



PROJET MEDICO-SOIGNANT

COLLEGE MEDICAL et CSIRMT de TERRITOIRE

Approuvé par le :



GHT des Pyrénées Ariégeoises

Table des matières

PREAMBULE.....	5
Notre responsabilité populationnelle.....	5
1. Présentation du GHT.....	7
Les établissements parties.....	7
Addendum.....	7
Les orientations stratégiques :.....	7
2. L’environnement du GHTPA.....	9
Topographie.....	9
Données socio démographiques.....	9
Données économiques.....	9
Offre de soins libérale.....	10
Offre médicale libérale.....	10
Offre paramédicale libérale.....	10
Offre d’hospitalisation libérale.....	10
Offre d’hébergement pour les personnes âgées.....	10
3. L’offre de soins du GHTPA :.....	11
Offre d’hébergement :.....	13
Offre de consultations spécialisées :.....	14
Offre médico-technique :.....	15
4. Les forces et faiblesses du GHTPA.....	16
Le CHIVA, hôpital support du GHT.....	16
Les autres établissements du GHT.....	18
Le CHAC.....	18
Le CHPO.....	19
Addendum.....	19
CH Saint Louis (CHSL) à Ax-les-Thermes et CH Jules Rouse (CHJR) à Tarascon.....	19
La matrice SWOT du GHT :.....	21
Les points faibles de l’offre de soins du GHT.....	21
Les activités spécialisées.....	21
Le MCO.....	21
Les soins de longue durée :.....	22
L’offre SSR.....	22
L’offre de psychiatrie.....	22
Les partenariats ville hôpital.....	23
Les enjeux du maintien et de l’évolution de l’offre.....	24
5. Organiser les parcours au sein du GHT dans le cadre de filières structurées.....	25
PMS GHTPA	

Les filières prioritaires définies dans les objectifs de la convention constitutive	25
LA FILIERE MERE –ENFANT	25
LA FILIERE CHIRURGICALE	30
Addendum 1 (Collège médical du 10/12/2018 – Courrier président Collège Médical au DG ARS 24/01/2019) - Annexe 3	30
Addendum 2 (Collège médical du 15/04/2019 - Courrier président Collège Médical au DG ARS 17/04/2019) - Annexe 4	30
LA FILIERE GERIATRIE	31
Addendum 3 (Collège médical du 10/12/2018 – Courrier président Collège Médical au DG ARS 24/01/2019) – Annexe 3.....	35
FILIERE URGENCES	36
FILIERE RADIOLOGIE.....	36
Les autres filières	37
FILIERE NEUROLOGIQUE	37
FILIERE PNEUMOLOGIE	44
FILIERE CARDIOLOGIE.....	44
FILIERE GASTRO ENTEROLOGIE	45
FILIERE NEPHROLOGIE.....	45
FILIERE DIABETOLOGIE	46
FILIERE CANCEROLOGIE.....	46
Addendum 4 (Collège médical du 10/12/2018 – Courrier président Collège Médical au DG ARS 24/01/2019) – Annexe 3.....	46
FILIERE SOINS PALLIATIFS.....	47
FILIERE HEMATOLOGIE – RHUMATOLOGIE	52
FILIERE MALADIES INFECTIEUSES	52
FILIERE MEDECINE INTERNE	52
FILIERE REANIMATION :	52
FILIERE DERMATOLOGIQUE.....	53
FILIERE ADDICTOLOGIE :	53
FILIERE ALGOLOGIE	53
FILIERE MEDECINE VASCULAIRE ET CHIRURGIE SUPERFICIELLE	53
FILIERE OPHTALMOLOGIQUE :	53
FILIERE ODONTOLOGIQUE.....	53
FILIERE MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION.....	53
FILIERE HOSPITALISATION A DOMICILE :	54
FILIERE UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE	54
FILIERE BIOLOGIE	54
FILIERE PHARMACIE	55

Addendum 5 (Collège médical du 10/12/2018 – Courrier président Collège Médical au DG ARS 24/01/2019) – Annexe 3.....	58
FILIERE HANDICAP.....	59
Addendum 6 (Collège médical du 10/12/18 - Courrier président Collège Médical au DG ARS 24/01/2019) - Annexe 3	59
FILIERE RECHERCHE ET FORMATION.....	63
FILIERE DIM.....	63
6. Les axes transversaux du PMS	67
Déploiement de la culture sécurité au sein du territoire	70
7. Projet médical de territoire en Psychiatrie Générale.....	70
Structures de soins actuelles et leur développement indispensable	70
Le développement des soins	70
Le rôle de la Communauté Psychiatrique de Territoire	74
Cohésion des acteurs en Santé Mentale	74
Réaffirmation de la Psychiatrie comme spécialité médicale.....	74
Partenariats essentiels déclinés dans notre projet de CPT	75
8. ANNEXES.....	76
Annexe 1 : composition des comités de travail.....	77
Annexe2 : maisons de santé pluri professionnelles de l’Ariège et MMG	78
Annexe 3 : Courrier président Collège Médical au DG ARS 24/01/2019	79
Annexe 4 : Courrier président Collège Médical au DG ARS 17/04/2019	81
Annexe 5 : Rapport Professeur Bernard Pradere	82

PREAMBULE

Notre responsabilité populationnelle.

La responsabilité populationnelle est l'obligation, pour les acteurs de santé d'un territoire, de maintenir et d'améliorer la santé de la population, en offrant un ensemble de services, en assurant l'accompagnement des personnes, et en agissant sur les déterminants de santé.

Cette responsabilité populationnelle a été le moteur du collège médical et de la CSIRMT dans ses réflexions et propositions pour construire ensemble et promouvoir le projet médico-soignant de territoire de l'Ariège.

Cette responsabilité populationnelle a été le fil rouge de nos travaux en faisant abstraction des querelles personnelles ou institutionnelles parfois historiques.

En effet, quelle est la situation de notre territoire Ariégeois : alors que la région se targue à juste titre d'être une des régions les plus performantes de la nation en matière de santé, notre territoire 09 présente quant à lui les indicateurs de santé inférieurs non seulement à la moyenne régionale mais bien souvent à la moyenne nationale.

Pourquoi en sommes-nous arrivés à ce constat péjoratif pour notre population ? : les causes sont multiples, mais deux facteurs me paraissent incontournables :

- La précarité importante de notre population, qui fait de l'Ariège un des territoires les plus pauvres de la région Occitanie
- Une offre de soins insuffisante en médecins généralistes mais surtout en médecins spécialistes avec déjà des problèmes de déserts médicaux et d'attractivité territoriale.

Devant ce constat alarmant, notre challenge a été de construire un projet médico-soignant de territoire susceptible de garantir un égal accès aux soins à la population de l'Ariège face aux disparités géographiques et financières caractérisant la population.

Mais au-delà de l'offre hospitalière, nous devons tous changer de mode de pensée quand nous réfléchissons à la santé.

L'hôpital n'est qu'une étape dans le parcours de soins ou de santé de nos citoyens.

Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) et la Communauté Professionnelle Territoriale de Santé (CPTS) représentent l'opportunité d'un travail collaboratif entre l'Hôpital et la Ville.

Nous devons créer un espace de dialogue afin d'augmenter l'attractivité du territoire 09 et améliorer la lutte contre les déserts médicaux.

Ce dialogue est actuellement inégal dans les différents bassins de santé du territoire.

Nous devons intégrer les médecins de ville dans nos instances : en ce sens, le Collège Médical a été précurseur avec la présence d'un médecin généraliste, ancien président de l'Ordre des Médecins de l'Ariège et reconnu pour ses travaux sur « la fluidité du parcours patient » au sein du territoire de santé du Couserans.

Il faudra aller plus loin avec de nouveaux outils tels que la Plateforme Territoriale d'Appui (PTA).

La PTA est une plateforme de coordination avec un guichet unique qui a pour mission de coordonner et de gérer des cas complexes médicaux, médico-sociaux et sociaux avec des effecteurs déjà en place (CLIC, MAIA, Réseaux de Soins mono-disciplinaires ou polyvalents, HAD, EHPAD,...), d'autant plus en situation de pénurie des métiers de santé.

Cette PTA a aussi une mission de prévention, d'éducation thérapeutique, d'homogénéisation des pratiques professionnelles au niveau des maisons de santé pluridisciplinaires du territoire.

Il ne nous reste donc plus qu'à nous mettre au travail avec deux axes principaux :

- Privilégier l'innovation organisationnelle,
- Susciter l'intérêt de chacun à agir pour l'amélioration de la qualité des parcours de santé.

Le Président du Collège Médical du GHT des Pyrénées Ariégeoises,

Dr Michel Pichan

1. Présentation du GHT

Les établissements parties

Le groupement hospitalier de territoire des Pyrénées ariégeoises (GHTPA) a été constitué par convention passée le 29 juin 2016, conformément au décret n° 2016-524 du 27 avril 2016, lui-même pris en application des articles L 6132-1 à L 6132-6 du code de la santé publique.

Cette convention a été approuvée et rendue exécutoire par l'agence régionale de la santé d'Occitanie le 31 août 2016.

Ce groupement hospitalier de territoire réunit :

- Le centre hospitalier St Louis (appelé par la suite CHSL) sis à Ax-les-Thermes;
- Le centre hospitalier du Pays d'Olmes (appelé CHPO), sis à Lavelanet pour son site principal et un EHPAD, à Laroque d'Olmes pour son deuxième EHPAD, dit Résidence des Ormes;
- Le centre hospitalier intercommunal du Val d'Ariège (appelé CHIVA), sis à Saint-Jean-de-Verges pour son site principal, à Foix pour l'EHPAD de Bellissen, à Pamiers pour une unité SSR, pour diverses consultations, pour l'Institut de formation des auxiliaires médicaux et pour l'EHPAD du Bariol, à Foix et à Saint-Girons pour l'HAD ;
- Le centre hospitalier Jules Rousse (appelé CHJR), sis à Tarascon-sur-Ariège.
- Le centre hospitalier Ariège-Couserans (appelé CHAC), sis à Saint-Lizier à titre principal et à Saint-Girons pour son EHPAD et sur l'ensemble du département pour ses activités extrahospitalières de psychiatrie ;

Addendum

[Le CHPO et le CHVA ont fusionné en 01/2018 constituant dès lors un seul et même établissement. Le GHT comprend donc 4 établissements à compter de cette date.](#)

Le Centre Hospitalier Régional et Universitaire de Toulouse est établissement associé et assure les missions suivantes :

- enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;
- gestion de la démographie médicale ;
- référence et de recours

Les orientations stratégiques :

Les orientations stratégiques du projet médico-soignant de territoire sont au nombre de 5 :

Orientation n°1 : garantir à la population l'accès à une offre de soins de proximité adaptée à ses besoins

- Compléter le maillage territorial de proximité
- Prendre en charge la précarité et la fragilité

Orientation n°2 : Soutenir la démographie médicale du territoire

- Soutenir collectivement les disciplines les plus fragiles démographiquement (anesthésistes, urgentistes, chirurgiens et radiologues notamment) pour éviter les ruptures de prise en charge et limiter le recours à l'intérim
- Développer l'attractivité sur l'ensemble du territoire ariégeois en utilisant tous les leviers disponibles : conditions matérielles d'exercice multi sites, profils de carrière territoriaux, le cas échéant équipes territoriales
- Consolider le vivier des futurs PH en mettant en place une gestion prospective commune :
 - être force de proposition auprès de l'ARS et de la Faculté sur l'agrément des terrains de stage, la répartition des postes d'internes au sein du GHT, et le post-internat
 - optimiser la gestion des postes d'assistants partagés
- Fidéliser les praticiens déjà en poste

Orientation n°3 : Organiser les parcours au sein du GHT dans le cadre de filières structurées

- Organiser des filières complètes de soins, identifiant et articulant pour chaque filière :
 - l'offre de proximité, de recours et de référence
 - la gradation des plateaux techniques
 - l'organisation de la permanence des soins
 - les soins primaires (médecine de ville, maisons de santé) et la prévention (éducation thérapeutique du patient), ainsi que les soins de support
 - le parcours d'aval HAD / SSR / médico-social
 - les parcours de formation

- Porter les travaux en priorité sur :
 - la filière mère-enfant
 - la filière chirurgicale
 - la filière gériatrie
 - l'organisation territoriale des urgences
 - l'organisation territoriale de la radiologie
 - la filière psychiatrique dans le cadre d'un projet territorial de santé mentale

- Structurer les parcours au sein de ces filières :
 - fluidifier les relations avec les professionnels au moyen du dossier patient informatisé
 - promouvoir les prises en charge ambulatoires
 - organiser des parcours spécifiques pour les maladies chroniques
 - anticiper dès l'admission la sortie ou le transfert du patient
 - développer le réseau ville-hôpital
 - fluidifier le transport des patients
 - évaluer les parcours (RMM de territoire...)

Orientation n°4 : Harmoniser la formation et les pratiques, et structurer l'évaluation

- Faire de la formation un outil au service du projet médical partagé :
 - Coordonner les plans de formation médicale et de développement professionnel continu
 - Partager certaines ressources pédagogiques, développer les formations communes
 - Diffuser l'accès aux outils pédagogiques innovants (simulation en santé, e-learning)

- Sécuriser les pratiques :
 - Mettre en place des référentiels et protocoles communs sur la base des dernières recommandations scientifiques
 - S'engager dans des démarches communes d'analyse de pertinence

- Définir des indicateurs de suivi et de réussite, en lien avec le DIM de territoire, les chefs de pôle et les chefs de service :
 - Evaluer la mise en œuvre du projet médical partagé
 - Mesurer le service rendu à la population

Orientation n°5 : Promouvoir sur le territoire l'emploi de la télé-médecine et de la télé-expertise

- Renforcer la couverture territoriale pour apporter une réponse de proximité afin de répondre aux besoins des usagers
- Favoriser les démarches de concertation médicale inter-établissements par des (télé-)staffs communs et des (télé-)RCP de territoire
- Optimiser la répartition entre temps de travail et temps de trajet des praticiens
- S'assurer de la sécurité des dispositifs techniques territoriaux de télétransmission (agrément)

2. L'environnement du GHTPA

Topographie

Le territoire de santé de l'Ariège est calqué sur le département du même nom.

C'est un territoire montagneux avec un accès routier difficile. En effet, les délais d'accès aux principales structures hospitalières sont très sensiblement allongés de par le caractère sinueux des routes souvent moins praticables en période d'hiver.

Les conditions climatiques et les massifs montagneux diminuent également le nombre de jours d'opérabilité des évacuations hélicoptérées.

Données socio démographiques

Son peuplement est faible, avec une densité trois fois inférieure à la moyenne nationale et au demeurant très hétérogène. La population de 150 000 habitants est stable sous le double effet d'un solde naturel négatif à peine compensé par le solde migratoire. Au sein du territoire, seul le pays de Foix et le nord du département présentent un certain dynamisme démographique. La structure d'âge révèle une population sur représentée en personnes âgées, tendance qui se confirmera dans les vingt prochaines années à raison de + 2,6 % par an ; à l'opposé la part des plus jeunes est en décroissance, bien que le nombre d'accouchements (1 300/an) ne baisse que très lentement.

Au total, la part des personnes âgées de plus de 65 ans sera du quart dès 2020, et les plus de 85 ans passeront de 4 900 en 2008 à 12 000 en 2040. La dépendance, qui est forte à ce jour (4 000 personnes dépendantes soit 8,8 % de la population) devrait s'accroître dans les mêmes proportions. Cependant, comme dans le reste de l'Occitanie, le taux de personnes vivant seules est plus faible que dans la moyenne nationale (35 % contre 39 %).

Données économiques

L'emploi est légèrement plus dégradé en Ariège que dans la population nationale, notamment chez les jeunes où le taux de sans-emplois est de 32 % contre 28 % en France métropolitaine. Le bassin d'emploi sur représente les professions liées à l'agriculture. Cependant le taux de non-diplômés est égal au niveau national (18 %). Les indicateurs de précarité sont plus détériorés en Ariège que dans la région Occitanie et au niveau national ; toutefois le taux d'habitation non locatif est nettement plus élevé, ce qui peut être un facteur de compensation non négligeable en termes de pouvoir d'achat.

A tous les âges de la vie, l'espérance de vie est plus faible en Ariège que dans le territoire national (par exemple chez les femmes : - 1 an à la naissance, - 10 mois à 65 ans), ce qui pourrait être l'effet d'un accès aux soins plus restreint que dans les autres territoires.

Les taux de mortalité sont élevés qu'il s'agisse de la mortalité infantile (6 p. 1000 en Ariège contre 3 p. 1000 au niveau national, avec une forte incidence de la mort subite du nourrisson) ou de la mortalité prématurée avant 65 ans, majeure chez les hommes notamment (2,87 p. 1000 en Ariège contre 2,7 au national).

La mortalité a pour principales causes les maladies de l'appareil circulatoire (27% versus 25 % au niveau national), les tumeurs (25 % versus 29 % pour le national) et à un degré moindre les maladies du système nerveux (8 % vs 6 %) et de l'appareil respiratoire (6 % vs 7%).

Le taux de suicides chez les hommes est de 34 p. 100 000 soit deux fois plus élevé que dans la région et 60 % plus fort qu'au national, symptôme connu du monde rural ; en revanche, la mortalité par alcoolisme chez les hommes est 40 % plus faible (dans la moyenne pour les femmes).

Chez les enfants, on note une morbidité plus marquée par les troubles mentaux, et relativement plus faible sur les maladies respiratoires et les pathologies d'origine périnatale ; chez les seniors, c'est l'inverse.

Offre de soins libérale

Offre médicale libérale

La densité de médecins généralistes libéraux est inférieure dans le département (162‰) à celle de la région (220 ‰) ou de la France (200 ‰), ainsi que l'offre en spécialistes (109 ‰ versus 181 ‰ (deux fois moins forte que dans les moyennes régionale et nationale).

Par rapport à la moyenne nationale, l'offre libérale de spécialités est déficitaire de :

- **8 % pour les spécialités médicales** principalement l'anesthésie-réanimation (-32%), la cardiologie (-21%), la gynécologie médicale (-15%), la rhumatologie (-12%), la pédiatrie et la gastroentérologie (-11%) et la dermatologie (-10%)
- **17 % pour les spécialités chirurgicales**, déficit portant essentiellement sur la Gynécologie-Obstétrique (-41 %), l'ophtalmologie (-24%) et l'ORL (-17%)
- **20 % pour la psychiatrie**

Certaines spécialités libérales restent mieux représentées sur l'Ariège qu'au niveau national notamment la pneumologie (+67 %), la stomatologie (+14%) et la biologie médicale (+60%).

Si parmi les médecins généralistes la part des plus de 55 ans est dans la moyenne nationale, on constate qu'elle s'élève à 66% chez les spécialistes faisant craindre la disparition prochaine de la médecine de spécialité libérale dans le territoire et appuyant la nécessité de fixer quelques spécialités-clés sur les établissements de santé.

Offre paramédicale libérale

L'offre des professionnels de santé paramédicaux (à l'exception des ergothérapeutes et des manipulateurs en électroradiologie médicale) est comparable à la moyenne nationale, la densité des infirmières libérales étant légèrement supérieure (27 % sur le département versus 22% au niveau régional et 16 % au niveau national). La faible densité de la population oblige ces professionnels à des déplacements importants en termes de temps et de distance.

Offre d'hospitalisation libérale

L'offre d'hospitalisation est exclusivement publique sur le territoire du GHT.

Néanmoins, l'attractivité des établissements privés des départements limitrophes est réelle et concerne :

- la Clinique Monié de Villefranche-de-Lauragais (161 lits et places de médecine, soins palliatifs et SSR, 94 places d'EHPAD) située à 40 mn du CHIVA
- la Clinique d'Occitanie à Muret (clinique médicale, chirurgicale, obstétricale dotée d'un service d'urgence) située à 1h du CHAC
- La Clinique de la Croix du Sud à Quint-Fonsegrives (ouverture en 2018), située à 50 mn du CHIVA
- L'ensemble des établissements privés de Toulouse, accessibles en 55 mn depuis le CHIVA et en 1H20 depuis le CHAC

Offre d'hébergement pour les personnes âgées

Le taux d'équipement en EHPAD (107 ‰) est supérieur à la moyenne nationale (95 ‰), conformément à la typologie de la population. En effet, si en 2012, la part des plus de 65 ans

représentait 22 % de la population du département (19 % pour la région et seulement 17 % pour la France) il est prévu qu'elle atteigne 27 % de la population de l'Ariège en 2015.

A contrario, en ce qui concerne les structures d'hébergement permanent non EPHAD (maison de retraite, foyer logement, USLD) le taux d'équipement (5‰) est 5 fois inférieur à la moyenne nationale (27‰) ce qui n'est pas contrebalancé par une tendance moins marquée à l'institutionnalisation des personnes de plus de 75 ans (8.9 % en Ariège versus 9.6% en métropole).

En synthèse, le futur GHT s'inscrit dans un territoire dont la démographie est faible (150 000 habitants). Il s'agit d'une population vieillissante dont les indicateurs sociaux sont relativement défavorables et les projets de développement économique sur le territoire sont peu nombreux. La démographie médicale, libérale comme hospitalière est problématique sur l'Ariège. Les voies de communication sont orientées vers Toulouse et les distances et temps de parcours entre les établissements sont longs. La géographie ne favorise donc pas les coopérations entre les établissements du territoire.

3. L'offre de soins du GHTPA :

Les établissements sont en majorité situés à l'est du département, le CHAC est enclavé au cœur de 18 vallées à l'ouest du département. Les grandes voies de circulation routières concernent essentiellement la partie Est de l'Ariège et sont essentiellement dirigées vers Toulouse ; ce qui peut expliquer en partie le taux de fuite vers la capitale régionale qui présente en outre un panel de spécialités médicales et chirurgicales qui augmente l'attractivité de la capitale régionale

Les établissements sont majoritairement concentrés à l'Est du département, notamment à cause du relief



Les temps d'accès inter établissements sont longs et les voies parfois peu praticables.

Une géographie qui allonge les temps de trajet entre C.H.,
notamment pour Ariège Couserans et Ax les Thermes



Distance	C.H. Val d'Ariège	C.H. Pays d'Olmes	C.H. Ax les Thermes	C.H. Tarascon
C.H. Ariège Couserans	50 km	75 km	90 km	65 km
C.H. Val d'Ariège		35 km	50 km	25 km
C.H. Pays d'Olmes			60 km	30 km
C.H. Ax les Thermes				30 km

Temps	C.H. Val d'Ariège	C.H. Pays d'Olmes	C.H. Ax les Thermes	C.H. Tarascon
C.H. Ariège Couserans	50min/ 1h ¹	1h10	1h25	1h
C.H. Val d'Ariège		30min	45min	20min
C.H. Pays d'Olmes			55min	30min
C.H. Ax les Thermes				30min

¹ Durée de trajet en ambulance d'1h lié à la praticabilité des voies de communication
Document de travail

8

Des travaux de coopération antérieurs à la mise en place du GHT avaient été initiés sur le territoire et ont aboutis à l'élaboration d'un premier projet médical de l'Ariège dès 2010 suivi en 2013 de la déclinaison de trois filières (cardiologie et médecine vasculaire, gériatrie et psychogériatrie, mère enfant) dans le cadre d'un projet médical de territoire de l'Ariège.

Des coopérations sont donc déjà effectives avant l'heure des GHT comme la mise en œuvre d'un GCS de biologie (2008), le déploiement d'un dossier patient informatisé partagé sur le territoire (2016), la fédération des urgences et les conventions de coopération pour la pédiatrie, la cardiologie, la neurologie, le RINA (Réseau Infection Nosocomiales Ariège), DIM, la cancérologie, la néphrologie, l'addictologie, l'ORL et la CUMP (Cellule d'Urgence Médico-Psychologique).

Offre d'hébergement :

L'offre de soins de ce groupement hospitalier et les coopérations en cours sont résumées dans le tableau ci-dessous :

Établissement	CHSL	CHPO	CHAC	CHIVA	CHJR	Coopérations
Urgences		SU	SU + UHCD (3)	SU +UHCD,		Fédération des Urgences Echange 1/1
SAMU SMUR			SMUR	SAMU SMUR CESU NRBC, PMA, PSM2		
Médecine		24 lits, 2 places	40 lits (dont 10 lits CSG) + 2 places	162 lits 20 places		MAD /CHVA 20 % cardio 20 % cancéro 5 % néphro 20 % ORL
Chirurgie		5 places	20 lits 8 places	47 lits 15 places		
Obstétrique		Centre périnatal de proximité CPP	Maternité niv 1 4 lits	Maternité niv 2 27 lits		MAD CHVA 40 % pédiatres
Néonatalogie				4 places		
IVG				2 places		
Dialyse				14 places		
Auto dialyse		6	6			12 à Pamiers (AAIR)
Réanimation			10 lits dont 8 de soins intensifs respiratoires et 2 de surveillance continue			
SSR polyvalent	10 lits	26 lits, 2 places	10 lits	59 lits		
SSR Gériatrique			20 lits			
UCC			12 lits			
SSR spécialisé	40 lits et 8 places de SSR Rééduc. Fonct.		Centre de réadaptation neurologique CRN 20 lits			
Psychiatrie Générale			87 lits			
Accueil de jour			35 places			
Pédo psychiatrie			7 lits			
MAS			24 lits			
AFT			17 places			
HAD				Service (30 places maxi), antenne (12 places maxi)		
EHPAD	62 lits		103 lits			
USLD					28 lits	
SSIAD	(...) places	(...) places	(...) places	(...) places	29 places	
Divers		PASS ; CLIC	PASS	PASS ; unité sanitaire ; IFCS		

Offre de consultations spécialisées :

Etablissement	CHSL	CHPO	CHAC	CHIVA	CHJR	Coopérations
Addictologie			x	x		
Anesthésiologie			x	x		
Angiologie			x	x		20 % SAINT GAUDENS
Cardiologie		x	x	x		
Chirurgie buccale – odontologie polyvalente			x			
Chirurgie Générale			x	x		
Chirurgie orthopédique et traumatologique		x	x	x		
Chirurgie urologique			x	x		
Consultations mémoire			x			
Dermatologie						
Diabétologie – endocrinologie			x	x		
Douleurs			x	x		
Gastro-entérologie			x	x		
Gynécologie-Obstétrique			x	x		
MPR	x		x			
Néphrologie			x	x		
Neurologie			x	x		
Oncologie			x	x		
ophtalmo			x (deux médecins spécialistes libéraux en ville)	x		
Oto-rhino-laryngologie			x	x		
Pédiatrie			x	x		
Pneumologie			x	x		
Post-AVC			x			
Psychiatrie			x	x		
Rhumatologie						
Tabacologie			x	x		

Offre médico-technique :

Les activités proposées sur le territoire sont détaillées dans le tableau suivant :

Etablissement	CHSL	CHPO	CHAC	CHIVA	CHJR	Coopérations
Imagerie			RX, échographie, TDM, mammographie,	RX, échographie, TDM, IRM moyen champ, mammographie		CHIVA Public privé IRM CHAC public privé
Biologie			Biochimie, toxicologie, hématologie, virologie, bactériologie, immunologie Mycologie, biologie de la reproduction			GCS de biologie du territoire de l'Ariège 2012
Anatomie pathologique						Labo des feuillants Toulouse
Pharmacie			Dispensation collective, dispensation unitaire, conciliation médicamenteuse, stérilisation, hygiène, préparations pharmaceutiques, rétrocession Pharmacie clinique, préparations magistrales Surveillance de la désinfection en endoscopie	Dispensation collective, dispensation unitaire, conciliation médicamenteuse, stérilisation, hygiène, préparations pharmaceutiques, rétrocession +/- Pharmacie clinique, préparations magistrales		
Dossier Patient informatisé territorial	un DPI Territorial : début du déploiement 2015					

En synthèse, la qualité et la proximité de l'offre de soins sont les deux paramètres clés de l'attractivité du GHT pour la patientèle ariégeoise.

