



HÔPITAUX DE LUCHON



Centre Hospitalier de Muret



# **GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE LA HAUTE-GARONNE ET DU TARN OUEST**

## **CONVENTION CONSTITUTIVE**

---

Juin 2016

VU la loi no 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, notamment ses article 69 et 107 (articles L 6132-1 à L 6132-7 du code de la Santé Publique instituant les groupements hospitaliers de territoire),

VU le décret no 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire,

VU l'arrêté du 11 décembre 2012 du Directeur Général de l'ARS pour la région Midi-Pyrénées, portant adoption du Projet Régional de Santé, notamment les schémas régionaux d'organisation des soins de la région et le projet régional de télémédecine,

VU la concertation des Directoires des sept établissements parties au Groupement Hospitalier de Territoire,

VU les avis des Commissions Médicales d'Etablissement des sept établissements parties au Groupement Hospitalier de Territoire,

VU les avis des Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques des sept établissements parties au Groupement Hospitalier de Territoire,

VU les avis des Comités Techniques d'Etablissement des sept établissements parties au Groupement Hospitalier de Territoire,

VU les avis des Commissions des Relations avec les Usagers des sept établissements parties au Groupement Hospitalier de Territoire,

VU les avis des Conseils de Surveillance des sept établissements parties au Groupement Hospitalier de Territoire,

VU les avis des Commissions Médicales d'Etablissement sur la constitution d'un Collège Médical du Groupement Hospitalier de Territoire,

VU les avis des Commissions des Relations avec les Usagers sur la constitution d'un Comité des Usagers du Groupement Hospitalier de Territoire,

VU les délibérations des Conseils de Surveillance relatives à la désignation du CHU de Toulouse en qualité d'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest,

**IL EST CONVENU LA CREATION D'UN GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE LA HAUTE-GARONNE ET DU TARN OUEST**

## **PREAMBULE : DES VALEURS PARTAGEES ENTRE LES ETABLISSEMENTS PARTIES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

L'adhésion au groupement hospitalier de territoire (GHT) des sept établissements publics de santé s'appuie sur des valeurs communes fortes qui irrigueront leurs stratégies et leurs actions.

Ces valeurs communes sont développées dans le cadre de la charte de confiance et de coopération jointe en annexe 1 de la présente convention constitutive.

Des axes se dégagent parmi les principes directeurs exposés dans cette charte, fédérant les établissements autour de la création du groupement. Il s'agit des missions de service public hospitalier et de la construction d'un modèle innovant dans un cadre de gestion concertée.

Les établissements parties au groupement exerçant une activité de psychiatrie font le choix de constituer de manière concomitante une communauté psychiatrique de territoire sur le fondement de l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Le centre hospitalier Gérard Marchant est l'établissement support de cette communauté psychiatrique de territoire (CPT). Ses éléments constitutifs et principes directeurs (missions, organisation et fonctionnement) sont développés en annexe 3 de la présente convention constitutive.

## **PARTIE I : PROJET MEDICAL PARTAGE ET PROJET DE SOINS PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

La présente convention constitutive détermine les orientations stratégiques du projet médical partagé.

Le projet médical partagé fera ensuite, par voie d'avenants à la convention constitutive, l'objet avec le projet de soins d'un déploiement progressif d'ici le 1<sup>er</sup> juillet 2017 :

- déclinaison par filière du projet médical partagé au 1<sup>er</sup> janvier 2017
- déclinaison finalisée du projet médical partagé et, en déclinaison de ses orientations stratégiques, élaboration du projet de soins au 1<sup>er</sup> juillet 2017

### **Article 1 : LE PROJET MEDICAL PARTAGE**

Les établissements parties au groupement établissent un projet médical partagé permettant aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée.

Ce projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement.

#### ***1-1 Contenu du projet médical partagé***

Le projet médical partagé est structuré autour d'orientations stratégiques. Elles sont détaillées en annexe 2 de la présente convention constitutive.

Le projet médical partagé, décliné par filière et spécialité, fera l'objet d'un plan d'actions prioritaires pour le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

Le projet médical partagé détaillé, conforme au contenu fixé par le décret du 27 avril 2016, sera finalisé pour le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

#### ***1-2 Elaboration du projet médical partagé***

La rédaction du projet médical partagé détaillé implique, sous la coordination du président du collège médical du groupement, les équipes médicales concernées de chaque filière et spécialité.

Les établissements parties au groupement délèguent à la communauté psychiatrique de territoire (CPT) l'élaboration du projet médical partagé pour la filière de psychiatrie et de santé mentale. L'animation et la coordination de cette filière relèvent de la CPT et de son établissement support, le centre hospitalier Gérard MARCHANT.

Les présidents de CME des établissements parties assurent la conformité des projets médicaux des établissements avec le projet médical partagé du groupement.

## **Article 2 : LE PROJET DE SOINS PARTAGE**

Le projet de soins partagé est la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques qui figurent dans le projet médical partagé du groupement.

Portant sur les filières de soins, le projet de soins partagé inclut la prise en charge globale du patient, la qualité, la sécurité et la gestion des risques qui sont liées aux soins, le développement des pratiques professionnelles et de la recherche en soins infirmiers, dans le cadre d'une approche coordonnée de la prise en charge du patient.

Le projet de soins partagé est élaboré par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement. Il est établi d'ici le 1<sup>er</sup> juillet 2017 par voie d'avenant à la présente convention.

Les établissements parties au groupement délèguent à la communauté psychiatrique de territoire (CPT) l'élaboration du projet de soins partagé pour la filière de psychiatrie et de santé mentale. L'animation et la coordination de cette filière relèvent de la CPT et de son établissement support, le centre hospitalier Gérard MARCHANT.

## **PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER**

### **Titre 1 - CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

#### **Article 3 : COMPOSITION**

Les sept établissements publics de santé soussignés sont partie au groupement hospitalier de territoire :

Nom de l'établissement public de santé n°1 : Centre Hospitalier Comminges-Pyrénées dont le siège est avenue de Saint Plancard, BP 183, 31806 SAINT GAUDENS Cedex

Nom de l'établissement public de santé n°2 : Centre Hospitalier de Graulhet dont le siège est 19 rue Dr Bastié – BP 49 – 81301 GRAULHET Cedex

Nom de l'établissement public de santé n°3 : Centre Hospitalier de Lavaur dont le siège est 1 place Vialas, 81500 LAVAUUR

Nom de l'établissement public de santé n°4 : Hôpitaux de Luchon dont le siège est 5, cours des Quinconces, BP 88, 31110 BAGNERES DE LUCHON

Nom de l'établissement public de santé n°5 : Centre Hospitalier Gérard Marchant dont le siège est 134, route d'Espagne, BP 65714, 31057 TOULOUSE

Nom de l'établissement public de santé n°6 : Centre Hospitalier de Muret dont le siège est 116, avenue Louis Pasteur, BP 10202, 31605 MURET Cedex

Nom de l'établissement public de santé n°7 : CHU de Toulouse dont le siège est Hôtel-Dieu, 2, rue Viguerie, 31059 TOULOUSE Cedex

Des établissements publics médico-sociaux agissant dans les champs du handicap et des personnes âgées pourront adhérer à la présente convention dès lors qu'ils en accepteront les stipulations. Leur adhésion devra préalablement recueillir l'avis favorable des instances du groupement et des établissements parties au groupement.

Des établissements de santé de droit privé pourront participer au projet médical partagé en qualité d'établissement associé ou partenaire du groupement. Il s'agira en particulier, au regard de leur caractère d'établissements de droit privé à but non lucratif, de l'institut Claudius REGAUD et de l'hôpital Joseph DUCUING. Ces modalités de participation au groupement, conformes à la réglementation, sont précisées au titre 2 de la présente convention. Il s'agira également des établissements de santé ayant une activité d'hospitalisation à domicile agissant dans le territoire des établissements parties au groupement.

#### **Article 4 : DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

La dénomination du groupement hospitalier de territoire est :  
« groupement hospitalier de territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest ».

#### **Article 5 : OBJET DU GROUPEMENT**

Le groupement hospitalier de territoire vise à garantir aux patients une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours dans le cadre du projet médical partagé prévu au II de la présente convention et élaboré par les établissements.

La présente convention constitutive a pour objet :

- de promouvoir une politique de coopération et d'échanges entre les partenaires dans le respect de leurs complémentarités, conforme à leur volonté de poursuivre et d'affermir la stratégie d'alliance entre établissements publics,
- d'organiser des parcours de soins spécialisés accessibles à tous les patients dans le cadre d'une prise en charge graduée, sécurisée et de qualité,
- d'assurer une rationalisation des modes de gestion par la mise en commun de fonctions afin de rechercher une meilleure efficacité collective dans le cadre d'actions de gestion coordonnées et concertées.

#### **Article 6 : DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT**

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire est le CHU de Toulouse dont le siège est Hôtel-Dieu, 2 rue Viguerie, 31059 TOULOUSE Cedex.

Cette désignation a été approuvée par les conseils de surveillance des sept établissements parties à la présente convention.

#### **Article 7 : DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES :**

Par leur adhésion au GHT, les établissements membres affirment leur volonté de développer des synergies dans le cadre d'un modèle coopératif étendu.

##### ***7-1 Droits des établissements membres :***

Un établissement partie au présent groupement hospitalier de territoire peut mener des actions de coopérations engagées dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes de droit public ou de droit privé.

L'adhésion au GHT ne remet pas en question les conventions déjà conclues.

Les partenariats conclus par les établissements signataires s'exercent dans le respect des actions menées au sein du présent groupement hospitalier de territoire. Elles sont, le cas échéant, mises en conformité avec la présente convention dans un délai d'un an.

### ***7-2 Respect de la mission propre et des conditions générales de fonctionnement de chaque établissement***

La place spécifique de chaque établissement est prise en compte pour la mise en œuvre de la présente convention.

Chacun des établissements signataires conserve son mode de financement et perçoit la tarification des actes réalisés dans le cadre des activités pour lesquelles il est autorisé.

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

### ***7-3 Respect des activités et des missions propres au champ de la psychiatrie et de la santé mentale***

La stratégie du groupement en matière de santé mentale est élaborée et mise en œuvre dans le respect des secteurs psychiatriques. Le centre hospitalier de Lavaur, au titre de ses missions de secteur sur le Tarn Sud, sera ainsi associé au projet médical partagé du GHT intégrant le centre hospitalier de Castres.

L'élaboration et la mise en œuvre du projet médical partagé et du projet de soins partagé sont délégués, dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, à la communauté psychiatrique de territoire et à son établissement support, le centre hospitalier Gérard MARCHANT.

Chaque établissement détenteur d'une autorisation d'activité de psychiatrie conserve son mode de financement au travers de la dotation DAF de psychiatrie qui lui est allouée par l'ARS.

Le département d'information médicale (DIM) du groupement comprend une section propre à l'activité de psychiatrie. Elle est animée par un médecin du DIM membre de la communauté psychiatrique de territoire.

### ***7-4 Missions particulières du CHU***

Le Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse partie à la présente convention assure, pour le compte des autres établissements parties au groupement, de concert avec les Facultés de Santé de l'Université Paul SABATIER, les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 :

- 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;
- 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;
- 4° Les missions de référence et de recours.

### ***7-5 Obligations des établissements membres***

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.

## **Titre 2 - ASSOCIATION ET PARTENARIAT DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

Certains établissements de santé ou médico-sociaux pourront, sur leur demande, demander un statut d'établissement associé ou d'établissement partenaire du groupement. Cette participation s'effectuera par voie d'avenant à la présente convention constitutive après avis des instances du groupement et des établissements parties au groupement.

## **Titre 3 - GOUVERNANCE**

La composition des instances du groupement, conformément à la charte de confiance et de coopération, est établie en respectant une représentation égale des sept établissements parties au groupement. La composition des instances recherche une taille favorisant une animation et une participation effectives.

La présidence et la vice-présidence des instances du groupement rechercheront une répartition équilibrée entre l'établissement support et les autres établissements parties au groupement.

Les missions des instances du groupement s'inscrivent dans le respect de la subsidiarité des missions des instances des établissements parties au groupement. Des missions supplémentaires pourront leur être déléguées à l'avenir à partir de celles actuellement attribuées aux instances des établissements parties au groupement.

## **Article 8 : LE COMITE STRATEGIQUE**

### ***8-1 Mission***

Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en oeuvre de la convention constitutive et du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire. Il propose au directeur de l'établissement support les orientations dans la gestion de la mutualisation des fonctions supports et communes.

Il élabore le règlement intérieur du GHT et l'adopte après consultation des instances communes et, selon leurs compétences, après avis des instances des établissements parties au groupement.

### **8-2 Composition**

Le comité stratégique comprend :

- les directeurs des établissements visés à l'article 1 de la présente convention,
- les présidents des commissions médicales d'établissement visés à l'article 1 de la présente convention,
- les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques (CSIRMT) visés à l'article 1 de la présente convention,
- le président du collège médical du groupement,
- le président de la CSIRMT du groupement,
- les présidents du comité de pilotage et de l'assemblée médicale de la communauté psychiatrique de territoire,
- le médecin responsable du département d'information médicale de territoire,
- les doyens des facultés de santé

### **8-3 Fonctionnement**

Le comité stratégique est présidé par le directeur général du CHU, directeur de l'établissement support du GHT.

Il se réunit une fois par trimestre et, selon l'avancement des projets, sur convocation de son président.

Le comité stratégique établit son règlement intérieur et approuve celui des autres instances communes du groupement. Chaque établissement y dispose d'une voix. Les décisions du comité stratégique sont prises de façon consensuelle entre chacun des établissements. Le consensus sera supposé établi en l'absence de manifestation d'opposition par l'un des membres.

## **Article 9 : LE COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX**

### **9-1 Composition**

Le comité territorial des élus locaux est composé :

- des maires des communes sièges des établissements parties au groupement,
- des présidents des conseils de surveillance des établissements parties au groupement,
- d'un représentant du conseil départemental de la Haute-Garonne,

- d'un représentant du conseil départemental du Tarn,
- du directeur général du CHU, président du comité stratégique du groupement,
- des directeurs des autres établissements parties au groupement,
- du président du collège médical du groupement,
- du président de la CSIRMT du groupement,
- du président du comité des usagers du groupement

Il comprend également, à titre de membres invités, les présidents de CME des établissements parties au groupement.

### ***9-2 Fonctionnement***

Le comité territorial des élus locaux élit son président parmi ses membres, pour une durée de 5 ans.

La durée des fonctions de membre du comité territorial des élus locaux est de cinq ans, étant précisé que leur mandat prend fin en même temps que le mandat ou les fonctions au titre desquels les intéressés ont été désignés sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant.

Le comité territorial des élus locaux se réunit au moins deux fois par an.

Le comité territorial se réunit 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.

### ***9-3 Compétences***

Le comité territorial est chargé d'évaluer et de contrôler les actions mises en œuvre par le comité stratégique pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement.

## **Article 10 : LE COLLEGE MEDICAL**

Les commissions médicales d'établissement (CME) des établissements parties ont choisi de mettre en place un collège médical du groupement.

### ***10-1 Composition***

Le collège médical constitué comprend des membres de droit :

- les présidents de CME des établissements parties au groupement,
- un représentant de la communauté médicale de chaque établissement partie au groupement, désigné par son président de la CME,
- le président de l'assemblée médicale de la communauté psychiatrique de territoire.

Le collège médical comprend également des membres de droit avec voix consultative :

- les doyens des facultés de santé,
- le médecin responsable du DIM de territoire.

Le collège médical a vocation à représenter, dès lors qu'ils seront constitués et désignés au sein du groupement, les chefs de pôle et les responsables d'équipe médicale territoriale.

Le président du comité stratégique participe aux séances du collège médical.

Le collège médical comprend des membres invités :

- les directeurs des établissements parties au groupement,
- le président de la CSIRMT du groupement,
- le président du comité des usagers du groupement,
- le directeur des affaires médicales du CHU, établissement support du GHT.

### ***10-2 Fonctionnement***

Le collège médical élit son président parmi ses membres de droit avec voix délibérative, pour une durée de 4 ans, non renouvelable.

Le collège médical élit de la même façon un vice-président du collège médical.

Il se réunit au moins une fois par trimestre.

L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins sept jours avant la tenue de la séance.

Le collège médical de groupement élabore son règlement intérieur. Il le fait approuver par le comité stratégique après avis des CME des établissements parties au GHT.

Les avis du collège médical sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des CME des établissements parties au groupement.

### ***10-3 Compétences***

Le président du collège médical coordonne la stratégie médicale du groupement et assure le suivi de sa mise en oeuvre et de son évaluation.

Le collège médical anime la réflexion médicale du groupement. A ce titre, il participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des établissements parties au groupement.

Il donne son avis sur le projet médical partagé du groupement. Il est tenu informé, chaque année, de sa mise en oeuvre et du bilan dressé par son président.

Il est informé par le président de la CSIRMT de la mise en œuvre du projet de soins du groupement.

Des compétences pourront être déléguées au collège médical du groupement à partir des compétences actuellement attribuées aux CME des établissements parties. Elles feront alors l'objet d'un avenant à la présente convention, après avis du comité stratégique du groupement et délibération des CME des établissements parties au groupement.

## **Article 11 : LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES**

### ***11-1 Composition :***

Les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties sont membres de droit de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement comprend un second membre pour chacun des établissements parties, élu en son sein par la CSIRMT de chaque établissement. Elle comprend également le président de l'assemblée paramédicale de la communauté psychiatrique de territoire.

Le président du comité stratégique participe aux séances de la CSIRMT du groupement.

La CSIRMT comprend des membres invités :

- le président du collège médical du groupement,
- le président du comité des usagers du groupement.

### ***11-2 Fonctionnement***

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement est présidée par le coordonnateur général des soins désigné par le directeur général du CHU, directeur de l'établissement support du GHT.

La CSIRMT élit un vice-président parmi ses membres de droit avec voix délibérative.

Le vice-président de la CSIRMT est élu pour une durée de 4 ans, non renouvelable.

La CSIRMT se réunit au moins une fois par trimestre.

Elle peut se réunir à la demande de son président ou à la demande des deux tiers de ses membres.

L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins sept jours avant la tenue de la séance.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement élabore son règlement intérieur et le fait approuver par le comité stratégique après avis des CSIRMT des établissements parties.

### ***11-3 Compétences***

La CSIRMT du groupement est chargée d'élaborer le projet de soins du groupement. Elle le transmet au comité stratégique après avis du collège médical du groupement.

Les avis de la CSIRMT sont transmis au comité stratégique du groupement et à chaque CSIRMT des établissements parties.

Des compétences pourront être déléguées à la CSIRMT du groupement à partir des compétences actuellement attribuées aux CSIRMT des établissements parties. Elles feront alors l'objet d'un avenant à la présente convention, après avis du comité stratégique du groupement et délibération des CSIRMT des établissements parties au groupement.

## **Article 12 : COMITE DES USAGERS**

Les commissions des relations avec les usagers (CRU) des établissements parties ont choisi de mettre en place un comité des usagers du groupement.

### ***12-1 Composition :***

Les présidents des commissions des relations avec les usagers des établissements parties sont membres de droit du comité des usagers (CDU) du groupement.

Le comité des usagers du groupement comprend un second membre pour chacun des établissements parties, représentant des usagers élu en son sein par la commission des relations avec les usagers de chaque établissement.

Le président du comité stratégique participe aux séances du comité des usagers du groupement.

Le comité des usagers comprend des membres invités :

- le président du collège médical du groupement,
- le président de la CSIRMT du groupement.

### ***12-2 Fonctionnement :***

Le comité des usagers est présidé par le directeur général du CHU, directeur de l'établissement support du GHT, ou son représentant.

Le comité des usagers élit son vice-président parmi ses membres de droit avec voix délibérative, pour une durée de 4 ans, non renouvelable.

Il se réunit au moins une fois par trimestre.

Il peut se réunir à la demande de son président ou à la demande des deux tiers de ses membres.

L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins sept jours avant la tenue de la séance.

Le comité des usagers du groupement élabore son règlement intérieur et le fait approuver par le comité stratégique après avis des CRU des établissements parties.

### ***12-3 : Compétences :***

Les avis du comité des usagers sont transmis aux membres du comité stratégique et à chaque CRU des établissements parties.

Des compétences pourront être déléguées au comité des usagers du groupement à partir des compétences actuellement attribuées aux CRU des établissements parties. Elles feront alors l'objet d'un avenant à la présente convention, après avis du comité stratégique du groupement et délibération des CRU des établissements parties au groupement.

## **Article 13 : CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL**

La conférence territoriale de dialogue social du groupement doit être mise en place d'ici le 1<sup>er</sup> juillet 2017. A la suite des précisions ministérielles attendues, elle fera l'objet de précisions relatives à sa composition et à son fonctionnement par voie d'avenant à la présente convention.

### ***13-1 Composition :***

La conférence territoriale de dialogue social comprend :

- un représentant de chacune des organisations syndicales présentes au sein d'au moins un comité technique d'établissement (CTE) des établissements parties au groupement,
- des représentants, en nombre fixé par la convention constitutive du groupement, des organisations représentées dans plusieurs comités techniques d'établissement des établissements parties au groupement,

Le président du comité stratégique participe aux séances de la conférence territoriale de dialogue social du groupement.

Elle comprend des membres avec voix consultative :

- le président du collège médical du groupement,
- le président de la CSIRMT du groupement.

Elle comprend des membres invités :

- les directeurs des établissements parties au groupement,
- le directeur des ressources humaines du CHU, établissement support du GHT.

### ***13-2 Fonctionnement***

Elle est présidée par le président du comité stratégique du groupement ou par son représentant.

