



G.H.T de Tarn et Garonne

AVENANT 1 A LA CONVENTION CONSTITUTIVE

- VU l'arrêté n°895 en date du 1er juillet 2016 relatif à la composition du groupement hospitalier de territoire «GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DU TARN-ET-GARONNE» publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 6 juillet 2016,
- VU la décision n°2016-1095 en date du 31 août 2016 approuvant la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DU TARN-ET-GARONNE », publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 31 août 2016,
- VU les avis des commissions médicales, des comités techniques d'établissements, des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, puis des conseils de surveillance du Centre Hospitalier de Montauban, du Centre Hospitalier Intercommunal Castelsarrasin-Moissac, du Centre Hospitalier de Caussade, du Centre Hospitalier de Nègrepelisse, et du Centre Hospitalier de Valence d'Agen, sur l'avenant n°1 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DU TARN-ET-GARONNE »,
- VU les avis du collège médical et du comité stratégique du groupement sur l'avenant n°1 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DU TARN-ET-GARONNE »,

La Partie I de la convention constitutive initiale du GHT Tarn-et-Garonne signée en date du 30 juin 2016 est complétée par le Projet Médical Partagé et le Projet de Soins Partagé en annexe de cet avenant.

Fait à Montauban, le 6 juillet 2018,

Le Directeur du Centre Hospitalier de Montauban,
Joachim BIXQUERT

Le Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal de Castelsarrasin Moissac,
Jacques CABRIERES

La Directrice du Centre Hospitalier de Caussade,
Murielle VERMEERSCH

La Directrice du Centre Hospitalier de Nègrepelisse,
Murielle VERMEERSCH

Le Directeur du Centre Hospitalier de Valence d'Agen,
Laurent GEORGE



Centre Hospitalier de Montauban
Joachim BIXQUERT
Directeur

Pour Mme
VERMEERSCH

La Directrice Adjointe,
M.L. PIMENTEL PEREIRA

Pour Mme
VERMEERSCH

La Directrice Adjointe,
M.L. PIMENTEL PEREIRA

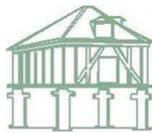



CENTRE HOSPITALIER DES 2 RIVES
52 Boulevard Victor Guilhem
82400 VALENCE D'AGEN
Tél. 05 63 39 50 67 - Fax 05 63 39 06 92

Groupement Hospitalier de Territoire du Tarn et Garonne

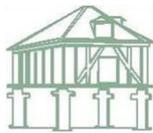
Projet médical partagé



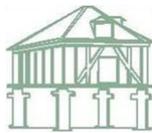


Contenu

1. Présentation du groupement hospitalier de territoire	4
1.1. Cadre législatif	4
1.2. Etablissements de santé parties du GHT Tarn et Garonne.....	4
1.3. Etablissements de santé associés au GHT Tarn et Garonne	4
2. Méthodologie d'élaboration du projet médical partagé.....	5
2.1. Pourquoi un projet médical partagé ?	5
2.2. Objectifs généraux du PMP.....	5
2.3. Calendrier	6
2.3.1. Rencontres avec les acteurs publics du territoire de santé.....	6
2.3.2. Rencontres avec les acteurs libéraux du territoire de santé	7
3. Le diagnostic initial.....	8
3.1. Une population en augmentation constante	8
3.2. Une population vieillissante.....	8
3.3. Une précarité importante.....	9
3.4. Accessibilité aux soins	10
3.4.1. Soins de premier recours	10
3.4.2. Activité hospitalière	10
3.4.3. Soins de suite et de réadaptation.....	12
3.4.4. L'offre de soins en psychiatrie.....	12
3.5. Activité du GHT	13
3.6. Un taux de fuite important	14
3.7. Le GHT et son environnement	14
3.7.1. Le Projet Régional de Santé (PRS).....	14
3.7.2. La procédure de certification HAS.....	14
3.7.3. La démographie médicale.....	14



4. Le projet médical partagé	15
4.1. Choix stratégique	15
4.2. Déclinaison des filières.....	16
4.2.1. Filière de psychiatrie adulte	17
4.2.2. Filière femmes parents enfants.....	20
4.2.3. Filière médico-chirurgicale territoriale viscérale.....	30
4.2.4. Filière médicale territoriale gériatrie - soins de suite réadaptation (SSR)	33
4.2.5. Filière médicale territoriale santé société	44
4.2.6. Filière médicale territoriale des médecines	50
4.2.7. Filière médicale territoriale d'oncologie	56
4.2.8. Filière médicale territoriale réanimation – anesthésie - unité de chirurgie ambulatoire (UCA) – bloc opératoire	59
4.2.9. Filière médicale médicotechnique	64
4.2.10. Filière médico-chirurgicale ostéo-articulaire – unité de médecine ambulatoire.....	70
4.3. Relations avec le CHU de Toulouse.....	73
4.3.1. Mission d'enseignement et de formation	73
4.3.2. Mission de gestion de la démographie médicale.....	73
4.3.3. Mission relative à la recherche et à l'innovation	73
4.3.4. Mission de recours et de référence	74
4.4. Relations avec les partenaires libéraux du territoire	74
4.5. Développement de la télémédecine	74
5. Conclusion.....	75



1. Présentation du groupement hospitalier de territoire

1.1. Cadre législatif

La mise en place des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) est une organisation structurante innovante dans le paysage sanitaire public français. Elle a été rendue obligatoire dans le cadre de la Loi de modernisation de notre système de santé (Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016). L'objectif de ces GHT est de fédérer les acteurs publics du domaine sanitaire, éventuellement médico-social et de travailler les interfaces avec le secteur libéral, afin de mettre en œuvre une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Cette organisation permet de proposer aux citoyens d'un territoire « le meilleur soin au meilleur endroit ».

Dans le même temps, la mise en place des GHT a pour ambition de pallier la pénurie des praticiens, d'améliorer l'attractivité médicale dans les établissements publics tout en structurant l'offre de soins et en optimisant les ressources financières.

1.2. Etablissements de santé parties du GHT Tarn et Garonne

Le GHT Tarn et Garonne est constitué de 5 établissements parties :

- L'hôpital de Turenne (Nègrepelisse)
- Le Jardin d'Emilie (Caussade)
- Le centre hospitalier des deux rives (Valence d'Agen)
- Le centre hospitalier intercommunal de Castelsarrasin-Moissac
- Le centre hospitalier de Montauban.

Le centre hospitalier de Montauban a été désigné à l'unanimité établissement support du GHT. La convention constitutive du a été signée le 30/06/2016 et approuvée par l'Agence Régionale de Santé (ARS) le 31/08/2016.

Les Commissions Médicales d'Etablissement (CME) des établissements parties du GHT ont décidé de mettre en place un collège médical du GHT.

1.3. Etablissements de santé associés au GHT Tarn et Garonne

Une convention d'association a également été signée avec le CHU de Toulouse au titre des activités hospitalières et universitaires suivantes :

- Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux
- Les missions de recherche
- Les missions de gestion de la démographie médicale
- Les missions de référence et de recours



Le GHT peut également s'associer avec d'autres établissements de santé, et en particulier avec les acteurs libéraux du territoire.

A cet effet, plusieurs réunions ont été organisées entre les Directeurs et les Présidents de CME des établissements publics et privés du territoire. Ces réunions ont permis de renforcer les collaborations existantes sous formes de conventions et d'envisager de nouvelles coopérations possibles :

- Plateau unique des soins critiques
- Mutualisation d'activités transversales : CLIN, CLAN, douleur, EOHH ...

2. Méthodologie d'élaboration du projet médical partagé

2.1. Pourquoi un projet médical partagé ?

Conformément au Code de la Santé Publique (Art L. 6132-1, Art. R.6132-3) chaque GHT a pour obligation d'élaborer un projet médical partagé (PMP). Celui-ci doit être validé et transmis à l'ARS avant le 1^{er} juillet 2017.

Le projet médical partagé est la pierre angulaire du GHT. Il a pour ambition de mettre en place une gradation des soins hospitaliers et de développer des stratégies médicales et soignantes de territoire et d'organiser, pour toutes ces activités, l'offre de soins de proximité, de référence et de recours sur le territoire.

Le projet médical partagé vise à garantir la qualité, l'accessibilité de l'offre de soins publique, aussi bien d'un point de vue géographique que financier, à la fois dans un besoin de proximité mais aussi de référence et de recours.

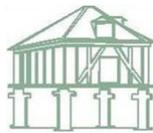
Ainsi il constitue également un outil d'attractivité pour les équipes médicales.

Le PMP est élaboré pour une durée maximale de 5 ans.

2.2. Objectifs généraux du PMP

Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du GHT. Il comprend (Art. R. 6132-3) :

- Les objectifs médicaux
- Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- L'organisation par filière d'une offre de soins graduée
- Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémédecine
- Les projets de biologie, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie



- Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire
- Le cas échéant, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités
- Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes
- Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation

Par ailleurs, nous avons souhaité, dans chaque filière, définir :

- les personnes susceptibles d'en assurer la gouvernance dans le cas où le fonctionnement passerait en pôles territoriaux
- les coordonnateurs de spécialités, c'est-à-dire les responsables médicaux qui ont un agrément validé par la Faculté de Médecine pour recevoir des internes.

2.3. Calendrier

Les réflexions et les travaux autour du PMP ont eu lieu en deux phases.

La première phase a permis de réaliser un diagnostic décrivant la situation actuelle du territoire en termes de besoins de santé de la population et d'offre de soins actuelle. Dans cette même phase des éléments prospectifs sur les besoins à venir ont été déduits à partir de l'évolution sociodémographique du territoire. Ainsi les perspectives d'adaptation de l'offre de soins ont pu être définies.

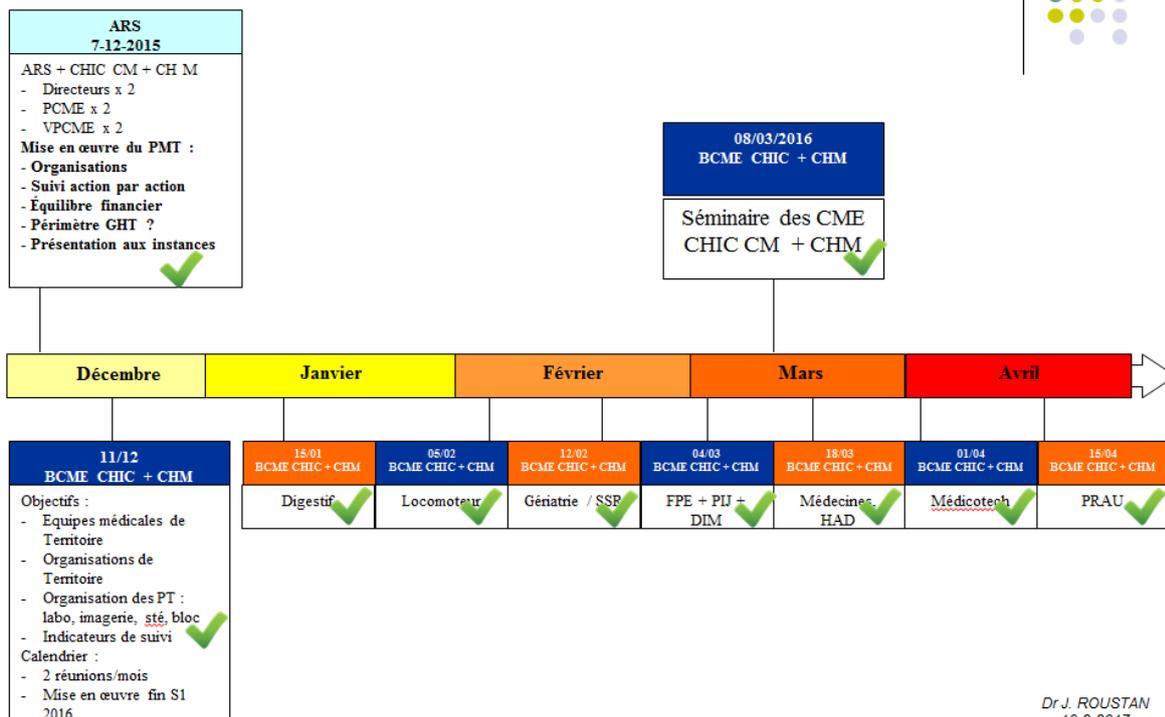
La seconde phase, démarrée bien avant la constitution du GHT, a permis une première réflexion entre les deux hôpitaux MCO du territoire, puis dans un second temps les organisations ont été complétées avec les hôpitaux de Nègrepelisse, Caussade et Valence d'Agen qui avaient intégré le GHT.

Une réunion de lancement a eu lieu le 07 décembre 2015 à l'ARS Midi-Pyrénées à laquelle étaient présents les Directeurs, les Présidents et Vice-Présidents des CME des deux établissements MCO du futur GHT, centre hospitalier intercommunal Castelsarrasin-Moissac et centre hospitalier de Montauban. Lors de cette réunion il avait été convenu de :

- Définir le périmètre du GHT
- Définir les organisations médicales territoriales
- Déterminer un suivi, action par action, et présenter ces organisations aux instances

2.3.1. Rencontres avec les acteurs publics du territoire de santé

Ces travaux ont été initiés et portés à la phase initiale par les deux bureaux de CME de Castelsarrasin – Moissac et de Montauban. Par la suite, les travaux ont été conclus en collège médical du GHT lors de la seconde phase.



Dr J. ROUSTAN
10-2-2017

De janvier à mai 2016, des réunions médicales se sont tenues afin de déterminer les différentes filières de soins territoriales ainsi que leur mode de fonctionnement. En mars 2016 un séminaire réunissant les bureaux de CME des hôpitaux de Castelsarrasin-Moissac et de Montauban a validé les conclusions des premières étapes. Une synthèse des travaux a été pratiquée par ces deux mêmes bureaux de CME le 27-05-2016 avant une présentation et une validation des organisations aux instances de ces deux hôpitaux en juin 2016 (Montauban) et décembre 2016 (Moissac).

La seconde phase a eu lieu après la constitution du GHT et l'intégration de trois nouvelles structures. Ces hôpitaux ont souhaité rejoindre la filière gériatrique territoriale et des réunions ont permis d'enrichir le PMP avec une validation finale en Collège médical du GHT le 02 février 2017 puis en comité stratégique à Caussade le 19 décembre 2017.

2.3.2. Rencontres avec les acteurs libéraux du territoire de santé

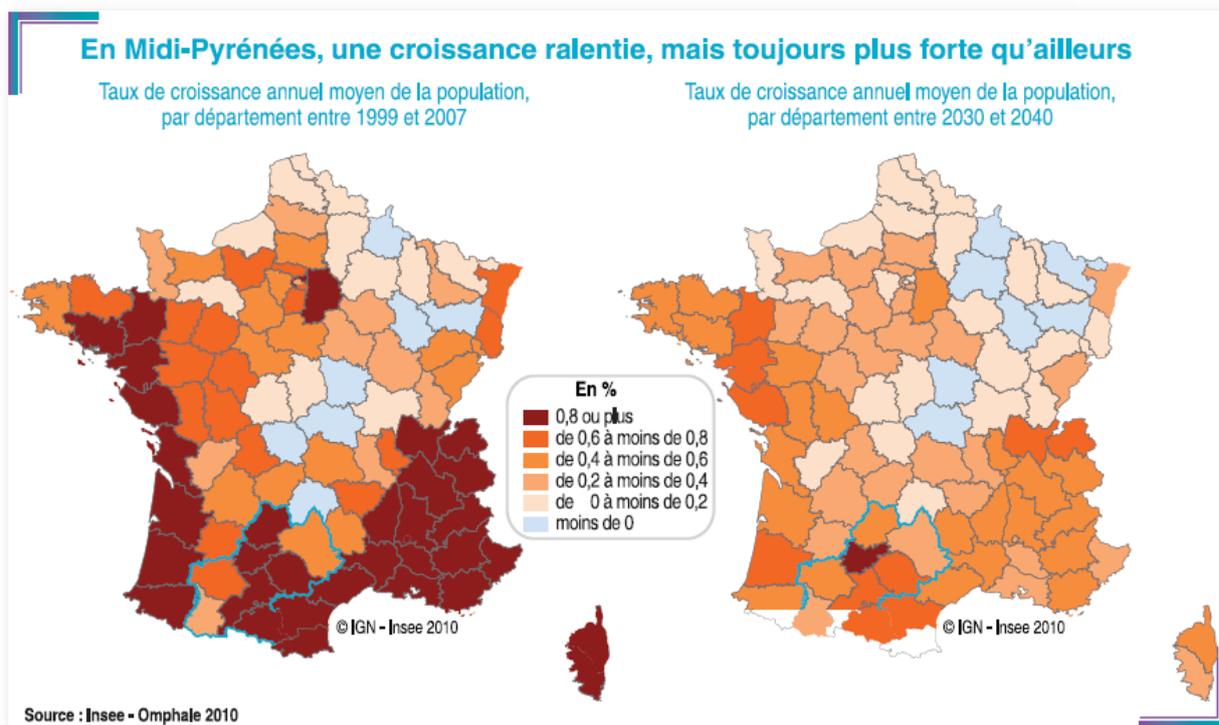
Parallèlement plusieurs rencontres ont eu lieu avec les Directeurs et Présidents de CME des établissements privés de notre territoire (Clinique Croix Saint-Michel, Clinique du Pont de Chaume, Clinique Honoré Cave). Celles-ci ont permis de valider les conventions existantes et de proposer des pistes de réflexions sur des activités transversales.

Enfin, plusieurs réunions se sont tenues concernant l'organisation de la radiologie au niveau territorial avec tous les acteurs publics et privés de ce secteur.

3. Le diagnostic initial

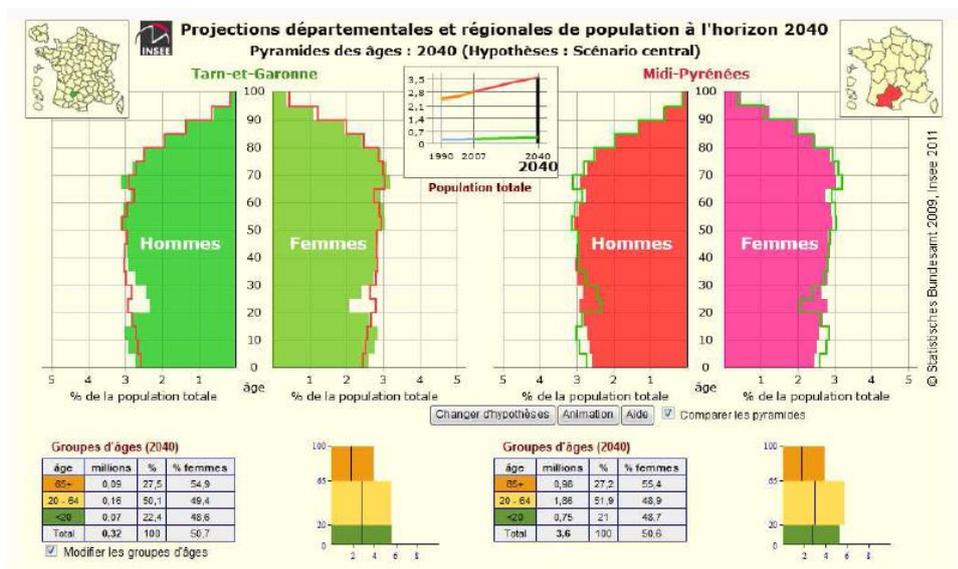
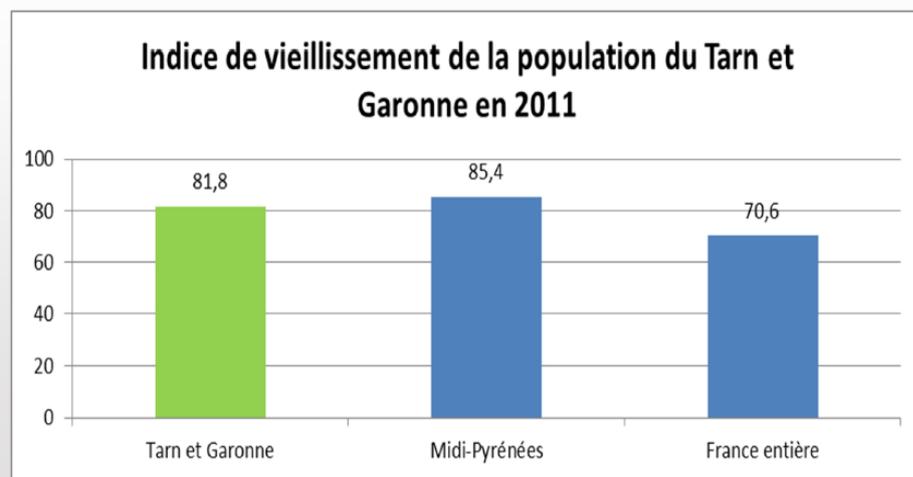
3.1. Une population en augmentation constante

Le Tarn et Garonne, territoire de notre GHT, est un petit département par sa taille comprenant 252 578 habitants au 1^{er} janvier 2014. Il présente une caractéristique particulière car il est le département français qui va voir sa population augmenter le plus d'ici 2040. Cette augmentation majeure s'explique par un taux de natalité élevé et par un flux migratoire important (+1,2% de 2006 à 2013).



3.2. Une population vieillissante

Cette population, plus vieille que la moyenne nationale est cependant plus jeune que la moyenne de l'ex région Midi-Pyrénées. Néanmoins, en 2040 un tarn et garonnais sur trois aura plus de 60 ans.



