L'organisation pratique de cette première tentative s'est arrêtée à la détermination de locaux pour les rendus de résultats et n'a pas abouti. Cet arrêt est motivé par le départ en retraite de praticiens et l'absence prolongée d'un responsable médical de pôle.</p> <p>Sous l'égide du 3 C, une organisation est en cours de réflexion et très rapidement un numéro direct sera mis en place pour que les patientes ayant une mammographie positive puissent avoir une consultation de chirurgie en 48h, soit à la Clinique Montréal, soit à l'hôpital.</p> <p>Le CHC réfléchit à une fluidité du parcours vers des lits d'aval. Les liens avec les structures d'aval sont à renforcer avec Limoux pour optimiser les séjours inter cure pour des patients qui ne peuvent rentrer à domicile entre deux cures, ou avec l'HAD lorsque le retour à domicile est possible.</p> <p>Pour aller en ce sens, le CH de Limoux a entrepris une recherche de médecins généralistes en vue de faciliter la continuité des soins.</p> <p>Le CHC souhaite construire un réseau de professionnels paramédicaux formés au suivi clinique</p>		



	<p>Mener une action de communication sur les potentiels de prise en charge au niveau du GHT.</p> <p>Assurer une filière de suivi oncologique au plus près du domicile du patient.</p>		
<b>Démarches mises en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultations avancées d'oncologie</li> <li>• Convention entre le CH de Carcassonne et la Clinique Montréal sur la chirurgie lourde</li> </ul>		
<b>Effets attendus sur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients <ul style="list-style-type: none"> <li>– La prise en charge des patients est réalisée au plus près du domicile et dans des délais raccourcis</li> <li>– Meilleure adhésion au projet de soins proposé</li> <li>– Information sur le maillage de proximité et les potentiels de prise en charge</li> <li>– Rendez-vous de chirurgie et d'anesthésie donnés dès l'annonce de la maladie</li> </ul> </li> <li>• Les pratiques médicales <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mise en place d'une consultation d'annonce commune entre oncologues et chirurgiens</li> <li>– Implication des anesthésistes dans le parcours patient</li> <li>– Détermination d'un rendez-vous de chirurgie dès l'annonce</li> </ul> </li> <li>• Les professionnels <ul style="list-style-type: none"> <li>– Une volonté de coordination entre tous les acteurs potentiels du parcours personnalisé de soins</li> <li>– Détermination de modes de prise en charge concertés et formalisés entre les acteurs des parcours</li> <li>– Orientation vers des pratiques cliniques avancées pour les paramédicaux</li> </ul> </li> <li>• Le système <ul style="list-style-type: none"> <li>– Décloisonnement et recherche d'harmonisation des prises en charge entre les nombreux acteurs du parcours</li> </ul> </li> </ul>		

## THEME N°3 : IMAGERIE MEDICALE

	   <p>PROJET PARTAGE DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT GHT OUEST AUUDOIS THEME IMAGERIE MEDICALE</p>	Créée le	31 MAI 2017																										
Fiche d'identité	<p><b>Parties prenantes et personnes ressources :</b> E PROT, V BOUCARD, M GASTON , C CABIE, E BRUNET, C ALBOUY, N SAEZ QUEROL, N GOUDEY, S HAFEN , A LLURDA, GIE IMOIA, A GUINAMANT, C DOUBLE, GIE, F BICHON, AC CUXAC, MP MARSOL, N LAVERDET, H BARTHAS, JP AGUSSOL</p> <p>TDI IMADIS RADIOLOGIE CHU Montpellier</p> <p><b>Pilote/Suivi :</b> V BOUCARD / C CABIE</p>																												
Objectif global lié	<p><b>Maintenir une offre publique d'imagerie médicale sur le territoire du GHT afin d'optimiser le parcours patient.</b></p> <p><b>Structurer une offre d'imagerie, PDS incluse, sur le territoire en développant le partenariat public/privé "équilibré".</b></p>																												
Etat des lieux (diagnostic préalable)	<p><u>Etat des lieux des ressources et organisations de l'imagerie sur le territoire :</u></p> <table border="1" data-bbox="336 1263 1520 2033"> <thead> <tr> <th></th> <th>Structure juridique</th> <th>Ressources matérielles</th> <th>Ressources humaines</th> <th>Organisation</th> <th>PDS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>QUILLAN</td> <td>Privé TDI</td> <td>Rx conventionnelle Echographie</td> <td>Non connu</td> <td>Lu , Me, V 9h/12h 14h/18h30</td> <td>En PDS Régulation centre 15 et orientation du patient faite par le centre 15 vers Carcassonne</td> </tr> <tr> <td>LIMOUX</td> <td>Privé TDI</td> <td>Rx conventionnelle Echographie Mammographie Panoramique dentaire</td> <td>Non connu</td> <td>Lundi / Vendredi 7h45/12h 13h45/18h30 Samedimatin 7h45/12 h</td> <td>En PDS Régulation centre 15 et orientation du patient faite par le centre 15 vers Carcassonne</td> </tr> <tr> <td>CASTELNAUDARY</td> <td>Public</td> <td>Rx conventionnelle Echographie Mammographie Scanner</td> <td>Effectif cible PM : 3 ETP dont 1 partagé avec le CH de Carcassonne</td> <td>7/7 j H 24 Radiologue public du CHC</td> <td><b>Ligne 3</b> CHU Montpellier télértransmission de scanner.</td> </tr> </tbody> </table>						Structure juridique	Ressources matérielles	Ressources humaines	Organisation	PDS	QUILLAN	Privé TDI	Rx conventionnelle Echographie	Non connu	Lu , Me, V 9h/12h 14h/18h30	En PDS Régulation centre 15 et orientation du patient faite par le centre 15 vers Carcassonne	LIMOUX	Privé TDI	Rx conventionnelle Echographie Mammographie Panoramique dentaire	Non connu	Lundi / Vendredi 7h45/12h 13h45/18h30 Samedimatin 7h45/12 h	En PDS Régulation centre 15 et orientation du patient faite par le centre 15 vers Carcassonne	CASTELNAUDARY	Public	Rx conventionnelle Echographie Mammographie Scanner	Effectif cible PM : 3 ETP dont 1 partagé avec le CH de Carcassonne	7/7 j H 24 Radiologue public du CHC	<b>Ligne 3</b> CHU Montpellier télértransmission de scanner.
	Structure juridique	Ressources matérielles	Ressources humaines	Organisation	PDS																								
QUILLAN	Privé TDI	Rx conventionnelle Echographie	Non connu	Lu , Me, V 9h/12h 14h/18h30	En PDS Régulation centre 15 et orientation du patient faite par le centre 15 vers Carcassonne																								
LIMOUX	Privé TDI	Rx conventionnelle Echographie Mammographie Panoramique dentaire	Non connu	Lundi / Vendredi 7h45/12h 13h45/18h30 Samedimatin 7h45/12 h	En PDS Régulation centre 15 et orientation du patient faite par le centre 15 vers Carcassonne																								
CASTELNAUDARY	Public	Rx conventionnelle Echographie Mammographie Scanner	Effectif cible PM : 3 ETP dont 1 partagé avec le CH de Carcassonne	7/7 j H 24 Radiologue public du CHC	<b>Ligne 3</b> CHU Montpellier télértransmission de scanner.																								

			<b>Effectif réel : 0</b> Effectif cible PNM : 6 ETP MER 3 ETP secrétaire 0.5 Cadre supérieur	Radiologues privés du TDI  Télé radiologie I radiologie	
CARCASSONNE HOPITAL	Public	Rx conventionnelle Echographie Panoramique dentaire UCSA Médecine nucléaire Radio interventionnelle	Effectif cible PM : 7  <b>Effectif réel :</b> 4.2  Effectif cible PNM : 31.75 MER (mise à disposition sur les différents secteurs) 6.9 ETP secrétaires 2 ETP AS 6 ETP brancardiers	7/7 j H 24	<b>Ligne 1</b>  Radiologues publics du CHC en astreinte opérationnelle pour échographie et problème technique.
GIE partie publique CH Carcassonne	GIE conventi on 2002	1 scanner 1scanner 11/2017	Pour le second scanner Effectifs et organisations non encore déterminés	Radiologues publics	<b>Ligne 1</b> Imadis 18h30 / 8h
GIE partie publique CH Carcassonne	GIE conventi on 2002	2 IRM		Radiologues publics du CHC + I radiologie	<b>Ligne 2</b> 8h/20h radiologues en astreinte publique avec participation du privé S /D/ JF <b>20h / 8h = 0</b>
CARCASSONNE CLINIQUE		Rx conventionnelle Echographie Panoramique dentaire Mammographie Radio interventionnelle			<b>Ligne 4</b> 18h30/ 8h 7/7j
GIE partie privée Clinique Montréal	GIE conventi on 2002	1 scanner 1 IRM		Radiologues privés du TDI	

La ressource médicale se raréfie et se spécialise.

