



Convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Est-Hérault et Sud-Aveyron



Vu la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en son article 107, codifié dans les articles L. 6132-1 à L. 6232-7 du code de la Santé publique relatifs aux Groupements Hospitaliers de Territoire,

Vu le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux Groupements Hospitaliers de Territoire,

Vu l'arrêté portant adoption du projet régional de santé, notamment les schémas régionaux d'organisation des soins de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées.

Pour les Hôpitaux du Bassin de Thau, représentés par leur Directrice

Vu la concertation avec le Directoire en date du 22 juin 2016,

Vu la délibération du 30 juin 2016 du Conseil de Surveillance relative à la désignation de l'établissement support du GHT,

Vu l'avis du 30 juin 2016 du Conseil de Surveillance relatif à la convention constitutive,

Vu l'avis du 27 juin 2016 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 29 juin 2016 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 28 juin 2016 du Comité Technique d'Etablissement.

Pour le CH de Clermont l'Hérault, représenté par sa Directrice

Vu la concertation avec le Directoire en date du 21 juin 2016,

Vu la délibération du 22 juin 2016 du Conseil de Surveillance extraordinaire relative à la désignation de l'établissement support du GHT,

Vu l'avis du 22 juin 2016 du Conseil de Surveillance extraordinaire relatif à la convention constitutive,

Vu la délibération du 21 juin 2016 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu la délibération du 1^{er} juin 2016 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 9 juin 2016 du Comité Technique d'Etablissement.

Pour le CH de Lamalou-les-Bains, représenté par son Directeur

Vu la concertation avec le Directoire en date du 15 juin 2016,

Vu la délibération du 17 juin 2016 du Conseil de Surveillance relative à la désignation de l'établissement support du GHT,

Vu l'avis du 17 juin 2016 du Conseil de Surveillance relatif à la convention constitutive,

Vu l'avis du 13 juin 2016 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 12 mai 2016 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 14 juin 2016 du Comité Technique d'Etablissement.

Pour le CH de Lodève, représenté par son Directeur

Vu la concertation avec le Directoire en date du 20 juin 2016,

Vu la délibération du 22 juin 2016 du Conseil de Surveillance relative à la désignation de l'établissement support du GHT,

Vu l'avis du 22 juin 2016 du Conseil de Surveillance relatif à la convention constitutive,

Vu l'avis du 20 juin 2016 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 9 juin 2016 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 20 juin 2016 du Comité Technique d'Etablissement.

Pour le CH de Lunel, représenté par son Directeur

Vu la concertation avec le Directoire en date du 24 mai 2016,

Vu l'avis du 25 mai 2016 du Conseil de Surveillance relatif à la convention constitutive,

Vu l'avis du 24 mai 2016 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 28 avril 2016 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 25 mai 2016 du Comité Technique d'Etablissement.

Pour le CH de Millau, représenté par son Directeur

Vu la concertation avec le Directoire en date du 14 juin 2016,

Vu la délibération du 24 juin 2016 du Conseil de Surveillance relative à la désignation de l'établissement support du GHT,

Vu l'avis du 24 juin 2016 du Conseil de Surveillance relatif à la convention constitutive,

Vu l'avis du 14 juin 2016 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 29 juin 2016 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 24 juin 2016 du Comité Technique d'Etablissement.

Pour le CHU de Montpellier, représenté par son Directeur Général

Vu la concertation avec le Directoire en date du 21 juin 2016,

Vu la délibération du 27 juin 2016 du Conseil de Surveillance relative à la désignation de l'établissement support du GHT,

Vu l'avis du 27 juin 2016 du Conseil de Surveillance relatif à la convention constitutive,

Vu l'avis du 21 juin 2016 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 22 juin 2016 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 23 juin 2016 du Comité Technique d'Etablissement.

Pour le CH Emile Borel de Saint-Affrique, représenté par sa Directrice

Vu la concertation avec le Directoire en date du 20 juin 2016,

Vu la délibération du 21 juin 2016 du Conseil de Surveillance relative à la désignation de l'établissement support du GHT,

Vu l'avis du 21 juin 2016 du Conseil de Surveillance relatif à la convention constitutive,

Vu l'avis du 23 juin 2016 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 21 juin 2016 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 24 juin 2016 du Comité Technique d'Etablissement.

Pour le CH Maurice Fenaille de Séverac-le-Château, représenté par son Directeur

Vu la concertation avec le Directoire en date du 19 mai 2016,

Vu l'avis du 23 juin 2016 du Conseil de Surveillance relatif à la convention constitutive,

Vu l'avis du 13 juin 2016 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 9 mai 2016 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 17 mai 2016 du Comité Technique d'Etablissement.

Il a été convenu de conclure la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire « Est-Hérault et Sud-Aveyron ».

PREAMBULE

Afin de leur permettre de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge publique commune et graduée du patient dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité, les établissements parties se constituent, par la présente convention, en un Groupement Hospitalier de Territoire.

La création effective du Groupement Hospitalier de Territoire est soumise à l'approbation de cette convention constitutive par le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé.

CONVENTION

TITRE I – CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Article 1 – Composition

Les établissements parties du GHT sont les suivants :

- Hôpitaux du Bassin de Thau,
- CH de Clermont l'Hérault,
- CH Paul Coste Floret de Lamalou-les-Bains,
- CH de Lodève,
- CH de Lunel,
- CH de Millau,
- CHU de Montpellier,
- CH Emile Borel de Saint-Affrique,
- CH Maurice Fenaille de Séverac-le-Château.

Un autre établissement public de santé, un autre établissement ou un service médico-social public peut adhérer à la présente convention ultérieurement à sa signature, dès lors qu'il accepte sans réserve les stipulations de la présente convention.

Son adhésion doit recueillir l'avis favorable du Comité stratégique du Groupement.

Un établissement signataire de la présente convention ne peut être partie d'aucun autre GHT.

Tout établissement partie du GHT qui souhaite quitter le GHT doit le signifier au Comité Stratégique du Groupement et au Directeur Général de l'ARS pour validation. Ils s'assurent également que l'établissement intègre bien un autre GHT à son départ.

Article 2 – Dénomination

La dénomination retenue pour le GHT est « Groupement Hospitalier de Territoire Est-Hérault et Sud-Aveyron ».

Article 3 – Objet du Groupement

Le Groupement Hospitalier de Territoire a pour objet :

- *d'organiser la gradation des soins hospitaliers sur le territoire dans le cadre d'un projet médical partagé au bénéfice premier des patients.*

Le GHT a pour mission de mettre en œuvre un projet médical partagé qui organise une réponse coordonnée aux besoins hospitaliers des patients du territoire en matière de prévention, de soins, de rééducation, d'éducation et de suivi hors les murs notamment par les nouvelles technologies de téléassistance ou de télésuivi. Il s'agit de conjuguer proximité avec recours et référence, de créer une stratégie globale de prise en charge organisant le travail d'équipe dans la pluridisciplinarité et la collégialité.

- *d'assurer la rationalisation des modes de gestion par la mutualisation de certaines fonctions*

Le GHT a également pour but de mettre en commun des fonctions qui seront assurées par l'établissement support du GHT pour le compte des établissements du GHT.

Les modalités de ces délégations et l'organisation du pilotage de ces fonctions mutualisées seront définies par un avenant à la présente convention (cf. article 8).

L'action du GHT est guidée par des principes communs déclinés dans une Charte annexée à la présente convention (Annexe 1).

Article 4 – Droits et obligations des établissements parties

Les responsabilités inhérentes à l'exécution des missions confiées par la loi aux établissements de santé demeurent à la seule charge des établissements signataires, notamment vis-à-vis de leurs patients respectifs.

Les instances des établissements signataires restent compétentes, sous réserve des délégations de compétences qu'elles accordent, par délibération, aux instances du groupement.

La place spécifique de chaque établissement est prise en compte pour la mise en œuvre de la présente convention. Chaque établissement signataire conserve son mode de financement et perçoit la tarification des actes réalisés dans le cadre des activités pour lesquelles il est autorisé. Il reste juridiquement et financièrement autonome.

Un établissement partie, associé ou partenaire du présent GHT peut mener des actions de coopérations engagées dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes de droit public ou de droit privé. Les partenariats conclus par les établissements signataires s'exercent dans le respect du projet médical partagé et des actions menées au sein du présent Groupement Hospitalier de Territoire et sont, le cas échéant, mis en conformité avec la présente convention dans un délai d'un an.

TITRE II – STRATEGIE MEDICALE ET DE SOINS

Article 5 – Projet médical et de soins partagé

Le projet médical et de soins partagé de l'ensemble des établissements parties à cette présente convention définit la stratégie médicale du GHT. Il est élaboré pour une durée maximale de cinq ans.

Le projet médical et de soins partagé définit les objectifs médicaux en matière de service médical rendu et les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Il détermine les principes de l'organisation des activités au sein de chacune des filières en mettant en exergue les niveaux de proximité et de recours.

Les équipes médicales et de soins concernées par chaque filière qu'il mentionne participent à la rédaction du projet médical et de soins partagé, au suivi de sa mise en œuvre et à son évaluation.

Le projet médical et de soins partagé s'appuiera sur une volonté de fédérer personnels médicaux et personnels paramédicaux. Il sera ainsi un projet médical et soignant. Un avenant à la présente convention précisera cette organisation.

Les ressources médicales, de pharmacie et d'odontologie seront structurées afin d'harmoniser leurs pratiques, d'acquérir de nouveaux process et de partager des « savoir-faire et savoir-être ».

Dans ce cadre, des équipes de territoire seront constituées selon la cartographie du GHT.

Le projet médical et de soins partagé poursuit deux objectifs majeurs pour la qualité des soins:

1/ Le principe de subsidiarité dans la gradation des soins. La **prise en charge des patients** la plus adaptée à leurs besoins et à leur pathologie est recherchée dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins et le respect du principe de libre choix du patient. Pour initier cette gradation, sept thématiques prioritaires permettent la mise en œuvre de cet objectif :

- Les urgences
- Les filières spécialisées (psychiatrie, hématologie, pneumologie...)
- La cancérologie
- Les soins de suite et de réadaptation
- Un projet commun de biologie médicale
- Un projet commun d'imagerie diagnostique et interventionnelle
- Un projet commun de pharmacie

La psychiatrie et la santé mentale font partie intégrante des thématiques de travail au sein du GHT au même titre que les autres disciplines hospitalo-universitaires et sont un enjeu de prise en charge des patients pour l'ensemble des établissements du territoire.

2/ Le **partage de l'information, des compétences et des habiletés** entre tous les établissements parties afin de faciliter et d'améliorer la coopération au sein du GHT.

Ce partage d'informations se fera autour de cinq axes principaux :

- L'information médicale
- La recherche médicale et paramédicale
- La formation médicale
- L'attractivité médicale
- La coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels

En outre, le GHT contribuera à la réflexion sur les nouvelles organisations sanitaires et de formation tenant compte de l'organisation régionale issue de la loi du 7 août 2015 portant nouvelle organisation territoriale de la République et ayant conduit à la création de la nouvelle région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées (subdivision de l'internat, SAMU/SMUR, territorialité de la santé mentale notamment en Aveyron).

Les projets médicaux des établissements parties doivent être conformes au projet médical partagé du Groupement. Les orientations stratégiques du projet médical et les principes de l'organisation par filières sont annexés à la présente convention (Annexe 2).

Un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré en lien avec les équipes soignantes concernées de chaque filière.

Article 6 – Délégation ou transfert de compétences et d'activités

De manière générale, chaque établissement partie reste détenteur de ses autorisations.

Dans le cadre de l'élaboration du plan régional de santé et du schéma régional d'organisation des soins, les établissements parties prenantes au Groupement se coordonnent sur leur stratégie concernant les activités soumises à autorisation. Par exception et après accord de chaque établissement, des autorisations d'activité pourront être mutualisées.

La stratégie et la programmation des autorisations délivrées in fine par l'ARS (équipements et activités) reposent sur le principe de la coordination entre les établissements parties au groupement en amont de toute demande afin de participer à la cohérence de l'offre de soins sur le territoire du GHT.

Les conventions d'association qui seront conclues entre le CHU de Montpellier et d'autres GHT pourront prévoir un dispositif de coordination pour les demandes d'autorisations, notamment avec le GHT Ouest-Hérault afin de garantir la cohérence départementale.

Le GHT permet de gérer en commun certaines fonctions, activités et autorisations d'installation des équipements lourds grâce à des délégations d'activités mentionnées au II de l'article L. 6132-3 entre les établissements parties au Groupement.

TITRE III – ORGANISATION ET FONCTIONS MUTUALISEES

Article 7 – Missions spécifiques du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier

Le CHU de Montpellier, partie à la présente convention, assure pour le compte des autres établissements les missions mentionnées au IV de l'article L.6132-3 du code de la Santé publique, sans qu'il soit nécessaire de conclure une convention d'association spécifique :

- les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux, de pharmacie et d'odontologie organisées sous la responsabilité des UFR correspondantes, contribuant de fait au maillage du territoire par des professionnels connaissant les besoins en santé et à l'adaptation des profils aux missions des divers établissements constituant le GHT ;
- les missions de prospective et de gestion de la démographie médicale qui constituent également un des axes du projet médical partagé avec l'attractivité et les temps médicaux ;
- les missions de recherche médicale et paramédicale qui constituent un des axes du projet médical et de soins partagé ;
- les missions d'innovation en santé et de mise en œuvre de nouvelles technologies : l'enjeu étant que le plus grand nombre de patients accède aux pratiques innovantes scientifiquement validées, dans un cadre sécurisé, pertinent ;
- les activités de référence (interrégionales voire nationales) et de recours.

Article 8 – Les mutualisations au sein du GHT

Les établissements parties engagent des actions de mutualisation des fonctions ou activités cliniques, médico-techniques ou supports visant la rationalisation des modes de gestion dans le cadre d'une démarche de groupe impliquant les équipes de l'ensemble des établissements du groupement.

Qu'elles relèvent des domaines dévolus à l'établissement support par la loi, ou d'activités organisées en commun par les établissements parties ou d'activités déléguées à l'établissement support par les établissements de manière facultative, les mutualisations de fonctions ou d'activités sont organisées selon les principes de responsabilisation, de concertation et d'écoute de tous les acteurs concernés.

En application du décret n°2016-524, le Directeur de l'établissement support assure les quatre fonctions suivantes pour le compte des établissements parties du GHT en s'appuyant sur les équipes de l'ensemble des établissements du Groupement :

1. Un système d'information hospitalier convergent

Un schéma directeur du Système d'Information hospitalier du GHT, conforme aux objectifs du projet médical et de soins partagé, est élaboré par le Directeur de l'établissement support du Groupement, après concertation avec le Comité Stratégique.

2. La fonction achats

Elle comprend les missions suivantes :

- l'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement ;
- la planification et la passation des marchés ;
- le contrôle de gestion des achats ;
- les activités d'approvisionnement à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques ;
- l'élaboration d'un plan d'action des achats du GHT.

Les établissements parties au GHT élaboreront conjointement une organisation cible, une gouvernance et des modalités de fonctionnement répondant aux missions citées plus haut pour la mise en œuvre d'une fonction achats mutualisée.

L'établissement support responsable de la fonction achats du GHT s'engage à piloter sa mission en considération des besoins émis par les établissements partenaires en les associant à la priorisation, et en tenant compte des orientations des politiques nationales et régionales. Il s'engage également à en assurer le suivi au Comité Stratégique.

Les modalités et le calendrier de mise en œuvre du pilotage de la fonction achats au sein du GHT seront validés par le Comité Stratégique sur la base d'une procédure précisée dans le

règlement intérieur, laquelle sera élaborée à partir d'une analyse juridique et fonctionnelle réalisée par l'établissement support.

3. Le DIM de territoire

Le Département d'Information Médicale de territoire procède à l'analyse de l'activité de tous les établissements parties au GHT. Le médecin responsable du DIM de territoire est désigné par le Directeur de l'établissement support sur proposition du Président du Collège médical. Il a autorité fonctionnelle sur les personnels du DIM.

Le médecin responsable du DIM de territoire assure :

- la coordination des relations entre le DIM et les instances médicales de chacun des établissements parties au groupement en lien avec les directeurs des établissements. Un médecin référent du DIM de territoire assiste à la CME des établissements parties au Groupement ;
- le compte-rendu, au moins une fois par an, de l'activité des établissements parties au Comité stratégique.

Il a pour missions de :

- préparer les décisions des instances compétentes des établissements parties au travers d'un plan d'action présenté devant le Comité Stratégique ;
- participer à l'analyse médico-économique de ces données pour permettre leur utilisation dans la mise en œuvre du projet médical et de soins partagé ;
- contribuer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients ;
- contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties.

4. Les instituts et les écoles de formation paramédicale

La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale et la coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement sont réalisées.

Des avenants préciseront les modalités d'organisation et de gestion de ces fonctions mutualisées.

TITRE IV – GOUVERNANCE

Article 9 – Désignation de l'établissement support

L'établissement support du GHT est le CHU de Montpellier dont le siège est situé 191 avenue du Doyen Gaston Giraud, 34 295 Montpellier Cedex 5.

Cette désignation a été approuvée par les deux tiers des Conseils de Surveillance des membres du GHT dont les délibérations sont visées ci-avant.

Article 10 – Comité stratégique

Le Comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention constitutive, du projet médical et de soins partagé ainsi que sur la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions. Il arrête un programme de travail annuel.

Il propose au Directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical et de soins partagé.

Le Comité stratégique élabore et adopte le règlement intérieur, après consultation des instances communes et des instances des établissements parties au Groupement.

Composition

Il comprend pour chaque établissement membre du Groupement :

- les Directeurs des établissements visés à l'article 1 ou leurs représentants,
- les Présidents des Commissions Médicales d'Etablissements visés à l'article 1 ou leurs représentants,
- les Présidents des Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques visés à l'article 1 ou leurs représentants,
- le Directeur de l'unité de recherche et de formation médicale ou son représentant,
- les Directeurs des UFR d'odontologie et de pharmacie, de la composante maïeutique qui pourront être associés selon les thématiques de travail,
- le Président du Collège médical,
- le Président de la CSIRMT de Groupement,
- le médecin responsable du DIM de territoire.

En fonction de l'ordre du jour, le Comité stratégique peut être élargi à toute personne apportant des éléments complémentaires à la connaissance du Comité.

Gouvernance

Le Comité stratégique est présidé par le Directeur de l'établissement support.

Le vice-Président du Comité stratégique est le Président du collège médical. Le mandat du vice-Président du Comité stratégique est de cinq ans, cependant il prend fin si son titulaire quitte son établissement ou cesse d'exercer les fonctions au titre desquelles il était membre du Comité stratégique ou Président du collège médical de groupement.

Article 11 – Collège médical

Un Collège médical représentant les Commissions médicales d'Etablissement de chaque membre du GHT est mis en place.

Son Président et son vice-Président sont élus parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

Le Président coordonne la stratégie médicale du GHT, assure le suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation. Il en dresse le bilan annuel.

Un avenant précisera les compétences déléguées au collège médical et le règlement intérieur organisera les modalités de fonctionnement de ce Collège.

Les avis émis par le Collège médical de Groupement sont transmis aux membres du Comité stratégique du Groupement ainsi qu'à chacune des CME des établissements parties.

Article 12 – Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement

Une Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement représentant les CSIRMT de chaque établissement est mise en place.

Elle est composée, pour chaque établissement partie, des Présidents des CSIRMT de chaque établissement. Son Président est un coordonnateur général des soins, désigné par le Directeur de l'établissement support. Un avenant précisera la composition et les modalités de fonctionnement de cette commission.

Les avis émis par la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques de Groupement sont transmis aux membres du Comité stratégique du groupement ainsi qu'à chacune des CSIRMT des établissements parties.

Le Collège médical de Groupement et la CSIRMT de Groupement se réunissent au moins deux fois par an en séance mixte pour des avis concernant le programme de travail commun aux deux instances. Le règlement intérieur de chaque instance précisera la composition et les modalités de fonctionnement de cette réunion.

Article 13 – Instance des usagers

L'instance des usagers du Groupement est mise en place dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, après avis des commissions des usagers des établissements parties.

Le Comité des usagers ou la commission des usagers de Groupement (à déterminer par la majorité des CDU des établissements parties) est présidé(e) par le Directeur de l'établissement support du Groupement ou son représentant.

Un avenant précisera la dénomination définitive après consultation des CDU des établissements parties et un règlement intérieur détaillera le fonctionnement et les compétences de l'instance des usagers.

Il est notamment associé à l'élaboration du compte qualité unique du Groupement Hospitalier de Territoire.

Les avis émis par le Comité des usagers sont transmis aux membres du Comité Stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties.

Article 14 – Conférence territoriale du dialogue social

La Conférence territoriale du dialogue social comprend :

- le Président du Comité stratégique, Président de la Conférence, ou son représentant,
- un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un Comité Technique d'Etablissement d'un établissement partie au groupement,
- des représentants des organisations syndicales représentées dans plusieurs CTE qui disposent d'une représentation élargie selon les modalités à définir dans le règlement intérieur de cette Conférence,
- avec voix consultatives, le Président du Collège médical, le Président de la CSIRMT de Groupement et d'autres membres du Comité Stratégique désignés par son Président.

La Conférence territoriale de dialogue social est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du GHT.

Article 15 – Comité territorial des élus locaux

Le Comité territorial des élus locaux est composé :

- des représentants des élus des collectivités territoriales aux Conseils de surveillance des établissements parties au Groupement,
- des maires des communes sièges des établissements parties au Groupement ou leurs représentants,
- du Président du Comité stratégique ou son représentant
- des Directeurs des établissements parties au Groupement ou leurs représentants
- du Président du Collège médical de Groupement ou son représentant

Le Comité territorial des élus locaux élit son Président parmi ses membres pour une durée de cinq ans. Le Comité se réunit au moins une fois par an, soit à la demande du Directeur du Comité Stratégique, soit à la demande de son Président, soit à la demande d'au moins deux tiers de ses membres.

Un avenant précisera les compétences, les missions ainsi que le fonctionnement retenu pour ce Comité.