Les taux de fuite sont très variables selon les filières considérées : l'activité obstétricale est captée quasi totalement par le CHIVA et le CHAC dans les limites des niveaux d'autorisations de leur maternité, l'activité de médecine est captée à 60% environ, l'activité de chirurgie est captée à 40%.

Le premier acteur de santé hors du territoire est le CHU, les fuites vers le privé existent, tout particulièrement en chirurgie, le secteur privé toulousain attirant de nombreux patients (répartis entre les nombreux établissements privés de l'agglomération toulousaine).

Les coopérations sont inégalement développées : la fédération des urgences ou la filière gériatrie s'appuient d'ores et déjà sur des coopérations solides tandis que les coopérations sont quasiment inexistantes en chirurgie.

4. Les forces et faiblesses du GHTPA

Le groupement hospitalier des Pyrénées Ariégeoises dispose :

- De deux hôpitaux MCO : le CHIVA, hôpital support du GHT et le CHAC
- D'un établissement (fusion avec l'hôpital support prévue en 2018) disposant principalement d'une offre de gériatrie accolée à un service de médecine de 24 places, d'un service de chirurgie de 5 places et d'un centre périnatal de proximité le CHPO
- de deux plateaux de rééducation spécialisée (réadaptation neurologique au CHAC, rééducation fonctionnelle à Ax-les-Thermes),
- d'un établissement à statut départemental pour la prise en charge des malades présentant des troubles psychiatriques (adultes et enfants), le CHAC (y compris ses activités extrahospitalières sur l'ensemble du département),
- enfin de plusieurs unités d'hébergement réparties sur le territoire de l'Ariège dont le CHJR de Tarascon

Le CHIVA, hôpital support du GHT

Toutes activités confondues, le CHIVA assure la prise en charge de 52 % des patients de son bassin de recrutement (113 986 habitants), le taux de recours au CHU est fort à 15,6%.

- Médecine : 56 % - taux recours CHU 17.8 %
- Chirurgie : 40 % - taux recours CHU 13 % - secteur privé toulousain 20%
- Obstétrique : 82.6 %

Cet établissement, support du GHT est en mesure de recevoir en urgence la plupart des pathologies médicales et chirurgicales ainsi que l'obstétrique relevant d'une maternité de niveau II. Il est doté d'un service de réanimation comprenant 12 lits de réanimation et de soins continus et 4 places de néonatalogie. C'est un établissement capable de diagnostiquer et traiter les pathologies courantes tant avec des moyens médicaux (spécialités médicales, gériatrie et psychiatrie de liaison) que chirurgicaux (chirurgie des grands appareils : orthopédie et traumatologie osseuse, appareil digestif, appareil urinaire, gynécologie, ophtalmologie, vasculaire superficiel) et exploratoires (fonctions cardiaque, respiratoire, urologique, digestive, vasculaire), chez l'enfant (sauf la chirurgie), l'adulte et la personne âgée, y compris la réanimation et l'accompagnement de fin de vie. Les formules d'hospitalisation sont diverses : complète, de semaine, de jour, la chirurgie ambulatoire, les chimiothérapies, la dialyse et l'HAD.

Siège du SAMU départemental, il dispose d'un SMUR et d'un centre d'enseignement des soins d'Urgence.

En l'absence de cardiologie et de neurologie interventionnelle sur le territoire, les accidents vasculaires cérébraux et les syndromes coronariens aigus sont adressés vers un centre de référence dans la Haute-Garonne.

Matrice SWOT du CHIVA



	Positif	Négatif
Origine interne	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positionnement du CH sur le territoire • Large offre de soin correspondant aux besoins de la population • Organisation du bloc et de l'anesthésie • Recherche et innovation dynamique • Projet architectural de qualité • Des équipes médicales renouvelées avec des disciplines type gynécologie • Le partenariat avec le CHPO 	<p>Faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Effectifs médicaux inégaux fragilisant certaines équipes et limitant l'activité (imagerie, ophtalmologie, obstétrique) • Situation budgétaire fragile • activité en stagnation malgré une augmentation des CS avec des fuites en particulier en chirurgie • Réseau ville –hôpital peu développé • Situation sociale tendue impactant l'image de l'hôpital
Origine externe	<p>Opportunités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas de concurrence publique ou privée sur le département • Volonté forte de partenariat avec le CHU • Maison médicale + commission ville hôpital: possibilité d'insuffler une nouvelle dynamique pour le réseau ville – hôpital • Les équipes territoriales ont une facilité de recrutement des jeunes praticiens (ex: urgence) 	<p>Menaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Voies de circulation et flux de population organisés vers Toulouse → fuites • Offre de soin privée toulousaine pléthorique • Faible attractivité du territoire pour les jeunes praticiens

Document de travail

89

Les autres établissements du GHT

Le CHAC

Toutes activités confondues, le CHAC assure la prise en charge de 49.7% des patients de son bassin de recrutement (27 781 habitants), le taux de recours au CHU est fort à 18.9%.

Médecine : 51 % - taux recours CHU 21.4 %

Chirurgie : 45 % - taux recours CHU 16.2 % - secteur privé toulousain 25%

Obstétrique : 75.3 %

Etablissement isolé, situé à l'ouest du département, à une heure d'accès de l'hôpital support, le CHAC accueille les urgences 24/24 - 7/7 et fait également fonctionner un SMUR qui assure à la fois les transports primaires et les transports secondaires. Dans le cas de pathologies ne pouvant être prises en charge sur le territoire du GHT (syndromes coronariens aigus et accidents vasculaires cérébraux notamment), les patients sont transportés sous surveillance médicale vers le CHU de recours situé à 1h 15.

Le CHAC traite la plupart des pathologies courantes médicales et chirurgicales. Le recours est organisé pour les pathologies nécessitant un plateau technique supérieur avec le CHU.

La maternité de niveau I enregistre moins de 300 accouchements par an mais a une très bonne attractivité (> 75% des parts de marché)

Le CHAC assure la psychiatrie de l'ensemble du département, en hospitalisation sur le site du CHAC et en consultations CMP et HDJ sur l'ensemble du département

Doté d'un SIR et d'un CRN le CHAC s'inscrit dans l'aval de la filière neuro-vasculaire de l'Ariège.

L'établissement a su développer depuis de nombreuses années une relation ville hôpital forte.

Matrice SWOT du CHAC

	Positif	Négatif
Origine interne	Forces : <ul style="list-style-type: none">• Positionnement du CH sur le territoire• Offre de soin répondant aux besoins de la population du bassin d'attractivité (obstétrique, chirurgie, gériatrie)• Projets européens innovants	Faiblesses : <ul style="list-style-type: none">• Situation budgétaire compliquée• Situation sociale tendue impactant l'image de l'hôpital• Difficultés architecturale car le projet n'est pas encore complet• Démographie médicale : départs à la retraite de nombreux praticiens leaders dans les 3 ans
Origine externe	Opportunités : <ul style="list-style-type: none">• Pas de concurrence publique ou privée sur le département• Volonté forte de partenariat du CHU• les équipes territoriales ont une facilité de recrutement des jeunes praticiens (ex : urgence)• Réseau ville-hôpital développé	Menaces : <ul style="list-style-type: none">• Bassin d'attractivité limité• Voies de circulation et flux de population organisés vers Toulouse → fuites• Offre de soin toulousaine phlétorrique• Faible attractivité du territoire pour les jeunes praticiens

Le CHPO

Toutes activités confondues, le CHPO assure la prise en charge de 7.1 % des patients de son bassin de recrutement (26 577 habitants), le taux de recours au CHIVA est de 48,6 % et de 14.7 % pour le CHU.

Médecine : 10 % - taux recours CHVA 51.5 % - CHU 17.3 %

Chirurgie : 3.2 % - taux recours CHVA 38.5 % - CHU 11.7 % - fuite secteur de Carcassonne 7 %

Etablissement isolé situé à 30 mn de l'hôpital support, sur l'est du département, inscrit dans un projet de fusion avec le CHVA, en cours de mise en œuvre. Ses Urgences assurent également l'accueil 24/24-7/7 mais sont limitées dans leur prise en charge en raison du plateau technique ou de l'équipement réduit (absence de TDM, de VNI) et ont recours pour les pathologies les plus décompensées au SMUR du CHVA pour un transfert vers celui-ci (30 mn). Il est doté d'un centre périnatal de proximité. Son activité chirurgicale se résume à des interventions ophtalmologiques sur le cristallin essentiellement. A noter une activité d'endoscopie digestive sur le site.

Matrice SWOT du CHPO



	Positif	Négatif
Origine interne	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none">• Partenariat fort avec le CHIVA : direction commune, partage de temps médical et paramédical• Offre de soin gériatrique adaptée aux besoins du territoire	<p>Faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none">• Situation budgétaire fragile• Offre de soin limitée
Origine externe	<p>Opportunités :</p> <ul style="list-style-type: none">• Projet immobilier validé et partiellement financé• Pas de concurrence publique ou privée sur le département• Volonté forte de partenariat du CHU	<p>Menaces :</p> <ul style="list-style-type: none">• Population socialement défavorisée• Habitat rural, difficultés d'accès au site• Offre de soin toulousaine pléthorique• Faible attractivité du territoire pour les jeunes praticiens

Addendum

Le CHPO et le CHVA ont fusionné depuis le 01 janvier 2018 constituant dès lors un seul et même établissement

CH Saint Louis (CHSL) à Ax-les-Thermes et CH Jules Rouse (CHJR) à Tarascon

Le CHSL d'Ax-les-Thermes possède un plateau de rééducation fonctionnelle très complet et très actif et totalise 14% des séjours. Il développe une activité de SSR locomoteur de 40 lits avec 8 places d'hôpital de jour et un SSR polyvalent 10 lits.

LE CHJR de Tarascon assure 4.2 % des séjours SSR.

Matrice SWOT des deux établissements



	Positif	Négatif
Origine interne	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Activité clefs sur l' USLD et la MPR • Une intégration dans les filières de prise en charge de gériatrie mais aussi des urgences 	<p>Faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Démographie médicale • Difficultés architecturale
Origine externe	<p>Opportunités :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Des partenariats sur le département et la région • Les liens avec la médecine de ville 	<p>Menaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bassin d'attractivité limité • Faible attractivité du territoire pour les jeunes praticiens • Relatif isolement des deux établissements • Médecine de ville débordée

Matrice SWOT CH SAINT LOUIS / AX les Thermes :

	POSITIF	NEGATIF
Origine Interne	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Etablissement reconnu de par son implantation dans une ville thermale (piscine de rééducation en eau thermale) et réputation confirmée - Présence de 3 Praticiens hospitaliers diplômés en MPR et d'une équipe pluridisciplinaire complète - Recrutement de la patientèle hors département en particulier région toulousaine - Certification V2014 de niveau B 	<p>Faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fiabilisation de l'équipe kinés - Equilibre budgétaire fragile dans l'attente d'une montée en puissance de la T2A
Origine externe	<p>Opportunités :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partenariat renforcé avec l'hôpital pivot - Liens avec la médecine de ville et en particulier l'activité cure thermale - Ouverture d'une consultation externe de MPR a/c du 01/01/2018 	<p>Menaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faible attractivité du territoire pour les professionnels - Médecine générale en déclin

La matrice SWOT du GHT :

	Positif	Négatif
Origine interne	<p>Forces :</p> <ul style="list-style-type: none"> . un maillage du territoire par les 5 CH . large offre de soin correspondant aux besoins de la population . partenariat forts entre les CH sur certaines activités comme les urgences et les consultations . recherche et innovation dynamique . filière de soin gériatrique organisée . système d'information hospitalier et Dossier Patient Informatisé commun sur le territoire . GCS de biologie depuis 2013 . activités nouvelles en cours de développement . prise en charge en cancérologie 	<p>Faiblesses :</p> <ul style="list-style-type: none"> . Effectif médical fragile dans les CH . Situation budgétaires souvent déficitaires . Relations CHIVA-CHAC méfiantes . relations sociales tendues impactant l'image des hôpitaux . territoire d'attractivité par CH relativement peu important . absence de cardio et de neuro interventionnelle sur le territoire
Origine externe	<p>Opportunités :</p> <ul style="list-style-type: none"> . pas de concurrence publique ou privée sur le département . volonté forte de partenariat du CHU . possibilité d'insuffler une nouvelle dynamique pour le réseau ville-hôpital . les équipes territoriales ont une facilité de recrutement des jeunes praticiens (ex : urgence) 	<p>Menaces :</p> <ul style="list-style-type: none"> . dégradation des indicateurs socio-économiques . voies de circulation et flux de population organisés vers Toulouse → fuites . offre de soin toulousaine phlétorique . faible attractivité du territoire pour les jeunes praticiens . réseau ville-hôpital limité au Couserans

Les points faibles de l'offre de soins du GHT

Les activités spécialisées

Les activités hyperspécialisées (cardiologie interventionnelle, thrombolyse des AVC, neurochirurgie, chirurgie cardio-vasculaire, chirurgie thoracique, chirurgie du rachis, centre de brûlés, médecine nucléaire, etc.) ne font pas partie de l'offre de soins. Dans la mesure où il paraît difficile de les installer sur le territoire, des conventions sont nécessaires avec des centres spécialisés de recours, appuyées par une organisation des transports sanitaire urgents depuis les divers points du territoire.

Le MCO

L'offre MCO est fragile concernant le suivi des maladies chroniques (cancérologie, neurologie, endocrino-diabétologie, maladies infectieuses, rhumatologie, dermatologie...) ou l'accès à la prévention et aux soins pour l'ophtalmologie et les soins dentaires.

L'offre chirurgicale est confrontée à des taux de fuite élevés. Sa diversification (chirurgie thyroïdienne, chirurgie bariatrique, ORL, chirurgie maxillo-faciale) mériterait d'être étudiée en partenariat avec les plateaux techniques toulousains.

Les soins de longue durée :

L'offre est très déficitaire pour l'hébergement des personnes âgées lourdement dépendantes. Une seule USLD est implantée à Tarascon, deux autres localisations, une au CHAC, une au CHIVA devraient voir le jour et permettre de compléter l'offre.

Il n'existe pas d'offre d'hébergement pour les handicapés vieillissants.

L'offre SSR

SSR polyvalents et gériatriques

Les plateaux de SSR polyvalents et gériatriques semblent, pour ce qui concerne l'hospitalisation complète, convenablement répartis. Ils permettent d'effectuer de la rééducation et des soins médicaux sur tout le territoire, moyennant des déplacements satisfaisants pour les bénéficiaires des soins (adultes et personnes âgées)

SSR spécialisés

Ils sont au nombre de 3 en Ariège :

- Un plateau de rééducation fonctionnelle très complet et actif au CHSL à Ax-les-Thermes, animé par des médecins de la discipline médecine physique et réadaptation et une équipe de masseurs-kinésithérapeutes difficile à fidéliser.
- Un Centre de Réadaptation Neurologique au CHAC, moderne, avec une équipe pluridisciplinaire jeune, coordonnée par des médecins rééducateurs spécialisés, qui ont des projets de développement de l'offre de soins sur le territoire.
- Une Unité Cognitivo-Comportementale au CHAC à vocation territoriale, qui prend en charge en hospitalisation complète les troubles du comportement et les démences, rattachée à une Unité Mobile de Troubles du Comportement, qui intervient actuellement dans les EHPAD du Couserans, avec le projet d'étendre cette dernière activité sur tout le territoire.

Cependant, sur le plan gérontologique, un équipement complémentaire de lit est à créer (30 à 60 places).

L'offre de psychiatrie

Si l'offre d'hospitalisation en pédopsychiatrie est relativement satisfaisante, il existe un déficit de lits d'hospitalisation complète pour la psychiatrie adulte.

Certains secteurs ambulatoires de l'Est du département de l'Ariège ne sont que partiellement couverts faute de temps médical disponible.

L'absence de solution d'hébergement pour la prise en charge des patients âgés souffrant de troubles psychiatriques et la nécessité de créer une unité dédiée

La prise en charge des urgences psychiatriques admises au CHIVA et au CHPO est assurée par une équipe d'infirmiers spécialisés qui travaille en lien avec un médecin psychiatre présent sur site la journée. En période de permanence des soins, l'équipe d'infirmiers se réfère au psychiatre de garde pour le département situé au CHAC, notamment pour les indications d'hospitalisation.

Un dispositif adapté de type Centre d'Accueil Permanent (CAP) localisé sur le site du CHIVA et offrant la possibilité d'une hospitalisation de courte durée (< 48h ou < 72h) permettrait pour certains patients de gérer la crise et de temporiser l'hospitalisation en « psychiatrie » du CHIVA vers le CHAC tout en renforçant le travail en réseau entre les établissements de santé, les secteurs et la médecine de premier recours.

Les partenariats ville hôpital

Les médecins généralistes et au-delà l'ensemble des professionnels de santé libéraux, doivent trouver un véritable partenariat dans leur relation avec l'hôpital dont ils constituent à la fois l'amont et l'aval. Ces relations doivent être développées au niveau du GHT à l'instar du RIVHAC (Réseau Interprofessionnels Ville Hôpital Ariège Couserans) au CHAC.

A l'initiative des médecins libéraux et hospitaliers, le Couserans a su développer de solides liens entre la ville et l'Hôpital. Liens qui intègrent l'ensemble des professionnels de santé : médecins généralistes et spécialistes, hospitaliers et libéraux, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmières et kinésithérapeutes.

Confrontés à des situations de plus en plus complexes, intégrant des problèmes pathologiques, psychologiques, médico-sociaux et économiques ; les professionnels de santé du Couserans se sont regroupés au sein d'une association, le RIVHAC qui se propose de porter le projet d'une plateforme territoriale d'appui de l'Ariège.

La PTA, mobilisant la totalité des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales du territoire, coordonnera ces ressources autour du patient afin :

- D'informer, conseiller et orienter les professionnels des patients et leur retour à domicile
- De développer les pratiques et les initiatives d'organisation des parcours de soins et de coordination par le biais d'un guichet unique.
- Ce dispositif permettra la création d'un modèle adapté à la prise en charge globale du patient en situation complexe et renforcera les liens ville-hôpital autour du patient.

La désignation d'un représentant de la médecine libérale au sein du collège médical et sa contribution à l'élaboration du présent projet sont un premier pas. L'interaction avec les maisons de santé pluri professionnelles (MSPP) qui se développent sur le territoire paraît un levier intéressant pour renforcer ce lien ville-hôpital.

Le CDOM 09, sollicité pour donner son expertise sur le projet GHT, peut être le premier pas vers une relation Ville Hôpital, fait le constat suivant :

« Cette relation est inexistante concernant le CHIVA et le CHPO ; elle semble exister dans le bassin du Couserans avec le CHAC, bassin de santé certes plus petit mais intégrant les médecins libéraux dans beaucoup de démarches de soins.

Les raisons de ce manque de cohésion entre la Médecine de Ville et la Médecine Hospitalière sont nombreuses et connues de tous depuis longtemps. De multiples raisons ont été évoquées à de nombreuses reprises mais sont restées jusqu'à ce jour sans solution. »

Les enjeux du maintien et de l'évolution de l'offre

La demande en soins va augmenter en lien direct avec le vieillissement de la population.

Il est donc nécessaire de pérenniser et de renforcer la démographie médicale sur le territoire afin d'assurer une prise en charge de proximité de qualité à la population. Cette responsabilité populationnelle doit être assumée par le projet médico-soignant dans la plupart des disciplines médicales impliquant des soins chroniques et réguliers. Une offre de proximité doit être maintenue et privilégiée en raison notamment de la typologie de la population (personnes âgées avec moyens de locomotion limités). Un plateau technique de bon niveau et le recours à des spécialistes doit être maintenu.

La création du GHT des Pyrénées Ariégeoises est l'occasion de porter un projet médico-soignant qui fait sens pour les équipes et de permettre d'améliorer la situation des établissements et l'offre de soins sur le territoire.

5. Organiser les parcours au sein du GHT dans le cadre de filières structurées

Les filières prioritaires définies dans les objectifs de la convention constitutive

LA FILIERE MERE –ENFANT

Chiffres clés de la filière

1281 accouchements en 2015 pour le GHT

215 accouchements pour le CHAC en 2016 et 966 accouchements pour le CHIVA, soit 1181

La prise en charge obstétricale est assurée à plus de 80% sur le territoire

En pédiatrie, les effectifs du CHIVA sont au complet + 2 pédiatres libéraux.

1 pédiatre au CHAC (0,6 ETP)

En chirurgie gynécologique, les fuites s'élèvent à 55% des interventions.

La prise en charge obstétricale sur le territoire nécessite une équipe de territoire comptant entre 8 et 10 praticiens.

Enjeux de la filière :

Allier sécurité et qualité d'une prise en charge de proximité

Renforcer les effectifs des gynécologues obstétriciens

Leviers de transformation

Répartition
des activités

Gradation de
la réponse aux
besoins



Mutualisation
des
compétences

PARCOURS OBSTETRIQUE

Composantes de la filière cible	Parcours obstétrique
La permanence des soins	CHAC et CHIVA, centre périnatal de proximité du CHPO, équipe territoriale
Les activités de consultations externes, consultations avancées	CHAC et CHIVA, centre périnatal de proximité du CHPO, équipe territoriale
Les activités ambulatoires, hospitalisation partielle et conventionnelle	CHAC et CHIVA, centre périnatal de proximité du CHPO, équipe territoriale
Les plateaux techniques	Deux plateaux techniques CHAC et CHIVA
La prise en charge des urgences et soins non programmés	Equipe territoriale constituée des gynécologue-obstétriciens, pédiatres et sages-femmes du CHAC et du CHIVA en lien avec la prise en charge en urgence par régulation SAMU
L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles	CHAC et CHIVA, équipe de territoire
Les activités d'hospitalisation à domicile	PRADO néonatal et renfort de la PMI pour le suivi hebdomadaire des enfants

PARCOURS PEDIATRIE

Composantes de la filière cible	Parcours pédiatrie
La permanence des soins	CHAC et CHIVA.
Les activités de consultations externes, consultations avancées	Consultations externes et avancées au CHIVA et au CHAC
Les activités ambulatoires, hospitalisation partielle et conventionnelle	CHIVA
Les plateaux techniques	Deux plateaux techniques CHAC et CHIVA
La prise en charge des urgences et soins non programmés	Equipe territoriale constituée des gynécologue-obstétriciens, pédiatres et sages-femmes du CHAC et du CHIVA en lien avec la prise en charge en urgence par régulation SAMU
L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles	CHAC et CHIVA, équipe de territoire
Les activités d'hospitalisation à domicile	PRADO néonatal et renfort de la PMI pour le suivi hebdomadaire des enfants

PARCOURS GYNECOLOGIE

Composantes de la filière cible	Parcours gynécologie
La permanence des soins	CHAC et CHIVA, équipe de territoire
Les activités de consultations externes, consultations avancées	Consultations externes et avancées au CHIVA et au CHAC
Les activités ambulatoires, hospitalisation partielle et conventionnelle	Ambulatoire : CHAC et CHIVA Hospitalisation conventionnelle, fonction de l'importance de l'intervention suivi USC ou Réa CHIVA et CHAC
Les plateaux techniques	Deux plateaux techniques CHAC et CHIVA
La prise en charge des urgences et soins non programmés	Equipe territoriale constituée des gynécologue-obstétriciens, pédiatres et sages-femmes du CHAC et du CHIVA en lien avec la prise en charge en urgence par régulation SAMU
L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles	CHAC et CHIVA, équipe de territoire

Description des actions à réaliser

Action 1 : organiser une filière de recrutement d'obstétriciens avec le CHU pour développer un projet de long terme pour le territoire avec une équipe commune et développer l'attractivité des postes d'obstétriciens pour les jeunes – Objectif cible de 8 à 10 obstétriciens.	
Description	<p>Travail de concertation avec les responsables du pôle FME du CHU et le responsable du réseau MATERMIP</p> <p>Travail de concertation et de validation avec l'ARS. Objectif : présentation du cadre de projet et de ses objectifs en vue de voir accorder le statut de poste à recrutement prioritaire pour l'Ariège.</p> <p>Mettre en œuvre une équipe de territoire : les postes publiés seront des postes sur le périmètre du GHT, avec une activité sur les deux établissements et une compétence chirurgicale et obstétricale pour tous les nouveaux praticiens recrutés. L'objectif est d'avoir une équipe entre 8 et 10 praticiens (1 ligne de permanence des soins nécessité 5 praticiens)</p> <p>Evaluation d'un projet d'hôtel hospitalier destiné (en partie) à proximité de la maternité de niveau 2 à la délivrance imminente de femmes logées loin des centres d'accouchement</p>
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} semestre 2018 : rencontre ARS et validation du projet et organisation du projet d'équipe sur le plan pratique - 1^{er} semestre 2019 : mise en œuvre du projet
Conditions préalables	<ul style="list-style-type: none"> - Avis favorable de l'ARS - Partenariat du CHU
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Statut de recrutement prioritaire accordé - Projet d'organisation validé - Nombre de PH recrutés

Action 2 : Organiser le partage des compétences des sages-femmes, des gynécologue-obstétriciens et des pédiatres	
Description	<p>Les sages-femmes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echange de compétences entre le CHIVA et le CHAC, identifier les besoins et compétences de chaque équipes (ex : hypnose, échographie) - création d'un pool territorial - Mise en œuvre des formations communes : une fois par an (voire deux) en alternance sur chacun des deux établissements - Représentation éventuelle au sein du Collège médical du GHT - Les gynécologues obstétriciens : - Les réunions MATERMIP ont permis de mettre en œuvre des protocoles communs - Aucun transfert de compétence n'est possible tant que les effectifs ne sont pas complets. - Possibilité de staff en visioconférence <p>Les pédiatres :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La journée de formation organisée par les pédiatres du CHIVA a été suivie par des sages-femmes du CHAC en 2016 et 2017. - Mettre en œuvre une formation de réanimation néonatale par les pédiatres annuelles sur le CHAC et le CHIVA. - Un projet de pédiatrie de territoire : <ul style="list-style-type: none"> o Éducation thérapeutique o Développement de prises en charge spécialisées : obésité et allergologie.
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} semestre 2018 : mettre en place équipe projet, - 2^{ème} semestre 2018 : définir : partage des compétences et finaliser programme de formations. - 2019 : mise en œuvre
Conditions préalables	
Indicateurs	<p>Existence d'un projet de territoire</p> <p>Nombre de sessions de formations réalisées en commun</p> <p>Nombre de nouveaux projets mis en œuvre</p>

Action 3 : Développer la gynécologie chirurgicale au niveau territorial	
Description	<ul style="list-style-type: none"> - Information des praticiens de ville sur la mise en place du projet, dans le cadre du réseau ville-hôpital sur l'ensemble des territoires - choix de développement : <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie des troubles de la statique pelvienne (population âgée), éventuellement sénologie • Chirurgie gynécologique hors cancérologie (à confirmer selon la robustesse de ce projet et le concours des gynécologues à la permanence obstétricale) • Prise en charge cancérologie (gynécologie et sénologie) pour ces deux dernières disciplines partenariat et filière de prise en charge à approfondir avec l'Oncopole (une mission d'appui a été demandée) - L'objectif est de réaliser plus de 50 % des prises en charge du territoire en 2019 contre 44% actuellement.
Calendrier	<ul style="list-style-type: none"> - 2^{ème} trimestre 2018 : <ul style="list-style-type: none"> • Information réseau ville-hôpital sur le projet avec recueil des attentes des médecins • Réflexion sur la filière territoriale de prise en charge en cancérologie gynécologie et en sénologie cancérologique - 2019 : CS gynécologie chirurgicale sur le CHAC (sous les réserves précédents) - 1 semestre 2019 : organisation de la prise en charge chirurgicale sur les deux sites en gynécologie (sous les réserves précédentes)
Conditions préalables	
Indicateurs	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'intervention en chirurgie gynécologique par site (objectif de + 5% par an d'activité pour de jeunes praticiens) - Nombre d'intervention en chirurgie du sein par site - Nombre de consultations par site - Parts du marché GHT en gynécologie et en sénologie sur le territoire de l'Ariège

LA FILIERE CHIRURGICALE

Chirurgie & anesthésie	Fédérer les équipes chirurgicales et la PDS du territoire pour rendre robuste l'activité existante. Pérenniser la SMC SIR du CHAC Conforter le plateau technique de rééducation CHSL (post op)	CHIVA : base de PDS chirurgicale. Optimiser le BO. Finaliser l'UACA en appui avec l'hôtel hospitalier CHAC : orientation chirurgie ambulatoire à échéance 2020 Territoire : + 1,1 % par an en ambulatoire, + 1,7 % par an en traditionnel	Réalisation (de 2018 à 2019) : consultations délocalisées de chirurgie gynécologique, PDS chirurgicale unique pour le territoire (ouverture et occupation réelle de postes partagés) 2 PDS d'anesthésie : CHIVA et CHAC PDS SMC SIR Besoins : Equipe territoriale 5 auj + 2ETP chirurgiens viscéraux
------------------------	---	---	---

Addendum 1 (Collège médical du 10/12/2018 – Courrier président Collège Médical au DG ARS 24/01/2019) - Annexe 3

Le rapport PRADERE réalisé à la demande de l'ARS, nous amène à amender le projet médical partagé.