La conférence est réunie au moins une fois par trimestre.

Les modalités de fonctionnement de la conférence territoriale de dialogue social du groupement sont définies dans le règlement intérieur du groupement, approuvé par le comité stratégique après avis des CTE des établissements parties au groupement.

### ***13-3 Contenu du dialogue social***

Il porte sur les projets de mutualisation du groupement, notamment sur la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation.

## **Article 14 : DELEGATION DE COMPETENCES AU DIRECTEUR DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT :**

Les directeurs des établissements parties au groupement délèguent au directeur de l'établissement support les compétences suivantes, nécessaires à la mise en œuvre de ses missions :

- la représentation de l'établissement dans tous les actes de la vie civile et l'action en justice au nom de l'établissement, pour les compétences mutualisées au sein du groupement ;
- la gestion des affaires courantes et l'application des plans d'actions adoptés par le comité stratégique relatifs aux compétences mutualisées au sein du groupement.

Ces compétences sont déléguées pour 10 années et renouvelées tacitement.

Le directeur de l'établissement déléguant est tenu informé, dans le cadre du comité stratégique du groupement, de la mise en œuvre de ces délégations.

## **Article 15 : GESTION DES ACTIVITES ET FONCTIONS MUTUALISEES**

Le directeur de l'établissement support, pour la réalisation des activités et fonctions mentionnées à l'article L 6132-3 du code de la santé publique, s'appuie sur les équipes de l'ensemble des établissements parties au groupement, selon les modalités suivantes.

La mutualisation des activités médico-techniques et des fonctions support s'inscrit dans le cadre de la recherche d'une meilleure efficacité collective, discutée et appréciée au sein du comité stratégique du groupement, en tenant compte des avantages qualitatifs et économiques qu'elle apporte à chaque établissement.

### ***15-1 Organisation commune des activités médicales***

Le projet médical détaillé pourra se traduire par la constitution d'équipes médicales territoriales et de pôles d'activité de territoire. Il précisera également l'organisation commune des activités de biologie médicale, d'imagerie médicale et de pharmacie.

Ces dispositions feront l'objet d'avenants à la présente convention constitutive.

### ***15-2 Organisation des fonctions support mutualisées***

La mutualisation des modes de gestion, corollaire du projet médical partagé, s'inscrit dans le cadre d'une stratégie de groupe des établissements parties. Elle développe leurs synergies en vue d'une meilleure efficacité collective dans les fonctions suivantes :

- information médicale,
- fonction achats
- système d'information convergent,
- coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale, coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu de l'ensemble des personnels.

L'organisation des fonctions support mutualisées fait l'objet de chantiers et de plans d'actions qui sont élaborés par des groupes de travail thématiques associant l'ensemble des établissements parties au groupement. Ces chantiers et plans d'actions font l'objet d'une approbation et d'un suivi par le comité stratégique du groupement.

## **Titre 4 - DISPOSITIONS GENERALES**

### **Article 16 : RESPONSABILITE CIVILE ET ASSURANCE**

Les signataires de la présente convention s'engagent à porter le contenu de cette dernière à leurs assureurs en responsabilité civile et à fournir une attestation de garantie.

## **Article 17 : REGLEMENT INTERIEUR**

Le règlement intérieur du groupement, élaboré par les établissements parties et approuvé par le comité stratégique du groupement, vient détailler les principes établis par la convention constitutive et ses avenants.

Il figurera en annexe 4 de la convention constitutive.

## **Article 18 : EVALUATION DE LA COOPERATION**

Les établissements parties mettent en place une procédure annuelle d'évaluation de la mise en œuvre de la coopération qui est présentée auprès du comité stratégique et du comité territorial des élus locaux du groupement.

Ce bilan annuel peut conduire à apporter des aménagements à la convention constitutive par voie d'avenant.

## **Article 19 : DATE D'EFFET, DUREE ET RECONDUCTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

### ***19-1 Durée de la convention, date d'effet***

La présente convention, constituée pour une durée de dix années, prendra effet après approbation par le Directeur général de l'ARS Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées.

### ***19-2 Renouvellement de la convention***

La convention constitutive est renouvelable pour une durée de dix ans dans les mêmes conditions que pour sa constitution initiale.

## **Article 20 : COMMUNICATION DES INFORMATIONS**

### ***20-1 Communication auprès des instances et des acteurs concernés***

La présente convention et tout avenant ultérieur seront communiqués au comité territorial des élus et aux instances des établissements délégataires d'une partie de leurs attributions dans un délai de 3 mois suivant leur signature.

### ***20-2 Communication entre les établissements parties au groupement***

Chacun des établissements parties au groupement s'engage à communiquer aux autres toutes les informations qu'elle détient et qui sont nécessaires à la mise en œuvre du groupement, notamment la liste de l'ensemble des coopérations dans lesquelles il s'est engagé.

## **Titre 6 - DISPOSITIONS JURIDIQUES DIVERSES**

### **Article 21-RESOLUTION DE LITIGES EVENTUELS**

#### ***21-1 Conciliation***

En cas de litige ou de différend survenant entre les parties au groupement à raison de la présente convention ou de son application, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à des conciliateurs qu'elles auront désignés.

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie.

La proposition de solution amiable sera soumise à l'avis du comité stratégique du groupement puis au directeur général de l'ARS Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées.

#### ***21-2 Juridiction compétente***

A défaut d'accord dans les délais impartis, la juridiction compétente pourra être saisie.

### **Article 22 : EXCLUSION, RETRAIT OU RESILIATION**

#### ***22-1 Modalités d'exclusion ou de retrait d'un établissement membre***

L'exclusion ou le retrait d'un établissement membre doit être motivé. La demande est instruite selon les dispositions prévues à l'article 21 de la présente convention. Le retrait du centre hospitalier Gérard Marchant pourra être motivé dans les conditions prévues à l'annexe 3 de la convention constitutive.

La demande est transmise, après avis du comité stratégique et du comité territorial des élus locaux du groupement, au directeur général de l'ARS par courrier recommandé avec avis de réception.

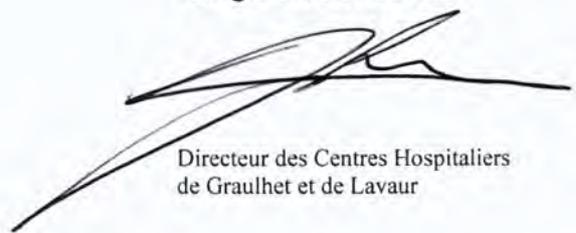
Fait à Toulouse en 9 exemplaires, dont un pour le directeur général de l'ARS Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées, le 30 juin 2016

Christine DIEBOLT



Directrice du Centre Hospitalier Comminges-Pyrénées  
et des Hôpitaux de Luchon

Georges RAKOTOVAO



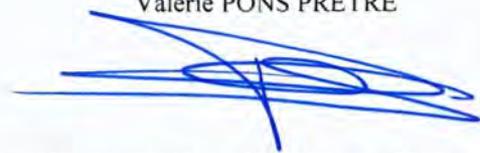
Directeur des Centres Hospitaliers  
de Graulhet et de Lavaur

Catherine PASQUET



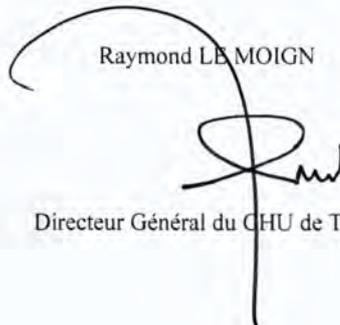
Directrice du Centre Hospitalier G. Marchant

Valérie PONS PRETRE



Directrice du Centre Hospitalier de Muret

Raymond LE MOIGN



Directeur Général du CHU de Toulouse

**Annexe 1 : charte de confiance et de coopération entre les établissements parties au groupement**  
**Annexe 2 : projet médical partagé (orientations stratégiques) du groupement**  
**Annexe 3 : principes constitutifs de la communauté psychiatrique de territoire**

**CHARTRE DE CONFIANCE ET DE COOPERATION ENTRE LES ETABLISSEMENTS PUBLICS DE SANTE  
EN PREFIGURATION DE LA CONVENTION CONSTITUTIVE DU GHT**

Centre hospitalier de Comminges-Pyrénées et Hôpitaux de Luchon  
Centres hospitaliers de Lavaur et de Graulhet  
Centre hospitalier Gérard Marchant  
Centre hospitalier de Muret  
Centre hospitalier universitaire de Toulouse

Annexe 1 à la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire  
de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest

**ARTICLE 1** En s'engageant à constituer le groupement hospitalier de territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest conformément à la loi de modernisation de notre système de santé du 27 janvier 2016, les établissements publics de santé s'accordent sur les principes suivants :

- le respect des valeurs de service public,
- la continuité de son fonctionnement,
- l'égalité d'accès aux soins et aux activités de prévention,
- la liberté et le respect des droits des usagers,
- l'adaptation permanente des projets médicaux et des prises en charge,
- la subsidiarité dans l'exercice des activités médicales, médico-techniques et support,
- la recherche de l'excellence et l'amélioration continue de la qualité.

**ARTICLE 2** Entre eux, les établissements font prévaloir par la mise en place des projets du GHT :

- leur respect mutuel,
- leur solidarité et leur complémentarité,
- leur volonté de transparence dans l'accès aux informations et leur diffusion.

**ARTICLE 3** Ils énoncent des objectifs communs :

- garantir à tous les patients du territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest une égalité d'accès aux soins 24h/24, **en confortant et développant l'offre de soins publique**, dans le cadre d'organisations graduées conjuguant proximité et sécurité
- proposer aux patients **des parcours de soins lisibles, cohérents et coordonnés sur le territoire**
- **créer de manière concomitante, pour la déclinaison du projet médical partagé dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, une communauté psychiatrique de territoire conformément à l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé**
- **être attractifs ensemble** en proposant aux patients des prises en charge conjuguant équipes médicales de haut niveau dans toutes les disciplines médicales.

**ARTICLE 4 Leurs actions communes s'inscrivent dans le cadre de :**

- une stratégie territoriale publique répondant aux besoins de soins de la population du territoire et privilégiant en priorité les coopérations public-public sans qu'elles soient exclusives,
- un projet médical partagé qui en constitue le socle, garantissant une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours,
- une concertation, organisée avec les facultés de santé, sur la gestion prévisionnelle des effectifs et des emplois médicaux,
- une volonté d'amélioration continue de la performance des établissements membres,
- une évaluation des actions mises en œuvre ensemble.

**ARTICLE 5 Leur gouvernance est fondée sur :**

- un fonctionnement favorisant la co-construction entre partenaires et excluant la création d'une superstructure.
- le maintien des activités et des équipements lourds soumis à autorisation conformes aux dispositions légales et réglementaires et répondant aux besoins de proximité des patients,
- le respect des coopérations existantes avec les partenaires du GHT dans le cadre d'une non-concurrence délétère en cohérence avec la stratégie de groupe public.

**ARTICLE 6 L'organisation du GHT repose sur l'égalité entre les partenaires.**

**ARTICLE 7 Les contributions à l'organisation commune sont les suivantes :**

- la gestion des activités déléguées au centre hospitalier universitaire de Toulouse, établissement support, sera concertée entre les établissements.
- dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, l'animation du projet médical et du projet de soins de territoire sera assurée dans le cadre de la communauté psychiatrique de territoire animée par le centre hospitalier Gérard Marchant.
- les éventuels surcoûts induits par l'exercice des missions déléguées seront soumis à la décision du comité stratégique.

**ARTICLE 8 Activités déléguées par la loi :**

- Concernant le système d'information : dans une première étape, c'est l'inter-opérationnalité des systèmes qui sera recherchée, dans le respect des engagements pris antérieurement par chaque établissement,
- Concernant le département d'information médicale : la désignation du médecin responsable de l'information médicale du GHT fera l'objet d'un accord entre les parties ; elle est sans préjudice du maintien d'une équipe DIM spécialisée dans chaque établissement de santé,
- Concernant la fonction achats : le dispositif du groupement de commandes sera privilégié,
- Concernant la coordination des plans de formation continue et de DPC : elle respectera l'autonomie de chaque partenaire et de sa politique de formation ; elle s'inscrira dans le cadre d'une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences de territoire

**ORIENTATIONS STRATEGIQUES**  
**DU PROJET MEDICAL PARTAGE**  
**DU GHT DE LA HAUTE-GARONNE ET DU TARN OUEST**

**Annexe 2 à la convention constitutive du GHT**

**I- Contexte et éléments de diagnostic territorial**

Le territoire du groupement de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest comprend en son sein la métropole toulousaine. Il s'étire au nord avec le bassin de santé du Tarn Ouest et ses secteurs vauréens et graulhétois, en expansion démographique dans le prolongement de la dynamique métropolitaine. Il recouvre par ailleurs l'intégralité du territoire haut-garonnais, contrasté entre des secteurs très urbanisés, marqués par une offre de soins très spécialisée et concurrentielle, et des secteurs plus au sud dont le Comminges, davantage ruraux et adossés au massif pyrénéen.

Les liens tissés par le CHU de Toulouse avec les autres établissements publics de santé du territoire, ciment du groupement, sont le fruit d'une politique ancienne et durable. Des actions fédèrent de longue date ses établissements dans le cadre des filières de soins coordonnées, à l'exemple des actions coordonnées par le Gérontopôle pour le parcours de soins des personnes âgées.

Les orientations stratégiques du projet médical partagé s'inscrivent dans le cadre de cette politique dynamique de coopérations. Leur déclinaison opérationnelle s'adaptera aux situations locales. Elle tiendra compte des priorités inhérentes aux missions régionales qui sont par ailleurs confiées, au profit des établissements support des autres GHT de son ressort, au CHU et à ses facultés de santé.

**II-Orientations stratégiques du projet médical partagé**

Les établissements parties au groupement s'accordent à structurer leurs actions de coopération autour de quatre orientations stratégiques principales.

Ces orientations stratégiques seront déclinées dans le cadre des travaux du collège médical du groupement afin d'élaborer, conformément aux dispositions réglementaires, un projet médical partagé détaillé au plus tard au 1<sup>er</sup> juillet 2017.

## **2-1 Conforter l'offre de soins publique sur le territoire**

Elle est la pierre angulaire de la constitution du GHT, dans un environnement fortement concurrentiel, aggravé par des problèmes prégnants de démographie médicale dans certaines spécialités des établissements de santé du groupement (radiologie, médecine d'urgence, gynécologie-obstétrique, pédiatrie, anesthésie-réanimation, oncologie médicale...).

Elle est la clé de l'accessibilité des soins. Le maintien d'une offre publique graduée constitue l'une des missions premières du service public hospitalier, seul à même de garantir à tous les patients un égal accès aux soins, sans dépassement de tarif ni discrimination du fait de leur situation.

Une cartographie de l'offre de soins sur le territoire, déclinée pour chaque établissement et chaque filière dans le cadre du projet médical partagé, sera tenue à disposition des patients et des représentants des usagers.

## **2-2 Approfondir l'organisation de parcours de soins spécialisés**

### La reconnaissance de la spécificité de la filière de psychiatrie et santé mentale

Les établissements parties au groupement reconnaissent la spécificité de la filière de psychiatrie et santé mentale sans remettre en cause, pour autant, la nécessité d'une approche globale et pluridisciplinaire du projet médical partagé.

Ils confient au CH Gérard Marchant la mission d'animer et de coordonner l'organisation de cette filière spécifique dans le cadre de la CPT.

### Les autres filières transversales communes

Les établissements parties au groupement ont la volonté de développer des actions communes et coordonnées afin d'unir leurs efforts et d'assurer une prise en charge mieux adaptée aux besoins des patients.

Ils privilégient, dans le cadre des travaux du collège médical du groupement, les filières qui fédèrent l'ensemble des établissements parties. Il s'agira en particulier des filières relatives aux personnes âgées, aux urgences et aux soins de suite et de réadaptation.

Il s'agira également de la recherche d'organisations médicales communes pour les plateaux techniques et pour les disciplines médico techniques : biologie médicale, imagerie médicale, pharmacie hospitalière.

Ces travaux transversaux ne sont pas exclusifs des actions et des coopérations qui ne concernent qu'une partie des établissements parties au groupement. Il s'agit notamment des actions de coopération qui ont été nouées entre le CHU et chacun des établissements de santé.

### Des évaluations communes

Les évaluations communes s'appuieront sur les travaux du département d'information médicale de territoire. Elles seront réalisées par les instances du groupement (bilans annuels du projet médical partagé et du projet de soins partagé, évaluation et contrôle de l'accessibilité des soins par le comité territorial des élus locaux, propositions du comité des usagers) et convergent pour poursuivre l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

Cet objectif est un des pivots de la recomposition engagée au travers du groupement et une des missions du service public hospitalier.

### ***2-3 Poursuivre une politique commune de gestion prévisionnelle des effectifs médicaux, support de l'organisation de futures équipes médicales territoriales communes***

#### Une cartographie régionale des postes médicaux qui assure une vision prospective par spécialité

Le CHU poursuivra dans le cadre de sa mission spécifique, en lien avec la FHF et avec les doyens de facultés et leurs coordonnateurs universitaires, l'enquête régionale qu'il a engagée dès 2011 auprès des établissements publics de santé. Elle a mis en évidence les postes à pourvoir par spécialité et discipline dans chaque établissement et les perspectives de renouvellement en fonction des départs en retraite et des projets des établissements.

#### La constitution d'équipes médicales territoriales communes

L'action du CHU pour conforter les équipes médicales des établissements continuera de s'appuyer sur des outils et des mesures diversifiées.

Elle se traduira, en fonction des priorités établies et de la maturité des projets médicaux établis par les responsables des disciplines et spécialités, par des niveaux d'intégration médicale renforcée : constitution d'équipes médicales communes territoriales, création de pôles d'activité à l'échelle du groupement.

### ***2-4 Développer des pratiques de soins modernisées dans le cadre de prises en charge graduées***

L'organisation sanitaire par niveaux de soins consacre, conformément au principe de subsidiarité, la complémentarité des établissements de santé. Elle impose de renforcer par ailleurs leur coordination à travers de nouvelles pratiques de soins facilitant la continuité de la prise en charge des patients.

#### Les prises en charge ambulatoires

Leur développement, en réponse à une attente forte des patients, constitue un objectif partagé des établissements parties au GHT. Leur mise en œuvre s'appuie sur la réflexion des équipes médicales pour élargir les indications et pour adapter la programmation à la sécurité du suivi du patient.

L'organisation graduée des soins facilite le développement de la prise en charge ambulatoire dans les centres hospitaliers partenaires et le recours au CHU, par exemple pour les interventions chirurgicales plus spécialisées.

#### La télémédecine et la télésanté

La télémédecine permet d'optimiser les parcours de santé. Les établissements parties au groupement ont pour objectif d'intégrer l'apport potentiel de la télémédecine dès la conception de chaque filière régionale en positionnant le CHU comme établissement de recours, à l'instar de ce qui a été réalisé pour la prise en charge des AVC en phase aigüe ou la téléradiologie.

L'amélioration de la continuité du parcours du patient conduira aussi à travailler les modalités de retour à domicile et à utiliser les outils de télémédecine pour maintenir un contact avec le patient après son retour à domicile (exemple de la télésurveillance à domicile des patients chroniques).

# COMMUNAUTE PSYCHIATRIQUE DE TERRITOIRE

Centre hospitalier de Lavour  
Centre hospitalier Gérard Marchant  
Centre hospitalier universitaire de Toulouse

Annexe 3 à la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire  
de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest

## I-OBJET DE LA COMMUNAUTE PSYCHIATRIQUE DE TERRITOIRE : L'ORGANISATION DES SOINS EN PSYCHIATRIE SUR LE TERRITOIRE DU RESSORT DU GHT DE LA HAUTE-GARONNE ET DU TARN OUEST

La création d'une communauté psychiatrique de territoire offre l'opportunité d'améliorer le parcours de santé et de vie du patient souffrant de troubles psychiques en collaboration avec les différents partenaires du sanitaire (médecine libérale), du médico-social et du social.

Concomitamment, la constitution d'un groupement hospitalier de territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest, par sa déclinaison du projet médical dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale, permet de consolider la psychiatrie publique du territoire.

La communauté psychiatrique de territoire (CPT) est créée entre les trois établissements membres du groupement hospitalier de territoire exerçant une activité de psychiatrie sur le fondement de l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Il s'agit, pour le centre hospitalier de Lavour, de la mission de psychiatrie de secteur qu'il exerce sur l'ensemble du Tarn Sud.

La CPT associera les autres établissements de santé qui assurent une activité de psychiatrie dans le territoire dans le cadre du service public hospitalier.

La communauté psychiatrique de territoire associera également les autres établissements et acteurs qui interviennent dans le champ de la santé mentale du territoire : structures médico-sociales et sociales, professionnels de ville, associations représentant les usagers (...).

La communauté psychiatrique de territoire s'attachera à promouvoir :

- La consolidation et la formalisation des liens de partenariat entre les membres du GHT et de la CPT, dans le respect des spécificités de chacun. Il est ainsi de la responsabilité de chacun des établissements de santé, pour le compte de la CPT, de concerter et de coordonner ses partenaires de proximité. Le conseil local de santé mentale en représente le cadre de concertation privilégié.
- Un projet médical de psychiatrie partagé s'appuyant sur certains acquis fondamentaux :
  - o Une gouvernance par pôle développée depuis la loi HPST, dont la finalité est de favoriser une organisation décloisonnée et efficiente du point de vue des services à rendre au malade ;
  - o La place importante des établissements de santé dans le domaine des soins de proximité ;
  - o Le développement des unités de liaison et des équipes mobiles en lien avec les partenaires du secteur social et médico-social ;

- Le développement et la gestion de structures alternatives à l'hospitalisation complète ;
  - La recherche d'une cohérence institutionnelle s'appuyant sur la proximité entre les pôles cliniques et médico-techniques et les fonctions support (formation, système d'information, démarche qualité...).
- Les missions de recherche en psychiatrie et santé mentale des membres de la communauté psychiatrique de territoire sont promues et fédérées dans la cadre de la FERREPSY.