La spécialisation des praticiens (publics et privés) amène à une réalisation ciblée de certains actes :

- radiologie interventionnelle conventionnelle : quelques hystérogaphies sur le CHC, transit du grêle, TOGD...
- radiologie interventionnelle conventionnelle ciblée ostéo-articulaire : arthrographie (n'est plus réalisé sur le CHC) réalisée uniquement sur le privé.
- radiologie interventionnelle de dépistage : sein, foie, rein, poumons, os, drainage d'abcès : il n'y a pas de réalisation de ces actes sur le CH de Castelnaudary. Sur le CH Carcassonne, seule le Dr Gaston-Lefranc (public) et le Dr Tebboune (privé) réalisent ces actes en hospitalisation de jour.

L'autorisation du second scanner sur le CH de Carcassonne est conditionnée au développement de la radiologie interventionnelle de dépistage et à l'augmentation du flux des urgences.

L'harmonisation de la qualité des prestations (patient revu en post radio) est recherchée.

Points forts :

Offre technique complète sur l'ensemble du GHT et du territoire et complémentarité entre établissements. 38.000 scanners réalisés par an sur le territoire.

Ressources paramédicales disponibles.

Développement de la téléradiologie sur les établissements publics.

Points faibles :

Effectif médical en tension côté public, avec difficultés de recrutement.

**Conventionnement :**

Persistence d'une difficulté de recrutement médical public créant une divergence quant aux modalités d'organisations entre les établissements et entraînant un frein à la construction rapide d'une équipe territoriale.

**Financement :**

Les services financiers du CHC et du CH de Castelnaudary se coordonnent en vue d'étudier les conditions financières et le fonctionnement public/privé.

Le projet pourrait se scinder en deux parties :

- Etape 1 : L'organisation de l'imagerie au sein du GHT.
- Etape 2 : L'organisation de l'imagerie au sein du territoire, en incluant les partenaires du TDI.

A noter : quelques radiologues privés du TDI assurent le fonctionnement de l'imagerie publique, en l'absence de radiologues publics, sans conventionnement particulier et hors du GIE, en complémentarité de la prestation de télé radiologie.

<b>Objectifs opérationnels</b>	Création d'une équipe médicale sur le GHT : convention offre publique (recrutement commun sur le GHT d'un radiologue).	<b>Début-le</b>	19 avril 2017
	Coordination des ressources médicales publiques et privées.	<b>Fini le</b>	

	<p>Organisation de la PDS imagerie (y compris Limoux, Quillan..) sur le territoire prenant en compte les parcours patients: AVC, gériatrie...</p> <p>Optimisation des ressources techniques.</p>		
<b>Démarches mises en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convention inter établissements travaillée.</li> <li>• Une prise de rendez-vous en ligne sur le CH de Castelnaudary.</li> <li>• Accès direct donnée au CH de Limoux sur les rendez-vous en ligne de la radiologie de Castelnaudary</li> </ul>		
<b>Effets attendus</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients <ul style="list-style-type: none"> <li>– Une amélioration des parcours patients de l'AVC, de la cancérologie, de la gériatrie, un raccourcissement des délais de prise en charge à l'échelle de territoire.</li> </ul> </li> <li>• Les pratiques médicales <ul style="list-style-type: none"> <li>– Harmonisation des pratiques de prise en charge du patient entre le public et le privé.</li> </ul> </li> <li>• Les professionnels <ul style="list-style-type: none"> <li>– Optimisation de l'utilisation du temps médical.</li> <li>– Coordination des acteurs publics et privés.</li> </ul> </li> <li>• Le système <ul style="list-style-type: none"> <li>– Structuration de la filière publique de radiologie sur le territoire.</li> </ul> </li> </ul>		

## THEME N°4 : URGENCES

<b>Titre</b>	   PROJET PARTAGE DE PRISE EN CHARGE PATIENT GHT OUEST AUDOIS THEME URGENCES	<b>Créée le</b>	15 MAI 2017
<b>Fiche d'identité</b>	<p><b>Parties prenantes et personnes ressources :</b></p> <p>R WARIN, G ALINS, B PETRISSAN, F WONG, F BICHON, C LUJAN, M DIAZ, A BERTROU, C GIANESINI, C DE LA VEGA</p> <p><b>Pilote/Suivi :</b></p> <p>C DE LA VEGA, F BICHON</p>		
<b>Objectif global lié</b>	<p><b>Organiser les arrivées et les passages aux urgences par grandes filières en vue de réguler les temps de prise en charge.</b></p>		
<b>Etat des lieux</b>	<p>Le CHC, <b>hôpital support</b>, reçoit tous les flux du territoire de l'Ouest Audois (jusqu'à Lézignan).</p> <p>A ce jour, il existe un service d'urgence sur Carcassonne qui réalise <b>41 000 passages</b> à l'année, dispose de deux lignes SMUR, d'un hélicoptère et de deux antennes (Limoux-Quillan et Castelnaudary).</p> <p>Un <b>projet d'augmentation capacitaire</b> et d'organisation interne sur le CHC est en cours de réalisation. Il s'agit d'une augmentation du nombre de box, de l'activation d'une <b>filière courte</b> (de 4 à 9 box) prenant en compte toute la petite traumatologie, les pathologies médicales bénignes, la pédiatrie.</p> <p>La filière pédiatrique fait l'objet d'une réflexion avec l'ensemble des acteurs et sa mise en œuvre reste complexe (locaux, personnels, formation, financement, parcours patient). Il faut compter 800 CS pédiatriques par mois.</p> <p>A la filière courte vient s'ajouter une <b>filière longue</b> (de 4 à 8 box), pour prendre en charge toutes les pathologies lourdes avec 65/70 % de gériatrie. De nombreux EHPAD ne disposent plus de personnel IDE la nuit (uniquement AS et/ou ASH), ce qui génère des arrivées aux urgences. De plus, les retours à domicile des personnes âgées sont souvent difficiles à organiser (problème social, famille, autonomie, disponibilité d'ambulance). Tous les cabinets médicaux ont reçu l'information du numéro unique permettant de joindre un gériatre sur l'hôpital. Cependant, le taux d'occupation des secteurs de médecine, à 94 %, empêche de prendre en charge ces entrées directes. De fait, les praticiens envoient les personnes âgées aux urgences.</p> <p>Le CHC dispose de <b>deux SAUV</b> et d'une <b>UHCD</b> de 8 + 2 lits.</p> <p>L'accueil des <b>urgences psychiatriques</b> est organisé en lien avec l'USSAP.</p> <p>La <b>PASS</b> est également dans les locaux du service.</p> <p>Les urgences prennent en charge les patients en garde à vue, détenus et les patients relevant des urgences médico-légales. Le CHC est pourvu d'une chambre carcérale sécurisée pour assurer les hospitalisations.</p>		

	<p>La <b>régulation</b> du Centre 15 est assurée par les personnels des urgences de Carcassonne sur une plateforme mutualisée 15/18 déportée sur le site du SDIS.</p> <p>Une régulation de la PDSA est assurée tous les soirs de 20h à 0h en semaine, le samedi de 12h à 0h et le dimanche de 8h à 0h.</p> <p>La situation de la démographie médicale est fragile, il manque à ce jour 17 praticiens sur un effectif cible de 34.</p> <p><i>Il existe sur Carcassonne une Maison Médicale de Garde (MMG) ouverte 5/7j de 20h à 0h, le samedi de 12h à 0h et le dimanche de 8h à 0h. Le lien avec la MMG est établi par le médecin régulateur libéral. Un point mensuel de fonctionnement est fait entre les pompiers, les responsables médico soignants du SAMU et le responsable de la PDSA (régulation, réglementation).</i></p> <p>Dans le cadre de la <b>filière traumatologie</b>, une CS non programmée est mise en place aux urgences, assurée par les orthopédistes 3/7j.</p> <p>La filière ortho gériatrique fait l'objet d'une réflexion avec l'ensemble des acteurs et sa mise en œuvre reste complexe (locaux personnels, formation, financement, parcours patient gestion somatique de l'étiologie de la chute).</p> <p>L'UMG à ce jour n'intervient pas aux urgences.</p> <p><i>Les urgences obstétricales sont prises en charge par le pôle FE.</i></p> <p>Sur <b>Limoux</b>, la couverture médicale est assurée par les médecins libéraux sans permanence des soins H 24. De fait, les équipes se trouvent en difficulté la nuit. Deux médecins coordonnateurs libéraux vont prochainement partir du secteur de Limoux. Une demande de 10 lits polyvalents de SSR est en cours auprès de l'ARS en lieu et place de 10 lits de médecine sur le CH de Limoux. Deux praticiens PH sont en cours de recrutement en vue de renforcer la couverture médicale au sein du CH de Limoux. Les contacts avec la régulation sont parfois compliqués par méconnaissance de cette situation particulière. Les équipes ne disposent pas de fiche bilan préparatoire pour renseigner au mieux la régulation.</p> <p>Sur <b>Quillan</b>, le GHT dispose de 12 lits de médecine et 15 lits de SSR, d'une antenne SMUR H 24. Le médecin SMUR assure une activité de consultation non programmée. Cette zone géographique est en grande difficulté au niveau de la démographie médicale. La population est très éloignée des structures d'urgences.</p> <p>Sur <b>Castelnaudary</b>, il existe deux box d'urgence de CS, un SAS d'attente et une SAUV ainsi que 2 lits d'UHCD. Le service est ouvert H 24 et reçoit tout type de malade. Un service de radiologie conventionnelle et un scanner fonctionnent H24. La filière ambulatoire de Carcassonne prenant en charge la petite traumatologie n'est pas encore connue par le CH de Castelnaudary.</p> <p>Les filières AVC et cardiologie sont investies par Castelnaudary.</p> <p>La MMG de Castelnaudary fonctionne, mais les liens se font par la régulation (Centre 15) en semaine. Il n'y a pas de lien établi avec la maison médicale de garde et le CH de Castelnaudary.</p> <p>Un projet de convention allant dans le sens d'une équipe territoriale d'urgentistes est en cours de discussion.</p>
<p><b>Objectifs opérationnels</b></p>	<p><b>Structurer sur le territoire la prise en charge</b> pré hospitalière et hospitalière par la création d'une équipe territoriale PM / PNM sur le GHT.</p>