En effet, le rapport préconise l'ouverture d'une chirurgie conventionnelle avec hospitalisation complète sur les deux sites du Val d'Ariège et du CHAC 24/24, soit une ouverture du service et du bloc opératoire 24H /24 et 365 jours /365.

En conséquence, les besoins du territoire seront satisfaits avec une astreinte de chirurgie viscérale sur le CHVA et une sur le CHAC.

La mise en œuvre de cette préconisation qui est validée par le PRS 2018-2022, sera de la responsabilité des deux établissements et du GHT.

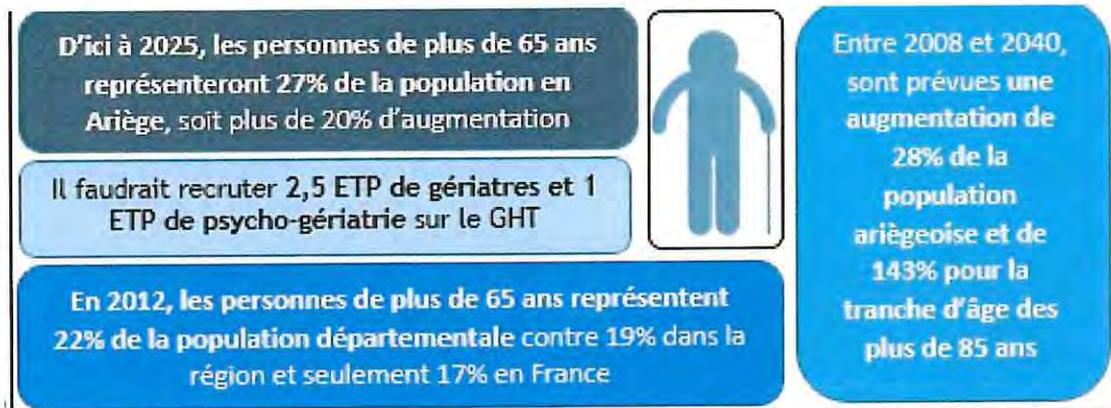
Addendum 2 (Collège médical du 15/04/2019 - Courrier président Collège Médical au DG ARS 17/04/2019) - Annexe 4

Le collège médical du GHT des Pyrénées Ariégeoises, lors de la séance du 15 avril 2019, prend acte de l'impossibilité de la mise en place d'une équipe territoriale de chirurgie viscérale pour garantir une permanence H 24 de chirurgie viscérale sur chaque site : Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège et Centre Hospitalier Ariège Couserans (hypothèse n° 3 du rapport PRADERE suite à la mission demandée par ARS Occitanie).

Le collège propose que le Centre Hospitalier Ariège Couserans s'oriente vers un partenariat avec d'autres structures hospitalières pour organiser sa permanence de chirurgie viscérale H 24.

LA FILIERE GERIATRIE

Chiffres clés



Enjeux

Allier sécurité et qualité d'une prise en charge de proximité

Fluidifier et harmoniser la prise en charge sur le territoire

Leviers de transformation



Contexte :

La filière de soin gériatrique est déjà largement organisée sur les cinq établissements et leurs bassins de santé (coopérations et mutualisations engagées). Cette filière est un point fort de l'offre de soins du futur GHT car elle repose sur un maillage du territoire garantissant une offre de soins de qualité et de proximité adaptée aux besoins de la population âgée.

Sur le CHIVA, CHAC et CHPO, les filières intra-hospitalières sont quasiment complètes, avec des Courts Séjours gériatriques, SSR polyvalents et gériatriques, consultations gériatriques et mémoire, unités mobiles de gériatrie et lits d'EHPAD dont une UHR à Pamiers. Une USLD est installée à Tarascon et prochainement une deuxième sur le CHAC.

Il existe trois SSR spécialisés, avec deux plateaux de rééducation, un locomoteur sur Ax-les-Thermes, un neurologique sur le CHAC et un SSR spécialisé cognitivo comportemental territorial sur le CHAC.

Actuellement, une équipe mobile de prise en charge de troubles du comportement, gérée par la gériatrie, existe dans le Couserans. Elle se déplace dans les EHPAD du Couserans et elle complète son activité avec la télé médecine. Un seul praticien, psychiatre, assure cette activité mais ce médecin en fin de carrière peut arrêter son activité à tout moment. Il intervient aussi en forme de consultations avancées au CHIVA, CHPO et CHAC. A Ax-les-Thermes, cette activité de géronto-psychiatrie est assurée par téléconsultation avec le gérontopôle dans le cadre d'une expérimentation actuelle.

Les coopérations existent ; dans chaque bassin de santé, les filières gériatriques sont organisées avec les partenaires médicaux et médico-sociaux.

Au niveau du territoire, le partenariat avec le gérontopôle toulousain, est un gage d'excellence, avec deux référents territoriaux, un sur le CHIVA et l'autre sur le CHAC. Cela permet de développer des projets innovants, de recherche clinique ainsi que l'harmonisation de pratiques.

Le projet de GHT favorisera la coordination au sein du territoire et la coopération avec le gérontopôle.

La filière gériatrique repose sur une coopération des cinq établissements, articulée autour du parcours patient :



Sur un plan général, la filière a pour objectif de favoriser l'autonomie et le bien-être de la personne âgée, en privilégiant le maintien à domicile ou en structure médico-sociale, sans perte de chance ni d'inconfort/douleur à la fin de la vie, et en développant les actions de prévention. Elle assure une continuité de prise en charge et d'accompagnement entre le domicile et les différents dispositifs et structures sanitaires et médico-sociaux.

Au sein de la filière, le patient peut bénéficier :

- D'une palette complète de prises en charge spécifiques dans le cadre d'hospitalisations programmées ou non-programmées (consultations, HDJ, LISP, hospitalisation complète de courte et moyenne durée).
- D'un avis gériatrique quel que soit le lieu d'hébergement
- D'un accès aux plateaux techniques et au réseau d'oncogériatrie (médecin et IDE en cours de formation)
- D'un accompagnement à la sortie d'hospitalisation

Objectifs :

Le développement de la filière repose sur la pérennisation du recrutement médical, le développement d'unités spécifiques (Soins Palliatifs, USLD, UHR, Unité de gérontopsychiatrie, hôpitaux de jour de rééducation,...), d'équipes mobiles de territoire (notamment pour la prise en charge des troubles du comportement en EHPAD), ainsi que sur le maintien de l'organisation actuelle en pôles, à savoir un pôle gériatrique et de réadaptation au CHAC et un pôle gériatrique et médical au CHIVA.

Une coordination avec les structures en aval de l'hospitalisation est à consolider afin de favoriser la fluidité du parcours des personnes âgées entre le domicile et l'hôpital.

Projet :

Le projet de la gériatrie, déjà bien avancé, pourrait évoluer de la façon suivante :

- Prise en charge des troubles du comportement chez les personnes âgées atteintes de maladies neurodégénératives (volet gériatrie). Parallèlement, création d'une unité d'hospitalisation de gérontopsychiatrie et organisation de la filière de gérontopsychiatrie (projet de psychiatrie).
- Développement de la télésurveillance/télémedecine et/ou d'équipes mobiles de gériatrie pour limiter les problèmes liés à la faible densité médicale et pour disposer d'avis spécialisés à distance ainsi que des formations communes dans un territoire à difficile accessibilité.
- Formation des généralistes aux spécificités de la prescription en EHPAD.

- Organisation des orientations des personnes âgées vers le MCO pour éviter le recours aux urgences (élaboration de chemins cliniques, protocoles communs, sollicitation des équipes mobile de gériatrie,...)
- Développement du dépistage de la fragilité et de l'évaluation gériatrique (hôpital de jour, consultations), afin de proposer la prise en charge la plus adéquate au patient et répondre au mieux à la demande des médecins généralistes. Développer des conventions et coopérations avec les MSP et professionnels paramédicaux libéraux dans le cadre du protocole de dépistage de la fragilité.
- Projet de création d'ULSD et d'UHR sur le CHAC.
- Compléter et diversifier l'offre de soins au niveau des plateaux techniques de rééducation avec ouverture de places d'hospitalisation de jour (rééducation fonctionnelle, gériatrique et neurologique avec notamment apport de possibilité d'injection botulique et de bilans urodynamiques, ce dernier étant un projet commun avec le neurovasculaire).

Le projet de territoire en pratique : les actions à mener

Action 1 : Développer une prise en charge des troubles du comportement et de la gérontopsychiatrie au niveau de l'Ariège

Axes de travail :

Actuellement, une équipe mobile de prise en charge de troubles du comportement, gérée par la gériatrie, existe dans le Couserans. Elle se déplace dans les EHPAD du Couserans et elle complète son activité avec la télémédecine. Cette prise en charge est inexistante dans le reste du territoire.

Il est impératif de renforcer l'équipe mobile de troubles du comportement existante pour qu'elle puisse intervenir sur tout le territoire.

Il serait possible de développer une prise en charge au niveau de l'Ariège en y associant l'Unité Cognitivo-Comportementale territoriale (gériatre responsable formé à la psychogériatrie). Cette unité mobile pourra intervenir dans tous les EHPAD de l'Ariège par des consultations avancées (consultation initiale) et/ou par télémédecine (consultation de suivi, aide à la prise en charge des troubles du comportement auprès du personnel des EHPAD).

Par ailleurs, la prise en charge de la psychiatrie des personnes âgées relève d'un projet de la psychiatrie, avec notamment la création d'une unité de gérontopsychiatrie (projet de la psychiatrie).

A moyen terme, il pourrait être intéressant de développer pleinement ce projet au niveau de l'Ariège à conditions de disposer des effectifs médicaux suffisants, il faut :

- Recruter le PH en charge du projet. Deux médecins, un gériatre et un psychiatre sont susceptibles d'assurer cette activité.
- Définir les moyens humains nécessaires : Temps médical, temps IDE
- Définir la méthodologie d'intervention : Consultations initiales et téléconsultations de suivi

Conditions préalables :

- Validation du principe d'intervention
- Temps médical

Calendrier :

- Premier semestre 2018 : choix de la méthodologie et du contenu de l'intervention
- Deuxième semestre 2018 : mise en œuvre

Indicateurs :

- Equipe en place
- Moyens acquis
- Nombre de patients pris en charge
-

Action 2 : Réactiver le réseau de la prise en charge des soins palliatifs à l'échelle de l'Ariège

Cf. le projet stratégique du GHT sur les soins palliatifs.

Les dispositifs existants sont des LISP au CHIVA et au CHAC, ainsi qu'une équipe mobile de soins palliatifs au CHIVA, au CHAC et bien entendu l'HAD de territoire. Ils pourraient être utilement complétés (projet en cours de rédaction) par la réunion des LISP du CHIVA sous la forme d'une unité restreinte de soins palliatifs du territoire (concept innovant), complétée par le renforcement des moyens médicaux et paramédicaux des équipes mobiles, afin qu'elles deviennent une EMSP de territoire. Une offre des LISP de proximité devra perdurer aux extrémités géographiques du territoire afin d'accompagner les fins de vie au plus proche de l'entourage familial.

Action 3 : Développer un projet commun sur la prescription en EHPAD et de la conciliation médicamenteuse**Les axes de travail :****Projet en lien avec le projet pharmacie et avec le développement du réseau ville – hôpital**

- La prescription en EHPAD pose problème, Ax-les-Thermes et Tarascon sont en train de mettre en œuvre avec l'aide du gérontopôle, une commission iatrogénie placée sous la responsabilité du médecin coordonnateur afin d'encadrer la prescription et de développer la conciliation médicamenteuse.
- Le CHAC a développé un projet sur le même thème avec une pharmacienne notamment sur la conciliation médicamenteuse concernant les unités de Médecine, Chirurgie, SMC-SIR, Court Séjour Gériatrique, SSR et Centre de Réadaptation Neurologique
- Ces projets pourraient être développés au niveau départemental afin d'uniformiser les pratiques et de les développer dans l'ensemble des EHPAD sur la base de protocoles communs.

Moyens humains nécessaires :

- Temps médical
- Temps pharmaceutique

Calendrier :

- Mise en commun de l'existant : 1^{er} semestre 2017
- Projet commun 1^{er} semestre 2018

Indicateurs :

- Mise en place commission iatrogénie
- Validation de la méthodologie
- Validation du plan d'action

Action 4 : Mise en place d'un groupe de réflexion gériatrique**Les axes de travail :**

Fixer la composition du groupe : gériatres, PH des CH, médecin de ville, Médecin coordonnateur EHPAD, cadres soignants.

- Lister les problématiques à aborder au cours des réunions de l'année
- Optimalité de l'implantation de l'USLD de Tarascon ; possibilité de le relocaliser et de le remplacer par des unités spécialisées mais moins médicalisées comme une unité pour handicapés vieillissants
- Rénovation (reconstruction) de l'EHPAD de Tarascon
- Réflexion sur le dépistage des fragilités sur l'Ariège, notamment la structure obsolète du SSR poly pathologique de Pamiers
- Réflexion sur la mise en place de postes territoriaux
- L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

Définir les modalités d'organisation : réunion trimestrielle ? Lieu ? Visio-conférence ? Cette dernière pourrait être privilégiée compte-tenu du territoire

Conditions préalables : Assurer la représentation de l'ensemble des établissements du territoire, y compris EHPAD concernés

Calendrier :

- Constitution : 1^{2ème} semestre 2018
- Lancement des réunions : 2^{ème} semestre 2018

Indicateurs :

- Document arrêtant la composition du groupe et les modalités de réunion
- Nombre de réunions annuelles
- Nombre de projets menés par le groupe

Action 5 : développer les projets de chaque bassin de santé

- Création d'ULSD et d'UHR sur le CHAC
- Création d'une UPOG (Unité Péri Opératoire Gériatrique) au CHAC
- Création d'une unité d'hospitalisation de soins palliatifs territoriale au CHIVA (projet soins palliatifs).
- Consolidation des unités mobiles de soins palliatifs CHIVA et au CHAC.
- Compléter et diversifier l'offre de soins au niveau des plateaux techniques de rééducation avec ouverture de places d'hospitalisation de jour (rééducation fonctionnelle, gériatrique, neurologique, avec notamment apport de possibilité d'injection botulique et de bilans urodynamiques) :
 - o deux places en médecine physique au CHSL,
 - o quatre places en rééducation polyvalente au CHPO,
 - o cinq places en rééducation polyvalente au CHIVA,
 - o cinq places en rééducation polyvalente et neurologique au CHAC).

Addendum 3 (Collège médical du 10/12/2018 – Courrier président Collège Médical au DG ARS 24/01/2019) – Annexe 3

Les besoins de prise en charge en SSR sur le territoire de l'Ariège ne sont pas actuellement satisfaits:

- Le territoire est en sous capacité en lits d'hospitalisation complète.
- L'hospitalisation partielle est à développer de façon importante en respectant les délais d'accès à ces structures, en raison d'un réseau routier en zone montagneuse...
- La sous capacité en lits d'hospitalisation complète ne permet pas d'envisager un redéploiement de lits mais nécessite une création de ces lits d'hospitalisation partielle.

FILIERE URGENCES

Le CHIVA est siège du SAMU départemental et d'un SMUR qui réalise 1100 primaires et 430 secondaires. Le service des Urgences accueille 31 100 patients/an.

Le CHAC, situé à l'ouest du département à une heure de route de l'établissement support, reçoit 10 500 passages en urgence par an. Il anime un SMUR qui assure les transports primaires (320) et secondaires (160). Dans le cas des pathologies ne pouvant être prises en charge sur le territoire environnant (AVC et syndromes coronariens aigus notamment), les patients sont transportés sous surveillance médicale vers le CHU de recours situé à 1h15 de route.

A l'est du département, les urgences du CHPO (6100 passages par an) sont limitées dans la prise en charge en raison du plateau technique réduit. Elles ont recours pour les pathologies les plus décompensées au SMUR du CHIVA pour un transfert vers ce dernier (30 mn).

Les trois services d'urgences du territoire, ainsi que le SAMU, ont créé le 10 septembre 2015 une fédération médicale inter hospitalière (FMUHA) qui organise notamment la rotation des praticiens urgentistes dans les divers services.

Perspectives d'organisation territoriale :

Urgences : maintien des 3 sites d'accueil des urgences, des deux SMUR et de la fédération médicale inter hospitalière

Urgences psychiatriques (détaillé dans la filière psychiatrie) création d'un CAP48/72, lits d'hospitalisation courte au CHIVA, destinés à mieux gérer les situations de crise avant de poser l'indication ou pas d'une hospitalisation en secteur psychiatrique au CHAC.

FILIERE RADIOLOGIE

Perspectives d'organisation de l'imagerie médicale sur le GHT

1. L'imagerie hospitalière ne pourra se structurer qu'à partir de l'imagerie en coupe (très forte demande) et de la radiologie interventionnelle qui comporte des gestes lourds (ponctions, drainages...) et des gestes d'infiltration sous guidage de la radioscopie ou de l'échographie.

Cette partie de l'imagerie ne peut se traiter que sur le secteur hospitalier et intéresse les jeunes médecins.

2. La réflexion doit s'engager au niveau territorial mais va se heurter d'emblée à la pénurie de radiologues tant dans le secteur public que privé. La pénibilité des gardes et la disparité de salaire avec le privé entrent également en ligne de compte.

En termes d'attractivité, le GHT de l'Ariège devra mettre en avant : le travail en équipe, l'intérêt et la diversité du travail (accès à un plateau technique bien doté, la possibilité de faire des actes non possibles en privé comme la radiologie interventionnelle), l'intérêt d'une activité partagée avec le CHU.

3. La création du PIMM (plateau d'imagerie médicale mutualisé), structure dont les contours et le statut restent à définir, incluant tous les équipements d'imagerie en coupe du GHT, associant les radiologues du GHT mais également des intervenants extérieurs de façon ponctuelle, pourrait être une solution en termes d'attractivité à condition que les statuts du médecin hospitaliers se modifient et que les internes thésés en fin de cursus puissent y participer.

4 - Les équipements :

Nos hôpitaux sont bien dotés, ils sont tous numérisés avec un même système d'information logiciel unique territorial, peuvent archiver les examens et les transférer sans problème. L'acquisition par PMS GHTPA

dotation supplémentaire d'un second scanner orienté urgences et radiologie interventionnelle semble nécessaire. L'offre d'échographie et de mammographie doit être maintenue en proximité tant que les délégations de compétences aux manipulateurs en échographie ne seront pas effectives.

Les autres filières

FILIERE NEUROLOGIQUE

PRISE EN CHARGE PREHOSPITALIERE DES PATHOLOGIES NEURO VASCULAIRES

L'objectif est le diagnostic, le transport dans le délai le plus court du patient vers l'établissement de soins ou va se réaliser l'examen qualifiant et le geste thérapeutique indiqué. Pour répondre à cet objectif le SAMU et les structures pré hospitalières doivent dans le cadre du territoire participer à une triple mission.

Mission de formation à la reconnaissance de l'accident vasculaire cérébral sous toutes ses formes

- auprès du public en participant aux campagnes d'informations
- auprès des personnels des établissements de santé du GHT et notamment ceux dont la mission est la prise en charge des patients gériatriques
- au sein des établissements de cours séjour pour favoriser le diagnostic d'AVC en cours d'hospitalisation.
- auprès des partenaires institutionnels de transport sanitaire public et privé afin d'optimiser la prise en charge et le transport des patients.

Mission de diagnostic et d'orientation :

- Evoquer le diagnostic selon les critères de régulation et juger de la nécessité de médicalisation
- Envoyer le moyen de transport le plus rapide à atteindre les lieux
- Orienter le patient vers un établissement apte à réaliser les examens qualifiants soit le CHAC soit le CHVA en fonction du lieu d'interventions, soit le CHU ou toute structure disposant d'une UNV et pouvant réaliser des thrombectomies si le délai de transport est plus court.

Mission d'information et d'organisation :

- informer les services d'accueil et s'assurer de la possibilité de recevoir le patient
- informer les médecins neurologues lorsqu'ils sont présents sur la structure de l'arrivée du patient
- informer les médecins radiologues afin de libérer les plateaux techniques.
- S'assurer de l'organisation et du suivi des transports.

PROJET DE CREATION D'UNE FILIERE NEUROLOGIQUE EN ARIEGE

Il s'inscrit dans le **contexte** suivant :

- Disparition de la neurologie dans le département de 2000 à 2012
- Création du SSR neurologique ou Centre de Rééducation Neurologique du CHAC en 2008
- Travaux des COTER lors de la création de l'ARS Midi Pyrénées, axe centré sur les stratégies de prise en charge des pathologies neuro-vasculaires
- Identification d'un « désert » neurologique en Ariège et l'absence d'une UNV de Toulouse
- Travail collaboratif entre le chef du pôle médecine et spécialités médicales et le référent régional universitaire neuro-vasculaire du CHU de Toulouse avec une stratégie précise autour d'une offre :
 - o de consultations avancées débutées en 2012 au CHIVA
 - o Mise à disposition d'un poste d'assistant partagé avec la création de 10 lits de neuro-vasculaire au sein du service de cardiologie du CHIVA
 - o Mise en place d'une télémédecine entre les services des urgences et de cardiologie du CHIVA et le service de neuro vasculaire du CHU de Toulouse

- Plan de formation des personnels médicaux et paramédicaux du CHIVA organisé par le service de neuro vasculaire du CHU de Toulouse
- Complexité du recrutement médical dans un contexte d'absence de service de neurologie générale autonome en termes d'effectif médical et de couverture des astreintes médicales. Nécessité de la constitution d'une équipe médicale cohérente de 4 praticiens autour d'une prise en charge H24 et de la création d'un service de neurologie polyvalent au sein du CHIVA pour les besoins d'un territoire de santé.
- Répondre aux besoins de prise en charge neurologique d'un territoire de santé de 150000 habitants
- Nécessité d'une stratégie de fluidité de la filière UNV de Toulouse au sein du territoire de l'Ariège aussi bien avec le SSR neurologique et avec le SSR gériatrique.

Analyse des besoins neurologiques de la population ariégeoise (données PMSI-Pilot) : données DIM 09

- Analyse du nombre d'ALD neurologique
- Taux de fuite de l'Ariège (en phase aiguë, en hospitalisation, en SSR)
- Coût des déplacements

Les thèmes d'offre de soins du service de neurologie seront : les accidents vasculaires cérébraux, la sclérose en plaques, les autres affections inflammatoires du système nerveux central, la maladie de Parkinson, les autres mouvements anormaux, l'épilepsie, les atteintes du système nerveux périphérique.

La pathologie tumorale sera prise en charge par les services de neurochirurgie et d'oncologie-radiothérapie du CHU de Toulouse. La pathologie démentielle sera prise en charge de façon privilégiée, dans un premier temps, par les services de gériatrie

Missions :

- Prise en charge aiguë des pathologies neurologiques principalement orientées par le SAU
- Organisation de la filière AVC et réalisation des thrombolyse en urgence dans le cadre de l'UNV
- Prise en charge des pathologies chroniques neurologiques (épilepsie, SEP, Parkinson)
- Participation à l'organisation des filières neurologiques d'aval : SSR neurologique du CHAC
- Enseignement-recherche en neurologie

Proposition d'organisation de l'offre neurologique

La prise en charge de patient nécessite la mise en place d'une organisation basée autour du « circuit patient ». Cette logique s'applique à la spécialité de neurologie selon les modalités suivantes d'accès aux avis neurologiques :

- Offre de consultation :
 - Avis de neurologie générale sera l'axe principal
 - Avis sous spécialisés de neurologie (SEP, épilepsie, ...)
 - Consultations urgentes ou semi-urgentes (vu dans les 3 à 10 jours) adressées par des médecins généralistes ou des hôpitaux périphériques ou le SAU,
- Offre de prévention :
 - Développement d'une offre de bilan de prévention des facteurs de risques neurologiques autour de bilan en HDJ :
 - Développement de l'hospitalisation programmée sous la responsabilité d'un neurologue référent avec staff hebdomadaire de présentations de dossiers.
 - Développement de protocoles diagnostiques et thérapeutiques en s'alignant sur les référentiels existants.