Il est chargé d'évaluer et de contrôler les actions mises en œuvre par le Groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du Groupement. A ce titre, il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

TITRE V – CERTIFICATION

Article 16 – Certification HAS

Les établissements parties du GHT se dotent d'un compte qualité unique en vue de la certification conjointe prévue à l'article L. 6132-4. Cette certification donne lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements parties du Groupement.

TITRE VI – FINANCES

Article 17 – Etats prévisionnels des recettes et des dépenses

Les établissements parties au Groupement Hospitalier de Territoire présentent au Comité Stratégique, au plus tard quinze jours avant la transmission prévue à l'article R. 6145-29, leur Etat des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que leur Plan global de financement pluriannuel selon le modèle réglementaire.

TITRE VII – FONCTIONNEMENT

Article 18 – Communication des informations

La présente convention et tout avenant ultérieur seront communiqués pour information aux établissements parties et à leurs instances.

Chacune des parties s'engage à communiquer aux autres établissements toutes les informations qu'elle détient et qui sont nécessaires à la mise en œuvre du Groupement, notamment toutes les coopérations conclues par les établissements parties, associés et partenaires.

Article 19 – Conciliation, médiation et sortie du GHT

Les établissements parties du GHT mettent en place un dispositif de médiation qui sera mis en œuvre en cas de conflit entre les établissements parties afin de trouver les moyens de conciliation.

En cas de persistance du conflit et des désaccords, tout établissement partie du GHT qui souhaiterait quitter le GHT devra le signifier au Comité Stratégique du Groupement et au Directeur général de l'ARS pour validation. Le règlement intérieur du GHT précisera les modalités de sortie du GHT, les impacts économiques, organisationnels et humains de la

sortie d'un des membres ainsi que les conséquences pour l'établissement sortant. Une sortie du GHT ne pourrait intervenir qu'après la période de clôture comptable.

Article 20 – Avenants

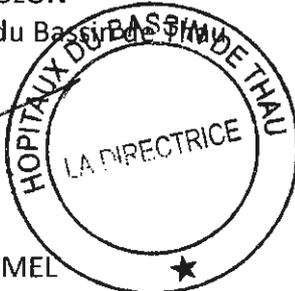
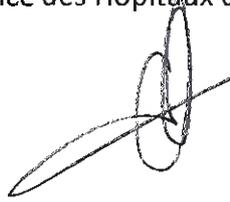
La présente convention peut être modifiée par décisions concordantes des établissements partenaires, modifiant les compétences et activités ainsi déléguées ou transférées.

Article 21 – Durée de la convention

La présente convention est conclue pour une durée de 10 ans.

Fait à Montpellier, le 30 juin 2016

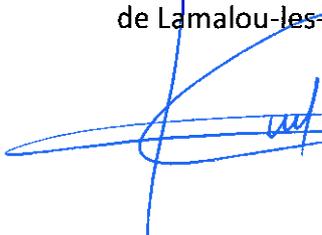
Claudie GRESLON
Directrice des Hôpitaux du Bassin d'Arles



Florence FRIES
Directrice du CH de Clermont l'Hérault



Ronald KUHMEI
Directeur du CH Paul Coste Floret
de Lamalou-les-Bains



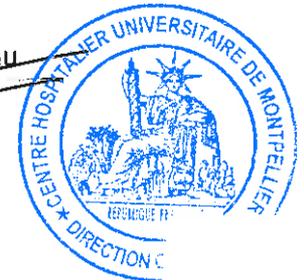
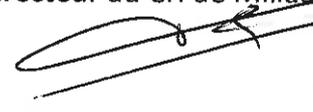
Patrick TRIAIRE
Directeur du CH de Lodève



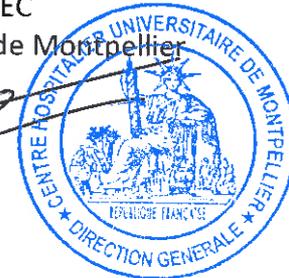
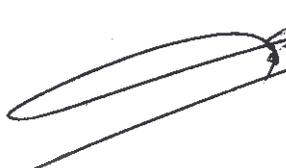
Bertrand VANNEUFVILLE
Directeur du CH de Lunel



Thomas LE LUDEC
Directeur du CH de Millau



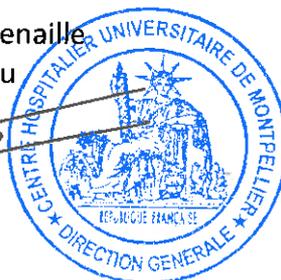
Thomas LE LUDEC
Directeur Général du CHU de Montpellier



Dominique SAUVAIRE
Directrice du CH Emile Borel
de Saint Affrique

*Sous réserve
de courrier du 30/06/2016*

Thomas LE LUDEC
Directeur du CH Maurice Fenaille
de Séverac Le Château



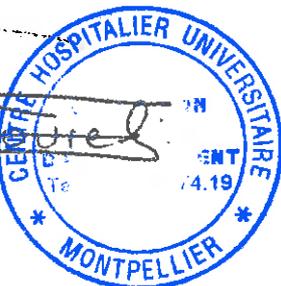
Convention constitutive du
Groupement Hospitalier de Territoire
Est-Hérault et Sud-Aveyron

Visa de M. le Doyen de l'UFR de Médecine, Pr Jacques BRINGER



UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ
DE
MÉDECINE

Visa de M. le Président de la Commission Médicale d'Etablissement de l'Etablissement support, Pr Patrice TAOUREL



CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE
MONTPELLIER
Tel. 04.67.14.19

LISTE DES ANNEXES

Annexe 1 : Charte du GHT

Annexe 2 : Les grands objectifs du Projet médical et de soins partagé

ANNEXE 1

CHARTRE DU GHT « EST-HERAULT ET SUD-AVEYRON »

La Vision

Le Groupement Hospitalier de Territoire « Est-Hérault et Sud-Aveyron » promeut une approche centrée sur le patient de son premier contact avec l'hôpital de proximité jusqu'à sa prise en charge dans des secteurs d'activités de recours et de recherche. Il vise à renforcer le service rendu à la population en évitant les déplacements, les hospitalisations et les attentes inutiles, en adaptant son orientation et la durée des soins à l'état clinique du patient et aux données actuelles de la science. Les professionnels de santé promeuvent des modes d'actions en adéquation avec cette vision. La gouvernance du GHT « Est-Hérault et Sud-Aveyron » accorde une visibilité aux réalisations exemplaires de ses membres.

Les Valeurs

Le patient est l'acteur de sa prise en charge et exerce pleinement ses droits individuels. Il participe à l'évaluation du dispositif directement ou par la voix des représentants des usagers.

Le travail d'équipe interprofessionnel est une garantie de qualité de cette prise en charge tout au long du continuum de soins de la proximité au recours.

Les professionnels hospitaliers de tous les établissements membres ont accès à une information régulière sur la vie et les réalisations du groupement hospitalier de territoire.

Le service public hospitalier de proximité doit être promu afin de garantir l'égal accès à des soins de qualité grâce à une gradation des niveaux de prise en charge apportant la sécurité des soins requise par l'état de l'art.

Le cadre managérial

Le projet médical du GHT « Est-Hérault et Sud-Aveyron » est le principe directeur des projets médicaux de chaque établissement membre. Il forme le cœur de la stratégie du Groupement.

La communication de chaque membre doit tenir compte de la stratégie du Groupement.

Les établissements publics de santé membres du GHT « Est-Hérault et Sud-Aveyron » favorisent les programmes d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins pour favoriser l'entretien et le progrès des compétences de leurs professionnels.

Les établissements publics de santé sont des entités juridiquement et financièrement autonomes. Ils doivent assurer la Gouvernance du GHT « Est-Hérault et Sud-Aveyron » et mettre en œuvre toutes les mesures nécessaires à la fiabilité de leurs comptes et à leur équilibre budgétaire annuel. Ainsi, le principe de subsidiarité anime le management du GHT « Est-Hérault et Sud-Aveyron ».

La responsabilisation et l'écoute au plus près du terrain sont la base de la formation, de l'action et de l'évaluation des cadres médicaux, soignants, techniques et administratifs.

Les actions de mutualisations sont élaborées, par l'ensemble des acteurs concernés, dans un cadre sécurisé de concertation, de négociation, de consultation et de délibération à partir d'une correcte appréciation des besoins, des coûts, des financements et des gestions de projet.

Un programme de travail annuel et pluriannuel des actions ou prévisions de mutualisations est rendu public auprès des instances du GHT « Est-Hérault et Sud-Aveyron ».

Un label du groupement doit être élaboré et rendu public dans le cadre de sa stratégie de communication.

Les instances sont guidées par un programme de travail annuel et pluriannuel. Chaque saisine du programme de travail fait l'objet d'une feuille de route donnée à des pilotes de projet chargés en premier lieu de réaliser une note de cadrage de leur projet avant de mettre en place tout groupe projet ad hoc.

Les territoires au sein du GHT « Est-Hérault et Sud-Aveyron »

Le **service public hospitalier du Sud Aveyron** doit être organisé et soutenu afin de mieux couvrir les besoins de santé d'une population de 60 000 habitants. L'urgence est forte compte tenu des fragilités récurrentes de son offre de santé en soins primaires comme dans les CH de Millau et Saint-Affrique. Il doit être pensé en lien avec le CHU de Montpellier et de manière plus ponctuelle avec le service public hospitalier de la Lozère.

Le **service public hospitalier du Bassin de Thau** subit une pression concurrentielle et une pression démographique saisonnière. Des actions ciblées de coopérations avec le CHU de Montpellier sont de nature à conduire un renforcement réciproque, y compris dans le domaine de la recherche clinique. Des mutualisations sont possibles dans des champs d'actions qui seront recensées dans le cadre du programme de travail du GHT « Est-Hérault et Sud-Aveyron ».

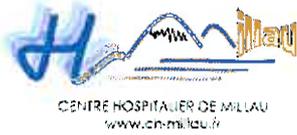
Le **service public des hôpitaux de proximité** doit être en confiance avec le CHU de Montpellier. Les partenariats locaux avec la médecine de ville et les cliniques privées seront pris en compte. Le CHU de Montpellier doit se rendre plus accessible pour les praticiens y exerçant.

Un **cadre d'association de l'Institut du Cancer de Montpellier (ICM)** est prévu compte tenu de sa participation au service public hospitalier (soins, enseignement, recherche) et de la prévalence des maladies cancéreuses. La coopération avec le CHU de Montpellier doit assurer la lisibilité des filières (oncologie médicale, spécialités d'organes, chirurgie, imagerie, biologie et pathologie) et la capacité à étendre les inclusions de patients dans les protocoles de recherche.

ANNEXE 2



Orientations stratégiques du Projet Médical et de Soins Partagé du Groupement hospitalier de territoire Est-Hérault et du Sud-Aveyron



Préambule

La constitution du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de l'Est-Hérault et du Sud-Aveyron trouve ses racines dans un maillage historique de l'offre de soins au sein de ses bassins de vie, construit par des échanges anciens basés sur des coopérations médicales fortes, une intégration progressive des acteurs de soins dans des réseaux structurés et une volonté de partager un espace de circulation commun des patients.

Les établissements du Bassin de Thau, de Clermont-l'Hérault, Séverac-le-Château, Lamalou-les-Bains, Lodève, Lunel, Millau, Montpellier, Saint-Affrique se constituant en GHT affirment une volonté commune de promouvoir un service public hospitalier coordonné et de s'organiser pour penser le parcours-patient de demain innovant et en correspondance avec les évolutions numériques, médicales et sociétales.

Sa mise en place est marquée par un triple objectif à destination des patients du territoire de circulation et de vie ainsi constitué :

1. Organiser une prise en charge partagée des patients entre Etablissements Publics de Santé de territoires reliés, un Service Public Hospitalier accessible, efficient, responsable et en maillage avec la médecine libérale de proximité,
2. Instaurer une médecine de parcours, intégrative et pluri-professionnelle,
3. Recentrer la réalisation des soins dans les lieux les plus adaptés aux patients, selon le principe de gradation de l'offre.

Le projet médical et de soins du GHT de l'Est-Hérault et du Sud-Aveyron a pour enjeu de développer une médecine de qualité, sûre, innovante :

- Prédictive,
- Personnalisée,
- Participative,
- Coordinée,
- Qualitative et sécuritaire.

Les acteurs de soins au sein du GHT vont devoir appréhender les stratégies d'un « nouveau groupe » aux contours définis et, de fait, mettre en place des modes de fonctionnement plus souples et participatifs. Cette performance managériale ne pourra être accomplie qu'avec une implication forte des personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs, nécessitant un accompagnement incitatif.

Particularités Régionales

Les territoires du GHT se distinguent par :

- Une offre de soins globalement supérieure aux moyennes nationales mais inégalement répartie,
- Une présence des établissements privés et des professionnels libéraux plus forte qu'au niveau national,
- Une croissance démographique élevée sur certains territoires,
- Une mortalité prématurée plus forte qu'au niveau national avec une précarité très prononcée et des disparités importantes,
- Un vieillissement avéré de la population, plus particulièrement pour les plus de 75 ans, qui va s'accroître d'ici 2020.

Evolution démographique

Le GHT couvre les arrondissements de Montpellier, Lodève, Millau soit une population de 880.403 habitants en 2012 (données INSEE). Sur les années 2007 à 2012, la croissance démographique a été de 1,2% par an, exclusivement sur les arrondissements de Montpellier et Lodève. Dans la même période, le vieillissement de la population est significatif avec une augmentation annuelle de 3,8% des habitants de 60 à 74 ans et de 2,5% pour les plus de 75 ans.

Est-Hérault- Sud-Aveyron	Population		Evolution annuelle
	2012	2007	
Ensemble	880 403	830 286	1,21%
0 à 14 ans	148 777	142 687	0,85%
15 à 29 ans	178 735	173 138	0,65%
30 à 44 ans	169 450	167 103	0,28%
45 à 59 ans	168 919	163 107	0,71%
60 à 74 ans	134 116	112 721	3,80%
75 ans ou plus	80 405	71 527	2,48%

A l'exception du Sud-Aveyron, le territoire du GHT est caractérisé par un taux de chômage et une précarité (taux de bénéficiaires de la CMU) supérieurs à la moyenne nationale. Ce territoire est fortement urbanisé dans le couloir Languedocien (Lunel, Montpellier, Sète) mais la densité de population est faible vers les Hauts Cantons de l'Hérault et dans le Sud-Aveyron.

Autres éléments de contexte

Il convient de tenir compte dans la constitution du GHT de la nécessité d'adapter les orientations médicales aux besoins des patients, notamment en développant de nouveaux modes de prise en charge :

- L'essor des maladies chroniques et le vieillissement de la population,
- Les nouvelles thérapies comme les biothérapies, la médecine régénératrice,
- Les dépistages et marqueurs génétiques pour les thérapies personnalisées,
- Les suivis à distance : monitoring numériques expérimentaux, téléassistance, télé-expertise...
- Le développement simultané du repérage des maladies rares et de leur suivi générationnel,
- Le positionnement fort du CHU de Montpellier sur les activités de transplantation d'organe (foie, pancréas, rein, cœur, poumons),
- Le développement des activités interventionnelles mini-invasives (robotisation, radiologie interventionnelle),
- Le positionnement régional d'un Trauma center et des Unités Neurovasculaires,
- Le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.

Principes d'élaboration

Les projets médicaux des établissements du GHT s'inscrivent en cohérence avec le projet médical partagé du groupement.

Le projet médical partagé et de soins du GHT décline les objectifs médicaux et paramédicaux en matière de service médical rendu et les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Il détermine les principes de l'organisation des activités au sein de chacune des filières en mettant en exergue les niveaux de proximité et de recours.

Les orientations stratégiques définies sont construites en tenant compte des différences et spécificités de chaque établissement.

Le projet médical et de soins partagé du GHT Est-Hérault et Sud-Aveyron s'inscrit autour d'objectifs majeurs pour la qualité des soins.

<p>ORIENTATION 1 : INSTAURER COLLECTIVEMENT LE PRINCIPE DE SUBSIDIARITE DANS LA GRADATION DES SOINS POUR MIEUX REpondre AUX BESOINS DE LA POPULATION</p>

La **prise en charge des patients** la plus adaptée à leurs besoins et à leur pathologie dans le respect de la qualité et de la sécurité des soins et le respect du principe de libre choix du patient.

Pour initier cette gradation, quatre thématiques prioritaires permettent la mise en œuvre de cet objectif.

1.1 LES URGENCES

(SAMU-SMUR, orientations précoces, permanence des soins)

L'ARS a d'ores et déjà défini les parcours primaires, le SROS et le schéma directeur de la permanence des soins à l'échelle de l'ancienne région Languedoc Roussillon. Il s'agit ici d'affiner les connaissances et les modes de prise en charge aux niveaux des GHT tout en y associant des actions portant sur les ressources humaines, médicales et non-médicales.

Compte-tenu des caractéristiques démographiques et épidémiologiques des bassins de vie concernés, la prise en charge des Accidents Vasculaires Cérébraux est l'une des priorités du projet médical et de soins partagé afin d'éviter les pertes de chance, grâce à la formation, la télé-expertise et la coordination des équipes médicales et paramédicales.

A. Objectifs de prise en charge :

1. Décrire l'organisation collective au regard des missions de chaque structure

Etablir la cartographie des expertises des établissements en utilisant la trame de l'enquête ARS établie 2013 pour les polytraumatisés :

- Pathologies prises en charge,
- Indice de gravité,
- Organisation des prises en charges,
- Niveau gradué de la permanence et de la continuité des soins selon un schéma spécifique au GHT à élaborer,
- Proposition de lignes nécessaires pour les parcours secondaires,
- Spécificités des Urgences pédiatriques.

Les Urgences obstétricales, néonatales et psychiatriques bénéficient déjà de circuits organisés dans la mesure où le CHU est l'établissement de recours. Toutefois ils seront revus à l'échelle du GHT.

2. Développer la régulation des parcours des patients et formaliser les procédures

Affiner les liens réciproques entre établissements :

- Définir les cas de mutations (transports, coopérations inter-établissements),
- Déterminer les modalités de mutation et établir les jonctions,
- Rédiger les conventions sous couvert de l'ARS,
- Cibler les structures ressources et assurer leur visibilité pour des affections particulières pour des personnes porteuses d'un handicap moteur et/ou psychique.

B. Objectifs démographiques et qualitatifs :

1. Accompagner la démographie médicale : internat et post internat

2. Harmoniser les compétences des équipes pluri professionnelles :

- mettre en commun les protocoles des prises en charges,
- maintenir et développer les stages « par comparaison »,
- instaurer un conseil scientifique à l'échelle territoriale,
- définir les activités non postées pour les urgentistes à l'échelle du GHT.

1.2 LES FILIERES SPECIALISEES

Les Centres Hospitaliers connaissent de nombreuses difficultés pour organiser des consultations de spécialistes au sein de leur établissement. En outre, l'adressage de patient est parfois difficile pour des raisons techniques, de communication voire d'organisation au sein du CHU.

Les attendus sont de :

- Déterminer les parcours de soins spécialisés,
- Elaborer une cartographie des spécialités non couvertes par des praticiens hospitaliers ou libéraux sur l'ensemble des territoires,
- Mettre en exergue les complémentarités déjà existantes au sein des bassins de vie,

- Recenser les spécialités critiques où les consultations sont réalisées par le secteur privé afin de maintenir le maillage public-privé qui fonctionne,
- Etablir un état des lieux des partenariats existants,
- Définir les actions à mettre en place : consultations avancées, postes partagés, activités suivies par télémédecine ou téléassistance, visioconférences...
- Favoriser une lisibilité et la communication sur les activités de chacun des établissements du GHT.

1.3 LA CANCEROLOGIE

Les établissements composant le GHT ont souhaité isoler cette thématique dans la mesure où les cancers demeurent la première cause de mortalité en Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées et que les parcours des patients peuvent être complexes. La complexité de ceux-ci nécessite d'accompagner la personne malade pour ne pas la laisser seule planifier son parcours de soins.

Il convient, dans cette pathologie, et certainement plus que pour d'autres, d'établir des liens étroits entre les médecins référents de proximité responsables de l'orientation initiale des patients dans des délais rapides vers les équipes spécialisées. L'après-traitement et l'après-cancer doivent aussi être anticipés. Cette ambition implique une coordination et des échanges d'information entre les professionnels de santé.

Les objectifs sont ainsi définis :

- 1. La Communication : utiliser et partager au mieux les outils de communication**
Fiche RCP, Plan personnalisé de soins, PACS...
- 2. Mettre à disposition les ressources médicales adaptées**
- 3. Développer l'HAD pour la cancérologie**
Réseau Ville-Hôpital, Soins de supports, Soins palliatifs...
- 4. Développer les actions de Formation Continue Pluriprofessionnelle.**

Le CHU de Montpellier et l'Institut du Cancer de Montpellier ont la volonté d'opérer un rapprochement fort de leurs activités afin de pouvoir proposer une offre de soins efficiente et coordonnée. Les parcours de soins ainsi formalisés feront l'objet de travaux dédiés au sein du GHT.

Egalement, les CHU de Montpellier et de Nîmes ont pour objectif de créer une Fédération Hospitalo-Universitaire d'Hématologie clinique, se positionnant comme un pôle d'expertise et de compétences assurant la diffusion des bonnes pratiques, des niveaux de gradation des soins et une mise en place rapide des techniques et traitements innovants.

1.4 LES SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION

Les orientations stratégiques du projet médical relatif à la filière SSR s'appuieront sur :

- une cartographie de l'offre existante, publique et privée, sur les territoires du GHT Est-Hérault et Sud-Aveyron en coordination avec le GHT Ouest-Hérault,
- une évaluation quantitative et qualitative des besoins en SSR polyvalents et spécialisés.

Elles devront prendre en compte également les conditions d'éloignement des centres en proposant un accueil sous forme de « maisons hôtelières » à destination des familles.