3.3. Une précarité importante

Le département du Tarn et Garonne abrite une population dont les déterminants sociaux, de santé et de précarité sont plus défavorables que la moyenne nationale. Même si l'espérance de vie dans notre département et le taux standardisé de mortalité sont identiques à la moyenne nationale il existe des disparités à plusieurs niveaux :

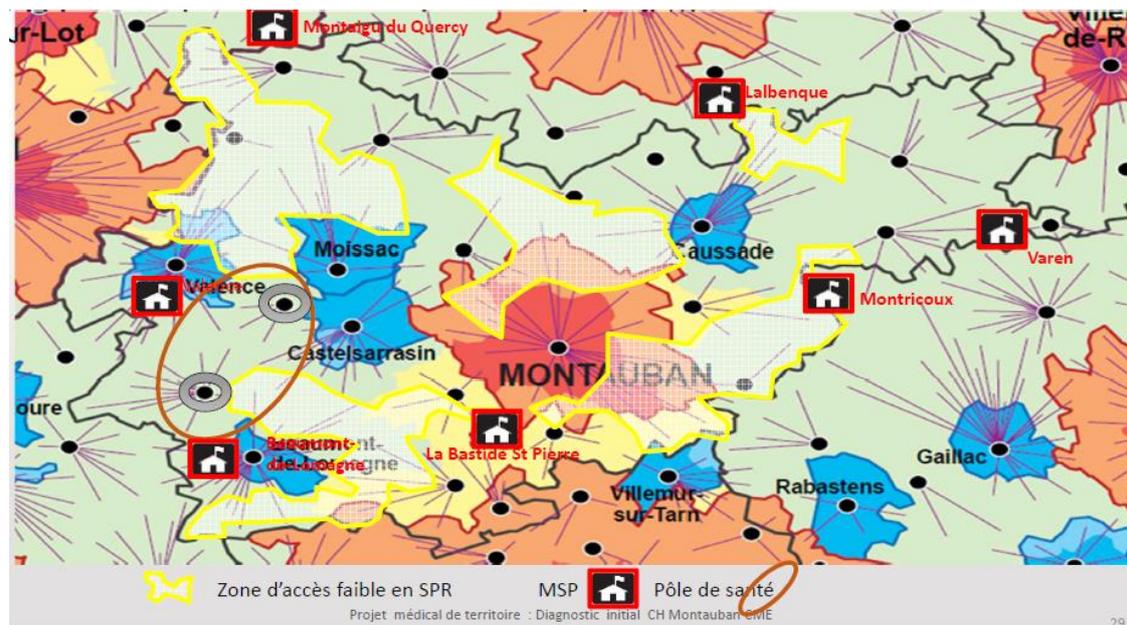
- Médical
 - o Taux standardisé de mortalité des maladies cardiovasculaires élevé
 - o Taux standardisé de mortalité du cancer du sein élevé
 - o Taux standardisé de mortalité du cancer du poumon élevé
 - o Affections longues durée (ALD) pour maladies psychiatriques et maladies cardiovasculaires élevées

- Mort violente par accident de la voie publique élevée
 - La santé des jeunes est fragile : plus de surcharge pondérale, plus de lésions buccodentaires
- Géographiques : l'analyse démographique met en évidence une population présentant des indicateurs sociodémographiques et de santé plus défavorables sur le bassin de Moissac

3.4. Accessibilité aux soins

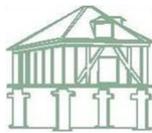
3.4.1. Soins de premier recours

La densité de médecins généralistes est basse (82,7/100 000 habitants en 2015) et l'accès aux soins de premiers recours, malgré la mise en place de contrats locaux de santé (CLS) et de Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), reste difficile dans certains territoires (nord, nord-ouest et nord-est du département).



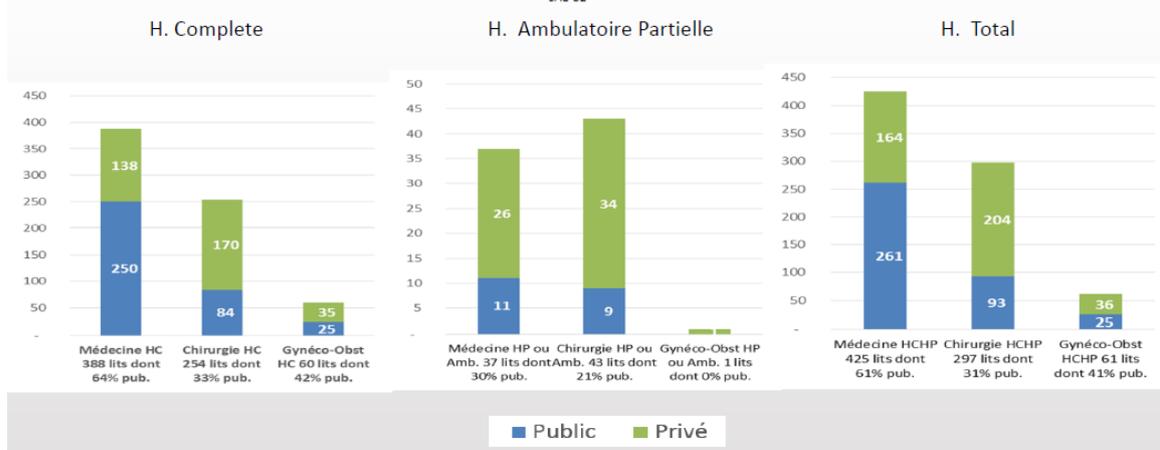
3.4.2. Offre de soins hospitalière

L'offre de soins hospitalière, publique et privée, dans le champ du MCO est la suivante sur le département.



Capacité en lits MCO 2014 sur le TG

SAE 82



Une particularité du Tarn et Garonne réside dans une forte implantation libérale concernant l'activité MCO et plus particulièrement sur la ville de Montauban avec trois établissements libéraux : Clinique du Pont de Chaume, Clinique du Docteur Boyé et Clinique Honoré Cave.

Les capacités de chaque établissement partie du GHT sont les suivantes.

CAPACITE	TERRITOIRE DU TARN ET GARONNE					TOTAL
	CH Montauban	CHI Castelsarrasin Moissac	CH des 2 Rives Valence d'Agen	CH Caussade	CH Négrepelisse	
MCO	254 lits + 18 places	74 lits				328 lits + 18 places
UHCD	9 lits	4 lits				13 lits
HAD	26 places	30 places				56 places
SSIAD		10 places			43 places	53 places
Psychiatrie Adultes	207 lits + 57 places					207 lits + 57 places
Placement Familial Adultes	11 places					11 places
Psychiatrie Infanto juvénile	8 lits + 42 places					8 lits + 42 places
Placement Familial Infanto juvénile	3 places					3 places
HAD Psychiatrique	10 places					10 places
SSR	60 lits + 10 places	36 lits	11 lits		33 lits dont 1 unité de 8 lits EVC/EVP (Etat Végétatif chronique) et 1 lit soins palliatifs	141 lits + 10 places
USLD	30 lits			35 lits		65 lits
Accueil de jour Alzheimer		12 places				12 places
Maison de Retraite Spécialisée			24 lits		56 lits	80 lits
EHPAD	109 lits	337 lits	128 lits	150 lits	77 lits	801 lits
Résidence Autonomie (ex Foyer logement)					4 places	4 places
Unité Hébergement Renforcée			12 lits			12 lits
	677 lits + 177 places	451 lits + 52 places	175 lits	185 lits	167 lits + 47 places	1 655 lits + 276 places



3.4.3. Soins de suite et de réadaptation

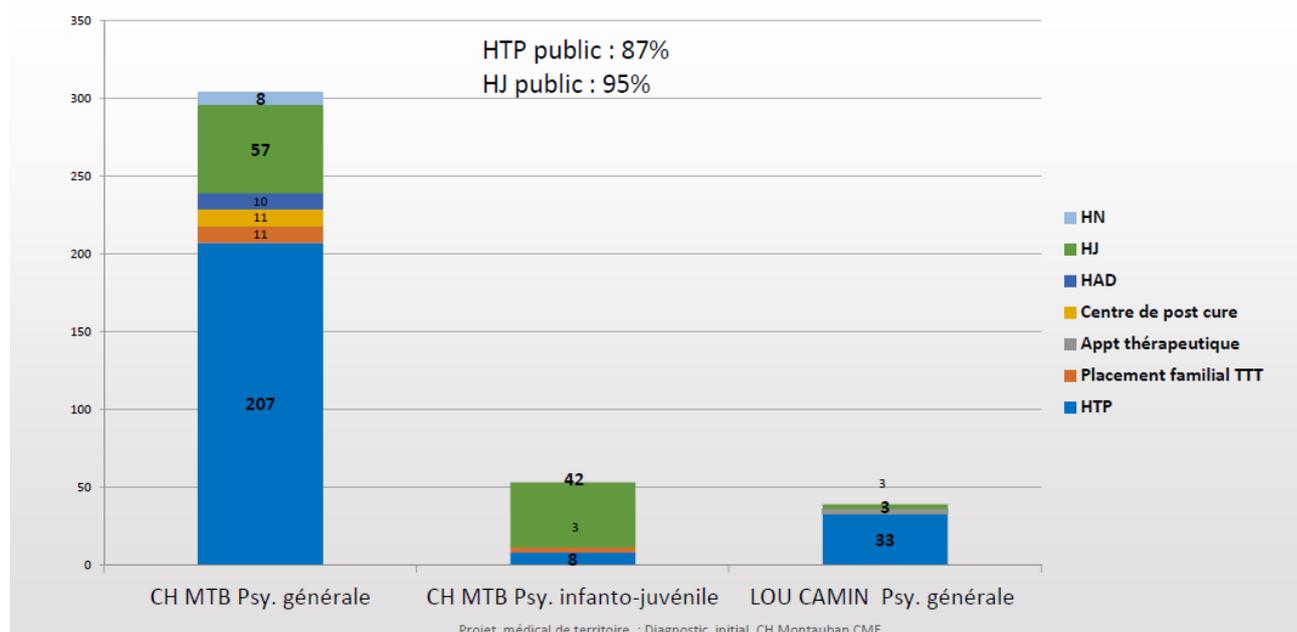
L'offre de soins de suite et de réadaptation dans le département est la suivante.

- Offre publique :
 - o Montauban et Moissac : 47 lits polyvalents, 30 lits et 5 places de rééducation appareil locomoteur, 5 places de neurologie, 19 places de personnes personnes âgées polypathologiques dépendantes (PAPD)
 - o Hôpital des deux rives (valence d'Agen) : lits de SSR polyvalent
 - o Hôpital de Turenne (Nègrepelisse) : lits de SSR polyvalent
- Offre privée :
 - o La Pinède (neurologie, locomoteur) à St Nauphary
 - o Midi Gascogne à Beaumont de Lomagne (cardiologie)
 - o Château Longues Aygues à Nègrepelisse (addictologie et polyvalent)

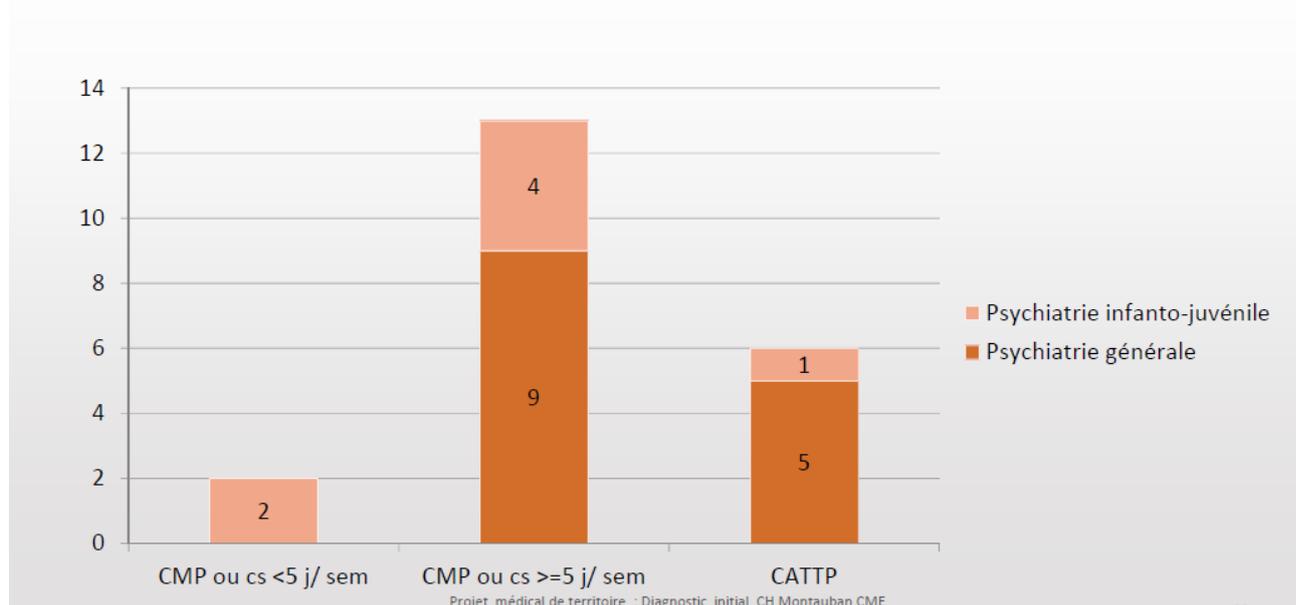
3.4.4. L'offre de soins en psychiatrie

L'activité de psychiatrie du département est essentiellement assurée par un offreur public, le centre hospitalier de Montauban. Il existe cependant aussi un établissement privé, Lou Camin.

NB de places ou lits en 2014 sur le 82



Nb de CMP ou lieu de consultation en 2013 au CH de MTB

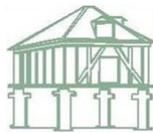


3.5. Activité du GHT

L'activité des différents secteurs d'activités des établissements du GHT en 2016 sont retranscrits dans le tableau suivant.

Activité GHT 82 2016

PMSI	Indicateur	CH de Montauban	CHIC de Castelsarrasin -Moissac	Centre Hospitalier des 2 Rives	CH Nègrepelisse Caussade	GHT	% hors PSY (% avec)
MCO	RUM	25 194	5 034			30 228	75% (22%)
SSR	RHS	4 304	2 196	751	1 889	9 140	23% (7%)
HAD	RPSS	408	448			856	2% (1%)
PSY	RPS	94 953				94 953	(70%)
	Résumés	124 859	7 678	751	1 889	135 177	
Total CH	Hors PSY	29 906	7 678	751	1 889	40 224	
	% Hors PSY	74%	19%	2%	5%		



3.6. Un taux de fuite important

On observe un taux de fuite important, de l'ordre de 30%, quelle que soit l'activité MCO concernée : chirurgie, médecine et obstétrique. Cette fuite a essentiellement lieu vers le nord de la Haute Garonne et concernent autant les structures publiques que les privées. Ce taux est bien supérieur à un taux de recours, vers le CHU, attendu aux environs de 8 à 10%. De même dans le bassin de Castelsarrasin Moissac on observe le même taux de fuite (30%), plutôt orienté vers le Lot et Garonne plus proche géographiquement.

3.7. Le GHT et son environnement

3.7.1. Le Projet Régional de Santé (PRS)

Le PRS2, actuellement en cours de construction va comporter 3 volets :

- Le cadre d'orientation stratégique (COS) : détermine les axes stratégiques de l'ARS à 10 ans.
- Le schéma régional de santé (SRS) : détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels, déclinant les objectifs stratégiques du COS, pour l'ensemble de l'offre de soins et de services de santé.
- Le Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) : il a pour objet de faciliter l'accès et l'égalité au système de santé dans sa globalité et d'améliorer le parcours des personnes les plus démunies.

Dans le cadre de ce PRS, 5 parcours préférentiels ont été identifiés :

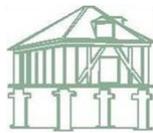
- Vieillesse
- Personne en situation de handicap
- Jeunes
- Santé mentale
- Cancer

3.7.2. La procédure de certification HAS

Les établissements sont inscrits dans une démarche qualité qui est régulièrement évaluée par la Haute Autorité de Santé (HAS) sous la forme d'une Certification. Cette politique qualité sera prochainement évaluée à l'échelle du GHT et non plus dans chaque établissement.

3.7.3. La démographie médicale

Plusieurs spécialités, de la médecine générale à l'anesthésie réanimation en passant par la radiologie par exemple, sont sous tension au niveau des effectifs et plus particulièrement au niveau des structures publiques. Les raisons sont multiples : faibles effectifs formés, modification des conditions de travail souhaitées, aspiration à travailler en équipe, pénibilité dans les secteurs de permanence des soins ...



La mise en place de filières territoriales, dans le cadre d'un PMP abouti, peut permettre de participer à l'attractivité médicale. Néanmoins, nous ne pourrions faire l'économie d'une réflexion sur la qualité de vie au travail sous peine de voir nos effectifs diminuer.

La mise en place des nouvelles lois sur le temps de travail (des internes, sur les astreintes ...) vient fortement impacter le fonctionnement de nos établissements. Il est dorénavant nécessaire d'avoir, dans chaque spécialité, une équipe médicale étoffée afin de pouvoir répondre à tous les impératifs (médical, juridique, personnel ...). De nouveaux modes d'exercice sont donc impératifs. Dans cette optique, la télémédecine mais également le télétravail peuvent apporter une réponse partielle.

4. Le projet médical partagé

4.1. Choix stratégique

Après de nombreuses réunions, le choix s'est porté, pour le GHT Tarn et Garonne, sur une déclinaison de l'offre de soins territoriale par filières, celles-ci étant assurées par des équipes médicales territoriales.

L'intérêt que nous y voyons est d'apporter une lisibilité dans la prise en charge publique des patients, que ce soit pour le patient mais également pour tous les acteurs du parcours de soins et plus particulièrement pour les médecins généralistes.

A l'intérieur de chaque filière, une gradation du niveau de soins a été retenue :

- **Proximité** : médecine de ville, structures médico-sociales, hôpitaux de proximité
- **Référence** : hôpital départemental
 - o Large éventail de spécialité
 - o Plateau technique lourd
 - o Réanimation médico-chirurgicale
- **Recours** : CHU

Cette organisation en filières et cette gradation nous permettent de décrire les liens avec la médecine de ville, quelle activité peut être pratiquée dans chaque structure. Elle nous permet aussi de faire un état des lieux de la permanence de soins (PDS) et de la continuité des soins (CDS) dans chaque établissement et de le mettre en perspective avec les effectifs nécessaires et actuels. Enfin, les projets portés par chaque filière est exposé.

L'augmentation de la population, le vieillissement de celle-ci, l'augmentation des maladies chroniques, la précarité de la population de notre territoire vont nécessiter une augmentation des besoins de santé de la population. Parallèlement, le caractère contraint des dépenses financières en lien avec la santé impose une réorganisation et une modification de nos pratiques. Pour faire plus de soins sans plus de moyens il faut donc faire « autrement ». Le virage ambulatoire, la télémédecine, la structuration de parcours de soins au travers de

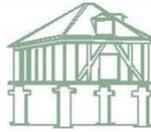


filières et une meilleure utilisation des ressources médicales et des plateaux techniques font partie de ces nouvelles orientations.

Dans le cadre de ce PMP nous n'avons pas souhaité restreindre la réflexion aux seules filières identifiées par les Tutelles mais décrire la totalité de l'offre de soins publique dans notre territoire. Ainsi, au regard des activités déjà existantes, du diagnostic des besoins de la population, des résultats de l'analyse sociodémographique de notre territoire, des priorités nationales mais également des nécessités locales (population vieillissante et grande précarité sociale), les 10 filières retenues pour notre GHT sont les suivantes :

- Equipe médicale territoriale de psychiatrie
- Equipe médicale territoriale gériatrie - soins de suite réadaptation (SSR)
- Equipe médicale territoriale santé société
- Equipe médicale territoriale réanimation – anesthésie - unité de chirurgie ambulatoire (UCA) – bloc opératoire
- Equipe médicale territoriale femmes parents enfants
- Equipe médico-chirurgicale territoriale viscérale
- Equipe médicale territoriale des médecines
- Equipe médicale territoriale d'oncologie
- Equipe médicale territoriale médico-technique
- Equipe médico-chirurgicale territoriale ostéo-articulaire – unité de médecine ambulatoire.

4.2. Déclinaison des filières



4.2.1. Filière de psychiatrie adulte

4.2.1.1. *Objectifs médicaux*

L'activité de psychiatrie adulte est organisée depuis plusieurs années sur un mode territorial. En effet, l'organisation en « secteurs » a permis de proposer un maillage du territoire quant à l'offre de soins dans cette spécialité. De plus, cette activité hospitalière publique étant assurée uniquement par des praticiens d'un seul établissement, le Centre hospitalier de Montauban, l'organisation territoriale en est rendue plus facile.

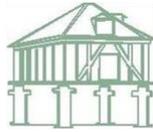
Si l'organisation territoriale est déjà en place, l'équipe de psychiatrie adulte souhaite développer des projets médicaux afin d'améliorer la prise en charge de ces patients :

a) Soins aux adolescents et adultes jeunes présentant un haut risque de psychose ou des troubles psychotiques émergents.

- Faciliter le repérage précoce : lien intra et extra hospitalier, coordinateur de projet
- Mettre en place une organisation institutionnelle qui permet :
 - o un suivi et un accompagnement préventif pour ceux qui ont des prodromes
 - o des soins précoces spécifiques et coordonnés pour ceux qui ont des troubles psychotiques émergents
- former les agents
- définir des référents de continuité pour chaque situation clinique
- créer des sous-groupes de travail des soignants dans chaque domaine de compétence
- recenser les situations, établir une cohorte (analyse des pratiques) ; mise en lien avec la Ferrepsy

b) Soins aux patients présentant un trouble envahissant du développement

- Redéfinir le rôle de l'hôpital dans le soin chez ces patients et l'articulation hôpital institutions médico-sociales
- 1 unité (ou places dédiées dans une unité) pour les patients les plus sévères
- 1 unité (ou places dans une unité) pour patients es moins sévères
- Mettre en place une équipe mobile :
 - o Développer les liens de collaboration avec les établissements médico-sociaux
 - o Gérer les patients à domicile ou en famille d'accueil
- Acquisition d'une compétence spécifique par formation



- Discussion sur la nécessité d'une MAS ?

c) Réorganisation des activités de consultation

But : croiser la logique de secteur avec la logique de pathologie psychiatrique.

- Développer des consultations plus spécialisées (troubles de l'alimentation ...)
- Travailler avec des unités de thérapies brèves (3 fois par semaine pendant 2 mois) ; formation du personnel à ces thérapies

d) Hospitalisation non programmées aux urgences

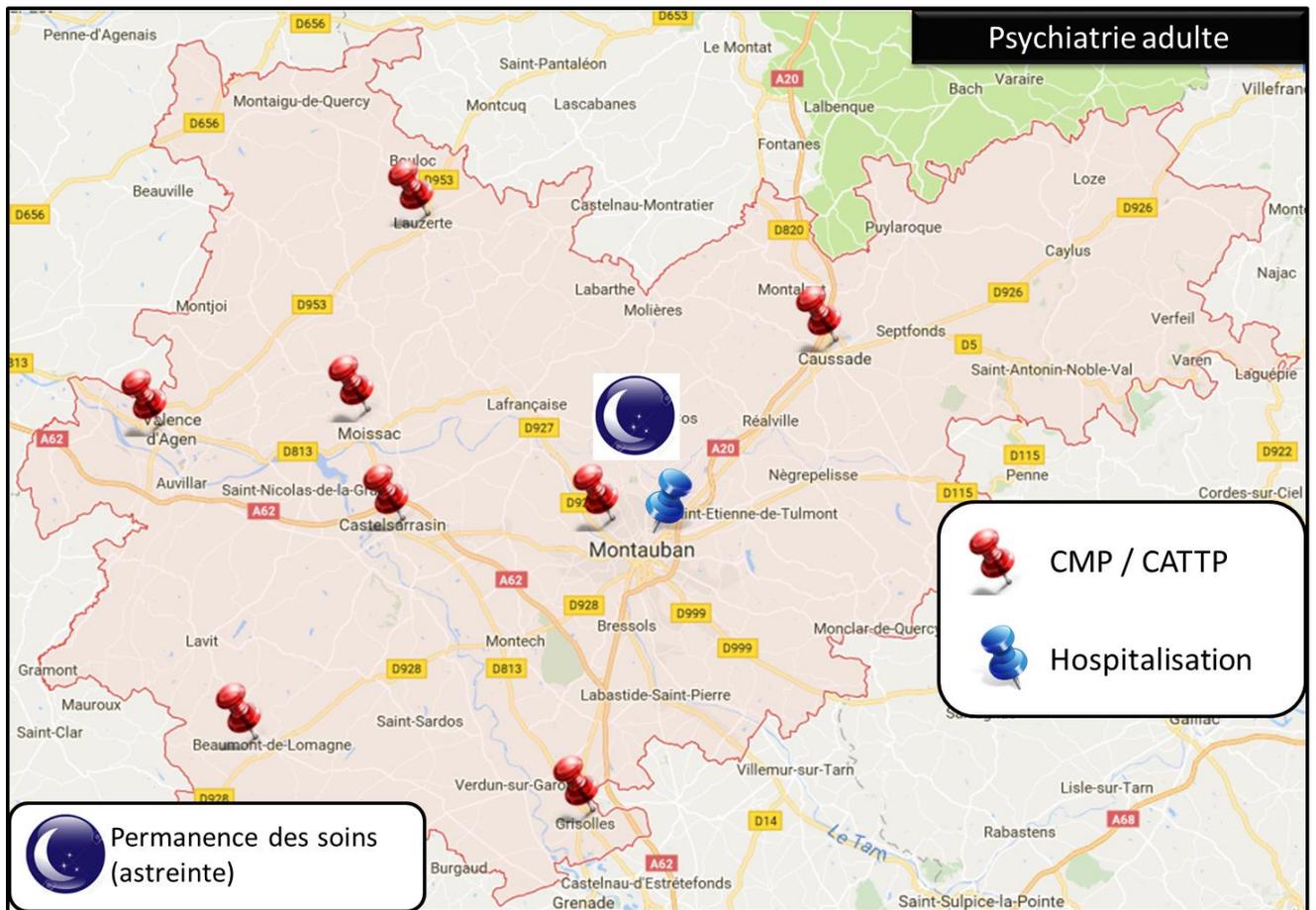
- Augmentation de la capacité de l'UHCD « psychiatrique » à 5 lits
- Création d'une unité de « gestion de crise » (10 lits) adossée à l'UHCD « psychiatrique » : prise en charge spécifique durant 48 à 72h permettant un projet de soins et suivi organisé dès cette phase
- Diminution des hospitalisations complètes à partir des urgences.