Le centre hospitalier Gérard Marchant est l'établissement support de cette communauté psychiatrique de territoire.

Ces éléments constitutifs de la CPT et les principes directeurs précisés dans la présente annexe sont des conditions essentielles à l'adhésion du centre hospitalier Gérard Marchant au groupement hospitalier de territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest.

L'organisation et le fonctionnement de la communauté psychiatrique de territoire seront adaptés dès après la parution du décret d'application de l'article 69 de la loi du 26 janvier 2016. Ces adaptations seront intégrées par voie d'avenant à la présente annexe de la convention constitutive du GHT. Elles ne pourront pas en modifier l'économie générale sans remettre en cause les conditions de participation du centre hospitalier Gérard Marchant au GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest.

## **II-MISSIONS DE LA COMMUNAUTE PSYCHIATRIQUE DE TERRITOIRE**

La communauté psychiatrique de territoire est une instance de pilotage de la psychiatrie publique au sein du groupement hospitalier de territoire. Elle est le lieu de déclinaison du contrat territorial de santé mentale.

Elle est chargée de :

- préparer, en lien avec l'ARS, le projet territorial de santé mentale et le contrat territorial de santé mentale prévus à l'article L.3221-2 du code de la santé publique ;
- définir et élaborer le projet médical et le projet de soins partagés, dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale, prévus aux articles R 6132-3 /4 /5 du CSP ; ces projets traduiront la volonté des partenaires de renforcer la cohérence de l'offre de soins publique et de résoudre les points critiques constatés dans la prise en charge des patients, en particulier : l'accueil et l'orientation des patients aux urgences somatiques et psychiatriques, l'accès facilité au plateau technique du CHU et la prise en compte des patients hospitalisés au long cours dans les établissements psychiatriques ;
- renforcer les liens de collaboration entre les pôles de psychiatrie des établissements publics membres du GHT afin d'offrir des soins de qualité à la population du territoire ;
- garantir que les ressources budgétaires dédiées à la psychiatrie publique soient sécurisées et fléchées ;
- être une force de proposition, dans le cadre des missions du groupement hospitalier de territoire, dans le domaine de la gestion de la démographie médicale de psychiatrie ;
- être une force de proposition pour les établissements médico-sociaux et sociaux et pour les professionnels de ville.

### III-ORGANISATION DE LA COMMUNAUTE PSYCHIATRIQUE DE TERRITOIRE

#### *3-1 Le centre hospitalier Gérard Marchant est l'établissement public de santé mentale support de la communauté psychiatrique de territoire*

Le centre hospitalier Gérard Marchant est à la fois le principal établissement public exerçant une activité de psychiatrie au sein du futur GHT et le principal établissement en charge de la psychiatrie pour le département de la Haute-Garonne.

Il s'est positionné, en accord avec le CHU de Toulouse, pour être l'établissement support de la communauté psychiatrique de territoire afin que lui soit confiée la responsabilité d'assurer l'animation et la coordination de la communauté psychiatrique de territoire.

#### *3-2 La communauté psychiatrique de territoire se dote de trois organes de concertation*

La composition des organes de concertation de la communauté psychiatrique de territoire est élaborée de façon harmonisée avec les principes directeurs qui président à la composition des instances du groupement hospitalier de territoire.

Il est retenu le principe d'une présidence de ces organes équilibrée entre les établissements de santé membres de la communauté psychiatrique de territoire.

- Un comité de pilotage

Il est composé du directeur, du président de la CME, du directeur des soins de chaque établissement membre, ou de leurs représentants, du président de l'assemblée médicale et du président de l'assemblée paramédicale de la CPT.

Le président du comité stratégique du GHT y participe.

Le comité de pilotage est présidé par le directeur du centre hospitalier Gérard Marchant ou, en son absence, par le président de la CME du centre hospitalier Gérard Marchant, établissement support de la CPT.

- Une assemblée médicale

Elle est composée des présidents de CME de chaque établissement membre ou de leur représentant, des chefs de pôle de psychiatrie des établissements membres, des praticiens de chaque établissement issus de la psychiatrie générale dont un praticien des urgences psychiatriques, de la psychiatrie infanto-juvénile, de la psychiatrie en milieu pénitentiaire.

Un règlement intérieur de l'assemblée médicale, approuvé par le comité de pilotage, fixera la composition détaillée de l'assemblée médicale et les modalités de représentation des chefs de service et de secteur.

Le président du collège médical du GHT est membre de l'assemblée médicale.

L'assemblée médicale élit son président (un psychiatre) parmi les praticiens de la communauté psychiatrique de territoire.

- o Une assemblée paramédicale

Elle est composée des directeurs des soins (ou leurs représentants) de chaque établissement membre et des cadres supérieurs de santé ou des cadres collaborateurs des pôles de psychiatrie.

Un règlement intérieur de l'assemblée paramédicale, approuvé par le comité de pilotage, fixera les modalités de participation des autres catégories de personnels qui interviennent dans la prise en charge des patients et de la santé mentale (personnels de la filière socio-éducative ...).

Le président de la CSIRMT du GHT est membre de l'assemblée paramédicale.

L'assemblée paramédicale est présidée par un membre élu en son sein parmi les directeurs des soins.

La participation des autres professionnels intervenant dans la prise en charge des patients à l'élaboration du projet médical et du projet de soins partagés figurera dans le règlement intérieur de l'assemblée médicale et/ou de l'assemblée paramédicale.

### ⚡ 3-3 *Le fonctionnement de la communauté psychiatrique de territoire*

L'assemblée médicale et l'assemblée paramédicale élaborent le projet médical et le projet de soins partagés conformément aux préconisations du contrat territorial de santé mentale et du projet régional de santé.

Ces projets sont soumis au comité de pilotage qui les adopte et les transmet pour validation au comité stratégique du groupement hospitalier de territoire. Ils sont à cet effet transmis pour examen préalable au collègue médical et à la CSIRMT du GHT.

Il en est de même pour toutes les orientations relevant de la compétence de la communauté psychiatrique de territoire.



HÔPITAUX DE LUCHON



Centre Hospitalier de Muret



# **GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE LA HAUTE-GARONNE ET DU TARN OUEST**

## **Avenant n° 1 à la Convention Constitutive**

---

Janvier 2017

**VU** la convention constitutive du « Groupement Hospitalier de Territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest » et ses trois annexes, conclue le 30 juin 2016 entre les sept établissements membres, approuvée par décision n° 2016-1097 de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé le 31 août 2016 ;

**VU** les demandes de correction formelle formulées par la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie ;

**VU** la demande en date du 15 novembre 2016 du Directeur Général de l'Institut Claudius Regaud, Centre de Lutte Contre le Cancer (CLCC), de conclure une convention de partenariat avec le groupement hospitalier de territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest ;

**VU** la demande en date du 1<sup>er</sup> décembre 2016 de la Directrice de l'Association Santé Relais Domicile, établissement autorisé en matière d'hospitalisation à domicile , de conclure une convention d'association avec le groupement hospitalier de territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest ;

**IL A ETE ARRETE ET CONVENU CE QUI SUIT :**

**Article 1 - Participation au groupement, d'établissements membres associés ou partenaires (Titres 1 et 2 de la convention constitutive) :**

*Le Titre 1 de la convention est complété comme suit :*

***1-1 : Constitution d'un comité des membres associés et partenaires du GHT***

Le groupement hospitalier de territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest pratique une politique d'ouverture avec les autres établissements de santé et médico-sociaux du territoire, publics ou privés, dans le cadre de partenariats déjà engagés ou à conclure.

Il crée à cet effet un comité des membres associés et partenaires, organisé par collèges, avec les structures et les établissements qui ont manifesté leur intérêt de développer avec lui des actions de coopération territoriale.

***1-2 : Instruction des demandes de partenariat***

Le Directeur de l'établissement-support du groupement informe le Comité Stratégique des demandes de partenariat d'établissements publics ou privés et du contenu de leur souhait de participation. Le Comité Stratégique statue sur ces demandes après avis du collège médical.

*h* *CO*  
*B.P.*  
*CP* *VPP*

## **1-2 Convention de partenariat**

*Le titre 2 de la convention est complété comme suit :*

La participation des établissements publics et privés à l'élaboration du projet médical partagé ou à des travaux de réflexion commune du groupement s'effectuera dans le cadre d'une convention de partenariat ou, pour les établissements exerçant une activité d'hospitalisation à domicile, dans le cadre d'une convention d'association.

La composition et la liste de ces établissements sont intégrées dans l'annexe 4 de la convention constitutive.

### **Article 2 : Identification des filières dans le cadre de l'élaboration du Projet Médical Partagé du groupement :**

*L'annexe 2 de la convention constitutive est complétée comme suit :*

Les filières complètent les orientations médicales stratégiques du projet médical partagé qui sont présentées dans l'annexe 2 de la convention constitutive.

Six filières prioritaires sont retenues :

- la filière urgences et soins critiques (incluant AVC)
- la filière soins de suite et de réadaptation
- la filière personnes âgées et vieillissement
- la filière santé mentale et psychiatrie
- la filière femme-mère-couple, nouveau-né, enfant
- la filière cancer et soins de support

### **Article 3 : Gouvernance du Groupement Hospitalier de Territoire (titre 3 de la convention constitutive) :**

*L'article 9 de la convention constitutive, relatif au comité territorial des élus locaux, est complété comme suit :*

#### **3-1 Comité territorial des élus locaux :**

##### **Composition :**

Les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement siègent au Comité territorial des élus locaux en qualité de membres de droit.

*Handwritten signatures and initials:*  
L  
C.G.  
B.P.  
V.P.P.

**Fonctionnement :**

Le comité territorial se réunit à la demande de son président, à la demande d'au moins un tiers de ses membres ou à la demande du président du comité stratégique du groupement.

*Fait à Toulouse en 9 exemplaires dont un pour la Directrice Générale de l'ARS Occitanie, le 31 janvier 2017*

Christine GIRIER-DIEBOLT



Directrice du Centre Hospitalier Comminges-Pyrénées  
et des Hôpitaux de Luchon

Bertrand PERIN



Pour le Directeur des Centres Hospitaliers  
de Graulhet et de Lavaur, le Directeur Adjoint

Catherine PASQUET



Directrice du Centre Hospitalier G.Marchant

Valérie PONS-PRETRE



Directrice du Centre Hospitalier de Muret

Raymond LE MOIGN



Directeur Général du CHU de Toulouse

**COMITE DES ETABLISSEMENTS ASSOCIES ET PARTENAIRES**  
**DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**  
**DE LA HAUTE-GARONNE ET DU TARN OUEST**

**Annexe 4 à la convention constitutive**

Le comité des établissements associés et partenaires regroupe les établissements publics ou privés non parties au groupement qui participent aux travaux engagés de développement des actions de coopération territoriale avec le groupement hospitalier de territoire.

Le comité est organisé par collèges :

**1 - Collège des établissements et structures ayant une activité d'hospitalisation à domicile**

- association Santé Relais Domicile
- clinique Pasteur
- association du pays d'Ovalie (groupe Korian)

Les services d'HAD rattachés aux établissements parties au groupement seront invités à participer aux réunions du collège.

**2 - Collège des établissements médico-sociaux publics**

**3 - Collège des établissements de santé privés d'intérêt collectif**

- Institut Claudius Regaud

**4 - Collège des établissements de santé privés à but lucratif**

**5 - Collège des établissements médico-sociaux privés**

BP.  
CP  
CGD  
Vpp



Centre Hospitalier de Muret



## PROJET MEDICAL PARTAGE

Groupement Hospitalier de Territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest

COLLEGE MEDICAL - Séance du 31 JANVIER 2017

COMITE STRATEGIQUE – Séance du 31 JANVIER 2017

# PROJET MEDICAL PARTAGE

## GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest

### SOMMAIRE

CHAPITRE I. GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest .....	6
A. Les établissements parties .....	6
1. Le Centre Hospitalier Comminges-Pyrénées .....	6
2. Les Hôpitaux de Luchon.....	7
3. Le Centre Hospitalier de Muret.....	7
4. Le Centre hospitalier de Lavaur.....	8
5. Le Centre Hospitalier de Graulhet.....	8
6. Le Centre Hospitalier Gérard Marchant .....	9
7. Le CHU de Toulouse.....	10
B. L'offre de soins proposée par le GHT .....	11
1. Les autorisations d'activités de soins et d'équipements lourds .....	11
2. Les capacités d'accueil.....	11
CHAPITRE II. Contexte territorial.....	12
A. Caractéristiques et spécificités du territoire .....	12
1. Contexte géographique .....	12
2. Les enjeux démographiques.....	15
B. Les territoires de santé et la démographie professionnelle du premier recours .....	22
1. Les territoires de santé.....	22
2. Les secteurs psychiatriques.....	27
3. La démographie professionnelle du premier recours .....	31
C. Le GHT et son contexte concurrentiel.....	34
1. La dynamique du GHT .....	34
2. Le contexte concurrentiel.....	35

CHAPITRE III.	Projet Médical Partagé du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest .....	38
A.	Les objectifs médicaux et les orientations stratégiques du GHT .....	38
1.	Conforter l'offre de soins publique sur le territoire .....	38
2.	Développer des pratiques de soins modernisées dans le cadre de prises en charge graduées 38	
3.	Poursuivre une politique commune de gestion prévisionnelle des effectifs médicaux .....	39
4.	Approfondir l'organisation de parcours de soins spécialisés .....	40
5.	La recherche, enjeu d'innovation et de motivation .....	40
B.	L'élaboration du PMP .....	41
1.	Le cadre d'élaboration du PMP .....	41
2.	La structure du Projet Médical Partagé.....	41
3.	Les thématiques retenues (filieres, activités organisées en commun...) .....	41
CHAPITRE IV.	Les filières prioritaires et les thèmes transversaux.....	44
A.	Les filières prioritaires .....	44
1.	Filière urgences et soins critiques (dont AVC).....	47
2.	Filière soins de suite et réadaptation (SRR) .....	51
3.	Filière personnes âgées et vieillissement.....	54
4.	Filière psychiatrie et santé mentale .....	57
5.	Filière femme-mère-couple-nouveau-né, enfants (FMCNNE) .....	60
6.	Filière cancers et soins de support .....	63
B.	Les activités organisées en commun par les établissements parties.....	66
1.	Imagerie médicale .....	66
2.	Biologie médicale .....	66
3.	Pharmacie hospitalière.....	66
C.	Autres thématiques transversales.....	66
CHAPITRE V.	Suivi, évaluation, adaptation du PMP .....	67

# PROJET MEDICAL PARTAGE

## GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest

Le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest est l'un des quatorze GHT de la région Occitanie et présente plusieurs singularités :

- Il est le premier GHT de la région en activité et en masse budgétaire et intègre l'un des CHU les plus importants de France et le premier de la région ;
- Il dessert en proximité immédiate une agglomération urbaine qui représente 23 % de la population de la région Occitanie ainsi que des territoires ruraux ou de haute montagne soit au total, plus d'un quart de la population régionale ;
- La grande aire urbaine toulousaine est la quatrième par sa population (1,3 million d'habitants), derrière celles de Paris, de Lyon et de Marseille ;
- Son territoire s'étend de la frontière espagnole jusqu'au centre du Tarn ;
- Trois de ses établissements parties ont constitué la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT) préfiguratrice de la Haute-Garonne et du Tarn Sud.



Le Groupement Hospitalier de Territoire de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest est constitué de sept établissements parties dont cinq sont situés en Haute-Garonne et deux, dans la partie Ouest du Tarn : le CHU de Toulouse, le CH Gérard Marchant, le CH de Muret, le CH Comminges Pyrénées en direction commune avec les hôpitaux de Luchon, le CH de Lavaur en direction commune avec le CH de Graulhet.

Les liens tissés par le CHU de Toulouse avec les établissements publics de santé du territoire sont le fruit d'une politique ancienne et durable. Des projets fédèrent de longue date ces établissements dans le cadre de filières de soins identifiées et structurées, à l'exemple des actions coordonnées par le Gérontopôle pour le parcours de soins des personnes âgées.

L'adhésion au groupement hospitalier de territoire des sept établissements publics de santé s'appuie sur des valeurs communes fortes qui irriguent leurs stratégies et leurs actions. Ces valeurs communes sont développées dans le cadre de la charte de confiance et de coopération, annexe 1 de la convention constitutive disponible en annexe 1 du présent document.

Outre le respect des missions de service public hospitalier, les établissements parties défendent dans le cadre de la mise en place des projets du GHT, les principes de respect mutuel, solidarité, complémentarité et transparence dans l'accès aux informations et leur diffusion.

La convention constitutive du GHT a pour objet :

- de promouvoir une politique de coopération et d'échanges entre les partenaires, conforme à leur volonté de poursuivre et d'affermir la stratégie d'alliance entre établissements publics de santé,
- d'organiser des parcours de soins spécialisés accessibles à tous les patients dans le cadre d'une prise en charge graduée, sécurisée et de qualité,
- d'assurer une rationalisation des modes de gestion par la mise en commun de fonctions afin de rechercher une meilleure efficacité collective dans le cadre d'actions de gestion coordonnées et concertées.

Le groupement hospitalier de territoire vise à garantir aux patients une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours dans le cadre du projet médical partagé et élaboré par les établissements.

Les orientations stratégiques du projet médical partagé s'inscrivent dans le cadre de cette politique dynamique de coopérations. Leur déclinaison opérationnelle s'adaptera aux situations locales.

La convention constitutive du GHT Haute-Garonne et du Tarn Ouest prévoit que l'organisation des soins en psychiatrie sur le territoire du GHT est portée et pilotée par la CPT préfiguratrice de la Haute-Garonne et du Tarn Sud, notamment par l'élaboration d'un projet médical et d'un projet paramédical partagés de psychiatrie et de santé mentale.

## CHAPITRE I. GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest

---

Le GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest est le premier groupement de la région Occitanie.

En 2015, l'activité cumulée en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO) hors séances, s'élève à plus de 203 000 séjours, pour un budget cumulé de 1 417 660 K€.

### A. LES ETABLISSEMENTS PARTIES

#### 1. Le Centre Hospitalier Comminges-Pyrénées

Le Centre Hospitalier Comminges Pyrénées (CHCP) est l'établissement de référence du bassin de santé de Saint Gaudens. Il est en direction commune avec les Hôpitaux de Luchon.

Ce territoire, situé en Haute Garonne, s'étend du sud-ouest de la zone métropolitaine de Toulouse jusqu'à la frontière espagnole. Il compte près de 90 000 habitants hors effet saisonnier lié aux périodes touristiques hivernale et estivale.

Le CHCP a réalisé 7 794 séjours d'hospitalisations complètes, 8 323 séjours de moins de 24 heures, 470 accouchements et 21 164 passages aux Urgences en 2015. Il réalise sa mission d'une prise en charge de qualité des patients au sein de son territoire, dans le respect des valeurs du service public hospitalier : égalité, neutralité, continuité et adaptabilité.

Le Centre Hospitalier compte 889 professionnels de santé dont 73 médecins et dispose d'une capacité globale de 433 lits. Il est organisé en cinq pôles d'activité :

- Trois pôles d'activité clinique : Pôle de médecine (médecin interne, gastro-entérologie, cardiologie, pneumologie, Hôpital de jour, HAD...); Pôle de chirurgie (Chirurgie Viscérale, Orthopédique & de spécialités, Gynécologie-Obstétrique, ...); Pôle de Gériatrie (soins de suite et réadaptation, soins de longue durée, hôpital de jour, court séjour, EHPAD Orélia)
- Un pôle médico-technique : imagerie médicale, laboratoire, pharmacie et stérilisation, anesthésie, réanimation, soins médicaux continus, urgences, SMUR ...
- Un pôle management et logistique

Actuellement établi sur deux sites, Saint-Plancard et Encore, l'établissement prépare le regroupement de ses activités de Médecine -Chirurgie – Obstétrique afin de constituer un pôle de santé de référence, une prise en charge complète et de qualité à la population. Le CHCP est un lieu d'apprentissage, ouvert vers la ville, qui participe à la formation aux métiers de la santé par ses partenariats avec les instituts et filières de formations: un Institut de Formation d'Aides-Soignants et une antenne de l'IFSI du CHU de Toulouse sont implantés au sein du CHCP.

## 2. Les Hôpitaux de Luchon

Les Hôpitaux de Luchon sont situés dans le canton de Bagnères de Luchon qui regroupe 132 communes pour une population totale de près de 35 000 habitants<sup>1</sup> hors effet saisonnier lié aux périodes touristiques hivernale et estivale. L'établissement est en direction commune avec le Centre Hospitalier Comminges Pyrénées, situé sur le canton de Saint Gaudens.

L'établissement compte 250 professionnels et propose une offre de soins spécialisée en soins de suite et de réadaptation ainsi qu'une offre médico-sociale en gériatrie, pour une capacité totale de 233 lits :

- Soins de suite et réadaptation déployés sur deux sites
  - o Spécialisé dans les affections de l'appareil locomoteur (45 lits et 7 places d'hospitalisation de jour))
  - o Spécialisé dans les affections du système nerveux (20 lits)
  - o Polyvalent (10 et 26 lits)
- Deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes :
  - o EHPAD Gabriel Rouy
  - o EHPAD des Frontignes Noëlie Sécaïl

Enfin, les Hôpitaux de Luchon proposent des consultations externes spécialisées en rhumatologie, médecine physique et de réadaptation, gynécologie, radiologie conventionnelle, suivi des adolescents en surcharge pondérale.