Les objectifs sont ainsi définis :

1. Développer les alternatives à l'hospitalisation à temps complet avec :

- des solutions d'Hospitalisation de Jour (HdJ) en SSR réparties sur le territoire en fonction de l'analyse des besoins,
- de l'Hospitalisation à Domicile ciblée en Soins de Suite et Réadaptation (HAD-SSR) en s'appuyant sur des structures, existantes ou à créer, et aptes à intervenir en secteur médico-social (EHPAD).

2. Déployer des équipes mobiles territoriales de Médecine Physique et de Réadaptation (MPR) : médecins et personnels de rééducation,

afin d'apporter un soutien aux SSR polyvalents par les SSR spécialisés sur des interventions ponctuelles et à la demande pour :

- une aide au diagnostic,
- un conseil aux choix d'options thérapeutiques et de prise en charge.

3. Améliorer la fluidification des parcours patients :

Mettre en place une offre SSR graduée en proposant un modèle organisationnel facilitant les transferts :

- entre SSR, spécialisés ou non,
- du MCO vers le SSR,

- vers le médico-social, depuis le MCO ou depuis le SSR. (*Le SSR n'est pas une passerelle obligatoire entre le MCO et le secteur médico-social*).

4. Faciliter le suivi à distance par le développement de la télémédecine :

Le développement et l'harmonisation des moyens de communication à distance permettent la mise en œuvre, au profit des patients relevant de services SSR éloignés, de :

- consultations à distance et d'avis spécialisés,
- revues de Cas Pluridisciplinaires (RCP).

5. Développer des consultations spécialisées au sein des SSR :

Cet objectif renvoie à la thématique « Consultations spécialisées » développée par ailleurs au sein du GHT.

6. Sécuriser le parcours du patient grâce à l'interopérabilité des systèmes d'information et l'accès partagé au dossier patient :

Cet objectif renvoie à la thématique « Système d'information » développée par ailleurs au sein du GHT.

ORIENTATION 2 : CONSOLIDER LES PRISES EN CHARGE PSYCHIATRIQUES ET DE SANTE MENTALE

Les activités de psychiatrie, portées principalement par trois centres hospitaliers, sont néanmoins un enjeu de prise en charge des patients pour l'ensemble des établissements du territoire. Elles s'inscrivent dans la politique de secteur réaffirmée par la loi de santé 2016. Le secteur est l'outil de gestion médico-administratif assurant la précocité, la continuité et la proximité des soins grâce à la coordination entre les différents intervenants.

Comme pour les autres types de prises en charge, les établissements parties du GHT pourront s'appuyer sur l'expertise du CHU et les orientations hospitalo-universitaires très développées en matière de filiarisation des patients par pathologies et les suivis qui en découlent.

Cette démarche visera à trouver un juste équilibre entre le principe du secteur d'appartenance des patients et la volonté d'inscrire les jeunes patients et les adultes atteints de pathologies psychiatriques, dans les protocoles de thérapies innovantes.

Egalement devront être développés les liens avec le secteur social et médico-social afin de faciliter la circulation des patients.

ORIENTATION 3 : FLUIDIFIER LE PARCOURS DE VIE ET DE SOINS DES PATIENTS AGES

Inscrit dans le cadre de la Stratégie Nationale de Santé, le programme PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) vise à mettre en œuvre un parcours de santé fluide et identifié pour les personnes âgées à risque de perte d'autonomie.

L'objectif du programme parcours de santé des PAERPA (Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie) est clair :

- maintenir à domicile les personnes âgées de plus de 75 ans, le plus longtemps possible,
- améliorer leur prise en charge médico-psycho-sociale,
- en renforçant la coordination entre acteurs et en faisant évoluer les modalités d'échanges entre eux.

La coordination clinique de proximité vise à améliorer la coordination des acteurs de soin de premier recours. Dans ce cadre, le médecin traitant, le pharmacien, l'infirmier et les autres professionnels de santé du même territoire sont invités à travailler en symbiose, en instruisant un Plan Personnalisé de Santé (PPS). Cet outil, clé de voûte de la coordination, doit permettre aux professionnels de santé d'évaluer régulièrement les besoins de la personne âgée et d'établir les réponses adaptées.

Le projet MACVIA-LR initié par le CHU de Montpellier et soutenu par la Région est susceptible de fournir à la fois une méthode de suivi et d'organisation et une manière de connaître la situation de la personne âgée dans le territoire du GHT

Face à des patients ayant une situation plus complexe, nécessitant notamment une aide d'ordre social ou médico-social, il conviendra de développer le recours des professionnels de santé à la coordination territoriale d'appui ;

Enfin, l'amélioration de la transition Ville-Hôpital est également visée pour :

- préparer et organiser l'entrée du patient,
- éviter l'entrée directe via les Urgences,
- prévenir ou réduire le risque de perte d'autonomie susceptible de survenir pendant le séjour hospitalier afin de faciliter le retour à domicile ou en institution.

ORIENTATION 4 : ORGANISER EN COMMUN LES ACTIVITES DE BIOLOGIE, D'IMAGERIE ET DE PHARMACIE

Les filières plateaux-techniques doivent permettre aux patients d'accéder à des soins techniques novateurs mais aussi de proximité. Les accès de ceux-ci seront à organiser collectivement.

L'objectif est de permettre le développement de la télé-imagerie dans un projet partagé, en intégrant les radiologues des centres hospitaliers avec la volonté d'assurer une attractivité pour les radiologues publics qui constituent une ressource rare à l'Hôpital public.

ORIENTATION 5 : LE PARTAGE DE L'INFORMATION MEDICALE, DES COMPETENCES ET DES HABILITES ENTRE TOUS LES ETABLISSEMENTS PARTIES AFIN DE FACILITER ET D'AMELIORER LA COOPERATION AU SEIN DU GHT

Ce partage d'informations se fera autour de quatre axes principaux.

5.1 L'information médicale

1. **Définir et mettre en œuvre une politique commune de saisie et de contrôle qualité** des données d'activité (PMSI) afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises :
 - 1.1 politique de saisie ne mobilisant pas les cliniciens pour apporter une plus-value en termes de qualité de codage et de valorisation des séjours,
 - 1.2 politique de saisie déclinée et adaptée au champ PMSI (MCO, SSR, HAD, Psychiatrie) et au type d'établissement (CH vs hôpitaux de proximité),
 - 1.3 saisie 'décentralisée', par les médecins cliniciens (hors hôpitaux locaux dans le champ MCO),
 - 1.4 saisie en MCO dans les hôpitaux de proximité assurée par du personnel spécialisé (médecin, TIM) avec l'aide éventuelle de personnels de soins,
 - 1.5 politique de contrôle qualité commune définie pour chaque champ PMSI, incluant les contrôles mis en œuvre par l'ATIH et des contrôles spécifiques à chaque champ, dans les objectifs de qualité et de réponse aux exigences de la certification des comptes,
 - 1.6 élaboration d'un cahier des charges, choix (en cohérence avec le schéma directeur du système d'information du GHT) et utilisation d'un outil commun de saisie et de contrôle du PMSI,
 - 1.7 formation continue des personnels du DIM (TIM et médecins) aux évolutions réglementaires, au codage PMSI (dont la compréhension des situations médicales).

2. **Définir et mettre en œuvre une politique commune d'identification des patients et un identifiant permanent du patient commun** aux établissements parties du GHT (en l'absence d'identifiant national) :

- 2.1 partage des procédures d'identito-vigilance des établissements parties du GHT,
- 2.2 définition et mise en œuvre d'une politique de contrôle qualité de l'identito-vigilance avec suivi d'indicateurs (taux de doublons, taux de non-respect des procédures, taux de collision),
- 2.3 proposition d'organisation d'un projet d'Identifiant Unique du Patient, commun au GHT, en cohérence avec le schéma directeur du système d'information du GHT et avec les organisations locales ; projet à valider par les instances du GHT qui peuvent en proposer son extension aux établissements associés au PMP ou partenaires du GHT,
- 2.4 mise en œuvre de l'Identifiant Unique du Patient.
- 2.5 connaître le parcours patient au sein du système de soins qu'il soit privé ou public. Le malade passe d'un système à l'autre dans des sens variant selon la gravité ou la typologie des affections

5.2 LA FORMATION MEDICALE

La formation médicale doit répondre aux nouveaux enjeux sociétaux et territoriaux.

Elle s'organise pour répondre aux besoins des patients et aux typologies de prises en charge que sont la Prévention, les Soins, l'accueil et le suivi Médico-social et la spécificité du Handicap et se donne comme principes de :

- Décloisonner,
- Coordonner,
- Faciliter,
- Contractualiser.

Trois exigences guident également la formation médicale :

- Le Droit des patients à l'équité d'accès aux soins,
- La Sécurité des soins,
- La Qualité et la performance de la prise en charge.

A cet effet, la Faculté de Médecine en lien étroit avec le CHU de rattachement des étudiants et des internes se donnent comme ambition commune de proposer dans le périmètre du GHT de :

NOUVELLES FORMATION POUR DE NOUVELLES MISSIONS

Enjeux Sociétaux et Territoriaux

Former pour Soigner

- **Nouvelles Attentes**
- **Nouvelles Pratiques**
 - Individuelles
 - Collectives (pour professionnelles)
 - Ambulatoires/ Domicile
 - Coordonnées (parcours)

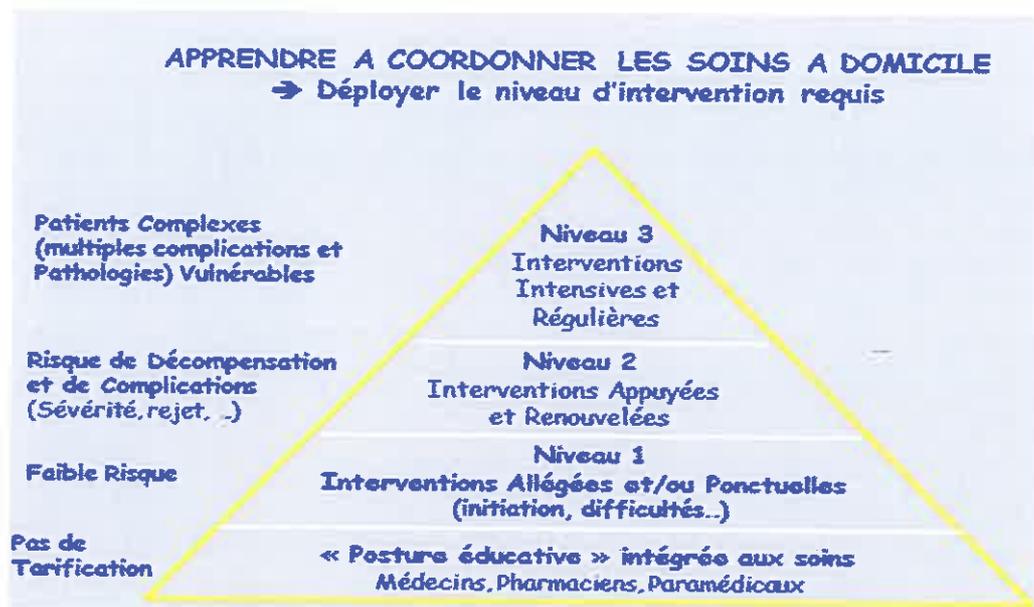
Former pour Innover

- **Innovation Médicale et Recherchs**
 - Biotechnologies
 - Précise (ciblée, mini invasive)
 - Prédicative, Préventive
 - Participative (éducation, autonomie)

Innover pour Former

- **Nouvelles Pédagogies**
 - Nouveaux outils
 - Acquisition des habiletés et compétences (Simulation)

En regard de la volonté des patients de rester le plus possible à domicile et selon un degré de dépendance parfois très élevé, il convient de déployer le mode d'intervention requis le plus pertinent et de former les futurs professionnels mais aussi les acteurs de terrain à cette forme aboutie des gradations de suivi.



La nouvelle Faculté de Médecine, qui doit être installée en 2017, va offrir des formations high-tech en raison des multiples plateformes de simulation qui s'y trouveront, de l'apprentissage par jeu vidéo complexe et par l'élaboration fine de scénarii virtuels.

Elle propose ainsi un développement efficient des habiletés et des talents.

La volonté pour les enseignants que les étudiants et les internes « n'exercent pas la première fois sur un patient » nécessite l'élaboration de plans de formation très progressifs par discipline avec un nombre d'interventions en conditions simulées « à blanc » et un accompagnement psychologique lié à l'acte de soins et à la façon de l'appréhender dans sa globalité,

Ex. la notion de bénéfice-risque, l'annonce d'un cancer à un patient...

Seront aussi à penser les formations spécifiques aux bassins de santé du GHT, comme :

- Les suivis monitorés à distance, la téléassistance...
- Les diagnostics et orientations précoces, notamment par télé-imagerie, pour les AVC, les troubles cardiaques...
- Les prises en charge des maladies chroniques,
 - Les aspects éthiques liés à la dépendance, la perte d'autonomie et à la fin de vie,
- ...

La formation médicale, pharmaceutique et odontologique associe les trois UFR.

Elle tient compte de tous les aspects liés au maillage territorial par les acteurs de santé formés à cette fin.

La démarche « Démographie Médicale » lancée par les Directions des Affaires Médicales, les Présidents de CME de la subdivision Languedoc-Roussillon, en étroite collaboration avec la Faculté de Médecine et soutenue par l'ARS, aura vocation à avoir un volet spécifique GHT Est-Hérault et Sud-Aveyron.

5.3 LA FORMATION PARAMEDICALE

Le GHT offre une réelle opportunité pour qu'un ensemble de personnels paramédicaux et médicotextiques puisse bénéficier d'une offre de formation diversifiée. Egalement, en raison de la mise en place des parcours de soins des patients, les pratiques paramédicales pourront être harmonisées et contribuer à une continuité dans l'environnement des patients et de leur entourage.

Seront priorités dans ce contexte :

- La coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels,
- L'élaboration d'une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences partagée,
- Le partage des expertises (douleur, plaies et cicatrisation, soins palliatifs, dénutrition, éducation thérapeutique, consultation d'annonce, bientraitance ...) pour contribuer à l'évolution des métiers et des compétences,
- Le développement des dispositifs e-santé (téléconsultation, visioconférence, ...) pour permettre l'accessibilité à des techniques de soins en lien avec l'évolution des techniques médicales,
- Le développement du partage d'expériences (stages par comparaison) et de pratiques soignantes en vue d'optimiser les prises en charge *in situ* et ainsi éviter les ré-hospitalisations et le recours aux urgences,
- L'identification des actions communes de formation s'inscrivant dans le DPC,
- Le partage d'une politique de stage commune et professionnalisante (terrains de stage, tutorat ...) pour les étudiants - élèves en formation initiale.

5.4 LA RECHERCHE MEDICALE ET PARAMEDICALE

La recherche médicale

Le CHU de Montpellier coordonne les fonctions supports aux activités de recherche :

- de manière centralisée (plateformes et fonctions transversales),

- de manière décentralisée (coordination des moyens d'aide à l'investigation/recherche dans les pôles d'activités cliniques et médicotechniques du CHU de Montpellier et des établissements partenaires).

L'objectif est d'offrir aux chercheurs au sein du GHT une capacité à **mobiliser rapidement les acteurs et ressources nécessaires à la mise en œuvre d'un projet valorisable**, que ces ressources soient hospitalières, universitaires ou relevant des EPST (INSERM, CNRS, EFS, IRD,...).

L'ensemble des acteurs et ressources sont au service des projets de recherche des équipes et des pôles cliniques ou médicotechniques émanant du CHU ou d'un autre établissement du GHT.

L'enjeu est la professionnalisation, la visibilité, la lisibilité de notre organisation et la cohérence institutionnelle des actions menées.

Objectifs poursuivis

Sur un plan pratique et opérationnel, le CHU de Montpellier doit permettre aux équipes de recherche des établissements de pouvoir :

- Accéder à des plateformes logistiques (méthodologie, bio-statistiques, bio-informatiques, économie de la santé, médico-réglementaires, ...) mutualisées,
- Disposer, sur site, de ressources humaines spécialisées en recherche clinique et le cas échéant de structures d'accueil et de réalisation des études cliniques,
- Professionnaliser les activités de recherche via une formation des personnels,
- Répondre à des appels à projets spécifiques et diversifiés : PHRC, PHRIP, CRC, Inca, ANR, DGOS, etc...
- Harmoniser la collecte des données de recherche clinique ou translationnelle à l'aide d'un outil partagé (par exemple ClinSight),
- Connaître, évaluer et piloter leurs activités de recherche via SIGAPS et SIGREC et d'autres outils d'analyse et de bibliométrie.

Le GHT - Recherche s'inscrit dans la dynamique hospitalo-universitaire, notamment pour favoriser le développement de la recherche translationnelle en lien avec les équipes de recherche labellisées par l'Université et/ou l'Inserm. Ses objectifs, rôles et missions sont en adéquation avec les préconisations nationales, à savoir :

- La promotion d'études dans le respect des bonnes pratiques cliniques et des contraintes médico-réglementaires,
- L'aide méthodologique, bio-statistique, la gestion des données depuis la conception des projets, l'aide rédactionnelle et méthodologique des essais cliniques, la présentation aux appels d'offres nationaux (PHRC...) ou européens, la mise en place et le suivi des études, et enfin le traitement statistique des données,

- L'aide à la réalisation des études cliniques, en accompagnant les investigateurs dans l'inclusion des patients (personnels dédiés, outils de screening, ...) ou l'acquisition de données. Cet accompagnement peut être réalisé par des structures dédiées (CIC...) spécialisées dans l'aide à l'investigation.

Développer et valoriser la recherche paramédicale dans le cadre des GHT

- Formaliser un réseau de référents « recherche paramédicale » dans le périmètre du GHT,
- Réaliser une cartographie par établissement (recenser l'activité de recherche paramédicale institutionnelle dans les établissements et identifier les acteurs),
- Susciter des projets au cours de réunions d'information et de groupes de travail réunissant les personnels infirmiers et paramédicaux du GHT autour de thématiques spécifiques recherche en soins,
- Diffuser les appels d'offres (Programme de REcherche sur la Performance du Système des Soins : PREPS, Programme Hospitalier de Recherche Infirmière et Paramédicale : PHRIIP, autres) et les informations relatives à la recherche infirmière et paramédicale, vers les établissements sans Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation (DRCI),
- Accompagner les équipes des établissements ne disposant pas de « coordonnateur de recherche » dans le montage et le suivi de leurs projets en partenariat avec le Département de l'Information Médicale (DIM) et la Direction Recherche et Innovation (DRCI),
- Informer et former à la recherche, les personnels des établissements publics ne disposant pas de DRCI :
 - ✓ Réaliser des plans de formation mutualisée,
 - ✓ Mettre à disposition des formations,
 - ✓ Collaborer avec les Instituts de formation.
- Intégrer l'axe formation du GHT pour la thématique recherche (orientation, identification des besoins, propositions de supports de formation, prospective pour le développement de la recherche en soins et universitarisation),
- Organiser des journées thématiques de travail sur la recherche paramédicale,
- Faire le lien entre la recherche en soins du GHT et les objectifs poursuivis par le groupe recherche paramédicale du GIRCI (Groupement Inter Régional de Recherche Clinique et Innovation),
- Assurer le relais d'information et des actions portées par le GIRCI.

**ORIENTATION 6 : SE Doter d'une politique commune d'attractivité médicale et développer
la gestion prévisionnelle des effectifs médicaux, support d'un service public
d'organisation d'équipes de territoires**

1. **Uniformiser les conditions d'engagement** des praticiens en particulier des praticiens contractuels au statut échelon 4 + 10%, cela restant dans un cadre légal.
2. **Mieux expliquer les carrières médicales à l'échelon de l'internat** (carrière hospitalière, hospitalo-universitaire, libérale). Pour les carrières hospitalières, présenter les possibilités et les conditions d'exercice en CHU mais également en Centre Hospitalier. Cette forme de communication pourrait utiliser des moyens de communication modernes (what's up doc, internet) mais également une réunion présentielle d'information (succès d'une réunion expérimentée). De façon pratique, il serait également important de permettre aux différents établissements des GHT Hérault et du Sud-Aveyron de faire une communication auprès des internes sur leurs offres (dans l'établissement et/ou sur le territoire) en Médecine générale comme en spécialités.

3. Faciliter l'accès au plateau technique

La mesure va aussi bien des CHU vers les CH que des CH vers les CHU. Ces derniers permettent souvent d'accéder à des plateaux techniques complexes ou d'hyper spécialités, mais de façon conjoncturelle les CH proposent des accès plus larges à certaines activités médicotéchniques, en particulier à des plateaux chirurgicaux.

4. **Encourager les choix des internes en CH** avec des équilibres nets entre le semestre d'été et le semestre d'hiver, en médecine générale comme en spécialités tout en restant attentif au respect des maquettes.

En raison de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales, il sera nécessaire d'avoir une vigilance et une réactivité accrues afin d'en faciliter la mise en œuvre.

5. **Communiquer et améliorer la lisibilité des post-internats** en s'appuyant sur la Direction des Affaires Médicales et Coopération, les présidents de CME, les responsables de terrain de stage et avec l'implication forte des coordonnateurs de DES.

6. **Favoriser les postes partagés** : ces postes doivent être des postes d'assistant comme de praticien hospitalier. Ceci doit passer par des incitations financières significatives pour la création de ces postes tant par l'ARS pour les postes d'assistants que sur les postes de praticien hospitalier pour lesquels le coût très significatif de l'intérim médical (2 à 3 fois un poste de PH dernier échelon) qui serait diminué devrait permettre aux établissements de financer ces postes et leur attractivité.

7. **La politique de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences médicales** lancée au plan de la subdivision Languedoc-Roussillon est activée pour les disciplines considérées en tension. Elle a vocation à s'étendre à toutes les spécialités couvertes par le GHT.

ORIENTATION 7 : MAILLER LES PROGRAMMES DE QUALITE ET GESTION DES RISQUES

Le but est de réduire les risques liés à la prise en charge à chaque étape du parcours du patient.

Les objectifs permanents sont de partager une culture commune de sécurité des soins et de renforcer l'appropriation des méthodes de travail pour l'amélioration de la qualité des soins au sein du Groupement Hospitalier de Territoire.