	<p><b>Conforter l'organisation médicale et paramédicale des secteurs recevant des urgences sur le GHT : démographie médicale mettant en question notre capacité à assurer l'ensemble de nos missions.</b></p> <p>Finaliser la <b>réorganisation de l'accueil des urgences du CHC</b>.</p> <p>Mise en œuvre d'un <b>binôme MAO et IOA</b> (accueil et tri sont un point important des parcours patients).</p> <p>Maintenir la couverture <b>hélismur</b> du département de l'Aude et envisager la possibilité d'avoir une équipe dédiée pour faire fonctionner l'hélicoptère et desservir l'ensemble du territoire Est et Ouest Audois.</p> <p>Mettre en place l'évaluation des fonctionnements avec les MMG.</p> <p>Optimiser le fonctionnement des filières pédiatrique et gériatrique.</p> <p>Formaliser les organisations d'une filière ortho gériatrique incluant les EHPAD (rôle de l'UMG, utilisation du DLU).</p> <p>Formaliser un document permettant aux équipes soignantes (CH et EHPAD) de donner la meilleure information à la régulation (éviter les pertes de temps et de chance).</p> <p>Eviter le recours aux urgences dans le cas des hospitalisations non programmées dès lors que le médecin traitant a établi un pré diagnostic.</p> <p>Favoriser la communication entre les professionnels médicaux des urgences et la médecine de ville.</p>
<p><b>Démarches mises en œuvre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Réorganisation architecturale de l'accueil en cours</li> <li>• Convention de partenariat entre le CHC et le CHCa sur la participation des médecins de Castelnaudary au fonctionnement de la régulation et du SMUR</li> </ul>
<p><b>Effets attendus sur</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients <ul style="list-style-type: none"> <li>– Réduction des temps d'attente avant prise en charge et avant transfert en hospitalisation</li> <li>– Améliorer la communication avec les usagers</li> </ul> </li> <li>• Les pratiques médicales <ul style="list-style-type: none"> <li>– Harmonisation des pratiques</li> <li>– Mise en place d'EPP CREX commun</li> <li>– Création d'une équipe territoriale. Rappel les 2 axes écrits du projet médical</li> <li>– Une communication fluide entre les différents acteurs</li> </ul> </li> <li>• Les professionnels <ul style="list-style-type: none"> <li>– Favoriser les entrées directes en service</li> </ul> </li> <li>• Le système <ul style="list-style-type: none"> <li>- Une égalité d'accès aux soins par une meilleure communication</li> </ul> </li> </ul>

## THEME N°5 : CONSULTATIONS AVANCEES

<b>Titre</b>	 PROJET PARTAGE DE PRISE EN CHARGE PATIENT GHT OUEST AUDIOIS THEME CONSULTATIONS AVANCEES	<b>Créée le</b>	11 AVRIL 2017
<b>Fiche d'identité</b>	<p><b>Parties prenantes et personnes ressources :</b>          M FABRE, J BERTIN, MP CHANOINE, T BONNAFOUS, E ESQUIROL, N LAVERDET, C LUJAN, J PEYRE, R WARIN</p> <p><b>Pilote/Suivi :</b>          J ROHART / J PEYRE</p>		
<b>Objectif global lié</b>	<p><b>Limitier les fuites de patients hors du GHTOA sur les disciplines concernées</b></p> <p><b>Elargir l'offre de consultation sur le GHT OA et optimiser l'accès aux soins</b></p>		
<b>Etat des lieux (diagnostic préalable)</b>	<p>Un premier état des lieux de l'avancée du projet de prise en charge du patient sur le thème des consultations avancées fait apparaître le besoin d'étudier l'activité de chaque praticien impliqué dans le dispositif actuel. La plus-value de la mise en place de consultations doit être déterminée, au vu de l'étude des temps détachables par l'établissement support, des volumes de CS, de l'adressage prioritaire sur les secteurs du groupement, de façon équilibrée pour chaque établissement.</p> <p>La position de chaque établissement est différente :</p> <p>Castelnaudary souffre actuellement d'une pénurie de cardiologues du fait de la présence d'un seul cardiologue sur la ville, de ce fait l'activité d'échographie cardiaque, d'écho doppler veineux supra aortiques est freinée. L'activité d'holter souffre de la même situation. La lecture à distance des holters semblerait techniquement réalisable.</p> <p>Certaines consultations avancées rendent un service avéré aux patients qui se trouvent sur le secteur de médecine du CH de Castelnaudary. C'est le cas des consultations réalisées par le Dr STROCK (gastroentérologie) et les DR VOICAN (onco/radiothérapie) et PM GARCIA (chirurgie vasculaire) qui se rendent sur le CH de Castelnaudary en vue de réaliser des consultations avancées et fournir un avis spécialisé aux patients hospitalisés. Les besoins en examens complémentaires ainsi que la cancérologie sont orientés vers le CH de Carcassonne.</p> <p>En ce qui concerne l'organisation des avis spécialisés, on constate les acteurs notent des difficultés à joindre un médecin référent par spécialité sur le CH de Carcassonne. L'organisation du recours à l'avis de spécialiste est à préciser et à formaliser. La demande d'avis aux spécialistes du CH de Carcassonne se heurte parfois à des non réponses, des appels perdus sur les services ou les secrétariats.</p> <p>La consultation d'addictologie est assurée sur Castelnaudary par le DR SOULIE.</p> <p>Le réseau plaies et cicatrisation utilise la télémedecine de façon satisfaisante facilitant en cela la prise en charge des patients à distance. L'apport du réseau CICAT-LR est déterminant sur les aspects mise à disposition de matériel nécessaire à la télétransmission.</p> <p>La question se pose au sein du GHT de comment organiser l'avis à distance d'un spécialiste en</p>		

télémédecine.

Quels professionnels en lien avec le patient (IDE, Sage-femme) ? Le groupe s'accorde sur la question suivante, comment fournir aux praticiens la bonne information afin d'assurer une qualité de consultation et d'échange avec le patient ? Les notions de check List sont évoquées afin de fournir au praticien l'information signifiante par rapport au patient et à sa demande. (urgence ou non de la consultation). Nous évoquons également les notions de compétences avancées, d'infirmières cliniciennes... (promotion de nouvelles approches du soin pour pallier le manque de temps médical).

La notion d'entretien clinique infirmier est à investiguer sur des thèmes à choisir.

Nous avons comme exemple le réseau plaies et cicatrisation qui utilise les compétences d'IDE formés spécifiquement à ces problématiques de soins.

La consultation Post AVC peut également être prise comme exemple de mise en place de coopération médico soignante, pour déterminer en première intention si le suivi post AVC est simple. Dans ce cas, il peut rentrer dans le champ d'une compétence paramédicale incluant l'éducation thérapeutique.

S'il s'agit d'un suivi complexe, une compétence médicale sera nécessaire.

Est également citée, comme possibilité d'optimisation du temps de neurologues, la passation de la consultation mémoire à la compétence de gériatrie et l'implication organisée sur le territoire des neuro psychologues.

La notion de dossier partagé sur le groupement est également évoquée, mais ce sujet demande la mise en place d'un schéma directeur du système d'information sur le groupement. La possibilité de donner les accès au dossier à distance, d'un établissement à un autre, aux praticiens, afin que les équipes d'un établissement où il n'y a pas de médecin puissent travailler en ligne avec les praticiens et que ceux-ci puissent prescrire sans avoir à se déplacer. La prescription à distance et l'accès au dossier sont réalisables sur le CH de Carcassonne.