## 3. Le Centre Hospitalier de Muret

Le Centre hospitalier de Muret, ancien hôpital local, est réparti sur deux sites (un site principal et un site qui héberge l'EHPAD « Le Castelet »).

Le CH de Muret est un établissement public de santé dont la capacité au 31 décembre 2016 est de 426 lits et places. Il est constitué d'un Pôle gériatrie et d'un Pôle handicap.

- Pôle gériatrique : 245 lits et places

Les activités du pôle gériatrique s'inscrivent dans une filière gériatrique, qui développe une offre de soins de proximité diversifiée et cohérente. Ce pôle comprend aujourd'hui :

- o 15 lits de Court Séjour (CS),
- o 35 lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)
- o 53 lits d' « Unité de Soins de Longue Durée » (USLD)
- o 12 places d'Accueil de Jour Alzheimer (AJ)
- o Une consultation mémoire
- o Une Equipe Mobile Gériatrique (EMG)
- o Des consultations onco-gériatriques
- o 80 lits d'EHPAD «Résidence le Castelet»
- o 50 places de SSIAD

---

<sup>1</sup> Insee : Recensement de la population 2014, populations légales des cantons et métropoles en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2017.

- 1 Maison pour l'autonomie et l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA)

- Pôle handicap : 181 places

Les services du Pôle handicap permettent d'accueillir des enfants, à partir de 3 ans et des adultes présentant un handicap. Ce pôle comprend aujourd'hui :

- 65 places à l'Institut Médico-Educatif IME « Léon DEBAT PONSAN »
- 12 places au *Service d'Education Spécialisée et de Soins à Domicile* SESSAD avec intégration scolaire
- 24 places au Foyer d'Accueil Médicalisé FAM « Le Hurguet »
- 80 places à la Maison d'Accueil Spécialisée des Pyrénées (MAS)

#### 4. Le Centre hospitalier de Lavaur

Le Centre Hospitalier de LAVAU, par la diversité de ses prises en charges couvre un territoire, recouvrant le bassin de santé « Tarn Ouest » pour ce qui est des filières de Médecine, Chirurgie, Obstétrique, SSR et gériatrique et la moitié Sud du Tarn pour la psychiatrie.

Il dispose également d'une activité de médecine d'urgences et de SMUR, d'un plateau technique incluant un service d'imagerie médicale dont l'organisation est assurée par le CHU, ainsi qu'un laboratoire intégré au pôle Biologie du CHU de Toulouse.

Il assure la prise en charge sanitaire des personnes détenues au sein de l'Etablissement pour Mineurs de Lavaur et du Centre de Détention de St Sulpice.

Il met à disposition des personnes âgées un EHPAD, une Unité de Soins de Longue Durée, des consultations mémoire et, en collaboration avec le CH de Graulhet, une équipe mobile de gériatrie.

En terme de santé mentale, il couvre deux des cinq secteurs de psychiatrie adultes (secteur IV et V) et un des deux secteurs de psychiatrie infanto-juvénile du Tarn.

Il offre des services de premier recours sectorisés : centres médico-psychologiques, activités thérapeutiques à temps partiel, hôpitaux de jour et hospitalisation complète. Il a développé des interventions en milieu de vie ordinaire (équipe mobile pour adolescents à Castres).

Il est associé avec le CH Pierre-Jamet au fonctionnement d'une structure départementale pour adolescents.

Il participe au fonctionnement des urgences psychiatriques situées au CHIC de Castres Mazamet.

#### 5. Le Centre Hospitalier de Graulhet

Le Centre hospitalier de Graulhet est un ancien hôpital local, en direction commune avec le Centre Hospitalier de LAVAU depuis septembre 2012 et reconnu en qualité d'Hôpital de Proximité en 2016.

Il est positionné sur l'activité de médecine et les prises en charge en aval, sur le bassin du Tarn Ouest et Tarn Nord. Deux lits identifiés soins palliatifs sont autorisés.

L'activité du CH de Graulhet est ancrée dans une prise en charge de proximité, en lien avec la médecine de ville et a une vocation essentiellement gériatrique.

C'est un établissement qui coopère avec les établissements exerçant des soins de second recours, par le développement de consultations avancées (gastro entérologie, évaluation gériatrique et « fragilité », et endocrino-diabétologie).

L'établissement dispose d'un SSR polyvalent, d'un EHPAD sur trois sites différents, des lits d'hébergement temporaire, d'un accueil de jour et d'un PASA.

Il est également co-porteur, avec le Centre Hospitalier de Lavaur, de la MAIA Tarn Ouest.

## 6. Le Centre Hospitalier Gérard Marchant

le CHGM assure le service public de santé mentale sur sept des huit secteurs de psychiatrie adultes (hors secteur desservi par le CH de Lannemezan) et un des trois secteurs de psychiatrie infanto-juvénile de la Haute-Garonne. Il anime également le secteur régional de psychiatrie en milieu pénitentiaire. Il met à disposition des personnes âgées une unité de soins de longue durée. Il organise l'accès aux soins somatiques des patients et résidents hospitalisés.

Le CHGM offre des services de premier recours sectorisés : centres médico-psychologiques, activité thérapeutique à temps partiel, hôpitaux de jour et hospitalisation complète.

Il propose également des dispositifs intersectoriels dédiés à des populations ou à des situations à risques spécifiques : adolescents, jeunes adultes et étudiants ; sujet âgé ; personnes handicapées ; personnes en situation de précarité ; personnes ayant des conduites addictives ; prise en charge de la crise. Il a développé les interventions dans le milieu de vie ordinaire (équipes mobiles, hospitalisation à domicile) ainsi que les services visant l'accompagnement vers le logement et le rétablissement. Il participe au fonctionnement des urgences psychiatriques situées au CHU. Il assure des missions de niveau régional vis-à-vis des personnes détenues.

La répartition de l'offre de soins public/privé sur le département a pour effet de concentrer sur son site les patients aux pathologies les plus lourdes et les patients hospitalisés sans consentement. Cette situation, couplée à la croissance démographique de l'agglomération toulousaine, explique un taux d'occupation très élevé de ses unités d'hospitalisation. 88 % de sa file active est néanmoins uniquement prise en charge en ambulatoire.

Le CHGM développe de nombreux partenariats, sous des formes variées, avec les acteurs des champs sanitaire, médico-social et social, les collectivités locales (co-animation du conseil local de santé mentale de la ville de Toulouse), l'éducation nationale, les opérateurs de logement... Il accueille le siège de la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale (FERREPSY).

Le CH GM est en charge de l'animation de la communauté psychiatrique de territoire préfiguratrice, au sein du groupement hospitalier de territoire.

## 7. Le CHU de Toulouse

Au cœur de la région Occitanie Ouest et d'une agglomération au taux de croissance démographique soutenu, le Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse est la structure sanitaire de référence. Constitué de plusieurs sites répartis au nord et au sud de la ville, le CHU de Toulouse est le premier employeur de la région, accomplissant ses missions de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche grâce à **près de 3 000 médecins et 12 000 personnels hospitaliers** (soit près de 15 000 personnes au service de la santé).

Il prend en charge **environ 260 000 malades et 700 000 consultants chaque année**, ce qui le situe au quatrième rang des hôpitaux français en termes d'activité. Seul CHU de la région Occitanie Ouest, **les soins de recours représentent plus de 50 % de son activité**, grâce à des plateaux techniques et des équipes de très grande qualité. Le CHU de Toulouse coordonne au niveau national ou est associé à huit centres de références des maladies rares et trente-quatre centres de compétences.

Dans le domaine des soins, le CHU de Toulouse se distingue, depuis 18 ans, en tête des palmarès réalisés par la presse nationale.

Le CHU de Toulouse est un acteur majeur de la cancérologie en Occitanie Ouest : le traitement du **cancer représente environ 25 % de son activité**. En 2014, il s'est associé avec ses partenaires publics et privés, en particulier l'Institut Claudius Regaud pour former l'Institut universitaire du cancer de Toulouse (IUCT), nouveau modèle français d'organisation des soins, de la recherche et de l'enseignement en cancérologie. Ce maillage d'établissements publics et privés permet de renforcer la qualité des soins dans le réseau régional en faisant bénéficier la personne malade des meilleures compétences au plus près de son domicile.

L'expertise historique du CHU de Toulouse en télémédecine permet de construire l'hôpital de demain, au plus près du domicile grâce aux technologies innovantes (Diabsat, Osicat...), et en lien avec l'ensemble des partenaires de la santé et de l'industrie.

La mission de recherche et d'innovation du CHU fait partie intégrante à la fois de son activité quotidienne et de sa stratégie pour l'avenir. Elle est menée en collaboration étroite avec les facultés et les organismes de recherche que sont notamment l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) et le Centre national de la recherche scientifique (CNRS). Les équipes du CHU mènent également de nombreux projets avec les entreprises du médicament et du dispositif médical, les associations et les autres centres hospitaliers.

Pour la recherche, le CHU comptabilise 1482 publications (score SIGAPS 15 452), 499 études d'essais cliniques avec 4692 patients inclus, 1374 projets de recherche en cours avec 8273 patients inclus, 37 brevets et 12 marques déposés.

En ce qui concerne l'enseignement, le CHU de Toulouse est partenaire des facultés de médecine (Purpan et Rangueil), de pharmacie et de chirurgie dentaire (composantes de l'Université Toulouse III-Paul Sabatier).

Le CHU de Toulouse concourt à l'enseignement universitaire et postuniversitaire des praticiens hospitaliers et non hospitaliers.

Ouvert en 2015, le Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé (PREFMS) est un campus regroupant les dix écoles et instituts de formations aux métiers de la santé du CHU de Toulouse.

## B. L'OFFRE DE SOINS PROPOSEE PAR LE GHT

### 1. Les autorisations d'activités de soins et d'équipements lourds

Du fait de la présence d'un centre hospitalier universitaire, centre de référence régionale, le GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest est en capacité de proposer une offre de soins pour la quasi-totalité des autorisations de soins à l'exception de certaines autorisations « spécialisées » :

- les soins de suite et de réadaptation spécialisés :
  - o dans la prise en charge des enfants ou adolescents
  - o dans les affections respiratoires
  - o les affections onco-hématologiques
  - o les affections des brûlés
  - o les affections liées aux conduites addictives
- la réanimation pédiatrique spécialisée, bien que le CHU dispose d'une autorisation de réanimation pédiatrique
- Certaines modalités de traitement du cancer :
  - o la radiothérapie externe
  - o la curiethérapie

Pour ce qui concerne les équipements lourds, le GHT est en capacité de proposer un accès à l'ensemble des équipements lourds.

Pour ce qui concerne les activités de soins de proximité et de recours territorial ainsi que les équipements nécessaires au niveau attendu des plateaux techniques et indispensable à la qualité des prises en charge sur ces activités, une analyse des autorisations, reconnaissances contractuelles et équipements matériels lourds sera réalisée a minima par bassin de santé et en vue de s'assurer que le taux d'équipements est cohérent aux besoins identifiés.

### 2. Les capacités d'accueil

Les capacités d'accueil en hospitalisation complète et en hôpital de jour ont été recensées, pour les activités de médecine, chirurgie, obstétrique, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation, soins de longue durée, en hospitalisation complète et hospitalisation partielle.

Ces données seront analysées par bassin de santé et par filière prioritaire retenue dans le projet médical partagé.

## CHAPITRE II. Contexte territorial

---

### A. CARACTERISTIQUES ET SPECIFICITES DU TERRITOIRE

#### 1. Contexte géographique

Le département de la Haute-Garonne est traversé par le cours supérieur du fleuve Garonne qui parcourt trois zones géographiques distinctes :

- Une partie montagneuse au sud du département, le Pays de Luchon, intégrée au massif pyrénéen dont le sommet le plus haut atteint une altitude de 3222m. Cette zone est frontalière avec l'Espagne et compte plusieurs vallées ;
- Une première plaine où la Garonne s'écoule bordée par les coteaux du Comminges issus d'anciens plateaux ;
- La grande plaine toulousaine qui s'étend sur tout le Nord du département, entre les collines de la Lomagne à l'Ouest et les coteaux du Lauragais à l'Est.

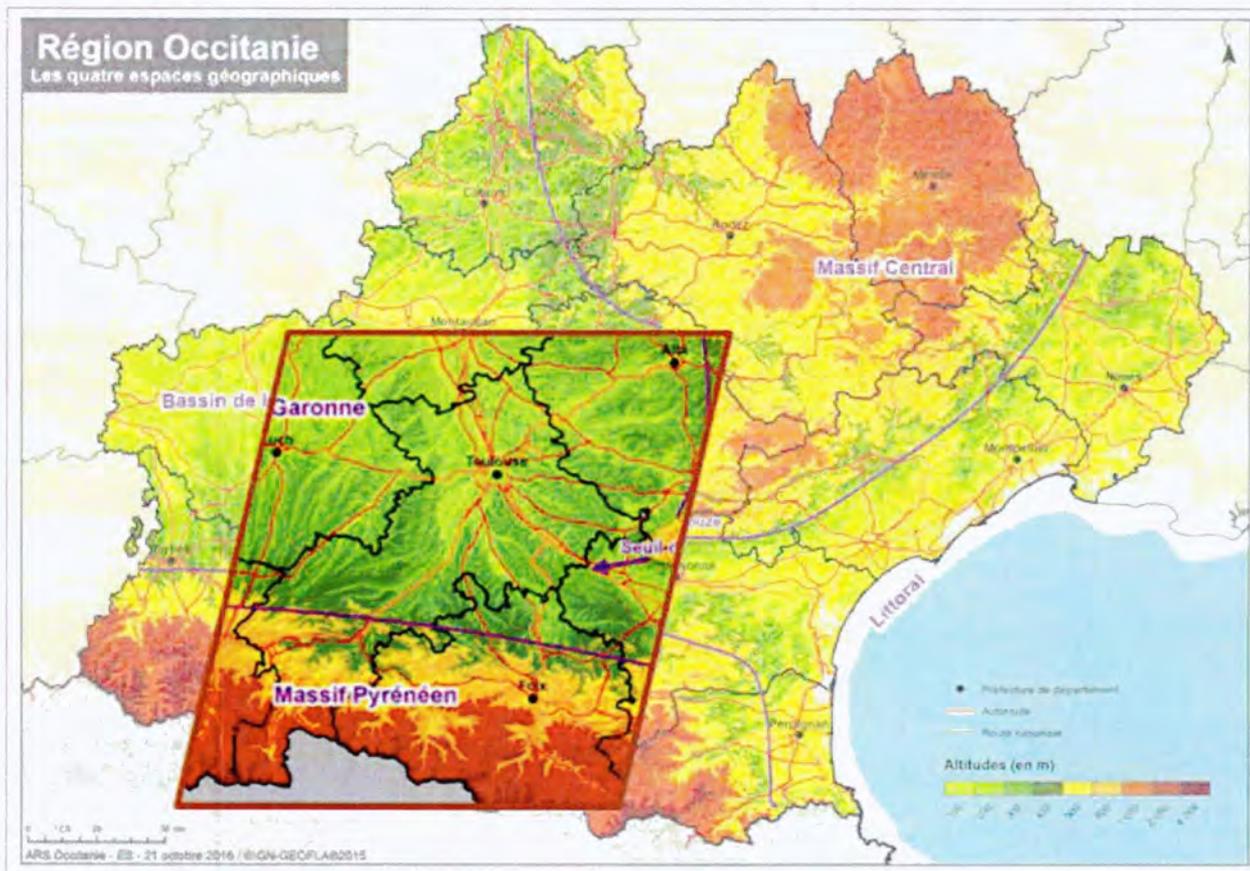
Le département est constitué de trois arrondissements : Muret (regroupant 6 cantons dont 126 communes), Saint-Gaudens (regroupant 3 cantons dont 237 communes) et Toulouse (regroupant 21 cantons dont 226 communes). Ce dernier arrondissement est très urbanisé.

Le Tarn s'étend sur une superficie de 5 758 km<sup>2</sup>. Il est traversé d'est en ouest par le Tarn et du sud à l'ouest par l'Agoût, deux rivières qui se rejoignent à Saint-Sulpice. Les paysages sont assez diversifiés, la partie nord plutôt vallonnée abritant les forêts de Grésigne et Sivens. Le centre du département est formé de larges plaines tandis que les parties sud et sud-est abritent un massif moyennement montagneux (Monts de Lacaune, Montagne Noire). Sa géographie se caractérise par une forte opposition est/ouest avec un point culminant à 1200m d'altitude à l'Est et une altitude la plus basse à 95m à l'Ouest sur la commune de Saint Sulpice.

La partie sud-ouest du Tarn, où se situe la commune de Lavour, limitrophe de la Haute-Garonne, présente un relief constitué de collines et de vallées, celle du Tarn et celle de l'Agout.

Les cantons de Lavour (18 communes) et de Graulhet (6 communes) sont situés dans l'arrondissement de Castres, sous-préfecture du département.

Carte des espaces géographiques de la région Occitanie et focus sur le territoire du GHT :



La distance entre Graulhet et Bagnères de Luchon est de 186 km, avec une durée de parcours estimée à plus de 2 heures 30 dans des conditions de circulation fluides.

Une estimation des temps d'accès entre les établissements parties du GHT est précisée dans un tableau en page suivante.

Cette estimation a été réalisée à partir d'une recherche internet (Via Michelin) selon la requête suivante :

- Ville de départ / ville d'arrivée
- En véhicule motorisé personnel
- Chemin le plus rapide

Il s'agit donc de temps d'accès moyens entre les villes qui ne tiennent pas compte des effets potentiels de la saisonnalité ni de l'encombrement du trafic routier.

	CHU de Toulouse CH G Marchant	CH de Muret	CH Comminges Pyrénées	CH de Luchon	CH de Lavaur	CH de Graulhet
<u>CHU de Toulouse*</u> <u>CH G Marchant*</u>		21Km 0h46'	92Km 1h07'	133Km 1h48	35 Km 1h	55 Km 1h30'
CH de Muret	21Km 0h46'		69Km 1h05'	111Km 1h58'	57Km 1h30'	89 Km 1h30'
<u>CH Comminges</u> <u>Pyrénées*</u>	92Km 1h07''	69Km 1h05'		45Km 1h07'	141Km 1h34'	167 Km 1h53'
CH de Luchon	133Km 1h48'	111Km 1h58'	45 Km 1h07'		190 Km 2h17'	216 Km 2h33''
<u>CH Lavaur*</u>	35 Km 1h	57Km 1h30'	141Km 1h34'	190 Km 2h17'		18Km 0h30'
CH de Graulhet	55 Km 1h30'	89 Km 1h30'	167Km 1h53'	216 Km 2h33'	18Km 0h30'	

*\*Etablissement disposant d'un service d'accueil des urgences ou d'urgences spécialisées.*

Il est à noter que les Hôpitaux de Luchon sont situés à plus d'une heure du premier service d'urgence.

Une analyse plus fine et plus précise des temps d'accès sera éventuellement réalisée, notamment au regard des sites toulousains d'urgence et d'obstétrique ou pour les établissements les plus éloignés.

## 2. Les enjeux démographiques

Les données ci-dessous sont issues des analyses produites par l'INSEE, sur la base du recensement des populations légales au 1<sup>er</sup> janvier 2014, publiées notamment dans les numéros « Insee Flash » en date du 2 janvier 2017.

### a) La région Occitanie

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, la région Occitanie compte 5 730 753 habitants. C'est la cinquième des treize régions métropolitaines par sa population, entre la Nouvelle-Aquitaine et le Grand-Est. Entre 2009 et 2014, l'Occitanie gagne en moyenne 51 400 habitants chaque année (+ 0,9 %). Ce taux d'accroissement, presque deux fois plus élevé qu'en moyenne en métropole, est le plus fort après celui de la Corse. Il est dû pour l'essentiel à l'arrivée de nouvelles populations dans la région, l'une des plus attractives du pays.

Le dynamisme démographique s'articule autour de l'armature urbaine, essentiellement autour des deux grands espaces des métropoles de Toulouse et de Montpellier dont la population est en croissance. Les villes moyennes perdent des habitants tandis que leurs banlieues ou leurs couronnes périurbaines en gagnent, comme Rodez, Carcassonne, Tarbes ou Castres. D'autres territoires, qu'il s'agisse de zones rurales éloignées ou de petites villes, perdent des habitants, même si le dynamisme démographique en irrigue d'autres de même type.