Dans tous ces projets un axe majeur de réflexion concerne la prévention. Ces projets s'inscrivent totalement dans le développement de la prise en charge ambulatoire des patients tout en assurant une prise en charge précoce et plus adaptée.

4.2.1.2. Gradation des soins et organisation des activités

Le maillage du territoire associe plusieurs types d'activités :

- les CMP/CATTP, les consultations avancées,
- les consultations hospitalières,
- la psychiatrie de liaison,
- l'hospitalisation de jour,
- l'hospitalisation complète.

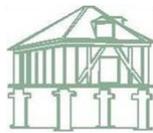


4.2.1.3. Permanence et continuité des soins

Elle est assurée par une astreinte départementale sur le CH de Montauban.

4.2.1.4. Liens avec le CHU

Les référents universitaires de cette équipe médicale de territoire, porteurs d'agréments de spécialité validés par la Faculté de Médecine de Toulouse, sont les Docteurs Chantal Martinez et Catherine Boscq.



4.2.2. Filière femmes parents enfants

Là encore l'organisation de cette filière est déjà territoriale. En effet, cette filière, composée des activités de Gynécologie – obstétrique, de Pédiatrie et de Psychiatrie Infanto Juvénile est assurée par des équipes médicales basées uniquement sur le Centre hospitalier de Montauban mais qui proposent une activité délocalisée.

4.2.2.1. *Objectifs médicaux*

L'équipe médicale territoriale de cette filière souhaite développer des projets. Les voici déclinés par spécialité.

Gynécologie Obstétrique

a) Développement de l'activité chirurgicale territoriale

- Mettre en place 1 consultation avancée avec une vacation/semaine de chirurgie ambulatoire par semaine sur le CHIC Castelsarrasin Moissac (chirurgie le matin, consultation avancée l'après-midi)
- Améliorer la possibilité de prise de rendez-vous entre les deux sites
- Développer l'offre publique de soins en chirurgie gynécologique
- Organiser une gradation des soins dans cette filière de soins
- Suivi :
 - o Nombre de consultations de consultations avancées sur Moissac
 - o Activité chirurgicale sur Moissac
 - o Activité chirurgicale « traditionnelle » sur Montauban

b) Projet cancérologie

- Dans le cadre du plan cancer, améliorer la filière cancérologique gynécologique (pelvienne et sénologique)
- Maintien du CH de Montauban au sein du réseau IUCT
- Information auprès des services du GHT et de la médecine de ville sur la coopération entre l'équipe médicale basée sur le CH de Montauban et l'Oncopôle pour la sénologie et la chirurgie pelvienne (diffusion des protocoles, de la plaquette du service, réalisation d'EPU)
- Travail en réseau avec la radiologie sur l'activité mammographie
- Diffusion du protocole de prise en charge devant une suspicion de cancer du sein à l'ensemble du GHT : parcours de soins détaillé de la découverte de l'anomalie mammographique à la prise en charge thérapeutique



- Demande de nouvelle attribution de l'autorisation d'activité « cancer du sein » auprès des Tutelles
- Maintenir la prise en charge des cancers pelviens en lien avec l'Oncopôle
- Suivi :
 - o Nombre de cancers gynécologiques pris en charge sur le GHT (consultation d'annonce)
 - o Nombre de cancers opérés sur l'Oncopôle
 - o Evolution du taux de fuite
- c) Collaboration avec le CHU de Toulouse pour la prise en charge de l'infertilité au CH de Montauban
 - Création et développement d'une prise en charge de l'infertilité sur le CH de Montauban
 - Mise en place d'une collaboration avec le CHU de Toulouse pour l'aide médicale à la procréation des couples infertiles
 - Assurer la continuité de la prise en charge publique
 - Organiser une gradation des soins dans le domaine de l'infertilité
 - Augmenter l'attractivité de la filière publique en proposant un suivi global (AMP, suivi de grossesse, suivi gynécologique ...)
 - Résultats attendus :
 - o Augmentation du nombre de consultations gynécologique et d'échographies pelviennes
 - o Augmentation du recrutement de patientes nécessitant une chirurgie de l'infertilité (coelioscopie, hystéroscopie ...)
 - o Majoration du nombre d'accouchements et/ou de suivis gynécologiques
 - Suivi :
 - o Nombre de consultations gynécologiques pour infertilité
 - o Nombre d'interventions gynécologiques liées à l'infertilité
 - o Nombre d'accouchements
 - o Nombre d'échographies (suivi de stimulation, écho de réserve ovarienne)



d) Création d'une troisième salle d'accouchement : salle physiologique et plateau pour sages-femmes libérales

- Diversifier l'offre de soins pour la prise en charge de la grossesse : acupuncture, sophrologie, préparation à la naissance et à l'accouchement physiologique
- Augmenter, par cette nouvelle offre, l'attractivité de la maternité publique
- Ouvrir l'accès à cette salle aux sages-femmes libérales du territoire afin d'offrir une prise en charge personnalisée et élargie aux patientes du département
- Communication aux médecins généralistes
- Suivi :
 - o Nombre d'accouchements sur le Centre hospitalier de Montauban (GHT)
 - o Nombre de parturientes souhaitant bénéficier de la salle physiologique
 - o Nombre de sages-femmes libérales intervenant sur la salle physiologique

Pédiatrie

a) Création d'un hôpital de jour pédiatrique

- S'intègre dans le « virage ambulatoire » engagé par le GHT
- Transformation de lits d'hospitalisation traditionnelle en lits d'hôpital de jour
- Proposer une alternative à l'hospitalisation conventionnelle
- Limiter la rupture avec le milieu socio-familial de l'enfant
- Grouper les examens complémentaires en vue d'un diagnostic ou un complément de diagnostic
- Proposer un accompagnement et une éducation thérapeutique à l'enfant, et sa famille, porteur d'une pathologie chronique
- Suivi :
 - o Evolution de la file active
 - o Evolution des types de prise en charge
 - o Nombre de séjours
 - o Retentissement sur le nombre d'hospitalisations traditionnelles



b) *Projet de prise en charge des enfants diabétiques*

- Développer une offre publique de soins en diabétologie pédiatrique
- Renforcer l'activité de consultations et le développement de thématiques spécialisées
- Organiser une gradation de l'offre de soins en diabétologie pédiatrique (proximité, référence, recours)
- Poursuivre et développer le travail en réseau avec le CHU de Toulouse
- Suivi :
 - o Nombre d'enfants diabétiques suivis sur le GHT

c) *Création de chambres parents-enfants*

- Développer la prise en charge pédiatrique à la maternité en renforçant la coopération des deux équipes de soins
- Créer deux chambres parents-enfants dans le service de gynécologie-obstétrique
- Organiser l'intervention d'une puéricultrice dans le service de gynécologie obstétrique
- Réduire la durée d'hospitalisation et la morbidité néonatale
- Suivi :
 - o Nombre de mère-nourrisson hospitalisés dans ce type de chambre
 - o Durée d'hospitalisation en néonatalogie

d) *Poursuivre les consultations avancées au CHIC Castelsarrasin Moissac*

Psychiatrie infanto juvénile

A l'image de la psychiatrie adulte, la psychiatrie infanto juvénile porte un projet majeur au regard des enjeux sanitaires du département. En effet, la précarité importante de la population et l'importance des besoins de soins pour la population dans le domaine des troubles psychiatriques implique une prise en charge spécialisée précoce.

a) *Projet périnatalité*

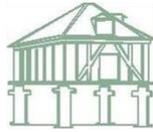
- Création d'un centre de consultations et de soins précoces en psychiatrie périnatale
- Soins précoces jusqu'à 18 mois – 2 ans
- 2 volets : évaluation et soins
- 3 modalités :



- Consultations spécialisées et soins institutionnels
- Liaison intrahospitalière
- Liaison extrahospitalière
- Améliorer la synergie des professionnels pour améliorer la politique de soins psychiques de la petite enfance
- Suivi :
 - File active, nombre de consultations et d'actes
 - Pourcentage du nombre de dyades évaluées par rapport au nombre de dyades dépistées
 - Pourcentage du nombre de dyades ayant bénéficié d'un soin adapté par rapport aux dyades dépistées
 - Satisfaction des usagers en termes de lisibilité de la filière de soins

b) Equipe mobile de psychiatrie infanto juvénile pour adolescents (12-18 ans)

- Repérer précocement les adolescents présentant des signes de souffrance psychique, des troubles du comportement au niveau du territoire
- Réactivité importante, éviter les décompensations et les passages à l'acte
- Accompagner rapidement ces adolescents vers les soins
- Dispenser des soins de courte durée si besoin
- Proposer une alternative à l'hospitalisation
- Coordonner les parcours de soins
- Développer les liens avec les institutions partenaires
- Intervention sur tout le territoire
- Suivi :
 - Nombre d'adolescents concernés
 - Nombre de recours aux urgences
 - Nombre d'hospitalisations
 - Critères de gravité
 - Listes d'attente des CMP



c) Création d'un CATTP de psychiatrie infanto-juvénile sur le bassin de Castelsarrasin Moissac

- Manque de structures au niveau du bassin de Castelsarrasin Moissac pour la poursuite des enfants pris en charge jusqu'à l'âge de 12 ans en hospitalisation de jour
- Proposer une structure de soins, intermédiaire entre l'hospitalisation de jour et le CMP
 - o Offre de soins plus adaptée et diversifiée pour enfants / adolescents nécessitant des soins ambulatoires soutenus sans relever de l'HDJ ou pour préparer en amont l'HDJ
 - o Développer les partenariats avec les établissements médico-sociaux dans des prises en charge complexes
- Suivi :
 - o File active
 - o Taux de remplissage
 - o Diminution de la liste d'attente des CMP

d) Création d'une antenne du CMP de Castelsarrasin à Beaumont de Lomagne et développement de l'antenne du CMP de Moissac à Valence d'Agen dans des Maisons de santé

- Proposer des soins de psychiatrie infanto-juvénile de proximité sur des territoires éloignés des CMP et sans structures autres de type MDA, CAMSP, ni de secteur libéral développé
- Beaumont de Lomagne : ouvrir 2 jours par semaine
- Valence d'Agen : ouvrir 2 jours par semaine
- Développer l'articulation avec les professionnels de santé libéraux des MSP concernées
- Proposer une alternative à l'hospitalisation
- Suivi :
 - o Suivi de la file active
 - o Délai d'obtention du premier rendez-vous
 - o Nombres d'enfants en liste d'attente
 - o Taux de renouvellement de la file active



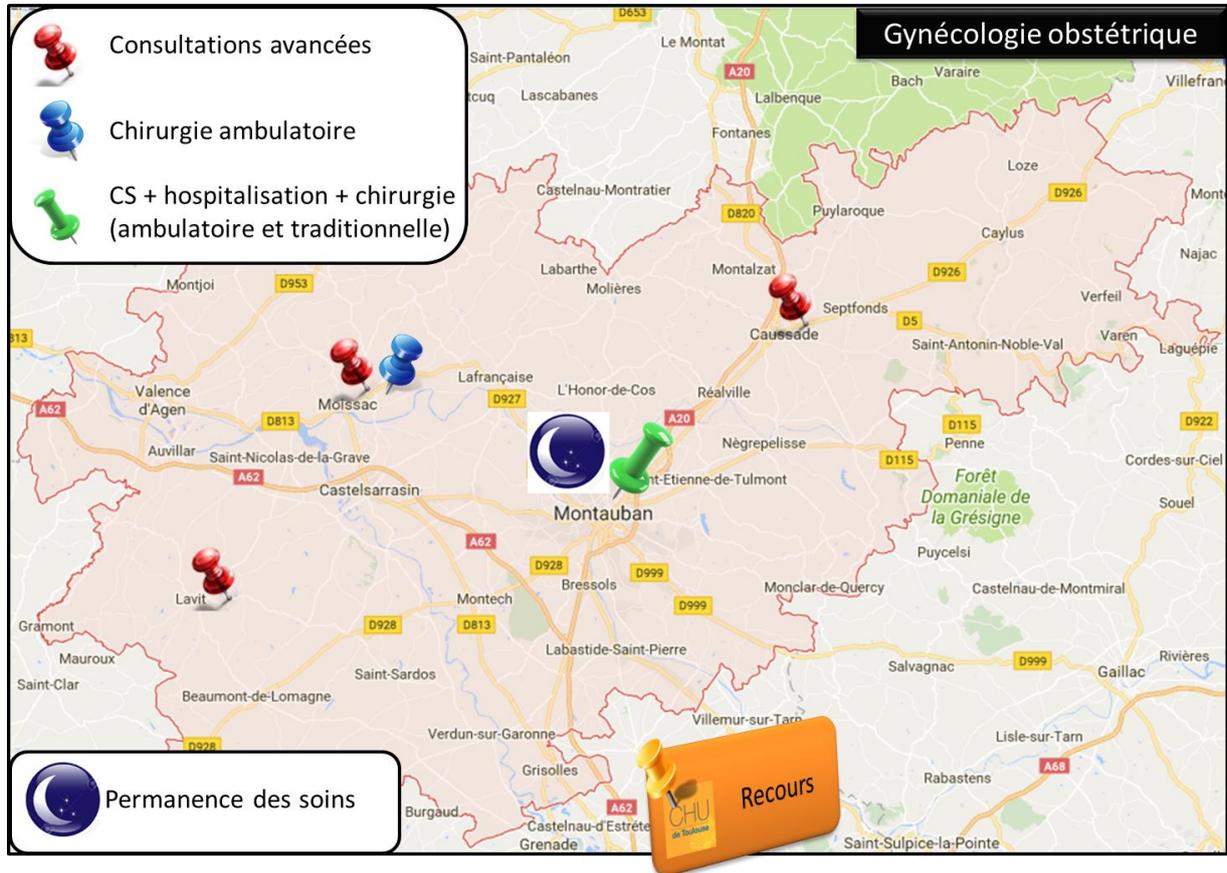
e) Création d'un hôpital de jour pour adolescents sur le bassin de Castelsarrasin Moissac

- Permettre la poursuite des soins aux enfants actuellement pris en charge en HDJ jusqu'à 12 ans et qui le nécessiteraient encore
- Prendre en charge les patients déclenchant des pathologies à l'adolescence (schizophrénie) qui nécessitent des soins ambulatoires plus intensifs que ceux proposés par le CMP
- Développer les liens avec les structures ambulatoires de psychiatrie adulte pour préparer la poursuite des soins et réduire le recours à l'hospitalisation à temps plein
- Favoriser l'inscription de ces enfants dans le milieu scolaire, social et médico-social
- Suivi :
 - o Suivi de la file active
 - o Taux de remplissage
 - o Pourcentage d'hospitalisation à temps plein (en psychiatrie infanto-juvénile et adulte)

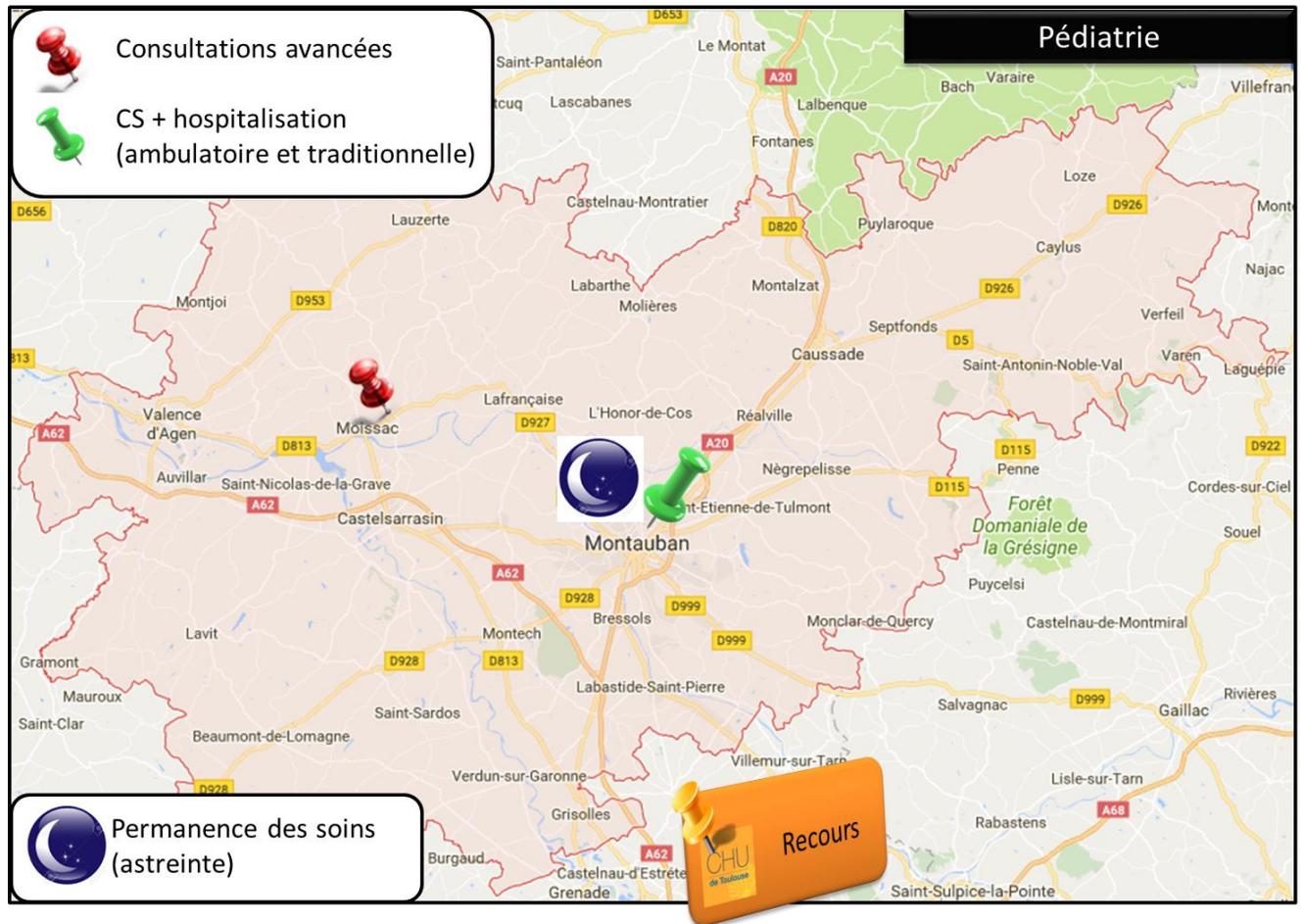


4.2.2.2. Gradation des soins et organisation des activités

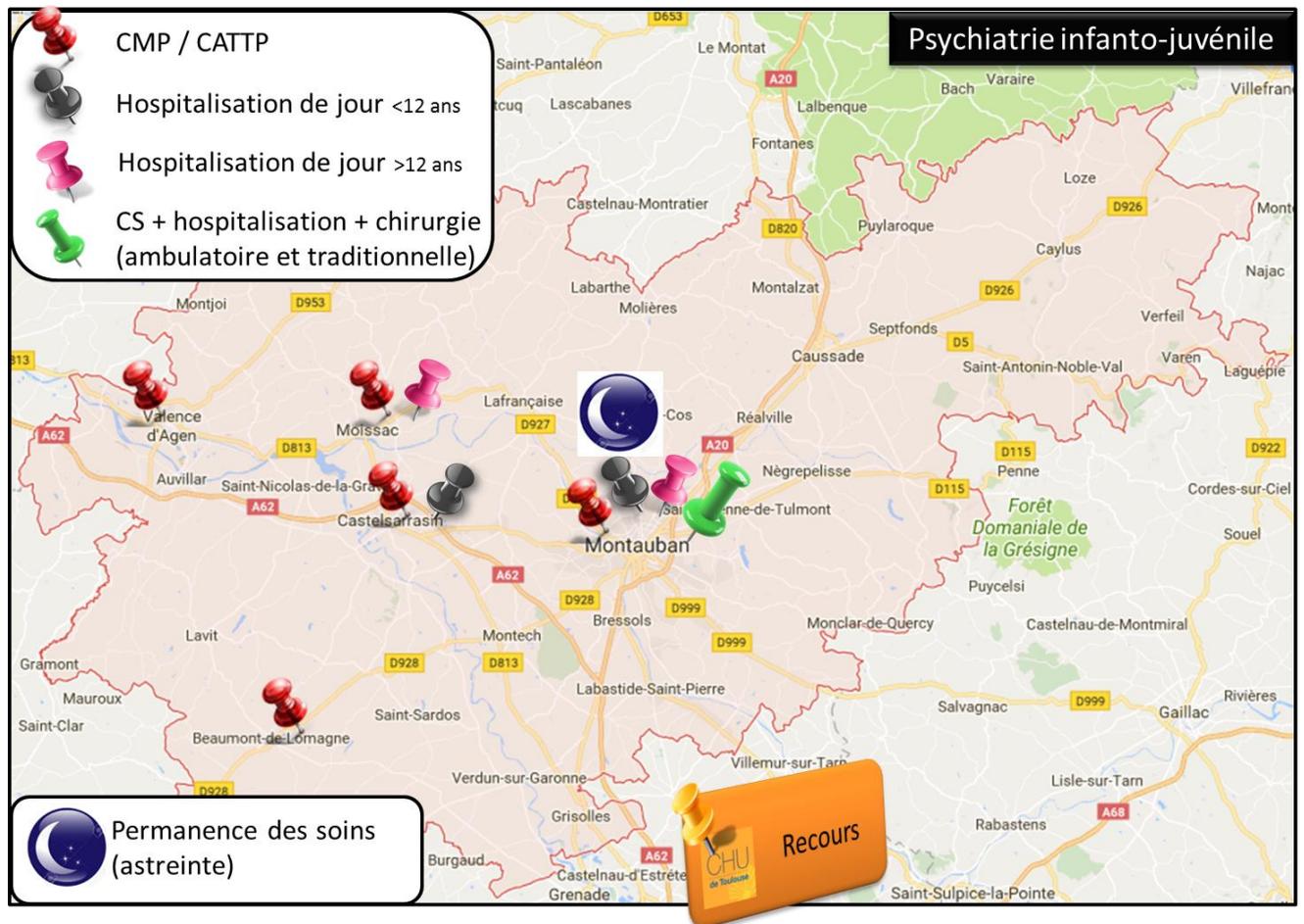
Gynécologie obstétrique



Pédiatrie



Psychiatrie infanto-juvénile



4.2.2.3. Permanence et continuité des soins

Gynécologie-obstétrique : astreinte départementale sur le CH de Montauban.