- Offre d'exploration ou plateau technique : Neurophysiologie
 - Projet EMG-Potentiels évoqués : augmentation de l'offre de consultations avec pour objectif 10 demi-journées par semaine (actuellement 5 demi-journées) à moduler semestre par semestre en fonction du nombre de médecins et internes présents,
 - Développement de certaines techniques (potentiels évoqués) pour une meilleure analyse des troubles de la motricité,
 - Utilisation à visée thérapeutique (phase aiguë des AVC, douleur),
 - Projet EEG-PE :
 - acquisition du matériel (EPRD 2011) : 2 appareils de Vidéo-EEG dont un mobile,
 - EEG prolongés (4 heures),
 - sommeil : non prioritaire EEG
 - Radiologie ou Imagerie cérébrale : TDM, IRM
 - Angiologie : écho doppler transcrânien
- Accès aux prises en charge d'urgence neurologique :
 - Urgences : Prise en charge des urgentistes, accès à un avis des neurologues du CHIVA ou des neurologues du CHU de Toulouse par « Télémedecine », Gestion de la fibrinolyse ou thrombolyse
 - Service de réanimation ou de soins continus : 12 lits à disposition de la structure
 - CHU : offre d'hospitalisation des phases aiguës, accès aux avis spécialisés
 - Service de neurologie
 - 24 lits de neurologie générale de court séjour équipé d'un dispositif de Télémedecine au CHIVA.
 - poursuite des missions actuelles,
 - développement de l'hospitalisation programmée sous la responsabilité d'un neurologue référent avec staff hebdomadaire de présentations de dossiers,
 - développement de protocoles diagnostiques et thérapeutiques en s'alignant sur les référentiels existant,
 - amélioration de la filière d'aval en collaboration avec les structures de moyen séjour au niveau régional.
 - Organisation territoriale
 - Amélioration de la prise en charge rééducative pluridisciplinaire des patients hospitalisés :
 - mise en place de visites à domicile par une équipe d'ergothérapeute-neuropsychologue pour une évaluation en condition écologique du handicap pour les patients ne passant pas par une structure de rééducation avant le retour à domicile,
 - mise en place d'une filière d'éducation thérapeutique et de suivi des patients,
 - poursuivre la mise en place de protocoles spécifiques dans l'UNV, au SAU, dans les autres services de médecine (gériatrie, médecine interne),
 - formation et recherche :
 - Déglutition : protocole d'évaluation clinique orthophonique systématique, développement d'une activité cinéradiographique régulière, mémoires d'orthophonie,
 - Handicap (partenariat MDPSH de l'Ariège)

- Hôpital de jour :
 - Poursuite de l'activité pour bilan étiologique et thérapeutique (tysabri et bolus de corticoïdes pour la SEP, injection de toxine botulinique pour les dystonies),
 - possibilité d'arrivée de nouvelles indications neurologiques pour les immunomodulateurs, comme le rituximab dans les polyradiculonévrites chroniques, ainsi qu'en seconde ligne pour la myasthénie ou la SEP.

- SSR neurologie ou CRN

L'offre de rééducation et de réadaptation du CHAC doit bénéficier du soutien et l'accès au plateau de soins aigus du CHIVA :

- Visite des neurologues sur le site du CHAC pour les avis neurologiques dont la fréquence sera à définir et compléter par une offre de télé-médecine entre les services du CHAC et du CHIVA
- Inversement visite du médecin rééducateur fonctionnel au sein du service de neurologie du CHIVA pour une initialisation des stratégies de rééducation des patients et des pertinences d'inscription en SSR (neurologie ou polyvalent ou poly pathologique) complétée par une offre de télé-médecine.

- HAD

Offre alternative à la prise en charge des patients suite à une phase aiguë en capacité de revenir au domicile et respectant les critères de PEC en HAD

Intégration au réseau régional :

Enrichissement du partenariat CHIVA - CHAC / pôle neuro-sciences du CHU de Toulouse:

- Plan de formation du personnel médical et paramédical
- Protocoles de prise en charge partagés
- Elaboration des filières de prise en charge par sous spécialité de neurologie, neuroradiologie et de neurochirurgie
- Accès à l'offre du plateau technique d'imagerie ou d'exploration
- Collaboration aux activités de recherche avec un élargissement des cohortes de patients à la population ariégeoise.

Coordination régulière et suivi de la filière régionale

Poursuite de l'engagement dans le réseau de neuro vasculaire d'ex-Midi Pyrénées

L'AVAL DE LA FILIERE NEUROVASCULAIRE :

I/ Le CHAC par son offre de soins se positionne en aval de la filière afin d'apporter de la fluidité à l'ensemble de la filière :

Grâce à l'offre couplée « Soins intensifs respiratoires (8 lits) – Centre Réadaptation Neurologique (20 lits) », le CHAC propose un aval post phase aiguë pour les patients les plus lourds ayant présenté un AVC et optimise ainsi la disponibilité des places du service de Médecine Physique et Réadaptation du CHU notamment. Il permet également de libérer les places de lits dédiés neurologie du CHIVA pour y autoriser l'admission des patients à la phase aiguë.

Le centre de réadaptation neurologique (CRN) est un service de soins de suite et de réadaptation (SSR) neurologique (20 lits).

Le SSR neurologique du CHAC a deux missions :

- Prévenir ou réduire les conséquences des déficiences et des limitations de capacité des patients,
- Promouvoir leur réadaptation et leur réinsertion

Ces missions conduisent à la reconnaissance de **trois types d'activité** permettant de construire un projet de soins :

- Des soins médicaux, de rééducation, de réadaptation
- Des actions de prévention et d'éducation thérapeutique du patient et de son entourage
- La préparation et l'accompagnement à la réinsertion familiale, sociale, scolaire ou professionnelle

La Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) a pour rôle de coordonner et d'assurer la mise en application de toutes les mesures visant :

- **prévenir** ou à **réduire** au minimum inévitable, les conséquences fonctionnelles, physiques, psychiques, sociales et économiques des **déficiences**,
- **favoriser les activités et restaurer l'autonomie**
- **favoriser la participation et compenser les situations de handicap.**

Dans ce cadre, il s'agit d'une spécialité qui intervient bien entendu, en soins de suite et de réadaptation (SSR). Néanmoins il convient de ne pas confondre la spécialité médicale MPR et le champ administratif du SSR. D'autres spécialités médicales interviennent en SSR (gériatre, médecin généraliste, endocrinologue, cardiologue et pneumologue...). Enfin la MPR possède une expertise dans le domaine des complications de certaines pathologies chroniques (blessés médullaires, traumatisés crâniens, amputés...) et à ce titre intervient en MCO.

Le CRN est un SSR spécialisé dans la prise en charge rééducative et réadaptative des personnes présentant des « affections du système nerveux ». Il permet *l'évaluation et le suivi des AVC, des cérébrolésés et traumatisés médullaires.*

La mission du CRN est pour chaque patient qui lui est confiée de :

- évaluer les déficiences, limitation d'activités et de participations, le handicap
- fixer des objectifs en particulier en termes d'autonomie
- élaborer des programmes de soins rééducatifs
- réévaluer et réajuster la prise en charge ou les objectifs de chaque patient
- Evaluation et traitement de la spasticité.
- Evaluation et prise en charge des comorbidités vesico-sphinctériennes

L'équipe pluri professionnelle est composée de médecins rééducateurs, neurologue, kinésithérapeute, orthophoniste, ergothérapeute, psychomotricien, neuropsychologue, assistante sociale infirmier(e), aide-soignant(e), agent des services hospitaliers, secrétaire et cadre de santé.

Le projet de rééducation est construit en fonction de la pathologie et des bilans réalisés par les médecins et les professionnels paramédicaux. Le projet de sortie est travaillé avec le patient et son entourage en fonction de l'évolution de ses déficits, de son souhait et de son entourage.

Les Soins Intensifs Respiratoires (SIR) (8 lits), mutualisés avec l'unité de 2 lits de Surveillance Médicale Continue, accueillent des patients sous assistance respiratoire à la sortie des services spécialisés. L'unité SMC-SIR fonctionne en-réseau, impliquant des conventions avec les unités de réanimation des secteurs sanitaires voisins. L'interaction SIR-CRN permet de commencer une rééducation spécifique et intensive dans les meilleurs délais, tout en poursuivant le travail de sevrage de l'assistance respiratoire et de la trachéotomie, ou en attendant le transfert du patient dans un centre d'éveil, dès qu'auront été traités les problèmes médicaux lourds incompatibles avec un transfert immédiat. Il ne s'agit donc en rien de se substituer aux unités d'éveil spécialisées existantes mais d'améliorer la fluidité de la filière, d'optimiser

l'utilisation des lits de réanimation tout en permettant au malade de commencer véritablement sa rééducation dans les délais les plus brefs.

Cette interaction est forte avec des rencontres interprofessionnelles régulières des équipes soignantes des deux unités pour préparer, dans les meilleures conditions, le transfert des patients sevrés de l'assistance respiratoire du secteur SIR vers le CRN. En cas de décompensation aiguë des patients du CRN l'admission se fait directement vers le secteur SIR sans passer par les Urgences.

Le foyer d'accueil médicalisé (FAM) de Saint-Girons de 20 places accueille des adultes en situation de handicap moteur d'origine neurologique. L'établissement, géré par l'APAJH de l'Ariège est situé au centre de la ville de Saint Girons pour favoriser la réinsertion.

Les soins sont pris en charge par des professionnels de santé et par des professionnels de rééducation : médecin MPR, infirmier(e), aide médico-psychologique, aide-soignant, kinésithérapeute et ergothérapeute. L'établissement est équipé en télémédecine. Il propose également un soutien psychologique, une surveillance médicale constante et un hébergement.

Une convention pour la continuité de la prise en charge est établie avec les services du CHAC. Les résidents peuvent notamment bénéficier d'un suivi spécialisée en MPR, de façon régulière, ou ponctuellement pour des prises en charge spécifiques (spasticité, neurovessie, positionnement).

Le CHU de Toulouse et son service de MPR :

Une convention de coopération pour la prise en charge de patients porteurs de pathologies neurologiques graves a été établie entre le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse et le Centre Hospitalier Ariège Couserans.

Cette convention définit les modalités de prise en charge des patients présentant :

- un accident vasculaire cérébral (AVC) : déficit neurologique aigu récent, après bilan dans un service de neurologie vasculaire
- un Locked in Syndrome (LIS)
- une hémiplégie au décours d'une neurochirurgie, un hématome intracrânien ou une rupture d'anévrisme
- des lésions médullaires hautes: patients tétraplégiques récents
- une Sclérose Latérale Amyotrophique (SLA)
- une myopathie

L'admission dans les lits de SIR constitue une filière d'aval qui permet de désengorger les services de réanimation neurochirurgicale, neurologique, et polyvalente du CHU.

Le CRN peut également proposer des programmes ou techniques de rééducation / réadaptation très spécialisés : rééducation par prismes des négligences spatiales unilatérales, rééducation cognitive informatisée, pour les troubles du langage et des déficiences cognitives associées observées post-AVC, amélioration de la communication à l'aide d'un dispositif de commande oculaire (eye tracking).

Usagers : Des contacts et échanges réguliers avec les responsables de différentes associations ont lieu : Association du Locked-in-Syndrome (ALIS), Association française des Myopathies (AFM), Association des paralysés de France (APF), Association sur la recherche de la sclérose Latérale Amyotrophique (ARSLA)

II/ Le CHAC s'inscrit également dans le suivi à distance de l'ensemble des patients du territoire en partenariat avec les acteurs libéraux

Dans le parcours de soins de ces patients, l'absence de suivi formalisé dans l'année qui suit l'accident vasculaire cérébral constitue une perte de chance.

Le CHAC a mis en place des **évaluations pluri-professionnelles post AVC** qui offrent à l'ensemble des patients du territoire la possibilité de bénéficier en une unité de temps et de lieu de l'avis de différents

spécialistes. Cette évaluation complète médicale, rééducative, psychologique et sociale permet de faire le point sur l'évolution de la maladie neuro vasculaire, d'instaurer des actions de prévention et de conseil afin de prévenir ou limiter la perte d'autonomie, source de handicap et de désinsertion sociale secondaire et éventuellement, d'être force de propositions pour des conduites à tenir spécifiques à destination des professionnels libéraux et / ou des aidants et d'orienter éventuellement vers des professionnels ou des structures adaptés.

Les **consultations externes de MPR** sont une des spécificités du CHU et du CHAC, car la plupart des établissements de la région n'offrent pas de consultations aux patients non hospitalisés.

Plusieurs situations cliniques bénéficient d'une évaluation et d'un traitement par médecin MPR, qui pourraient se faire soit en CS pluridisciplinaires, soit en hôpital de jour, ainsi :

- La spasticité : la spasticité nécessite un bilan pré-thérapeutique à la recherche de complications intéressant l'appareil urinaire et digestif, la peau, le système nerveux central ou l'appareil locomoteur. Le traitement nécessite une analyse fonctionnelle précise.
- Les troubles vésico-sphinctériens et problèmes de fertilité : CS pluridisciplinaire et RCP neuro-vessies (en télé-médecine). Il est prévu que le CHAC dispose d'un banc d'urodynamique permettant les évaluations fonctionnelles, chez les blessés médullaires ou SEP, en collaboration avec l'urologie et le service de médecine de la reproduction du CHU.

Le CRN, SSR neurologique du CHAC, en partenariat avec le CHU, doit aussi pouvoir assurer des **missions de recours** :

- Le CHU développe des techniques de recours qui nécessitent des prises en charge de réadaptation qui ne peuvent être réalisées que dans des structures de SSR très spécialisées, si possible en contact étroit avec les unités de court séjour réalisant ces techniques : la chirurgie fonctionnelle de la spasticité, la rééducation des patients des centres référents tels que ceux de la sclérose latérale amyotrophique peuvent être cités comme exemple de ce type de prise en charge.
- Le secteur du SSR possède aussi des techniques de recours qui nécessitent aussi un haut degré de collaboration entre les médecins de ces structures et les médecins des spécialités d'organe : on peut citer dans cette catégorie, l'organisation régionale de la prise en charge des neuro-vessies qui est inscrit dans les recommandations du SROS SSR 2005 et qui impliquent fortement la MPR et l'urologie du CHU, ou encore la prise en charge de la spasticité par toxine Botulique .

La collaboration étroite avec l'équipe du CHU va ainsi permettre de mettre en place ces deux activités spécialisées au sein du CHAC :

- Prise en charge des neuro-vessies, en collaboration avec les urologues du CHU intervenant toutes les semaines à l'UCMA : création d'une consultation de neuro-urologie et réalisation de bilan urodynamiques.
- Evaluation et traitement de la spasticité : réalisation d'injections de toxine botulique

Dans le territoire montagnoux ariègeois, peuplé de personnes âgées, isolées, difficilement mobilisables pour de longues distances même en l'absence de handicap majeur, cette offre de soins de suivi a un écho particulier.

III/ Un projet de prise en charge rééducative et réadaptative ambulatoire

Faisant suite à la prise en charge en Hospitalisation Complète, un projet de Soins de Suite et de Réadaptation en Hospitalisation à Temps Partiel est en cours, en collaboration avec le service de SSR gériatrique du CHAC.

Il a pour objectifs d'assurer la continuité des soins rééducatifs et réadaptatifs pluridisciplinaires :

- dans le cadre des « affections du système nerveux » : SSR neurologique
- dans le cadre des « affections de l'appareil locomoteur » : SSR locomoteur

- dans le cadre des « affections de la personne âgée poly pathologique, dépendante ou à risque de dépendance » : SSR gériatrique.

Il s'agit d'un besoin qui n'est pour l'instant pas couvert sur le territoire et qui permettrait de favoriser un retour précoce au domicile.

Ce projet prévoit la création de 5 lits de HDJ /SSR

FILIERE PNEUMOLOGIE

Pneumologie, allergologie : renforcement de l'éducation thérapeutique en BPCO.

Maintien de la réalisation des chimiothérapies.

Moyen : équipe renforcée du CHIVA (4+1)

- Sur le CHIVA (hospitalisation, chimiothérapies, explorations et consultations)
- Développement de l'allergologie et de la polysomnographie
- Mise en place du PRADO en lien avec l'assurance maladie
- Plateau technique mutualisé
- Consultations avancées de pneumologie au CHAC
- Endoscopies en chirurgie ambulatoire au CHAC

Un dossier de demande d'autorisation d'un programme d'éducation thérapeutique des troubles pneumologiques a été déposé. L'éducation thérapeutique du patient correspond aux grandes orientations nationales en termes de santé publique.

FILIERE CARDIOLOGIE

L'activité de consultation cardiologique du CHIVA est déjà à l'échelle du territoire puisque qu'elle assure des consultations avancées de la discipline depuis le mois de novembre 2012 pour le CHPO et depuis le mois de janvier 2013 pour le CHAC.

A ce jour, cela représente une activité de 0.6 ETP pour le CHPO partagée entre 3 praticiens et 0.2 ETP pour le CHAC.

A noter qu'un des cardiologues du CHIVA est à ce jour directement recruté par le CHAC à hauteur de 0.5 ETP (mise en disponibilité sur son poste de PH sur le CHIVA pour une durée de 3 ans).

Cette activité de consultations avancées permet d'orienter vers l'hôpital pivot du GHT l'activité cardiologique non faite dans les deux autres établissements :

- o Chocs électriques et pose/changements de stimulateurs cardiaques pour le CHPO
- o Une partie de l'activité de pose/changements de stimulateurs cardiaques pour le CHAC.
La surveillance des stimulateurs et les chocs électriques étant réalisés au CHAC

La demande de consultations cardiologiques est en constante hausse sur tout le territoire.

Concernant notre secteur d'hospitalisation, la plus grande partie de notre activité concerne l'admission non programmée de patients (principalement pour décompensation cardiaque) en provenance des 3 services d'urgence du territoire mais majoritairement du CHIVA.

Le CHIVA accueille aussi de manière programmée les patients après leur hospitalisation sur Toulouse après prise en charge d'un syndrome coronarien aigu ou après chirurgie cardiaque.

Les perspectives d'évolution concernent le développement de l'activité **d'IRM cardiaque** (soumis à la validation du DIU d'imagerie cardiaque d'un cardiologue et au partenariat à développer avec le service d'imagerie) pour des patients hospitalisés en HJ ou HDS pour le suivi de leur cardiopathie avec également le développement du suivi en hospitalisation programmée des patients insuffisants cardiaques.

Concernant l'activité de cardiologie interventionnelle autorisée sur le CHIVA, l'objectif est d'atteindre 100 procédures par an de pose ou de remplacements de stimulateurs cardiaques, toutes procédures confondues.

Cela passe également par le recrutement assuré lors des consultations avancées dans les deux autres hôpitaux du territoire mais aussi par la poursuite du partenariat établi avec les 3 cardiologues libéraux de la Basse-Ariège avec peut-être des perspectives de collaboration avec un cardiologue d'Andorre.

FILIERE GASTRO ENTEROLOGIE

Plateau technique partagé de l'endoscopie, regroupant les activités du CHPO appelées à disparaître.

Moyen : équipe CHIVA + consultation de proximité au CHAC

FILIERE NEPHROLOGIE

Service de néphrologie au CHIVA (Service de néphrologie – 12 lits d'hospitalisation).

- Prise en charge des maladies néphrologiques :
 - . Urgences néphrologiques
 - . Maladie rénale chronique : non dialysés et dialysés
 - . Hospitalisations programmées
- Hospitalisation de jour :
 - . Bilans programmés : HTA, Néphropathie, Information pré-dialyse et techniques d'épuration extra-rénale, Bilan pré-greffe rénale, Bilans annuels des patients dialysés et transplantés
- Consultations :
 - . CHIVA
 - . CHPO : une demi-journée tous les 2 semaines
 - . CHAC : une demi-journée tous les 2 semaines
- Consultations avancées CHU
 - o pour bilan pré-greffe une fois par mois au CHIVA par le Docteur HEBRAL
 - o une fois par mois pour le CHAC : Docteur LAVAYSSIERE Laurence
- Dialyse péritonéale
- Hémodialyse à domicile
- Dialyse – centre lourd (CHIVA) : 12 postes + 2 postes dialyse aigue
- Auto dialyse :
 - . UAD Pamiers : 12 postes
 - . UAD Lavelanet : 6 postes
 - . UAD Saint Girons : 6 postes

Projet :

Améliorer la prise en charge et la qualité de vie des patients :

- L'HD à domicile
- ETP
- Passage d'une socio-esthéticienne pendant le séjour du patient dans le service de dialyse
- Améliorer l'accès à la greffe
- Favoriser le dépistage et la prise en charge précoce des maladies néphrologiques
- Développement d'une nouvelle technique : réophérèse

FILIERE DIABETOLOGIE

La filière endocrino diabétologie est à renforcer et doit bénéficier du recrutement d'un ETP territorial.

Actuellement, deux consultations de dépistage et de suivi au CHIVA et au CHAC.

Le CHAC propose une activité d'Education Thérapeutique depuis 2006, avec un programme destiné aux diabétiques type II sous anti-diabétiques oraux : intitulé « COUS DIAB »

Secondairement un deuxième programme ayant débuté fin 2012 sur les facteurs de risque cardio-vasculaire : intitulé « COUS CŒUR »

Concernant « COUS DIAB et COUS CŒUR » ; les axes de développement sont :

- Continuer l'amélioration du recrutement de patients en maintenant une relation de confiance avec les médecins généralistes et les soignants paramédicaux via les MSP
- Mener une réflexion avec l'ARS et les médecins généralistes afin de maintenir cette offre d'éducation thérapeutique sur le COUSERANS en coordonnant les effecteurs des MSP du bassin (infirmières Asalée)
- Compléter la formation de la diététicienne sur l'éducation thérapeutique

A noter que ces deux programmes ont obtenu 100 % de satisfaction auprès des patients et un soutien important de médecins généralistes avec une amélioration du recrutement des patients sur l'année 2015 et 2016 (53 patients) en raison du haut niveau de professionnalisation de l'équipe éducative et de son investissement. Les résultats sont intéressants en termes de morbidité : plus de 60 % des patients ont perdu du poids et plus de la moitié ont amélioré leurs paramètres métaboliques à 6 mois.

FILIERE CANCEROLOGIE

La cancérologie Ariégeoise se doit de proposer aux patients du territoire une offre de proximité.

Du fait du caractère spécifique des pathologies cancéreuses et en tenant compte de la géographie montagneuse du territoire, il convient d'optimiser l'organisation en limitant les déplacements de ces patients et en leur administrant au plus près de leur domicile, la chimiothérapie anti-cancéreuse.

Addendum 4 (Collège médical du 10/12/2018 – Courrier président Collège Médical au DG ARS 24/01/2019) – Annexe 3

Le collège souhaite que les chimiothérapies qui sont une prise en charge fondamentalement de proximité soient réalisées au plus près des domiciles des patients. Il est conscient que des fuites très importantes sont actuellement réalisées sur le site Toulousain de façon incompréhensible. Il préconise que tout soit mis en œuvre pour que les chimiothérapies se fassent dorénavant sur le territoire de l'Ariège. Concernant la reconstitution des chimiothérapies, le collège préconise le respect de la réglementation et des recommandations de pratiques cliniques.

Si la fabrication sur les deux sites est opérationnelle et sécurisée, il convient de garder les deux sites CHVA et CHAC (sites associés).

FILIERE SOINS PALLIATIFS

Projet territorial des soins palliatifs

Contexte

Le territoire de l'Ariège doit faire l'objet d'une attention particulière compte tenu d'un manque de structuration et de coordination de la filière de soins palliatifs au sein du département de l'Ariège. Dès la création de l'ARS, le COTER de soins palliatifs avait identifié ce retard.

Le constat est le suivant :

Soins palliatifs en Ariège (existant)				
	MCO - SP	SSR - SP	HAD	EMSP
CHPO	3 lits	3 lits	en compétence	Non
CHAC	1 lit	1 lit	en compétence	En attente de la réponse de l'ARS
CHIVA	6 lits regroupés	6 lits	en compétence	Oui
Total	11 lits	9 lits		2

Par ailleurs, il existe un réseau libéral de soins palliatifs « Accord 09 » pour le lien ville hôpital. Malheureusement, la difficulté de recrutement médical (mi-temps) est un élément de dysfonctionnement de l'offre de soins territoriale.

Lors de l'analyse des données d'activité, un triple constat apparaît :

- une activité soutenue avec une difficulté de couvrir la demande du territoire quand l'offre de soins est structurée
- un manque d'optimisation de la filière avec des DMS longues en MCO et le manque d'offre structurée de SSR
- L'absence d'offre dédiée aux établissements du médico-social

Activité de soins palliatifs au CHIVA

En 2015, l'occupation moyenne des LISP regroupés était de 5 pour 3 lits. Les valeurs plus récentes sont stables (voir annexe 2). Sur l'année 2015, nous avons accueilli dans le service de LISP regroupés 128 patients, dont 77 patients provenant de transfert intra hospitalier, seulement 6 patients provenant d'autres structures. Pour l'année 2016, nous avons accueilli 126 patients alors que nous comptons 144 séjours cotés Soins Palliatifs sur l'année dans l'ensemble de l'établissement.

Malgré cet excédent, nous n'avons pu accueillir au moins 8 patients par manque de place disponible dans le secteur dont le recueil n'est sans doute pas exhaustif, certains patients correspondant aux critères de LISP demeurant dans les unités, majoritairement sur le CHIVA.

Le caractère incomplet de la réponse apportée par les LISP est en partie lié à une offre de lits restreinte qui ne permet pas un turn-over suffisant.

La DMS a été calculée par le DIM à 11 jours en 2015, 14 jours pour la période étudiée de 2016.

Comme il existe 179 séjours codés LISP Z515 sur le CHIVA sur l'année 2016, si l'on compte une DMS de 14 jours en moyenne, on peut voir qu'il y a 450 jours environ facturés en LISP sur l'année, ce qui laisserait théoriquement la place à une ouverture de 7 LISP pour accueillir ces séjours, en tenant compte du potentiel actuel sous-utilisé.

La sur-utilisation des LISP par rapport aux indications nationales peut être vue comme en décalage par rapport aux normes en usage ; cependant plusieurs facteurs expliquent ce cas particulier dans notre territoire :

- L'âge élevé de la population
- La distribution des âges
- La normalité de l'offre de soins prenant normalement en charge les décès « usuels » ou « accompagnés » (EHPAD, HAD, soins à domicile)
- L'absence d'offre de soins privée qui conduit à prendre en charge de nombreux décès justifiant au préalable un accompagnement spécifique de type soins palliatifs.

Missions

Selon la Circulaire du 8 mars 2008, les « lits identifiés de soins palliatifs (LISP) se situent dans des services qui sont confrontés à des fins de vie ou des décès fréquents, mais dont l'activité n'est pas exclusivement consacrée aux soins palliatifs ».

« L'individualisation des LISP au sein d'un service ou d'une unité de soins permet d'optimiser son organisation pour apporter une réponse plus adaptée à des patients qui relèvent de soins palliatifs et d'un accompagnement, comme à leurs proches ».

Ces lits répondent également à 3 fonctions :

- s'inscrire, en lien « **bénéficiaire** » des **compétences de l'équipe mobile de soins palliatifs**, dans une organisation graduée des soins palliatifs articulée avec les autres services du CHIVA, les autres établissements et services du territoire (notamment l'HAD, le CHAC et l'association ACCORD09) et les unités de soins palliatifs régionales de recours ;
- assurer une prise en charge de proximité en **conseillant l'action des autres services** en matière d'accompagnement et de prise en charge palliative ;
- mettre en œuvre dans un cadre adapté les recommandations de **bonnes pratiques** en matière de soins palliatifs.

La prise en charge se décline à travers :

- la démarche palliative ;
- l'écoute et l'accompagnement des proches ;
- la participation aux groupes d'analyse des pratiques et/ou groupes de parole ;
- le soutien des proches avant, pendant et après le décès (respect des rites mortuaires, aide aux démarches administratives, accompagnement systématique des personnes endeuillées...)
- l'attention portée au respect des corps des patients décédés

Critères de prise en charge

Les critères d'inclusion ne paraissent définis que par la CNAMTS pour l'exercice de son pouvoir de contrôle. Ils sont donc inopérants ici.

Les critères d'exclusion : patient avec projet thérapeutique curatif (objectif visé de guérison, rémission)

Les critères d'inclusion obligatoires :

- Le patient est atteint d'une maladie évolutive incurable pour lequel le projet de soin est palliatif ou le patient est en phase avancée ou terminale.