Population municipale au 1<sup>er</sup> janvier 2014 et évolution annuelle moyenne

	Population en 2014	Population en 2009	Évolution annuelle moyenne 2009- 2014 (%)
<b>Occitanie</b>	5 730 753	5 473 597	+ 0,9
<b>Haute-Garonne</b>	1 317 668	1 230 820	+1,4
<b>Tarn</b>	384 474	374 018	+ 0,6
<b>France métropolitaine</b>	64 027 784	62 465 709	+ 0,5
<b>Grandes aires urbaines</b>			
<b>Toulouse*</b>	1 312 304	1 218 166	+1,5
<b>Montpellier*</b>	589 610	542 867	+1,7
<b>Perpignan</b>	317 155	300 221	+1,1
<b>Nîmes</b>	266 193	248 805	+1,4

\* Y compris les parties hors département

L'aire urbaine de Toulouse est, de loin, l'aire urbaine la plus importante de la région et représente, à elle seule, 23% de la population de la région Occitanie et concentre plus du tiers de la croissance démographique de la région.

b) La Haute-Garonne

Au 1<sup>er</sup> janvier 2014, la Haute-Garonne compte 1 317 668 habitants. Entre 2009 et 2014, le rythme de croissance du département (+ 1,4 % par an) est le deuxième de la région Occitanie, juste derrière celui de l'Hérault. La Haute-Garonne est le quatrième département de métropole où ce rythme de croissance est le plus élevé. Ainsi, **la Haute-Garonne gagne 17 400 habitants en moyenne chaque année** : c'est la troisième plus forte augmentation absolue de population, juste après le Rhône et la Gironde. Avec plus de 208 habitants au km<sup>2</sup>, la Haute-Garonne est l'un des départements les plus densément peuplés de la moitié sud du pays. Cependant, cette densité est concentrée sur le Nord du département, sur l'aire urbaine de Toulouse. Le département est très urbanisé, avec 84 % des habitants qui vivent dans une unité urbaine. C'est beaucoup plus qu'en moyenne au niveau régional et que pour l'ensemble des régions de province (73 %).

Avec 906 400 habitants, l'agglomération de Toulouse regroupe 71 % des habitants du département. Les seules autres unités urbaines notables sont celles de Fonsorbes (16 800 habitants) et de Castelnau-d'Estrétefonds (11 500) dans la couronne immédiate de Toulouse, puis celle de Saint-Gaudens (15 600) dans le sud du département.

**L'aire d'influence de Toulouse est l'une des plus étendues du pays** : elle s'étend jusqu'à 50 km à la ronde et déborde sur cinq départements limitrophes. La grande aire urbaine toulousaine est ainsi la troisième de province par sa population (1,3 million d'habitants), derrière celles de Lyon et de Marseille. Son territoire, si on ne compte que les communes du département, concentre 93 % de la population de la Haute-Garonne.

Entre 2009 et 2014, la ville de Toulouse, quatrième commune de France, gagne en moyenne chaque année plus de 5 200 habitants (+ 1,2 %). La banlieue de Toulouse est toujours aussi dynamique (+ 1,7 % par an). Certaines communes affichent des taux de croissance très élevés, comme Colomiers, deuxième commune du département, qui gagne en moyenne 850 habitants par an entre 2009 et 2014, Ramonville-Saint-Agne et Castanet-Tolosan (+ 3,8 % et + 2,7 %), et Balma (+ 2,9 %).

**La population de Saint-Gaudens, deuxième grande aire urbaine du département**, continue de gagner de la population (+ 0,5 % par an) entre 2009 et 2014, grâce notamment à l'unité urbaine qui progresse de 0,4 %.

Enfin, la grande majorité des unités urbaines du département affichent des croissances soutenues, parfois proches de 3 % par an.

L'approche populationnelle doit être complétée des données relatives à l'augmentation de la fréquentation de certaines municipalités particulièrement touristiques comme les communes du Pays de Luchon. Cette analyse sera réalisée au fil des travaux d'élaboration du PMP.

**Population des principales communes de Haute-Garonne - Population municipale au 1er janvier 2014 et évolution annuelle moyenne**

Principales communes	Population en 2014	Population en 2009	Évolution annuelle moyenne 2009-2014 (%)
Toulouse	466 297	440 204	+ 1,2
Colomiers	38 541	34 306	+ 2,4
Tournefeuille	26 674	25 286	+ 1,1
Muret	24 975	23 356	+ 1,3
Blagnac	23 416	21 764	+ 1,5
Plaisance-du-Touch	17 278	16 148	+ 1,4
Cugnaux	17 004	15 862	+ 1,4
Balma	15 319	13 284	+ 2,9
Ramonville-Saint-Agne	13 986	11 588	+ 3,8
Castanet-Tolosan	12 640	11 049	+ 2,7
Saint Gaudens	15 778	15 477	+ 0,4
Revel	9 387	9 253	+0,3

Sur la période récente (2007-2012), la croissance démographique du département est due aussi bien à **l'excédent des naissances sur les décès** qu'à l'excédent migratoire. Auparavant, les arrivées plus nombreuses que les départs constituaient le principal moteur de la dynamique démographique.

Avec une **moyenne d'âge de 38,5 ans**, la Haute-Garonne est de loin le département le plus jeune de la région Occitanie et figure parmi les plus jeunes de métropole. Près de 39 % des habitants ont moins de 30 ans, soit 3 points de plus qu'en France métropolitaine. L'attractivité toulousaine en matière d'enseignement supérieur et le dynamisme de l'économie offrant des débouchés aux jeunes diplômés expliquent cette caractéristique démographique. En contrepartie, les plus âgés sont relativement moins nombreux : seuls 20 % des habitants ont 60 ans ou plus, contre 24 % en métropole. C'est dans les communes du nord du Comminges que la proportion de seniors est la plus importante.

En Haute-Garonne, 175 communes, soit près de trois sur dix, sont des pôles de services et d'équipements de proximité : il s'agit de communes qui disposent d'au moins la moitié d'une gamme d'équipements les plus courants de la vie quotidienne (école, épicerie, médecin généraliste...). Parmi elles, neuf sont aussi des pôles supérieurs, c'est-à-dire offrant des services spécifiques et plus rares comme le lycée, l'hôpital ou encore l'hypermarché... Sept d'entre eux sont situés dans l'agglomération toulousaine : Blagnac, Colomiers, Ramonville-Saint-Agne, Saint-Orens-de-Gameville, Saint-Jean, Muret et bien sûr Toulouse. En dehors de l'unité urbaine de Toulouse, seules deux

communes sont des pôles supérieurs (Revel et Saint-Gaudens). Autour de ces neuf pôles supérieurs, de nombreuses communes offrent des services et équipements de la gamme dite intermédiaire (collège, supermarché, laboratoire d'analyses médicales). En s'éloignant de Toulouse, les pôles intermédiaires se font plus rares et l'offre de services repose surtout sur les pôles de proximité. Au total, **91 % de la population de la Haute-Garonne vit dans une commune dite « pôle de services et d'équipements »** : c'est six points de plus que ce qui est observé dans l'ensemble de la région (85 %).

Du fait d'un moins grand nombre de retraités et d'un taux d'activité plus élevé parmi une large part de la population en âge de travailler (25-54 ans), les actifs, qu'ils aient un emploi ou non, sont relativement nombreux en Haute-Garonne. En 2012, **plus de 61 % de la population des 15 ans ou plus est active**. Ce taux d'activité est bien supérieur à celui de la région (55 %) et de la métropole (58 %). En lien avec la plus forte proportion d'étudiants, le taux d'activité des jeunes est quant à lui plus faible qu'ailleurs (39 % chez les 15-24 ans contre 41 % dans la région).

Avec **des entrées près de deux fois supérieures aux sorties en matière de déplacements quotidiens** entre les lieux de domicile et de travail, la Haute-Garonne est un département très attractif pour les travailleurs. Elle compte 105 emplois localisés dans la région pour 100 actifs occupés y résidant. En 2012, quelque 53 900 actifs en emploi, vivant dans les départements limitrophes pour la plupart, se rendent quotidiennement en Haute-Garonne pour travailler, principalement dans l'unité urbaine de Toulouse. **Plus de la moitié de ces travailleurs viennent du Tarn (14 400)** ou du Tarn-et-Garonne (13 100). Inversement, quelque 27 200 personnes, soit 5 % des actifs résidants hauts-garonnais, vont travailler hors du département. Le Tarn-et-Garonne est la principale destination de ces actifs (4 200) et un tiers occupe même un emploi au-delà des départements limitrophes.

c) Le Tarn

Limitrophe de la Haute-Garonne, le Tarn bénéficie du dynamisme de Toulouse. Cette situation géographique favorise l'essor démographique de l'ouest du département, surtout le long de l'autoroute A68. À l'inverse, certaines communes du nord et de l'est perdent des habitants.

Au 1er janvier 2014, le Tarn compte 384 474 habitants. Entre 2009 et 2014, la population y augmente de 0,6 % par an, un peu plus qu'en France métropolitaine (+ 0,5 % par an), mais moins que dans la région Occitanie (+ 0,9 % par an). En cinq ans, **le Tarn gagne en moyenne près de 2 100 habitants chaque année**. La croissance se concentre d'abord **dans la partie ouest du département**, essentiellement dans les nombreuses communes de l'aire urbaine de Toulouse qui déborde dans le département ou situées à proximité. Elle se prolonge le long de l'autoroute A68 reliant Toulouse à Albi. Cette croissance reste forte également autour d'Albi, entre Lavaur et Castres et au sud de Castres en direction de Revel et Toulouse.

**Les communes de l'ouest tarnais bénéficient d'un essor démographique exceptionnel**. Ainsi, l'ensemble des 27 communes du département appartenant à l'aire urbaine de Toulouse compte 26 063 habitants et affiche un rythme de croissance annuel de 2,0 % entre 2009 et 2014. En cinq ans, les trois communes de Saint-Sulpice, Rabastens et Couffouleux, qui appartiennent à cette couronne périurbaine, gagnent ensemble 320 habitants supplémentaires par an. En remontant l'A68 vers Albi,

ces tendances se retrouvent dans les communes de Gaillac (+ 2,8 %), Lisle-sur-Tarn (+ 1,3 % par an) et Marssac-sur-Tarn (+ 0,8 %). Gaillac, la troisième commune du département (15 077 habitants), continue d'afficher un fort dynamisme et gagne 380 habitants par an. Les anciens sites industriels que sont Carmaux et Graulhet perdent de la population.

Population des principales communes du Tarn			
Principales communes	Population en 2014	Population en 2009	Évolution annuelle moyenne 2009-2014 (%)
Albi	49 531	48 858	+ 0,3
Castres	41 382	42 701	- 0,6
Gaillac	15 077	13 164	+ 2,8
Graulhet	12 063	12 121	- 0,1
Lavaur	10 592	10 475	+ 0,2
Mazamet	10 173	9 975	+ 0,4
Carmaux	9 542	10 210	- 1,3
Saint-Sulpice-la-Pointe	8 642	7 921	+ 1,8
Saint-Juéry	6 792	6 882	- 0,3
Labruguière	6 478	6 123	+ 1,1

Les tarnais sont plus âgés qu'aux niveaux régional et national : l'âge moyen, **43,6 ans en 2012**, est nettement supérieur à celui de l'ensemble de la région (41,8 ans) et à celui de France métropolitaine (40,1 ans). Les seniors sont relativement nombreux : **30 % des habitants ont 60 ans ou plus**, contre 27 % dans l'ensemble de la région et 24 % en France métropolitaine. Les moins de 30 ans représentent 32 % de la population, soit cinq points de moins qu'en moyenne en métropole et deux points de moins qu'au niveau régional, plaçant le Tarn dans une position médiane par rapport aux autres départements de l'Occitanie. La part des moins de 14 ans fait néanmoins jeu égal avec celle de la région (17 %) et l'écart avec la France métropolitaine est réduit à - 1,5 point.

Avec 348 équipements pour 10 000 habitants, **le Tarn est l'un des départements de la région les moins bien dotés en équipements et services** (393 en moyenne en Occitanie). Pour les services les plus courants qualifiés de services de proximité (épicerie, boulangerie, école primaire, médecin généraliste...), le département se situe en dessous de la moyenne régionale, comme pour ceux de la gamme dite intermédiaire (supermarché, commerce de détail divers, collège, laboratoire d'analyses médicales...). Pour les services plus spécifiques (hypermarché, lycée, spécialités médicales...), le taux d'équipement du département est identique à celui de la région.

Dans le Tarn, 77 % des équipements appartiennent à la gamme de proximité, un peu moins qu'en moyenne en Occitanie (79 %). Ils sont répartis essentiellement dans 88 communes qualifiées de pôles de services de proximité. Le maillage du département est relativement bien respecté avec une concentration de ces pôles à proximité des grandes et moyennes agglomérations. Toutefois, dans l'est et le nord du département, zones moins densément peuplées, ils sont plus dispersés.

Les tarnais sont 81 % à résider dans une commune dite « pôle de services de proximité », part légèrement inférieure à la moyenne de France métropolitaine (85 %). Le temps de trajet moyen pour

accéder aux équipements de proximité est proche du temps moyen régional mais plus élevé que celui de la France métropolitaine. Les 17 pôles de services intermédiaires structurent le département. Ils se situent principalement dans la partie ouest, zone la plus peuplée. Il y en a peu dans le nord et trois seulement dans la partie est (Alban, Lacaune et Brassac). Les villes de Lavaur, Gaillac et Graulhet à l'ouest, Albi et Carmaux au nord et Castres au sud réunissent suffisamment d'équipements de la gamme supérieure pour se voir conférer le statut de pôle.

**En 2012, 53 % de la population de 15 ans ou plus est active dans le Tarn, soit un taux inférieur à celui de la région (55 %) et de la France métropolitaine (58 %).** Le déficit s'explique essentiellement par une proportion de retraités plus élevée (33 % soit respectivement + 4 points et + 7 points par rapport à la région et à la métropole). Les étudiants sont en revanche un peu moins présents dans le Tarn qu'en moyenne dans la région et en métropole.

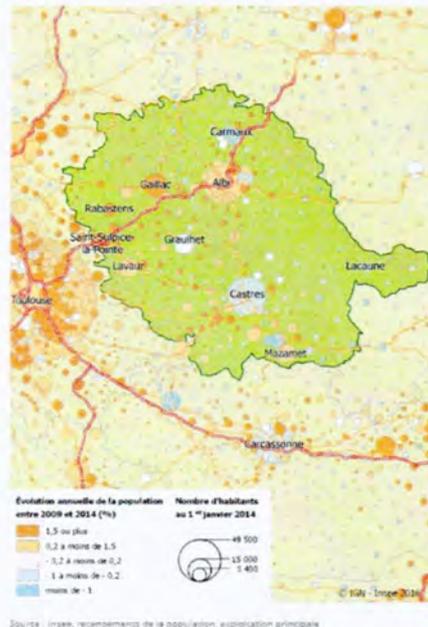
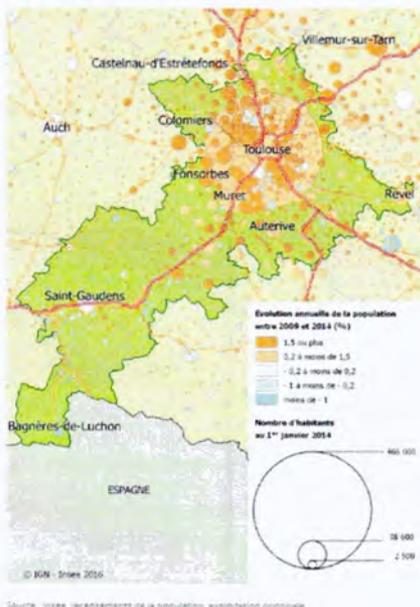
Sur les 145 000 actifs occupés qui résident dans le Tarn en 2012, 19 000 personnes (13 %) se rendent quotidiennement dans un autre département pour exercer leur activité professionnelle. En raison des commodités d'accès (autoroute A68, voies ferroviaires), les échanges avec la Haute-Garonne et en particulier avec l'agglomération toulousaine sont intenses et à l'origine des trois quarts des sorties du département. Le reste des échanges se fait principalement avec l'Aveyron et le Tarn-et-Garonne. Les cadres sont proportionnellement les plus mobiles sur le plan professionnel : sur les 17 200 cadres tarnais, 4 000 exercent leur activité professionnelle en dehors du département, soit 23 %.

Le Tarn offre 92 emplois pour 100 actifs résidants occupés. Les 133 000 emplois localisés dans le département ne sont pas tous pourvus par des Tarnais : 7 000 personnes se rendent quotidiennement dans le Tarn pour y travailler, dont 4 100 en provenance de Haute-Garonne. Ces flux d'entrées sont néanmoins près de trois fois plus faibles que les sorties du département.

d) Représentations cartographiées

2. Cartes de l'évolution annuelle de la population sur le territoire du GHT

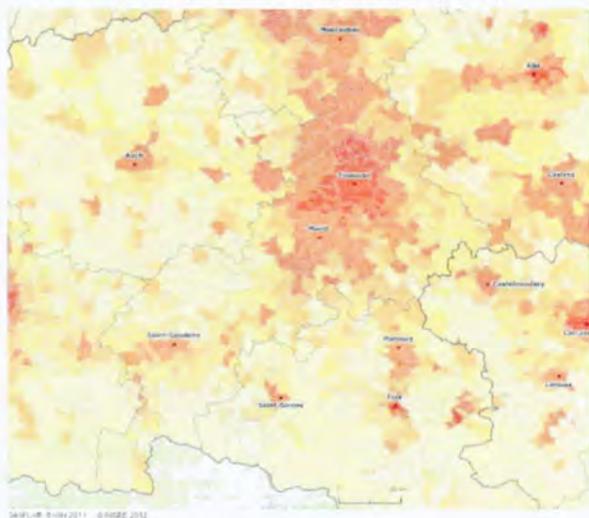
Population municipale \_ Evolutions annuelles entre 2009 et 2014, Haute-Garonne et Tarn



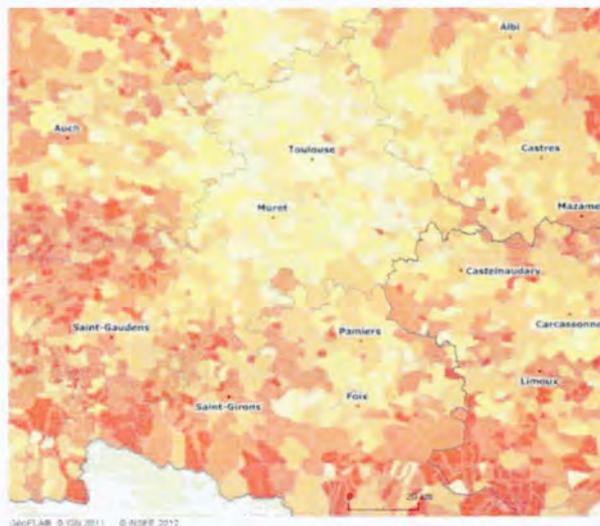
3. Densité de la population du territoire du GHT par commune

Les zones les plus foncées représentent les densités les plus importantes.

Carte de densité de la population globale



Carte de la part des 60 ans et plus par communes, sur le territoire du GHT



D'une façon générale, la part des 60 ans et plus est particulièrement marquée dans les zones où la densité de la population est la plus faible et dans les zones souvent éloignées d'un service d'accueil d'urgence.

## B. LES TERRITOIRES DE SANTE ET LA DEMOGRAPHIE PROFESSIONNELLE DU PREMIER RECOURS

### 1. Les territoires de santé

Le Projet Régional de Santé (PRS) 2012/2017 de l'ex-région Midi-Pyrénées est fondé sur une logique territoriale et de gradation des soins.

Afin de décliner les orientations stratégiques<sup>2</sup> du Plan Régional de Santé au plus près des lieux de vie, chacun des huit départements de l'ex région Midi-Pyrénées a été défini comme « territoire de santé », eux-mêmes découpés en « bassins de santé ».

En matière d'organisation des soins, le territoire de santé est le périmètre dans lequel s'organise le recours aux soins spécialisés. Ces soins doivent présenter les mêmes garanties de qualité et de sécurité dans chaque département de la région, en permettant une prise en charge rapide des patients et en évitant tout déplacement inutile vers la métropole toulousaine.

A l'échelle de chaque département, un établissement de recours territorial de qualité doit répondre à la plupart des besoins en soins et services spécialisés : médecine, chirurgie, gynécologie, obstétrique, pédiatrie, urgences, équipements lourds, services de biologie et d'anatomopathologie(...). Le recours à un niveau interdépartemental, régional voire interrégional est possible pour des activités hautement spécialisées.

Les territoires de santé sont eux-mêmes découpés en bassins de santé, espace au sein duquel s'organise l'offre de soins de proximité : prévention, soins ambulatoires et hospitaliers et accompagnement médico-social. Cette offre diversifiée se structure autour des soins du premier recours, porte d'entrée dans le système de santé, eux-mêmes articulés autour du médecin traitant.

La gradation des soins dans les établissements de santé :



<sup>2</sup> Les orientations du Plan stratégique Régional de Santé en Midi-Pyrénées 2012/2017 – Agence Régionale de Santé Midi-Pyrénées

Le PRS précise :

« Dans tous les cas où c'est possible, chacun doit bénéficier d'une prise en charge par des professionnels de santé proches de son domicile. C'est une attente légitime, partagée par tous, et parfois un véritable enjeu d'accès aux soins dans certaines zones rurales de la région. 33 bassins de santé ont été définis en Midi-Pyrénées. C'est à cet échelon territorial qu'elle souhaite garantir à tous l'accès aux soins et services de santé les plus fréquemment utilisés dans la vie quotidienne. »

Le bassin de santé est l'espace d'organisation et de coordination des soins du premier recours. Ils s'articulent autour du médecin traitant, de l'accès à une pharmacie, de professionnels de santé paramédicaux, d'un laboratoire de biologie, d'un cabinet de radiologie et des services d'un hôpital, a minima pour les urgences, la médecine polyvalente, la médecine gériatrique et des consultations avancées pour des spécialités médicales, chirurgicales et obstétricales.

Le bassin de santé est aussi le lieu d'organisation des parcours de santé tels que la filière gériatrique ou la prise en charge des maladies chroniques et le niveau d'organisation des structures médico-sociales de proximité. »

La carte ci-après représente les huit territoires de santé et les trente-trois bassins de santé.