Pédiatrie : astreinte départementale sur le CH de Montauban.

Psychiatrie infanto-juvénile : astreinte départementale sur le CH de Montauban.

4.2.2.4. Liens avec le CHU

Les référents universitaires de cette équipe médicale de territoire, porteurs d'agrèments de spécialité validés par la Faculté de Médecine de Toulouse, sont :

Gynécologie obstétrique : Docteur Alain DUFOR

Pédiatrie : Docteur Pierre MOULIN

Psychiatrie infanto-juvénile : Docteur Sylvain DUPOUY.



4.2.3. Filière médico-chirurgicale territoriale viscérale

Afin d'améliorer le parcours de soins et la lisibilité de celui-ci pour les patients mais également pour les professionnels de santé nous avons souhaité déclinier la prise en charge médico chirurgicale des pathologies digestives au sein du territoire.

4.2.3.1. Objectifs médicaux

Les objectifs sont de déclinier une offre publique de soins la plus à même de répondre aux besoins de la population du territoire.

a) *Mettre en place une consultation avancée de gastroentérologie à la MSP de Valence d'Agen*

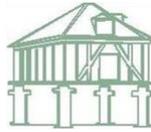
- Apporter à la population de l'ouest du département une compétence non disponible jusqu'à présent (1 vacation par semaine)
- Déclinier l'offre de soins au plus près de la population
- Améliorer le dépistage du cancer colorectal
- Améliorer le lien ville hôpital dans le bassin ouest du département
- Limiter le taux de fuite vers le Lot et Garonne
- Suivi :
 - o Nombre de consultations avancées
 - o Nombre d'endoscopies digestives réalisées sur le CHIC de Moissac
 - o Evolution du taux de fuite du bassin ouest sur les pathologies digestives

b) *Développer l'endoscopie digestive sur le CHIC Castelsarrasin Moissac*

- Augmenter les vacations d'endoscopie digestive au bloc opératoire du CHIC Castelsarrasin Moissac
- Répondre aux besoins de la population
- Suivi :
 - o Nombre de vacations disponibles au bloc opératoire
 - o Nombre d'endoscopies digestives réalisées au CHIC Castelsarrasin Moissac
 - o Evolution du taux de fuite

c) *Mettre en place une équipe de chirurgie digestive et viscérale de territoire*

- Mise en place d'une équipe territoriale de 5 chirurgiens viscéraux complémentaires

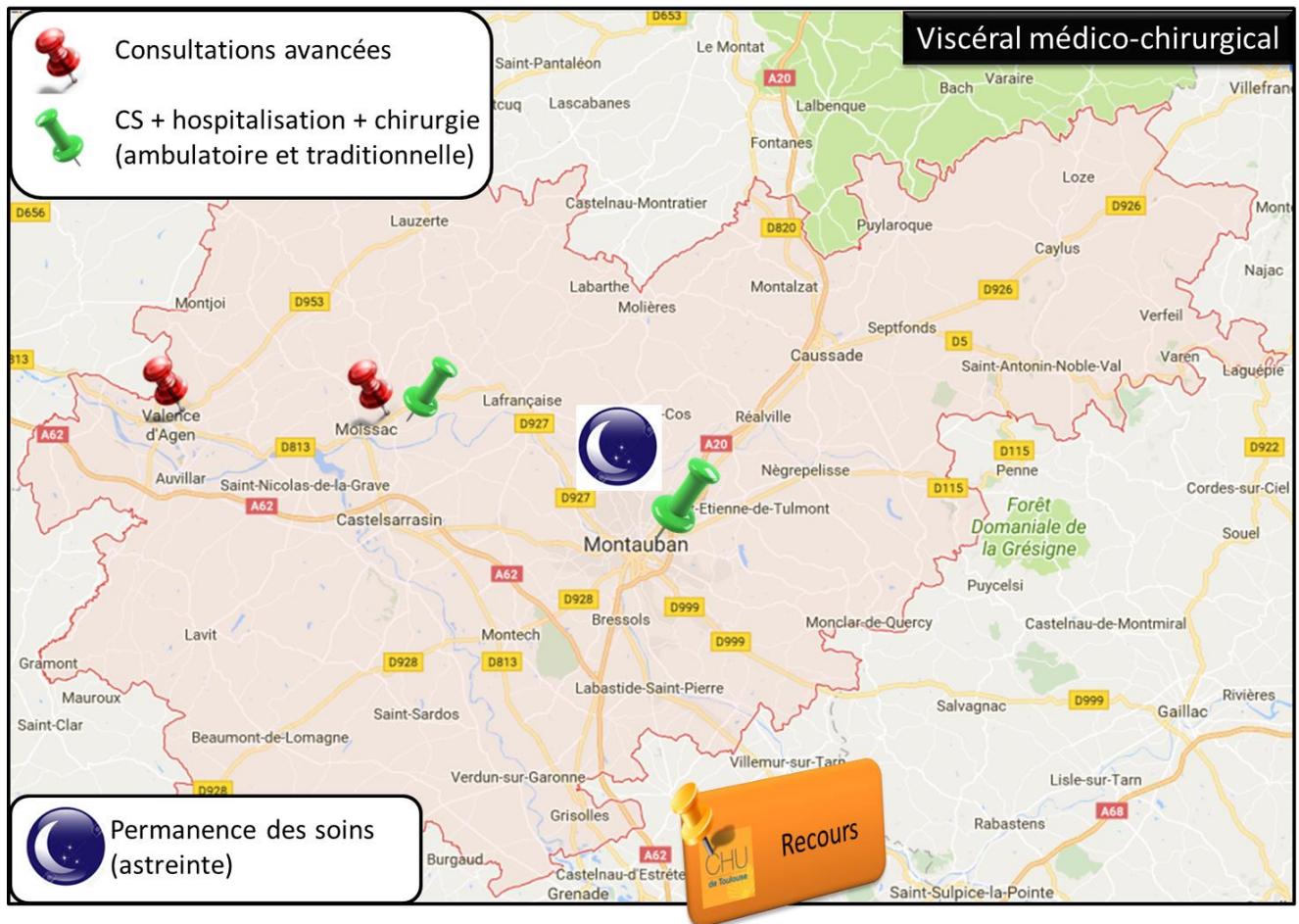


- Pérenniser une offre de soins de proximité, adaptée aux besoins de la population et de qualité égale en tout point du territoire
 - Définir les complémentarités entre les établissements
 - Formaliser le parcours du patient
 - Spécialisation de chaque chirurgien :
 - o chirurgie proctologique et des troubles de la statique pelvienne
 - o chirurgie digestive générale, chirurgie vasculaire veineuse, thyroïdectomies
 - o chirurgie oncologique digestive, hépatobiliaire, pancréatique et colorectale
 - o chirurgie bariatrique
 - Apport de chaque spécialité par des consultations avancées sur les 2 établissements MCO du territoire
- d) Développer les consultations avancées et la chirurgie ambulatoire sur le CHIC de Castelsarrasin Moissac
- Mettre en place des consultations « spécialisées » sur le site de Moissac
 - Apporter une compétence spécifique sur le bassin de Moissac (proctologie et troubles de la statique pelvienne, obésité)
 - Améliorer les collaborations entre les différents acteurs chirurgicaux de la filière (protocoles, politique qualité ...)
 - Suivi :
 - o Nombre de vacations
 - o Nombre de consultations en chirurgie viscérale
 - o Nombre d'interventions chirurgicales en chirurgie viscérale
- e) Mettre en place un parcours de soins de l'obésité allant jusqu'à la chirurgie bariatrique sur le CH de Montauban
- Répondre aux besoins de la population du Tarn et Garonne
 - Mettre en place une prise en charge multidisciplinaire structurée répondant aux recommandations (gastroentérologue, chirurgien, médecin spécialiste de l'obésité, diététicienne, psychiatre ou psychologue, anesthésiste, endocrinologue ...)
 - Développer la chirurgie bariatrique par le recrutement d'un chirurgien spécialiste

f) Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire territoriale

- Poursuivre la progression du virage ambulatoire sur les deux structures
- Mise en place de protocoles communs sur les deux structures MCO du GHT
- Optimiser les ressources médicales, soignantes et des plateaux techniques tout en améliorant la prise en charge des patients

4.2.3.2. Gradation des soins et organisation des activités



4.2.3.3. Permanence et continuité des soins

Chirurgie digestive : astreinte départementale sur le CH de Montauban.

4.2.3.4. Liens avec le CHU

Le référent universitaire de cette équipe médicale de territoire, porteur d'agrément de spécialité validés par la Faculté de Médecine de Toulouse, est le Docteur Céline GUERRINI.



4.2.4.Filière médicale territoriale gériatrie - soins de suite réadaptation (SSR)

Cette filière concerne directement les 5 établissements du GHT. En effet, l'activité de SSR et d'EHPAD est assurée par tous les acteurs (Montauban, Castelsarrasin - Moissac, Valence d'Agen et Nègrepelisse - Caussade). L'organisation de la filière territoriale va permettre de décliner une offre de soins territoriale sur les activités sanitaires de Gériatrie, SSR, USLD et d'hébergement avec les EHPAD.

4.2.4.1. Objectifs médicaux

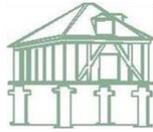
Gériatrie

a) Court séjour gériatrique

- Extension du court séjour gériatrique départemental à 25 lits
- Evaluation gériatrique standardisée (troubles cognitifs, oncologie, troubles de la marche et chute, dénutrition ...)
- Répondre directement aux demandes urgentes des médecins traitants afin d'éviter un passage aux urgences des personnes âgées
- Participer à l'accueil post urgence
- Réaliser des hospitalisations programmées ou urgentes dans le cadre de soins de support
- Suivi :
 - o Taux d'occupation
 - o Indice de performance
 - o Répartition des modes d'entrée

b) Oncogériatrie

- Poursuivre la mise en place du réseau (médecine générale, oncologues, gériatres, télémedecine, CHU ...)
- Assurer une harmonisation des prises en charge
- Mettre à disposition de l'ensemble du territoire les compétences spécifiques du CHU
- Développer la place de l'oncogériatrie chez les oncologues
- Cibler les populations concernées (G8)
- Poursuivre cette centralisation
- Communiquer aux oncologues, aux gériatres et aux « onco-chirurgiens »



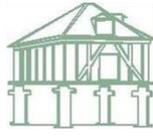
- Développer le temps de gériatrie sur l'oncologie
- Développer la consultation spécialisée
- Développer les RCP
- Suivi :
 - o Nombre de RCP
 - o Nombre de consultations spécialisées

c) Hospitalisation de jour gériatrique

- Réaliser sur programmation en ambulatoire une évaluation médico-psycho-sociale de la personne âgée de plus de 75 ans adressée par son médecin traitant, l'équipe de MPS, le médecin coordonnateur de l'EHPAD, l'urgentiste ou tout autre médecin du territoire dans le cadre du repérage de la fragilité, d'une consultation mémoire
- Préparer une prise en charge thérapeutique spécifique
- Intégrer la personne âgée et son aidant dans un parcours de soins adapté en faisant le lien entre les différentes prises en charge
- Suivi :
 - o File active
 - o Satisfaction des utilisateurs (médecins généralistes et spécialistes, patients et familles)

d) Consultation mémoire

- Structurer la consultation mémoire existante sur le département et la développer (CH Montauban, CHIC Castelsarrasin Moissac, Nègrepelisse ?)
- Mettre en place un calendrier de consultations avec des plages dédiées
- Mettre en place un secrétariat et un numéro de téléphone unique
- Uniformiser le recueil de données et du compte rendu des consultations
- Assurer une meilleure lisibilité pour les usagers et les professionnels de santé
- Assurer un meilleur service rendu aux patients
- Assurer une meilleure exhaustivité du recueil d'activité
- Suivi :
 - o Etude Calliope
 - o Recueil BNA



e) Equipe mobile de Gériatrie

- Développer la collaboration avec les équipes hospitalières, les réseaux de santé, les gestionnaires de cas Maia et l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge ou le suivi de la personne âgée qu'elle soit en établissement de santé ou au domicile
- En intra hospitalier :
 - o Développer, sur demande préalable, un avis spécialisé sous forme de préconisations
 - o Dispenser une évaluation gériatrique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique
 - o Contribuer à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques
 - o Orienter dans la filière adaptée
 - o Participer à l'organisation de la sortie des patients en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile
 - o Conseiller, informer et participer à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques envers les professionnels et les familles des patients rencontrés
 - o Prévenir la dépendance iatrogène
 - o Lutter contre la iatrogénie médicamenteuse
- En extra hospitalier :
 - o Assurer un rôle de veille et de signalement des dysfonctionnements au sein de la filière sur son territoire d'action
 - o Utiliser et développer la télémédecine avec les EHPAD pour certaines de ses missions
 - o En EHPAD :
 - Accompagner et évaluer les pratiques professionnelles et la qualité
 - Mettre en place des réunions pluridisciplinaires autour de « cas cliniques » et/ou associés à supports de formation « pratiques »
 - o Au domicile :
 - Intervenir, pour des cas complexes validés par la MAIA, à la demande du médecin traitant



- Intervenir dans le cadre des MSP et des CLS en appui des réunions pluridisciplinaires autour de cas cliniques (PAERPA) en favorisant l'approche globale
 - Améliorer la filière gériatrique et apporter une expertise gériatrique auprès des dispositifs médico-sociaux en place, des médecins généralistes et des autres professionnels de santé
- Suivi :
- Augmentation de la sévérité des GHM
 - Favoriser les entrées directes en court séjour gériatrique
 - File active
 - Nombre d'actes « gériatriques » spécifiques : demande d'APA, de mesure de protection juridique ...
 - Valorisation de la filière gériatrique : nombre de consultations gériatriques, de consultations mémoires, d'évaluation de la fragilité ...

f) Projet « Arsenal »

- Regroupement sur un même lieu, dans des locaux adaptés et modernes en adéquation avec le Projet Régional de Santé et du plan Alzheimer 2008-2012 :
 - des EHPAD publics de Montauban (90 lits)
 - 3 unités de 30 lits
 - 1 PASA
 - De 40 lits d'USLD pour des personnes âgées de plus de 60 ans avec des soins requis élevés nécessitant une médicalisation 24h/24.
- Valoriser et humaniser les missions « médico-sociales » du CH de Montauban
- Faciliter la filière gériatrique sanitaire territoriale
- Maintenir la personne âgée au plus près du centre-ville à proximité des commodités de transport
- Améliorer l'accueil hôtelier et immobilier des personnes âgées dans les structures d'hébergement du CH de Montauban
- Maintenir une qualité de prise en soins, tant médicale que paramédicale et sociale
- Suivi :
 - Satisfaction des résidents et de leurs aidants



- Certification sanitaire (USLD) et médico-sociale
- GMP, PMP
- Taux de remplissage

g) Informatisation des EHPAD

- Mettre en place un logiciel métier dans les EHPAD du CH de Montauban
- Améliorer la prise en charge et la traçabilité dans ces unités
- Améliorer et faciliter le recueil et le suivi d'activité

h) Projet USLD Valence d'Agen

- Transformation de lits d'EHPAD en « Unité de Soins de Longue Durée » -30 lits qui permettra de prendre en charge :
 - des patients présentant un état clinique relevant de soins médico-techniques
 - d'équilibration et de surveillance rapprochée imposant une surveillance médicale plurihebdomadaire
 - et une permanence infirmière 24h/24h (rationnalisé avec le futur SSR)
 - des patients relevant d'une rééducation fonctionnelle intensive le plus souvent individuelle.
 - des patients en fin de vie relevant de soins palliatifs et d'un accompagnement psychologique lourd.

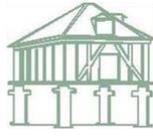
i) Projet USLD CHIC Castelsarrasin Moissac

- Transformation de 30 lits d'EHPAD en 30 lits d'USLD

Soins de suites et réadaptation (SSR)

a) SSR Personnes Agées Polypathologiques Dépendantes (PAPD)

- En plus des lits autorisés sur le bassin de Moissac, obtenir une autorisation de SSR PAPD sur le bassin de Montauban
- Améliorer la répartition géographique du territoire pour ce type de structures
- Favoriser la récupération optimale des capacités physiques et psychiques des PAPD ou à risque de dépendance souffrant d'une ou plusieurs pathologies chroniques invalidantes ou à risque de décompensation
- Mettre en place le programme d'évaluation et d'accompagnement pour l'aide au maintien et à la récupération de l'autonomie des patients



- Réduire la perte d'autonomie et diminuer la DMS par un retour plus facile dans un lieu de vie habituel
- Optimiser le parcours de soins de la personne âgée et organiser les entrées en EHPAD si besoin,
- Développer la prévention de la perte d'autonomie avec les patients et les aidants
- Suivi :
 - o Satisfaction des utilisateurs
 - o Taux de réhospitalisation
 - o Taux d'occupation

b) Hospitalisation complète MPR

- Devenir centre de référence départemental en MPR
- Diminuer le nombre de lits pour privilégier l'activité ambulatoire
- Suivi :
 - o DMS des patients en HC
 - o Nombre d'internes accueillis dans le service

c) Consultation MPR

- Assurer l'accès aux soins spécialisés pour les personnes handicapées
- Respecter les recommandations HAS pour le suivi des patients neurologiques
- Etendre la compétence MPR sur le territoire et aux SSR non pourvus de médecins spécialistes.
- Développer les consultations de MPR et plus particulièrement
 - o En rééducation neurologique :
 - suivi AVC, SEP, blessés médullaires, traumatisés crâniens, ...
 - prise en charge des vessies neurologiques
 - consultation de la spasticité
 - o En rééducation de l'appareil locomoteur
 - Pathologies complexes de l'appareil locomoteur
 - Consultation rachis



- Appareillage : corset, prothèses, orthèses ...
- Isocinétisme
- Suivi :
 - Nombre de consultations

d) Equipe mobile MPR

- Compléter le champ d'action de l'offre publique de soins en MPR
- Conseiller et soutenir les équipes soignantes des établissements de santé et du domicile en termes d'évaluation des situations de handicap
 - Consultations avancées au CHIC Castelsarrasin Moissac, Valence d'Agen, Caussade, EVC-EPR Nègrepelisse, clinique de la Pinède ...
 - Consultations en HAD
- Améliorer les conditions de vie des personnes en situation de handicap dans leur environnement socio-familial et professionnel
- Objectifs :
 - Diminuer les durées d'hospitalisation en MCO
 - Améliorer les conditions de retour à domicile
 - Donner des avis spécialisés en MPR dans le cadre des parcours de santé des patients en situation de handicap
- Suivi :
 - Diminution du délai d'attente pour accéder au SSR
 - Diminution des durées d'hospitalisation

e) Hospitalisation de jour MPR

- Augmenter la capacité de l'hôpital de jour (10 à 20 places)
- Développer l'activité ambulatoire de MPR au décours de la chirurgie ambulatoire
- Développer l'activité ambulatoire dans les pathologies neurologiques (AVC, pathologies neurodégénératives ou inflammatoires ...)
- Suivi :
 - Diminuer la DMS en hospitalisation complète
 - Augmentation du nombre de patients admis en HDJ



f) Hospitalisation de jour spasticité

- Développer la prise en charge de la spasticité par injection de toxine botulique dans le seul centre départemental qui réalise cette activité
- Objectifs :
 - o Améliorer la prise en charge des patients, en particulier dans le cadre de la filière AVC
 - o Inclusion des patients à des programmes spécifiques de rééducation intensive post-injection
- Suivi :
 - o Nombre d'actes
 - o Diminuer le délai entre deux injections
 - o Nombre de séjours de rééducation post-toxine

g) Education thérapeutique SSR

- Développer ou formaliser des programmes d'éducation thérapeutique de rééducation :
 - o Restauration fonctionnelle du rachis
 - o Auto-rééducation dans les pathologies neurologiques centrales
 - o Vessies neurologiques et auto-sondages
 - o Troubles recto-anaux et apprentissage des irrigations trans-anales
 - o SEP, AVC
- Suivi :
 - o Nombre de patients inclus

h) Restauration fonctionnelle du rachis (RFR)

- Le traitement et la prévention de la lombalgie chronique représentent des enjeux majeurs de santé publique
- Répondre à un besoin de santé publique
- Mettre en place une éducation et une rééducation intensive autour du rachis autour d'une équipe multidisciplinaire
- Objectifs :
 - o Favoriser la reprise du travail des patients lombalgiques chroniques



- Diminuer la durée des arrêts de travail et le nombre de mise en invalidité pour lombalgie chronique
- Suivi :
 - Nombre d'entrées en HDL locomoteur
 - Nombre de consultation rachis en SSR