Les moyens mis en œuvre tiendront compte des orientations de la Haute Autorité de Santé en matière de certification avec notamment un calendrier harmonisé entre les établissements du GHT et un compte qualité commun. Chaque établissement partie du GHT demeure responsable de son programme d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et des éléments du compte qualité qui ne seraient pas mis en commun. Ces éléments seront précisés en fonction des consignes nationales.

Les expériences ou initiatives concluantes seront mises en valeur par les ressources communes de partage de l'information. Des réunions consacrées à la qualité et la gestion des risques en équipe seront mises en place. Des évaluations croisées sur des thèmes de prise en charge pourraient être réalisées afin de s'entraîner aux visites de risques des organismes d'assurance ou aux visites de certification de la HAS.

Le projet de soins s'attachera à :

- Repérer les besoins au travers d'évaluation des pratiques professionnelles,
- Harmoniser les processus et procédures,
- Partager des retours d'expérience (ex. : CREX) à partir des FIL (EI) en lien avec le parcours de soins du patient,
- Initier des enquêtes – baromètres qualité et sécurité des soins auprès des patients par filière de prise en charge au niveau du territoire.

ORIENTATION 8 : FACILITER LA COMMUNICATION ENTRE ETABLISSEMENTS

Le GHT devient un lieu de nouvelle appartenance pour l'ensemble des professionnels qui le compose. Son évolution progressive vers un lieu de nouvelle appartenance est un objectif des professionnels.

Une connaissance et reconnaissance vont s'initier qui pourront être facilitées par :

- le partage et la diffusion des informations relatives aux établissements et aux bassins de vie,
- des savoir-faire et savoir-être partagés,
- l'émergence d'une culture commune,
- le développement de réseaux au sein de l'encadrement soignant et administratif pour une meilleure connaissance des acteurs entre eux et une optimisation des collaborations,
- le développement d'une culture qualité – sécurité – gestion des risques liés aux soins commune,
- le fait de susciter des pratiques innovantes en matière d'amélioration continue des pratiques professionnelles à l'échelle du territoire,
- les rencontres communes médico-soignantes par filière de prise en charge,
- le développement des cercles d'analyse de pratiques managériales et des programmes de formation pour répondre aux évolutions managériales.

Cette volonté conduira le GHT Est-Hérault et Sud-Aveyron à se doter :

- d'espaces communs de travail,
- d'outils partagés de communication.

« « Soigner.

Donner des soins, c'est aussi une politique.

Cela peut-être fait avec une rigueur dont la douceur est l'enveloppe essentielle.

Une attention exquise à la vie que l'on veille et surveille.

Une précision constante.

Une sorte d'élégance dans les actes, une présence et une légèreté, une prévision et une sorte de perception très éveillée qui observe les moindres signes.

C'est une sorte d'œuvre, de poème, que la sollicitude intelligente compose. » »

Paul Valéry



Avenant n°1 à la Convention Constitutive du
Groupement Hospitalier de Territoire
Est-Hérault et Sud-Aveyron

Volet Projet Médical Partagé



Handwritten initials and signatures in blue ink, including 'TP', 'B', 'B', 'R', and 'C'.

Vu la Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, en son article 107, codifié dans les articles L. 6132-1 à L. 6232-7 du code de la Santé publique relatifs aux Groupements Hospitaliers de Territoire,

Vu le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux Groupements Hospitaliers de Territoire,

Vu l'arrêté portant adoption du projet régional de santé, notamment les schémas régionaux d'organisation des soins de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées.

Vu l'arrêté ARS/GHT/34 n°2016-889 créant le GHT Est-Hérault et Sud-Aveyron.

Pour les Hôpitaux du Bassin de Thau, représentés par leur Directrice

Vu la concertation avec le Directoire en date du 23 janvier 2017,

Vu l'avis du 27 janvier 2017 du Conseil de Surveillance,

Vu l'avis du 24 janvier 2017 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 17 janvier 2017 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 24 janvier 2017 du Comité Technique d'Etablissement.

Pour le CH de Clermont l'Hérault, représenté par sa Directrice

Vu la concertation avec le Directoire en date du 24 janvier 2017,

Vu l'avis du 27 janvier 2017 du Conseil de Surveillance,

Vu l'avis du 24 janvier 2017 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 25 janvier 2017 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 25 janvier 2017 du Comité Technique d'Etablissement.

Pour le CH de Lamalou-les-Bains, représenté par son Directeur

Vu la concertation avec le Directoire en date du 19 janvier 2017,

Vu l'avis du 26 janvier 2017 du Conseil de Surveillance,

Vu l'avis du 25 janvier 2017 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 18 janvier 2017 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 24 janvier 2017 du Comité Technique d'Etablissement.

TP²
TS
ISV
PF
CG

Pour le CH de Lodève, représenté par son Directeur

Vu la concertation avec le Directoire en date du 19 janvier 2017,

Vu l'avis du 27 janvier 2017 du Conseil de Surveillance,

Vu l'avis du 19 janvier 2017 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 31 janvier 2017 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 23 janvier 2017 du Comité Technique d'Etablissement.

Pour le CH de Lunel, représenté par son Directeur

Vu la concertation avec le Directoire en date du 24 janvier 2017,

Vu l'avis du 26 janvier 2017 du Conseil de Surveillance,

Vu l'avis du 24 janvier 2017 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 17 janvier 2017 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 25 janvier 2017 du Comité Technique d'Etablissement.

Pour le CH de Millau, représenté par son Directeur

Vu la concertation avec le Directoire en date du 24 janvier 2017,

Vu l'avis du 25 janvier 2017 du Conseil de Surveillance,

Vu l'avis du 24 janvier 2017 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 17 janvier 2017 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 19 janvier 2017 du Comité Technique d'Etablissement.

Pour le CHU de Montpellier, représenté par son Directeur Général

Vu la concertation avec le Directoire en date du 17 janvier 2017,

Vu l'avis du 27 janvier 2017 du Conseil de Surveillance,

Vu l'avis du 17 janvier 2017 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 24 janvier 2017 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 26 janvier 2017 du Comité Technique d'Etablissement.

Tu A
TY³ FF
ZS BW CG

Pour le CH Emile Borel de Saint-Affrique, représenté par sa Directrice

Vu la concertation avec le Directoire en date du 17 janvier 2017,

Vu l'avis du 26 janvier 2017 du Conseil de Surveillance,

Vu l'avis du 25 janvier 2017 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 24 janvier 2017 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 23 janvier 2017 du Comité Technique d'Etablissement.

Pour le CH Maurice Fenaille de Séverac-le-Château, représenté par son Directeur

Vu la concertation avec le Directoire en date du 17 janvier 2017,

Vu l'avis du 18 janvier 2017 du Conseil de Surveillance,

Vu l'avis du 20 janvier 2017 de la Commission Médicale d'Etablissement,

Vu l'avis du 16 janvier 2017 de la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques,

Vu l'avis du 17 janvier 2017 du Comité Technique d'Etablissement.

Il a été convenu de conclure un avenant numéro 1 à la Convention Constitutive / volet projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire « Est-Hérault et Sud-Aveyron ».

PREAMBULE

Le présent avenant a pour objet, comme le prévoit la réglementation, de définir dans le cadre du projet médical partagé du Groupement Hospitalier de Territoire Est-Hérault et Sud-Aveyron, l'organisation par filière d'une offre de soins graduée et d'en présenter les principales orientations avec leur déclinaison par établissement membre.

En complément des orientations stratégiques du Projet Médical et de Soins Partagé déclinées dans la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire Est-Hérault et Sud-Aveyron, et approuvée par l'Agence Régionale de Santé Occitanie le 31 août 2016, cet avenant vient compléter et renforcer la stratégie médicale du Groupement en priorisant les 7 filières suivantes :

TP 4 TP
JB BV CG

- Urgences et soins critiques,
- Cancérologie,
- Soins de Suite et Réadaptation,
- Femme, mère, couple, nouveau-né, enfant,
- Maladies chroniques et métaboliques,
- Personnes âgées et vieillissement,
- Santé mentale et Psychiatrie.

Pour chacune de ces filières, l'esprit du Groupement se fonde avant tout sur la consolidation mais également le développement d'une organisation sanitaire publique cohérente, permettant de concilier égalité d'accès, qualité et sécurité des soins au bénéfice de la population de ce territoire de santé.

Fait à Montpellier le 31 janvier 2017

TV
S
BU
CG
D

Claudie GRESLON
Directrice des Hôpitaux du Bassin de Thau

Florence FRIES
Directrice du CH de Clermont l'Hérault

Ronald KUHMEI
Directeur du CH Paul Coste Floret
de Lamalou-les-Bains

Patrick TRIAIRE
Directeur du CH de Lodève

Bertrand VANNEUFVILLE
Directeur du CH de Lunel

Thomas LE LUDEC
Directeur du CH de Millau

Thomas LE LUDEC
Directeur Général du CHU de Montpellier

Dominique SAUVAIRE
Directrice du CH Emile Borel
de Saint-Affrique

Thomas LE LUDEC

Directeur du CH Maurice Fenaille
de Séverac Le Château

Visa de Monsieur le Doyen de l'UFR de Médecine, Pr Michel MONDAIN



Visa de Monsieur le Président du Collège Médical de Groupement, Dr Michaël BISMUTH



Tu A

IV ' FF
S M B

FILIERE URGENCES

Diagnostic partagé

Le taux de recours aux urgences dans la région Occitanie (Ex Languedoc Roussillon) est en constante augmentation et connaît une augmentation nette supérieure à l'évolution nationale.

L'évolution démographique est particulièrement importante avec une augmentation 2014-2040 évaluée à 19.3 %. Les indicateurs sociaux économiques sont très défavorables avec un taux de pauvreté de 19,8% dans l'ex région Languedoc Roussillon (INSEE 2014) pour une moyenne en métropole à 14,3%. Ces indicateurs favorisent un recours accru aux structures d'urgence

L'enjeu principal à l'échelle du GHT est d'optimiser les prises en charge de la filière Urgence sur l'ensemble du territoire. Il faudra tenir compte tant des mutations démographiques de l'Est-Hérault-Sud-Aveyron que des évolutions de la démographie médicale des médecins urgentistes.

Autorisation de SAMU couvrant le territoire du GHT

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Aucune (régulé par le SAMU 12)	Articulation SAMU 12 et 34
CH de Millau	Aucune (régulé par SAMU 12)	Articulation SAMU 12 et 34
Hôpitaux du bassin de Thau	Aucune	Inchangé
CH de Clermont-l'Hérault	Aucune	Inchangé
CH de Lodève	Aucune	Inchangé
CH de Lunel	Aucune	Inchangé
CH de Lamalou	Aucune	Inchangé
CHU de Montpellier	Plateforme 15-18	Inchangé

Autorisation SMUR

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	1 SMUR (SAMU 12)	Inchangé
CH de Millau	1 SMUR (SAMU 12)	Inchangé
Hôpitaux du bassin de Thau	1 SMUR Agde (participation estivale du CHU) 1 SMUR Sète	A consolider en termes de ressources médicales
CH de Clermont-l'Hérault	UMUPS (équipage armé par le SDIS)	Inchangé - pérennisation du dispositif expérimental UMUPS ou création d'un SMUR pour le Coeur d'Hérault basé au barycentre populationnel du territoire
CH de Lodève	Aucune	Inchangé
CH de Lunel	1 SMUR	Inchangé
CH de Lamalou	Aucune	Inchangé
CHU de Montpellier	2 SMUR – dont HéliSMUR 1 SMUR néonatal	2 SMUR – dont HéliSMUR 1 SMUR pédiatrique

Autorisation de structures d'urgence

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	SAU Travail en cours sur la filière AVC	Maintien Développement télé AVC et coopération avec l'UNV du CH Millau
CH de Millau	SAU Mise en place de la télé AVC	Maintien Consolidation des équipes médicales
Hôpitaux du bassin de Thau	SAU – UHCD Accueil médicalisé de jour (Lundi au vendredi Agde)	A consolider en termes de ressources médicales Inscription dans l'évolution des PEC de l'AVC
CH de Clermont-l'Hérault	Aucune (dispositif MMG)	Maintien - complété par un dispositif permettant l'élargissement des plages horaires de médecine générale pour répondre aux besoins de soins non programmés en journée se présentant spontanément sur l'hôpital
CH de Lodève	Pas d'autorisation Dispositif CAPS-public/libéral	Reconnaissance réglementaire du dispositif CAPS (cf. propositions rapport Graal)
CH de Lunel	Aucune	Inchangé
CH de Lamalou	Aucune	Inchangé
CHU de Montpellier	SAU	Inchangé

Principales orientations

→ Améliorer la coordination des prises en Charge

Pour cela, il s'agira de décrire une organisation commune, en fonction des missions de chacun, établir la cartographie des expertises des établissements en utilisant la trame de l'enquête ARS 2013 pour les poly trauma :

- Pathologies prises en charge
- Indice de gravité
- Organisation des prises en charges
- Niveau gradué de la permanence et de la continuité des soins (schéma régional)
- Proposition de lignes pour les parcours secondaires.

En outre, il faut affiner les liens réciproques entre établissements, développer la régulation des parcours des patients et formaliser les procédures. Pour cela, il s'agira de :

- Définir les cas de mutations
- Déterminer les modalités de mutation et établir les jonctions
- Rédiger les conventions sous couvert de l'ARS (notamment SAMU 12/34 revoir la convention avec Rodez).

Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'FF', 'BU', 'CG', and 'M'.

De plus, les protocoles de PEC doivent être modernisés afin d'optimiser les ressources médicales, une articulation avec les équipes médicales et soignantes avec les établissements sans SAU devra être définie au travers de projets de Télémédecine.

→ Accompagner la montée en charge en matière de démographie médicale et soignante

Outre une meilleure coordination dans le futur, le rapprochement des différents établissements devra se réaliser en dépit d'une pénurie actuelle de médecins urgentistes et de difficultés temporaires à venir liées à la création du DES d'Urgence. Il faudra donc accompagner la démographie médicale en organisant une jonction avec les coordonnateurs de la discipline Médecine Générale et les médecins généralistes correspondant SMUR qui accueillent des stages en ambulatoire d'une part et d'autre part en proposant une structuration des recrutements d'Assistants à Temps Partagés.

Enfin, il faut harmoniser les compétences des équipes pluri professionnelles à travers une mise en commun des protocoles des PEC

- maintenir et développer les stages par comparaison
- conseil scientifique à l'échelle territoriale
- proposer une tarification GHT des actions DPC

Dans le cadre du travail sur les filières de prise en charge en urgence, trois focus seront à faire sur les typologies de PEC :

- Prise en charge des enfants
- Prise en charge des personnes âgées : post urgence polyvalent sur les établissements de proximité (évaluation du retour à domicile)
- Prise en charge des AVC

Handwritten notes and signatures in blue ink, including initials like "TR", "BU", and "G", and a circled "10".

FILIERE FEMME, MERE, COUPLE, NOUVEAU-NE, ENFANT

Diagnostic partagé

La population féminine représente près de 500 000 personnes sur le territoire du GHT et le nombre de naissances prises en charge par le service public approche les 4700 accouchements annuellement (10500 sur le territoire).

La part de marché des hôpitaux publics est inférieure à celle des établissements privés pour les activités de proximité et la concurrence s'accroît sur les activités de recours. 4 cliniques sont actives sur la filière (3 ayant une maternité, 2 ayant une pédiatrie attractive). En Sud Aveyron, il n'y a plus d'offre privée locale mais une forte attractivité vers les cliniques d'Albi ou Montpellier. Les établissements publics sont accessibles à toute la patientèle et se positionnent mieux sur l'accessibilité économique que certaines cliniques compte tenu des dépassements d'honoraires qui y sont pratiqués.

L'offre hospitalière publique souffre d'un manque de modernisation des infrastructures aussi bien en Sud Aveyron, à Sète qu'à Montpellier. Ce retard touche selon les situations le plateau technique, l'hébergement ou les consultations. Il n'y a pas d'hôpital mère enfant à Montpellier.

La sécurité et la qualité des pratiques est assurée au prix d'un très grand effort des professionnels pour assurer la permanence des soins hospitaliers. Elle serait renforcée par une modernisation de l'offre hospitalière avec moins de sites à couvrir.

Les réalités géo-démographiques et stratégiques conduisent à une stratégie de groupe fondée sur un schéma tripolaire des activités périnatales (Bassin de Thau, Montpellier, Sud Aveyron). Les distances, les temps d'accès excluent un schéma bipolaire ou de concentration totale.

La démographie médicale est tendue en obstétrique et en pédiatrie de même qu'en anesthésie : la pyramide des âges ou le recours à l'intérim médical témoigne de cette situation. Le CHU doit renforcer ses capacités de formation avec des stages attractifs dans les CH concernés par ces activités.

Description selon les activités soumises à autorisation ou à contractualisation (CPOM) :

Activités périnatales en hospitalisation: obstétrique, néonatalogie

Le GHT s'appuie sur 4 maternités publiques avec de fortes contraintes de fonctionnement. Ces contraintes ne pourront être surmontées qu'après modernisation de l'offre hospitalière publique et privée dans chacun des bassins de naissance.

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Niveau 1 Autorisation le 27 mai 2016 sous réserve d'une coopération avec la maternité de Millau COFIL Maternité entre les CH de St Affrique/Millau	Coopération des deux maternités conformément aux recommandations formulées dans le cadre des autorisations et dans l'attente d'un hôpital médian du Sud-Aveyron
CH de Millau		

TR
11
FF
CG

Hôpitaux du bassin de Thau	Niveau 2 a (6 lits) (800 accouchements dans un contexte local d'une 2 ^{ème} maternité privé de niveau 1 qui réalise 450 naissances)	Nécessité de restructurer la néonatalogie pour maintenir le niveau 2a et de regrouper sur un site unique les maternités de la ville. Partenariat en obstétrique concernant la ressource médicale avec CHU. Formation des sages-femmes à l'échographie morphologique et présence d'un obstétricien référent. Développement du suivi des grossesses pathologiques sur la maternité de Sète et en HAD
CHU de Montpellier	Niveau 3	Niveau 3 avec une maternité pouvant réaliser 4200 accouchements

Activités de télé-consultation et télé-surveillance pour la sécurité périnatale des populations (mère et enfant)

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Aucune	Intéressant compte tenu de l'isolement sous réserve de l'évolution de la couverture numérique
CH de Millau	Aucune	
Hôpitaux du bassin de Thau	Aucune	Prioritaire (Gynéco-Obstétrique)
CHU de Montpellier	Aucune	Selon étude du potentiel de l'arrière-pays héraultais

L'isolement géographique est une réalité incontournable de notre territoire très marqué par un relief élevé. Des femmes et des enfants sont à des distances ou des temps de trajet importants d'un hôpital. Il faut pouvoir repérer les projets de grossesse ou les besoins de santé le plus tôt, les accompagner et éviter les situations de rupture de prise en charge. Le télé-suivi ou la télé-expertise sont des solutions à notre portée technique. La télé-surveillance suppose la participation active du patient que les supports d'e-santé doivent favoriser. Sa mise en place devrait favoriser et même précéder l'évolution de l'offre de soins hospitalière.

Activités de médecine ou de chirurgie pour la pédiatrie

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Pas de structure identifiée	Inchangée
CH de Millau	Pas de structure identifiée Pédiatre	Inchangée (a priori mais confirmation à venir)
Hôpitaux du bassin de Thau	Service identifié 14 lits en HC MEDECINE : polyvalente CHIRURGIE : chez les enfants de plus de 3 ans (digestif, orthopédie, ORL et urologie) en HC et ambulatoire	Développement des activités de chimiothérapie de proximité en lien avec le CHU

CHU de Montpellier	<p>CHIRURGIE : Une équipe Orthopédie/Plastique et une équipe Viscérale/Urologie + une unité de chirurgie ambulatoire pédiatrique</p> <p>MEDECINE : 4 équipes identifiées dans le département de pédiatrie, 3 équipes dans le département de Neuropédiatrie et 1 département d'Urgences et post-urgences pédiatriques</p>	Opportunité d'individualisation d'un SMUR ?
--------------------	--	---

Activité de consultations pédiatriques

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de St Affrique	Consultation des pédiatres du site	Maintien
CH de Millau	Pas de consultation sur le site	Développement d'une activité de consultation
Hôpitaux du bassin de Thau	Consultations (2000/an) pédiatrie générale et à orientation pneumo, endocrino, infectiologie...	Augmentation de l'équipe de pédiatre pour développement des sur-spécialités et mise en place de consultations sur Agde
CH de Lamalou	Aucune	Aucune

HAD pédiatrique et néonatale

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
Hôpitaux du bassin de Thau	Service polyvalent sans activité pédiatrique	A étudier dans le cadre d'un développement plus large et diversifié de l'HAD
CHU de Montpellier	Service identifié avec la double composante	Inchangée

SSR pédiatrique

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Lamalou	Pas d'activité pédiatrique	Inchangée
CHU de Montpellier	Pas de service : convention avec Institut Saint-Pierre	Inchangée

Activités de chirurgie pour la gynécologie

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Activité identifiée avec 2 praticiens sur le site	Inchangée

CH de Millau	Activité identifiée avec 2,2 praticiens sur le site	Inchangée Renforcement de l'activité par le recrutement
Hôpitaux du bassin de Thau	Activité identifiée mais service commun avec l'obstétrique (4.8 PH)	Transfert de l'activité chirurgicale vers le service de chirurgie polyvalente et unité ambulatoire (en cours 2017)
CHU de Montpellier	Service identifié	Inchangée

Activités de chirurgie du cancer (sein, gynécologie)

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Aucune	Inchangée
CH de Millau	Autorisation non utilisée depuis 2 ans	Inchangée
Hôpitaux du bassin de Thau	Autorisation perdue en 2011 pour le sein Autorisation carcinologique pelvienne	Inchangée
CHU de Montpellier	Sein, Gynécologie	Inchangée Prospective à intégrer dans le projet de rapprochement CHU-ICM

Activités de consultations avancées en gynécologie chirurgicale

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Aucune	Inchangée
CH de Millau	Aucune	A envisager
Hôpitaux du bassin de Thau	Poste d'assistant partagé CHUM - HBT	A envisager
CH de Clermont-l'Hérault	Aucune	Inchangée
CH de Lodève	Aucune	Inchangée
CH de Lunel	Aucune	Inchangée
CH de Lamalou	Aucune	Inchangée

Activités de diagnostic précoce

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Aucune	Inchangée, ces établissements sont en lien avec le CHU Développement de la visioconférence
CH de Millau	Aucune Liens importants, adressage de patients via les échographistes	Développement de la visioconférence
Hôpitaux du bassin de Thau	Adressage des patients et visioconférence opérationnelle	Inchangée
CHU de Montpellier	Structures identifiées CPDPN (recours)	Inchangée

NB : Conventions « Réseau Périnatalité » avec le CHIBT (2001) et le CH Millau (2009-1289)

Activités de médecine et de biologie de la reproduction

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Aucune	Améliorer les liens entre les établissements et le CHU
CH de Millau	Aucune	
Hôpitaux du bassin de Thau	Aucune (1 PH a une vacation hebdomadaire au CHU pour FIV)	
CHU de Montpellier	Structures identifiées (recours)	Inchangée

Le CHU de Montpellier est l'un des tous premiers centres français avec une attractivité extrarégionale et une difficulté à répondre à la demande dans la mesure où ses résultats en termes de taux de réussite attirent une patientèle importante.