La programmation d'actes de bloc opératoire à distance pour les praticiens qui se déplacent est un sujet à investiguer.

L'état des lieux de l'offre de médecine libérale sur les secteurs n'est pas suffisamment précis, nous ne connaissons pas clairement (listing formalisé) les offres de soins sur des secteurs tels que la gynécologie, la cardiologie ...ainsi que les modes de recours.

Sur le CH de Limoux des consultations privées sont réalisées (cardiologie, ophtalmologie,...).

Ressources disponibles sur le CH de CASTELNAUDARY : 1 IDE, 1 secrétaire et 8 bureaux de consultations hors gynéco/obst (1 sage-femme présente)

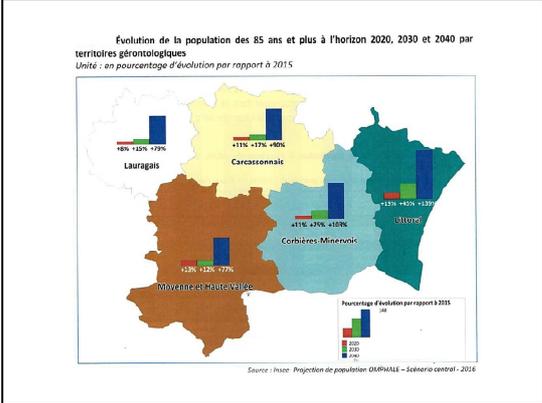
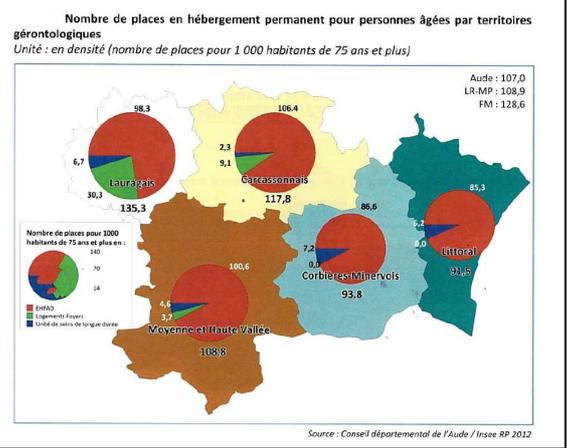
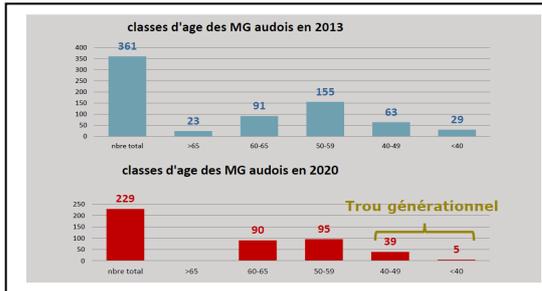
Besoins identifiés par LIMOUX (par ordre de priorité):

- Neurologie
- Endocrinologie (augmentation du temps existant)
- ORL (sous réserve du recrutement à venir au CH Carcassonne)
- Gynécologie/périnatalité
- Plaies et cicatrisation
- Pédiatrie

Besoins identifiés par CASTELNAUDARY :

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardiologie</li> <li>- Endocrinologie (augmentation du temps existant)</li> <li>- Pneumologie</li> </ul> <p>Enfin, la mise en place d'un site internet du groupement permettrait de préfigurer les évolutions du SI et de mettre en place des prises de RDV en ligne généralisées, permettant aux patients et aux praticiens de positionner plus facilement des RDV.</p>		
<b>Objectifs opérationnels</b>	Développement de CS selon un modèle économique validé. Organisation du recours à l'avis spécialisé entre Ets support et Ets parties au GHT. Désenclavement des zones en dette d'offre de soins par mise en place de CS par télémedecine (PM / PNM). Mise en place d'un site internet groupement. Favoriser un accès dossier patient à distance entre établissements.	<b>Début-le</b>	Mai 2017
		<b>Fini le</b>	
<b>Démarches mises en œuvre</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elargissement des plages d'endocrinologie sur le CH de LIMOUX.</li> </ul>		
<b>Effets attendus sur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Les patients           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Offrir aux patients une proximité de lieux de consultations.</li> </ul> </li> <li>• Les pratiques médicales           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Permettre aux praticiens d'intervenir à distance.</li> </ul> </li> <li>• Les professionnels           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Faciliter le suivi de patients à distance par la mise à disposition des informations entre établissements.</li> </ul> </li> <li>• Le système           <ul style="list-style-type: none"> <li>– Fluidifier et faciliter les prises de rendez-vous et la connaissance de l'offre de soins.</li> <li>– Etre promoteur de la diffusion du DMP.</li> </ul> </li> </ul>		

# THEME N°6 : GERIATRIE

<p><b>Titre</b></p>	 <p>PROJET PARTAGE DE PRISE EN CHARGE PATIENT GHT OUEST AUDOIS THEME PRISE EN CHARGE DE LA PERSONNE AGEE</p>	<p><b>Créée le</b></p>	<p>5 AVRIL 2017</p>																										
<p><b>Fiche d'identité</b></p>	<p><b>Parties prenantes et personnes ressources :</b> P SOL, A EL DJERBI, P VACARISAS, MP CHANOINE, C LUJAN, R VAYR, S GUITTENY, G ALINS, P LAFFONT, C MARTY, A SALEH, E GORIN DE PONSAY</p> <p><b>Pilote/Suivi :</b> P SOL, A EL DJERBI</p>																												
<p><b>Objectif global lié</b></p>	<p>Favoriser <u>le repérage</u> des personnes à risque de fragilité, améliorer l'adaptation des structures aux besoins identifiés et mieux coordonner les professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social sur le territoire du GHT</p>																												
<p><b>Etat des lieux (diagnostic préalable)</b></p>	<div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;">  <p>Evolution de la population des 85 ans et plus à l'horizon 2020, 2030 et 2040 par territoires gérontologiques</p> <p>Unité : en pourcentage d'évolution par rapport à 2015</p> <p>Source : Insee - Projection de population DMRSVALLE - Scénario central - 2016</p> </div> <div style="width: 50%;">  <p>Nombre de places en hébergement permanent pour personnes âgées par territoires gérontologiques</p> <p>Unité : en densité (nombre de places pour 1 000 habitants de 75 ans et plus)</p> <p>Aude : 107,0 LR-MP : 108,9 FM : 128,6</p> <p>Source : Conseil départemental de l'Aude / Insee RP 2012</p> </div> </div> <div style="margin-top: 20px;">  <p>classes d'âge des MG audois en 2013</p> <table border="1"> <tr><th>Classe d'âge</th><th>Nombre</th></tr> <tr><td>total</td><td>361</td></tr> <tr><td>&gt;65</td><td>23</td></tr> <tr><td>60-65</td><td>91</td></tr> <tr><td>50-59</td><td>155</td></tr> <tr><td>40-49</td><td>63</td></tr> <tr><td>&lt;40</td><td>29</td></tr> </table> <p>classes d'âge des MG audois en 2020</p> <table border="1"> <tr><th>Classe d'âge</th><th>Nombre</th></tr> <tr><td>total</td><td>229</td></tr> <tr><td>&gt;65</td><td>90</td></tr> <tr><td>60-65</td><td>95</td></tr> <tr><td>50-59</td><td>39</td></tr> <tr><td>40-49</td><td>5</td></tr> </table> <p>Trou générationnel</p> </div> <div style="margin-top: 20px; border: 1px solid black; padding: 10px; text-align: center;"> <p>Un tiers des médecins généralistes peuvent prétendre à la retraite à partir de 2020.</p> </div> <p>Etat des lieux des ressources pour la prise en charge des personnes âgées sur le territoire Ouest Audois :</p> <p>A ce jour, le territoire est doté des capacités suivantes :</p>			Classe d'âge	Nombre	total	361	>65	23	60-65	91	50-59	155	40-49	63	<40	29	Classe d'âge	Nombre	total	229	>65	90	60-65	95	50-59	39	40-49	5
Classe d'âge	Nombre																												
total	361																												
>65	23																												
60-65	91																												
50-59	155																												
40-49	63																												
<40	29																												
Classe d'âge	Nombre																												
total	229																												
>65	90																												
60-65	95																												
50-59	39																												
40-49	5																												