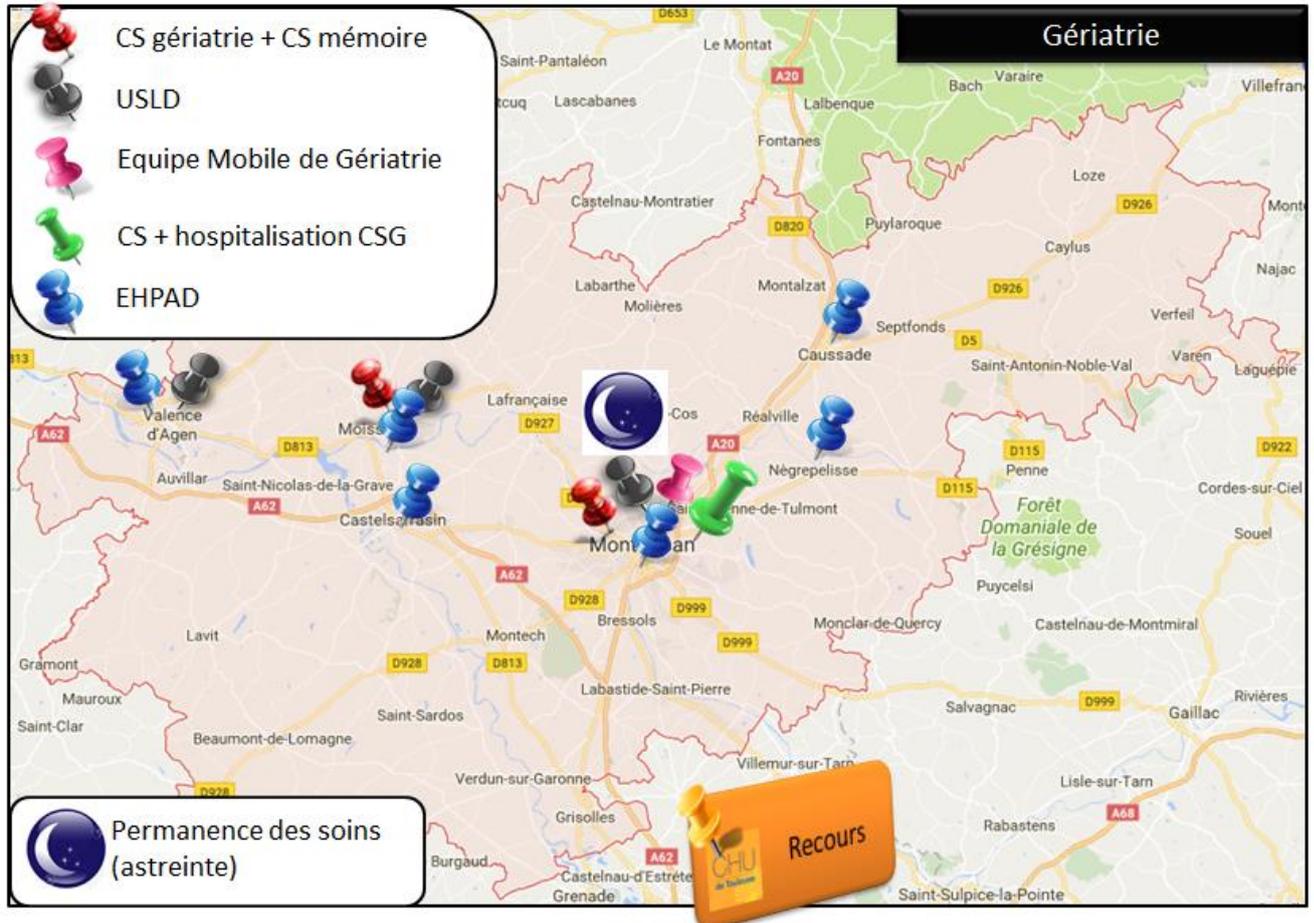
i) Projet SSR Valence d'Agen

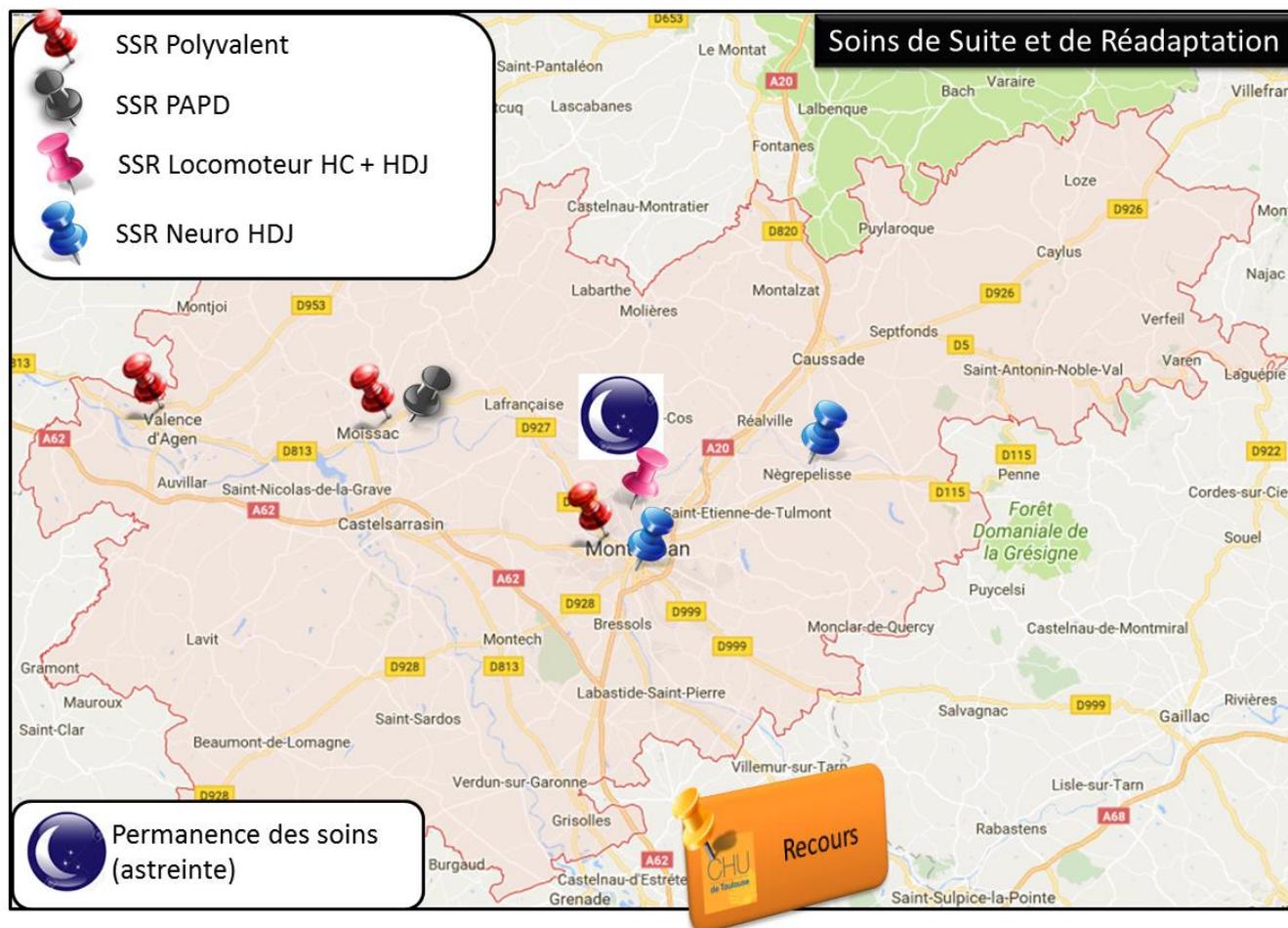
- Développer l'activité « Soins de Suite et de Réadaptation Polyvalent » créer dix-neuf lits -dont deux lits « identifiés »
 - Objectifs : prendre en charge et développer l'éducation thérapeutique concernant
 - les affections traumatiques, dégénératives et inflammatoires de l'appareil locomoteur,
 - les affections du système nerveux,
 - les affections cardiaques,
 - les affections pneumologiques,
 - les affections digestives, métaboliques et nutritionnelles,
 - la convalescence (post chimiothérapie) et le retour au domicile, l'accompagnement à fin de vie.
 - Indicateurs de suivi :
 - nombre de journées réalisées en hospitalisation complète,
 - nombre d'entrées,
 - nombre d'admissions en hospitalisation complète,
 - nombre d'admissions en hospitalisation partielle,
 - durée moyenne de séjour en hospitalisation complète,
 - composition de l'équipe médicale en équivalent temps plein,
 - composition de l'équipe non médicale en équivalent temps plein,
 - répartition des modes d'entrée,
 - répartition des modes de sortie,

j) Projet d'Unité Cognitivo Comportementale (UCC)

- Mettre en place une UCC départementale

4.2.4.2. Gradation des soins et organisation des activités





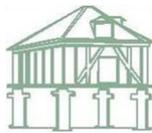
4.2.4.3. *Permanence et continuité des soins*

SSR Court séjour gériatrique : astreinte sur le CH de Montauban.

4.2.4.4. *Liens avec le CHU*

Les référents universitaires de cette équipe médicale de territoire, porteurs d'agrément de spécialité validés par la Faculté de Médecine de Toulouse, sont :

- Gériatrie : Docteur Kristel SUDRES
- MPR : Docteur Emilie BRALEY



4.2.5. Filière médicale territoriale santé société

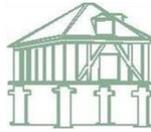
4.2.5.1. Objectifs médicaux

Hospitalisation à domicile (HAD)

- Création d'une HAD territoriale
 - Mettre en commun les procédures entre l'HAD de Castelsarrasin Moissac et celle du territoire de Montauban
 - Développer l'activité de chimiothérapie en HAD
 - Développer l'activité « cicatrisation »
 - Poursuivre la prise en charge de soins palliatifs
 - Objectifs :
 - Favoriser la prise en charge en sortie des unités de chirurgie ambulatoire ou en diminuant l'hospitalisation conventionnelle en post chirurgical
 - Augmenter le nombre de journées d'HAD
 - Augmenter le nombre de patients pris en charge en diversifiant l'activité

Permanence d'accès aux soins (PASS)

- Repérage de la précarité et coordination du parcours de soins des personnes vulnérables
 - Mission transversale entre le CH de Montauban, le CHIC de Moissac et les unités cibles pour repérer la précarité : PASS / Urgences / lits Halte Soins Santé (ville), permettant de sensibiliser, informer et former les équipes
 - Mise en place d'une PASS mobile et consultation PASS dédiée « post urgences »
 - Objectifs
 - Améliorer l'accès aux soins et la prise en charge des personnes les plus démunies
 - Coordonner et améliorer le parcours de soins des personnes vulnérables
 - Améliorer le repérage de la précarité « visible et non visible »
 - Communiquer sur la précarité avec les acteurs de la santé



- Suivi :
 - Augmentation de la file active de la PASS
 - Nombre d'orientations PASS depuis les urgences Consultations PASS orientées via les urgences

Addictologie

a) Développement du service d'addictologie niveau 2 au sein d'une fédération addicto-gastro-oncologie

- Restructuration des services de médecine du CH de Montauban
- Améliorer la compétence des équipes
- Développer et consolider le niveau 2 d'addictologie, en améliorant la prise en charge des comorbidités somatiques et en développant des partenariats
- Suivi
 - Déménagement
 - Nombre de prise en charge de patients hors département
 - Evolution des RUM (sevrages complexes, comorbidités ...)
 - Convention avec autres établissements (SSR, niveau 2 type CH Leyme, ...)

b) Faciliter l'accès au sevrage tabagique de populations spécifiques et ciblées (patients suivis au CSAPA et en addictologie, femmes enceintes ou ayant un désir d'enfant, futurs opérés)

- Prescription et délivrance des traitements de substitution nicotinique gratuitement au CSAPA
- Création d'une consultation d'aide au sevrage tabagique aux consultations externes avec orientation par les chirurgiens, anesthésistes, gynécologues et sages-femmes. Education thérapeutique, session mensuelle
- Intervention de l'équipe auprès des soignants de la maternité
- Suivi :
 - Nombre de patients du CSAPA bénéficiant des traitements de substitution nicotinique
 - Activité de la consultation mise en place aux consultations externes



c) Développer et consolider l'activité du CSAPA sur le CHM et sur le CHIC de Castelsarrasin Moissac

- Améliorer le recueil des données au CSAPA et faciliter la gestion des traitements de substitution (logiciel métier)
- Mise en place d'une consultation d'hypnose médicale au CSAPA
- Mettre en place la gestion et la délivrance des traitements de substitution nicotinique au CHIC de Castelsarrasin Moissac
- Suivi :
 - o Gain de temps dans la gestion des traitements de substitution nicotinique au CSAPA, rapport d'activité facilité pour les Tutelles
 - o Etude rétrospective des dossiers suivis en hypnose
 - o Evolution de la file active pour l'accueil familial, nombre d'entretiens réalisés
 - o Nombre de patients suivis en substitution sur Moissac, nombre de délivrances, nombre de tests urinaires utilisés.

Département d'information médicale (DIM)

a) Création d'un DIM de territoire du GHT

- Mettre en place d'une gouvernance territoriale avec des collègues médicaux, un règlement intérieur et une charte de fonctionnement
- Management des ressources humaines du DIM du territoire
- Améliorer l'exhaustivité et la qualité des données transmises
- Améliorer les analyses stratégiques du GHT
- Définir un guide territorial du dossier patient
- Harmonisation des procédures
- Gain d'efficience pour le DIM
- Suivi :
 - o Taux d'erreurs de codage global et dans chaque établissement
 - o Disparition des sanctions de l'assurance maladie
 - o Diminution des indus



b) Fiabiliser la description de l'activité MCO et les recettes des établissements du GHT

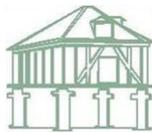
- Améliorer la qualité du codage et la fiabilisation des recettes pour répondre aux exigences de la certification des comptes
- Plan d'actions :
 - o Réorganisation du contrôle au sein de l'équipe TIM, puis évoluer vers une centralisation du codage au niveau du DIM
 - o Augmenter le niveau de qualité de codage en accentuant le recours à l'expertise médicale du DIM
 - o Encadrer les contrôles des TIM en formalisant les procédures de recueil de l'information liée à l'activité et de contrôle (médecin DIM)
 - o Faciliter le contrôle en disposant d'outils d'aide au codage et en améliorant la traçabilité dans les dossiers des patients
 - o Communiquer les indicateurs de suivi de performance de codage aux instances
- Suivi :
 - o Diminution des indus. Disparition des sanctions de l'assurance maladie
 - o Taux annuel d'erreurs lors de contrôle aléatoire du médecin référent en codage MCO < 10%
 - o Taux annuel d'erreurs lors des contrôles ciblés par le médecin DIM < 20%

c) Optimiser le recueil du PMSI en SSR pour préparer la future tarification à l'activité

- Améliorer la qualité des données PMSI sur les établissements du GHT exerçant une activité de SSR
- Améliorer l'appropriation des informations liées à l'activité par les équipes médicales et soignantes pour in fine une meilleure organisation de la prise en charge
- Suivi :
 - o Augmentation du nombre d'actes CSARR par jour
 - o Participation du médecin DIM aux réunions de services et de pôle

d) Développer l'analyse de l'activité en psychiatrie

- Développer un lien fort entre les services de psychiatrie et le DIM pour garantir une bonne description de l'activité
- Sensibiliser les acteurs paramédicaux et médicaux en psychiatrie à cette nécessité

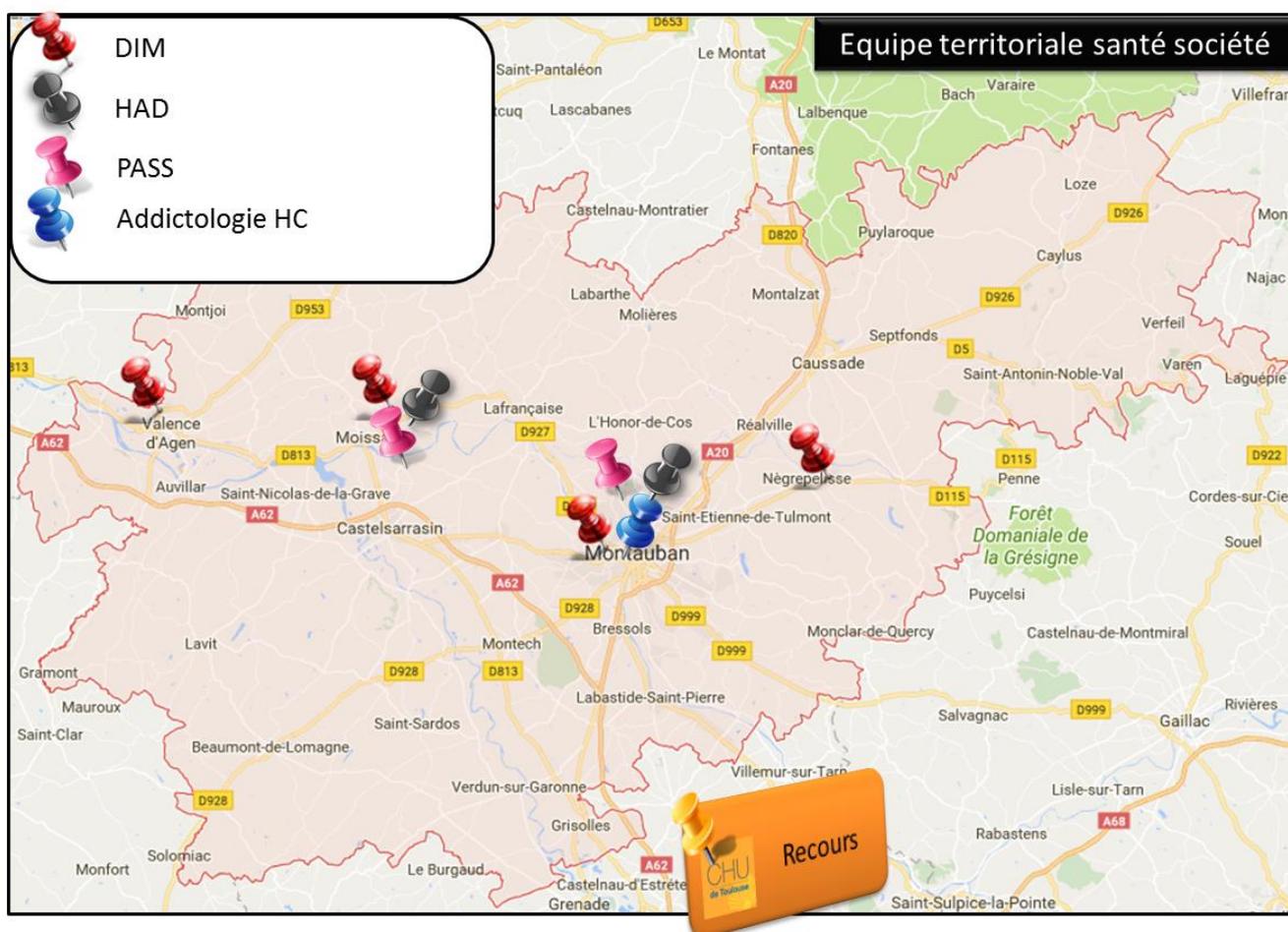


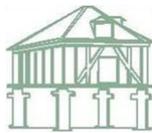
- Améliorer l'exhaustivité du recueil des actes
- Améliorer l'efficience des prises en charge
- Suivi :
 - o Taux d'exhaustivité du recueil des actes en ambulatoire
 - o Participation aux réunions de pôles.

e) Politique dossier patient

- Mise en place de l'identitovigilance au niveau territorial
- Gestion des droits
- Guide territorial du dossier patient
- Mise en œuvre du schéma d'information territorial ou SDSIT

4.2.5.2. Gradation des soins et organisation des activités





4.2.5.3. Liens avec le CHU

Les référents universitaires de cette équipe médicale de territoire, porteurs d'agrément de spécialité validés par la Faculté de Médecine de Toulouse, sont :

Médecine générale : Docteur Jérôme HEYSCH DE LA BORDE

HAD psychiatrie : Docteur François OLIVIER



4.2.6. Filière médicale territoriale des médecins

La filière territoriale des médecines regroupe la médecine polyvalente et les médecines spécialisées. Seul le CHIC Castelsarrasin Moissac présente un service de médecine polyvalente en hospitalisation complète. Le CH de Montauban regroupe les secteurs d'hospitalisation complète de médecine spécialisée.

Pour la médecine spécialisée, on décline :

- Hôpital de Nègrepelisse : consultations avancées de neurologie
- CHIC Castelsarrasin Moissac :
 - o Consultations de cardiologie, dermatologie, diabétologie et angiologie
 - o Consultations avancées de neurologie
- CH De Montauban :
 - o Neurologie : consultation, hospitalisation complète, unité de soins intensifs (unité neurovasculaire) et plateau technique
 - o Cardiologie : consultation, hospitalisation complète, unité de soins intensifs et plateau technique (activité de cardiologie interventionnelle rythmologie). L'activité de cardiologie interventionnelle vasculaire est assurée par la Clinique du Pont de Chaume
 - o Consultations de dermatologie, diabétologie, angiologie

4.2.6.1. Objectifs médicaux

Neurologie

- a) Développer les consultations avancées de neurologie (EHPAD, hôpitaux locaux, MAS, MSP ...)
- Faciliter l'accès aux soins pour des patients éloignés du recours spécialisé en neurologie
 - Eviter le transport des patients fragiles
 - Diminuer le recours aux transports financés par l'assurance maladie
 - Améliorer le lien avec le premier recours et les professionnels de santé
 - Suivi :
 - o File active site par site
 - o Bilan annuel avec les responsables de sites

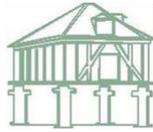


b) Développer la prise en charge des AVC : consultations pluridisciplinaires

- Dimensionner la filière neurovasculaire aux besoins de la population
- Optimiser le suivi des patients
- Développer la prévention primaire et secondaire
- Suivi :
 - o Nombre d'AVC / an
 - o Nombre de thrombolyse / an
 - o Nombre de patients adressés au CHU pour thrombectomie / an
 - o Indicateurs IPAQSS

c) Création d'une consultation pluridisciplinaire post AVC et pour les pathologies neurodégénératives

- Explorer les handicaps moteurs et neuropsychocognitifs, l'existence de polyopathologies associées et l'environnement de la personne ; proposer de l'aide aux aidants et une éducation thérapeutique
- Post AVC :
 - o Consultation à 6 mois
 - o Evaluer la maladie vasculaire, assurer la prévention secondaire
 - o Réaliser un bilan pronostic fonctionnel et cognitif
 - o Adapter le suivi de chaque patient, contribuer à sa réinsertion sociale et socioprofessionnelle
- Pathologie neurodégénérative :
 - o Encadrement de l'annonce de la maladie
 - o Favoriser une évaluation globale et garantir l'accès à un programme de soins personnalisé
 - o Développer l'accompagnement aux aidants et dépister les comorbidités
- Suivi :
 - o Nombre de consultations post AVC / an
 - o Nombre d'hospitalisations pour pathologies neurodégénératives, DMS



d) Prise en charge des traumatisés crâniens

- Développer la filière traumatisme crânien
- Structurer le parcours de soins et le suivi
- Identifier précocement les syndromes post commotions et les orienter vers les structures de réinsertion
- Suivi :
 - o Nombre de traumatisme crâniens
 - o Nombre de consultations spécialisées

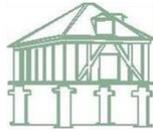
Pneumologie

a) Mettre en place une consultation avancée de pneumologie au CHIC Castelsarrasin Moissac

- Faciliter l'accès aux soins pour des patients éloignés du recours spécialisé en pneumologie
- Apporter une compétence peu disponible à la population de l'ouest du département
- Améliorer le lien ville hôpital dans le bassin ouest du département
- Fluidifier la prise en charge entre le service de médecine polyvalente et la pneumologie
- Limiter le taux de fuite vers le Lot et Garonne
- Améliorer la prise en charge du cancer du poumon dans ce bassin
- Suivi :
 - o Nombre de consultations avancées
 - o Evolution du taux de fuite du bassin ouest sur les pathologies respiratoires

b) Mise en place de l'écho-endoscopie bronchique au CH de Montauban

- Améliorer le diagnostic des adénopathies médiastinales
- Diminuer le transfert de patients vers le CHU
- Diminuer les délais diagnostiques en cancérologie thoracique
- Suivi :
 - o Nombre d'examens réalisés / an



c) Participation à l'hospitalisation de jour en médecine

- Développer l'activité ambulatoire dans certaines pathologies : allergologie, éducation thérapeutique (école de l'asthme), mise en place de ventilation non invasive ...

d) Développer la prise en charge de l'insuffisance respiratoire chronique

- Développer la ventilation chez les obèses, les BPCO ...
- Recherche de comorbidités