Activités de génétique (consultations cliniques, laboratoires)

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Aucune	Inchangée, ces établissements sont en lien avec le CHU
CH de Millau	Aucune	
Hôpitaux du bassin de Thau	Aucune	
CHU de Montpellier	Structures identifiées (recours)	Inchangée

Le CHU de Montpellier a organisé ses activités biologiques dans le cadre d'une fédération hospitalo-universitaire Montpellier-Nîmes.

Imagerie de l'enfant

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Aucune activité spécifique	Inchangée, ces établissements sont en lien avec le CHUM
CH de Millau	Aucune activité spécifique	
Hôpitaux du bassin de Thau	Recours pour avis d'expert réguliers	
CHU de Montpellier	Département d'Imagerie Pédiatrique avec recours à toutes les modalités (IRM, Scanner, EOS, Echographie,...)	Inchangée

Contenu de la réponse de proximité : imagerie standard, conventionnel, IRM, scanner, pas d'interventionnel

Actuellement aucun lien entre le service de radiopédiatrie et les CH de Saint-Affrique et de Millau. Etroite collaboration avec le service de Pédiatrie des hôpitaux du bassin de Thau.

Pas de convention entre l'imagerie pédiatrique et les établissements du GHT et aucun projet de liens prévus pour les années à venir.

Imagerie de la femme

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Activité de mammographie sur le site (standard)	Développement de la télé-imagerie
CH de Millau	Activité de mammographie sur le site (standard)	
Hôpitaux du bassin de Thau	Structure identifiée (diagnostic et recours en interventionnel)	
CHU de Montpellier	Structure identifiée (diagnostic et recours en interventionnel)	Inchangée

Liste des centres de référence présents au CHU de Montpellier (maladies rares ou autres) :

Centres de Référence Constitutifs :

- Consultation du centre de référence de l'histiocytose langerhansienne (enfants) – Pédiatrie
- Consultation du centre de référence des syndromes d'Evans, des anémies hémolytiques et des cytopénies auto-immunes sévères - Pédiatrie
- Consultation du centre de référence des maladies neuromusculaires - Neuropédiatrie
- Consultation du centre de référence des maladies rénales rares - Pédiatrie

Centre de compétences :

- Maladies auto-inflammatoires et arthrites juvéniles – Pédiatrie
- Malformations cardiaques congénitales complexes – Pédiatrie
- Retards mentaux et malformations cérébelleuses – Neuropédiatrie
- Maladies inflammatoires du cerveau – Neuropédiatrie
- Epilepsies rares et scléroses tubéreuses de Bourneville – Neuropédiatrie
- Fentes labio-palatines – Chirurgie Pédiatrique

Principales orientations :

L'offre des CH doit être la plus consolidée possible en réduisant l'exposition aux risques périnataux ou chirurgicaux et en renforçant les capacités d'encadrement sur moins de sites. L'offre privée à Sète devrait participer à cette consolidation, une maternité publique ou mixte sur le site du CHBT étant la cible de notre stratégie de groupe. En sud Aveyron, la modernisation de l'offre hospitalière devrait y contribuer.

L'évolution des besoins dans le Lunellois ou dans l'arrière-pays héraultais (renforcement démographique du pays cœur Hérault en lien avec le lodévois) est à prendre en compte sans quoi des besoins d'accessibilité à des prestations de proximité seront mal couverts ou d'autres acteurs de soins hospitaliers les prendront en charge.

De même, les situations d'isolement géographique ou social des populations requièrent des offres de service adaptées (télé-suivi pré et post natal, HAD néonatale) afin d'éviter des déplacements au mauvais moment ou en trop grand nombre.

Les activités de recours exercées par le CHU vont bien au-delà du périmètre du GHT et s'inscrivent dans un cadre de complémentarité avec le CLCC pour la carcinologie et avec les CHU de Toulouse, de Nîmes et de Marseille pour certains segments très spécialisés à faible volume.

Le GHT pourrait s'inscrire dans **une politique commune d'ouverture des plateaux techniques aux sages-femmes libérales**. En effet, les sages-femmes libérales sont de plus en plus nombreuses sur les territoires et deviennent le premier recours de l'obstétrique physiologique. D'autre part, les parturientes sont de plus en plus en demande d'une prise en charge personnalisée du suivi prénatal au post natal (accompagnement global). Une politique commune d'ouverture des plateaux techniques offre l'opportunité de répondre à l'attente des femmes sur le bassin de vie et vise également à renforcer l'attractivité du GHT.

Le GHT pourrait s'orienter vers **l'obtention commune du label Hôpital Ami de Bébés**. Cette orientation unique et innovante à l'échelle d'un GHT représente une véritable amélioration des pratiques quel que soit le niveau des maternités. L'obtention commune du label permettra un travail collaboratif entre les maternités et les services de néonatalogie autour des soins centrés sur l'enfant et sa famille. Au-delà de l'amélioration considérable de la prise en charge à travers cette démarche, c'est également un signal fort d'un réseau qui partage les mêmes valeurs de qualité et de prise en charge. Cette démarche permet d'inscrire le lien famille-enfant comme une priorité dans l'ensemble des sites de maternité et de néonatalogie du GHT.

R
PY
17
BU
TR
cb

FILIERE MALADIES CHRONIQUES ET METABOLIQUES

Diagnostic partagé

Le domaine concerne une large population qui va bien au-delà de la définition des affections de longue durée (ALD : 9 à 10 millions de personnes en France, du diabète au cancer sans oublier la santé mentale). Les comorbidités sont nombreuses, pathologies et facteurs de risques sont intriqués. L'incidence des maladies chroniques est croissante dans le cadre de la transition épidémiologique engendrée par le double phénomène de la survie prolongée des malades et du vieillissement. Les chiffres de 15 millions de personnes atteintes en 2015 et de 25 millions en 2030 sont avancés pour notre pays.

Ce phénomène massif touche particulièrement les bassins de vie aux indices de vieillissement les plus forts. Mais compte tenu de la sociologie des personnes récemment installées dans la zone littorale et de Montpellier, son ampleur impacte l'offre de soins. Certaines caractéristiques épidémiologiques en renforcent la portée : addictions (y compris alcoolisme), obésité par exemple.

L'isolement géographique et social de certaines populations rend difficile l'accès aux différents dispositifs et peut conduire à des retards de prise en charge. La polarisation sur le devenir du court séjour hospitalier peut obérer la prise de conscience de l'importance de ce sujet des maladies chroniques et ralentir la construction d'une offre adaptée dans l'arrière-pays.

Le premier recours est et sera de plus en plus impliqué dans leurs prises en charge avec en premier lieu les médecins généralistes et les professionnels de santé de proximité, en second lieu le maillage avec les maisons de santé pluridisciplinaires ou pôle de santé en ville, avec une rémunération spécifique (ROSP, consultation complexe à 60 euros...) ou avec des dispositifs de suivis personnalisés avec la e santé (objets connectés). Le premier recours est très présent dans les principales agglomérations mais est en fragilité dès que l'on s'en éloigne de plus d'une quarantaine de Kms. Même certaines parties du littoral peuvent rencontrer des enjeux de maintien de cette offre de premier recours comme à Agde.

De plus en plus de traitements sont et seront accessibles en premier recours et ne seront plus l'exclusivité de l'hôpital. En revanche, certaines maladies chroniques nécessitent encore une prise en charge hospitalière compte tenu de la complexité des diagnostics ou des traitements ou des risques de complications.

La stratégie du GHT se doit d'accompagner la montée en puissance ou la préservation du premier recours sur ces pathologies chroniques soit en développant des prestations de recours (synthèses médicales autour d'une pathologie dans le cadre de bilans courts permettant une orientation), soit en proposant des prises en charge interprofessionnelles pour renforcer l'adhésion du patient à son traitement (éducation thérapeutique), soit en développant des programmes ou des offres de service en direction de populations fragiles (pied diabétique,...) ou en développant des plate-forme territoriale d'appui en soutien aux professionnels du premier recours dans lesquelles les établissements du GHT doivent être impliqués.

TV
S

PF
a
M

Les maladies chroniques et métaboliques sont également prises en charge par des partenaires qui vont des plus identifiés (AIDER, APARD, HAD, Air Liquide et ses filiales...) aux plus foisonnants (prestataires du domicile). Le projet médical partagé du GHT doit prendre en compte leurs contributions et les intégrer dans sa stratégie.

Le secteur privé des cliniques se positionne jusqu'ici sur les spécialités porteuses d'actes à réaliser et moins semble-t-il sur des épisodes de soins construits autour de parcours de santé du patient. Mais cela pourrait rapidement changer si d'autres modèles de financement se mettaient en place (forfait au parcours).

Il n'est pas possible de couvrir tout le domaine et il conviendrait de proposer des thèmes prioritaires. Les critères de priorité pourraient être orientés vers la correction de certains désavantages (précarité, épidémiologie particulière) ou dysfonctionnements (retards dans l'évolution des modes de prise en charge) aussi bien pour les activités de proximité que de recours.

Une première étape consiste à identifier 4 secteurs :

- Le diabète
- Obésité nutrition
- BPCO-Asthme
- Trouble du sommeil

Diabète

La population du territoire est exposée du fait d'un cumul de risques important dans certaines parties du territoire (sédentarité, troubles nutritionnels, manque d'adhésion au traitement...). Le vieillissement y contribue également. Le CHU de Montpellier a un savoir-faire reconnu dans ce domaine et conduit une politique de recherche active.

La stratégie de groupe devrait s'appuyer sur un schéma tripolaire en court séjour Sète, Sud Aveyron avec des activités de proximité reposant sur des consultations, une hospitalisation de diagnostic et de traitement et le CHU de Montpellier qui apporte en plus de ce qui précède des activités de synthèse en recours et des recherches.

Afin d'évaluer le niveau de maturité de la gradation des soins au sein du GHT, nous proposerions que le traceur du système d'amélioration des pratiques soit la prise en charge du pied diabétique. Des « patients traceurs » inter-établissements pourraient être réalisés dans le cadre de la préparation de la certification conjointe.

Activités hospitalières

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Pas de service identifié Programme d'ETP sur le syndrome métabolique	Opportunité de Consultations avancées
CH de Millau	Pas de service identifié	Opportunité de Consultations avancées
Hôpitaux du Bassin de Thau	Discipline identifiée Médecin endocrinologue Programme ETP	Consolider l'effectif médical

Handwritten notes and signatures:
A large blue 'R' is written to the right of the table.
Below the page number, there are several handwritten signatures and initials in blue ink, including 'FF', 'CB', and 'TH'.

CHU de Montpellier	Structures identifiées de recours	Modification des modes de prise en charge vers plus d'alternatives à l'hospitalisation complète
CH de Clermont l'Hérault	NC	NC
CH de Lodève	NC	NC
CH de Lunel	NC	NC
CH de Lamalou	Programme d'éducation thérapeutique du patient à haut risque vasculaire	NC

Principales orientations

Le dispositif devrait reposer sur une gradation des soins :

- ➔ La prise en charge de recours au CHU :
 - Acidocétose diabétique
 - PEC diabète multicompliqué nécessitant suivi multidisciplinaire
 - Bilan initial pied diabétique
 - Pied diabétique nécessitant prise en charge pluridisciplinaire
 - Traitement par pompe SC/IP/ilots/greffe pancréas
 - Suivi grossesse diabétique (multidisciplinaire avec gynécologue, grossesse à risque)
 - Organisation télémédecine-téléconsultation
 - Activité recherche
 - Activité universitaire-FMC

- ➔ Prise en charge par spécialistes des hôpitaux du bassin de Thau ou venant du CHU sur CH de St Affrique et CH de Millau et + en lien équipe IDE formée :
 - Acidocétose diabétique (Hôpitaux du bassin de Thau)
 - Suivi diabète de type 1 et type 2 (possibilité de holter glycémique aux HBT)
 - Consultation patients diabétiques de type 2 traités par schéma insulinaire multi-injection
 - Suivi grossesse diabétique
 - Suite soins pied diabétique (possibilité bilan initial aux HBT)
 - Traitement par pompe SC insuline
 - Télémédecine et téléconsultation
 - ETP : extension du programme pour couvrir le territoire de St Affrique et Millau. Possibilité de consultations alternées entre Millau et St Affrique pour l'ETP et le diabète

- ➔ Prise en charge par des médecins non spécialistes sur les autres CH :
 - Consultation patients diabétiques de type 2
 - HJ pour bilan annuel diabète type 2
 - Télémédecine et téléconsultation
 - ETP

La filière s'appuiera également sur les collaborations à développer et consolider avec les SSR parties au GHT mais également avec les collaborations engagées avec le SSR du Grau du Roi (réflexion sur la création fédération pied diabétique en cours) et un centre spécialisée à Lamalou (privé).

Troubles de la nutrition-Obésité

Diagnostic partagé

La région languedocienne est plus exposée que d'autres à ces pathologies. Il s'y développe une activité de référence en chirurgie de l'obésité au CHU de Montpellier. L'enjeu est aujourd'hui de mieux évaluer les effets à long terme de ce traitement pratiqué par de nombreux centres et dont les indications pourraient s'élargir. Pour cela, l'offre du CHU doit se transformer avec une hospitalisation de jour d'évaluations des complications et de suivi des patients en général. L'approche médicale et d'éducation du patient doit prendre le pas sur la seule approche thérapeutique. Une expertise sous forme de télé médecine est possible pour les patients éloignés.

La stratégie de groupe devrait s'appuyer sur un schéma bipolaire ou tripolaire en court séjour Sète, Sud Aveyron avec des activités de proximité reposant sur des consultations, une hospitalisation de diagnostic et de traitement et le CHU de Montpellier qui apporte en plus de ce qui précède des activités de synthèse en recours et des recherches.

En chirurgie bariatrique, il faut s'interroger sur la place que pourrait occuper l'offre hospitalière du Sud Aveyron qui pourrait constituer une base avancée pour attirer la patientèle du sud du Massif Central si le CHU de Clermont-Ferrand n'est pas encore positionné. Les hôpitaux du bassin de Thau assurent une activité pluridisciplinaire de chirurgie bariatrique (100 « sleeves » par an)

Afin d'évaluer le niveau de maturité de la gradation des soins au sein du GHT, nous proposerions que le traceur du système d'amélioration des pratiques soit la détection précoce et la prise en charge des complications de la chirurgie bariatrique. Des « patients traceurs » inter-établissements pourraient être réalisés dans le cadre de la préparation de la certification conjointe.

Activités hospitalières

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Programme d'éducation thérapeutique du syndrome métabolique	Fort potentiel de recrutement sur le bassin de santé Extension du programme d'ETP pour couvrir le territoire de St Affrique/Millau Opportunité de consultations avancées en alternance avec le CH de Millau
CH de Millau	Pas d'activité identifiée	Opportunité de consultations avancées en alternance avec le CH de St Affrique

K
 JV 21
 BV
 PF
 TR
 CR

Hôpitaux du bassin de Thau	Activité identifiée de chirurgie bariatrique (appui sur les professionnels endocrinologues, gastroentérologues, pneumologues et psychiatres en préopératoire, RCP, consultations de suivi) Manque régional de SSR spécialisé dans l'obésité, la nutrition, l'ETP, la gestion pré et post-opératoire de l'activité physique des adultes	Activité à fort potentiel de développement Consolidation du temps médical
CHU de Montpellier	Structures identifiées de recours	Modification des modes de prise en charge vers plus d'alternatives à l'hospitalisation complète
CH de Clermont l'Hérault	NC	NC
CH de Lodève	NC	NC
CH de Lunel	NC	NC
CH de Lamalou	Développement d'un programme de réadaptation post chirurgical de la chirurgie bariatrique en SSR	Positionnement pour une demande d'autorisation en SSR spécialisés dans la prise en charge des troubles métaboliques et endocriniens, versus « troubles de la nutrition / obésité » par la mise en place d'un programme de réentraînement à l'effort et prise en charge nutritionnelle des personnes en surpoids (présenté au dernier SROS mais non retenu. Le Département de l'Hérault et de l'Aveyron ne disposent pas de SSR spécialisés « métabolique et endocrinien ».

Activités d'innovation et de référence

L'équipe de chirurgie bariatrique du CHU Montpellier a la particularité d'avoir développé une collaboration interdisciplinaire de qualité tant au niveau local que régional (voir national) ainsi qu'une collaboration public-privé notamment lors de réalisation de Réunion de Concertation Pluridisciplinaire régulière (collaboration avec la clinique St Louis de Ganges et St Thérèse de Sète). De plus une RCP régionale mensuelle est organisée pour les cas à risque dans le cadre du CSO Languedoc-Roussillon (participation des hôpitaux du bassin de Thau).

Les principales orientations

- Des projets de collaboration public-privé sous la forme de la création d'un Obesity Center (Groupement de Coordination Sanitaire) sont en cours de réflexion à Montpellier. Ce projet permettrait d'augmenter la qualité des soins (moins d'attente et qualité de prise en charge pluridisciplinaire sur un seul site) ainsi que l'offre de soins dont les interventions les plus délicates seraient réalisées au CHU Montpellier. De plus, l'expertise de l'équipe médico-chirurgicale de notre équipe universitaire encadrerait le développement des équipes.
- Une collaboration avec le Sud Aveyron peut être développée par la création de relations plus soutenues (consultations avancées en alternance sur les deux sites, mise à disposition de chirurgiens de l'équipe du CHU pour encadrer les équipes locales)
- Une évaluation pluridisciplinaire est réalisée en période préopératoire lors d'une HDJ (CHU Lapeyronie) ainsi que des HDJ de suivi (CHU Lapeyronie et création en février 2017 d'une HDJ spécifique pour la prise en charge des échecs de la chirurgie au CHU Saint Eloi) Les délais d'attente actuel (6 mois) sont anormalement longs. Le partenariat pourrait s'inscrire dans la mise à disposition de nouveaux plateaux techniques pluridisciplinaires (Hôpitaux du bassin de Thau et CH de Millau). Attention, les HBT n'ont aucune disponibilité de temps opératoire et/ou de places d'HDJ à offrir
- Sur le plan de la recherche, de nombreux protocoles sont en cours (PHRC, STIC, AOI, PHRIP...) ainsi que la mise à jour d'une cohorte prospective (BAREVAL) qui compte plus de 2000 patients. La participation des équipes de Sète et de Sud Aveyron est envisageable sous couvert de financement de TRC
- Sur le plan pédagogique, de nombreuses formations médico-chirurgicales et paramédicales sont proposées au niveau régional, national et international. (Un DU de prise en charge de l'obésité sévère est coordonnée par l'équipe du CHU).
- Sur le plan social : la ligue nationale contre l'obésité, association loi 1901 visant à promouvoir la prévention et le dépistage de l'obésité (www.liguecontrelobesite.org) travaille activement au sein du CHU de Montpellier et sur le site de Sète depuis 2 ans. La mise en place d'actions de prévention est à l'étude sur la Lozère et l'Aveyron.

Thème BPCO-Asthme :

Ce thème correspond à une réalité épidémiologique (respectivement 4 et 7% de la population générale, dont environ 10% de formes sévères) en lien avec le vieillissement et la croissance de l'exposition et de la sensibilité aux allergènes.

La stratégie de groupe devrait s'appuyer sur un schéma tripolaire Sète, Sud Aveyron avec des activités de proximité reposant sur des consultations, une hospitalisation de diagnostic et de traitement et le CHU de Montpellier qui apporte en complément des activités d'enseignement, de synthèse en recours et des recherches académiques, cliniques et thérapeutiques.

Mais du fait même de la progression constante de ces pathologies, il existe une nécessité de dépistage précoce avec implication des médecins libéraux

R
TP
FF
23
Bl
cf
Tu

En sud Aveyron, des fuites de patients existent en pneumologie vers Lodève (clinique du souffle) ou vers Montpellier. L'enjeu est de renforcer les temps médicaux partagés avec le CHU pour créer/consolider une filière identifiée par la médecine de premier recours du Sud Aveyron.

L'avènement de nouvelles thérapeutiques à très fort bénéfice (nouveaux anticorps monoclonaux dans l'asthme qui contrôle plus de 85% des patients sévères, amélioration spectaculaire de certains BPCO très sévère qui peuvent être sevrés d'oxygène grâce à la réduction endoscopique d'emphysème) impose une stratégie d'identification de facteurs phénotypiques prédictifs d'une efficacité des traitements ciblés pour limiter le risque de pertes de chance lié à l'éloignement. C'est aussi le cas pour les pathologies pulmonaires rares ou orphelines, les allergies sévères. La prise en charge addictologique du sevrage tabagique est aussi une activité transversale à imaginer de manière graduée à l'échelle du Territoire. L'appui d'associations de patients dynamiques impliqués dans l'organisation des soins est une force régionale.

La réorganisation du Département de Pneumologie du CHU axée sur une forte activité ambulatoire permettra une plus grande capacité d'accueil pour ces patients. Le développement de la téléassistance et du téléseuivi des patients appareillés (oxygène, ventilation au long cours) et de programmes supervisés de retour à domicile (PRADO) sont des opportunités pour l'avenir.