### PPPP GHT - Filière Gériatrie - Nombre de lits

		Médecine	SSR	USLD	EHPAD	SSIAD
Limoux		30 Méd. Polyv.	29 Locomoteur	en projet de demande avec LISP		142 places (dont 10 ESA)
Quillan		12 Méd. Polyv.	15 Polyvalent			
Castelnaudary		25 Méd. Polyv. (dont 3 LISP)	25 Gériatrique	30	120 (dont 12 UHR)	68
Carcassonne		28 Méd. Polyv. 28 Méd. Gér.		30	170 RDO (dont 14 UHR) 90 Iéna	
Etablissements GHT	EHPAD Madeleine Brès (CH Limoux-Quillan)				60	
	EHPAD Chénier (CH Limoux-Quillan)				103 (dont 12 UHR et 12 UVS + 15 places Accueil de jour)	
	EHPAD St-Hilaire (CH Limoux-Quillan)				52 (dont 12 UVS)	
	EHPAD Roquefeuil (CH Limoux-Quillan)				17 places	
	EHPAD Espérasa (en direction commune CH Limoux-Quillan)				85 (dont 17 UVS) 6 places d'AJ et plateforme de répit 3 places	
	EHPAD Le Castelou (en direction commune CH Castelnaudary)				65 (dont 23 UVS + 3 AJ)	
	EHPAD Saïssac (en direction commune CH Castelnaudary)				73 (dont 17 UVS)	
	EHPAD Trèbes (intérim CH Carcassonne)				48	
	Partenaires	EHPAD Montréal (GSM-MS)				68 (dont 15 UVS)
EHPAD Fanjeaux (GCS-MS)					73 (dont 24 UVS + 1 AT localisé en UVS)	
EHPAD Belpech (GCS-MS)					91 (dont 16 UVS + 2 AT + 6 AJ)	
Lordat			40 Polyvalent			
USSAP			44 (dont 25 Gériatrique, 10 UCC et 3 LISP)	30		
USSAP Hôpital de jour						
EHPAD "Les Rosiers" (tenue par USSAP à Castelnaudary)					22 (UVS ?)	
EHPAD Le Pla du Moulin (Couiza)						
USSAP					32	
EHPAD R Badoc (USSAP Limoux)					40	
La Vernède						
Le Christina - Chalabre						
Clinique du Sud						
Clinique Montréal						
SSIAD Belpech (GCS-MS)						59 places (dont 10 ESA)
SSIAD Saïssac						
Foyer logement Pierre Estève - Castelnaudary						135 lits (= 95 logements)
EHPAD et SSIAD Chalabre						
<b>TOTAUX</b>		<b>123</b>	<b>153</b> (dont 25 Gériatrique - 10 UCC - 3 LISP))	<b>90</b>	<b>1344</b> (dont 30 AJ - 3 AT - 38 UHR - 158 UVS)	<b>269</b> (dont 20 ESA)
Légende	AI = Accueil de Jour				UCC = Unité Cognitive-Comportementale	
	AT = Accueil Temporaire				UHR = Unité d'Hébergement Renforcée	
	ESA = Equipe Spécialisée d'Accompagnement (pour les patients Alzheimer)				UVS = Unité de Vie Sécurisée	
	GCS-MS = Groupement de Coopération Sociale et Médico-Sociale					

Les habitants de 75 ans et plus représentent 10,5 % de la population de l'Occitanie. Cette population est en proportion plus importante dans les zones rurales, mais en valeur absolue majoritairement présente dans les zones urbaines.

On considère habituellement la personne âgée selon trois catégories : robuste, fragile et dépendante. Le groupe de travail a ciblé ces deux dernières catégories.

Une adaptation des structures au regard des besoins identifiés à venir sera donc à prévoir, par exemple au regard des capacités des lits de soins palliatifs, des lits d'USLD, EHPAD, HAD et des places de SSIAD pour favoriser le maintien à domicile.

Sur cet enjeu important du maintien à domicile, qui figure comme un des axes prioritaires du Projet régional de santé (PRS2) relatif au vieillissement, le groupe de travail a souligné la nécessité d'agir sur le repérage de la fragilité.

En effet, le dépistage de la fragilité et la prévention de la perte d'autonomie, ainsi que la prévention de la iatrogénie (induite par les prescriptions de ville ou à l'hôpital) sont des points importants dans le maintien des populations de personnes âgées à domicile. Cette prévention doit donc s'exercer au travers de la prévention des fragilités en ciblant en particulier les chutes, la grabatisation et la iatrogénie médicamenteuse.

Un certain nombre de dispositifs sont mis en place dans chacun des établissements du GHT afin de favoriser le repérage de la fragilité : consultations mémoire (1 labélisée à Carcassonne pour le service de neurologie et 2 consultations avancées à Castelnaudary et Limoux-Quillan réalisées par des psychogéiatres).

Au sein du CH de Carcassonne, il existe une équipe mobile de gériatrie intra-hospitalière (EMG) qui réalise entre autre des dépistages de la fragilité en cardiologie et des suivis de patients relevant de l'onco-gériatrie en HDJ de médecine.

A ce jour, les patients chuteurs sont revus en consultation de dépistage, qu'ils aient eu une fracture ou pas. Cette activité s'inscrit dans le cadre de l'ortho gériatrie afin d'éviter les récives de chutes et les conséquences induites (CS externe d'ortho-gériatrie). Dans ce cadre, les moyens de l'EMG sont utilisés, à savoir l'ergothérapeute. Le psychologue réalise un "débrouillage cognitif" et un dépistage thymique. La diététicienne réalise, quant à elle, un bilan nutritionnel. A cette première approche, il est noté un manque de temps d'assistante sociale et de kinésithérapeute.

Les moyens utilisés ne sont pas dédiés à un dépistage organisé de la fragilité chez la PA. La prévention est peu envisagée faute de moyens. Des points importants comme la polymédication ne peuvent être étudiés.

Un projet est en cours de réflexion sur l'étude des ordonnances et du projet thérapeutique par un pharmacien lors de la CS. Une réflexion similaire est portée sur l'étude des bilans biologiques.

Sur le CH de Carcassonne, un praticien réalise les évaluations entre 12h et 14h, n'ayant pas de temps médical dédié à cette activité. L'activité journalière étant très importante, les actions d'information sur la réalisation des bilans de fragilité sur l'hôpital, à destination de la médecine de ville, n'ont pu être, à ce jour, engagées, faute de temps, malgré la volonté des praticiens.

La démarche d'évaluation de la fragilité entamée sur le CH de Carcassonne reste "artisanale", ne disposant pas de temps paramédical spécifique (rééducateur, ergothérapeute). Tous les patients ne passent pas par l'HDJ. La CS à 23 euros n'a pas été un élément de motivation probant.

Le dépistage se fait à minima au niveau des patients sortants. L'EMG joue un rôle mineur dans cette organisation.

Sur le territoire, les acteurs sont nombreux à intervenir auprès des personnes âgées, mais pas forcément à travailler sur le thème du repérage de la fragilité. Les outils sont différents car plutôt destinés à évaluer les déficits et handicaps déjà présents, en vue de les prendre en charge.

Le CH de Limoux-Quillan travaille quant à lui sur la sortie et son organisation. Sur cette partie du parcours patient sont mis des temps d'assistante sociale, d'ergothérapeute et de psychologue, en lien avec le SSIAD, si nécessaire, qui travaille également sur le risque de chute et d'autres fragilités. Un projet personnalisé est mis en place pour chaque patient. Les sujets de la nutrition, de l'activité physique sont abordés lors du suivi par le SSIAD.

En outre, le réseau de santé gérontologique (moyenne et haute vallée) réalise également des évaluations en vue d'organiser le maintien à domicile. Ces actions sont aussi menées par le SSIAD et l'ESA.

Sur le secteur de la moyenne et haute vallée de l'Aude, les bilans réalisés par les divers acteurs du parcours patients (SSIAD, ESA, RSG, les services de médecine du CH Limoux-Quillan) ne sont pas identiques, ni dans leur objectif, ni dans leur contenu. Ils n'ont pas non plus un caractère standardisé. Ils obéissent à des logiques propres à chaque structure.

Très souvent d'ailleurs, ces bilans sont ciblés sur une problématique identifiée sur le patient (en fonction des premiers constats établis).

Schématiquement, ces bilans n'ont pas vocation à repérer les fragilités. Ils sont orientés vers l'évaluation des déficits et des handicaps déjà installés, qui ont un impact sur l'autonomie, les soins requis et le maintien au domicile. La prise en charge de ces problèmes est soit une réhabilitation, soit des mesures compensatoires des déficits (orthésage, aménagement du domicile par exemple).

Sur le secteur de Castelnaudary, une évaluation de la fragilité est réalisée au sein des consultations mémoire, des actions sont également menées par l'ESA de Belpech.

D'une façon globale, les évaluations sont faites plus spécifiquement dans le cadre des suivis de patients. Il conviendrait de trouver une organisation territoriale et coordonnée permettant de généraliser le repérage et l'évaluation de la fragilité afin d'en prévenir les conséquences.

Les municipalités et le département démarrent une action sur la faisabilité de la mise en place effective d'activités physiques adaptée (programme sénior bien-être).

Le pôle de référence régional (gérontopole Toulouse) met à disposition des professionnels des outils et documents visant à favoriser des démarches communes et harmonisées.