Cardiologie

a) Poursuivre l'activité de cardiologie interventionnelle rythmologique

- Partage de l'activité de cardiologie interventionnelle avec la clinique du Pont de Chaume (vasculaire)

b) Développer l'imagerie cardiaque

- Développer l'IRM cardiaque et l'échographie de stress au niveau territorial
- Améliorer la prise en charge diagnostique non invasive de la maladie cardiovasculaire
- Suivi :
 - o Nombre d'actes (IRM cardiaque et échographie de stress)

Plaies et cicatrisation

a) Développer la prise en charge des plaies et cicatrisation sur le CHIC de Castelsarrasin Moissac, et les hôpitaux de Nègrepelisse, Valence d'Agen et Caussade

- Développer la technique de la télémédecine pour mettre en place cette activité
- Suivi :
 - o Nombre de consultations par télémédecine
 - o Diminution du nombre de transport de patients

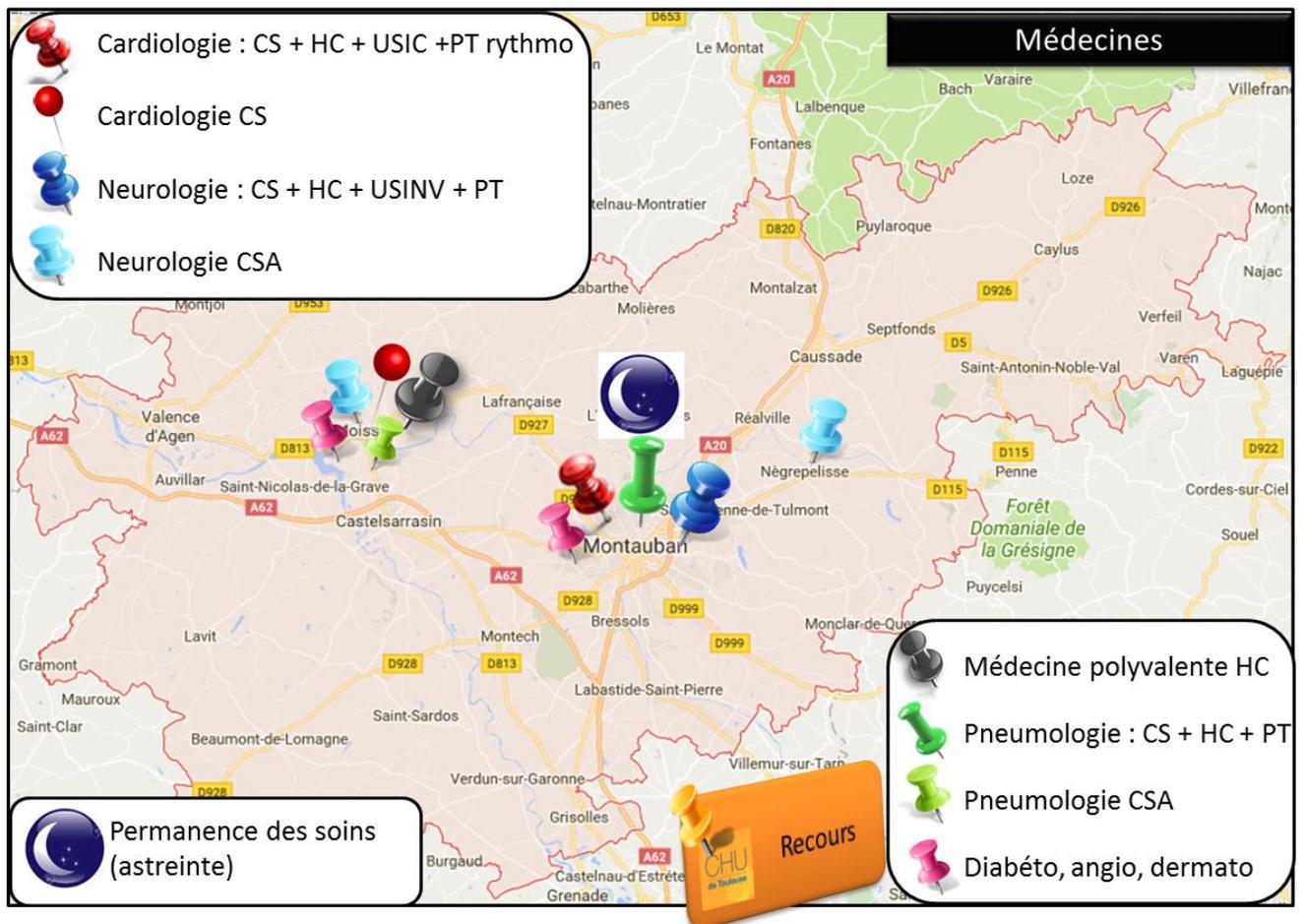
Diabétologie

a) Développer la diabétologie sur les CH de Montauban et Castelsarrasin Moissac

- Développer l'éducation thérapeutique
- Développer les consultations
- Développer le lien ville hôpital

- Développer le projet de prise en charge du diabète chez l'enfant
- Suivi :
 - o Nombre de consultations diabétologie
 - o File active du programme d'éducation thérapeutique
- b) Poursuivre la consultation avancée sur Montaignu de Quercy
- Assurer une offre de soins en diabétologie sur le territoire
- Suivi :
 - o File active sur Montaignu de Quercy

4.2.6.2. Gradation des soins et organisation des activités





4.2.6.3. Permanence et continuité des soins

Neurologie : astreinte départementale sur le CH de Montauban

Cardiologie :

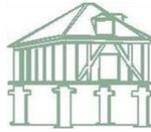
- astreinte départementale sur le CH de Montauban
- astreinte départementale de rythmologie sur le CH de Montauban

Pneumologie : astreinte départementale sur le CH de Montauban

4.2.6.4. Liens avec le CHU

Les référents universitaires de cette équipe médicale de territoire, porteurs d'agrément de spécialités validés par la Faculté de Médecine de Toulouse, sont :

- Neurologie : Docteur Philippe MARTINEZ
- Cardiologie : Docteur Elisabeth SOMODY
- Pneumologie : Docteur François PETUREAU



4.2.7. Filière médicale territoriale d'oncologie

L'activité d'oncologie est actuellement déjà déclinée sur le territoire du GHT. Néanmoins, il est intéressant de structurer et développer cette filière territoriale pour :

- favoriser l'accès à la prévention et au dépistage
- assurer une prise en charge graduée dans la nouvelle organisation de soins
- améliorer la coordination des soins et les échanges d'informations entre professionnels
- renforcer le dispositif d'annonce et d'accompagnement dans l'accès aux soins de support
- améliorer l'accès à l'innovation pour tous les patients.

4.2.7.1. Objectifs médicaux

a) Renforcer l'offre de soins en cancérologie sur le bassin de Castelsarrasin Moissac

- Développer les consultations avancées en cancérologie sur le CHIC de Castelsarrasin Moissac
- Suivi :
 - o Nombre de consultations avancées

b) Développer l'hospitalisation de jour sur le site de Montauban

- Regroupement de l'HDJ oncologie avec l'Hospitalisation de jour « médecine » dans un service intitulé « Unité de médecine ambulatoire »
- Renforcer l'organisation de l'HDJ oncologie
- Renforcer les liens avec l'Hospitalisation à domicile territoriale

c) Regroupement du service d'hospitalisation complète d'oncologie avec les activités de gastro-entérologie et d'addictologie

- Augmenter le nombre de chambres individuelles
- Améliorer la prise en charge des soins palliatifs

d) Renforcer la structuration du 3C

- coordination médicale de la cancérologie au sein de l'établissement (ou du réseau), et en particulier des réunions
- concertation multidisciplinaire en cancérologie ;
- assurance qualité du programme personnalisé de soins pour chaque patient ;

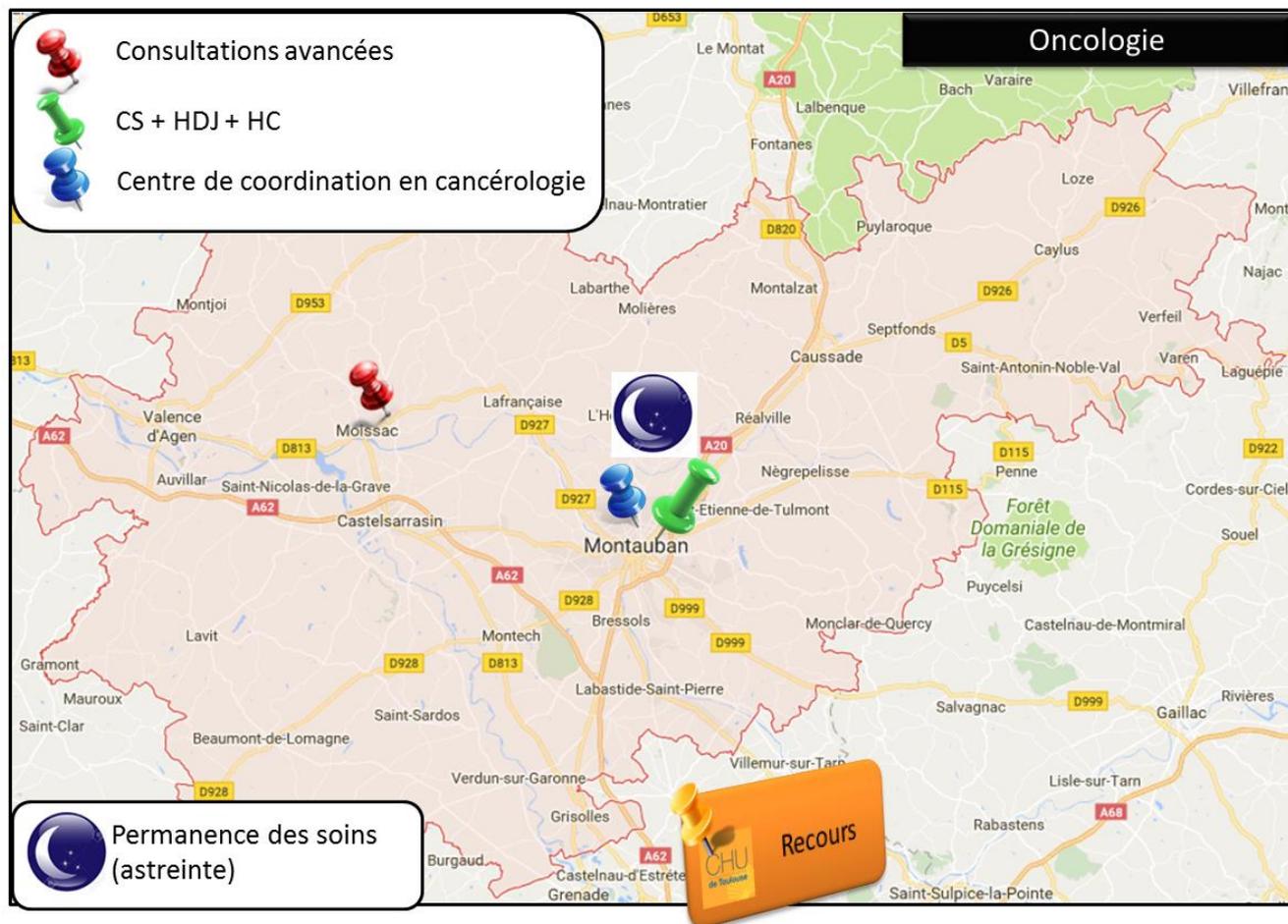


- suivi individualisé des patients, en apportant une aide et un soutien dans la prise en charge ;
- suivi au sein de l'établissement de la mise en œuvre du plan cancer, avec données chiffrées d'activité et de qualité

e) Promouvoir l'accès aux soins palliatifs

- Travailler autour de 4 axes :
 - o Prise en charge de la personne sans discrimination dans le respect des Droits des patients en générale et en fin de vie. Respect de la dignité
 - o L'Equipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP)
 - o Les Lits Installés de Soins Palliatifs (LISP)
 - o Favoriser la coordination entre les différents acteurs du territoire
- Suivi :
 - o File active EMSP
 - o Nombre d'interventions auprès des patients / services / proches
 - o Nombre de formations
 - o Nombre de séjours en LISP
 - o Nombre de RCP sur les soins de support
 - o Nombre de procédures collégiales

4.2.7.2. Gradation des soins et organisation des activités

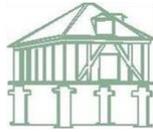


4.2.7.3. Permanence et continuité des soins

Oncologie : astreinte départementale sur le CH de Montauban (astreinte du service addictologie, oncologie, gastro-entérologie)

4.2.7.4. Liens avec le CHU

Le référent universitaire de cette équipe départementale, porteur d'agrément de spécialité validé par la Faculté de Médecine de Toulouse ; est le Docteur Miguel CARREIRO.



4.2.8.Filière médicale territoriale réanimation – anesthésie – unité de chirurgie ambulatoire (UCA) – bloc opératoire

Cette filière territoriale existe depuis plusieurs années au niveau de l'équipe des urgences qui travaille en fédération inter hospitalières depuis plus de 15 ans.

4.2.8.1. Objectifs médicaux

Urgences SAMU SMUR

a) Création d'une plateforme de régulation 3S : sanitaire, sociale et secours

- Regroupement sur un même lieu des appels urgents de territoire concernant :
 - o Le sanitaire : SAMU, régulation supra-départementale 46/82, médecine générale H24,...
 - o Le social : 115 et 119
 - o Le secours : SDIS
- Renforcer les réseaux sanitaires et médico-sociaux par une plateforme commune, tout en garantissant la confidentialité des informations concernant le patient
- Accès pertinent à la demande du patient dans un délai court
- Garantir la qualité des soins en répondant à 100% des appels urgents en moins de 60 secondes
- Optimiser la gestion des moyens logistiques de terrain dans une vision territoriale
- Régulation Médecine Générale et PDSA H24 selon référentiel HAS
- Suivi :
 - o Nombre d'appels entrants, sortants
 - o Taux de charge ARM-régulateurs,
 - o Taux de décrochés en moins de 60 secondes
 - o Nombre d'appels perdus

b) Modernisation du service des urgences

- Redimensionner le service des urgences et l'UHCD au regard de l'activité actuelle et à venir
- Réduction des délais d'attente
- Amélioration de la gestion des flux
- Informatisation avec un logiciel métier.



c) Organisation territoriale des SMUR primaires et secondaires en garantissant un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes

- Optimiser l'organisation des soins sur le territoire :
 - o SMUR secondaire interdépartemental (46/82) en nuit profonde
 - o Paramédicalisation des transferts secondaires
 - o HéliSMUR

d) Enseignement et formation à la prise en charge de l'urgence en établissement de santé pour l'ensemble des acteurs du territoire grâce au développement du CESU-CenSimSU 82

Anesthésie

a) Création d'une équipe d'anesthésie territoriale

- Pool commun d'anesthésie sur le territoire
- Informatisation du dossier d'anesthésie
- Procédures qualité communes sur les différents sites du GHT

b) Développer l'hypnose en anesthésie et hors anesthésie

- Mettre en place une consultation d'hypnose
- Développer l'hypnose au bloc opératoire
- Développer l'hypnose hors bloc opératoire :
 - o Algodystrophie,
 - o Aide au sevrage (addictologie)
 - o Troubles de l'alimentation
 - o Aide à l'accouchement
 - o Gestion des douleurs chroniques ...

c) Unité de chirurgie ambulatoire

- Amélioration du circuit des patients : circuit court, circuit long ...
- Optimisation des flux des patients : informatisation du circuit ...
- Réorganisation architecturale du bloc opératoire
- Développement de l'hypnose



- Développer la réhabilitation rapide après chirurgie
- Augmenter le taux de chirurgie ambulatoire par rapport à la chirurgie globale

Réanimation – Surveillance continue – Coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus (CHPOT)

Au niveau du territoire on ne recense qu'un seul service de réanimation, un seul service de surveillance continue et une seule coordination hospitalière de prélèvements d'organes et de tissus.

a) Finalisation de l'informatisation du service de réanimation

b) Développer la recherche clinique en réanimation

- Poursuivre l'activité de recherche clinique
- Diversifier les thématiques
- Maintenir le partenariat avec le réseau CRICS et nouer si possible des partenariats industriels

c) Projet d'accompagnement des familles

- Améliorer la prise en charge des familles et des patients
- Diminuer les syndromes confusionnels
- Suivi :
 - o Durée d'hospitalisation en réanimation
 - o Nombre de syndromes confusionnels
 - o Questionnaire de satisfaction

d) Renforcer l'éthique en réanimation

- S'attacher au cadre réglementaire relatif à la fin de vie
- Sensibiliser les soignants aux problématiques éthiques
- Accompagner les soignants dans les difficultés relatives à leur exercice
- Fidéliser le personnel par une réelle implication auprès des patients

e) Développer la dépendance du sujet âgé en réanimation

- Améliorer la prise en charge des patients âgés et permettre une meilleure qualité de vie au décours d'une hospitalisation en réanimation
- Suivi :

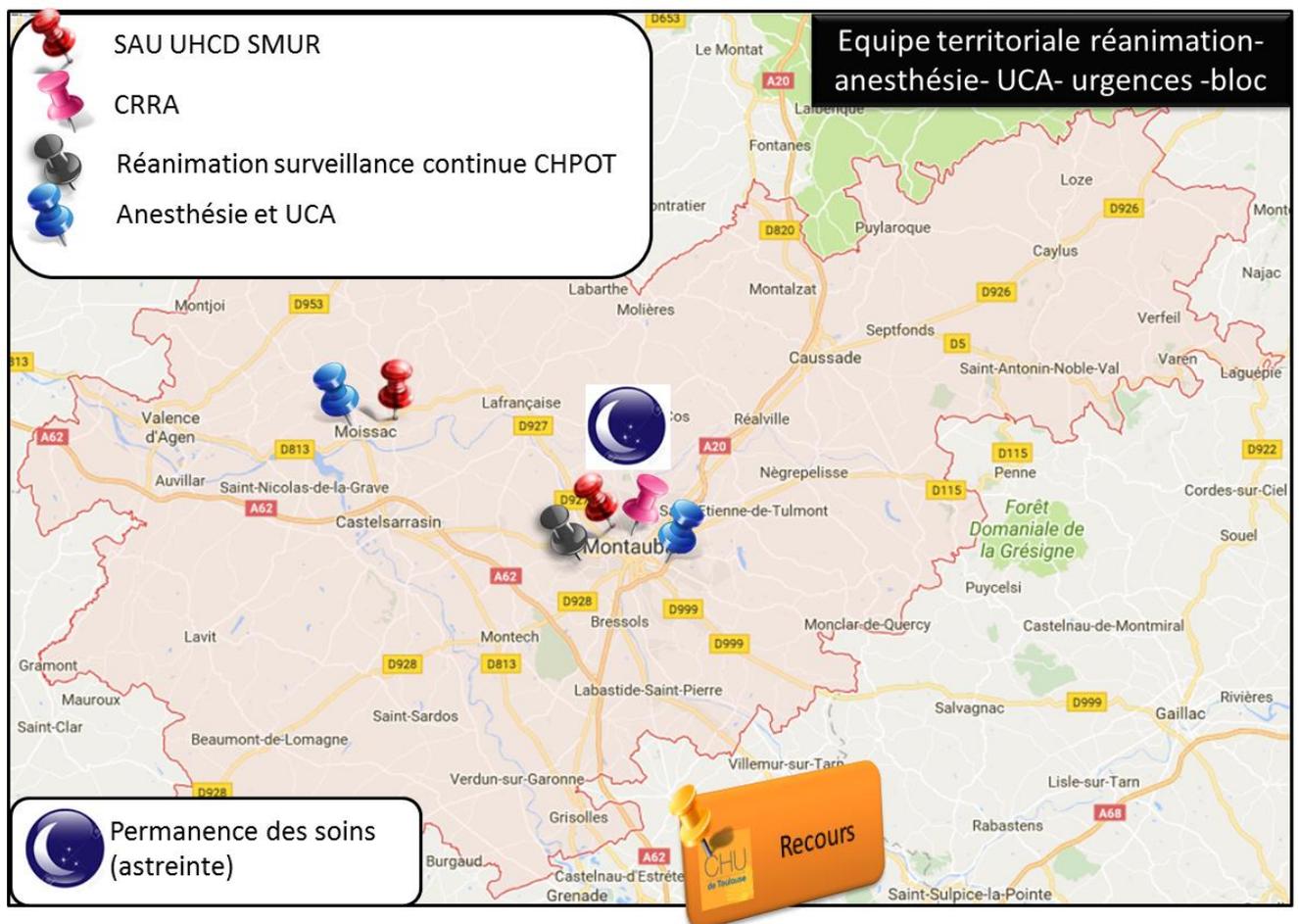


- Diminution des durées de séjour en réanimation
- Diminution des durées de séjour hospitalier

f) Réaliser une auto-évaluation puis un audit de la coordination hospitalière de prélèvements d'organes et de tissus

- Revoir et développer les procédures de la CHPOT
- Se soumettre à l'audit de l'Agence de la Biomédecine
- Suivi
 - Validation des objectifs d'auto-évaluation
 - Validation de l'audit

4.2.8.2. Gradation des soins et organisation des activités





4.2.8.3. Permanence et continuité des soins

Urgences

- CHIC Castelsarrasin Moissac : permanence des soins (astreinte)
 - o Fédération des urgences : SMUR + SAU + UHCD
- CH Montauban : permanence des soins (astreinte)
 - o Fédération des urgences : SMUR + SAU + UHCD + CRRA supra-territoriale

Anesthésie UCA

- CHIC Castelsarrasin Moissac : continuité des soins
 - o Consultations spécialisée + bloc opératoire
- CH Montauban : permanence des soins (astreinte)
 - o Consultations spécialisée + bloc opératoire

Réanimation – Surveillance continue – Coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus (CHPOT)

- CH Montauban : permanence des soins (garde sur place)
 - o Réanimation + surveillance continue + CHPOT

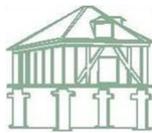
Bloc opératoire

- CHIC Castelsarrasin Moissac : fonctionnement la journée
- CH Montauban : permanence des soins

4.2.8.4. Liens avec le CHU

Les référents universitaires de ces équipes médicales de territoire, porteurs d'agrèments de spécialité validés par la Faculté de Médecine de Toulouse sont :

- Urgence : Docteur Pierre MARDEGAN
- Anesthésie réanimation : Docteur Mireille HOUADEC et Docteur Jérôme ROUSTAN
- Réanimation médicale / Docteur Jérôme ROUSTAN



4.2.9.Filière médicale médicotechnique

Cette filière médicotechnique regroupe les activités du laboratoire, de la pharmacie, de l'hygiène hospitalière, de l'anatomopathologie et de la radiologie

4.2.9.1. Objectifs médicaux

Laboratoire

a) Activité territoriale dans le cadre d'un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS)

Le laboratoire a déjà une activité territoriale qui dépasse le cadre du GHT Tarn et Garonne puisqu'il s'inscrit dans le cadre d'un GCS regroupant les sites de Montauban (82), Moissac (82), Cahors (46) et Gourdon (46)

b) Accréditation du laboratoire

- Passer l'accréditation COFRAC unique dans le cadre du GCS

c) Développer l'activité d'hématologie au sein du laboratoire de Montauban

- Articulation avec le projet de cancérologie du GHT
- Suivi :
 - o Nombre d'examens
 - o File active d'oncologie hématologie

Pharmacie

L'équipe territoriale de pharmacie propose de regrouper les activités sur une plateforme logistique commune territoriale dans le cadre du GHT, voire supra-GHT pour la région nord toulousaine.

a) Plateforme logistique commune territoriale

- Automatisation du circuit du médicament :
 - o Achat d'un automate de dispensation globale
 - o Repositionnement des préparateurs dans leur cœur de métier
 - o Mise en place d'une collaboration territoriale entre les Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) du GHT

b) Création d'une unité de reconstitution des chimiothérapies centralisée (URCC) territoriale

- Création d'un site unique départemental
- Augmentation de la capacité de production de l'URCC pour pérenniser cette activité



- Regroupement des activités de productions avec d'autres établissements ? (clinique du Pont de Chaume, CH de Cahors)
- Professionnalisation de la production avec des contrôles des produits finis et du personnel dédié
- c) Création d'une unité de stérilisation centralisée dans le cadre du GHT
 - Centralisation sur un site unique territorial de l'activité de stérilisation du GHT
 - Développer la démarche qualité sur la stérilisation
 - Participation au collectif régional de pharmacie hospitalière pour formaliser des procédures au niveau régional et harmoniser les pratiques
- d) Mise en conformité des armoires de stockage des médicaments dans les unités de soins
 - Sécurisation du circuit du médicament au sein des unités de soins
 - Projet nécessaire pour la mise en place de l'automatisation de la PUI
 - Suivi :
 - o Certification HAS
 - o CAQES médicaments
 - o Evènements indésirables liés aux médicaments
- e) Mise en place de la conciliation médicamenteuse pour les patients âgés polypathologiques
 - Mettre en place la conciliation d'entrée du patient
 - Mettre en place la conciliation de sortie

Hygiène hospitalière

L'équipe d'hygiène hospitalière a déjà depuis plusieurs années une activité territoriale et se propose de développer plusieurs projets.