Afin d'évaluer le niveau de maturité de la gradation des soins au sein du GHT, nous proposerions que le traceur du système d'amélioration des pratiques soit la BPCO du sujet en situation de précarité et à risques de décompensation. Des « patients traceurs » inter-établissements pourraient être réalisés dans le cadre de la préparation de la certification conjointe.

Activités hospitalières

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Pas de service identifié; Consultations d'un praticien attaché pour les hospitalisés et les externes	Fort potentiel d'activité : Imaginer des collaborations avec les services d'imagerie thoracique, développement d'explorations fonctionnelles respiratoires à distance, en lien avec l'hôpital de jour de médecine Temps partagé d'assistant avec Millau
CH de Millau	Activité Identifiée : un poste partagé à partir du 2 janvier 2017, un poste partagé en pneumologie	A consolider
Hôpitaux du bassin de Thau	Activité identifiée Equipe médicale de 2 pneumologues Réalisation d'endoscopies bronchiques, implication dans le groupe de travail ARS	Consolidation de l'activité d'exploration fonctionnelle de pneumologie par le développement d'un poste partagé

Handwritten signatures and initials in blue ink:
 JV, [Signature], BJ, PF, CG, Tu

	« amélioration de la pertinences de la prise en charge des parcours de patients atteints de BPCO » Activité de sevrage tabagique (unité addictologie : consultations avec 0,2 ETP tabacologue, 0,6 ETP IDE spécialisée) Projet d'ETP dans la BPCO finalisé (en attente d'envoi à l'ARS pour agrément 2017)	
CHU de Montpellier	Structures identifiées	Modification des modes de prise en charge vers plus d'alternatives à l'hospitalisation complète
CH de Clermont l'Hérault	Consultations addictologie sur site avec ANPAA médecin +IDE + psychologue	Imaginer des collaborations avec les services d'imagerie thoracique, développement d'explorations fonctionnelles respiratoires à distance
CH de Lodève	Pas d'activité publique identifiée Actuellement réalisée hors GHT (Cliniques du Souffle).	A définir
CH de Lunel	Pneumologue présent sur site Pôle santé Lunel en consultation et ambulatoire	A discuter. Possibilité de renforcer des liens ou développement de poste(s) partagé(s).
CH de Lamalou	Pas d'activité identifiée	Imaginer des collaborations avec les services d'imagerie thoracique, développement d'explorations fonctionnelles respiratoires à distance

Activités d'innovation

Fortes innovations dans les domaines thérapeutiques et prise en charge

- dans l'asthme avec l'avènement de thérapies ciblées (enfin) très efficaces fondées sur l'identification de biomarqueurs : anticorps monoclonaux, thermoplastie bronchique. Développement actuel d'un registre national des patients asthmatiques sévères basé sur des fiches RCP utilisables partout y compris lors de RCP en visioconférence (déjà existantes).
- Dans la BPCO : nouvelles thérapeutiques médicamenteuses en recherche clinique. Avènement de la réduction endoscopique d'emphysème qui devrait concerner environ 5000 à 10000 patients dans notre région sur 5 ans. Aide au retour à domicile (PRADO). Télé-assistance et télé-suivi dans l'appareillage à domicile. Sevrage tabagique-addictologie. Dépistage des comorbidités

Troubles du sommeil

Diagnostic partagé

Facteurs de risque potentiels de nombreuses maladies chroniques ou non, les troubles du sommeil toucheraient près de 20% de la population générale. Les actes et traitements en lien avec les troubles du sommeil sont à l'origine de dépenses importantes, avec des approches pouvant être cloisonnées, une redondance de certains examens et consultations, de longs délais pour obtenir une consultation ou une exploration du sommeil, et une visibilité insuffisante pour les services demandeurs.

L'enjeu pour le GHT est d'identifier un fonctionnement fédératif permettant une orientation vers la bonne Unité pour réaliser le bon diagnostic et initier la prise en charge optimale. Le CHU de Montpellier dispose de compétences diversifiées présentes dans plusieurs disciplines. Une stratégie interdisciplinaire renforcerait l'impact et la pertinence des évaluations et des traitements. Un transfert de savoir-faire sur le repérage et l'orientation vers les différents CH permettrait d'impliquer aussi la médecine de premier recours.

Activités hospitalières

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique	Consultation trouble du sommeil	Maintien des consultations
CH de Millau	Aucune	Nouveau poste pour un pneumologue en janvier 2017 (activité sommeil inconnue, à préciser à son arrivée)
Hôpitaux du bassin de Thau	Consultations par deux médecins pour le dépistage du syndrome d'apnées du sommeil. Polygraphies ventilatoires en ambulatoire (environ 200/an) et Polysomnographies en hospitalisation (environ 20/an) dans un service de médecine, sans lits dédiés. Activité sur Sète et Agde (à Agde polygraphies ventilatoires)	Projet de formation continue des médecins Pas d'augmentation de l'activité prévue
CHU de Montpellier	Structures identifiées de recours 1) Unité des troubles du sommeil (Département de Neurologie)	Modification des modes de prise en charge vers plus d'interdisciplinarité avec la création d'une Fédération Sommeil Réunion mensuelle interdisciplinaire (cas difficiles, projets de recherche)

R
TS
FF
BU
CB
TU

	<p>2) Centre de Référence National Maladies Rares Narcolepsie-Hypersomnie idiopathique (Département de Neurologie)</p> <p>3) Service de pneumologie générale (Département de Pneumologie)</p> <p>4) Explorations respiratoires et métaboliques (Département de Physiologie clinique)</p> <p>5) Service de pédiatrie pneumologique et cardiologique (Département Femme Mère Enfant)</p> <p>6) Service d'ORL et CMF (Département d'ORL et CMF)</p> <p>7) Réanimation Médicale – UARP (Département de réanimation)</p> <p>8) Centre de Soins Dentaires</p>	<p>Création d'un site intranet et d'un poste de secrétaire dédiée à la Fédération Sommeil pour rationaliser les demandes internes et externes de consultations et d'exams</p>
CH de Clermont l'Hérault	Aucune	Aucune
CH de Lodève	Aucune	Aucune
CH de Lunel	Aucune	Aucune
CH de Lamalou	Aucune	Aucune

Activités d'innovation et de référence

La diversité des pathologies du sommeil et leurs comorbidités nécessitent une prise en charge multidisciplinaire qui ne doit pas se limiter au domaine des troubles respiratoires au cours du sommeil (syndrome d'apnées obstructives ou centrales du sommeil), même s'il s'agit d'un trouble très fréquent. Les pathologies du sommeil de l'adulte et l'enfant regroupent en effet également l'hypersomnie, l'insomnie, les parasomnies, les troubles moteurs au cours du sommeil, les troubles du rythme circadien.

Il existe de nombreux examens différents pour enregistrer le sommeil. Parmi eux, la polygraphie ventilatoire est un examen qui détecte les apnées du sommeil, et qui présente l'avantage d'être assez facilement accessible, pouvant se faire en ambulatoire, au domicile du patient. Cet examen a cependant des limites dès lors que le trouble respiratoire est complexe ou résistant, ou qu'il y a une autre pathologie du sommeil associée. Un autre examen est la polysomnographie, plus complexe, avec notamment un électroencéphalogramme associé, permettant de déterminer les différents stades de sommeil. Cet examen nécessite un niveau d'expertise important pour son interprétation, et se fait principalement en hospitalisation. Enfin il existe des tests d'évaluation de la somnolence et de la vigilance (tests itératifs de latence d'endormissement et tests de maintien d'éveil), qui nécessitent aussi un degré d'expertise important du clinicien. Du fait du risque accidentologique en rapport avec la somnolence, ces tests diurnes ont une valeur médicolégale pour l'aptitude à la conduite automobile selon l'arrêté ministériel du 18 décembre 2015.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including "TV", "BU", "TF", "Tm", and "K".

Principales orientations

Il est envisagé de créer une **Fédération Sommeil** au CHU de Montpellier afin de coordonner les différentes activités des Unités qui ont une activité « Sommeil » au CHU de Montpellier. La création de cette Fédération correspond à la volonté de développer une structure pluridisciplinaire facilitant la collaboration entre les équipes et de mettre en commun des moyens destinés à améliorer la filière de soins.

Cette organisation nouvelle visera aussi à améliorer la prise en charge des patients, en réduisant les délais de prise en charge, en développant la communication à l'attention des patients et des médecins sur la prise en charge des pathologies du sommeil, en identifiant les différents correspondants hospitaliers selon les différentes pathologies du sommeil pour le bon fonctionnement de la filière de soins intra et extra CHU.

L'organisation d'une filière de soins intra et extra CHU est aussi prévue, pour optimiser l'accès au diagnostic pour tous les patients «sommeil».

Dans le cadre plus spécifique de ce GHT, l'optimisation de la prise en charge des patients via les acteurs de proximité est un enjeu important, pour permettre d'assurer un suivi du malade au plus près de son domicile. Il est important de souligner qu'une offre de soin conséquente existe parallèlement en dehors des structures hospitalières, principalement orientée vers le diagnostic et la prise en charge des troubles respiratoires du sommeil. Ainsi un certain nombre d'établissements privés de santé mais aussi de praticiens libéraux assurent un dépistage et le cas échéant une prise en charge de première ligne pour ces troubles respiratoires. Dans ce contexte, il apparaît nécessaire de clarifier le positionnement de l'ensemble des acteurs afin de proposer un parcours de soin pour le patient qui soit à la fois cohérent, réduisant les délais au diagnostic, tout en évitant une redondance des examens et des intervenants en cas de pathologies complexes et résistantes.

En particulier, le positionnement des structures « sommeil » du CHU de Montpellier doit être clairement identifié. Le dépistage et la prise en charge de première ligne des troubles du sommeil doivent être réalisés en proximité, tandis que les prises en charge pour les missions d'expertise doivent être davantage assurées par le CHU.

Il est ainsi proposé que :

- Le diagnostic et la prise en charge des hypersomnies rares doivent être envisagés au Centre National de Référence Narcolepsie-Hypersomnie idiopathique. Les patients souffrant de ces affections déjà suivis dans d'autres structures, en particulier extra-hospitalières doivent a minima bénéficier d'une évaluation et d'un suivi conjoint avec le centre de référence.
- Les troubles respiratoires complexes ou résistants doivent faire l'objet de l'expertise des structures de la Fédération sommeil.
- La présence d'autres troubles du sommeil, associés ou non au syndrome d'apnées du sommeil doit faire envisager l'expertise de l'unité des troubles du sommeil, Département de Neurologie.

- Le dépistage et la prise en charge des troubles du sommeil (respiratoires ou non) chez des patients hospitalisés ou pris en charge au CHU dans le cadre de pathologies spécifiques doivent être assurés par les structures identifiées de la Fédération sommeil. Ce type de collaboration inter-service existe déjà, via des collaborations plus ou moins structurées. On peut citer par exemple, la réalisation systématique d'un dépistage d'apnées centrales chez les enfants souffrant de malformation d'Arnold Chiari qui implique une collaboration entre le service de neurochirurgie et l'unité des troubles du sommeil. Un autre exemple concerne le dépistage des troubles respiratoires du sommeil au lit du patient dans le cadre des pathologies cardiovasculaires sévères, impliquant une collaboration entre les départements de physiologie clinique et de cardiologie.

Ce positionnement de l'offre de soin au CHU implique donc une gradation de la prise en charge impliquant les acteurs de proximité :

- Médecins généralistes et spécialistes (premier recours)
- Médecins libéraux réalisant des examens de sommeil en ambulatoire (principalement polygraphies ventilatoires)
- Structures privées réalisant des examens de sommeil en ambulatoire ou in situ (polygraphies ventilatoires +/- polysomnographies)
- Structures hospitalières hors-CHU réalisant des examens de sommeil en ambulatoire ou in situ (polygraphies +/- polysomnographies)

Cette collaboration doit s'articuler autour de plusieurs axes :

- Identifier les différents intervenants « sommeil »
- Informer les médecins de premier recours sur le niveau d'expertise requis et les structures à solliciter en fonction de(s) problématique(s) sommeil du patient (FMC).
- Encourager et favoriser l'accès à des formations diplômantes pour le diagnostic et la prise en charge des pathologies du sommeil (DIU du sommeil) pour les acteurs « sommeil » de première ligne et 2^{ème} ligne.
- Echanger via l'organisation de réunion chaque 2 mois pour discuter des cas difficiles (RCP), au sein des structures de la Fédération sommeil, avec une ouverture aux acteurs « sommeil » extra-CHU de première ligne.

Une telle structuration (nécessitant coordination, temps médical, secrétariat, moyens matériels...) apparaît aujourd'hui nécessaire pour assurer un meilleur parcours de soin pour le patient, réduire les délais de prise en charge en fonction de la spécificité des pathologies à explorer.

Un autre objectif majeur de la « Fédération Sommeil » est de **promouvoir la recherche dans le domaine des pathologies du Sommeil**, en améliorant les connaissances et les pratiques professionnelles, en organisant et coordonnant les activités de recherche, en développant des interactions entre les différentes Unités et en favorisant l'émergence de nouvelles thématiques de recherche et de publications communes.

Enfin un objectif est de contribuer à **développer la formation et l'information** dans le domaine des pathologies du Sommeil, au CHU, au sein du GHT, mais aussi dans la région, en renforçant, avec la Faculté de Médecine et l'Université Montpellier, l'enseignement sur les maladies du sommeil dans les 2^e et 3^e cycles d'études médicales, en participant à la formation continue des médecins généralistes et spécialistes dans le domaine des maladies du sommeil, en développant l'information et la formation des personnels paramédicaux, éducatifs et sociaux.

Pathologies cardiovasculaires

A/ Insuffisance cardiaque

Diagnostic Partagé :

Le vieillissement de la population et l'augmentation constante des pathologies type maladie rythmique, maladie coronarienne, maladie de surcharge, maladie dégénérative font de l'insuffisance cardiaque un objectif majeur de santé publique.

La stratégie graduée du GHT s'appuie :

- * Sur le CHU : qui reste le lieu de référence pour les techniques de pointes dans le traitement de l'insuffisance cardiaque. : Stimulateur de resynchronisation, système d'assistance circulatoire, greffe cardiaque, traitement des causes : thérapeutiques rythmiques, valvulaires, coronariennes
- * Sur les HBT, le CH de MILLAU et le CH de SAINT AFFRIQUE : pour le dépistage précoce des décompensations, la surveillance des dispositifs implantés et des différentes thérapeutiques de pointe et pour la prise en charge de l'insuffisance cardiaque terminale.
- * La position de Lamalou est peut-être plus atypique
- * Pour les CH de proximité : pour le dépistage précoce et la prise en charge de l'insuffisance cardiaque terminale.

En matière d'innovation, de recherche et de formation, le CHU joue un rôle central en partenariat avec les HBT, le CH de MILLAU et le CH de SAINT AFFRIQUE.

Activités hospitalières :

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique		
CH de Millau		
Hôpitaux du bassin de Thau	Discipline identifiée Médecin cardiologue avec spécialisation rythmologie, échocardiographie, coronarienne	Renforcement de l'équipe médicale
CHU de Montpellier		
CH de Clermont l'Hérault		
CH de Lodève		
CH de Lunel		
CH Paul Coste Floret Lamalou		

Handwritten notes and signatures in blue ink, including initials like 'TV', 'PP', 'JAV', 'cb', and 'Tu', along with the number '30'.

Cette thématique reste à consolider dans le cadre de la finalisation du projet médical et de soins partagé.

B/ Maladies vasculaires

Diagnostic Partagé :

Population exposée aux pathologies vasculaires type artériopathie de surcharge, artériopathie diabétique, artériopathie de l'insuffisance rénale du fait du vieillissement de la population, des indicateurs socio-économiques défavorables, de la sédentarité.

La stratégie graduée du GHT s'appuie :

- * Le rôle référent du CHU : pour les thérapeutiques de pointes : pontage, angioplastie, stenting.....
- * Les HBT, le CH de MILLAU et le CH de SAINT AFFRIQUE : pour le rôle dans le dépistage et la surveillance de ces pathologies par l'utilisation des techniques classiques : Echo doppler, Angio TDM, Angio IRM Et une implication dans les stratégies d'éducation thérapeutique.
- * La position de Lamalou
- * Les CH de proximité : pour un rôle de dépistage clinique et d'éducation thérapeutique.

Activités hospitalières :

Etablissements concernés	Situation actuelle	Situation projetée à 5 ans
CH de Saint-Affrique		
CH de Millau		
Hôpitaux du bassin de Thau	Discipline développée dans plusieurs services mais non réellement identifiée	A consolider en termes de ressources médicales : Par le recrutement d'angiologues et des CS avancées de chirurgie vasculaire du CHU
CHU de Montpellier		
CH de Clermont l'Hérault		
CH de Lodève		
CH de Lunel		
CH de Lamalou		

En matière d'innovation, de recherche et de formation : Rôle central du CHU et partenariat avec les HBT, le CH de MILLAU et le CH de SAINT AFFRIQUE.

Cette thématique reste à consolider dans le cadre de la finalisation du projet médical et de soins partagé.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'M' and 'K' at the top right, and 'BU' and 'CG' at the bottom right. A page number '31' is visible near the center of the signatures.

FILIERE CANCEROLOGIE

Diagnostic partagé

Les neuf établissements composant le GHT ont souhaité isoler cette thématique dans la mesure où les cancers demeurent la première cause de mortalité en Occitanie et que les parcours des patients peuvent être complexes. La diversité et la densité de ceux-ci nécessitent d'accompagner la personne malade pour ne pas la laisser seule planifier son parcours de soins.

Il convient, dans cette pathologie, et certainement plus que pour d'autres, d'établir des liens étroits entre les médecins référents de proximité responsables de l'orientation initiale des patients dans des délais rapides et les équipes spécialisées qui assureront la composante hospitalière de la prise en charge. L'après-traitement et l'après-cancer doivent aussi être anticipés. Cette ambition implique une coordination et des échanges d'information entre les professionnels de santé.

La dimension des soins de supports et palliatifs afin d'assurer des prises en charge globales et personnalisés est à inclure dans le projet médical partagé.

Cela nécessite donc :

- Le repérage des situations
- L'analyse des besoins des patients
- L'inscription du patient dans un dispositif de coordination qui assure la graduation des soins au niveau des soins palliatifs et qui permet aux patients des prises charges par la structure la plus adéquate en fonction de sa situation.

Le plan cancer 2014-2019 rappelle les obligations en la matière permettant d'améliorer la qualité de vie par l'accès à des soins de support (Action 7-6 – Assurer une orientation adéquate vers les soins de support pour tous les malades). Différentes études relèvent l'importance de la prise en charge en soins de supports et palliatifs en cancérologie et mettent l'accent sur la nécessité d'une intervention précoce auprès du malade afin d'améliorer la qualité de vie et la durée de vie des patients. Cela est inscrit dans le plan de développement des soins palliatifs national 2015-2018 (Action 12-1 – Mettre en place un recours à des programmes dans chaque région pour repérer de manière précoce les besoins en soins palliatifs).

Le projet médical partagé doit tenir compte, notamment pour cette thématique des réalités socio-démographiques du territoire du GHT (précarité, isolement familial, vieillissement de la population) analysant les données ayant trait à différentes problématiques afin d'y apporter des solutions.

Les problématiques regroupent notamment :

- la prise en charge des cancers chez les personnes âgées : généralisation du G8 ou ONCODAGE, accès à l'évaluation onco-gériatrique
- L'accès aux soins de supports
- L'accès aux différents niveaux de prise en charge et d'expertise décrits par la circulaire DHOS du 25 Mars 2008 en matière de soins palliatifs (EMSP, LISP, UASP, réseaux).
- L'organisation des HAD dont les modalités d'intervention sont variables.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'K' at the top right, 'TU' below it, and several other initials like 'TY', 'S', '32', 'AF', 'tal', and 'CB' at the bottom right.

Description des activités soumises à autorisation ou à contractualisation pour le traitement du Cancer (version mars 2016)

Pour prendre en charge les personnes atteintes de cancer, les établissements de santé doivent disposer, depuis 2009, d'une autorisation spécifique. Au plan national 928 établissements de santé et centres de radiothérapie de statut libéral sont ainsi autorisés à prendre en charge des patients atteints de cancer. (AC pour Occitanie et LR)

Tous les établissements de santé souhaitant pratiquer des activités de traitement du cancer, qu'ils soient publics ou privés, y compris les centres de radiothérapie libéraux, sont concernés par les obligations réglementaires qui caractérisent ce dispositif. L'objectif est de garantir la qualité et la sécurité des prises en charge, sur l'ensemble du territoire.

Ce dispositif repose sur trois piliers :

- des conditions transversales de qualité s'appliquant quel que soit le type de prise en charge et de thérapeutique,
- des critères d'agrément définis par l'Inca pour les principales thérapeutiques du cancer,
- des seuils d'activité minimale à atteindre pour certains traitements et types de cancer.

Les neuf établissements composant le GHT s'engagent dans cette démarche.

VERS UNE EVOLUTION DU DISPOSITIF

Le Plan cancer 2014-2019 prévoit de faire évoluer le périmètre du dispositif des autorisations de traitement du cancer, afin de prendre en compte notamment les évolutions dans les techniques de prises en charge et l'accès à l'innovation (action 2.6). Les critères d'agrément seront également révisés, pour s'adapter à l'état de l'art des différentes disciplines et améliorer notamment l'orientation des situations complexes (action 2.5).

Cette évolution sera l'occasion de consolider l'encadrement des pratiques en intégrant, lorsque cela le justifie, les modes de prise en charge non encore soumis à autorisation.

1. LA CHIMIOOTHERAPIE

Des recommandations spécifiques s'appliquent aux établissements de santé ou aux personnes, non titulaires d'une autorisation, mais qui participent à la prise en charge de proximité de personnes atteintes de cancer, en administrant des traitements de chimiothérapie primo-prescrits par un titulaire de l'autorisation ou en réalisant le suivi de tels traitements.