L'organisation existante mérite de pouvoir être développée avec du temps médical et paramédical dédié.

CLIC, MAIA, CS mémoire, réseau de santé gérontologique, services d'aide à domicile sont quelques-uns des acteurs du territoire. A titre d'exemple, en moyenne et haute vallée, un classer de liaison des intervenants à domicile a été mis en place afin de mieux coordonner les actions auprès de la personne âgée et de ses aidants, et de fluidifier la circulation de l'information.

	<p>Le Centre Hospitalier de Limoux propose d'organiser le dépistage de la fragilité pour les patients de la moyenne et haute vallée de l'Aude.</p> <p>Les psycho-gériatres et gériatres de Limoux et Castelnaudary, avec au besoin l'expertise des médecins rééducateurs, pourraient s'investir dans le développement de l'ortho-gériatrie, avec, comme travail préparatoire, d'harmoniser les protocoles d'évaluation et de prise en charge.</p> <p>Dans le cadre des maladies neurodégénératives, le repérage des patients de la moyenne et haute vallée ayant des plaintes mnésiques peut faire figure d'exemple à suivre s'agissant de la mise en place du repérage des fragilités, car il cible une seule fragilité</p> <p>Le bilan gérontologique standardisé est lourd et long, et de ce fait difficile à généraliser sur l'ensemble de la population âgée d'un département. Pour les patients au domicile, l'entrée dans un système d'évaluation passe par un repérage simplifié, qui implique les médecins généralistes et les autres professionnels de santé. A partir de là, l'évaluation doit être très ciblée et se concentrer sur les facteurs clés, telle que le risque de chute. Il serait également possible, dans cet esprit, de réaliser des évaluations à la carte, selon les fragilités préalablement repérées (voir par exemple la pratique du SSIAD et de l'ESA de Limoux-Quillan).</p> <p>Ces évaluations ciblées pourraient être réalisées par des infirmières formées, des masseur-kinésithérapeutes, des ergothérapeutes ; le médecin intervenant pour la prescription et la coordination.</p> <p>La réflexion sur la CS mémoire, réalisée par les gériatres, pourrait être lancée dans cette même idée.</p> <p>La coordination des ressources médico soignantes entre les trois établissements du groupement pourrait être un point moteur pour le démarrage de cette réflexion sur le dépistage de la fragilité.</p> <p>Par ailleurs, le groupe de travail a souligné que la situation des personnes âgées adressées aux urgences nécessitait un examen particulier.</p> <p>Le service des urgences du CHC reçoit 65 à 70 % de personnes âgées relevant de problématiques gérontologiques. Le constat établi au niveau du travail sur la filière des urgences vaut également pour la filière gériatrique dans le cadre du GHT. Les EHPAD du territoire ne disposent pas d'infirmière de nuit, ceci génère des arrivées de résidents aux urgences et des mouvements entre établissements insuffisamment préparés. Il conviendrait de travailler sur le territoire l'organisation d'une équipe d'IDE de nuit ; l'objectif étant de faire baisser les arrivées aux urgences la nuit.</p> <p>En outre, les retours des personnes âgées sur le domicile sont souvent difficiles à organiser au niveau du logement, de la prise en charge, des aidants, des transports.</p> <p>Dans ce contexte, il apparaît utile d'organiser un parcours en circuit court évitant les passages aux urgences, en particulier lorsque le diagnostic est posé par les médecins traitants ou par les médecins coordonnateurs EHPAD.</p>		
<p><b>Objectifs opérationnels</b></p>	<p>Organiser un dispositif commun, type plateforme de la fragilité, regroupant du temps médical et paramédical des trois établissements du GHT, alimenté par les consultations anesthésiques (pour chirurgie programmée), les CLIC, les professionnels libéraux, les services hospitaliers, en précisant les rôles de chacun.</p>	<p><b>Début-le</b></p>	
		<p><b>Fini le</b></p>	

	<p>L'élaboration d'un support commun de bilan ciblé de la fragilité sera réalisée par les équipes gériatriques du GHT à destination des professionnels intervenant à domicile, en particulier les IDE, dans le cadre d'une convention de coopération.</p> <p>Dans cette organisation, il a été identifié 3 consultations prioritaires :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• CS mémoire à pérenniser</li> <li>• CS ortho-gériatrique à développer ou mettre en place</li> <li>• CS onco-gériatrie à développer ou mettre en place</li> </ul> <p>Mettre en place une équipe IDE de nuit d'astreinte sur les EHPAD, à coordonner avec la régulation pour la mise en place d'un circuit court (en particulier en cas de problème orthopédique en lien avec la CS d'ortho-gériatrie).</p> <p>Mettre en place une coordination entre ETS du GHT pour mieux organiser le parcours des patients complexes (repérage des « bed bloqueurs » et commission d'admission en visio-conférence mensuelle).</p> <p>Favoriser le développement de la télémédecine</p> <p>Adapter et renforcer l'offre en places SSIAD et d'USLD et de lits de soins palliatifs.</p>		
<p><b>Démarches mises en œuvre</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention de dépendance évitable, formation et démultiplication sur le GHT en cours.</li> <li>• Dépistage de la fragilité sur les secteurs d'oncologie et cardiologie.</li> <li>• Consultation Mémoire sur la moyenne et haute vallée.</li> <li>• Coordination entre le CH de Limoux-Quillan, le CLIC, l'USSAP et le réseau gérontologique de la moyenne et haute vallée.</li> <li>• Test de dépistage de la fragilité aux urgences à évaluer.</li> <li>• Etude des causes de chutes et actions en rapport.</li> </ul>		
<p><b>Effets attendus sur</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Le patient</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Diminution du nombre d'hospitalisation évitables</li> <li>– Diminution des durées d'hospitalisation</li> <li>– Eviter les transferts inadaptés sur les urgences</li> <li>– Diminuer les pertes de chances par la mise en place de circuits courts</li> </ul> </li> <li>• <b>Les pratiques médicales</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Harmonisation des outils et supports d'aide à la prise en charge (protocoles)</li> <li>– Fluidification des relations entre professionnels</li> <li>– Création d'une équipe mobile territoriale travaillant selon des pratiques standardisées et coordonnées, pour répondre aux enjeux de démographie médicale</li> </ul> </li> </ul>		

- **Les professionnels**

- Favoriser les accès courts et les alternatives à l'hospitalisation
- Amélioration de la sécurisation des parcours des patients âgés, en particulier en fluidifiant le parcours des patients atteints de troubles cognitifs et du comportement (exemple EHPAD-service de médecine-UCC)

- **Le système**

- Développement des actions de prévention
- Meilleur accès aux soins sur le territoire
- Amélioration des aides aux aidants

## THEME N°7 : SANTE PUBLIQUE ET PRECARITE

Ce thème sera travaillé ultérieurement.

**PERMANENCE ET CONTINUITE DES SOINS TERRITORIALE**

<p><b>Titre</b></p>	   <p><b>L'ADEQUATION ENTRE LES RESSOURCES MEDICALES ET LE PROJET DE PRISE EN CHARGE DU PATIENT : LA REPONSE DU GHT OUEST AUDOIS</b></p>	<p><b>Créée le</b></p>	<p>21-06-2017</p>
<p><b>Fiche d'identité</b></p>	<p><b>Parties prenantes et personnes ressources :</b></p> <p>Chefs d'établissement</p> <p>Présidents de CME</p> <p>Directions en charge des affaires médicales</p> <p><b>Pilote/Suivi :</b></p> <p>E PROT</p>		
<p><b>Objectif global lié</b></p>	<p><b>Mettre en place une gestion des ressources médicales coordonnées qui permette la mise en œuvre des objectifs médicaux du GHT</b></p> <p>En effet, la présence de praticiens en nombre suffisant constitue un pré requis incontournable de la mise en place du projet médical partagé.</p> <p>L'article 2 de la Convention constitutive fixe les objectifs suivants en matière de démographie médicale :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Définir et mettre en œuvre une approche coordonnée du recrutement médical</li> <li>2. Positionner le GHT comme acteur de présence médicale sur le territoire et de lutte contre désertification médicale (équipe médicale de territoire, recours à la télé expertise et télémédecine)</li> <li>3. Organiser le parcours coordonné de l'internat et du post-internat entre les établissements et le CHU de référence et la médecine libérale</li> </ol>		
<p><b>Etat des lieux (diagnostic préalable)</b></p>	<p><b>Axe 1 : Schéma territorial de la permanence des soins en lien avec le schéma régional</b></p> <p><u>Etat des lieux</u> : L'organisation territoriale de la PDES a été actée en collège médical le 23 février 2017. Elle figure en annexe.</p> <p><u>Diagnostic</u> : la mutualisation de deux dispositifs de PDES en imagerie est à organiser.</p> <p><b>Axe 2 : Participation des équipes médicales au projet médical partagé</b></p> <p><u>Etat des lieux</u> :</p> <p>1/ Le tableau des effectifs de chaque partie au groupement au 1<sup>er</sup> mai 2017 figure en annexe. Il mentionne pour chaque service, les filières de prise en charge auxquelles il participe et sera amené à participer.</p> <p>2/ Des conventions d'activité partagée ont été mises en place entre les 3 établissements dans le cadre des consultations avancées :</p>		