- Le projet de soin est inscrit dans l'observation médicale ou dans la demande de transfert
- Le patient bénéficie d'une chambre seule
- Le patient a un score d'admission en LISP \geq à 10 sur 30, ainsi composé :
 - o Arrêt des traitements anti-tumoraux ou des traitements à visée curative : 2
 - o Statut non réanimatoire discuté et décidé par l'équipe et inscrit dans le dossier : 3
 - o Indice de performance PS 3 : 1
 - o Indice de performance PS 4 : 2
 - o Dénutrition biologique (albumine inférieure à 30 gr) : 1
 - o Présence de symptômes d'inconfort : Douleur : 2 - Dyspnée : 1 - Détresse respiratoire : 2 - Symptômes digestifs : 1- Occlusion : 1 - Agitation, confusion : 2- Patient en phase terminale : 2 - Charge en soins infirmiers lourde ou complexe (stomies, pansements, soins d'escarres incontinence urinaire-fécale) : 2 - Détresse psychologique patient : 2 - Détresse psychologique entourage et/ou épuisement familial : 2 - Situation familiale ou sociale complexe (enfant en bas âge, conflit, maladie d'un conjoint, deuil récent, isolement, précarité sociale) : 2 - Problématique éthique (demande euthanasie, refus de soins, sédation...) : 2

Concernant les admissions dans le service, un dossier a déjà été travaillé et proposé aux équipes demandant le transfert afin de s'assurer de l'adéquation entre la demande et l'admission, et afin de préparer l'accueil du patient le plus adapté possible (cf. annexe 3).

CHAC

Depuis Janvier 2017, un partenariat avec la clinique Pasteur dédiant 40 % de temps médical au CHAC a permis de valoriser l'activité de soins palliatifs jusque-là quasi inexistante.

2 Lits sont identifiés lits de soins palliatifs (LISP) 1 pour le MCO et 1 pour le SSR

Données d'activité de Janvier à fin Octobre 2017

	Séjours	Nombre de journées	Durée Moyenne de Séjour	Taux d'occupation
1 LISP MCO	62	1012	16.32	333%
1 LISP SSR	28	1284	45.85	422%

L'activité est importante et conduit l'établissement à demander l'ouverture de lits supplémentaires pour répondre aux besoins + 1 en MCO et + 2 en SSR pour une offre totale de 2 LISP MCO et 3 LISP SSR.

Projet territorial de soins palliatifs de l'Ariège

Le principe d'une prise en charge palliative d'un patient en fin de vie est d'accéder, de manière anticipée, à un avis palliatif et parfois à une hospitalisation au sein de lits de soins palliatifs dans les cas complexes.

Les modes d'entrée dans la filière de soins palliatifs jusqu'à la fin de vie doivent être organisés afin de communiquer et d'afficher ces modalités à l'ensemble des acteurs sanitaires et médico-sociaux du territoire

- **Cet accès à un avis palliatifs passe par :**
 - l'offre de la consultation de soins palliatifs proposée par les médecins de soins palliatifs du territoire
 - L'offre de l'équipe mobile de soins palliatifs pour les patients hospitalisés et ceux des structures médico-sociales

Offre d'accès aux soins palliatifs			
	Consultation SP	EMSP	Réseau ACCORD 09
CHPO	A créer	Absent mais médecins formés en SP	Couverture territoriale confidentielle
CHAC	Oui	Oui (demande en cours attente de réponse de l'ARS)	Attente forte des professionnels libéraux du bassin de santé
CHIVA	Oui	Oui	Couverture territoriale confidentielle

Cette offre existe mais elle est confidentielle par le manque de couverture médicale.

Autour du recrutement, le développement d'une activité d'Equipe Mobile de Territoire doit être envisagé, comme proposé par le dernier plan triennal, afin de couvrir le champ des EHPAD notamment. Enfin, nous pourrions proposer une meilleure couverture sur l'ensemble du territoire dans le cadre du GHT, notamment par un travail en réseau avec le 3 LISP existant au CHPO et les 2 LISP au CHAC. La télémédecine sera partie de l'arsenal d'une offre d'accompagnement des équipes soignantes pour des avis spécialisés mais également un outil performant pour des formations du personnel

Le lien avec l'HAD et le Réseau ACCORDS 09 doit être renforcé.

- **Pour une prise en charge en termes de soins spécifiques, elle doit reposer sur les structures d'hospitalisation de type :**
 - Hospitalisation à domicile
 - Lits identifiés de soins palliatifs

Offre de soins palliatifs en MCO (projection)		
	MCO	HAD
CHPO	3 lits	En compétence
CHAC	2 lits	En compétence
CHIVA	8 lits	En compétence
Total	14 lits	

Le référentiel national indiquant le nombre de lits d'Unité de Soins Palliatifs (USP) de l'établissement propose un lit d'USP pour 100 000 habitants. L'Ariège comporte environ 150 000 habitants. Du point de vue du référentiel, l'ouverture d'une USP sur le territoire ne peut donc être envisagée.

Une organisation spécifique implique une réflexion, fondée principalement sur deux caractéristiques du département de l'Ariège : la distribution des âges de la population et la nécessité de préserver un accès aux soins qualifiés. En clair, le parcours de soins des patients privilégie, ou devrait privilégier, l'idée de mieux accompagner de nombreuses fins de vie, à condition que les critères ci-dessus rappelés soient observés scrupuleusement.

Le ratio national des USP se justifie dans le cas d'une abondance d'unités de soins diversifiés disposant de LISP.

La population ariégeoise sous-consomme l'offre de soins de l'Ariège (ce que montre le taux de fuite élevé) mais surconsomme l'offre de soins palliatifs car les patients dépourvus de perspectives thérapeutiques reviennent sur le territoire à proximité de leur famille, de leurs proches et de leur lieu de vie.

C'est ce que prouve le « succès » de l'organisation centralisée des LISP au CHIVA. Néanmoins nous ne pouvons continuer à exercer cette activité sans reconnaissance formelle de celle-ci.

Nous proposons donc, à titre innovant et expérimental, la reconnaissance et l'ouverture d'une Unité Territoriale de Soins Palliatifs en Ariège, composée de 8 lits situés au CHIVA. Ces 8 lits seraient gérés par 2 PH temps plein, qui auraient aussi à la charge du fonctionnement de l'EMSP, le lien avec le réseau ACCORD 09, l'HAD et les missions de formation. Par conséquent, une organisation territoriale doit être mise en place afin de faire les liens entre les acteurs sanitaires.

L'offre référence du territoire en termes de soins palliatifs sera les LISP du CHIVA

Pour des prises en charge complexes, soit à la suite de décompensation ou situation médicale instable, soit dans l'incapacité de mettre en place des aides au domicile ou en lien avec isolement social, l'offre de soins de réadaptation ou d'accompagnement est nécessaire :

Offre de soins palliatifs en SSR / USLD (projection)		
	SSR - SP	USLD - SP Tarascon
CHPO	3 lits	En compétence
CHAC	1 lit déjà existant + 2 lits à créer	En compétence
CHIVA	6 lits	En compétence
Total	13 lits	

Afin de fluidifier l'offre de soins de la prise en charge aigüe des soins palliatifs, nous devons structurer clairement sur le territoire des lits de SSR avec une « typologie » de soins palliatifs (compétences médicales et paramédicales avec l'appui de l'EMSP si nécessaire). Cette mesure aura pour effet de permettre à la population d'accéder à une offre de compétence référentielle autour des 8 lits de LISP au CHIVA et une offre de proximité de suite des soins aigus dans les 3 secteurs possédant des lits de soins palliatifs sur le territoire (CHAC-CHPO-Tarascon). Ainsi il existera une offre structurée en fonction d'un niveau de complexité et une meilleure couverture de proximité en prenant en compte le secteur médico-social.

- Réseau ACCORD 09

Les difficultés de fonctionnement du réseau ont été principalement liées au recrutement médical. L'idée est de mettre en commun un financement mi-temps médical qui pourrait être associés à un poste de la filière sanitaire. La pérennisation de l'offre repose sur une cohérence d'organisation. Néanmoins cette offre participative permet l'accès à des financements pour les retours à domicile.

FILIERE HEMATOLOGIE – RHUMATOLOGIE

Moyen : équipe CHIVA

FILIERE MALADIES INFECTIEUSES

-Intégration des activités liées à la prévention et traitement des maladies infectieuses

Poursuite du Réseau d'Infections Nosocomiales de l'Ariège en lien avec les CLIN des établissements

Depuis plus de 15 ans, les établissements de santé du GHT mettent en œuvre une politique de prévention des infections associées aux soins harmonisée et cohérente. Cette dynamique est coordonnée par les professionnels en hygiène (praticien et paramédicaux) du Réseau Infections Nosocomiales Ariégeois auquel adhèrent les établissements de santé ainsi que leurs EHPADS. Elle est déclinée par les comités de lutte contre les infections nosocomiales de chaque établissement et valorisée par les résultats performants des indicateurs du tableau de bords des infections nosocomiales (TBIN).

La mise en place du GHT est une opportunité pour poursuivre et renforcer cette stratégie territoriale notamment :

- en développant des actions de prévention spécifiques pour la filière gériatrique (réseau de correspondants en hygiène dédié, groupe d'analyse de pratique autour risque infectieux en gériatrie avec le soutien du CEPIAS Occitanie...)
- en fédérant les professionnels autour de campagnes territoriales de prévention (exemple : zéro bijou, vaccination anti- grippale des professionnels...)
- en développant des outils permettant de réduire le risque infectieux et de maîtriser l'antibiorésistance tout au long du parcours de santé en impliquant tous les acteurs de la prévention, les professionnels libéraux, les résidents et les patients (exemple : livret d'hygiène du territoire...)
- en mettant en place un CLIN de territoire

L'ambition du projet médical est de faire de la prévention des IAS une véritable mission de santé publique au plus proche des besoins des Ariégeois et des professionnels de santé.

-Réfèrent antibiotique de territoire

-1 PH supplémentaire au sein d'une équipe territoriale

FILIERE MEDECINE INTERNE

La filière médecine interne doit être renforcée sur le territoire.

FILIERE REANIMATION :

- un service de réanimation polyvalente de 12 lits au CHIVA,
- un service de soins intensifs respiratoires de 8 lits au CHAC plus 2 lits de SMC avec gardes sur place

FILIERE DERMATOLOGIQUE

- Absence de consultation hospitalière au CHIVA et au CHAC, offre libérale faible, délai de consultations 4 mois
- Besoin d'un médecin consultant de référence sur les 3 sites : 1 ETP

FILIERE ADDICTOLOGIE :

- médecin consultant de référence sur les 3 sites
- une offre en milieu spécialisé : psychiatrie

FILIERE ALGOLOGIE

- Médecin consultant de référence : service du CHIVA
- Consultation douleur au CHAC – partenariat avec Clinique Pasteur

Synergie de compétences entre les deux offres à développer.

FILIERE MEDECINE VASCULAIRE ET CHIRURGIE SUPERFICIELLE

Nécessité de développer la filière médecine vasculaire en lien avec CHU (cf doc Pr Bura Rivière)

Maintien d'une consultation avancée du CHU.

Moyen : service du CHIVA

Il existe actuellement une consultation spécialisée de médecine vasculaire au CHAC avec un PH à 0,20 ETP. Il existe également au CHAC une activité de chirurgie vasculaire superficielle assurée par le chirurgien viscéral.

FILIERE OPHTALMOLOGIQUE :

Moyen : 1 puis 2 PH : service du CHIVA

Poursuite de l'activité chirurgicale de deux ophtalmologistes libéraux au CHAC

FILIERE ODONTOLOGIQUE

- Activité déjà présente au CHAC en odontologie et chirurgie buccale avec un PH titulaire temps partiel
- Dentiste consultant de référence. Fauteuils à déployer aux EHPAD, au CHIVA, au CHAC, au CHPO

FILIERE MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION.

- Développement de la spécialité au CHSL.
- Renforcement au CHAC / CRN réadaptation neurologique (poste de PH partagé avec CHU) et développement d'activités nouvelles (toxines, Bilans Uro Dynamiques) Cf. Projet filière neurologique
- Maintien de plateaux de rééducation polyvalents (personnes âgées) au CHIVA, CHPO et CHAC.
- Renforcement de près de 15 places de jour réparties sur le territoire.
- Discussion, dans le cadre du PRS2 et de la diabétologie du CHU, sur la réactivation d'une unité de rééducation nutritionnelle pédiatrique au CHSL
- Soins de suite et réadaptation. Sites géographiques : CHAC, CHIVA, CHPO et CHSL.
- Amélioration de la fluidité des parcours en appui de l'HAD, des EHPAD et de l'USLD

FILIERE HOSPITALISATION A DOMICILE :

- Augmentation des moyens proportionnée aux besoins du MCO, SSR et USLD

FILIERE UNITE DE SOINS DE LONGUE DUREE

- Maintien (si réaliste) de l'USLD du CHJR (CH Tarascon)
- Développement de l'USLD au CHAC (d'abord par redéploiement de 20 lits de l'EHPAD dans un premier temps, puis par création d'une unité de 30 lits).
- Création d'une USLD au CHPO.
- Objectif : 90 lits d'USLD en Ariège à moyen terme.

FILIERE BIOLOGIE

Les objectifs poursuivis, en 2013, pour la mise en place du GCS de biologie du territoire de l'Ariège ont été l'accréditation des laboratoires de biologie médicale, la mise en commun de moyens techniques et humains, l'harmonisation générale de l'organisation et l'amélioration de l'efficacité. Ce projet s'inscrivait dans la politique du territoire de santé avec pour objet de constituer un laboratoire unique pour desservir l'ensemble des structures publiques du département.

Ce laboratoire dessert les membres du GCS (CHIVA et CHAC) et, en sous-traitance, le CH Jules Rousse et le CH Saint Louis.

L'activité actuelle est la suivante :

CHIVA+CHAC 2016	Nombre d'examens	GCS		SOUS TRAITANCE	
		B	BHN	B	BHN
Hospitalisés	639 776	12 756 259	600 478	434 374	277 705
Externes	214 610	4 156 794	76120	375 314	116 851
Externes ville	24 398	352 221	60	33 418	18 810
Externes hosp.	8 654	156 379	390	25 096	19 746
EHPAD Ets	14 246	246 655	1190	3 638	768
Ets Extérieur	29 240	440 486	160	6 205	554
TOTAL	930 924	18 108 794	678 398	878 045	434 434

A l'origine du GHT l'activité était de 19M de B pour un effectif de 5,6 ETP de biologiste ; 5 en 2017,

Les axes de développement de l'activité sur le territoire sont faibles. Il convient donc de consolider l'activité en internalisant l'activité du CHPO actuellement sous-traité à un laboratoire privé et l'activité externe sur le site du CHIVA ou en intégrant les analyses en provenance des EHPAD.

Les objectifs du GCS de biologie sur le territoire sont :

- L'intégration de l'activité du CHPO notamment par l'installation de biologie délocalisée en 2018
- L'amélioration de l'efficacité, en lien avec les médecins afin d'assurer la permanence des soins, en centralisant l'activité vers le site principal du GCS à Saint Jean de Verges et/ou en développant la biologie délocalisée sur le site du CHAC sur 5 ans,
- Le développement de l'activité externe sur le site du CHIVA,

- L'accréditation totale du laboratoire en 2020,
- Le renforcement de la coopération avec le CHU de Toulouse,
- L'intégration au sein du GCS des CH de Tarascon et d'Ax-les-Thermes et l'adhésion proposée à aux structures médico-sociales publiques du territoire.

FILIERE PHARMACIE

Depuis les vingt dernières années, les activités confiées au pharmacien hospitalier se sont accrues, gestion des médicaments dérivés du sang, stérilisation des dispositifs médicaux, fabrication des anticancéreux, contrats de bon usage, application de l'arrêté du 6 avril 2011 et système de management de la prise en charge des médicaments...

Une évolution majeure de ces activités est en cours avec le déploiement de la pharmacie clinique désormais inscrite dans les missions des pharmacies hospitalières depuis la parution de l'ordonnance du 15 décembre 2016.

Grace de l'extension des missions, aux exigences accrues de qualité de production et aux contraintes budgétaires, il a été décidé de repenser l'ensemble des organisations des activités des pharmacies à usage intérieur (PUI) au sein du GHT afin de garantir des conditions optimales de qualité et sécurité des soins.

Le projet pharmaceutique partagé fait partie intégrante du projet médical partagé du GHT. Ses principaux objectifs sont d'optimiser les activités des pharmacies hospitalières dans une logique d'efficacité des soins et de déployer les activités de pharmacie clinique au plus près des patients, des équipes médicales et soignantes. Il constitue une déclinaison du projet du collectif pharmacie hospitalière en Midi-Pyrénées créé à la fin de l'année 2014.

Pour répondre à ces objectifs, 3 niveaux opérationnels ont été identifiés :

- **Niveau 1, au sein de toute pharmacie**, quels que soient sa taille et ses moyens : développement de la mission pharmacie clinique. Il s'agit de différentes activités auprès des patients hospitalisés ou des patients ambulatoires au sein des équipes soignantes.
- **Niveau 2, au sein du GHT** : mutualisation d'activités de production. Il s'agit de bénéficier de certaines infrastructures ou équipements afin d'optimiser les activités d'achat et d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et les activités de production (doses unitaires, reconstitution des anticancéreux, stérilisation).
- **Niveau 3, supra GHT** : les activités concernées sont la pharmacotechnie hors cancérologie injectable et les contrôles analytiques des chimiothérapies anticancéreuses qui nécessite des équipes ou équipements très spécialisés.

CHIVA : Locaux conformes et adaptés à la situation actuelle

CHAC : La PUI est située loin du MCO et difficile d'accès pour les livraisons. La surface est insuffisante malgré quelques travaux d'aménagement effectués ces dernières années. Deux projets de réaménagements n'ont pas pu aboutir pour des raisons budgétaires.

CHPO : Locaux totalement inadaptés- sans ergonomie – pas de guichet de rétrocession – Prévoir à minima 150m² dans le projet de reconstruction

Tarascon : Locaux inadaptés – projet de reconstruction en cours de l'EHPAD ?

Ax-les-Thermes : locaux inadaptés

L'utilisation d'armoires type Medimat permet d'optimiser la surface de stockage en comparaison avec le stockage linéaire.

Le maintien de 5 PUI sur le département semble le plus cohérent afin de répondre aux besoins de niveau 1 (pharmacie clinique) dans chaque établissement.

ETAT DES LIEUX

ACTIVITES OBLIGATOIRES

Achat – Approvisionnement

Tous les établissements adhèrent au groupement régional Midi-Pyrénées coordonné par Cahors. Chaque établissement assure indépendamment son approvisionnement auprès des différents fournisseurs.

Système d'information

Le déploiement du DPI de territoire permet d'avoir une réflexion sur un livret thérapeutique commun.

L'outil de gestion MAGH2 est disponible sur le CHIVA, le CHAC et le CHPO. Ax-les-Thermes et Tarascon utilisent BLSanteGEF (anciennement HODIS), éditeur Berger Levrault. Il serait pertinent dans le cadre d'une coopération que tous les établissements utilisent le même outil.

Pharmacie clinique

La pharmacie clinique inclut la conciliation médicamenteuse des traitements, l'analyse pharmaceutique de la première prescription hospitalière et si nécessaire des suivantes, l'optimisation thérapeutique, l'éducation thérapeutique notamment pour les patients présentant des pathologies chroniques, la continuité ville – hôpital par un partage d'informations avec les pharmaciens d'officine, travail en lien avec eux sur l'observance des patients et l'optimisation des traitements en fonction des effets indésirables ou de l'inefficacité.

CHIVA : Analyse pharmaceutique de niveau 2 de toutes les prescriptions informatisées et pour les lits non informatisés pour les médicaments à risque et/ou onéreux. Conciliation d'entrée et partiellement de sortie sur les lits de court séjour gériatrique

CHAC : Analyse pharmaceutique de niveau 2 de toutes les prescriptions informatisées. Conciliation d'entrée sur l'ensemble des lits de l'établissement à partir d'une requête de patients éligibles (âge, polymédicamentés, médicaments à risque). Education thérapeutique psychiatrie pharmacologie.

CHPO : Analyse pharmaceutique de niveau 2 de toutes les prescriptions informatisées. Conciliation d'entrée et partiellement de sortie sur les lits de court séjour gériatrique

AX –TARASCON : Analyse pharmaceutique de niveau 2 de toutes les prescriptions informatisées. Conciliation d'entrée et partiellement de sortie sur les lits de court séjour gériatrique

Dispensation

CHIVA : Nominatif mensuel EHPAD sans préparation des doses unitaires et des piluliers – Dispensation reglobalisée bihebdomadaire à partir des prescriptions avec dispensation nominative des médicaments non disponibles en dotation et des médicaments coûteux ou à surveillance particulière. Nominatif hebdomadaire HAD.

CHAC : : 400 lits en nominatif : hebdomadaire avec préparation des doses unitaires et des piluliers par la pharmacie pour les EHPAD et la MAS– bihebdomadaire avec mise à jour journalière des piluliers pour le psychiatrie, le SSR et le CRN - quotidien pour les soins continus.

54 lits de médecine et chirurgie en reglobalisé

CHPO : Nominatif mensuel EHPAD avec préparation des doses unitaires sans préparation des piluliers (123 lits) – nominatif Hebdomadaire avec mise à jour journalière des piluliers pour le moyen séjour (45 lits) – nominatif bihebdomadaire avec mise à jour journalière des piluliers pour le court séjour (15 lits)

Tarascon : préparation des traitements en nominatif à l'EHPAD pour 8 semaines sans préparation des piluliers. Préparation en nominatif mensuel pour 1 mois au SSR, sans préparation des piluliers.

Ax-les-Thermes : préparation des traitements en nominatif à l'EHPAD pour 6 semaines sans préparation des piluliers. Préparation en nominatif mensuel pour 1 mois au SSR, sans préparation des piluliers.

Règlementairement le médicament doit être identifiable jusqu'au moment de l'administration au patient. Des solutions sont à déployer pour pouvoir fournir des doses unitaires.

Préparations magistrales – division des produits officinaux

Le volume des préparations, la contrainte des locaux, de la réglementation et la technicité incitent les PUI à externaliser cette activité vers le CHU.

Gestion de la qualité

Un travail de mutualisation au niveau du département serait possible sur la politique, les organisations, les procédures.

ACTIVITES SOUMISES A AUTORISATION

Rétrocessions

Le CHIVA et le CHAC sont autorisés pour cette activité. Il s'agit d'un service rendu de proximité. Pour le CHPO, l'activité de rétrocession est maintenue jusqu'à la fusion CHIVA/CHPO sur décision de la direction

Chimiothérapie

Le CHIVA et le CHAC sont concernés par cette autorisation.

Le CHIVA fonctionne avec des isolateurs. Les locaux sont conformes. L'activité est d'environ 6000 poches par an.

Le CHAC fonctionne avec une hotte à flux d'air laminaire. Les locaux ont été refaits en 2012 et sont conformes. L'activité est d'environ 500 poches par an. Le CHAC est un site associé du CHIVA. Les 2 établissements utilisent le même logiciel qui ne sera plus maintenu fin 2017. Les patients reçoivent leur première cure au CHIVA ou au CHAC en présence de l'oncologue et continuent leur prise en charge au plus près de leur domicile au CHAC.

Le maintien de cette activité sur le CHIVA se justifie de par le volume d'activité et des équipements (cf grille OMEDIT Ile de France). Pour le CHAC, seul le volume serait un facteur limitant. La mutualisation de cette activité n'est pas une priorité d'un point de vu de l'échéance.

Stérilisation

Le CHIVA et le CHAC sont concernés par cette autorisation. Le CHIVA est sous-traitant pour le CHPO.

Au CHAC, un des autoclaves doit être changé fin 2018 ce qui engendre une réflexion de mutualisation de cette activité.

Gestion des essais cliniques

Activité autorisée uniquement au CHIVA

Délivrance des aliments diététiques destinés à des fins médicales spéciales

Activité autorisée au CHIVA et au CHAC

PERMANENCE PHARMACEUTIQUE

Les pharmaciens du CHIVA assurent une astreinte pharmaceutique la nuit, le week-end et les jours fériés. La validation des prescriptions et la délivrance de produits nominativement est très chronophage. Ils répondent également aux besoins du CHPO lorsque le pharmacien sur site n'est pas joignable ou ne peut pas se déplacer.

Les pharmaciens du CHAC assurent une astreinte pharmaceutique la nuit, le week-end et les jours fériés. La validation des prescriptions et la délivrance de produits nominativement est très chronophage.

Les effectifs du CHPO, Ax-les-Thermes et Tarascon ne permettent pas d'assurer cette astreinte conformément à la réglementation. Les pharmaciens ont mis en place des procédures permettant de répondre aux besoins urgents et peuvent être joints si nécessaire.

La mise en place d'une astreinte départementale, n'est pas envisageable du fait d'une activité spécifique au CHAC, de l'éloignement (logistique) et du temps de présence nécessaire pour valider les prescriptions (nécessité d'une garde sur place ou d'internes en pharmacie).

	Objectif	Libellé action	Échéance
AXE 1	Partager les informations et harmoniser les pratiques par la mise en place de la COMEDIMS de territoire	Elaborer le livret thérapeutique commun, le livret des équivalences, les protocoles communs et prévenir et gérer les risques liés à l'informatisation (communication, club utilisateur)	Travaux déjà débutés, permanents
		Elaborer un programme commun de formation sur la prise en charge médicamenteuse et des dispositifs médicaux	2019
		Travailler sur les outils communs de la sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient	2019
AXE 2	Partager les infrastructures et les équipements pour optimiser les activités de production	Adhérer à la politique régionale d'achat Optimiser l'approvisionnement des CH du GHT - à partir d'une plateforme régionale pour le CHAC et le CHIVA selon un projet régional avec des conditions tarifaires similaires pour tous les établissements de la région. - à partir du CHIVA pour les établissements de Lavelanet, Ax et Tarascon avec agrandissement des locaux au CHIVA	2021
		Sécuriser l'administration du médicament par la production de doses unitaires centralisées et de piluliers	2021
		Organiser la sous-traitance de la préparation des chimiothérapies anticancéreuses	2022
		Organiser la sous-traitance de la production de stérilisation	Fin 2018
		Organiser la permanence pharmaceutique en collaboration CHIVA, CHPO, Ax et Tarascon	
		Maintien de la permanence pharmaceutique actuelle sur le CHAC	2019
AXE3	Développer l'activité de pharmacie clinique dont la conciliation médicamenteuse dans le cadre de la continuité des soins afin de sécuriser la prise en charge du patient et de contribuer à l'efficacité et à la pertinence du recours aux produits de santé	Assurer une validation pharmaceutique de niveau 2 pour l'ensemble des services sur site pour chaque établissement de santé	2018
		Déployer la conciliation médicamenteuse d'entrée en fonction du risque patient et médicament et les bilans de médication en EHPAD Déployer la conciliation de sortie et dynamiser le lien ville-hôpital Participer à l'éducation thérapeutique du patient	2019

Addendum 5 (Collège médical du 10/12/2018 – Courrier président Collège Médical au DG ARS 24/01/2019) – Annexe 3

Le collège préconise une coopération en termes de procédures- protocoles- formation - gestion des risques et politique d'achats. Il confirme la nécessité de 2 permanences pharmaceutiques la nuit et les week-ends.