- Ces établissements dits « associés » participent aussi à la prise en charge des malades traités par chimiothérapie dans une logique de proximité et en lien étroit avec les établissements autorisés. Cet objectif de proximité doit être renforcé avec le développement des innovations thérapeutiques (chimiothérapies orales, sous-cutanée...) et particulièrement pour la prise en charge des enfants (Hôpitaux du bassin de Thau)
- Les alternatives à l'hospitalisation avec le développement des chimiothérapies en HAD pourront être étudiées dans le cadre du GHT.

Pour la **chimiothérapie** : le seuil d'activité minimale est fixé à au moins 80 patients traités par an, dont au moins 50 en ambulatoire (hospitalisation de jour).

Handwritten signatures and initials in blue ink, including 'TR', '33', 'Tu', 'FF', 'BU', 'CB', and a large 'K'.

Concernant notre GHT :

Etablissements concernés	Situation actuelle Titulaire agrément	Situation projetée à 5 ans
Hôpitaux du Bassin de Thau	Autorisation de chimiothérapie : 120 patients / 1200 séances Baisse conjoncturelle importante (50%) en 2016 -Gastro-entérologie : partenariat avec l'ICM (0.2 ETP de PH pour CS) -Hématologie : partenariat CHU (0.2 ETP de PH pour CS) -Pneumologie : compétences internes -Urologie : compétences internes -Pédiatrie : en partenariat avec le CHU	Développement d'un plateau de chimiothérapie ambulatoire dédié Recrutement d'un oncologue à temps plein ou partiel Développement de l'onco-gériatrie
CH Clermont l'Hérault	Non concerné	
HL Fenaille	Non concerné	
CH Lamalou-les-Bains	Non concerné	
CH Lodève	Non concerné	
CH Lunel	Non concerné	
CH Millau	Site associé en chimiothérapie par convention avec le CHU	Poursuivre le développement des chimiothérapies pour les CH de Millau et Saint-Affrique en tant que site associé du CHU
CHU Montpellier	Oui	
CH Saint-Affrique	Non	Partenariat à établir avec le CH de Millau

Pour les établissements ne réalisant pas de chimiothérapies mais ayant des patients en cours de séances, un suivi coordonné sera à mis en place afin de ne pas observer de rupture du parcours. Une réflexion sera menée sur l'opportunité d'utiliser l'HAD pour les patients.

Développement de la chimiothérapie par voie orale

L'utilisation des chimiothérapies anticancéreuses par voie orale est en constante progression. Afin de garantir l'efficacité et la sécurité de ces traitements pour atteindre les objectifs thérapeutiques fixés, il faut poursuivre et/ou mettre en place des organisations pluridisciplinaires au niveau des établissements du GHT, et améliorer la coordination ville-hôpital et les échanges d'informations entre professionnels de santé (messagerie sécurisée,...).

Pour les chimiothérapies orales et thérapies ciblées des process de prises en charge sont et seront établis.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large 'L' and various initials like 'TP', 'FF', 'BJ', and 'ce'.

La Fédération de Cancérologie avec les acteurs médicaux du GHT assurera une coordination et veillera à la mise en place de RCP et consultations pluri professionnelles (médecin, pharmacien, ...)

L'activité de préparation et de production des thérapies cytotoxiques, d'immunologiques fera l'objet d'un schéma directeur (développement des préparations de proximité avec ressources médicales, ex. assistant temps partagé). Ce dossier sera traité par le Collège pharmaceutique.

2. LA RADIOTHERAPIE EXTERNE

Pour la **radiothérapie externe** : le seuil d'activité minimal est d'au moins 600 patients traités chaque année. Cette activité n'est pas réalisée sur le CHU.
Sera développé un partenariat formalisé avec l'ICM.

3. LA CHIRURGIE DES CANCERS

Le troisième critère d'agrément concerne la chirurgie des cancers et prévoit en particulier dans le dossier du patient, un compte-rendu anatomopathologique comportant des éléments minimaux définis. Ces données essentielles à la prise en charge des malades, ont été déterminées pour 21 localisations tumorales, représentant 85 % des nouveaux cas de cancer.

Pour la **chirurgie des cancers** : l'activité minimale annuelle de l'établissement est fixée à 30 interventions par an pour la chirurgie des cancers du sein, des cancers digestifs, urologiques et thoraciques et à 20 interventions par an pour la chirurgie des cancers gynécologiques, ORL et maxillo-faciales. Il n'y a pas de seuil minimal pour la chirurgie des autres types de cancer.

Etablissements concernés	Situation actuelle Titulaire agrément Nombre d'interventions	Situation projetée à 5 ans
Hôpitaux du Bassin de Thau	-Sein : non perdu en 2011 -Digestif : 25 -Urologie : 35 -Gynécologie pelvienne : 26 -Chirurgie palpébrale : oui (débutée en 2016) -Thoracique : non -ORL et CMF : non	A déterminer pour l'ensemble les modes de fonctionnement Maintien de l'activité sur toutes les spécialités et progression en digestif
CH Clermont l'Hérault	Non concerné	
HL Fenaille	Non concerné	
CH Lamalou-les-Bains	Non concerné	Mise en place d'un programme de réadaptation des séquelles post-chirurgicales et/ou de radiothérapie et/ou de chimiothérapie que l'établissement se propose de mettre en œuvre
CH Lodève	Non concerné	

CH Lunel	Non concerné	
CH Millau	-Urologie -Sénologie (en fragilité depuis 2 ans) -Digestif : interrompu en 2016	-Maintien des autorisations souhaité -Besoin de soutien en urologie et en digestif -Mise en place fin 2016 de consultations avancées d'onco-thoracique avec le CHU, également pour le CH de Saint-Affrique à organiser
CHU Montpellier	Oui	
CH Saint-Affrique	Non	-Pas d'évolution -Consultation partagée d'onco-thoracique avec CH de Millau à établir

4. LA PRISE EN CHARGE DES ENFANTS ET ADOLESCENTS ATTEINTS DE CANCER

Des critères spécifiques, venant compléter les critères d'agrément par pratique thérapeutique, ont été définis pour la prise en charge des patients âgés de moins de 18 ans.

Le CHU de Montpellier est l'établissement de recours du GHT pour la prise en charge des enfants, adolescents et jeunes adultes en cancérologie en tant que centre de référence et d'expertise régional. Sur le territoire, seuls le CHU de Montpellier et les Hôpitaux du bassin de Thau réalisent des chimiothérapies pour les moins de 18 ans.

Cette activité a vocation à être coordonnée par le réseau régional étendu aux jeunes adultes. A ce jour, celle-ci est assurée par le Département d'Hémo-Onco pédiatrie au sein du pôle Femme-Mère-Enfant.

5. LES SEPT MESURES TRANSVERSALES DE QUALITE A ORGANISER EN GRADATION

Ces mesures, fondées sur l'objectif d'une prise en charge globale de la personne malade dès le diagnostic initial, s'appliquent à l'ensemble des pratiques thérapeutiques visées par le dispositif d'autorisation. Leur respect est donc obligatoire pour la pratique de la chirurgie des cancers, de la radiothérapie externe et de la chimiothérapie.

Le GHT représente une opportunité pour mettre en place les outils de coopération entre les établissements constitutifs :

- la mise en place du dispositif d'annonce et les organisations territoriales ;
- la mise en place des réunions de concertation pluridisciplinaire ;
- la remise à la personne malade d'un programme personnalisé de soins ;

En établissant notamment un plan de liaison afin de favoriser les prises en charge de proximité après établissement d'un plan de soins en RCP de recours chaque fois que nécessaire.

- le suivi des référentiels de bonne pratique clinique ;
- l'accès aux soins dans le lieu adapté ;

En assurant la prise en charge au CHU des soins lourds et complexes en mettant en place des « contrats de priorité » afin d'éviter des attentes de transferts des patients et de possibles rupture de soins.

En ce sens, en développant des alternatives à l'hospitalisation et notamment le recours à l'HAD pour la cancérologie et organiser les suites d'hospitalisation au plus près du lieu de vie des patients (Réseau Ville-Hôpital...).

De la même façon, en anticipant les transferts en soins palliatifs pour rapprochement des malades dans les établissements les plus proches de leur domicile ou de leurs proches.

- l'accès pour la personne malade à des soins « de support » et à des soins palliatifs ainsi qu'aux équipes ressources en la matière. L'organisation détaillée des ressources et des PEC en soins palliatifs fera l'objet d'une filière distincte dans le PMP Phase 3
- l'accès pour la personne malade aux traitements innovants et aux essais cliniques.

En favorisant l'accès à l'innovation et à l'inclusion des malades dans les protocoles de recherche clinique en informant les établissements partenaires des essais en cours au CHU et au niveau du Siric.

- l'accès à une évaluation onco-gériatrique chaque fois que nécessaire

Les établissements de soins exerçant les activités de traitement du cancer du GHT Est-Hérault et Sud-Aveyron sont de fait membres du prochain réseau régional unifié de cancérologie.

6. METTRE A DISPOSITION LES RESSOURCES MEDICALES ADAPTEES AFIN DE REpondre AUX PROJECTIONS D'ACTIVITE ATTENDUES.

Sur cette thématique, les actions de Formation Continue Pluriprofessionnelle sont à développer.

Une cartographie de l'existant en matière de formation continue des professionnels des différents établissements du GHT est à réaliser au préalable.

7. CETTE ORGANISATION TERRITORIALE FERA L'OBJET D'UNE STRATEGIE DE COMMUNICATION : ENTRE LES PROFESSIONNELS DES ETABLISSEMENTS ET A DESTINATION DES PATIENTS.

Le CHU de Montpellier et l'Institut du Cancer de Montpellier ont la volonté d'opérer un rapprochement fort de leurs activités afin de pouvoir proposer une offre de soins de recours efficace et coordonnée. Les parcours de soins ainsi formalisés feront l'objet de travaux dédiés au sein du GHT.

Egalement, les CHU de Montpellier et de Nîmes ont mis en place une Fédération Hospitalo-Universitaire d'Hématologie clinique, se positionnant comme un pôle d'expertise et de compétences assurant la diffusion des bonnes pratiques, des niveaux de gradation des soins et une mise en œuvre rapide des techniques et traitements innovants.

Filière Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

I / Le diagnostic partagé :

Tous les établissements appartenant au Groupement Hospitalier de Territoire disposent d'une offre de soins en SSR. Malgré une densité élevée de SSR sur le territoire Est-Hérault/Sud-Aveyron, la répartition et le nombre de lits et places de SSR publics sur le GHT aboutit à des inégalités territoriales, avec des bassins de population non ou mal couverts par l'offre de soins publique.

L'analyse des typologies des SSR autorisés dans l'offre de soins publique du GHT fait apparaître des inégalités d'accès aux soins pouvant aboutir à une perte de chance :

1. Un nombre insuffisant de SSR de proximité spécialisés « personnes âgées poly-pathologiques et dépendantes », qui aboutit à des hospitalisations inadaptées en SSR polyvalent.
2. Des inégalités de répartition des SSR spécialisés « affections de l'appareil locomoteur » et « affections du système nerveux » qui aboutit à des déséquilibres entre l'offre de soins publique et privée dans le bassin de population de Montpellier et de Sète.
3. L'absence de certaines autorisations dans l'offre de soins publique en SSR sur le GHT.
4. Un déficit de places en HDJ de SSR gériatriques ou spécialisés « affections de l'appareil locomoteur » et « affections cardiovasculaires » pour permettre une prise en charge de proximité adaptée aux besoins de la population, en évitant les hospitalisations temps complet.
5. Des difficultés à pourvoir des postes de médecins et de personnels de rééducation.

II / Activités de Soins de Suite et de Réadaptation: besoins non ou mal couverts

Etablissements	Situation projetée à 5 ans : grandes orientations
CHU DE MONTPELLIER	<ul style="list-style-type: none"> - Création d'une unité de Soins de Rééducation Post-Réanimation (SRPR) - Augmentation de l'offre en SSR Gériatriques et en SSR neurologiques - Augmentation de l'offre en HDJ SSR gériatriques et SSR appareil locomoteur
CH DE CLERMONT L'HERAULT	<ul style="list-style-type: none"> - Maintien de l'activité actuelle
CH DE LAMALOU LES BAINS	<ul style="list-style-type: none"> - Activité de SSR spécialisé dans les affections métaboliques et endocriniennes (surpoids, obésité, réentraînement à l'effort...) - Poursuite des activités d'éducation thérapeutique du patient : douleur chronique neuropathique et patient à haut risque vasculaire. - Maintien d'une activité de SRPR pour patients « stabilisés » - Accompagnement du maintien ou du retour à domicile de patients porteurs de handicaps
CH DE LODEVE	<ul style="list-style-type: none"> - Réorientation des lits de SSR post cure addictologie (sans reconnaissance) vers du polyvalent
CH DE LUNEL	<ul style="list-style-type: none"> - Projet de GCS SSR avec l'opérateur privé (SSR gériatrique-Via domitia)
CH DE MILLAU	<ul style="list-style-type: none"> - Transformation de lits de SSR polyvalents en SSR polypathologiques personnes âgées (20 lits) - Regroupement des lits sur un seul site (St Anne)
CH DE SEVERAC LE CHATEAU	<ul style="list-style-type: none"> - ETP pour HTA autorisé mais peu de demandes - 2 lits en soins palliatifs non reconnus - 8 lits d'Unité d'Hébergement Temporaire sans financement
CH DE ST AFFRIQUE	<ul style="list-style-type: none"> - Création de deux places d'HJ SSR polyvalent
HOPITAUX BASSIN DE THAU	<ul style="list-style-type: none"> - Réactivation de l'autorisation ARS/LR n° 4-1858 du 28 juin 2010 de 20 lits et 3 places de SSR affections neurologiques, non mise en œuvre (caducité) faute de financement - Passage de 5 à 10 places de SSR affections cardiovasculaires - Augmentation de l'offre HDJ SSR gériatrique

II / Les orientations pour tous les établissements :

A/ Le développement des alternatives graduées à l'hospitalisation à temps complet avec :

- des places d'Hospitalisation de Jour (Hdj) en SSR spécialisés réparties sur le territoire dans une logique de proximité,
- des places d'Hospitalisation à Domicile de Rééducation (HAD-R) afin de consolider la filière de rééducation-réhabilitation des pathologies neurologiques complexes nécessitant une coordination et une fréquence de soins par des professionnels soignants et de rééducation (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, orthophonistes....). Sont prioritairement ciblées les suites d'AVC 50 %, maladies neuro-dégénératives 15 %, tumeurs cérébrales 10 %, syndromes extrapyramidaux, scléroses latérales amyotrophiques, scléroses en plaques...). Il s'agit d'organiser un parcours hospitalier UNV → neurologie → MPR → HAD-R → SSIAD ou libéraux, en s'appuyant sur des structures existantes d'HAD et de MPR, aptes également à intervenir en secteur médico-social (EHPAD).
Le dispositif peut s'envisager soit sous financement expérimental, soit sous réserve d'une évolution du modèle PMSI et de financement des HAD actuellement inadapté à la rééducation à domicile.
- des équipes mobiles de MPR de rééducation permettant d'offrir des soins coordonnés de rééducation pluri-professionnelle à domicile, pour les patients ne relevant pas d'une HAD-R ou d'une HDJ de SSR

B/ Le déploiement d'équipes territoriales de MPR d'appui (médecins MPR et personnels de rééducation) afin d'apporter à la demande et ponctuellement un soutien aux SSR polyvalents par les SSR spécialisés: aide au diagnostic, conseil aux choix d'options thérapeutiques.

C/ Le développement de lits identifiés de soins palliatifs en SSR pour les prises en charge au long cours (glioblastomes par exemple) ou les séjours de répit

D/ L'amélioration de la fluidification des parcours patients avec une offre de SSR graduée et distribuée, en proposant un modèle organisationnel facilitant les transferts :

- du SSR spécialisé vers le SSR polyvalent et inversement,
- du MCO vers le SSR, et inversement
- du MCO ou du SSR vers le médico-social

E/ La promotion d'actions transversales :

1/ la création de temps médicaux partagés entre établissements qui est une nécessité absolue vue l'étendue du territoire du GHT et les difficultés de recrutements médicaux pour certains établissements éloignés : postes d'assistants médicaux à temps partagé avec le CHU (CH Lamalou-les-Bains) pour renforcement de l'exercice médical au sein de plateaux techniques spécialisés, d'équipes pluridisciplinaires et pluri-professionnelles, mais également avec une optique de GPEC médicale dans la perspective de postes médicaux à pourvoir dans la discipline de Médecine Physique et Réadaptation.

2/ le suivi à distance par Télé médecine permettant, pour les patients relevant de services SSR éloignés, de bénéficier

- des consultations à distance et des avis spécialisés,
- le recours à avis d'expert en Radiologie,
- des Réunions de Concertation Pluridisciplinaires (RCP).

3/ le développement de consultations spécialisées au sein des établissements de SSR :

4/ la sécurisation du parcours du patient grâce à l'accès partagé au dossier du patient ainsi qu'aux fichiers d'imagerie du CHU.

5/ le partenariat, avec convention d'association, avec le GHT Ouest-Hérault

6/ le conventionnement du GHT avec les établissements ESPIC disposant d'une offre de soins en SSR

7/ l'accompagnement par le DIM du territoire (codification, saisie, analyses médico-économiques)

Tu R
TV⁴² [Signature]
[Signature] BU
[Signature]

FILIERE SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIE

Introduction

Les activités de psychiatrie, portées principalement par trois centres hospitaliers (CH Millau, CHU Montpellier, Hôpitaux du bassin de Thau) contribuent à l'organisation du parcours de soin pour l'ensemble des établissements du territoire. Elles s'inscrivent dans la politique de secteur réaffirmée par la Loi de santé 2016. En complément des soins sectorisés, les CH du groupement hospitalier de territoire pourront s'appuyer sur l'expertise du CHU et ses orientations hospitalo-universitaires : activités de recours, filières de soins spécialisées, participation, appui au développement de protocoles de recherche et de formation.

Cette démarche visera à trouver un juste équilibre entre le principe du secteur de résidence des patients et la volonté d'inscrire les jeunes patients et les adultes atteints de pathologies psychiatriques dans les protocoles de thérapies innovantes.

Les liens avec le secteur social, médico-social et libéral ainsi que les coopérations entre la psychiatrie et les autres spécialités médicales, devront également être développés afin de faciliter le parcours des patients.

Le groupement hospitalier de territoire, en favorisant la communication entre les équipes des différents sites et une prospective universitaire à l'échelle territoriale, permettra également de faciliter les parcours professionnels et les recrutements de jeunes praticiens.

Le décret n° 2016-1445 du 26 octobre 2016 relatif aux communautés psychiatriques de territoire vient compléter le dispositif en proposant de fédérer les acteurs de la psychiatrie et de la santé mentale pour offrir aux patients des parcours de prévention,, de diagnostic, de soins, de réadaptation et de réinsertion sociale coordonnée et sans rupture.

Cette communauté psychiatrique de territoire contribue à la définition du projet territorial de santé mentale et au projet régional de santé, en articulation avec le groupement hospitalier de territoire.

Conformément à la loi de janvier 2016, un axe prioritaire sera d'associer les usagers à l'élaboration de la politique de santé et de renforcer leurs droits.

Etat des lieux

Hôpitaux du bassin de Thau

Pôle Santé mentale et Psychiatrie.

Psychiatrie Adultes

Secteur : Sète Frontignan Balaruc Vic la Gardiole environ 70 000 habitants

Activités :

1/ Hospitalisation TC

Unité de 26 lits, près de l'hôpital. 6 Chambres doubles, 10 chambres simples et 4 chambres avec sas douche et toilettes (2 fois 2 chambres). 4 chambres d'isolement, qui ne sont pas aux normes. Accès à un jardin.

Handwritten notes and signatures in blue ink, including initials like 'TR', 'BW', and 'CB', and a circled number '43'.

Tous les patients, quel que soit leur mode d'hospitalisation, sont admis dans le même service qui est entièrement fermé. Suite à la visite de certification, une réflexion est menée sur les aménagements possibles afin de se mettre en conformité avec la loi en tenant compte des restrictions budgétaires.

2/Consultations

- SMP « Pierres blanches » et CMP/CATTP « la passerelle » en ville (psychiatres, psychologues, assistante sociale, ergothérapeute).
- HDJ : 15 places avec un projet redynamisé autour de des patients.

3/ équipe de Liaison

L'équipe de Liaison (temps plein PH et 1ETP IDE) réalise les consultations aux urgences et à l'UHCD. L'équipe effectue des consultations dans tous les services demandeurs de l'hôpital.

4/ équipe médicale et paramédicale

- Équipe médicale 6 PH temps plein et 1 assistant temps plein
- Équipe paramédicale : 1 cadre supérieur de pôle, 2 cadres de proximité, IDE (5 à l'HDJ, 4 au CMP, 19 IDE dans le service) 2 psychologues, 2 assistantes sociales, 2 ergothérapeutes.

3/Spécificités :

- Equipe mobile de précarité ; 1 IDE temps plein qui passe dans les structures sociales (CCAS, CHR, SUS...) avec prise en charge de patients suivis ou non.
- Equipe de gérontopsychiatrie (gérontopsychiatre et 0,80 ETP d'IDE). L'équipe assure les consultations de liaison, les consultations au SMP ou au CMP. Un travail de réseau est réalisé avec les EPADH, les 2 courts séjours gériatriques du pôle Gériatrie. Des temps de formations des personnels soignants sont également réalisés.

Identification des problématiques actuelles :

- difficultés dans la prise en charge somatique des patients
- Sectorisation incohérente entre MCO et psychiatrie
- Agde : psychiatrie de liaison « sectorisée » ; les patients de Sète hospitalisés à Agde ne sont pas vus par la PDL qui dépend de Béziers.
- Contexte local difficile pour la spécialité : Contexte de retour à l'équilibre. Poste de PH gelé et 3 postes de soignants supprimés.
- Faiblesse du réseau libéral : 2 psychiatres d'adultes en libéral
- Difficultés à mettre des projets en place en raison des restrictions budgétaires imposées par l'ARS dans le cadre d'un CREF (contrat de retour à l'équilibre financier)

Psychiatrie d'enfants et d'adolescents (PEA)

Activités et équipement

- 3 Unités sectorisées : CMPEA de Sète, CMPEA de Mèze (Loupian, Poussan Bouzigues, Montbazin, Gigan, Villeveyrac), CMPEA de Frontignan (Balaruc les bains, Balaruc le vieux et Vic la Gardiole)

Handwritten notes and signatures in blue ink, including the number 44 and several illegible signatures.