L'organisation territoriale de la santé en Midi-Pyrénées : 8 territoires de santé et 33 bassins de santé





Il convient de noter :

- Le bassin de Saint Gaudens couvre un territoire étendu et en zone montagneuse ;
- Une forte concentration des services d'urgence sur la métropole toulousaine, cohérente avec la densité de la population ;
- La partie la plus à l'est du bassin de Villefranche du Lauragais n'est pas « couverte » par les établissements parties du GHT : le revéolois n'est pas intégré au bassin de santé de Villefranche de Lauragais mais au bassin de santé du Tarn sud (Castres).

#### **Profil de santé du territoire de la Haute-Garonne<sup>4</sup> :**

- Mortalité générale et prématurée

Entre les périodes 2000-2002 et 2007-2009, le taux de mortalité générale a baissé de 16,4% dans le territoire, contre 12,3% au plan national. En 2007-2009, les taux de mortalité générale, de mortalité prématurée (avant 65 ans) et de mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de préventions primaires de la Haute-Garonne sont parmi les cinq taux de mortalité les plus faibles des territoires français. Le territoire de la Haute-Garonne présente un taux de mortalité par maladies cardio-vasculaires proche de la moyenne nationale. Le taux de mortalité par cancers est inférieur à la moyenne nationale. La mortalité infantile est plus faible dans le territoire qu'en moyenne nationale.

- Pathologies reconnues comme « affections de longue durée » (ALD)

En Haute-Garonne, les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers, le diabète et la maladie mentale représentent 79,9% des affections en longue durée en 2008-2010. Le taux d'admission en ALD pour diabète ainsi que le taux d'admission en ALD pour maladies cardio-vasculaires sont inférieurs aux moyennes nationales. Les taux d'admission en ALD pour cancers, pour maladies mentales et pour maladie d'Alzheimer sont proches des taux nationaux.

- Conduites en lien avec la santé

Le territoire de la Haute-Garonne présente un taux de mortalité liée à l'alcool inférieur à la moyenne nationale. Le taux de mortalité par cancer du poumon est proche de la moyenne nationale. Le territoire Haute-Garonne présente des taux de mortalité par suicide et par accidents de la circulation inférieurs aux moyennes nationales.

Une mise à jour de ces données de santé par l'Observatoire Régional de la Santé sera nécessaire pour affiner les diagnostics territoriaux.

Compte-tenu de la part très importante de la population de moins de 25 ans sur ce territoire, la présence de trois universités et de nombreuses écoles supérieures, les données de santé publique spécifiques à la population « jeune » ou étudiante seront étudiées : addictions, alimentation, prévention du mal être et du suicide...

---

<sup>4</sup> Profil de santé des territoires de santé : Haute-Garonne, FNORS-ORS Midi-Pyrénées – Juillet 2013

b) Le territoire et les bassins de santé du Tarn

**Organisation du territoire en bassins de santé :**

Le territoire de santé du Tarn est organisé en trois bassins de santé : Bassin Tarn nord, Bassin Tarn ouest et Bassin sud Castres-Mazamet-Revel.



**Profil de santé du territoire du Tarn<sup>5</sup>**

- Mortalité générale et prématurée

Entre 2001 et 2008, la mortalité générale a baissé de 11,6% dans le territoire, contre 12,3% au plan national. En 2007-2009, le taux de mortalité générale (769,7 pour 100 000 habitants) est inférieur à la moyenne nationale (827,0 pour 100 000 habitants). 14,3% des décès ont lieu avant 65 ans, 18,4% pour les hommes, et 10,1% pour les femmes. La mortalité prématurée (décès intervenant avant 65 ans) a baissé de 3,9% depuis 2001. Le territoire du Tarn présente un taux de mortalité prématurée évitable liée aux pratiques de préventions primaires inférieur à la moyenne nationale. La mortalité par maladies cardio-vasculaires est proche de la mortalité nationale. Les taux de mortalité par cancers et par cancer du sein sont plus faibles dans le Tarn qu'en moyenne nationale. Le territoire du Tarn présente un taux de mortalité infantile supérieur à la moyenne nationale.

<sup>5</sup> Profil de santé des territoires de santé : Tarn, FNORS-ORS Midi-Pyrénées – Juillet 2013

- Pathologies reconnues comme « affections de longue durée » (ALD)

Dans le Tarn, les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers, le diabète et la maladie mentale représentent 81,3% des affections en longue durée sur la période 2008-2010. Le taux d'admission en ALD pour diabète est inférieur au taux national. Le territoire présente des taux d'admission en ALD pour maladies cardio-vasculaires et pour maladie mentale supérieurs aux taux nationaux.

- Conduites en lien avec la santé

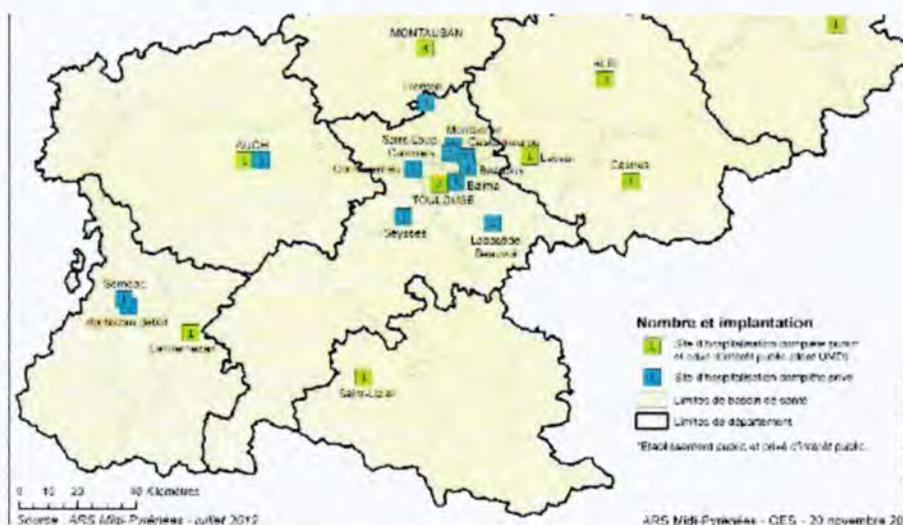
Le territoire du Tarn présente des taux de mortalité par pathologies liées à l'alcool et par cancer du poumon inférieurs aux moyennes nationales. Le taux de suicides est proche de la moyenne nationale. Par contre le taux de mortalité par accidents de la circulation est supérieur à la moyenne nationale.

Cependant, une analyse des données par bassins de santé montre parfois des disparités importantes entre les bassins de santé, disparités cohérentes avec les données socio-populationnelles et la géographie du Tarn. Une mise à jour de ces données de santé par l'Observatoire Régional de la Santé sera nécessaire pour affiner les diagnostics territoriaux.

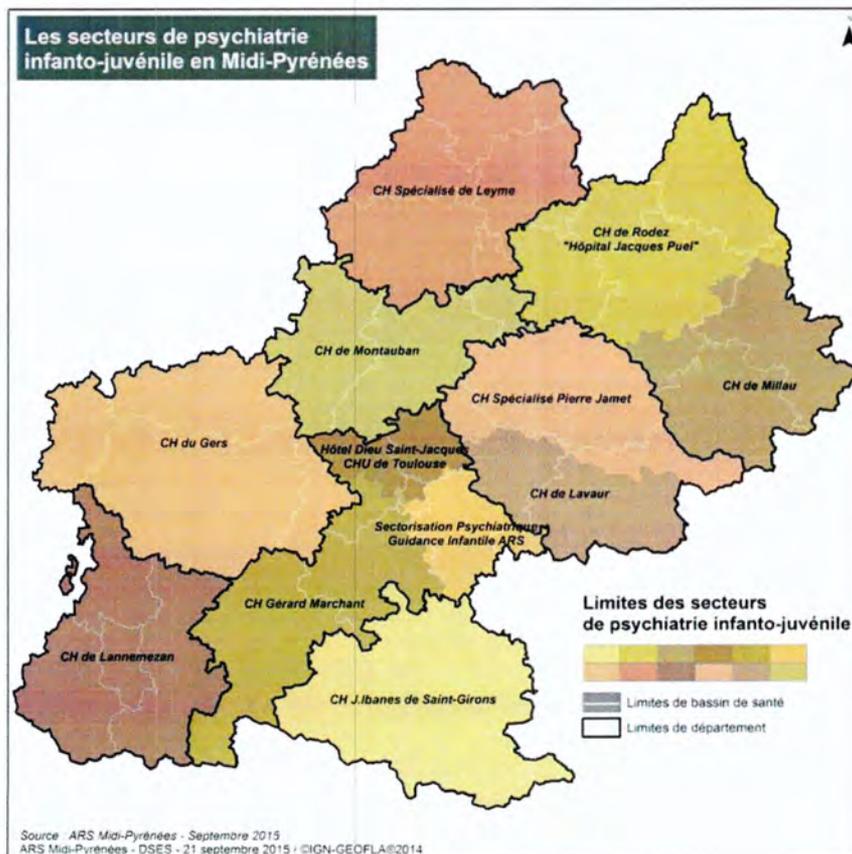
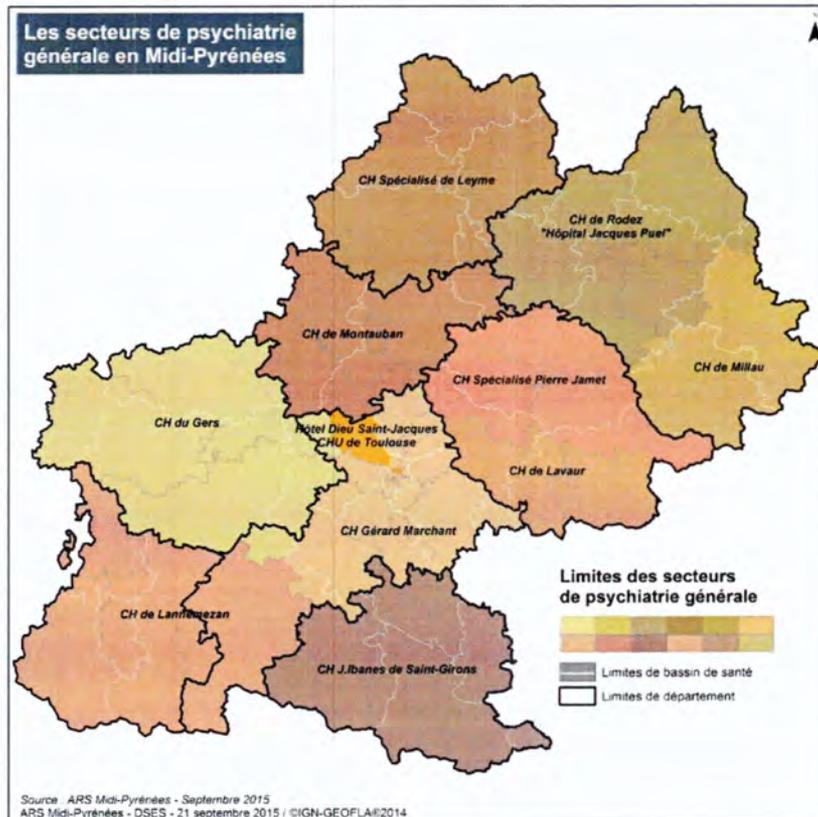
## 2. Les secteurs psychiatriques

Comme précisé dans la présentation du GHT, l'organisation des soins en psychiatrie est du ressort de la CPT préfiguratrice de la Haute-Garonne et du Tarn Sud. Le diagnostic territorial spécifique du champ de la psychiatrie et de la santé mentale sera développé dans le cadre des travaux conduits par la CPT. La stratégie du groupement en matière de santé mentale sera élaborée et mise en œuvre dans le respect des secteurs psychiatriques.

La carte ci-dessous présente l'offre de soins de psychiatrie adulte en hospitalisation complète de l'Occitanie Ouest, sur fond de bassins de santé et non de secteurs<sup>6</sup>.



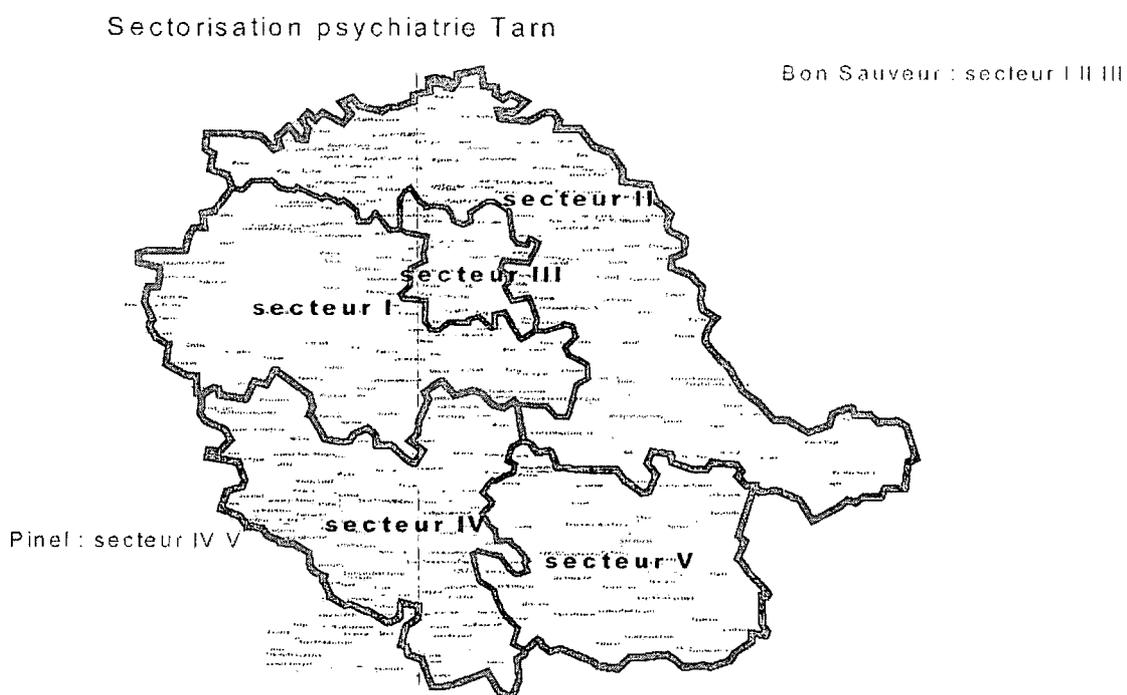
<sup>6</sup> Source : Programme Régional de Santé – SROS volet Psychiatrie – 2012 / 2017





Le centre hospitalier de Lavaur, au titre de ses missions de secteur sur le Tarn Sud, pourra ainsi être associé au projet médical partagé du GHT « Cœur d'Occitanie »

Carte des secteurs psychiatriques adultes du Tarn<sup>8</sup> :



<sup>8</sup> Carte transmise par le Centre Hospitalier de Lavaur

### 3. La démographie professionnelle du premier recours

L'offre de soins du premier recours sur le territoire de la Haute-Garonne, qu'il s'agisse des médecins généralistes libéraux, des chirurgiens-dentistes libéraux ou des infirmiers libéraux, est supérieure à la moyenne nationale.

Sur le Tarn, les densités de médecins généralistes libéraux et d'infirmiers libéraux sont plus élevées qu'en moyenne nationale. Le territoire du Tarn présente un taux de chirurgiens-dentistes libéraux inférieur à la moyenne nationale.

Pour autant, cette vision à l'échelle départementale ne doit pas occulter une analyse plus fine car il existe de fortes disparités au sein des départements comme le montre la carte ci-après : « densité de médecins généralistes en nombre pour 10 000 habitants. »

Sur cette carte apparaissent quelques zones identifiées comme « déficitaires », notamment vers Graulhet et dans la partie nord-est du bassin de Saint Gaudens. A l'inverse, on notera une densité élevée vers le sud du bassin de Saint Gaudens.

La densité des médecins généralistes doit cependant être analysée avec précaution et l'analyse doit inclure d'autres critères, comme le prévoit l'identification de « zones de vigilances ».

*Ces zones sont des "zones caractérisées par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, en raison des caractéristiques démographiques, sanitaires et sociales de la population, des particularités géographiques de la zone, du nombre et de la répartition des professionnels et des structures de soins et de leurs évolutions prévisibles<sup>9</sup>."*

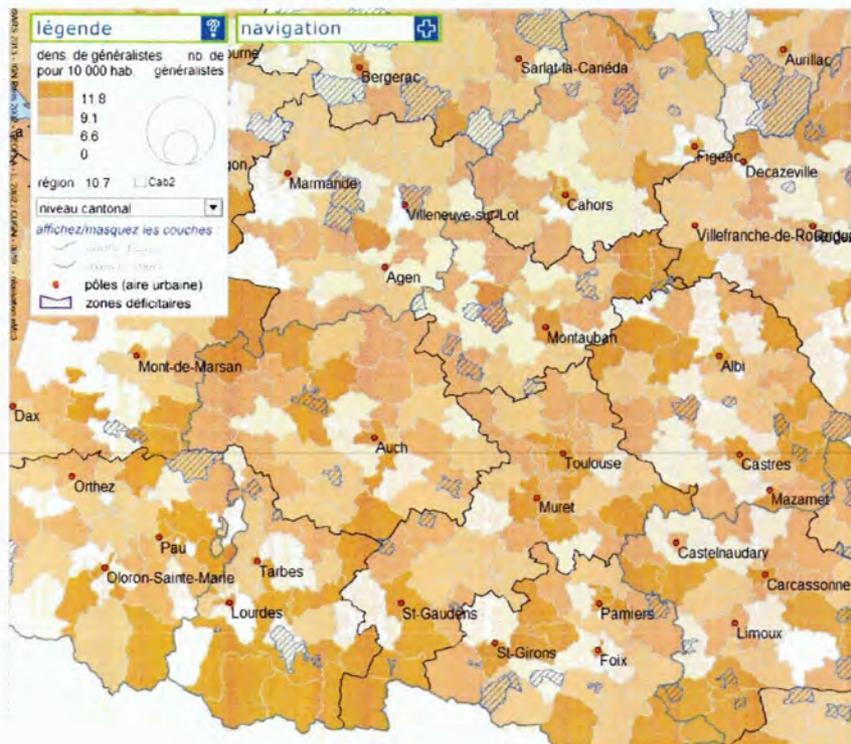
Si la densité semble satisfaisante dans certains bassins, l'analyse croisée avec les critères retenus pour définir les zones de vigilance montre une réalité très différente.

En effet, sur la carte « densité », la densité des médecins généralistes semble tout à fait satisfaisante dans l'extrême sud du département de la Haute-Garonne alors que l'analyse croisée avec d'autres critères fait apparaître ce territoire comme majoritairement situé en zone de vigilance. L'âge des médecins généralistes souvent élevé nuance également ces données.

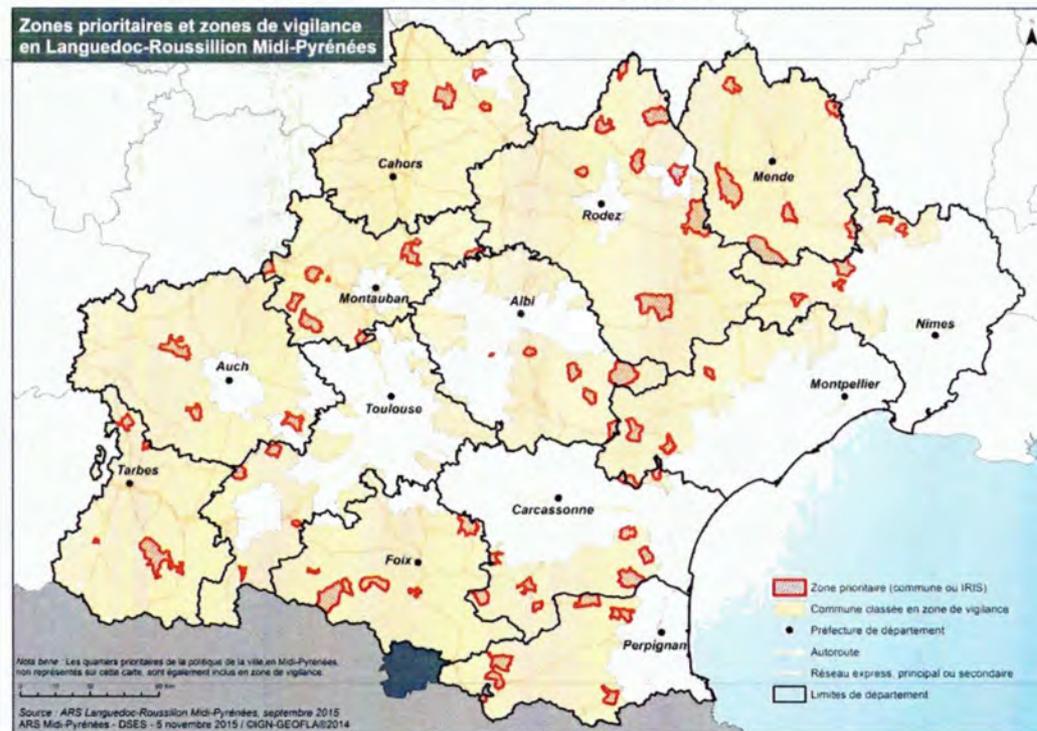
---

<sup>9</sup> ARS Midi-Pyrénées 2012

Densité des médecins généralistes en nombre pour 10 000 habitants



Zones prioritaires et zones dites de « vigilance »



Par ailleurs, il serait probablement très instructif de réaliser une analyse ciblée sur l'agglomération toulousaine, par communes et quartiers, à la suite de l'étude réalisée par le conseil départemental de l'ordre des médecins de la Haute-Garonne sur les départs en retraite des médecins généralistes, afin d'identifier d'éventuelles zones de vigilances ou à risques avérés de fragilité en raison de la pyramide des âges des médecins généralistes.