FILIERE HANDICAP

Addendum 6 (Collège médical du 10/12/18 - Courrier président Collège Médical au DG ARS 24/01/2019) - Annexe 3

Le collège préconise de reprendre intégralement le projet handicap proposé par le directeur des soins du Val d'Ariège et d'ajouter le volet accès aux soins dentaires en recensant le besoin de deux fauteuils dentaires dédiés aux handicapés, un au CHVA et l'autre au CHAC.

Actuellement il n'y a pas de fauteuil dentaire installé au CHVA et le fauteuil du CHAC est sous utilisé par manque de personnel médical.

De nombreux rapports et études : Denis PIVETEAU 2014, Pascal JACOB (Charte Romain Jacob), le livre Blanc de l'ADAPEI de 2013, l'étude de l'IRDES juin 2015 et la Circulaire du 25 octobre 2015 identifient des problèmes d'accès aux soins courants pour le public en situation de handicap en France.

Le handicap en Ariège :

En Ariège, la MDPSH 09 dénombre 12 000 bénéficiaires en 2013, dont 8% d'enfants. Le taux de bénéficiaires de la PCH ou l'ATCP s'élève à 4,3 pour 1000 habitants, de 0,1 point inférieur à la moyenne nationale en 2011.

Au 31 décembre 2013, l'Ariège compte 3060 allocataires de l'allocation Adulte Handicapé et 508 sont bénéficiaires de l'ATCP et PCH.

Le secteur du handicap compte 40 établissements sur le département, organisés en établissements pour enfants handicapés (IME, IMP, ITEP) divers services sans hébergement (SESSAD, CMPP), des établissements pour adultes handicapés (MAS, FAM, Foyers d'hébergement, Foyers de vie), les ESAT et les centres de jour.

Par ailleurs, et de manière plus spécifique à nos établissements, des réclamations ou témoignages émanant de nos usagers ou de leurs représentants parviennent dans les établissements et font état de diverses difficultés :

- Une prise en charge inadaptée, en raison des locaux : des parcours physiques difficiles malaisés en raison d'une signalétique peu efficace.
- Une accessibilité physique aux soins problématique, des délais d'attente trop longs pour des personnes qui ne comprennent pas bien la situation.
- Des problématiques administratives et financières
- Une offre de services pas toujours adaptée aux besoins de ces patients notamment pour les personnes handicapées vieillissantes
- Une coordination entre professionnels de santé et une connaissance avec les acteurs médico-sociaux insuffisante
- Une sensibilisation et formation des professionnels limitée

Cet ensemble de situations révèle un manque de considération des vulnérabilités présentées par ces patients :

- Impossibilité de communiquer avec le personnel soignant et/ou le corps médical (ex. : personne sourde analphabète)

- Refus de la présence de l'accompagnant professionnel ou familial au cours des consultations et de/ou des soins
- Situation d'attente dans un milieu de stress
- Impréparation d'une consultation et/ou d'une hospitalisation
- Les soignants ne prennent pas toujours le temps nécessaire à la prise en charge : temps de déshabillage, de mise en place, d'explication du geste technique à réaliser, de gestes et techniques d'apaisement.

Ces situations de stress intense entraînent des comportements contre-productifs et le patient peut devenir ingérable pour le soignant, très douloureux et traumatisant pour la personne soignée.

Objectifs

Faciliter l'accessibilité aux soins des personnes en situation de handicap à chaque étape de son parcours de soins

Repérer les patients en situation de handicap qui ont pour conséquence un accès difficile aux soins :

- Difficultés à s'intégrer dans une filière classique
- Troubles du comportement, difficultés d'expression et/ou de compréhension
- Personne en situation d'échec de soins ou en refus de soins

On peut les regrouper en fonction des types de prise en charge : maladies invalidantes, handicaps moteur, handicap visuel, autisme, handicap auditif et handicap psychique et mental.

Préparer la venue de la personne en situation de handicap, avant son arrivée:

Identifier les vulnérabilités qui doivent être prises en compte pour mieux y répondre.

Prendre contact avant la venue, hors urgence. Ce contact permettra un recueil des besoins spécifiques et d'anticiper les formalités administratives.

Préparer l'admission administrative et veiller à observer les contraintes d'ordre juridique et légal destinées à protéger les personnes dont la capacité de compréhension est limitée (intervention du tuteur, curateur, voire conseil de famille ou juge civil) si les actes envisagés risquent de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle.

Cette option vaut également pour les consultations complexes, fortement alourdies du fait de la présence de handicaps, notamment soins dentaires, consultations dans les disciplines impliquant le système musculo-squelettique ou neurosensoriel.

S'agissant tout particulièrement des soins dentaires il est à prévoir la création de 2 fauteuils dentaires ouverts au public et spécialement dédiés aux soins des hébergés (EHPAD, USLD) aux malades mentaux (psychiatrie) ainsi qu'aux personnes handicapées. Il s'agit de fauteuils relativement standard (avec accès handicapés bien entendu) mais disposant de bouteilles de gaz MEOPA.

A l'arrivée du patient : **favoriser un accueil adapté.**

Pendant le séjour : se repérer par le biais de protocoles et de guide afin d'avoir un comportement de soignant adapté aux spécificités présentées

Elaboration de fiches de conseil de prise en soin permettant de prendre en compte le handicap moteur, le handicap auditif et le handicap visuel.

Mise en place d'une organisation autour d'un **réfèrent handicap**, voire d'une « équipe mobile handicap », dont le rôle serait de centraliser les informations permettant d'identifier les besoins

spécifiques lors de la venue de ces personnes, en amont de leur venues, organiser au mieux le parcours de soins, les accompagner lors de leur séjour.

Planifier au mieux les actes de soins prévisibles afin de prendre le temps de les expliquer et d'adapter si besoin les protocoles

Anticiper et préparer la sortie

Il s'agit de s'assurer de la disponibilité des professionnels et des aidants, outre celle de l'équipe médico-soignante afin que les conditions de la sortie se déroulent au mieux et sans rupture dans le circuit de soins.

Focus et actions pratiques :

Organiser un accueil et une prise en charge personnalisée à tous les stades du parcours patient, identifier les points de difficulté

- En urgence (en raison de la nécessaire impréparation de la venue)
- En consultation, y compris les soins dentaires
- En hospitalisation

Développer et mobiliser toutes les ressources matérielles et humaines autour de la personne

Développer et appliquer les réalisations des différents plans d'accessibilité validés dans les établissements

Les projets d'accessibilité des différents établissements en cours devront être exécutés au fur et à mesure en fonction des plannings d'exécution **des travaux et de signalétique**, sur la base des Agendas d'Accessibilité Programmés (ADAP). Ces programmes permettent de poursuivre ou de réaliser l'accessibilité de chaque établissement dans le respect des obligations fixées par la loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Par cet « ADAP », chacun des établissements s'engage à réaliser des travaux selon un programme personnalisé selon un calendrier déterminé, de les financer et de respecter les règles d'accessibilité.

Une adaptation de la signalétique et des supports de communication devront faire l'objet d'actions concrètes à déterminer : adaptation en braille, langue des signes, pictogrammes pour supports des informations les plus importantes.

Favoriser et formaliser la place de l'aidant et de l'accompagnant, qu'il soit familial ou professionnel :

- Aux urgences => accès au box de soins, en consultation => **présence de l'aidant aux urgences**
- Au près du patient, lors de la consultation et lors des explorations lorsque cela est possible
- Au cours de l'hospitalisation en lui facilitant l'accès jour et nuit

Donner un statut clair et lisible du professionnel accompagnant le patient qui, dès lors qu'il participe à la prise en charge (art L.1110-4 du code de la santé publique), a accès de plein droit aux informations qui sont pour lui strictement nécessaires à la coordination ou à la continuité des soins, à la prévention ou au suivi médical du patient.

Identifier des personnes ressources ayant des compétences spécifiques relatives au handicap et assurant une fonction d'appui aux équipes

Le comité de bientraitance inter-établissement dont les actions se développent maintenant aux différents établissements pourra être sollicité en appui à ce projet.

C'est notamment au sein de ce comité que **des personnels référents bientraitance** pourront également être formés pour devenir les référents handicap. Un disabled-manager(DM) pourrait de ce point de vue

être associé au bed-manager de territoire tel que formulé en une autre partie du projet médico-soignant.

Pour des raisons pratiques il serait utile que le poste de DM soit réparti sur au moins 3 personnes, de manière à offrir une couverture spatiale mais surtout temporelle de bonne qualité.

Les prérequis d'un DM seraient à notre sens :

- Connaissance assez bonne du langage signé
- Compétences acquises dans le domaine du handicap neuro-moteur
- Connaissance du milieu associatif et institutionnel du handicap
- Expériences et motivation, y compris dans le domaine des troubles mentaux.

Compléter l'offre de soins dentaires

A l'image du CHAC qui a instauré depuis plusieurs années un cabinet dentaire spécialement conçu pour les personnes handicapées mentales et malades mentaux, le GHTPA se propose de dédier un fauteuil dentaire pour les personnes handicapées, accessible à date déterminée et sur rendez-vous grâce au concours d'odontologues libéraux

Cet appareil pourrait également être rendu disponible pour les soins dentaires des personnes hébergées en EHPAD et USLD.

Mettre en place un partenariat avec les associations d'usagers en situation de handicap et les structures spécialisées qui les accueillent

Mettre en place une organisation stable et pérenne qui interface l'établissement de soins et les structures d'accueil : formalités administratives, conseil et guide de prise en charge, suivi des préconisations.

Liaison à établir entre les référents handicaps sur un mode pratique à déterminer. On pourra suggérer l'élaboration d'un document de liaison ou « passeport », dont les objectifs seraient de recenser, en vue d'un passage dans le circuit hospitalier tous les documents utiles pour permettre une prise en charge optimale du patient : Résumé du dossier médical, fiche de vie quotidienne, coordonnées de l'aidant principal etc...

Focus et actions pratiques :

- **Elaboration de documents de liaison avec les professionnels et les aidants familiaux**
- **Mise de place de rencontres régulières sous la forme d'un comité de suivi**

Changer les représentations, développer les compétences nécessaires et fédérer autour du projet

Sensibiliser et former tous les professionnels par des actions de sensibilisation et des formations adaptées

Au respect des droits fondamentaux des personnes, la prise en compte et l'expertise du patient et/ou de son accompagnant

Aux besoins modifiés de ces personnes autorisant des dérogations au fonctionnement habituels de l'institution : **adaptation des procédures.**

Ainsi les **règlements intérieurs des différents établissements composant le GHTPA** seront-ils amendés afin de définir les règles particulières applicables à l'accueil des personnes handicapées.

Déterminer pour tous les établissements un programme d'action adapté aux besoins des personnels et du public reçu

Ce besoin sera examiné de manière spécifique au CHAC, qui développe déjà une culture du handicap psychique en raison de ses missions principales (hôpital de référence départemental en psychiatrie), à Tarascon, établissement exclusivement consacré au grand âge, et dans les deux autres hôpitaux du territoire (CHIVA et CHSL), établissements de soins principalement somatiques.

Synthèse des moyens requis

. 1 équivalent temps plein pour offrir de manière continue un référent handicap (disabled manager)

. crédits d'achat et d'installation d'un fauteuil dentaire pour les personnes handicapées moteur et sensori-moteur, en complément du fauteuil dentaire existant au CHAC.

FILIERE RECHERCHE ET FORMATION

Développer et valoriser la recherche clinique notamment en gériatrie

Plan de formation territorial

GHT : Développement des essais cliniques avec une équipe ARC territoriale (2 ETP)

CHIVA : Développement de l'axe Ariège Expansion (mise au point de procédés de contrôle au lit du malade)

Obtention d'une MERRI de soutien territorial

FILIERE DIM

Les stratégies de territoire portées par les cinq établissements publics de santé de l'Ariège s'accompagnent d'une recherche de congruence de leurs systèmes d'information. A ce titre, le schéma directeur défini en commun en 2013 concourra notamment à partager les informations nécessaires à la prise en charge des patients, au co-pilotage de leurs parcours de soins et à la mise en valeur des activités correspondantes. Les départements d'information médicale ont donc une fonction cruciale dans la réussite de ce schéma comme dans la production des éléments de pilotage et de décision médico-économique.

Les centres hospitaliers du Val d'Ariège, du Pays d'Olmes, CHAC, et de TARASCON décident d'un commun accord de constituer un DIM commun et unique sur le territoire de l'Ariège regroupant les moyens matériel et humains des établissements adhérents. Le CH d'Ax-les-Thermes a vocation à s'y intégrer après une évaluation d'impact.

La présente convention, le règlement intérieur et le rapport annuel d'activité du DIMA, la déclinaison par établissement du projet commun d'information médicale et tout acte jugé important par le comité de pilotage territorial de l'information médicale comme les bonnes pratiques en matière de codage sont présentés pour avis aux CME et aux directoires des établissements cosignataires.

Le dispositif mis en place par la présente convention prend pour intitulé « DIMA »

Fonctions :

PMS GHTPA

Le DIMA est une unité médicale qui a pour fonctions d'organiser, de traiter et d'analyser l'information médicale dans le cadre du programme médicalisé des systèmes d'information en garantissant la confidentialité des informations médicales. Il conseille les responsables hospitaliers et les instances dans le domaine de la stratégie, de l'efficacité médico-économique et de la qualité des soins. Il réalise de sa propre initiative ou à la demande des établissements des analyses d'activité et des études prospectives dont il assure la communication et la présentation.

Activités :

Recueil et traitement de l'information médicale relative aux séjours des patients (MCO, SSR, HAD, psychiatrie) :

- Extraction, regroupement, contrôle et exportation des données.
- Aide aux services cliniques et médico- techniques en vue de la transmission des informations nécessaires à la description de l'activité.
- Avec le concours des TIM, contrôle de la qualité des données, de leur cohérence et de l'exhaustivité de l'information médicale et du codage d'actes.
-

Conseil et expertise :

- En lien avec les directions des finances et les contrôleurs de gestion, renseignements, analyse des données d'activité par les pôles et par unités médicales, et valorisation des recettes pour la comptabilité et l'élaboration de l'EPRD
- Aide méthodologique et statistique à l'appui des programmes qualité et de l'évaluation des pratiques professionnelles
- Formation aux professionnels de santé à l'utilisation des nomenclatures et du dossier patient informatisé.
- Aide et suivi des professionnels de santé en matière de transmission des informations nécessaires à la description de l'activité.
- Participation à l'évolution du schéma de structure et à son intégration au système d'information hospitalier de chaque établissement et du territoire
- Participation aux réflexions du territoire en ce qui concerne la stratégie et la performance des établissements de santé
- Réalisation d'études épidémiologiques en appui aux projets médicaux

Contribution à la qualité et à la sécurité des données et du système d'information :

- Participation aux réflexions sur les évolutions du dossier patient informatisé et à la gestion du dossier papier
- Gestion de l'accès au dossier médical et des archives médicales
- Coordination de la formation des professionnels de santé à l'utilisation du dossier patient informatisé
- Participation à l'identitovigilance et à la gestion des mouvements

Les activités liées à ces missions sont précisées dans le règlement intérieur du DIMA.

Toute autre activité est du ressort de chaque établissement par le principe de subsidiarité, sans toutefois s'y substituer. Le cas échéant, une nouvelle activité est intégrée après avis du comité territorial

Organisation et responsabilités :

Le DIMA est composé de médecins, de l'encadrement des techniciens en information médicale, et des techniciens en information médicale

Le personnel des archives reste affecté au niveau de chaque établissement.

Il bénéficie du concours d'équipes projet et/ou de compétences spécifiques pour la durée d'un projet.

Sur le plan fonctionnel, les ressources en personnel médical du DIMA sont administrativement portées par le Centre Hospitalier du Val d'Ariège qui, après concertation du comité territorial et accord des directions des établissements, met à disposition de chaque établissement les effectifs nécessaires contre remboursement. La répartition des quotités de temps figure au règlement intérieur du DIMA déterminée sur la base des règles de la comptabilité analytique hospitalière.

S'agissant du personnel non médical, la constitution d'une équipe territoriale de TIM reste un objectif dont la mise en œuvre sera examinée à l'occasion de vacances de postes.

Le DIMA est organisé de telle sorte que chaque établissement fonctionne dans les meilleures conditions possibles de codage, de traitement, de facturation, d'archivage et d'analyse des données d'activité avec les moyens qui lui sont attribués par chaque établissement adhérent.

En particulier, chaque site peut lui mettre à disposition des locaux et des moyens matériels spécifiques. Dans ce cas, les charges sont directement supportées par chaque établissement.

Son adresse principale est située au Centre hospitalier du Val d'Ariège

Le coordinateur du DIMA : le coordinateur est un médecin nommé par le directeur du CHIVA après avis conforme des directeurs, chefs d'établissement et des présidents de CME.

Il participe à la définition du projet médical du DIMA et s'assure de sa mise en œuvre.

Il prépare les travaux du comité territorial de l'information médicale et a en charge la bonne application du règlement intérieur du DIMA

Il coordonne l'élaboration du tableau de service médical et s'assure de la juste adéquation des moyens en personnel médical au niveau de chaque établissement pour atteindre les objectifs mensuels d'envoi.

Il représente le DIMA auprès des instances techniques régionales

Référents :

Pour chaque établissement, un médecin du DIMA est identifié comme référent. Les médecins référents assurent leur responsabilité pleine et entière pour le compte des établissements partenaires de la présente convention, conformément aux textes réglementaires les concernant.

Nonobstant les activités mentionnées à l'article 3 qui rentrent dans le respect dans leurs prérogatives, ils sont notamment responsables des missions suivantes :

- La production et la transmission des données d'activité dans le respect des règles de codage
- L'analyse et le traitement des demandes des établissements
- La défense des intérêts des établissements lors des contrôles externes au titre de la TSA
- La confidentialité des données médicales nominatives
- La gestion des droits dans la plateforme e-pmsi

Un comité territorial de l'information médicale de l'Ariège est créé.

Ce comité est chargé de piloter la démarche de déploiement des missions du DIMA sur le territoire et d'en valider les grands principes d'action. Il est également destinataire du rapport annuel d'activité et du programme d'actions du DIMA qu'il valide.

Il détermine les moyens humains et matériels nécessaires aux missions du DIMA et veille à la bonne répartition de ceux-ci entre les établissements.

Il est en charge de contrôler la bonne application du règlement intérieur du DIMA et constitue en cas de difficulté une instance de régulation et de médiation

Toute décision importante du comité territorial est soumise à l'avis des directeurs et des CME des établissements partenaires. Elle s'applique ensuite dans les établissements

Il est composé de façon suivante :

- Les présidents de CME ou leurs représentants
- Le coordinateur du DIMA
- Les médecins du DIMA
- Les directeurs des établissements partenaires à la présente convention, ou leurs représentants
- Les directeurs en charge des finances
- Les directeurs de soins

Peuvent être associés aux travaux selon l'ordre du jour :

- les chefs de pôles cliniques et médicotechniques ou leurs représentants
- Les directeurs en charge du système d'information
- Les responsables informatiques et des systèmes d'information
- Les contrôleurs de gestion

Le comité est présidé à tour de rôle par un des présidents de CME des établissements partenaires

En cas de décision importante, seuls les directeurs, chefs d'établissements, les présidents de CME et le coordinateur, les médecins DIM ont droit de vote.

Il se réunit au moins une fois par an sur convocation de son président ou sur demande d'un des directeurs chef d'établissement, d'un des présidents de CME ou du coordinateur

Gestion des prestations

Le coût du personnel médical du DIMA est valorisé dans le cadre de l'EPRD du CHIVA par sa comptabilité analytique. Les dépenses de formation, de déplacement et de documentation des médecins du DIMA sont facturées au trimestre ou en clôture d'exercice. Le règlement intérieur en précise les modalités et les règles de répartition.

Dans le cadre des mises à disposition de personnel ou le cas échéant de moyens logiciels, il est procédé au transfert de charge par refacturation du CHIVA vers les établissements partenaires

Règlement intérieur

Un règlement intérieur est établi et soumis pour avis à la première séance du comité territorial. Il fixe les modalités pratiques d'organisation et de gestion du DIMA. Il traite notamment des questions suivantes :

- Organisation du travail du DIMA
- Définition du rôle des médecins DIM, des TIM et des personnes ressources associées
- Modalités d'intervention sur les sites hospitaliers
- Modalités de présentation des demandes de travaux.
- Répartition des charges directes et des charges soumises à refacturation

Résolution des conflits

- En cas de conflits ou de dysfonctionnement liés à la gestion du DIMA, ses procédures qualité, ses recommandations ou toute recommandation concernant le fonctionnement ou les bonnes pratiques d'un des établissements partenaires, le coordinateur du DIMA propose une réunion exceptionnelle du comité territorial pour soumettre le différend et le cas échéant le mettre au vote.
- La présente convention est fixée pour un an renouvelable par tacite reconduction
- Toute modification de la présente convention ou du règlement intérieur fait l'objet d'un avenant voté par le comité territorial
- La dénonciation de la convention est précisée par le directeur de l'établissement demandeur au plus tard 6 mois avant l'échéance annuelle de la convention.

6. Les axes transversaux du PMS

La démarche méthodologique qui a été retenue pour les orientations soignantes, actions transversales du PMST a été la suivante : un travail préparatoire a été mené à partir de la CSIRMT de territoire, puis complété par un échange approfondi avec les Directeurs de soins des établissements composant le GHT ; enfin les conclusions ont été présentées au Comité stratégique, qui les a dans leur ensemble validées et a demandé leur approfondissement sous la forme de fiches action (niveau non détaillé, soit 15 fiches action environ).

Ce travail s'est fondé dans un premier temps sur le document diagnostic élaboré par l'ANAP « Elaborer un projet médical partagé de GHT, fiches repères » diffusé en octobre 2016 ainsi que le guide diffusé par la DGOS en février 2017 en partenariat avec l'AFDS intitulé : « idées clefs pour le projet de soins partagé ».

Bien évidemment projet médical et projet soignants se rassemblent dans le projet médico-soignant autour des mêmes objectifs : adapter l'offre de soins aux besoins des usagers, fluidifier les parcours des patients, développer la QGDR, gérer la fragilité et la vulnérabilité, valoriser la formation, la recherche et l'innovation, promouvoir une gouvernance au service de l'efficacité des organisations médico-soignantes du territoire.

Un des fondements majeurs de cette réflexion revient à affirmer que l'organisation des parcours est une composante de la politique de soins et doit en conséquence être co-animée par un binôme médecin-soignant en articulation avec les autres intervenants naturellement (médecins, MSPP, pouvoirs publics, cotraitants et sous-traitants, etc.).

La méthodologie retenue se composait des segments suivants :

- bilan des PMS de chaque établissement,
- détermination des axes de travail pouvant être mutualisés selon les invariants identifiés dans lesquels chaque établissement pourra se reconnaître et mettre en commun ses orientations,
- déclinaison des principes d'organisation soignante des activités au sein des filières conformément à l'art R.6132.3 4^{ème} paragraphe du décret du 27 avril 2016 relatif aux GHT (permanence et continuité des soins, activités de consultations externes et notamment des consultations avancées, activités ambulatoires & hospitalisation partielle et conventionnelle, plateaux techniques, prise en charge des urgences et soins non programmés, organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles, HAD, prise en charge médico-sociale, biologie médicale, imagerie médicale y compris interventionnelle, pharmacie, coopération avec le CHU),
- optimisation des liens avec l'amont et l'aval,
- démarche éducative et la promotion de la santé,
- accessibilité aux compétences expertes et ressources rares,

- promotion et accompagnement des cadres de santé grâce notamment au management par la clinique et par la qualité,
- collaboration avec les PCME, les usagers et les membres de la CSIRMT territoriale,
- travail sur les valeurs professionnelles

Les propositions qui en découlent se déclinent en 5 axes et 21 fiches actions, reprises dans le tableau suivant :

Axes	Fiches action	Résultats attendus
Améliorer les parcours et la prise en charge des usagers	Maintenir la qualité de l'accueil et de la sortie	Procédures écrites
	Faciliter les parcours des usagers précaires et/ou vulnérables	Procédures et outils communs de prise en charge
	Améliorer l'accessibilité des personnes handicapées	Cartographie d'accessibilité des bâtiments du GHT Travaux adaptatifs nécessaires
	Formaliser des parcours prévalents par filière	Parcours formalisés Rédaction des conventions et marchés nécessaires
	Gestion des lits inter structures	Procédure de gestion des lits, notamment en aval des urgences Procédures applicables sur l'hôpital en tension (HET) Plans de crises harmonisés
	Respect des valeurs médico-soignantes : développement de la bientraitance	Cartographie des risques de maltraitance Formation Réduction du nombre de plaintes
	Promouvoir la charte du patient et du résident	Chartes rédigées, diffusées, connues de tous
Adapter l'offre aux besoins des usagers	Renforcer les alternatives à l'hospitalisation	Développement de l'HAD territoriale Optimisation du PRADO Valorisation de l'accueil familial et thérapeutique
	Consolider l'offre de prestations médicotéchniques	(Rééducation, Biologie, Imagerie, Pharmacie)
Développer l'assurance qualité liée aux soins	Développer les démarches d'EPP et les thématiques prévalentes	CREX, RMM et audits territoriaux Structuration du circuit du médicament Politique des risques infectieux
	Approche territoriale de la gestion des événements indésirables (EI)	Généralisation de l'outil commun QUALNET Cellule territoriale de GDR
	Organiser une gestion documentaire commune (GED)	Accès aux protocoles spécifiques et communs
	Partager la culture sécurité	Outils d'enquête partagés
Piloter les compétences managériales	Elaborer des chemins cliniques partagés	Utilisation des données probantes
	Coordonner les pratiques professionnelles	Procédures partagées, cartographie des pratiques professionnelles et groupe d'analyse des pratiques
	Favoriser l'accès aux compétences expertes	Protocoles de coopérations professionnelles Promotion des pratiques avancées Mutualisation des équipes mobiles
	Partager l'efficacité managériale	Charte du management GHT Rencontres inter établissements Tableaux de bord partagés
Valoriser la formation, la recherche et l'innovation	Projet de formation de territoire	Etat des lieux des besoins communs et des expertises nécessaires Actions de formation partagées inscrites au plan
	Promouvoir la recherche territoriale	Structure support Choix de thématiques par une commission <i>ad hoc</i> Journées territoriales
	Faciliter l'accès aux ressources documentaires	Plateforme partagée
	Mettre en œuvre des projets innovants	Formations en e-learning Usage de la télé-médecine Mutualisation de l'accès au laboratoire de simulation en santé
Optimiser l'attractivité médico-soignante	Action accompagner l'évolution des professions médico-soignantes en facilitant l'accès aux compétences expertes	Politique d'accueil des professionnels de santé et des stagiaires en santé Politique transparente des formations professionnelles selon les besoins territoriaux Renforcement des campagnes de sensibilisation aux métiers de la santé

Déploiement de la culture sécurité au sein du territoire

Dans l'optique d'un partage d'expérience et afin de répondre aux attendus de la certification commune des établissements en 2020, un travail sera conduit auprès de l'ensemble des intervenants qualité gestion des risques de chaque structure de soins.