- a) Réduire l'exposition aux antibiotiques et ses conséquences dans la population
 - Harmonisation des bonnes pratiques au sein des différentes structures de soins
 - Réaliser la surveillance régionale de consommation des antibiotiques et des résistances bactériennes
 - Suivre les indicateurs de réévaluation des prescriptions antibiotiques à J3 et J7

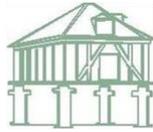


- Diminuer l'incidence de bactéries multi résistantes et bactéries hautement résistantes dans le département
- Suivi :
 - o Consommation antibiotique
 - o Taux de résistances
 - o Nombre de médecins formés à la prescription
- b) Développer la prévention des infections associées aux soins (IAS) tout au long du parcours de santé, en impliquant les patients et les résidents
 - Renforcer le système de surveillance des IAS
 - Renforcer le signalement des IAS
 - Promouvoir la formation à la prévention des IAS de tous les intervenants (professionnels et usagers) du parcours de santé du patient
- c) Réduire les risques infectieux associés aux actes invasifs tout au long du parcours de santé
 - Renforcer et ancrer la culture de sécurité de l'ensemble des personnels pratiquant des actes invasifs
 - Surveiller les infections associées aux actes invasifs dont les dispositifs médicaux implantables tout au long du parcours de santé
 - Améliorer la surveillance des infections du site opératoire tout au long du parcours de santé du patient (ES-EMS-Ville)

Anatomopathologie

L'équipe d'anatomopathologie, basée sur le CH de Montauban, assure l'activité du CH de Montauban et du CHIC Castelsarrasin Moissac.

- a) Création d'un poste validant pour un interne de spécialité en anatomopathologie
 - S'intégrer dans une filière de formation universitaire dans cette spécialité
 - Développer des liens avec le CHU
 - Renforcer et dynamiser l'équipe médicale actuelle
 - Assurer la montée en charge de l'activité liée à l'augmentation de l'activité chirurgicale du GHT.



Radiologie

L'activité de radiologie dans le cadre du GHT est assurée sur deux sites, le CHIC de Castelsarrasin Moissac et le CH de Montauban. Néanmoins le recrutement de médecins dans cette spécialité est actuellement rendu difficile principalement en raison des différences de rémunération importantes entre le secteur public et le secteur libéral. Par ailleurs, la permanence des soins rajoute encore de la contrainte. Plusieurs réunions ont rassemblé les acteurs publics mais également libéraux de la radiologie du département en vue de trouver une organisation pérenne diurne mais également une solution pour la permanence des soins. Plusieurs pistes de réflexions permettent d'envisager l'avenir.

a) Développement du recours à la télé imagerie sur les sites de Moissac et Montauban

- Amélioration du pourcentage d'examen interprétés

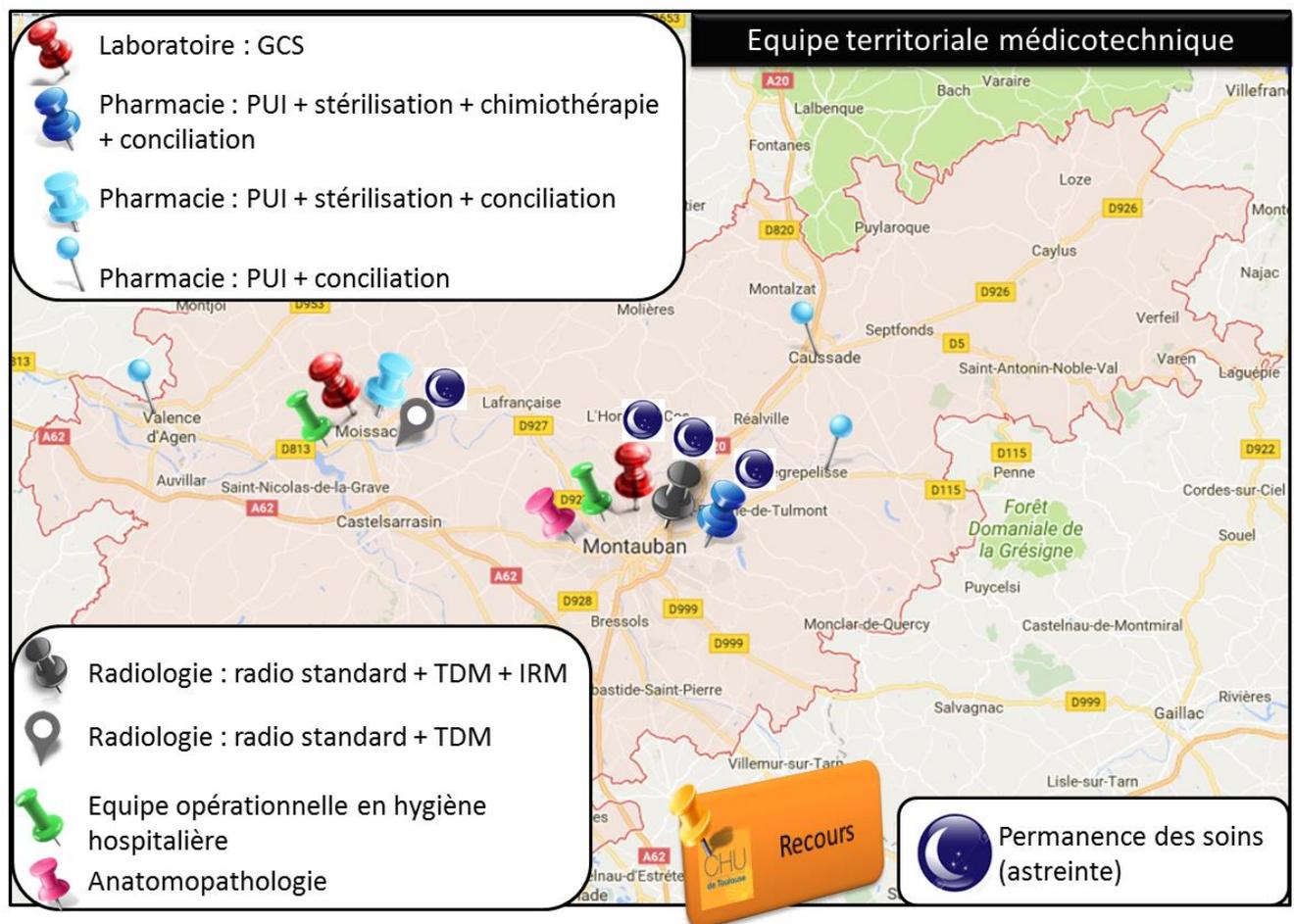
b) Association avec le secteur libéral pour la création d'un Groupement d'Intérêt Economique

- Développement d'un GIE ostéoarticulaire avec mise en place d'un scanner départemental supplémentaire à activité partagée entre les différents acteurs
- Mise en place d'une IRM supplémentaire dédiée à l'ostéoarticulaire à activité partagée entre les différents acteurs

c) Optimisation de la permanence des soins sur le département

- Discussions pour la mise en place d'une seule astreinte départementale entre les acteurs libéraux et publics

4.2.9.2. Gradation des soins et organisation des activités



4.2.9.3. Permanence et continuité des soins

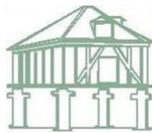
Laboratoire : astreinte départementale sur le CH de Montauban

Pharmacie : dans le cadre du GHT, regroupement des activités d'astreinte des PUI de Valence d'Agen, Caussade et Nègrepelisse avec les astreintes de Moissac et Montauban avec une répartition géographique

- Astreinte sur Castelsarrasin Moissac : assure la PDS des PUI de Moissac et Valence d'Agen
- Astreinte de Montauban : assure la PDS pour les PUI de Montauban, Caussade et Nègrepelisse

Radiologie :

- actuellement une astreinte sur Moissac et une astreinte sur Montauban
- objectif : une seule astreinte départementale, si possible mutualisée avec le secteur libéral



4.2.9.4. Liens avec le CHU

Les référents universitaires de ces équipes médicales de territoire, porteurs d'agrément de spécialités validés par la Faculté de Médecine de Toulouse sont :

- Pharmacie : Docteur Xavier Sérée de Roch
- Biologie : Docteur Frédéric Février
- Anatomopathologie : Dr Hélène Hounieu
- Radiologie : Docteur Jeanne Nicole Tsogou



4.2.10. Filière médico-chirurgicale ostéo-articulaire - unité de médecine ambulatoire.

Cette équipe territoriale médico-chirurgicale ostéo-articulaire et unité de médecine ambulatoire regroupe les activités d'orthopédie, de rhumatologie, de maladies infectieuses et l'unité de médecine ambulatoire.

4.2.10.1. Objectifs médicaux

Les objectifs sont de décliner une offre publique de soins la plus à même de répondre aux besoins de la population du territoire.

Orthopédie

a) Mise en place d'une équipe départementale de chirurgie orthopédique et traumatologique

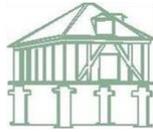
- Equipe de 6 praticiens de même statut
- Homogénéisation des pratiques
- Assurer une proximité des soins à la population
- Diminuer les durées de séjours
- Hyperspécialisation et complémentarité des praticiens pour une meilleure qualité des soins
- Optimisation des moyens humains et logistiques
- Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire
- Mise en place d'une astreinte départementale publique unique en ortho-traumatologie
- Respecter la loi sur le repos de sécurité

b) Mettre en place des consultations avancées sur Moissac

- Détacher quotidiennement un orthopédiste du CH de Montauban pour travailler sur Moissac
- Développer les activités de consultations spécifiques du pied et de la main sur Moissac
- Développer la chirurgie ambulatoire sur Moissac sur ces deux spécificités

c) Développer une filière de géronto-traumatologie

- Améliorer la prise en charge des patients gériatriques
 - o En urgence avec une véritable filière organisée



- En orthopédie avec l'appui de l'équipe mobile de gériatrie
- Diminuer la morbidité de cette population
- d) Restructuration organisationnelle du bloc opératoire
- Répondre à l'augmentation d'activité chirurgicale programmée
- Améliorer l'intégration des urgences dans l'activité opératoire programmée
- Regrouper l'endoscopie au bloc opératoire
- Au plan territorial :
 - Uniformisation des pratiques
 - Optimiser le fonctionnement des blocs opératoires

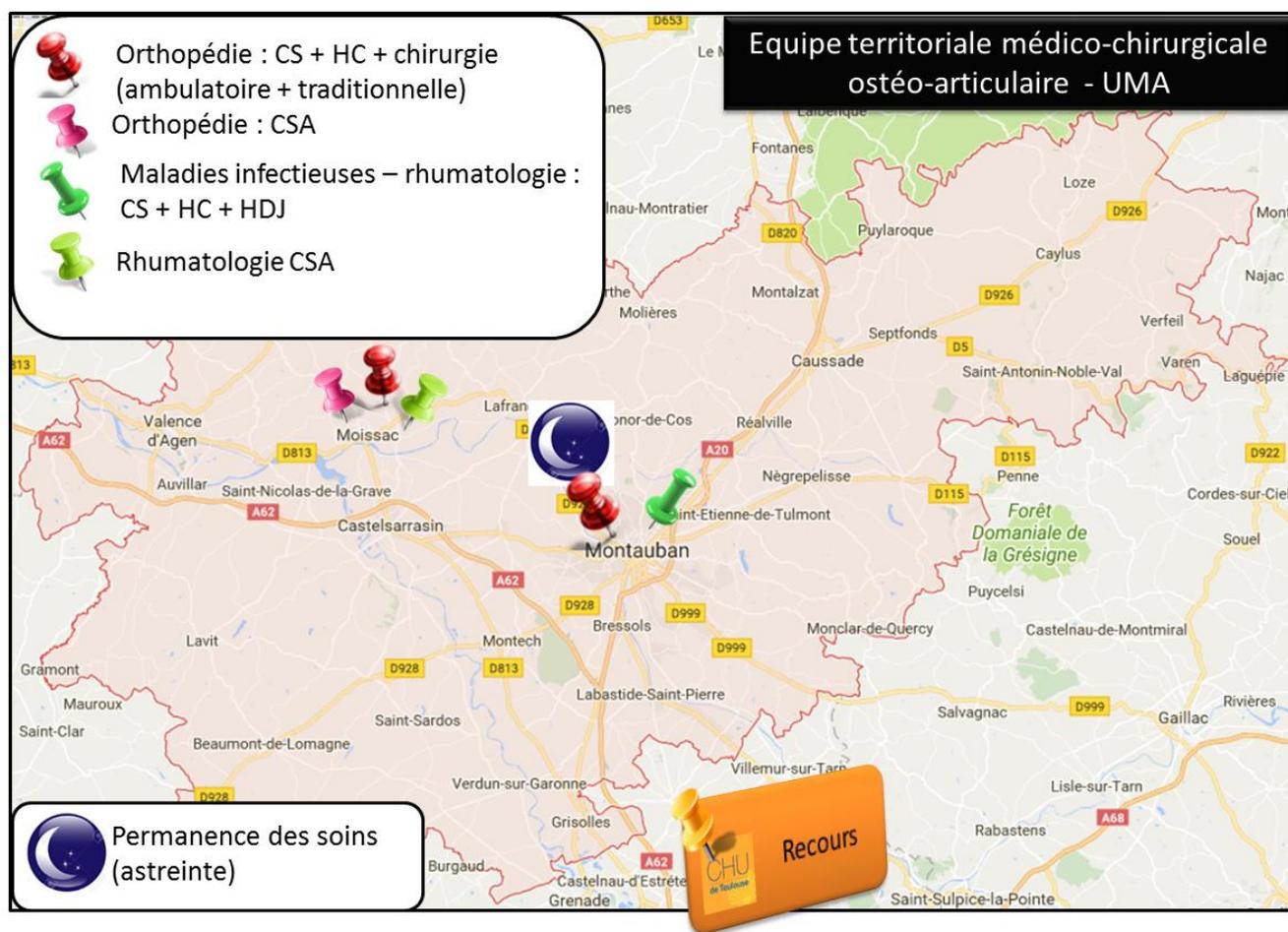
Rhumatologie – Maladies infectieuses

- a) Création d'une unité de Maladies Infectieuses – Rhumatologie au CH Montauban
- Optimisation de l'offre de soins sur le territoire en identifiant un service regroupant les activités autour des maladies inflammatoires, infectieuses et de l'immunologie clinique
- Développement de l'activité d'infectiologie territoriale avec possibilité de donner des avis « infectieux » au niveau du GHT
- b) Programme d'éducation thérapeutique pour les patients lombalgiques chroniques
- Aider à la reprise du travail après reconditionnement
- Répondre à une demande de soins dans notre département rural
- Améliorer la gestion de la douleur chronique
- Suivi :
 - File active de patients
 - Nombre d'arrêts de travail
 - Pourcentage de reprise du travail après l'inclusion dans le programme
- c) Développement de la prise en charge de l'ostéoporose et de la fragilité
- Amélioration du dépistage et du traitement de l'ostéoporose
- Diminution de la mortalité induite par l'ostéoporose
- Aide au maintien de l'autonomie à domicile

d) Création d'une Unité Médicale Ambulatoire (UMA) dédiée aux secteurs de médecine et à l'éducation thérapeutique

- Regroupement sur un seul site des différentes activités de médecine ambulatoire actuellement réalisées de façon foraine dans les services
- Unité de 20 lits : 10 lits d'oncologie et 10 lits de médecine ('phoniatrie, neurologie, pneumologie, gastroentérologie, gériatrie, douleur ...)
- Intégration dans son périmètre des activités valorisées « hospitalisation de jour » mais également des activités frontières et éducation thérapeutique

4.2.10.2. Gradation des soins et organisation des activités

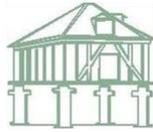


4.2.10.3. Permanence et continuité des soins

Chirurgie orthopédique traumatologique : astreinte départementale sur le CH de Montauban

4.2.10.4. Liens avec le CHU

Les référents universitaires de cet équipe de territoire, proteurs d'agrément de spécialité validés par la Faculté de Médecine de Toulouse, sont :



- Orthopédie : Docteur Gorka Usandizaga
- Rhumatologie : Docteur Eve David Vaudey

4.3. Relations avec le CHU de Toulouse

Le GHT a signé une convention d'association avec le CHU de Toulouse. Cette convention détaille la déclinaison des quatre missions coordonnées par le CHU auprès des établissements supports des GHT.

4.3.1. Mission d'enseignement et de formation

Le CHU propose, en association avec le GHT, une déclinaison exemplaire de la mise en place de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales et de ses trois phases :

- Etablir un agrément des terrains de stages des établissements en fonction des trois phases du nouveau cursus
- Mise en place des nouvelles maquettes selon les cursus

4.3.2. Mission de gestion de la démographie médicale

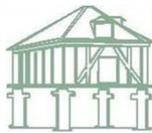
Deux objectifs sont proposés :

- Elaboration d'une cartographie régionale des emplois médicaux et de ses évolution à 5 ans : assurer une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences médicales en lien avec les coordonnateurs de DES et les responsables hospitalo-universitaires des disciplines
- Poursuivre et approfondir le soutien aux postes médicaux partagés à 3 niveaux
 - o Postes d'assistants spécialistes à temps partagé
 - o Accès facilité des praticiens seniors des GHT aux plateaux techniques du CHU
 - o Développement de consultations avancées thématiques par les praticiens du CHU (sur site ou par télémedecine)

4.3.3. Mission relative à la recherche et à l'innovation

Proposition d'organisation d'un espace régional de la recherche clinique avec une nouvelle logique de services et une offre dématérialisée dans le champ de la recherche et de l'innovation sur quatre champs en particulier :

- Information : journées de recherche clinique ...
- Communication : plaquette d'information, traduction d'articles ...
- Formations : e-learning
- Soutien aux projets de recherche clinique et accès aux compétences ou expertises



4.3.4. Mission de recours et de référence

Le CHU, en plus du recours proposé par les équipes territoriales dans le cadre du GHT, propose d'identifier quatre filières de spécialités particulières :

- La cardiologie
- La neurologie
- La néphrologie
- L'ORL

4.4. Relations avec les partenaires libéraux du territoire

Le GHT s'inscrit pleinement dans une offre de soins territoriale en complémentarité des structures existantes, en, particulier libérales. De nombreuses filières sont déjà structurées sur le département, tant sur le plan de l'activité diurne (ORL, néphrologie, cardiologie interventionnelle vasculaire, urologie ...) que nocturne avec la permanence des soins (ORL, Ophtalmologie, cardiologie interventionnelle vasculaire, urologie ...).

De nouvelles collaborations sont en discussion et pourraient concerner :

- la constitution d'un plateau unique de soins critiques (urgences, réanimation plateau technique de cardiologie, soins intensifs de cardiologie, soins intensifs neurovasculaires ...)
- le regroupement des compétences pour la permanence des soins territoriale en radiologie en s'appuyant sur la téléradiologie
- la constitution d'équipes territoriales assurant les missions transversales relatives à l'hygiène, le CLAN, le CLUD, le CLIN ...

4.5. Développement de la télémédecine

Dans la perspective de développer des projets territoriaux avec la contrainte liée à la démographie médicale, le GHT souhaite utiliser l'appui de nouvelles technologies et en particulier celui de la télémédecine. Cette technologie pourrait permettre de mettre à disposition d'établissements des compétences jusqu'alors non disponibles. La mise en place de cette technique devrait en outre permettre de limiter le recours au transfert des patients pour bénéficier de certaines consultations spécialisées.

Déjà utilisée dans le cadre de la transmission d'images radiologiques au CHU (neurochirurgie...) nous souhaitons développer cette technique dans plusieurs domaines et sous plusieurs formes : téléconsultations, téléexpertise, télésurveillance, téléassistance médicale.

Nous avons identifié plusieurs secteurs potentiellement intéressants sur lesquels des projets sont en cours de réflexion :

- UCSA : consultations à distance depuis le CH Montauban



- EHPAD : demande d'avis neurologiques, gériatriques, psychiatriques, dermatologie et particulièrement plaies et cicatrisation,
- Téléradiologie
- Suivi de maladies chroniques par télésurveillance (cardiologie, diabétologie ...)

5. Conclusion

Le GHT Tarn et Garonne s'inscrit pleinement dans la nouvelle organisation de l'offre de soins territoriale. Il a clairement défini les filières de soins territoriales déclinées du plus proche du patient au recours avec le CHU. Il s'intègre dans une offre de soins multiple, territoriale et complémentaire avec le secteur libéral. Le GHT souhaite s'inscrire dans la médecine moderne en développant le recours aux nouvelles technologies.

Ces nouvelles organisations permettront sans aucun doute de mieux répondre aux besoins de la population malgré une démographie médicale contrainte tout en développant son attractivité pour les médecins en formation dans le but de lutter contre les déserts médicaux.