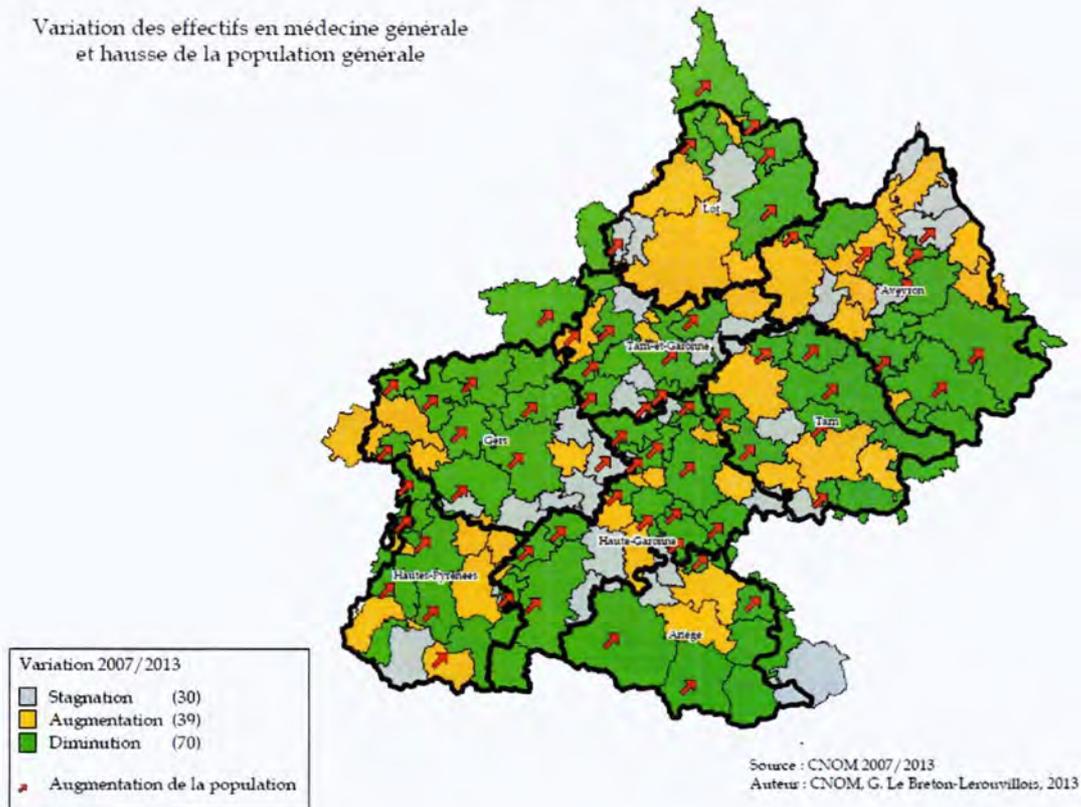
Âge des médecins généralistes libéraux et mixtes par département<sup>10</sup> :

	Moyenne d'âge	<40 ans	>=60 ans
Haute-Garonne	52 ans	12 %	25%
Tarn	54 ans	8%	32%

Enfin, ces analyses doivent être enrichies de l'analyse croisée entre l'évolution du nombre de médecins généralistes en exercice libéral ou mixte, et l'évolution de la population.

Pour ce qui concerne le GHT, la plus grande partie des bassins de vie de ce dernier sont confrontés à des tendances inversées, notamment l'agglomération toulousaine ; une augmentation de la population et une diminution des médecins généralistes en exercice libéral.

Variation des effectifs en médecine générale et hausse de la population générale



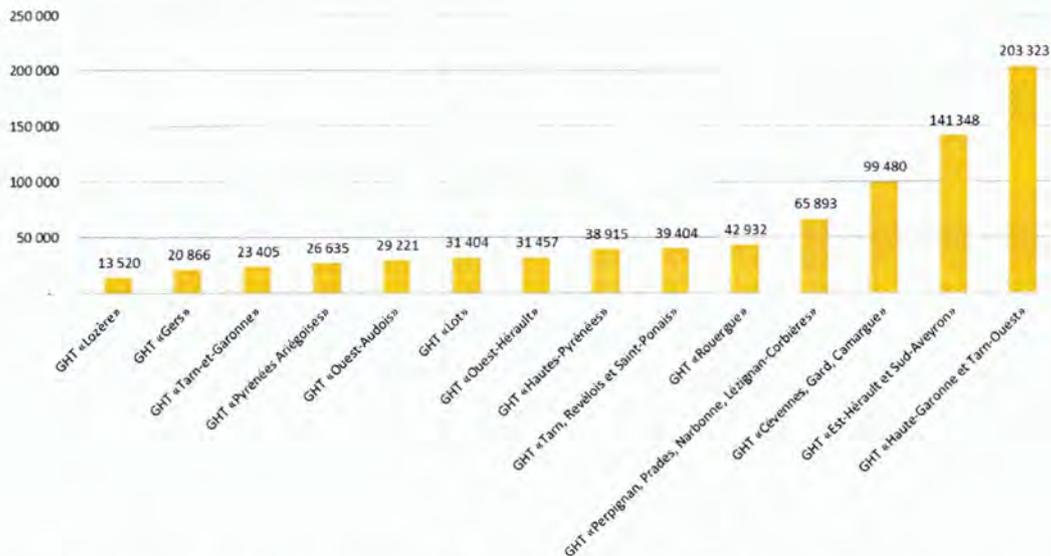
<sup>10</sup> Rapport « La démographie médicale en Midi-Pyrénées – Situation en 2013 » Conseil National des Médecins  
Conseil National de l'Ordre.

## C. LE GHT ET SON CONTEXTE CONCURRENTIEL

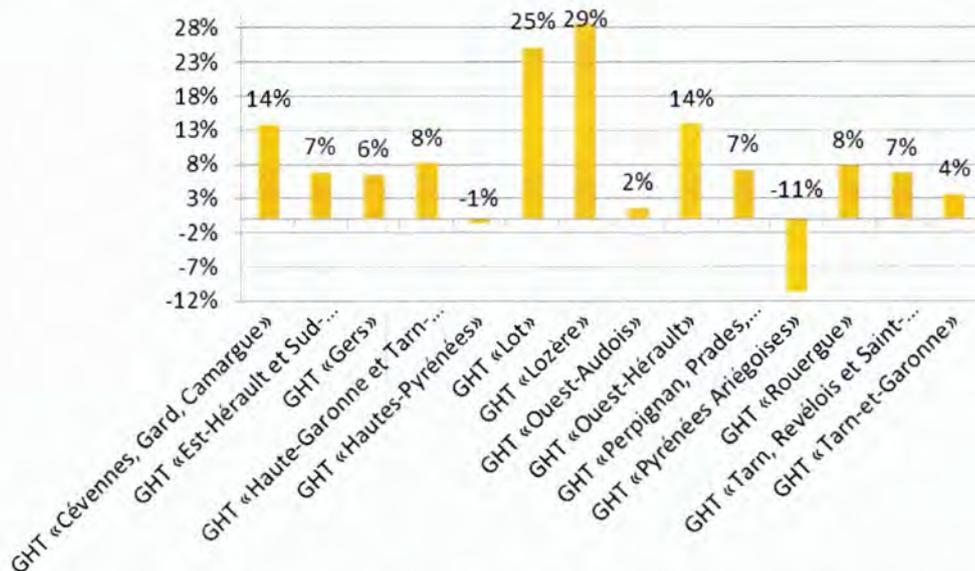
### 1. La dynamique du GHT

Le GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest présente l'activité la plus importante des GHT de la région Occitanie.

Nombre de séjours MCO hors séance – 2015 :



Entre 2010 et 2015, l'évolution du nombre de séjours hors séance du GHT se situe dans la moyenne régionale de 8%.



Cette évolution pourrait sembler normale au regard de l'évolution démographique mais, compte-tenu de l'offre de soins privée particulièrement développée sur le territoire, cette évolution est aussi le signe du dynamisme de ce groupement.

## 2. Le contexte concurrentiel

L'agglomération toulousaine compte une concentration particulièrement importante d'offre de soins hospitalière, représentée sur cette carte :



Les établissements privés MCO sont tous implantés sur l'agglomération toulousaine, où la densité de la population est la plus importante et où la population est la plus jeune et la plus active.

Sur les bassins de Saint Gaudens et du Tarn Ouest, seuls les établissements publics proposent une offre de soins MCO.

Il est à noter que parmi les établissements privés implantés sur l'agglomération toulousaine, certains proposent une offre de soins de référence régionale sur certaines disciplines, et ont un recrutement qui dépasse largement le territoire de la Haute-Garonne.

Une extraction des données disponibles sur le site « SCORE-Santé », réalisée en date du 14 janvier 2014, pour les capacités (nombre de lits) par grande catégories d'établissements et par départements de l'année 2013 montre que le nombre de lits des hôpitaux publics de la Haute-

Garonne représente 39 % de la capacité totale du département, l'hospitalisation privée représentant 61% du nombre de lits recensés.

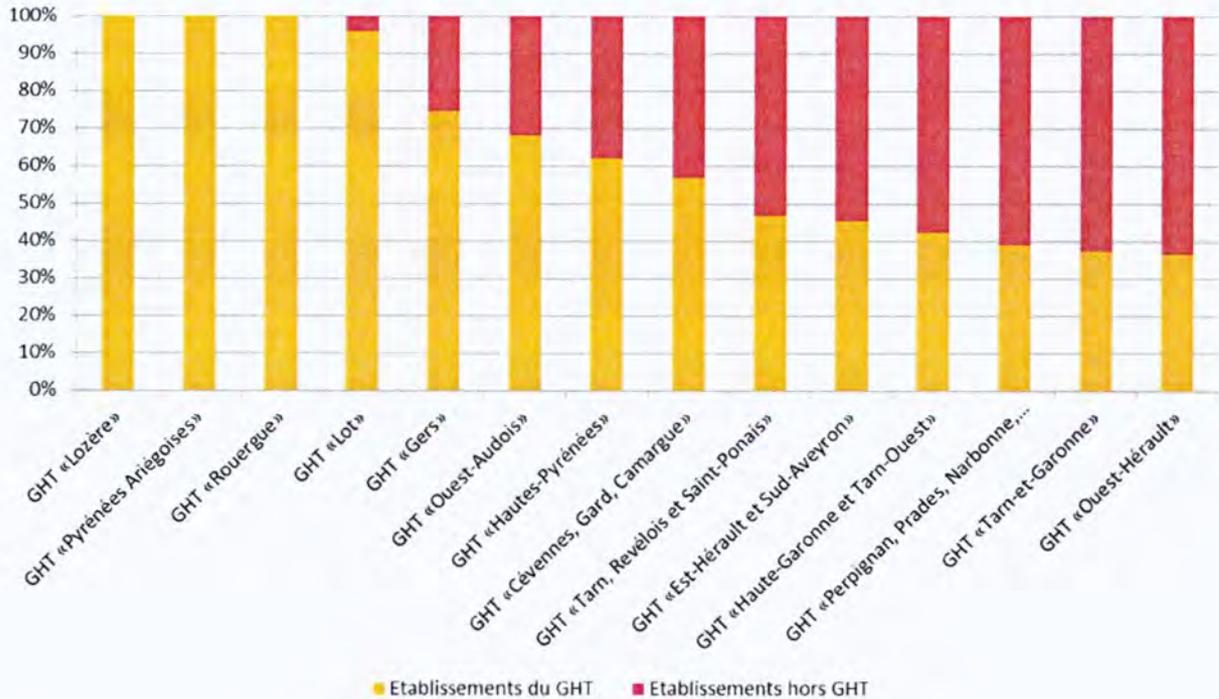
Tableaux : nombre de lits par catégorie d'établissement en Haute-Garonne – données SCORE-SANTE

Catégorie d'établissement	Nombre de lits	En %
CHR public	2 414	
CH public	587	
CH S public	325	
Autres Ets Publics	47	
<b>sous-total public</b>	<b>3 373</b>	<b>39%</b>
Ets Privés	2639	
Ets SSR privés	1452	17%
Ets SLD privés	63	
Ets de lutte contre les maladies mentales privés	937	
CLCC privés	128	
<b>sous-total privé</b>	<b>5219</b>	<b>61%</b>
<b>Total</b>	<b>8 592</b>	<b>100,00%</b>

Ces données ne permettent pas d'identifier le nombre de lits « SSR » pour les établissements publics ou privés qui proposent une offre mixte MCO, SSR...

Mais, il est à noter que la proportion de lits « SSR » des établissements privés spécialisés en SSR (ne proposant qu'une offre de soins de suite et de réadaptation) représente près 17 % de la capacité totale d'accueil des établissements de la Haute-Garonne et 28% de la capacité totale des établissements privés.

L'analyse des parts de marché MCO hors séances montre que le GHT détient plus de 40% des parts de marché en 2015.



Les parts de marché du groupement sur les quatre grandes catégories d'activité de soins en 2015, montrent une forte disparité en fonction de la catégorie.

Parts de marché par catégorie de soins MCO en 2015 :

Obstétrique et nouveaux-nés CMD 14 et 15	Chirurgie (GHM type C)	Techniques peu invasives (GHM type K)	Séjours sans actes classant (GHM type M et Z)
37%	26%	21%	70%

Les données par grande catégorie de soins montrent que les établissements privés sont clairement positionnés, pour le MCO, sur les activités peu invasives, la chirurgie et l'obstétrique.

Une analyse plus approfondie de l'activité sera réalisée pour chaque filière retenue comme prioritaire, avec le concours du DIM de territoire.

## CHAPITRE III. Projet Médical Partagé du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest

---

### A. LES OBJECTIFS MEDICAUX ET LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU GHT

Les établissements parties au groupement s'accordent à structurer leurs actions de coopération autour de quatre orientations stratégiques principales, adoptées après avis des instances du mois de juin 2016.

Ces orientations stratégiques seront déclinées dans le cadre des travaux du collège médical du groupement afin d'élaborer, conformément aux dispositions réglementaires, un projet médical partagé détaillé au plus tard au 1<sup>er</sup> juillet 2017.

#### 1. Conforter l'offre de soins publique sur le territoire

Cette orientation est la pierre angulaire de la constitution du GHT, dans un environnement fortement concurrentiel aggravé par des problèmes prégnants de démographie médicale dans certaines spécialités des établissements de santé du groupement.

Elle est la clé de l'accessibilité des soins. Le maintien d'une offre publique graduée constitue l'une des missions premières du service public hospitalier, afin de garantir à tous les patients un égal accès aux soins, sans dépassement de tarif ni discrimination du fait de leur situation.

#### 2. Développer des pratiques de soins modernisées dans le cadre de prises en charge graduées

L'organisation sanitaire par niveaux de soins consacre la complémentarité des établissements de santé. Elle impose de renforcer par ailleurs leur coordination à travers de nouvelles pratiques de soins facilitant la continuité de la prise en charge des patients.

##### a) Les prises en charge ambulatoires

Leur développement, en réponse à une attente forte des patients, constitue un objectif partagé des établissements parties au GHT. Leur mise en œuvre s'appuie sur la réflexion des équipes médicales pour élargir les indications et pour adapter la programmation à la sécurité du suivi du patient.

L'organisation graduée des soins facilite le développement de la prise en charge ambulatoire dans les centres hospitaliers partenaires et le recours au CHU, par exemple pour les interventions chirurgicales plus spécialisées.

b) La télémédecine et la télésanté

La télémédecine permet d'optimiser les parcours de santé. Les établissements parties au groupement ont pour objectif d'intégrer l'apport potentiel de la télémédecine dès la conception de chaque filière régionale en positionnant le CHU comme établissement de recours, à l'instar de ce qui a été réalisé pour la prise en charge des AVC en phase aiguë ou la téléradiologie.

L'amélioration de la continuité du parcours du patient conduira aussi à travailler les modalités de retour à domicile et à utiliser les outils de télémédecine pour maintenir un contact avec le patient après son retour à domicile (exemple de la télésurveillance à domicile des patients chroniques).

3. Poursuivre une politique commune de gestion prévisionnelle des effectifs médicaux

a) Une cartographie régionale des postes médicaux qui assure une vision prospective par spécialité

Le CHU poursuivra dans le cadre de sa mission spécifique, en lien avec la FHF et avec les doyens de facultés et leurs coordonnateurs universitaires, l'enquête régionale qu'il a engagée dès 2011 auprès des établissements publics de santé. Elle a mis en évidence les postes à pourvoir par spécialité et discipline dans chaque établissement et les perspectives de renouvellement en fonction des départs en retraite et des projets des établissements.

b) La constitution d'équipes médicales territoriales communes

L'action du CHU pour conforter les équipes médicales des établissements continuera de s'appuyer sur des outils et des mesures diversifiées.

Elle se traduira, en fonction des priorités établies et de la maturité des projets médicaux établis par les responsables des disciplines et spécialités, par des niveaux d'intégration médicale renforcée : constitution d'équipes médicales communes territoriales, création de pôles d'activité à l'échelle du groupement.

#### 4. Approfondir l'organisation de parcours de soins spécialisés

##### a) La reconnaissance de la spécificité de la filière de psychiatrie et santé mentale

Les établissements parties au groupement reconnaissent la spécificité de la filière de psychiatrie et santé mentale sans remettre en cause, pour autant, la nécessité d'une approche globale et pluridisciplinaire du projet médical partagé.

Ils confient au CH Gérard Marchant la mission d'animer et de coordonner l'organisation de cette filière spécifique dans le cadre de la CPT.

##### b) Les autres filières transversales communes

Les établissements parties au groupement ont la volonté de développer des actions communes et coordonnées afin d'unir leurs efforts et d'assurer une prise en charge mieux adaptée aux besoins des patients.

Ils privilégient, dans le cadre des travaux du collège médical du groupement, les filières qui fédèrent l'ensemble des établissements parties.

Ils travailleront également sur la recherche d'organisations médicales communes pour les plateaux techniques et pour les disciplines médico techniques : biologie médicale, imagerie médicale, pharmacie hospitalière.

Ces travaux transversaux ne sont pas exclusifs des actions et des coopérations qui ne concernent qu'une partie des établissements parties au groupement. Il s'agit notamment des actions de coopération qui ont été nouées entre autres, entre le CHU et chacun des établissements de santé.

##### c) Des évaluations communes

Les évaluations communes s'appuieront sur les travaux du département d'information médicale de territoire. Elles seront réalisées par les instances du groupement (bilans annuels du projet médical partagé et du projet de soins partagé, évaluation et contrôle de l'accessibilité des soins par le comité territorial des élus locaux, propositions du comité des usagers) et devront permettre de poursuivre l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins.

#### 5. La recherche, enjeu d'innovation et de motivation

L'objectif est de faciliter les projets de recherche communs selon les filières. Cet enjeu fédérateur vise à faciliter dans une filière, des projets de recherche dans les pratiques de soins ou par des dispositifs originaux. C'est aussi un enjeu d'innovation et de motivation.

## B. L'ÉLABORATION DU PMP

### 1. Le cadre d'élaboration du PMP

La méthodologie d'élaboration du PMP se fonde sur :

- Le cadre législatif et réglementaire posé par la loi de modernisation de notre système de santé et ses décrets d'application, qui définissent l'objet, les objectifs et le contenu du PMP ;
- Les attentes de l'ARS Occitanie et le Programme Régional de Santé 2012 / 2017 de l'ex région Midi-Pyrénées ;
- La convention constitutive du GHT ;
- Les méthodologies d'élaboration des stratégies territoriales d'offre de soins et les outils d'accompagnement proposés par la DGOS, notamment le guide de l'ANAP.

Ce cadre définit la structure du projet médical partagé, les critères de choix des filières prioritaires et des thématiques transversales posées, ainsi que les principes de son élaboration.

### 2. La structure du Projet Médical Partagé

Le Projet Médical Partagé du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest sera structuré en cinq chapitres :

- I. Diagnostic territorial
- II. Objectifs médicaux et orientations stratégiques
- III. Objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins
- IV. Filières, activités organisées en commun et thématiques identifiées
- V. Suivi, évaluation, adaptation du PMP

### 3. Les thématiques retenues (filières, activités organisées en commun...)

La convention constitutive et ses annexes, définit les fondements du GHT selon un modèle coopératif et non selon un modèle intégratif. La méthodologie d'élaboration du PMP est construite aussi sur ce modèle dans le respect des objectifs médicaux et orientations stratégiques du GHT présentées ci-après et de la mission propre à la CPT Haute-Garonne et Tarn pour le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

Ainsi, l'identification des filières prioritaires du PMP par le GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest se fonde sur le croisement de différents critères et devront :

- Répondre aux attentes de l'ARS Occitanie et figurer parmi les filières prioritaires proposées par l'ARS, communiquées aux établissements support des GHT de la région au mois de septembre 2016.
- Concerner tous les établissements parties du GHT soit directement au regard de l'offre de soins de ces derniers, soit au regard de leurs missions et des interactions de ces dernières sur l'entrée dans la filière ou l'aval de la filière concernée.

A cette étape, le GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest a retenu six filières prioritaires comme précisé supra dans le paragraphe « Objectifs médicaux et orientations stratégiques » et présentées ci-après, Chapitre IV « les filières prioritaires et les thèmes transversaux. »

1. Urgences et soins critiques (dont AVC)
2. Soins de suite et réadaptation
3. Personnes âgées et vieillissement
4. Psychiatrie et santé mentale dont le pilotage est assuré par la CPT
5. Femme-mère-couple-nouveau-né, enfants (FMCNNE)
6. Cancers et soins de support

D'autres filières seront adoptées et traitées dans un deuxième temps.