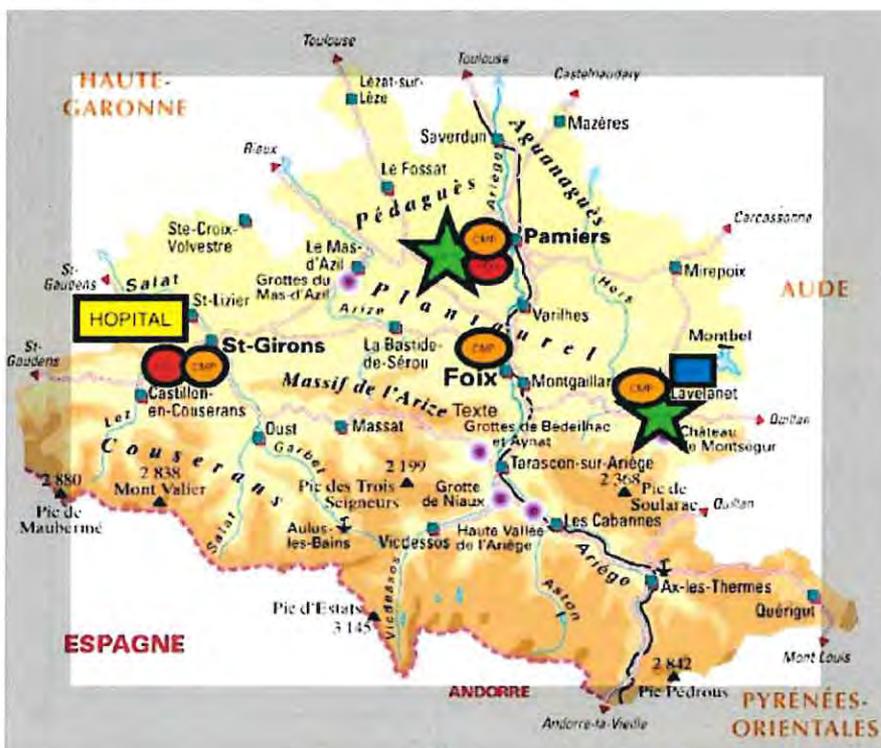
L'objectif est la mise en commun et le partage des procédures dans différents domaines ainsi que l'émergence de comités territoriaux transversaux.

7. Projet médical de territoire en Psychiatrie Générale

Structures de soins actuelles et leur développement indispensable

Présentation de l'existant

Le CHAC, établissement à statut départemental pour la psychiatrie, portant l'offre d'hébergement est excentré sur l'ouest du département. Les structures ambulatoires sur le département sont réparties de façon inégale.



Le renforcement de l'ambulatoire

- Installation de matériel de visioconférence et téléconsultation pour réduire les déplacements est-ouest afin d'améliorer les conditions de partenariat intra/extra hospitalier
- Projet de structure immobilière pour l'hôpital de jour de Foix, puis d'un CATT pour ce CMP qui dessert actuellement un territoire de près de 40 000 habitants
- Réaménagement de l'hôpital de jour de Saint Girons
- Ouverture d'un CATT à Saint Girons
- Développement de l'Accueil Familial Thérapeutique – 12 places pour la psychiatrie générale.

Le développement des soins

Révision de la sectorisation

Nous souhaitons une réflexion pluripartite autour de la sectorisation. Le principe des soins « de proximité », fondement du secteur dans les années 60, est réactualisé, même dans la définition du PMS GHTPA

Repenser les modalités d'accueil et ouvrir de nouvelles structures de soin

Délégation des compétences.

La démographie médicale nationale est en baisse jusqu'en 2025. De plus notre département est faiblement attractif : ruralité, faiblesse économique et culturelle. La pénurie de psychiatres est réelle 2/3 des postes pourvus— et une moyenne d'âge des praticiens en activité élevée.

Comme le préconise le rapport LAFORCADE sur la santé mentale du 10/10/2016, il faut donc anticiper un modèle de réponse aux besoins de la population en s'appuyant différemment sur le corps médical et paramédical.

Le **psychiatre public** doit se concentrer sur la psychose qui ne peut être prise en soins, dans toutes les dimensions thérapeutiques et sociales qu'elle nécessite, par les psychiatres privés – à qui les névroses seraient confiées. Le **partenariat avec les psychiatres privés** doit être négocié. Notre pool médical doit réserver ses activités aux diagnostics, aux traitements pharmacologiques et à la validation d'un projet de soins personnalisé. Il doit intervenir pour se faire lors des premiers épisodes de la maladie ou lors des décompensations aiguës des pathologies chroniques, au CMP ou à l'hôpital, et laisser les autres actes de soins et le suivi systématique aux infirmiers et psychologues.

Tout ce qui n'est pas de l'ordre de compétences spécialisées (hygiène, alimentation, salubrité de l'habitat) doit être confié aux **SAMSAH** et aux **SAVS**, partenariat qu'il faudra développer. Les mandataires juridiques qui s'appuient souvent sur nous et sur nos services sociaux devront renforcer leur rôle de protection aux biens et à la personne.

Le soutien aux équipes des établissements psychosociaux doit aussi être porté par les **paramédicaux cliniciens** qui seront un premier recours avant l'accès au psychiatre. Ils pourront aussi former les équipes de ces établissements. Il nous faut donc développer une culture de psychologues et d'infirmiers « cliniciens » responsables du déroulement du projet de soin, des *case manager*. Des formations complémentaires seront nécessaires pour qu'ils utilisent des outils thérapeutiques actualisés – entretien motivationnel, ETP, remédiation cognitive, processus de réhabilitation, schéma de développement des habilités sociales, etc.

Le psychiatre public s'attachera aussi à former, débrief, renforcer par des réunions de « confrontation clinique » le pool des généralistes de son territoire. La prévention en sera renforcée par ce biais.

La mise en place de ces différentes actions s'appuie sur :

- un renforcement et un plan formation des paramédicaux pour une « pratique avancée »
- un nouveau mode d'exercice du psychiatre en ambulatoire
- un développement des partenariats s'appuyant sur la Communauté Psychiatrique de Territoire, avec
 - o Les psychiatres privés
 - o Les établissements médico-sociaux
 - o Les CLSM
 - o La MDPH et la DT-ARS
 - o Les associations de généralistes

Les Urgences psychiatriques gardent leur place au sein des urgences des deux établissements.

Télé médecine et Visioconférence : deux expérimentations en place, à développer

Le matériel de « lunettes connectées » actuellement en expérimentation permet une consultation à distance, utilisée actuellement par les urgences psychiatriques car la nuit et le week-end, la seule ligne de garde de psychiatries est localisée au CHAC, proche des lits d'hospitalisation. Les patients des urgences du CHIVA sont accueillis par les infirmiers psychiatriques qui y assurent une présence 24h/24h. La consultation par télé médecine permet d'éviter le déplacement du patient sur le CHAC pour avis d'un

médecin psychiatre en l'absence du psychiatre basé au CHIVA. Ceci résout, sauf refus par le patient, les complications annexes générées par les déplacements d'urgence à urgence, et les retours à domicile de patients de l'est du département au départ du CHAC, sans prise en charge par les VSL, sans famille disponible pour venir les chercher. De plus, la lunette connectée portée par l'infirmier permet de suivre les mouvements du patient – ce qui n'est pas le cas pour le télé-matériel fixe habituel.

Nous souhaitons une extension de ce procédé, en particulier pour assurer des consultations à distance dans les Etablissements médico-sociaux et les EHPAD.

Un matériel de visioconférence simple, par *skype*, est en cours de déploiement entre les équipes intra et extrahospitalières de nos secteurs. Cette modalité d'échanges inter professionnels limite les déplacements et répond aux besoins de synthèse, partage d'information, échanges divers. Ce type d'installation devrait se développer à toutes nos structures comme interface privilégiée entre professionnels.

Création d'un CAP 48 ou 72 h sur le CHIVA

La création de cette structure lits e crise répond à différents besoins :

- Un accueil spécifique aux urgences : nous dépendons actuellement de l'UHCD qui ne peut répondre aux besoins de la psychiatrie.
- Le besoin d'une structure d'accueil de courte durée, évitant les hospitalisations brèves dans les unités d'admission – et donc le transfert des patients sur le CHAC. Les situations de « crise » peuvent se résoudre en 48 à 72 heures.

L'hospitalisation à domicile

Afin de maintenir au mieux les patients dans leur lieu de vie malgré des décompensations légères, un projet d'HAD a été construit par nos équipes. La déclinaison de ce projet nécessite des ouvertures de poste d'infirmier et de psychologue.

Ouverture de soins spécifiques sur le CHAC

Les malades mentaux vieillissants

Situation actuelle :

L'unité de gérontopsychiatrie (15 lits) a été reconvertie en UCC territoriale de 12 lits qui ne prend pas en charge les malades mentaux vieillissants. Seuls 3 lits de gérontopsychiatrie ont été maintenus, initialement accolés à l'UCC et secondairement relocalisés sur le secteur psychiatrique à la demande des intervenants gériatres et psychiatres.

Cette population fragile se retrouve donc hospitalisée dans nos unités d'admission « *tout venant* » avec des schizophrènes parfois violents. Leur prise en soin nécessite une adaptation des locaux et du personnel.

Les consultations spécialisées en gérontopsychiatrie sont actuellement assurées par les psychiatres des CMP. L'EMPG a disparu au profit d'une Equipe Mobile des Troubles du Comportement de la Personne âgée, qui ne visite plus les malades mentaux âgés placés en établissement médico-social. Les CMP sont sollicités pour faire des visites à domicile ou en EHPAD.

Nous proposons la création d'un réseau de gérontopsychiatrie avec

- des lits adaptés dans un service dédié sous la responsabilité d'un psychogériatre avec un renforcement de personnel paramédical étant donné la dépendance de cette population.
- une équipe mobile de géronto-psychiatrie (comme elle était prévue initialement)
 - o une infirmière sur l'est du département pour les visites à domicile, en EHPAD et assurer la liaison dans les Hôpitaux du GHT
 - o une infirmière sur l'ouest du département, avec les mêmes missions
 - o un psychogériatre pour la coordination, le suivi intra-hospitalier et les consultations à distance par télé-médecine, en lien avec les médecins traitants.

Les adolescents 16-18 ans

Cette tranche d'âge est confiée traditionnellement à la psychiatrie adulte, qui les accueille, souvent pour un premier contact avec la psychiatrie, dans des unités d'adultes où ils rencontrent des pathologies mentales avancées.

Une unité spécifique qui s'adresserait aux 16-21 ans, en lien avec la Maison des Adolescents et toutes les structures sociales et médico-sociales permettrait le maintien dans la communauté, l'accès au logement et au travail. Par ailleurs, il est proposé de créer une équipe mobile en pédopsychiatrie. Il s'agit de proposer des consultations d'évaluation pédopsychiatrique. La complexité des situations de ces jeunes, intriquant des problématiques sociales, éducatives et psychiatriques, impose une articulation étroite entre des partenaires pluriels que ce soit l'ASE, l'ARS, les foyers, les familles d'accueil....

Les précaires

La souffrance psychosociale est bien sûr reconnue par la psychiatrie, spécialité qui s'occupe prioritairement de la maladie mentale. L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité en place ne répond pas aux besoins du territoire avec ses 2 équivalents temps plein d'infirmier, son temps partiel de psychologue et sa supervision par le psychiatre d'un CMP. Un projet pourrait être porté en lien avec les intercommunalités.

Les maladies de la dépendance

Nos services de psychiatrie assurent les sevrages hospitaliers et les suivis ambulatoires. Nous interpellons sans difficultés les centres de post cures des départements voisins.

En amont, deux consultations spécialisées en addictologie sont proposées par le CHIVA et le CHAC. Deux de nos infirmiers psychiatriques appuient, pour des groupes de parole, l'addictologue du CHIVA. Nos addictologues sont prêts, dans le cadre du GHT, à mettre en place un réseau, en relation avec les associations déployées sur le Département.

Le rôle de la Communauté Psychiatrique de Territoire

Cohésion des acteurs en Santé Mentale

Le parcours du patient ne peut être concrétisé qu'avec des réseaux ou filières de soins, et d'accueil non sanitaire. La CPT d'Ariège reconnue, elle visera à créer ou participer à la mise en place des propositions précédentes visant en priorité les maladies de la dépendance, les malades mentaux vieillissants, le développement des lieux de vie des handicapés mentaux.

Des partenariats avec les structures médico-sociales, les cliniques privées de Haute Garonne régulièrement sollicitées, et les psychiatres privés du département sont à envisager – l'offre de soin public devant s'attacher aux handicaps mentaux lourds et chroniques.

Réaffirmation de la Psychiatrie comme spécialité médicale

C'est dans le cadre de la CPT que nous devons réaffirmer nos missions. Les structures de soins psychiatriques sont encore largement perçues comme des asiles, voire des dépôts de mendicité. Nous ne sommes plus en mesure d'accueillir durant plusieurs mois la démence de Korsakoff au trisomique ayant eu des troubles du comportement, faute de lieu de vie adapté. Il nous est également difficile d'accueillir les SDF ayant perturbé l'ordre public et pour lesquels l'étayage social prend des mois et de répondre à l'inflation des soins sans consentement qui « forcent » l'admission en psychiatrie. En ce sens la CPT sera un partenaire autorisé de conciliation avec le réseau médico-social

Partenariats essentiels déclinés dans notre projet de CPT
ARS et DT-ARS :

Nous souhaitons, prioritairement, un soutien pour fluidifier les parcours de soins des handicapés mentaux qui restent longtemps dans nos structures sanitaires, en attente de place en Etablissement Médico-Social.

Nous demandons un observatoire des longs séjours : nous proposons des réunions, régulières, avec les directions des Foyers Occupationnels, ESAT, FAM et MAS du territoire en partenariat avec la DT-ARS et la MDPH. Ainsi que des EHPAD. Ceci étant, nous pouvons proposer des séjours de « rupture » à l'hôpital psychiatrique pour des résidents particulièrement instables, et/ou de la téléconsultation.

GHT :

La promotion de la Santé Mentale au sein des Centres Hospitaliers est une de nos priorités. La psychiatrie de liaison est en place au CHIVA et au CHAC.

La sensibilisation au risque suicidaire par l'initiation au R.U.D. est en place au CHAC. Nous la proposons au CHIVA. La sensibilisation des internes de MCO à la psychiatrie est effective au CHAC et va être proposée au CHIVA.

Les CLSM :

Le CLSM de Saint Girons est actif depuis 2015, en mutation après le regroupement des communes en janvier 2017. Ceux des autres intercommunalités sont à organiser avec les élus. Leur développement dépendra à la fois des autorités politiques mais aussi de la disponibilité des équipes psychiatriques.

8. ANNEXES

Les sources de ce travail sont les suivantes :

- Le projet médical de l'Ariège de 2010-2012
- Le travail complémentaire sur les filières de 2013
- Les analyses du CNEH, mandaté par l'ARS pour l'examen des filières prioritaires, document validé en comité stratégique le 11 juin 2017 et reporté en annexe
- Les discussions du Collège médical de territoire, reportées en annexe
- Les discussions de la Commission des soins infirmiers, de rééducation & médico-techniques de territoire, synthétisées et approuvées le 22 septembre 2017. L'annexe reprend *in extenso* ces discussions ;
- Le document « Idées clés pour le projet de soins partagé » Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

Ce travail a été soumis pour avis aux instances suivantes :

- CME des établissements parties
- CSIRMT des établissements parties
- Conseil territorial de santé
- Comité stratégique de territoire
- CDOM 09

Annexe 1 : composition des comités de travail

	Comité stratégique	Collège médical de territoire	CSIRMT de territoire
CHSL	Martine GACHE, Dr Gilbert METTON	Dr Gilbert METTON, Dr Richard ROBUJOANA	Mme ARSEGUEL, Mme DELAIRE, Mme DEMACEDO, Mme KILMAN, Mme VIDAL
CHPO	Martine BARBET, Dr Nicolas CONNORD	Dr Katia BELJIO, Dr Dominique BRABANDER, Dr Nicolas CONNORD, Dr Sébastien SZAJNER	Cathy COLETTE, Chantal GUARINOS, Mme MAURY, Annie REYNAUD
CHAC	Dr Sylvie BAQUE, Jean-Philippe SAJUS,	Dr Sylvie BAQUE, Dr Jean-Jacques CLOS-ARCEDUC, Dr Marie-Pascale DELCHAMBRE, Dr Frédéric DEL MAZO, Dr Michel PICHAN, Dr Jean-Luc RASTRELLI	M. DUPUY, M. DUQUES, Mme GALY, Mme LACOMBE-BESSIERES, Didier SAFRANEZ
CHIVA	Sylvain BOUSSEMAERE, Dr Eric POHLMANN, Jean-Marc VIGUIER	Dr Karim ABADA, Dr Lawrence BORIES, Dr Jean-Christophe CHARET, Dr Eric POHLMANN, Dr Patrick ZOVEDA, Dr HOUSSARI Youssef	Sylvain BOUSSEMAERE, Régine MAUFOUX, Mme PRAX
Tarascon-sur-Ariège	Laurent TALON	Marielle CONQUET-GABRIE	Florence CARLESSI, Denis DENJEAN, Anita LOUBET
Transversaux	Dr Michel PICHAN, président du Collège médical de territoire		Martine GACHE, Nadia PEOC'H, Christine STERVINOUE, directrice IFSI
En cours de désignation	PCME Tarascon, DIM de territoire	PCME Tarascon, 1 praticien CHIVA démissionnaire	

Annexe2 : maisons de santé pluri professionnelles de l'Ariège et MMG

Site d'implantation	Contrat GHT	Moyens mobiles	Effectif pro	Date création
AX LES THERMES			1 médecin	2011
CASTILLON EN COUSERANS			3 médecins, 1 IDE, 1 kinésithérapeute,1 dentiste	2012
LABASTIDE DE SEROU			3 médecins, IDE, kinésithérapeute	2013
LAROQUE LAVELANET	En projet			En cours d'implémentation
MIREPOIX			18 professionnels dont 4 médecins	3 mars 2014
PRAT BONREPAUX				En cours d'implémentation
ST GIRONS	X			En cours d'implémentation
ST JEAN DE VERGES	X	X	Pas de MSPP mais MMG avec 3 Médecins (CS et voltigeur)	2016
SEIX OUST MASSAT			3 médecins à oust, 2 médecins à Massat, IDE,kinésithérapeute, orthophoniste, dentiste	2012
TARASCON MERCUS			?	En cours d'implémentation
VICDESSOS			2 médecins, 3 IDE	2010

COLLEGE MEDICAL DU GHT DES PYRENEES ARIEGEOISES

Saint-Lizier, le 24 janvier 2019



Monsieur le Docteur PICHAN Michel
Président
Collège Médical du GHT
Pyrénées Ariégeoises

à Monsieur RICORDEAU Pierre
Directeur Général
ARS Occitanie
26-28 Parc Club Becquerel
CS 30001
34067 MONTPELLIER CEDEX 2

Monsieur le Directeur Général,

En réponse au courrier de l'ARS demandant au collège médical une réflexion et des propositions sur les volets additionnels suivants, SSR, Handicap et Pharmacie.

Le collège médical des Pyrénées Ariégeoises s'est réuni courant décembre et a statué sur les différents volets demandés ainsi que sur le volet chirurgie suite au rapport PRADERE, (ancien président de CME du CHU de Toulouse et Chef de service de chirurgie générale) demandé par ARS Occitanie.

FILIERE CHIRURGIE

Le rapport PRADERE réalisé à la demande de l'ARS, nous amène à amender le projet médical partagé.

En effet, le rapport préconise l'ouverture d'une chirurgie conventionnelle avec hospitalisation complète sur les deux sites du Val d'Ariège et du CHAC 24/24, soit une ouverture du service et du bloc opératoire 24H /24 et 365 jours /365.

En conséquence, les besoins du territoire seront satisfaits avec une astreinte de chirurgie viscérale sur le CHVA et une sur le CHAC .

La mise en œuvre de cette préconisation qui est validée par le PRS 2018-2022, sera de la responsabilité des deux établissements et du GHT.

FILIERE CHIMIOTHERAPIE

Le collège souhaite que les chimiothérapies qui sont une prise en charge fondamentalement de proximité soient réalisées au plus près des domiciles des patients.

Il est conscient que des fuites très importantes sont actuellement réalisées sur le site Toulousain de façon incompréhensible. Il préconise que tout soit mis en œuvre pour que les chimiothérapies se fassent dorénavant sur le territoire de l'Ariège.

Concernant la reconstitution des chimiothérapies, le collège préconise le respect de la réglementation et des recommandations de pratiques cliniques.

Si la fabrication sur les deux sites est opérationnelle et sécurisée, il convient de garder les deux sites CHVA et CHAC (sites associés).

FILIERE SSR

Les besoins de prise en charge en SSR sur le territoire de l'Ariège ne sont pas actuellement satisfaits:

- Le territoire est en sous capacité en lits d'hospitalisation complète
- L'hospitalisation partielle est à développer de façon importante en respectant les délais d'accès à ces structures, en raison d'un réseau routier en zone montagneuse..
- La sous capacité en lits d'hospitalisation complète ne permet pas d'envisager un redéploiement de lits mais nécessite une création de ces lits d'hospitalisation partielle.

FILIERE PHARMACIE

PMS GHTPA

Le collège préconise une coopération en terme de procédures- protocoles- formation - gestion des risques et politique d'achats.

Il maintient la nécessité de 2 permanences pharmaceutiques la nuit et les week-ends.

FILIERE HANDICAP

Le collège préconise de reprendre intégralement le projet handicap proposé par le directeur des soins du Val d'Ariège et d'ajouter le volet accès aux soins dentaires en recensant le besoin de deux fauteuils dentaires dédiés aux handicapés, un au CHVA et l'autre au CHAC.

Actuellement le fauteuil dentaire du CHVA n'est pas opérationnel par manque de personnel médical et le fauteuil du CHAC est sous utilisé par manque de personnel médical.

Je vous transmets en PJ :

1- Rapport PRADERE

2- Projet sur la filière handicap qui sera incorporé en totalité dans le PMST des Pyrénées Ariégeoises.

Vous souhaitant bonne réception et en attente de votre réponse, je vous prie de croire, Monsieur le Directeur Général, à l'expression de mes meilleures salutations.

Dr Michel PICHAN
Président du Collège médical des Pyrénées Ariégeoises.



Centre Hospitalier
Ariège-Couserans

PÔLE HOSPITALISATION GENERALE

Chef de Pôle : Alimata MAIGA GRAVAILLAC Tél : 05.61.96.28.81 Email : a.gravaillac@ch-ariège-couserans.fr
Direction opérationnelle du Pôle : Laurent GALISSIER Tél : 05.61.96.20.14 Email : l.galissier@ch-ariège-couserans.fr
Cadre Supérieur du Pôle : Marie-Pierre VIGNEAU Tél : 05.61.96.20.18 Email : mp.vigneau@ch-ariège-couserans.fr

Dr PICHAN Michel
Président du Collège Médical
GHT Pyrénées Ariégeoises
CHAC
BP 60211
09200 ST GIRONS
Mail : m.pichan@ch-ariège-couserans.fr

St Lizier, le 17 avril 2019

Monsieur Pierre RICORDEAU
Directeur Général
ARS Occitanie
26-29 Parc club du millénaire
1025 rue Henri Becqueret
34 067 MONTPELLIER

Monsieur le Directeur,

Le collège médical du GHT des Pyrénées Ariégeoises, lors de la séance du 15 avril 2019, prend acte de l'impossibilité de la mise en place d'une équipe territoriale de chirurgie viscérale pour garantir une permanence H 24 de chirurgie viscérale sur chaque site : Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège et Centre Hospitalier Ariège Couserans (hypothèse n° 3 du rapport PRADERE suite à la mission demandée par ARS Occitanie).

Le collège propose que le Centre Hospitalier Ariège Couserans s'oriente vers un partenariat avec d'autres structures hospitalières pour organiser sa permanence de chirurgie viscérale H 24.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, à mes respectueuses salutations.

Dr PICHAN Michel
Président Collège Médical
GHT Pyrénées Ariégeoises

Groupement Hospitalier de Territoire des Pyrénées Ariégeoises

GHT PA

B. Pradère

Organisation du Bloc Opératoire du Centre Hospitalier Ariège- Couserans

Mise en place du GHT PA en chirurgie et obstétrique sur le Centre Hospitalier Intercommunal des Vallées de l'Ariège (CHIVA) et le Centre Hospitalier Ariège Couserans (CHAC)

Par courrier du 7 novembre 2017, la Directrice de l'Agence Régionale de Santé Occitanie me missionnait afin d'une part de faire le point sur le fonctionnement du bloc opératoire du CHAC et d'autre part d'apporter un éclairage particulier sur le fonctionnement de la chirurgie au sein du GHT PA dans le cadre de la création d'une équipe territoriale de chirurgie.

Nous envisagerons en premier lieu le fonctionnement du bloc opératoire du CHAC puis l'organisation de la chirurgie au sein du GHT PA.

I. Organisation et fonctionnement du Bloc Opératoire du CHAC.

En 2016, plusieurs difficultés de fonctionnement au niveau du bloc opératoire du CHAC avaient été relevés (déclaration d'évènement indésirables, retards dans le démarrage des programmes, mécontentement du personnel paramédical du bloc opératoire).

Ces difficultés avaient provoqué une grève des personnels de plus d'un mois en 2017 et avaient conduit la gouvernance du CHAC à demander à la tutelle une mission d'appui.

Le fonctionnement du bloc opératoire a été révisé et nettement amélioré en 2017 par la mise en place d'un Conseil des blocs qui prévoit une réunion trimestrielle et une réunion annuelle du bloc obstétrical.

Une actualisation de la charte du bloc a été validée en novembre 2017, le logiciel DX Bloc a été déployé en septembre 2017 ; ainsi, la planification opératoire a pu être réactualisée et optimisée, la prise en charge des patients s'en est trouvée améliorée avec en particulier diminution du temps d'attente par une planification précise et respectée.

L'ensemble des mesures prises a permis une nette amélioration du fonctionnement du bloc opératoire et ont également permis de revenir à une ambiance de travail plus sereine.

Ces modifications du fonctionnement du bloc opératoire du CHAC se trouvent explicitées en Annexe 1.

II. Le GHT PA (CHIVA et CHAC) en chirurgie et obstétrique

1. Objectifs

Les deux seuls centres hospitaliers du territoire des Pyrénées Ariégeoises habilités à pratiquer la chirurgie et la gynécologie obstétrique sont le CHIVA, hôpital pivot situé à St Jean de Verges, entre Foix et Pamiers et le CHAC, situé à St Lizier, à proximité de St Girons, dans le Couserans.

La mission confiée par l'ARS Occitanie consiste à évaluer les possibilités actuelles et à venir de ces deux disciplines dans le cadre du GHT des Pyrénées Ariégeoises en précisant que le CHAC, de par sa localisation bénéficie de l'exception géographique.

Il est évident que le besoin de renforts du GHT en chirurgie et en obstétrique aura une incidence sur les effectifs de médecins anesthésistes réanimateurs.

2. Etat des Lieux

Les situations respectives des deux hôpitaux, au niveau des équipes médicales concernées par le GHT PA ont été abordées lors de deux réunions préparatoires.

La première, en date du 18 mai 2018 réunissait les Drs Houssari et Roques, chirurgiens du CHIVA et le Dr Maestracci chirurgien du CHAC. La problématique abordée concernait en premier lieu le maintien de la chirurgie H 24 sur le Couserans en raison de la possibilité de recours nocturne à des compétences chirurgicales dans le cas d'incidents d'accouchements comme les césariennes inopinées, les hémorragies du post-partum et les éclampsies. La nécessité de recrutement de chirurgiens dans le cadre du GHT a bien sûr été évoquée (cf. Annexe 2).