- Hospitalisation De Jour : Une UF HDJ sur les trois lieux (pour un total de 16 places) pour enfants et adolescents présentant des pathologies psychiatriques nécessitant des soins de longue durée.
- Hospitalisation complète : soit en pédiatrie (IMV, TCA...), soit externe au secteur (MPEA-CHU St Eloi, la Lironde), en psychiatrie adulte ponctuellement pour des adolescents présentant des troubles du comportement ou des décompensations psychiatriques aiguës.
- Un lit administratif d'hospitalisation complète utilisé pour les séjours thérapeutiques
- Une UF de Pédopsychiatrie de liaison à l'hôpital St Clair à Sète, au quotidien en maternité, pédiatrie et urgences ou autres services à la demande

Equipes médicale et soignante :

- Praticiens, Psychologues, infirmiers, éducateurs spécialisés, orthophonistes, psychomotricienne-s, secrétaires
- Un enseignant spécialisé mis à disposition par l'éducation nationale

Spécificités : File Active 1000 enfants / ados

- Mode d'entrée en soins ambulatoires : permanence d'accueil :

Accueil sans RV pour faciliter l'accès aux soins, une à quatre fois par semaine selon les CMPEA, par tous les soignants à tour de rôle »

La permanence d'accueil est suivie d'une réunion pluri professionnelle pour élaborer pour chaque patient un projet de soin en collaboration avec ses parents

- Transitions possibles vers la psychiatrie pour adultes à partir de 16 ans
- Travail de secteur très soutenu avec les partenaires :
 - Education nationale
 - Santé : médecins et paramédicaux du secteur libéral
 - Secteur social : PMI, structures d'accueil petite enfance
 - Secteur médicosocial : CAMSP, CMPP, SESSAD, ITEP, IME implantés sur le secteur géographique
 - Secteur associatif
 - Secteur judiciaire, PJJ
- Travail avec les familles

Problématiques rencontrées :

- Réseau libéral quasi-inexistant : 1 pédopsychiatre à Sète (part à la retraite)
- Précarité des populations rendant difficile le recours durable à des psychologues libéraux.
- Difficultés d'accès aux soins du fait des transports, qu'ils soient publics ou sanitaires
- Difficultés de valoriser l'activité de prévention
- Problème des excusés et absents que l'on ne peut pas comptabiliser et qui sont nombreux en pédopsychiatrie

Handwritten notes and signatures in blue ink, including initials like TP, tu, PP, and a signature, along with the number 45.

Projets à développer :

Le Partenariat avec le CHU s'organise depuis plus d'un an pour élaborer des éléments de projets médicaux complémentaires voire communs.

Au-delà de ces dispositifs existants, deux axes de travail ont été retenus au sein du SPIJ et dans le cadre du pôle :

1- Renforcer la PRECOCITE du diagnostic et des soins:

a- aux patients porteurs de troubles du spectre autistique et autres troubles envahissants du développement (Recommandations de bonnes pratiques 2012 : « Autisme et autres troubles envahissants du développement : interventions éducatives et thérapeutiques coordonnées chez l'enfant et l'adolescent », recommandations concernant le « Suivi de la prise en charge des TSA de moins de trois ans »).

Un projet spécifique de la PEC des TED avait été soumis à l'ARS

Compte-tenu des données actuelles de l'information scientifique, des dispositifs existants dans notre secteur géographique en matière de CAMSP, SESSAD, IME et du PRIAC, il est important d'allouer les moyens humains et matériels suffisants à une prise en charge intégrative et individualisée précoce.

Outre les procédures déjà en place que nous souhaitons intensifier, certaines interventions proposées aux familles ou patients dans le cadre des TSA remplissent déjà de nombreux critères de l'éducation thérapeutique des parents et il est souhaitable qu'elles soient reconnues comme telles et valorisées (« plan pour l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques 2007 2011 », mesure 3 de l'axe 1) .

b- de la prévention, du soutien à la parentalité, de l'accueil thérapeutique pour les familles dans lesquelles la vulnérabilité psychique est présente.

Un projet spécifique (SOUPAP) a été présenté en 2015, associant les compétences de psychiatrie générale et de pédopsychiatrie. Les besoins en personnel et formation y sont recensés. Ce projet complètera dans les situations les plus à risque le travail de périnatalité déjà effectué. L'ensemble vise à répondre au mieux au SROS 2012 2017, en terme d' « accessibilité », « d'évitabilité », par un « repérage des vulnérabilités et l'organisation optimale du soutien à la parentalité », le « repérage des troubles de la relation parent – enfant », la « coordination de la maternité, des secteurs de psychiatrie, de pédopsychiatrie et du secteur associatif » qui sont évoqués dans le SROS.

2- Améliorer la prévention, le diagnostic et le parcours de soin des adolescents

Le SROS et la loi santé 2016 insistent sur la nécessité d'une attention particulière à cette population, le travail de secteur déjà en place doit être complété.

Un groupe de travail du pôle psychiatrie et santé mentale, se réunit pour des temps de réflexion institutionnelle commune à la psychiatrie générale et au SPIJ afin de permettre à chaque adolescent des soins adaptés en ambulatoire et/ou en hospitalisation urgente ou programmée. Un protocole de collaboration a été établi. Il est souhaitable d'y associer le secteur de psychiatrie adulte de Mèze (dépendant du CHU).

Des réunions cliniques permettent par ailleurs d'améliorer l'articulation des suivis lorsque s'achèvent les soins pédopsychiatriques et qu'un relai en psychiatrie générale doit être proposé. Afin de faciliter le parcours de soin, il est souhaitable dans certaines situations de pouvoir proposer entre autre, une prise en charge en groupe associant des mineurs à partir de 16 ans et de jeunes majeurs, par des soignants de l'équipe de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie.

Les partenaires plus spécifiques à cet âge en plus de ceux déjà cités sont la PJJ, la plate-forme BALDI. Une convention existe avec la classe relais de Sète, nous participons au comité de pilotage du réseau Philado et les modalités de collaboration avec la maison des adolescents sont en cours de réflexion.

Centre Hospitalier de Millau

Psychiatrie d'adultes

→ Activités et équipement

- Le dispositif de soins en psychiatrie se base sur le secteur constitué par l'aire géographique du Sud-Aveyron.
- Initialement 4 secteurs de psychiatrie d'adultes dépendant de Ste Marie (Rodez) ; en 1985 création d'un 5^{ème} secteur rattaché à Millau.
- Hospitalisation complète : 22 lits, structure neuve
- Les hospitalisations en SDT et SDRE de ce secteur se font toutes à Rodez. Les programmes de soin sont menés par Millau sous responsabilité de Ste Marie.
- Centre de soins attentifs permet un isolement avec accord
- 2 CMP : l'un à Millau, l'autre à Ste Affrique
- HJ : 6 places à Millau et 6 places à Ste Affrique
- 1CATTP à Millau, 1 atelier thérapeutique
- 30 places en appartement thérapeutique
- Dossier informatisés : Orbis, AVAP (RIMPsy),

→ Spécificités et projets

- Unité de psycho-oncologie
- Activité de liaison/urgences- référent ARS-sentinelles formées pour le RUD ; et formations sur l'évaluation du risque suicidaire ; Activité développée depuis 4 ans, pour tout âge.
- Equipe mobile d'addictologie : dépend de l'hôpital ; RAMIP
- Association AREVO : MG prescripteurs de méthadone ; coordination des parcours
- Cellule de veille pour les situations dangereuses ; pour une intervention rapide et coordonnée police/CH
- Activités de formation : Liens avec la faculté de médecine de Toulouse, fac de psychologie, 8 rencontres de formation de 3^{ème} cycle
- Service validant pour les internes Toulouse 1 PA et 1 PPA
- Liens extra territoriaux : Foyer de SAROUL – St Alban (Christine Silme) ; Institut Saint Pierre (unité mère-bébé).

Tu
TP⁴⁷
CB
CB

Autres points forts :

- Diversité des approches thérapeutiques ; développement des thérapies de groupe
- Cs infirmières : permanence mensuelle dans les structures ; EPAHD et structures MS
- Gradation des recours

➔ **Identification des besoins**

- 5 postes et demi, ils sont 3... : besoin de développer les temps partagés
- Faiblesse des moyens libéraux ; 1 psychiatre, pas de pédopsychiatre

Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent

- Accueil des 0-16 ans
- Sud Aveyron : 2 bassins de santé avec deux hôpitaux
- Pas d'hospitalisation spécifique. Un HDJ pour enfants à Millau et 2 CMP l'un à Millau et l'autre à Ste Affrique.
- Les hospitalisations sont organisées principalement à l'UMPA de Rodez : 11-16 ans ; Après 16 ans en psychiatrie d'adultes.
- Le R.A.S.T.A. : Le réseau d'accompagnement social et thérapeutique pour adolescent intervient, sur indication médicale, auprès d'adolescents de 11 à 16 ans.
- Activité de liaison avec Maternité, Urgences, Médico-social (MS)
- Points forts : bonne médicalisation du MS. Associations gestionnaires du MS : ADAPEI, PEP
- Projets : CATTP ado en complément de l'équipe mobile (1 Educateur, 1 IDE, 0,5 psycho ; 0,2 pédopsychiatrie : crédits ARS alloués, pas de recrutement possible)

Points de fragilité : pas d'hospitalisation de post-urgences mais possibilité de garder à l'UHCD. Pas de lits de pédiatrie.

Etat des lieux sur le territoire du GHT

Activités soumises à autorisation ou à contractualisation

Implantations de psychiatrie générale HC

Etablissements concernés	Situation actuelle
CH de Millau	22 lits tous ouverts (HL uniquement)
Hôpitaux du bassin de Thau	26 lits tous fermés et passage à 22 dont 2 lits d'isolement en 2017
CHU de Montpellier	254 lits dont 20 chambres d'isolement (chiffres du rapport d'autorisation des structures du pôle) + lits de post-urgences

tu R
TP
FF
Pw

Implantations de psychiatrie générale HdJ

Etablissements concernés	Situation actuelle
CH de Saint-Affrique	6 places (dépend CH Millau)
CH de Millau	6 places
Hôpitaux du bassin de Thau	15 places (SETE)
CHU de Montpellier	189 places
CH de Clermont l'Hérault	Projet de réorganisation du secteur adulte Montpellier Lodève prévoyant un regroupement des structures de Gignac et Clermont sur un site unique proposé par le CH de Clermont

Implantations de psychiatrie générale AFT

Etablissements concernés	Situation actuelle
CH de Millau	0
Hôpitaux du bassin de Thau	0
CHU de Montpellier	22

Implantations de psychiatrie générale APT

Etablissements concernés	Situation actuelle
CH de Millau	30
Hôpitaux du bassin de Thau	0
CHU de Montpellier	9

Implantations de psychiatrie infanto-juvénile HC

Etablissements concernés	Situation actuelle
CH de Millau	Pas de lit spécifique
Hôpitaux du bassin de Thau	Pas de lit spécifique 1 lit administratif pour séjours thérapeutiques
CHU de Montpellier	10 lits + 5 UCAP pour mineurs mais rattaché PA/pôle

Tu
49
TY
PP
BS
CK

Implantations de psychiatrie infanto-juvénile CMP HdJ

Etablissements concernés	Situation actuelle
CH de Saint-Affrique	Antenne CMP
CH de Millau	CMP, 6 places HDJ, 1 équipe mobile ado
Hôpitaux du bassin de Thau	16 places réparties sur 3 lieux 3 CMP Sète, Frontignan, Mèze
CHU de Montpellier	41 MPEA1, 30 MPEA2

Implantations de psychiatrie infanto-juvénile PFT

Etablissements concernés	Situation actuelle
CHU de Montpellier	1 lit MPEA1 ; 2 lits MPEA2

Urgences psychiatriques :

Activité de liaison psychiatrie aux urgences :

CHU Montpellier

CHU Montpellier - PA (psychiatrie du pôle urgences + UPUP) : à décrire

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

En journée, interventions aux urgences par un interne de PEA supervisé par un sénior ; à partir de 18 30 astreinte opérationnelle de pédopsychiatrie. Hospitalisations en aval : UCAP, MPEA surtout.

Hôpitaux du bassin de Thau : activité de liaison aux urgences (enfant/adulte)

- En journée : une IDE de liaison de 8h 30 à 16h 30 avec une permanence médicale entre 8h 30 et 18h 30. Activité de liaison et urgences/UHCD. Chaque praticien fait 2 demi-journées.
- 1 IDE précarité qui intervient au SUS et au CCAS + gérontopsychiatrie

En Pédopsychiatrie :

- Permanence d'accueil – 1^{er} degré d'accueil des urgences dans les CMPEA (par un membre de l'équipe)
- Pédopsychiatrie de liaison : rencontres quotidiennes des équipes dans les services de maternité, pédiatrie, urgences. ½ temps médical dédié à la psychiatrie de liaison PEA et ½ temps psychologie dédié à la pédiatrie et consultation si besoin
- Concernant la permanence des soins : les astreintes opérationnelles de nuit sont assurées par l'ensemble des praticiens du pôle. Le samedi Matin : présence assurée dans les deux services jusqu'à midi puis astreinte.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including "TR", "CB", and other illegible marks.

Activité de liaison aux urgences

- Patient dangereux : cellule de veille qui étudie les cas – réunions tous les mois et demie ; ARS/Police et gendarmerie/services d'urgences Millau et St Affrique/Psychiatrie
- Semi-urgence : Un IDE référent pour chaque structure MS (tous sauf IME)-mensuel ; les appels sont possibles vers l'IDE référent ou en second lieu vers l'IDE de permanence qui est en lien avec psychiatre référent de jour. Des IDE de permanence existent dans les deux structures. Possibilité d'orientation soit vers HL-CH Millau, soit vers Ste Marie SDT (certificat fait par le psychiatre ou l'urgentiste) ; ou visites sur site ou RV CMP.
- Astreinte opérationnelle de nuit : pool pédopsy-psy adulte à partir de 18 30 ; possibilité de déplacement CH Millau et CH Ste Affrique
- Veille suicide : possibilité de donner le tel de l'infirmier de permanence et le tel de l'hospitalisation la nuit (+ coordonnées des urgences des 2 CH).

En psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent :

- en journée 1 des pédopsychiatres va aux urgences ou membre de l'EM ou interne (puis astreinte commune).
- Urgences maternité et staff maternité interventions pédopsychiatre et éducatrice puis si besoin suivi au CMPEA référent (sans passage par la permanence).

Psychiatrie de Liaison

- Psychiatrie de liaison différenciée de celle des urgences – CMP de chaque bassin de santé : 1 IDE fait la liaison dans les services MCO sur chacun des hôpitaux et psychooncologie à Millau. Une réunion de travail régulière en psycho-oncologie n'est plus faisable.
- Liaison pédopsychiatrique : tout est centralisé à Millau (le patient est transféré)

Les principales orientations du GHT :

- 1) Valorisation des activités de prévention et de liaison et de somatique et d'ETP (MIG)- profamille / Valorisation en T2A : géronto-psychiatrie (4 lits sanitaires et 1 lit MS)

Le constat commun sur les différents sites : beaucoup d'activités de prévention mal valorisées. Parmi celles-ci :

- les visites systématiques des dispositifs médico-sociaux ou de certains services MCO (maternité) réalisés par les équipes de secteurs ou de filière pour prévenir les hospitalisations non préparées ou inutiles.
- les programmes type Profamille (programme pour les aidants des familles ayant un proche avec schizophrénie) ; qui ont montré une efficacité thérapeutique en termes de réduction de symptômes, de diminution des hospitalisations, de qualité de vie. Ces programmes sont accessibles aux familles même lorsque leur proche n'est pas suivi. Comment mieux valoriser ces programmes qui deviennent un pilier incontournable des programmes thérapeutiques (bien au-delà de l'ETP)

Handwritten notes and signatures in blue ink, including initials like "TV", "S1", "JPF", "BV", "CB", and a large "K".

- un constat partagé : la diffraction des moyens qui auraient pu être dédiées à la prévention à partir des dispositifs sanitaires existants et qui auraient pu être assortis de techniques d'évaluation (programmes d'action-recherche par ex). Nous avons assisté à la place à la création de nouveaux dispositifs à faible cout proposant des actions non évaluées, parfois sans support empirique suffisant.
- nécessité de de rapprocher des DIM pour valoriser les activités de recours et pour le montage des projets des activités existantes (TDAH, TSA, Schizophrénie)

2) Soins de filière et recours : SZP, TDAH, TSA, Trouble Bipolaire

Améliorer la visibilité et l'accès aux filières de recours

3) Accueil du patient avec troubles psychiatriques- filières de soins

Un autre constat ressort des premières rencontres ; la grande difficulté à inscrire les personnes avec troubles psychiatriques dans un parcours de soin fluide au niveau du MCO. Le CH de Millau a déjà abordé ce point qui est un axe important du projet médical du GHT en CME avec un retour positif et l'expérience d'un chirurgien ayant déjà travaillé sur le rapprochement psychiatrie-MCO à l'hôpital Saine Anne à Paris.

4) Recherche/formation/prospective de postes commun Développement de la fédération régionale de recherche (ex LR)

Evaluer la faisabilité du rattachement du CH de Millau au projet.

5) Sectorisation

A discuter : Mèze vers Sète pour une rationalisation de la sectorisation intra-Montpellier

FILIERE PERSONNES AGEES – VIEILLISSEMENT

Les données et orientations résumées ci-dessous sont issues d'une première enquête auprès des 9 établissements constitutifs du GHT.

1 – Diagnostic partagé : l'offre de soins hospitalière publique dédiée aux personnes âgées au sein du GHT.

Elle est composée de :

- 193 lits de MCO (84 lits de court séjour gériatriques et 109 lits de médecine polyvalents à orientation gériatrique)
- 303 lits de SSR (147 lits de SSR gériatrique et 156 lits de SSR polyvalents à orientation gériatrique)
- 445 lits de soins de longue durée
- 1098 places d'EHPAD hospitaliers auxquelles il convient d'ajouter les places situées au sein des 90 à 100 EHPAD non hospitaliers avec lesquels ont été établies des conventions avec certains des établissements du GHT.
- Seuls 2 des établissements disposent d'une plateforme d'évaluation gériatrique composée d'une unité de consultation et d'hospitalisation de jour et 3 d'entre eux d'une équipe mobile de gériatrie.
- Seuls 4 établissements du GHT (CHU, Hôpitaux du Bassin de Thau, CH de Millau, CH de Saint Affrique) disposent d'une filière gériatrique comportant 4 ou 5 des segments d'activité de la filière gériatrique au sens de la circulaire du 28 mars 2007.

Un diagnostic de l'offre devant être complété par les données médico-économiques relatives aux patients âgés de 75 ans et plus : taux de recours aux établissements du GHT via ou non les urgences, pourcentage d'hospitalisation non programmées/programmées, pourcentage des > de 75 ans dans les segments MCO et SSR, DMS/tranche d'âge, taux de ré hospitalisations à 30 jours (instruction en cours au sein du DIM de territoire).

2 - Principales orientations à mettre en œuvre :

Axe 1 : Optimiser le parcours de santé des personnes âgées (> 75 ans) en risque de perte d'autonomie (fragiles) et des personnes âgées poly pathologiques :

- coordonner les soins primaires de proximité, les établissements hospitaliers du GHT et les structures d'aval partenaires (EHPAD) afin d'améliorer les transitions ville-hôpital avec pour objectifs de réduire le taux d'hospitalisations évitables, de favoriser les entrées directes, de mieux gérer et anticiper les sorties (en s'appuyant sur les dispositifs existants ou à renforcer tel que les MAIA, télégériatrie, via trajectoire, PRADO personnes âgées, ARDH ...)
- renforcer les plateformes d'évaluation gériatriques (consultations/hôpital de jour) afin de les rendre accessibles à l'ensemble de la population éligible.
- graduer les soins différenciés par une meilleure définition des critères et profils patients (hôpitaux de proximité/CH/CHU) afin de conjuguer les principes de proximité et d'optimisation de la prise en soins.

TR
TR
TR
53
TR
TR
TR

- mettre en œuvre des mesures de prévention de la dépendance nosocomiale (ou iatrogène) intra-hospitalière (cf recommandation HAS en cours d'élaboration et l'approche adaptée canadienne).

Axe 2 : Appliquer dans une approche de modélisation ces mesures à certaines pathologies prévalentes en gériatrie telle que l'insuffisance cardiaque, les maladies neurodégénératives, les pathologies cancéreuses (oncogériatrie)

Axe 3 : Diffuser les bonnes pratiques médico-soignantes de prévention des risques et de prise en soin au sein des établissements du GHT (cf point 4)

Axe 4 : Etablir un diagnostic des ressources médicales en gériatrie dans un but de planification et de mutualisation des besoins médicaux à court et moyen terme.

Axe 5 : Les actions transversales susceptibles d'être développées au sein du GHT et devant être inscrites au sein du projet médico-soignant partagé et notamment hygiène, bientraitance, plaies et cicatrisation, douleur, soins palliatifs

Les 9 thèmes suivants ont été hiérarchisés par ordre décroissant de priorité et pourront structurer une démarche inter-établissements et pluri-professionnelle de type EPP/CREX/Formation Action Recherche :

- 1 - Prévention de la iatrogénie médicamenteuse chez le sujet âgé
- 2 - Prévention et PEC des chutes
- 3 - Prévention et PEC de la douleur
- 4 - Prévention et PEC de la dénutrition
- 5 - Prévention et PEC des troubles psychologiques et comportementaux
- 6 - Optimisation des transitions ville-hôpital (dans le cadre du parcours de santé)
- 7 - Prévention de la dépendance nosocomiale (ou iatrogène) intra-hospitalière
- 8 - Prévention et PEC des plaies de pression
- 9 - Santé bucco-dentaire