CH de Limoux	Références	Intitulé
		Protocole sur les modalités de coopération pour les consultations avancées en diabétologie : active médical
		Protocole sur les modalités de coopération pour les consultations avancées en oncologie : inactif par manque de temps
CH Castelnaudary	Convention 2010-31	Relative à la mise à disposition d'un appui dans le domaine du PMSI et de la T2A : active
	Convention 2009-18	avenant n°14, relatif à la mise à disposition de chirurgiens Orthopédistes : inactive, reprise en cours d'étude
	Convention 2009-18	avenant n°15, relatif à la mise à disposition de chirurgiens vasculaires : active
	Convention 2009-18	avenant n°16, relatif à la mise à disposition de gastro-entérologue : active
	Convention 2009-18	avenant n°23 relatif à la mise à disposition de chirurgiens viscéraux : active
	Convention 2009-18	avenant n°25 bis relatif à la mise à disposition d'un pédiatre,
	Convention 2009-18,	avenant n°26 relatif à la mise en place de consultations avancées en cancérologie (radiothérapie) : active
	Convention 2009-18	avenant n°28 relatif aux consultations avancées en diabétologie : active
	Convention 2012-07	relative au fonctionnement du Centre Périnatal de Proximité (CPP) : active
	Convention 2009-18	avenant n°13, relatif à la mise à disposition de chirurgiens anesthésistes : inactive par manque de temps médical , reprise en cours d'étude.

3/ Une approche coordonnée est déjà en place sur certains dossiers depuis la mise en place du GHT:

- FORMATION : action de formation en intra sur les médecins à diplôme étrangers organisée en 2016 entre les trois établissements,
- RECRUTEMENT : Analyse commune de candidatures avec 1 recrutement commun à ce jour (imagerie)
- FILIERE URGENCES : participation des médecins urgentistes du CH de Castelnaudary aux activités du CH de Carcassonne depuis juillet 2016 et rédaction de la convention ad hoc
- FILIERE IMAGERIE : après janvier 2016 : une évaluation médicale et soignante de l'activité du CH de Castelnaudary conduite par le chef de service et les cadres de Carcassonne, des vacations réalisées par la chef de service de Carcassonne sur le site de Castelnaudary, une participation du chef de service et du cadre de santé au groupe de travail du CH de Castelnaudary... et rédaction de la convention ad hoc

Diagnostic : il est remarquable qu'une très large majorité d'unités médicales soient concernées par le projet médical partagé. La collaboration entre les directions des affaires médicales est à créer, celle entre équipes médicales et soignantes doit encore se développer mais les premiers dossiers conduits depuis la création du GHT mettent en lumière la qualité de la coopération qui préexistait entre les 3 établissements et permettra de définir des projets communs ambitieux.

<b>Objectifs opérationnels</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Renforcer l'attractivité médicale par un projet professionnel qui tire parti des atouts d'une coopération entre les trois établissements (exemple en radiologie),</li> <li>Améliorer le fonctionnement des filières de prise en charge par un degré de coopération plus élevé notamment par une meilleure connaissance mutuelle des professionnels et une définition coordonnée des organisations médicales sous une forme adaptée à chaque projet (mise à disposition, activité partagée, équipe territoriale, fédération....)</li> <li>Conduire des actions conjointes dans le domaine des prestations médicales (ex : marché de téléradiologie de jour),</li> <li>Conduire des actions conjointes avec les médecins libéraux</li> <li>Donner du poids et de la cohérence à nos demandes vis-à-vis du CHU par des démarches concertées et harmonisées, dans le cadre de la convention d'association qui portera sur le personnel médical, la formation (internat et post internat), et la recherche clinique.</li> </ul>	<b>Début-le</b>	14/10/2016
		<b>Fini le</b>	
<b>Démarches mises en œuvre</b>	<p><u>Methodologie :</u></p> <p><u>1 – Etat des lieux</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Recensement des besoins de personnel médical (yc internes) au regard des volumes d'activité,</li> <li>Partage des pratiques de recrutement,</li> <li>Plan de formation DPC (harmonisation des circuits, actions de formation communes...),</li> </ul> <p><u>2- Définition d'objectifs communs</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Démarches conjointes : prestations de recherche de médecins, articulation avec les CHU , constitution d'équipes territoriales en lien avec les projets de filières (urgences, radiologie, ,et les spécialités qui le nécessitent), mise à disposition d'internes...</li> </ul> <p><u>3- Définition d'un plan d'actions</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Toiletage des conventions existantes, avec notamment la prise en compte des dispositifs réglementaires relatifs à la prime d'exercice territorial</li> <li>Travail techniques entre équipes sur les supports juridiques de coopération : objectifs, principes, méthode, outils, évaluation.</li> </ul>		
<b>Effets attendus sur</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Les professionnels <ul style="list-style-type: none"> <li>Faciliter les recrutements et améliorer les organisations médicales au service des filières de prise en charge</li> <li>Faciliter l'accès à des postes d'internes ou d'assistant par une taille critique des projets proposés</li> </ul> </li> <li>Les pratiques médicales <ul style="list-style-type: none"> <li>Optimiser les moyens humains et techniques (télémédecine) pour garantir une offre de soins publique</li> <li>Faciliter l'accès à la recherche clinique</li> <li>Développer les apports techniques mutuels entre les services en charge de la gestion des affaires médicales</li> </ul> </li> </ul>		

**SCHEMA TERRITORIAL DE LA PERMANENCE DES SOINS du GHT OUEST AUDOIS\***

adopté en collège médical le 23 février 2017

	CARCASSONNE	LIMOUX	CASTELNAUDARY	Hors GHT mais en partenariat avec le GHT
Réanimation polyvalente & surveillance continue	1 Garde			
Urgences - SAMU - Smur	5 Gardes (régulation , accueil, SMUR 1 e 2 et antenne Quillan) +1/2 garde à l'accueil 11h-23h		1 Garde	
Oncologie médicale	Astreinte forfaitisée			
Pneumologie	Astreinte			
Rhumatologie	Astreinte de sécurité commune avec médecine polyvalente et médecine gériatrique (astreinte territoriale)			
USMP				astreinte financée par le GCS soins palliatifs
Médecine Polyvalente	Astreinte de sécurité commune avec médecine polyvalente et médecine gériatrique (astreinte territoriale)			
Médecine gériatrie	Astreinte de sécurité commune avec médecine polyvalente et médecine gériatrique (astreinte territoriale)		1 Astreinte commune médecine/SSR gériatrique/SSR polyvalent/USLD et UHR	
SSR				
UHR				
USLD				
Cardiologie et maladies vasculaires	1 garde pour l'USIC et 1 asreinte pour la cardiologie interventionnelle			
Endocrinologie Diabétologie Maladies métaboliques	astreinte (territoriale)			
Néphrologie Hémodialyse Diabétologie	1 astreinte			
Neurologie et explorations neurologiques	1 astreinte			
Chirurgie orthopédique et traumatologique	1 astreinte			
Chirurgie viscérale	1 astreinte			
Chirurgie Vasculaire et thoracique	1 astreinte			
Urologie				1 astreinte sur la Clinique Montréal mais intervention sur le CH en période de PDS + réponse aux appels des services
Gastro-entérologie	1 astreinte			
Anesthésie	1 garde + 1 astreinte opérationnelle transformée en garde le we et JF (**)			
Spécialités de la face	ORL : non mis en place faute de praticien OPH : astreinte non financée assurée partiellement par un PH de l'établissement			OPH : confié à la clinique Montréal non mis en place
Gynécologie obstétrique	1 garde			
Pédiatrie	1 astreinte			
Biologie médicale	1 astreinte (territoriale)			
Imagerie médicale	- 1 astreinte de radiologie assurée par Téléradiologie sauf échographie assurées par les praticiens - astreinte IRM en journée le we en partenariat avec les radiologues privés du GIE IMO		1 astreinte	
Pharmacie/Stérilisation	1 astreinte (astreinte territoriale)			
EHPAD				
* Arrêté du 4 novembre 2016 modifiant l'arrêté du 30 avril 2003 relatif à l'organisation et à l'indemnisation de la continuité des soins et de la permanence pharmaceutique dans les établissements publics de santé et dans les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes				
** : garde destinée à répondre aux besoins de l'activité d'obstétrique				
Lignes de garde	9,7		1	
Lignes d'astreintes	18		1	