Synthèse des filières de territoire

ET de Psychiatrie adulte

Projets intersectoriels
 Psychoses émergentes
 Réorganisation de la psychiatrie de la PA
 Gestion de la crise en situation d'urgence

Implantation déjà territoriale : secteurs

Secteurs ne changent pas
 Retravailler psychiatrie de liaison

Coordonneurs de spécialité

- C. Martinez
- C. Boscq
- B. Bassaler

ET Femmes Parents Enfants

Projets
 Dvper CSA gynéco + chir ambu CHIC
 Dvper filière territoriale néoplasie sein
 Dvper CSA pédiatrie CHIC + HDJ pédia CHM
 CATTP + HDJ adolescents Castel / Moissac

Implantation déjà territoriale

Spécialité	Structure	Services	PDS
Gynéco	Caussade	CSA 1 j / sem	
	Lavit	CSA 1 j / sem	
	CHIC	CSA médecin 2 j / sem + SF 1 j / sem dvper chirurgie ambulatoire, filière néo sein	
	CH Montauban	CS + SF Chir ambulatoire + conventionnelle HC	PDS
Pédia	CHU	1 j / sem	
	CHIC	CSA	
PIJ	CH Montauban	CS + HDJ + HC	PDS
	Déjà territoriale		

Coordonneurs de spécialité

- Gynéco : A. Dufor
- Pédiatrie : P. Moulin
- PIJ : S. Dupouy

ET médico-chirurgicale viscérale



Projets

- CSA MSP Valence d'Agen ?
- Dvper endoscopie CHIC
- Equipe chirurgicale territoriale
- Dvper CSA + chir ambu CHIC
- Chir bariatrique CHM

Gastro	Valence d'Agen CHIC CH Montauban	CS ? CS + endoscopie CS + HC + endoscopie	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PDS</div>
Chirurgie	CHIC CH Montauban CHU Continuité des soins : Moissac / Montauban	CS + CSA chir ambu + conventionnelle HC CS Chir ambulatoire + conventionnelle HC Autorisation cancer digestif 1 j / sem	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">CDS</div> <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">PDS</div>

Coordonneurs de spécialité

Gastro : G. Galindo
 Chirurgie : C. Guerrini

ET Gériatrie SSR



Projets

- EMG territoriale / EHPAD
- Dvper Oncogériatrie CHIC + CHM
- Dvper CS gériatriques CHIC + CHM
- CSG territorial 25 lits CHM
- HDJ Gériatrique / fragilité CHM (UMA)
- EM de psychiatrie du sujet âgé ?
- Informatisation EHPAD
- USLD bassin Ouest

Gériatrie	Valence d'Agen/Caussade/Nègrepelisse CHIC CH Montauban CHU	CS ? Télémédecine ? CS Gériatriques CS Gériatriques + CS Mémoire EM Gériatrique Court Séjour Gériatrique territorial Développement Oncogériatrie USLD Recours Oncogériatrie	
Mélosocial	Valence d'Agen/Caussade/Nègrepelisse CHIC 350 lits CH Montauban Projet « Arsenal » 150 lits (EHPAD + 30 USLD + 10 UHR + PASA + ADJ)		

ET Gériatrie SSR

SSR

Projets

Augmenter HDJ SSR CHM + ETP
 Autorisation PAPD sur CHM ?
 Passage T2A
 UCC ? Transformation lits SSR du 82 ?

Valence d'Agen/Caussade/Nègrepelisse	
CHIC	PAPD + Polyvalents
CH Montauban	Polyvalent + Locomoteur en HC Neurologique + Locomoteur en HDJ

Coordonnateurs de spécialité

Gériatrie : K. Sudres
 MPR : P. Barbazanges

ET Santé Société

Implantation déjà territoriale

Projets

Création d'une HAD territoriale (CHIC + CHM)
 DIM Territorial

Coordonnateurs de spécialité

Médecine G : J. Heysch / De La Borde / F. Bruel
 HAD psychiatrie : F. Olivier



ET des médecines

Projets
 Plaies et cicatrisation CHIC
 Diabétologie ETP CHIC + CHM
 Pneumologie CSA sur CHIC
 Cardiologie territoriale ?
 Ecrire filière de prise en charge / spécialité

Médecine Polyvalente
 Valence d'Agen / Caussade / Nègrepelisse
 CHIC HC




Médecine Spécialisée

Nègrepelisse :	CSA Neuro	
CHIC :	CS Cardio / diabéto / angio	
	CSA Neuro	
CH Montauban :	Neuro / Cardio : CS + HC + USI + PT	PDS
	Pneumo : CS + HC + PT	
	Dermato / Diabéto / Angio	
CHU :	Recours	

Coordonnateurs de spécialité
 Neurologie : P. Martinez
 Cardiologie : E. Somody
 Pneumologie : F. Pétureau



ET d'oncologie

Projets
 Plan cancer 2014-2019 territorial
 Coordination 3C

Oncologie

CHIC	CSA
CH Montauban :	CS + HDJ + HS + HC
	Plan 3C
CHU :	Recours

Coordonnateurs de spécialité
 Oncologie : M. Carreiro
 Médecine interne : M. Carreiro

ET réanimation - anesthésie UCA - urgences - bloc

Projets
 Plateforme régulation territoriale
 Equipe territoriale d'anesthésie
 Dvper chirurgie ambulatoire

Urgences	CHIC CH Montauban	Fédération des urgences : SMUR + SAU + UHCD Fédération des urgences : idem + CRRA supra T	PDS PDS
Anesthésie UCA	CHIC CH Montauban	CS + BO CS + BO	CDS PDS
Réanimation SC	CH Montauban CHU	Réa + SC Recours	PDS
Bloc opératoire	CHIC CH Montauban		PDS

Coordonnateurs de spécialité

 Urgences : P. Mardegan
 Anesthésie : M. Houadeo / J. Roustan
 Réanimation : J. Roustan

ET Médico-technique

Projets
 Plateforme logistique commune : automatisation dispensation
 2 pharmacies cliniques
 Chimio territoriale
 Stérilisation territoriale ?
 Radiologie : organisation territoriale privé / public ?

Laboratoire	GCS :	Moissac / Montauban / Cahors / Gourdon COFRAC	PDS
Pharmacie	CHIC : CH Montauban	PUI + Stérilisation + Conciliation idem + Chimio	PDS PDS
Hygiène	Equipe départementale		
Anapath	CHIC CH Montauban	transfert activité sur CHM	
Radiologie	CHIC CH Montauban	Rx + TDM Rx + TDM + IRM + GIE ostéo articulaire	PDS PDS

Coordonnateurs de spécialité

 Pharmacie : X. Sérée de Roch
 Biologie : B. Massieu
 Anapath : H. Hounieu



ET médico-chirurgicale ostéo articulaire – UMA

Projets
 Dvper CSA rhumato CHIC
 Service de Mal. Inf Rhumatologie CHM
 Dvper médecine ambulatoire (UMA) CHM



Rhumato	CHIC	CSA	CDS
	CH Montauban	CS + HDJ + HC (MIR)	
Mal infectieuses	CH Montauban	CS + HC	PDS
Orthopédie	CHIC	CS + HC + BO	PDS
	CH Montauban	CS + HC + BO	

Projets d'orthopédie
 2 projets distincts concernant l'orthopédie proposés par les équipes du CHIC et du CH Montauban



ET médico-chirurgicale ostéo articulaire – UMA

Eq de Montauban (G. Usandizaga)	CHIC	+ 1 ortho/jour du CHM sur CHIC (CSA + BO en ambu) Dvper CSA et BO main et pied Mise à disposition temps d'anesthésie territoriale par CHM
	CH Montauban	CS + BO (ambu + HC) Dvper ambulatoire Spécialisation / Complémentarité des praticiens (5 ETP) Respect de la loi sur repos de sécurité
Eq de Moissac (N. Nezry)	CHIC	pérenniser poste NN créer 2 ETP ortho supplémentaires
	CH Montauban	créer 1 ETP méd générale pour service d'orthopédie ?

Coordonnateurs de spécialité

Orthopédie : G. Usandizaga
 Rhumatologie : E. David Vaudey



Lexique

- ADJ / Accueil de jour
- Anapath : anatomopathologie
- ARS : agence régionale de santé
- BCME : bureau de CME
- BO : bloc opératoire
- CATTP : centre d'activité thérapeutique à temps partiel
- CDAG : centre de dépistage anonyme et gratuit
- CDP : chef de pôle
- CDPA : chef de pôle adjoint
- CDS : continuité des soins
- CIDIST : centre d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles
- CHIC CM : centre hospitalier intercommunal Castelsarrasin Moissac
- CHM : centre hospitalier de Montauban
- CHU : centre hospitalier universitaire
- CLAT : centre de lutte antituberculeux
- CME : commission médicale d'établissement
- COFRAC : comité français d'accréditation
- CRRA : centre de réception et de régulation des appels
- CS : consultation
- CSA : consultation avancée (par équipe du CH Montauban)
- CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie
- DIM : département d'information médicale
- EHPAD : établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- ELSA : équipe de liaison et de soins en addictologie
- EM : équipe mobile
- EMG : équipe mobile de gériatrie
- ET : équipe territoriale
- ET : éducation thérapeutique du patient
- ETP équivalent temps plein
- EVC – EPR : états végétatifs chroniques – états pauci relationnels
- GCS : groupement de coopération sanitaire
- GHT : groupement hospitalier de territoire
- GIE : groupement d'intérêt économique
- HAD : hospitalisation à domicile
- HC : hospitalisation complète
- HDJ : hospitalisation de jour
- IRM : imagerie par résonance magnétique
- MIR : maladies infectieuses – rhumatologie
- MPR : médecine physique et de réadaptation
- MSP : maison de santé pluridisciplinaire
- PA : personne âgée
- PAPD : personnes âgées polypathologiques dépendantes
- PASA : pôle d'activités et de soins adaptés
- PASS : permanence d'accès aux soins de santé
- PCME : président de CME
- PDS : permanence des soins
- PIJ : psychiatrie infanto juvénile



- PMT proje médical de territoire
- Pôle FPE : pôle femmes parents enfants
- PT : plateau technique
- PUI : pharmacie à usage intérieur
- Rx : radiologie standard
- SAU : service d'accueil d'urgences
- SC : surveillance continue
- SF : sage femme
- SMUR service mobile d'urgence et de réanimation
- SSIAD : service de soins infirmiers à domicile
- SSR soins de suite et de réadaptation
- TDM : scanner (tomodensitométrie)
- UAV : unité d'aide aux victimes
- UCA : unité de chirurgie ambulatoire
- UCC : unité cognitivo comportementale
- UCSA : unité de consultation et de soins ambulatoires
- UHCD : unité d'hospitalisation de courte durée
- UHR : unité d'hébergement renforcé
- UMA : unité de médecine ambulatoire
- UPD : unité de prévention et de redipstage
- USI : unité de soins intensifs
- USLD : unité de soins de longue durée
- VPCME : vice-président de CME
- 3C : centre de coordination en cancérologie



GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE TARN ET GARONNE

PROJET DE SOINS PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE TARN ET GARONNE

- **PREAMBULE :**

La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 formalise la création des groupements hospitaliers de territoire et renforce la réflexion pour l'amélioration de l'offre de soins sur les territoires de santé. L'objectif essentiel est d'assurer à la population une offre de soins de proximité, un accès à une offre de référence et de recours tout en garantissant qualité et sécurité des soins.

Le projet de soins partagé, en articulation avec le projet médical de territoire, permet de structurer une organisation des soins autour de filières de prises en charge cohérentes et fluides.

Sur le territoire du Tarn et Garonne, la CSIRMT du GHT constituée en janvier 2017, a porté le pilotage de ce projet de soins.

Les premières réunions ont permis de fonder ce projet sur des valeurs affichées de partage, de collaboration et de respect mutuel entre professionnels. La dynamique positive mise en place a permis de faire émerger rapidement les grandes orientations communes pour ce projet :

- Utiliser l'opportunité du GHT pour améliorer la connaissance mutuelle des différents établissements et respecter les particularités de chaque structure
- Renforcer les collaborations entre tous les partenaires et faciliter la coordination des professionnels médicaux et paramédicaux afin d'améliorer la prise en charge des patients
- Travailler la convergence et l'harmonisation des pratiques pour améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Etre force de proposition pour la mise en place des protocoles de collaboration et des pratiques avancées portées notamment par le développement de la télémédecine et des nouvelles technologies.

Au final trois axes ont été identifiés et déclinés en objectifs :

Le premier axe porte la réflexion sur l'optimisation de la réponse de l'offre de proximité, pour rendre le meilleur service au patient et la coordination des prises en charge lors des transferts afin de diminuer la durée d'hospitalisation chaque fois que cela est possible.

Pour cela des objectifs prioritaires ont été identifiés centrés sur la fluidification du parcours de soins par l'optimisation des moyens en place, le développement des outils de communication et le renforcement des collaborations entre les équipes soignantes.

Les orientations retenues dans le second axe se réfèrent au développement de la qualité et la sécurité des soins sur le GHT. Compte tenu de la prématurité de la réflexion sur la politique qualité à mener sur le territoire, les thématiques identifiées sont restées volontairement généralistes. Elles visent à améliorer les pratiques relatives aux filières de prises en charge sur des axes consensuels et partagés. Elles posent ainsi les fondements d'une culture partagée et d'un management harmonisé au sein du GHT, afin d'accompagner un travail de convergence des équipes soignantes vers la certification commune.

Concernant le troisième axe, la formation et la professionnalisation sont apparues comme incontournables dans le cadre d'une réflexion territoriale. L'acquisition des compétences lors de la formation initiale, leurs maintiens, leurs renforcements par la formation continue et le déploiement du DPC constituent des enjeux majeurs pour la qualité des soins mais aussi la fidélisation des professionnels.

Une partie de cet axe souligne la volonté d'accompagnement des cadres de santé dans leur positionnement et leurs missions en lien avec la mise en place des GHT.

Enfin, la constitution du GHT est l'opportunité de mettre en commun des ressources afin de développer l'innovation et la recherche, en lien avec l'accompagnement déjà assuré par le CHU de Toulouse. L'objectif étant l'évolution des connaissances et la validation de nouvelles pratiques cliniques grâce à la recherche paramédicale, il s'agit ainsi de renforcer la maturité professionnelle des équipes sur le territoire

Méthodologie et calendrier du projet :

Le comité de pilotage est constitué des membres de la CSIRMT de GHT du Tarn et Garonne :

- **Président** : TEILLARD Guillaume – CH Montauban

- **Vice-Présidence** :
 - BISSIERES Colette –CH Valence d'Agen
 - DEVAUX Serge – CHIC Castelsarrasin-Moissac
 - MAHE Caroline – CH Caussade
 - MAMES Patrick – CH Nègrepelisse

- **Titulaires** :
 - ARNAUTOU PAGES Patricia
 - BLANCHET Christine – CH Montauban
 - BROUILLET Marie-France – CHIC Castelsarrasin-Moissac
 - COLMAGRO Françoise – CH Nègrepelisse
 - DELTHEIL Pascale – CH Montauban
 - DUBOIS Marie-Anne – CH Montauban
 - FAURE Laetitia – CH Caussade
 - FROUILLOU Christine – CH Nègrepelisse
 - GARGUY Emmanuelle – CHIC Castelsarrasin-Moissac
 - JULIEN Elodie – CH Valence d'Agen
 - LOPES Anne – CH Montauban
 - MONNIER Marion - CHIC Castelsarrasin-Moissac
 - TARTINI Sonia – CH Caussade

- **Suppléants** :
 - ALLUNNI Magalie - CH Nègrepelisse
 - AUVRAY Cristelle – CH Nègrepelisse
 - BAUDEL Gilbert – CHIC Castelsarrasin – Moissac
 - BECOT Suzanne – CH Valence d'Agen
 - CLUIS Anne-Catherine – CH Montauban
 - DANIELLI Phi-Nga – CH Montauban
 - GENDRE Jean-Philippe – CH Montauban
 - LAAYOUNI Elam – CH Valence d'Agen
 - MORHLON Céline – CH Caussade
 - NICOLLE Fabienne – CH Caussade
 - SARI Menduth – CH Montauban
 - VERMEIRE Françoise – CHIC Castelsarrasin-Moissac

Quatre réunions plénières ont eu lieu pour travailler le projet partagé sur le premier semestre 2017. De plus, compte tenu de l'éloignement géographique et des contraintes de calendrier, les thématiques ont aussi été travaillées par établissement puis en établissements-binômes avant d'être partagées, discutées et amendées en réunion plénière.

Selon les étapes de la réflexion, différentes ressources et expertises ont été sollicitées :

- Equipes qualité et gestion des risques des différents établissements
- Responsables de la formation continue
- Représentants des usagers
- Directrice de l'IFSI et IFAS du CH de Montauban

Les socles de la réflexion :

- Diagnostic territorial et projet médical partagé
- Le projet médical de territoire du Tarn et Garonne
- Les projets de soins des établissements du GHT
- Les projets qualité et sécurité des soins de chaque établissement

● **Axes et Objectifs du projet de soins partagé**

- ***AXE 1 : Améliorer la fluidité du parcours patient sur les filières de prise en charge au sein du GHT :***

I. Développer des démarches et des outils communs :

- Redéfinir une démarche clinique harmonisée, structurante pour les soignants, permettant une prise charge du patient pertinente et facilitant la traçabilité des informations
- Participer à l'optimisation et l'utilisation des logiciels métiers et du logiciel Via Trajectoire pour les structures sanitaires et médico-sociales.
- Utiliser des supports partagés au sein du territoire : fiche de liaison ville-hôpital, fiche de liaison inter-établissement et autres outils communs (fiche de pansement, fiche de rééducation, fiche d'assistance sociale...)

II. Développer la collaboration entre les professionnels :

- Mutualiser les compétences : recenser les qualifications sur chaque établissement (répertoire des qualifications paramédicales de GHT) et partager les compétences « rares » (orthophonistes...)
- Mettre en place des protocoles de collaboration médico-soignants et développer les pratiques avancées
- Favoriser les liens avec les professionnels de ville : échanges d'information, formations communes...

III. Participer au développement de la télémédecine :

- Accompagner le déploiement de la télé-imagerie, des visioconférences autour de partage de compétences (plaie et cicatrisation, diabétologie, stomathérapie...)
- Participer à la mise en place des plateformes d'échange de pratique, de gestion de cas complexes....

IV. Coordonner la prise en charge pour mieux préparer à la sortie :

- Développer la préadmission et optimiser la programmation
- Mettre en place la visualisation des disponibilités des lits en temps réel et projetée
- Anticiper la prise en charge sociale des patients vulnérables et développer de nouveaux outils d'évaluation notamment prédictifs des difficultés liées à la sortie, (mettre en place une fiche de vulnérabilité)
- Mettre en place la prévention de la dépendance iatrogène sur les filières (utilisation de la grille ADL et prévention de la dépendance évitable)
- Améliorer le parcours des personnes en situation de handicap
- Améliorer l'organisation de la continuité de la prise en charge paramédicale, psycho-sociale et logistique
- Favoriser les sorties le matin (travailler le processus de sortie, généraliser la check-list, formaliser les transmissions d'information avec les sites d'aval)

➤ ***AXE 2 : Développer une culture partagée de la qualité et de la sécurité des soins au sein du GHT :***

I. Partager des expériences et développer des échanges inter- établissements dans le domaine de la qualité et de la sécurité des soins

- Organiser des rencontres périodiques
- Réaliser un état des lieux
- Etablir une méthodologie de travail

II. Définir des axes de travail communs à mener au sein du GHT et participer à leur mise en œuvre

- Garantir un accueil de qualité à l'ensemble des usagers (bienveillance, éthique)
- Sécuriser la prise en charge médicamenteuse
- Assurer une identification fiable et unique
- Optimiser la prise en charge de la douleur

- Améliorer la transmission d'information par la mise en place d'outils de liaison partagés (suivi transversal des informations)

III. **Rapprocher les pratiques relatives à l'amélioration continue de la qualité et la gestion des risques**

- Promouvoir et organiser la gestion des événements indésirables et des vigilances sur les filières communes de prise en charge
- Développer et déployer auprès des équipes des méthodes et outils de gestion des risques a priori et a posteriori adaptés à leurs besoins et spécificités
- Déployer l'approche processus sur les filières de prise en charge au sein du territoire

IV. **Développer les démarches d'évaluation des pratiques : pratiques réflexives au sein des équipes et suivi d'indicateurs cliniques, développer l'analyse des pratiques et la méthode du patient traceur**

- Audit de processus
- Outils d'évaluation de la satisfaction des usagers et des professionnels des établissements et des partenaires libéraux
- Patients traceurs inter-établissements
- Tableaux de bord de GHT

V. **S'inscrire dans une démarche de certification commune (compte qualité commun obligatoire dès 2020)**

- Accompagner les équipes sur la qualité et la gestion des Risques
- Définir des axes de formation communs

➤ ***AXE 3 : Formation, professionnalisation, recherche et accompagnement des soignants***

I. **Accompagner la formation et la professionnalisation des étudiants au sein du GHT :**

- Retravailler les parcours de stage dans une perspective de filière de prise en charge
 - Identifier des parcours cohérents et formateurs en tenant compte des situations prévalentes, emblématiques
 - Mettre en œuvre et évaluer ces parcours
 - Enrichir le parcours de la diversité des pratiques de soins
- Harmoniser les outils de formation : conventions, chartes d'encadrement, livrets d'accueil au sein des stages des différents établissements du GHT

- Favoriser les rencontres entre les divers établissements. et l'institut de formation (échanges institut de formation et stages, suivre les évolutions de la formation grâce à des rencontres)
- Favoriser la collaboration entre formateurs et professionnels de terrain pour diversifier les pratiques en formation
- Encourager la participation des professionnels aux épreuves de sélection, à diverses instances et à la formation
- Développer une culture qualité dans le dispositif d'alternance du GHT
 - Améliorer l'encadrement au regard des évaluations réalisées
 - Développer et approfondir la formation au tutorat IDE et AS

II. Déployer le dispositif de développement professionnel continu (DPC) sur le GHT

- Faire un état des lieux des actions, réfléchir à une approche commune du DPC, enrichir et diversifier les parcours individuels de formation des agents
- Intégrer et développer le DPC comme vecteur de développement des pratiques professionnelles sur les différentes filières de prises en charges ;
- Echanger, partager les offres de formations dans le cadre du DPC afin de renforcer les liens du GHT

III. Accompagner l'encadrement dans une vision de management de territoire et sur les changements organisationnels

- Créer des espaces de rencontres managériales et de réflexion : projets, prise en charge, évolution du métier, partages d'expériences
- Développer un management par la clinique et favoriser les coopérations entre professionnels (délégations de tâches, pratiques avancées, transferts de compétences...)
- Développer la réflexion éthique et sur la bientraitance à l'échelle du territoire
- Favoriser la mise en place des nouvelles technologies et accompagner leur mise en place afin de faire évoluer les pratiques

IV. Favoriser les activités en lien avec la recherche clinique paramédicale :

- Recenser les publications, partager et communiquer sur les évolutions relatives aux prises en charge au sein des filières du GHT
- Encourager la participation et la collaboration aux activités de recherches cliniques médicales et paramédicales et partager l'information au sein du GHT
- Création d'un groupe support : recenser les personnes ressources, suivre et communiquer sur les appels projet

- **Perspectives**

L'objectif principal de ce projet est d'accompagner le projet médical partagé permettant ainsi de donner une réponse de qualité, égale et graduée sur l'ensemble du territoire.

Ce projet est porté par des valeurs communes d'échange et de collaboration pour la mise en place d'une dynamique de territoire.

Il définit, par ses choix et ses orientations, la politique de soins dans le GHT, Il est aussi un vecteur de communication permettant de donner de la visibilité aux soignants.

Son pilotage sera assuré par la CSIRMT de territoire. Des groupes opérationnels seront constitués pour mettre en œuvre des plans d'actions en articulation avec les priorités du projet médical de territoire, de la politique qualité, et du projet de la CDU.

Il sera évalué annuellement par la CSIRMT du GHT et modifié en fonction des orientations prises.