La seconde réunion s'est tenue le 26 juin 2018 et a réuni les Présidents de CME, M. le Dr Pohlmann (CHIVA) et le Mme le Dr Baqué (CHAC) et les directeurs des 2 établissements, M. Viguier pour le CHIVA et M. Sajus pour le CHAC. Les mêmes préoccupations ont été abordées sur les questions relatives à la maternité du CHAC et aux équipes chirurgicales. Le rôle du GHT a également été souligné avec pour objectif le maintien de l'activité de la maternité et de la chirurgie sur ce site. Les participants s'accordent sur le fait de la difficulté de recrutement de praticiens, en particulier de chirurgiens sur le territoire (cf. Annexe 3).

A. Le département de l'Ariège est pourvu de quatre établissements hospitaliers :

- Le CHIVA (Foix-Pamiers) sur 2 sites, à St Jean de Verges et à Lavelanet (ex-CHPO) à la suite de la fusion des 2 établissements.
- Le CHAC (St Girons) à St Lizier
- Le Centre Hospitalier St Louis à Ax les Thermes (CHSL)
- Le Centre Hospitalier Jules Rouse à Tarascon sur Ariège (CHJR).

Les difficultés actuelles sont liées à la localisation du CHAC dans le département ariégeois car situé dans une zone classée « exception géographique » (Fig. 1) ; dix-huit vallées convergent vers St Girons ; de plus, le Couserans qui constitue la partie occidentale du département n'a pas de liaison routière rapide vers Foix-Pamiers ; l'accès plus facile vers les structures hospitalières publiques ou libérales de l'agglomération toulousaine est un facteur important de fuite de la population du Couserans.

Le taux de fuite pour la chirurgie du CHAC est de l'ordre de 60% vers les établissements de

la région toulousaine ; en médecine ce taux est d'environ 40% ; par contre le taux de fuite en obstétrique est très faible à environ 10%.

Le lien Ville-Hôpital, structuré par l'Association RIVHAC (Regroupement Ville Hôpital Ariège-Couserans) est actif au niveau du bon adressage des généralistes vers le CHAC en fonction des compétences disponibles sur cet établissement.

Un autre élément est à prendre en considération : la disparition de toute structure d'hospitalisation libérale dans le département de l'Ariège.

Toutefois, certaines équipes chirurgicales du secteur libéral toulousain ont des activités sur les hôpitaux du département, comme les urologues de la clinique des Cèdres au CHIVA et un chirurgien orthopédiste de la clinique Médipôle au CHAC, une journée par semaine.



Fig. 1 : L'exception géographique du Couserans dans le département de l'Ariège. Par facilité de circulation et aussi sans doute par habitude, la grande majorité des fuites se fait vers l'agglomération Toulousaine et peu vers le CHIVA.

B. Les équipes chirurgicales et anesthésiques

- CHIVA :

Digestif et viscéral : Drs Houssari, Durigon, Materre, Guttierrez

Gynéco-obstétrique : Drs Boutin, Durliat, Gillon, Moya del Corral, Surga, Becsi.

Orthopédie : Drs. Pelissier, Piton, Roques, Segonds
 Ophtalmologie : Drs Faure, Nguyen
 ORL : Dr Courant
 Urologie : Equipe médicale de la clinique des Cèdres
 (Cornebarrieu)
 Anesthésie-réanimation : 8,34 ETP au bloc opératoire et 5 en réanimation

- CHAC :

Chirurgie générale : Drs Maestracci, Baux (nov 2018)
 Orthopédie : Drs Combes, Boutin, Delannes
 Gynécologie : Drs Delchambre, Dupont.
 Ophtalmologie : Drs Honegger, Badre
 ORL : Dr Courant
 Urologie : équipe CHU : Prs Soulié

Anesthésie-réanimation : 4 ETP au total, dont 2 à mi-temps.

C. L'activité en chirurgie et gynécologie-obstétrique :

- Le CHIVA :

Le total des actes chirurgicaux s'élève à 7026 interventions en 2016 et à 7290 en 2017 soit 3,75% d'augmentation. Ces chiffres prennent en compte les activités endoscopiques réalisées en bloc opératoire par des équipes médicales : pneumo, cardio et gastro.

*Chirurgie

L'orthopédie est stable (1975/1980) ; on note un léger fléchissement en chirurgie viscérale (-6%), une légère augmentation en gynécologie (+3,7%) et une forte augmentation en ophtalmologie (+76%).

Année	Total*	Ortho	Viscéral	Gynéco	Oph	ORL-Stomato	Urologie
2016	7026	1975	1365	1092	372	301	287
2017	7290	1980	1278	1136	656	299	226

*Total des actes en bloc opératoire, y compris pneumo, cardio et gastro (non chirurgicaux)

*Obstétrique : La maternité de niveau 2 du CHIVA enregistre une activité élevée avec 1056 accouchements en 2015, 964 en 2016 et 984 en 2017.

L'activité en urgence :

Le total des actes réalisés entre 18h et 8h le lendemain s'élève à 400 interventions en 2017 ; La part de la gynécologie-obstétrique est de 46,5%, taux qui rend compte du fait que la maternité du CHIVA est de niveau 2. L'orthopédie-traumatologie intervient 145 fois et la chirurgie viscérale 62 fois sur les 12 mois.
 Les chirurgiens sont d'astreinte à domicile.
 Le personnel du bloc opératoire est de garde sur site.

- Le CHAC :

Le total des actes chirurgicaux est de 3161 en 2016 et de 3001 en 2017, chiffres en légère diminution (-5%) en lien très probable avec la grève de trente jours d'avril. Sur ce site également sont comptabilisées les activités endoscopiques des spécialités médicales.

*Chirurgie

Année	Total*	Ortho	Viscéral	Gynéco	Ophtalmo	ORL-Stomato	Urologie
2016	3161	242	853	114	806	92	157
2017	3001	414	799	102	807	69	66

*Total des actes en bloc opératoire, y compris pneumo, cardio et gastro (non chirurgicaux)

L'orthopédie-traumatologie est en forte augmentation (+ 71%) en raison du recrutement récent de deux orthopédistes (praticiens libéraux retraités), les Drs Boutin et Delannes qui assurent chacun deux journées par semaine avec des contrats de praticiens contractuels à 40%. Le Dr Combes exerce au CHAC une journée par semaine en activité libérale.

Les autres activités sont en baisse soit modérée : viscéral (-6%), gynécologie (-10%) soit majeure : urologie (-58%) en tenant compte toutefois de modifications de pratiques concernant les cystoscopies et les biopsies de prostate réalisées au niveau de la consultation et non plus au bloc opératoire dans le but de fluidifier le parcours patient.

*Obstétrique : Les chiffres d'activité sont en dessous des normes avec 225 accouchements en 2015, 218 en 2016 et 187 en 2017. Cette activité est maintenue sur le CHAC en raison du classement en exception géographique ; toutefois, la maternité de cet hôpital est très appréciée par les parturientes du territoire puisqu'en la matière, le taux de fuite est de l'ordre de 10%.

L'activité en urgence :

Les actes ont été recensés sur une période de 4 mois en 2018. On dénombre 25 interventions sur les horaires de garde, soit environ 6 à 7 par mois et un chiffre annuel de l'ordre de 75 actes.

Sur 4 mois, l'activité d'urgence se répartit en 12 interventions en gynécologie-obstétrique dont 9 césariennes (soit 48%), 10 interventions en chirurgie viscérale et 2 en orthopédie.

Le chirurgien titulaire est d'astreinte à domicile, les remplaçants de garde sur le site.

Le personnel du bloc opératoire est en astreinte à domicile.

3. Les perspectives du Groupement Hospitalier de Territoire des Pyrénées Ariégeoises.

La paucité de l'offre de soins en Ariège est préoccupante ; Dans ce département, il n'existe plus de structure d'hospitalisation libérale. Parmi les centres hospitaliers du territoire, seuls deux sont habilités à dispenser des soins en chirurgie et en obstétrique, le CHIVA et le CHAC.

D'autre part, la géographie de ce département de haute et moyenne montagne rend les déplacements locaux difficiles ; à cet égard, le Couserans situé à l'ouest de l'Ariège a des voies d'accès plus faciles, même si elles ne sont pas plus rapides, vers le Comminges et la région Toulousaine que vers Foix et Pamiers. Cela explique en grande partie la fuite de la patientèle vers la Haute Garonne au détriment du CHIVA.

A. Création et missions du Groupement Hospitalier de Territoire des Pyrénées Ariégeoises (GHTPA).

Il a été constitué par convention en date du 29 juin 2016 approuvée et rendue obligatoire par l'ARS Occitanie le 31 août 2016. Il réunit les quatre centres hospitaliers du département et est associé au CHU de Toulouse qui assure les missions d'enseignement, de recherche, de gestion de la démographie médicale et enfin de référence et de recours.

Il convient de noter que, préalablement à la mise en place du GHT, des coopérations inter-hospitalières avaient été organisées ; GCS de biologie en 2008, dossier patient informatisé sur tout le territoire en 2016, Fédération des Urgences qui fonctionne parfaitement et d'autres conventions pour la pédiatrie, la cardiologie, la neurologie, la cancérologie, la néphrologie et l'ORL.

Les missions confiées au GHTPA sont précisées dans le Projet Médico-Soignant élaboré par le collège médical et la CSIRMT de territoire, approuvé et mis en œuvre en janvier 2018 :

- Garantir à la population l'accès à une offre de proximité adaptée aux besoins
- Soutenir la démographie médicale du territoire
- Organiser les parcours de soins au sein du GHT avec filières structurées
- Harmoniser la formation et les pratiques, structurer l'évaluation.
- Promouvoir sur le territoire la Télé-médecine et la Télé-expertise.

Parmi ces missions, le soutien de la démographie médicale dans le territoire fait sans aucun doute partie des plus difficiles, en raison de la répartition actuelle des spécialités médicales, de la disparition des structures d'hospitalisation libérales sur le département et de la tendance confirmée chez les jeunes médecins à s'installer au sein d'établissements déjà bien pourvus dans leur spécialité.

B. Projet d'organisation médicale du GHT Pyrénées Ariégeoises.

Il s'agit ici de circonscrire le projet à la chirurgie, à la gynécologie-obstétrique et à l'anesthésie-réanimation, les autres spécialités médicales n'étant pas directement concernées par cette étude.

L'objectif est de s'appuyer sur les missions confiées au GHTPA, rappelées ci-dessus, afin de fidéliser la patientèle du Couserans et réduire le taux de fuite vers Toulouse.

1. La chirurgie viscérale et orthopédique

La chirurgie est sans aucun doute la spécialité la plus fragile en raison du faible effectif sur le site du CHAC : un seul poste de PH en chirurgie est pourvu par le Dr Maestracci, qui exerce sur le site depuis une trentaine d'années ; grâce à son expérience et à sa formation (ancien Chef de Clinique-Assistant du CHU de Nancy), il a pu maintenir un excellent niveau dans la prise en charge d'un grand nombre de patients du territoire du Couserans en chirurgie générale.

Le CHAC dispose en réalité de trois postes de PH en chirurgie ; les deux postes non pourvus depuis de nombreuses années participent en partie à la rémunération des remplaçants sur le site, pendant les week-ends et les congés du titulaire.

A l'heure actuelle, trois chirurgiens orthopédistes exercent sur ce site ; le Dr Combes, praticien à la clinique Médipole de Toulouse exerce à titre libéral une journée par semaine, les Drs Boutin et Delannes, chirurgiens retraités, exercent au CHAC au titre de praticiens contractuels deux journées par semaine chacun, couvrant ainsi les jours ouvrés de la semaine.

Enfin, le recrutement d'un chirurgien viscéral, sur un statut de praticien contractuel, le Dr Baux est prévu pour début novembre 2018.

Bien évidemment, ces recrutements auront une durée limitée et le seul poste de chirurgie pourvu sur le CHAC sera vacant d'ici deux ou trois ans.

Au niveau du CHIVA, hôpital pivot du territoire, les équipes chirurgicales sont certes plus fournies ; 3 chirurgiens digestifs, 7 gynéco-obstétriciens dont un pratique aussi la chirurgie générale et participe aux gardes, 4 chirurgiens orthopédistes, 2 ophtalmologistes, 1 ORL et en urologie l'équipe de la Clinique des Cèdres.

Le problème se situe donc au niveau de la chirurgie générale (viscérale et digestive) du fait du nombre insuffisant de praticiens pour assurer la permanence des soins.

Dès lors, il convient d'envisager le recrutement dans le cadre du GHT de deux, voire trois chirurgiens généralistes (viscéraux) exerçant sur les deux sites. A noter toutefois que l'un des gynécologues-obstétriciens du CHIVA possédant la qualification en chirurgie générale souhaiterait participer à l'activité du CHAC une journée par semaine plus une nuit de garde.

En traumatologie-orthopédie les 4 chirurgiens du CHIVA ne seront pas en mesure d'assurer des gardes au CHAC dans le cadre du GHT. Il faut donc envisager soit de renforcer cette équipe soit de diriger les urgences de cette spécialité directement vers le CHIVA.

2. La gynécologie-obstétrique

Cette spécialité, relativement bien pourvue en effectifs médicaux devrait pouvoir assurer l'activité réglée et d'urgence sur les deux sites ; 7 praticiens au CHIVA et 2 au CHAC

Plusieurs praticiens des deux hôpitaux seraient favorables à un fonctionnement partagé dans le cadre du GHT, sous la forme d'une équipe territoriale.

3. L'anesthésie-réanimation.

Les effectifs en anesthésie-réanimation sur le CHIVA se montent à 5 ETP en unité de réanimation et 8,3 ETP pour les activités du bloc opératoire.

Quant au CHAC, il dispose de 5 médecins anesthésistes dont 2 à mi-temps (4 ETP) qui travaillent indifféremment au bloc opératoire, et en Soins Intensifs Respiratoires-SMC.

Le maintien de l'activité de Soins intensifs respiratoires est inscrit dans le projet médical partagé du GHT.

Ces chiffres montrent la relative fragilité de ces équipes, d'autant que des départs en retraite sont prévus sur les deux ou trois prochaines années.

Il conviendra donc de prévoir un certain nombre de recrutements dans ces délais.

4. CONCLUSIONS

Parmi ses missions, le Groupement Hospitalier de Territoire des Pyrénées Ariégeoises a pour objectif de garantir à la population l'accès à une offre de proximité adaptée aux besoins de la population.

Les deux centres hospitaliers qui proposent une offre de soins en chirurgie et en obstétrique sont le CHIVA (Foix-Pamiers) et le CHAC (St Girons). Ce dernier draine une partie de la patientèle du Couserans mais il faut souligner les taux de fuite non négligeables vers Toulouse sauf en obstétrique.

Le renforcement des équipes médicales des deux centres hospitaliers dans le cadre du GHT devrait aboutir à une diminution significative de ces fuites de patients.

Pour atteindre les objectifs du GHT PA, il est nécessaire de constituer et mettre en place les équipes territoriales en chirurgie générale et viscérale et en gynécologie-obstétrique et à un degré moindre en orthopédie. Pour assurer une activité correcte de ces disciplines, il sera probablement nécessaire de renforcer les équipes de médecins anesthésistes-réanimateurs.

Dès lors, ces dispositions devront faire l'objet de concertations entre les deux établissements, équipes médicales et directions sous le contrôle de l'Agence Régionale de Santé Occitanie.

ADDENDUM : Réunion du 3 décembre 2018-CHIVA-CHIRURGIE

Présents : Drs Roques, Piton, Segond, Pélissier, orthopédistes
Drs Houssari, Materre, chirurgie viscérale
Dr Durigon, chirurgie gynécologique
Dr Pohlmann, PCME du CHIVA.
Pr B. Pradère, CHU Toulouse

L'objectif de cette réunion était de faire le point sur les possibilités de coopération entre le CHIVA et le CHAC en matière de chirurgie.

1. Au niveau de l'orthopédie-traumatologie, les propositions sont de réaliser, au niveau du CHAC des consultations et de la chirurgie ambulatoire pendant les horaires de jour.

Avec les réserves suivantes :

Ne pas fragiliser l'activité du CHIVA

Renforcer les équipes soignantes du CHIVA pour assurer deux salles d'urgence en simultané au moins le week-end en journée.

Recrutement d'un chirurgien orthopédiste au CHAC.

Pas d'interférences avec les structures privées externes (activité du lundi au CHAC).

2. En chirurgie viscérale, l'équipe du CHIVA ne souhaite pas développer une activité sur le CHAC, en raison du faible effectif de l'équipe sur l'hôpital pivot.

Annexe 1 Rapport : Bloc opératoire du CHAC : les améliorations récentes du fonctionnement.

Pilotage :

- Mise en place d'un Conseil des blocs (chirurgical et naissance) avec règlement intérieur : nomination d'un président et de deux-vice présidents.
- Tenue trimestrielle d'un Conseil des Blocs + Tenue annuelle d'un Conseil spécifique au Bloc obstétrical
- Réactualisation de la Charte de bloc sur la base des modifications de fonctionnement et validation en conseil de bloc le 22/11/17.
- Formalisation du fonctionnement de la cellule de programmation et de régulation.

Suivi :

- Tableaux de bord : déploiement de DXBLOC (4/9/17) avec production d'indicateurs de performance (retards, rajouts, dépassements, déprogrammations...) en attente de l'achat du logiciel d'analyse pour l'exploitation des données.
- Formalisation et réactualisation de procédures entre le bloc et les unités aux interfaces (pharmacie, brancardage, stérilisation, autres unités).

Planification opératoire :

- Réactualisation et optimisation des plages opératoires hebdomadaires
 - Calcul temps réel d'occupation des salles (TROS) par intervention et par opérateur
 - Détermination du temps de vacation offert (TVO)
 - Planification des TVO en tenant compte des capacités d'hébergement (UCMA)
- Réajustement des plages d'ouverture du bloc
- Adéquation des effectifs à l'activité

Prise en charge du patient

- Déploiement de Dxbloc dans le cadre module du DPIT (04/09/2017) : accès au dossier complet du patient à toutes les étapes du parcours, sécurisation des données
- Informatisation de la check-list
- Respect des normes qualité relatives au compte-rendu opératoire
- Amélioration des temps d'attente préopératoires :
 - planification précise et respectée
 - mise en place d'une véritable marche en avant à l'ambulatoire (création d'un salon de sortie et d'armoires mobiles
 - démarrage plus précoce des activités du bloc

Démarche Qualité

- Prise en compte des recommandations d'amélioration de la visite de certification concernant le management de la prise en charge du patient au bloc opératoire et en endoscopie
- Analyse, Présentation et Prise en compte des résultats du benchmark régional
- Suivi des indicateurs ISO, DEI, CREX -RMM - EPP
- Réalisation d'une analyse approfondie des causes à partir d'une qualification aéraulique non conforme
- Initiation d'une EPP sur endoscopie + audit CPIAS sur endoscopes prévu en 12/2018

Annexe 2 Rapport : réunion chirurgiens CHIVA-CHAC du 18 mai 2018

GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE-Pyrénées Ariégeoises Réunion préliminaire du 18 mai 2018

Cette réunion entre chirurgiens du Centre Hospitalier de FOIX (CHIVA) et de Pamiers (CHAC) a pour objectif principal de prévoir les rôles respectifs de ces deux hôpitaux dans le cadre du Projet Médical de territoire du département de l'Ariège.

Les membres présents à cette première réunion préliminaire sont :

Dr Houssari Youssef (CHIVA)
Dr Roques Bruno (CHIVA)
Dr Maestracci Christian (CHAC)
Pr Pradere Bernard (CHU-Toulouse).

La question de fond est bien sûr le devenir de l'hôpital de St Girons dans le cadre du département de l'Ariège, compte tenu de son « exception géographique » en lien avec le caractère isolé de ce territoire par rapport au reste du département.

Le territoire du Couserans constitue la partie occidentale de l'Ariège et se trouve largement tournée via le réseau routier vers la Haute Garonne (Muret et Toulouse), alors que les accès vers Foix et Pamiers (siège du CHIVA) sont plus complexes.

A l'heure actuelle, le CHAC dispose d'un service de chirurgie à temps plein et d'une maternité dont les chiffres d'activité sont inférieurs à la norme requise.

La question qui se pose est celle du maintien d'une activité chirurgicale à temps plein autorisant de ce fait le maintien d'une maternité sur site même si le taux d'activité est inférieur à la norme. En effet, en cas de disparition de la chirurgie transformée en activité de jour, le maintien de la maternité posera le problème de l'astreinte chirurgicale nocturne.

Dès lors, la première proposition est celle du maintien de la chirurgie à temps plein sur le CHAC.

Dans le cas du maintien de la chirurgie à plein temps sur le CHAC, les Drs Houssari et Roques ainsi que le Dr Maestracci se posent avec raison la question des effectifs sur le territoire.

Le CHAC dispose de trois postes de PH en chirurgie ; un seul est actuellement occupé par le Dr Maestracci. Une demande de recrutement de chirurgien viscéral est en cours. Le troisième poste est vacant.

Combien de praticiens faut-il pour assurer une garde ou une astreinte 7J/7 en chirurgie ?

Comment peut-on les recruter ?

Ces questions sont à l'heure actuelle sans réponse tangible.

Dans le cas d'un maintien de la chirurgie à temps plein sur le CHAC, il sera nécessaire de recruter des chirurgiens sur le territoire ariégeois (GHT), c'est-à-dire sur Foix et St Girons.

De même, il faudra maintenir un effectif suffisant sur les deux sites en gynéco-obstétrique.

L'ARS, en la personne de sa directrice générale, Mme Monique Cavalier a confirmé le soutien actuel de la tutelle sur le maintien de la maternité au CHAC et donc, de ce fait, la nécessité de maintenir la chirurgie à temps plein sur le site.

La seconde étape, à prévoir très rapidement en Juin sera la rencontre des Directeurs d'Établissements et des Présidents des CME des deux hôpitaux.

Une requête est en cours pour trouver une date compatible avec les activités des différents intervenants.

Annexe 3 Rapport : Réunion des PCME et des Directeurs du CHIVA et du CHAC 26 juin 2018

Présents :

Dr E. Pohlmann, PCME du CHIVA,
Dr S. Baqué, PCME du CHAC,
M. J.M. Viguier, Directeur du CHIVA
M. J.P. Sajus, directeur du CHAC
Pr B. Pradère, CHU de Toulouse.

Objectifs de la réunion :

Evaluation de l'offre de soins en chirurgie et en obstétrique sur le territoire de l'Ariège en tenant compte de l'exception géographique du Couserans qui implique le maintien de l'activité obstétricale et de ce fait le maintien de la permanence des soins en chirurgie (risques d'hémorragies de la délivrance, césariennes non programmées...).

Cette réunion s'inscrit dans le cadre de la mission de l'ARS Occitanie sur l'organisation de la chirurgie et de l'obstétrique sur le site du CHAC mais aussi dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire des Pyrénées Ariégeoises qui figure parmi les priorités de travail fixées par l'ARS.

Elle fait suite à la rencontre du vendredi 18 mai réunissant deux chirurgiens du CHIVA, les Drs Housari et Roques et le Dr Maestracci chirurgien du CHAC.

État des lieux :

Le problème majeur est le maintien à terme de la chirurgie et de la maternité sur le site du CHAC.

En effet, sur le territoire de l'Ariège il n'y a plus d'offre de soins libérale en chirurgie ; il convient donc d'organiser cette discipline sur les deux sites hospitaliers, CHIVA et CHAC.

A ce jour, le Centre Hospitalier Ariège-Couserans dispose de trois postes de chirurgiens dont un seul est occupé par le Dr Maestracci. Deux postes sont vacants sur le site dans cette discipline.

En obstétrique, un seul des deux praticiens a les qualifications nécessaires pour effectuer les gestes de chirurgie d'urgence mais souhaite la présence d'un chirurgien viscéral lors des interventions.

Il convient de noter que la maternité du CHAC bénéficie de l'exception géographique, ce qui permet son maintien malgré une activité annuelle inférieure à 300 accouchements par an

Au niveau du CHAC, le poste de PH en chirurgie actuellement occupé par le Dr C. Maestracci couvre trois journées d'astreinte ; les autres jours d'astreinte sont assurés par des remplaçants qui n'interviennent qu'au niveau des urgences sans avoir d'activité programmée au bloc opératoire.

A l'heure actuelle, il n'y a pas de coopération organisée entre CHIVA et CHAC pour ce qui concerne la chirurgie et la gynécologie-obstétrique.

Propositions :

Lors de la réunion du 26 juin les diverses options chirurgicales et obstétricales ont été discutées dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire.

La première hypothèse comporte le passage de la chirurgie en activité de jour, ce qui implique l'absence d'astreinte chirurgicale nocturne et donc menace la maternité de fermeture ; en effet, même si le nombre d'interventions de sauvetage en obstétrique reste heureusement réduit, cette hypothèse ne peut être retenue.

La seconde hypothèse serait de maintenir l'activité obstétricale totale, malgré le nombre d'accouchements inférieur à 300/an (exception géographique) et une activité chirurgicale territoriale et ambulatoire, donc sans permanence des soins chirurgicaux nocturnes. En cas d'urgence obstétricale, mettant en péril la vie de la mère et de l'enfant, le recours à une équipe territoriale chirurgicale basée au CHIVA serait trop long à mettre en œuvre pour assurer le meilleur soin.

La troisième hypothèse serait donc le maintien de l'activité obstétricale au CHAC avec pour corollaire le maintien d'une permanence des soins en chirurgie pour couvrir les risques déjà évoqués.

Cette dernière hypothèse ne peut être envisagée que dans le cadre du GHT des Pyrénées Ariégeoises dans lequel les équipes des deux hôpitaux devront être renforcées pour maintenir l'offre de soins. Il

conviendra d'évaluer les recrutements de praticiens indispensables pour assurer la permanence des soins sur le territoire.

Les recrutements à envisager concernent des praticiens en chirurgie générale (viscérale) mais aussi en gynécologie obstétrique.

Dans le cadre du projet médical et soignant du territoire, il conviendrait que les effectifs en chirurgie s'élèvent à 5 praticiens (au mieux 6) et 8 en gynécologie obstétrique, compte tenu de l'activité cumulée des deux établissements.

Il conviendra également d'examiner les effectifs en anesthésie-réanimation nécessaires au fonctionnement de la chirurgie et de l'obstétrique des deux établissements.

Conclusion :

Les participants s'accordent sur le nécessaire maintien d'un fonctionnement alliant qualité et sécurité pour la maternité du CHAC. Ils retiennent l'hypothèse trois avec la mise en place d'une équipe de territoire mère enfant et le maintien d'une astreinte chirurgicale viscérale sur le CHAC assurée grâce au recrutement territorial de chirurgiens supplémentaires.

Ils sont néanmoins conscients des difficultés actuelles de recrutement des praticiens sur le territoire.

Annexe 4 Rapport : ACTIVITES CHIVA et CHAC 2018

Données d'activité Blocs Opératoires 2018 du CHIVA et du CHAC – PMSI

Discipline	CHIVA	CHAC *
Orthopédie	1567	780
Digestif +générale	900	230
Vasculaire	323	38
Urologie	101	10
Gynéco	426	91
Ophtalmologie	817	575
ORL	265	88
Total 2018	4399	1812
Chir ambulatoire (%)	56%	65%
Actes non chirurgicaux	3100	844
Total activités Bloc Opérateur	8064	2644

* : les données issues du BO du CHAC retrouvent des chiffres différents avec un total d'actes réalisés en 2018 de 3259.