**TABLEAU DES EFFECTIFS DU GHT - EQUIPES MEDICALES CONCERNEES PAR LES FILIERES DU PROJET PARTAGE DU PATIENT**

CH CARCASSONNE			CH CASTELNAUDARY			CH LIMOUX			GHT			
Service	Effectif cible au 1/5/17	Effectifs rémunérés au 1/5/2017	Service	Effectif cible	Effectifs rémunérés au 1/5/2017	Service	Effectif cible	Effectifs rémunérés au 1/5/2017	service	effectif cible	effectifs au 1/5/2017	Filières du PMP concernées au 21-6-2017 **
Réanimation polyvalente & surveillance continue	7,60	7,60										
CESU	0,20	0,20										
Urgences - SAMU - Smur	34,30	24,29		5,43	5,2							Urgences AVC
Radiothérapie	3,00	3,50										Consultations avancées Cancérologie
Oncologie médicale	4,20	4,25										Cancérologie
Pneumologie	6,45	5,15										Consultations avancées Cancérologie
Rhumatologie	3,40	3,40										
USMP	1,33	1,43										
addictologie (= 0,8 équipe de liaison + 0,4 consult	0,80	0,70										Consultations avancées
douleur	1,00	0,20										
CSAPA	1,30	1,10										
Médecine Polyvalente	8,00	7,15	Médecine	2,60	2,0	Limoux	2,00	0,80				Consultations avancées (plaies et cicatrisation, dermatologie)
						Quillan	0,20	0,20				Consultations avancées au CHC Gériatrie
Médecine gériatrie	5,00	5,40										
Cardiologie et maladies vasculaires	8,00	7,13				Consult. cardio.	0,20	0,20				Consultations avancées
Endocrinologie Diabétologie Maladies métaboliques	3,60	2,60										Consultations avancées
Néphrologie Hémodialyse Diabétologie	5,60	3,60										Consultations avancées
Neurologie et explorations neurologiques	6,00	6,20										Consultations avancées AVC
Chirurgie orthopédique et traumatologique	6,00	5,00										Consultations avancées

CH CARCASSONNE			CH CASTELNAUDARY			CH LIMOUX			GHT			
Service	Effectif cible au 1/5/17	Effectifs rémunérés au 1/5/2017	Service	Effectif cible	Effectifs rémunérés au 1/5/2017	Service	Effectif cible	Effectifs rémunérés au 1/5/2017	service	effectif cible	effectifs au 1/5/2017	Filières du PMP concernées au 21-6-2017 **
Chirurgie viscérale	4,00	4,00										Consultations avancées Cancérologie
Chirurgie Vasculaire et thoracique	3,00	2,43										Consultations avancées
Urologie	1,00	0,30										
Gastro-entérologie	6,00	4,08										Consultations avancées Cancérologie
Anesthésie	12,20	10,88										<i>Consultations avancées</i>
Spécialités de la face	5,30	3,30										<i>Consultations avancées Cancérologie</i>
Gynécologie obstétrique	10,00	9,43										Consultations avancées Cancérologie
Pédiatrie	5,20	3,61										Consultations avancées
Centre de vacc	0,30	0,30										
CAMSP	1,80	1,80										
Biologie médicale	4,40	4,40										Urgences?
Imagerie médicale	6,20	5,41		3,50	1,0							Imagerie Cancérologie AVC
Médecine Exploration Vasculaire	2,00	1,90										
Médecine Nucléaire	3,50	3,30										
Pharmacie	7,00	6,00		1,25	1,3		1,00	1,00				
Stérilisation	1,50	1,50										
Hygiène Hospitalière	1,30	1,30										
SSR				1,30	1,0	2 SSR	2,30	2,30				Gériatrie
EHPAD	2,20	2,20	USLD/EHPAD	1,90	1,5	5 EHPAD	2,40	2,40				Gériatrie
SIM	3,60	3,10					0,20	0,20				DIM de territoire
Hors Pôle	7,05	7,45		1,3	1,3							
<b>TOTAL CH</b>	<b>193,33</b>	<b>165,59</b>		<b>17,28</b>	<b>13,3</b>		<b>8,30</b>	<b>7,10</b>				

\* - remplaçants contractuels inclus - hors intérim

\*\* : Filières mentionnées à l'article 2 de la convention constitutive

en italique : consultations avancées supplémentaires souhaitées

Postes non pourvus sur le GHT	32,92	15%
-------------------------------	-------	-----

## **CONVENTIONNEMENT**

Etablissements et structures en convention ou à conventionner :

- ADOC
- Centre de Radiologie du Dôme
- CH Toulouse
- CHU Montpellier - TDI Imadis
- Clinique Montréal
- GCS Télé Santé Midi Pyrénées
- GIE
- Gynécologues de la ville
- HAD
- les EHPAD - USLD - SSIAD
- Ligue contre le cancer
- Maison d'arrêt (/ UCSA)
- Maison Médicale de Garde
- Représentants des usagers
- Réseau de soins palliatifs
- SDIS
- USSAP

## **CALENDRIER 2017/2022**

- Envoi ARS le 30 juin 2017.
- Détermination des priorités Septembre / Octobre 2017 – 2 par an.
- Désignation des pilotes et copilotes médicaux et feuille de route.
- Suivi des actions par le conseil stratégique et la commission médico soignante du groupement du GHT.

## GLOSSAIRE

<b>3 C</b>	Centre de Coordination en Cancérologie	<b>JF</b>	Jour Férié
<b>ADOC</b>	Association de Dépistage Organisé de Cancers	<b>MAIA</b>	Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des malades Alzheimer
<b>ARS</b>	Agence Régionale de la Santé	<b>MAO</b>	Médecin d'Accueil et d'Orientation
<b>AS</b>	Aide-Soignant	<b>MER</b>	Manipulateur d'Electro Radiologie
<b>ASH</b>	Agent des Services Hospitaliers	<b>MMG</b>	Maison Médicale de Garde
<b>AVC</b>	Accident Vasculaire Cérébral	<b>PA</b>	Personne Agée
<b>CH</b>	Centre Hospitalier	<b>PASS</b>	Permanence d'Accès aux Soins de Santé
<b>CHC</b>	Centre Hospitalier de Carcassonne	<b>PDS</b>	Permanence des Soins
<b>CHCa</b>	Centre hospitalier de Castelnaudary	<b>PDSA</b>	Permanence des Soins Ambulatoire
<b>CHU</b>	Centre Hospitalier Universitaire	<b>PH</b>	Praticien Hospitalier
<b>CLIC</b>	Centre Local d'Information et de Coordination	<b>PIMM</b>	Procédés et Ingénierie en Mécanique et Matériaux
<b>CREX</b>	Comité de Retour d'Expérience	<b>PM</b>	Personnel Médical
<b>CROSSWAY</b>	(logiciel médical)	<b>PML</b>	Plate-forme Médico-Logistique
<b>CS</b>	Consultation	<b>PNM</b>	Personnel Non Médical
<b>DLU</b>	Dossier de Liaison d'Urgence	<b>PPR</b>	Plan de Prévention des Risques
<b>EHPAD</b>	Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes	<b>Rx</b>	Radiologie
<b>EMG</b>	Equipe Mobile de Gériatrie	<b>SAUV</b>	Salle d'Accueil des Urgences Vitales
<b>EPP</b>	Evaluation des Pratiques Professionnelles	<b>SDIS</b>	Service Départemental d'Incendie et de Secours
<b>ESA</b>	Equipe Spécialisée d'Accompagnement	<b>SMUR</b>	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
<b>ETP</b>	Equivalent temps plein	<b>SSIAD</b>	Service de Soins Infirmiers A Domicile
<b>ETP</b>	Education Thérapeutique	<b>SSR</b>	Soins de Suite et de Réadaptation
<b>ETS</b>	Etablissement de Santé	<b>TDI</b>	Tivoli Dôme Imagerie
<b>FE</b>	Femme-Enfant	<b>TOGD</b>	Transit Oeso-Gastro-Duodéal
<b>GCS</b>	Groupement de Coopération Sanitaire	<b>UCSA</b>	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
<b>GHT</b>	Groupement Hospitalier de Territoire	<b>UHCD</b>	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
<b>GIE</b>	Groupement d'Intérêt Economique	<b>UNV</b>	Unité Neuro-Vasculaire
<b>HAD</b>	Hospitalisation A Domicile	<b>URQUAL</b>	Urgences Qualité (logiciel destiné aux services des urgences)
<b>HDJ</b>	Hospitalisation de Jour	<b>USLD</b>	Unité de Soins de Longue Durée
<b>IDE</b>	Infirmier(ère) Diplômé(e) d'Etat	<b>USSAP</b>	Union Sanitaire Sociale Aude Pyrénées
<b>IMADIS</b>	Société de téléradiologie	<b>WE</b>	Week-End
<b>IOA</b>	Infirmière d'Orientation et d'Accueil		
<b>IRM</b>	Imagerie par Résonance Magnétique		