Compte-tenu de la très forte nécessaire complémentarité entre le projet médical partagé et le projet de soins partagé, le groupement a souhaité mailler l'élaboration des deux projets de façon très étroite.

Ainsi, des personnels paramédicaux, désignés par la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico techniques, seront représentés au sein de chacun des groupes de travail du PMP.

Un groupe de travail transversal et spécifique sera mis en place pour définir un schéma territorial de la permanence des soins.

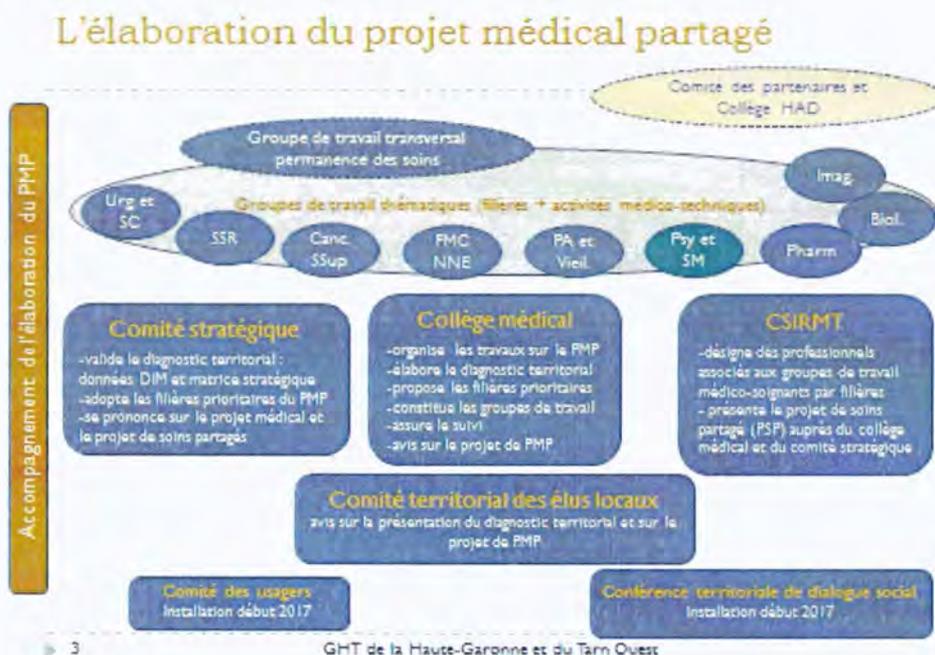
Au-delà des filières prioritaires, le GHT a déjà mis en place un groupe de travail pour chacune des activités médico-techniques organisées en commun par les établissements parties :

1. Biologie médicale
2. Imagerie médicale
3. Pharmacie hospitalière

Une instance supplémentaire au sein du GHT pour garantir la représentativité de l'ensemble des opérateurs du champ sanitaire et médico-social et favoriser la prise en compte de leur concours dans le GHT, est constituée : le Comité des établissements associés et partenaires.

Pour les modalités d'association spécifiques aux HAD dans l'élaboration du projet médical partagé, un collège des structures d'HAD sera mis en place au sein de ce comité.

Au fur et à mesure de l'avancée des travaux, des groupes de travail ad hoc ou des réunions spécifiques seront organisés.



Les principes ont été retenus par le Collège médical et validés par le Comité stratégique (réunions des 16 et 20 décembre 2016).

Les modalités de travail retenues sont les suivantes :

- Un diagnostic territorial global et des analyses complémentaires et spécifiques à chaque filière prioritaire, partagés par l'ensemble des acteurs et participant aux différents groupes de travail afin de garantir une vision partagée et une cohérence globale ;
- Des groupes de travail co pilotés par un représentant médical des centres hospitaliers et un représentant médical du CHU, de la filière ou thème concerné, désignés par le Collège médical ;
- Des groupes de travail constitués de dix à quinze personnes, intégrant des représentants des disciplines concernées, des représentants des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, des représentants des usagers,... et de toute personne dont l'expertise est jugée nécessaire à l'avancée des travaux ;
- Le Président et chaque Vice-Président du collège médical suivront chacun plus spécifiquement certaines filières.

## CHAPITRE IV. Les filières prioritaires et les thèmes transversaux

---

### A. LES FILIERES PRIORITAIRES

Les enjeux du projet médical partagé portent sur l'amélioration de la qualité des prises en charge, la sécurité des soins et des pratiques, l'efficacité des organisations des parcours de soins et des coopérations.

Les travaux conduits devront intégrer trois dimensions :

1. L'accessibilité, la continuité et la fluidité des prises en charges, dans le respect de la gradation des soins, proximité/recours /référence ;
2. La coordination des parcours de soins et les coopérations entre les acteurs, fondées sur le respect des complémentarités, de la confiance et de la solidarité entre les établissements parties, les équipes médicales, soignantes et administratives ;
3. L'optimisation des ressources et des plateaux techniques, à la recherche du plus juste calibrage des ressources structurelles, techniques et humaines.

Les travaux pourront être déclinés selon des découpages infra-territoriaux, territorial ou régional, selon chaque filière et dans le respect des missions spécifiques des établissements parties.

Ils pourront permettre d'identifier des thématiques transversales à différentes filières ou aux établissements parties.

Chacun des groupes de travail, pour chaque filière, devra proposer des objectifs de structuration de parcours cibles afin d'améliorer l'accessibilité et la fluidité entre :

premier recours / proximité / recours / référence / recours / proximité / premier recours.

Ils devront proposer une modernisation des modalités de prise en charge par l'innovation dans les organisations et les collaborations / coopérations pluri professionnelles et pluri disciplinaires.

Chacun des groupes de travail des six filières prioritaires retenues ont pour objectifs de définir précisément l'organisation de chaque filière, de construire ou proposer des parcours cibles, un calendrier de mise en œuvre et des indicateurs de suivi et d'évaluation.

Une « feuille de route type », outil de cadrage méthodologique, sera proposée aux copilotes des groupes de travail.

L'outil de cadrage « feuille de route type » précise les grandes étapes des travaux à conduire :

- étape N°1 :  
Présentation du diagnostic territorial global,  
Définition de la filière et de son périmètre (identification des interfaces entre les filières),  
Appropriation des premiers éléments relatifs à la filière : activité, description / organisation...
- étape 2 :  
Complétude et finalisation de l'état des lieux,  
Identification des parcours cibles et gradués au sein de chaque filière  
Identification des priorités sanitaires, actions prioritaires, thématiques transversales,  
Préfiguration d'une organisation cible à 4 ans.
- étape 3 :  
Finalisation de l'organisation cible,  
Ordonnancement des actions, choix des indicateurs de suivi et modalités, calendrier global.

La feuille de route finalisée de chacune des filières, livrable attendu à l'issue des réflexions menées, devra présenter :

- Des éléments de contexte et les évolutions prévisibles ;
- Les objectifs de la filière et les ambitions à atteindre pour la population à prendre en charge ;
- La structuration projetée de la filière: organisation, modalités fonctionnelles, pratiques professionnelles (...);
- Les conséquences prévisibles sur les ressources humaines du GHT ;
- Des parcours cibles structurés dans le respect de la gradation des soins ;
- Les modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation des objectifs ou des actions proposées.

Une attention toute particulière est attendue par le Collège médical sur les axes de réflexion suivants, pour chacune des filières :

- Fluidité des parcours, notamment entre les établissements parties et entre les niveaux de gradation de soins proximité / recours / proximité ;
- La recherche et l'innovation (médicale et organisationnelle) ;
- La formation (initiale et continue) et l'harmonisation des pratiques professionnelles ;
- Les coopérations pluri professionnelles et pluri disciplinaires au sein des établissements parties et entre les établissements parties ;
- La e-santé (télésanté et télé médecine).

Au-delà du diagnostic territorial global présenté ci-dessus dans le paragraphe « contexte territorial », une analyse spécifique pour chacune des filières sera menée afin d'objectiver les éléments d'activité et de structuration de la filière.

Les données d'activité qui seront utilisées dans le cadre de ces travaux sont communiquées par le Département d'Information Médicale de l'établissement support du GHT.

En préalable à cette analyse, le Collège médical a souhaité recueillir la perception de chacun des établissements parties au groupement, pour chacune des filières. Les retours, présentés à la fois aux copilotes des filières et auprès du collège médical, ont été regroupés dans une matrice dite « d'analyse stratégique de la filière ».

Les matrices, en l'état actuel de leur complétude, sont présentées ci-après pour chacune des filières. Elles pourront être modifiées au fil de l'avancée des travaux menés par les groupes de travail.

## 1. Filière urgences et soins critiques (dont AVC)

### a) Périmètre du groupe de travail

Le périmètre sera validé ou modifié après les premières réunions de chacun des groupes de travail.

Le périmètre a priori de ce groupe de travail concernera la réponse aux « situations d'urgences » dans une logique territoriale, au-delà des seules structures d'urgences (services d'accueil des urgences, régulation, services mobiles d'urgences). Ainsi, l'ensemble des établissements parties au groupement seront représentés dans le groupe de travail.

Ce groupe de travail traitera les urgences somatiques adultes et enfants, les urgences vitales et les soins critiques d'aval de la filière urgence dont ceux relatifs aux accidents vasculaires cérébraux, la prise en charge des urgences somatiques des populations fragiles et des patients souffrants de pathologies psychiatriques.

Les urgences psychiatriques seront traitées par le groupe de travail en charge de la filière psychiatrie et santé mentale.

Des interfaces avec les groupes de travail chargés des filières personnes âgées et vieillissement, femme-mère-couple-nouveau-né, enfant et psychiatrie et santé mentale sont prévues afin de garantir une cohérence globale des objectifs et actions retenues dans le projet médical partagé et le projet de soins partagé du GHT. Une attention particulière concernera les effectifs médicaux selon les établissements.

### b) Éléments de diagnostic sur la filière

#### ○ Les éléments du diagnostic territorial

Les données relatives aux distances entre les établissements, aux populations à prendre en charge sur l'ensemble du territoire et au contexte géographique devront être intégrées à la réflexion, en lien avec les éléments de démographie du premiers recours, la présence ou non de médecin correspondant du SAMU, la permanence des soins ambulatoires...

#### ○ L'organisation structurelle des structures d'urgences

Le recensement des structures d'urgence par établissement parties a été réalisé. Il devra être complété d'informations relatives aux ressources humaines médicales et paramédicales.

Un recensement des structures d'urgences des établissements non parties au groupement et implantées sur le territoire de ce dernier sera réalisé.

#### ○ Les données d'activité

Le groupe de travail étudiera les recueils d'activité de l'ORUMIP, détaillées pour les établissements parties au groupement, synthétiques pour les établissements privés disposant de structures d'urgences implantées sur le territoire du GHT.

Quelques chiffres-clés :

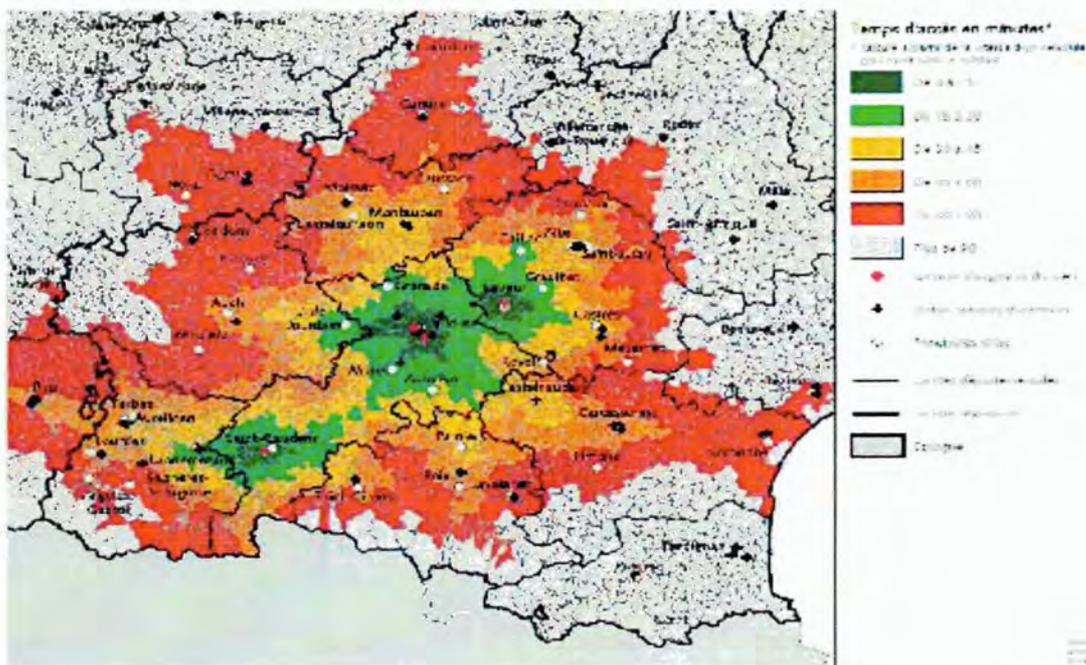
En 2015, les GHT compte 192 739 passages soit une augmentation de 5,4% par rapport à 2014.

Tableau : Part de chacun des types d'urgences :

Médoco-chirurgical	Traumatologique	Autre recours	Psychiatrique	Toxicologique
56,4%	32,4%	4,6%	3,9%	2,6%

Pour le mode de sortie, la part des hospitalisations et des transferts représente 24,5% des modes de sorties.

Temps d'accessibilité aux services d'urgences du GHT Haute-Garonne et Tarn-Ouest en minutes (par commune)



c) La matrice d'analyse stratégique de la filière

La matrice telle que complétée à ce jour concerne uniquement les services d'urgences adultes autorisés. Une réflexion sur l'accessibilité pour les Pays de Luchon et le Graulhetois sera menée.

Le groupe de travail s'attachera aussi à conduire cette réflexion sur les urgences pédiatriques.

Forces	Faiblesses
<p><b>CHU</b>  <b>Urgences</b> : Centre de référence, accessibilité des plateaux techniques , Liens forts avec les spécialités et le SAMU/centre15, Transversalité des équipes médicales et soignantes  <b>Anesthésie-réa</b>: Plateau technique complet et moderne, Présence de toutes les disciplines de recours</p> <p><b>AVC</b> : - UNV de recours régional, à la confluence des soins intensifs ,de la clinique des AIT, des plateaux techniques (Blocs , imagerie, neuro-radio interventionnelle) ,                      -admission directe des urgences neuro-vasculaires (3 lits dédiés), recours régional des urgences AVC de CH, ligne téléphonique dédiée                      -prise en charge des AVC ischémiques et hémorragiques, en lien avec la neurochirurgie                      -prise en charge séniorisée/patient , avec astreinte dédiée - télé-médecine</p> <p><b>CHCP/Luchon</b>                      -Forte activité réanimation-surveillance méd. continue (SMC)                      Liens faciles avec les sur-spécialités du CHU                      Qualité filière AVC en lien avec le SSR de neurologie Luchon                      Développement de la Maison médicale de garde                      Projet architectural assurant la mise en conformité des capacités de la réanimation et de la surveillance continue (8+4lits) avec projet type réanimation + Unité Neuro-Vasculaire + Unité de Soins Intensifs Continue</p>	<p><b>CHU</b>  <b>Urgences</b> : Besoins croissants en personnels par rapport à l'activité                      Capacité d'aval insuffisante dans quelques spécialités (personnes âgées , période d'épidémie)  <b>Anesthésie-réa</b>: Séjours longs (difficulté d'admission en SSR, pénurie de lits centre d'éveil)</p> <p><b>AVC</b> : Développer les liens avec la gériatrie pour faciliter l'orientation précoce des sujets âgés ou dépendants</p> <p><b>CHCP/Luchon</b>                      - Démographie médicale(réanimation , peu d'attractivité, MAR non mutualisables ( 2 sites, maternité)                      - Pas d'USIC et d'UNV</p>

Forces	Faiblesses
<p><b>Lavaur</b>                      Activité d'urgence en hausse                      Protocoles partagés, coopération avec le CHU(labo intégré)                      Effectifs médicaux actuels                      Unité de psychiatrie (soins contraints)</p>	<p><b>Lavaur</b>                      Activité relevant de la médecine de ville                      Pas de maison médicale de garde</p>
<p><b>Synthèse</b>                      Structuration achevée de la filière Urgences et des soins critiques au CHU (y compris soins psychiatriques en liaison avec le CH G. Marchant)</p>	<p><b>Synthèse</b>                      Structuration non finalisée de la filière au CH de Lavaur et au CHCP</p>

Opportunités	Menaces
<p><b>CHU</b>  <b>Urgences</b> : Développer l'expertise en médecine d'urgence départementale et supra-départementale                      Uniformiser des prises en charge,                      Développer des partenariats gradués par niveaux de soins pour l'accès aux Plateaux Techniques et le recours aux spécialités                      Mutualiser des effectifs médicaux (pénibilité)</p> <p><b>Anesthésie-réa</b> :Circulations extra-corporelles, OHB( caisson hyperbare)</p> <p><b>AVC</b> : -Centre régional (MP) de référence des traitements par thrombectomie en lien avec la neuro-radio interventionnelle                      - Collaboration avec Montpellier et la grande région Occitanie                      - Recherche clinique et thérapeutique : participation à des études internationales</p> <p><b>CHCP</b>                      Besoins de la population                      Devenir des SMC du CHAC et du CH de Lannemezan ;                      Constitution d'EM territoriales (MAR, urgentistes , neuro ?),                      Qualité des liens avec le SAMU 31                      Financement possible de la TM (télé-AVC)</p> <p><b>Lavour</b>                      Renforcer le partenariat avec le CHU : postes partagés, sécurisation des spécialités</p>	<p><b>CHU</b>  <b>Urgences</b> : - Besoins croissants (PM,PNM) au regard de la hausse d'activité                      - Capacité d'aval insuffisante dans certaines spécialités (personnes âgées et en période d'épidémie)                      - Offre de soins insuffisante par rapport aux besoins de la population                      - Recours exclusif si le privé est saturé                      - Conciliation compliquée du 1<sup>er</sup> recours et de l'hyperspécialisation du CHU</p> <p><b>Anesthésie-réa</b> : démographie en anesthésie</p> <p><b>AVC</b> : manque de places d'aval pour assurer l'admission de patients de toute la région pour un traitement endovasculaire</p> <p><b>CHCP</b>                      Démographie médicale: MAR , réforme du temps de travail urgentistes                      Réforme du financement (urgences, SMUR , SAMU)</p> <p><b>Lavour</b>                      Temps médical au regard de la démographie nationale</p>
<p><b>Synthèse</b>                      Rassembler le GHT autour d'une thématique fédératrice et structurante</p>	<p><b>Synthèse</b>                      Respect des normes et disponibilité du temps médical</p>

## 2. Filière soins de suite et réadaptation (SRR)

### a) Périmètre du groupe de travail

Le périmètre sera validé ou modifié après les premières réunions de chacun des groupes de travail.

Le périmètre a priori de ce groupe de travail concernera les SSR polyvalents et spécialisés et analysera spécifiquement la fluidité entre les unités MCO et les unités SSR ainsi que les problèmes d'aval de ces unités.

Des interfaces avec le groupe de travail chargé de la filière personnes âgées et vieillissement sont prévues par la présence d'un membre de ce groupe de travail dans le groupe de travail SSR.

### b) Eléments de diagnostic sur la filière

#### o Les éléments du diagnostic territorial

Les données de santé publique relatives aux populations à prendre en charge sur l'ensemble du territoire devront être intégrées à la réflexion (personnes âgées, maladies chroniques, filières spécialisées pour les affections neurologiques, de l'appareil locomoteur ou pathologies cardiovasculaires...).

#### o L'organisation structurelle des structures de SSR

Le recensement des structures de SSR par établissement parties a été réalisé. Il devra être complété d'informations relatives aux ressources humaines médicales et paramédicales.

Un recensement des structures de SSR des établissements non parties au groupement et implantées sur le territoire de ce dernier sera réalisé, complété pour les SSR spécialisés, d'un recensement des structures de SSR privées implantées en Occitanie Ouest, voire en Occitanie Est.

#### o Les données d'activité

Le groupe de travail étudiera les recueils d'activité issus du PMSI SSR - ATIH, sur l'année 2015 (sorties entre le 01/01/2015 et le 31/12/2015).

- Volume des séjours par établissement ou groupe d'établissements (établissements parties au groupement ou non parties au groupement en distinguant les structures privées et « autres ») ;
- Des items tels que les actes, la dépendance, la catégorie majeure de diagnostic et l'âge moyen, permettront de « qualifier » l'activité ;
- L'analyse des parts de marché : elles seront calculées sur le périmètre des résidents du territoire du GHT (Haute-Garonne + bassin de santé du Tarn Ouest) ;

Dans cette toute première approche, seuls les SSR polyvalents et les SSR spécialisés regroupés seront analysés. Des analyses plus fines par SSR spécialisés ou relatives aux fuites hors territoire pourront

être réalisées. En tant que de besoin, des données d'activité MCO sur les filières d'amont des SSR pourront être étudiées.

Quelques chiffres-clés :

En 2015, l'activité SSR des établissements parties du GHT représente 5 746 séjours et 151 056 journées tandis que les établissements privés (tous statuts confondus) ont réalisé 23 204 séjours et 747 370 journées.

Les parts de marché des établissements parties sont de 18,7% contre 64,3% pour les établissements privés à but lucratif.

c) La matrice d'analyse stratégique de la filière SSR

Forces	Faiblesses
<p><b>CHU</b> Capacité à prendre en charge les cas médicaux complexes : transplantés, patients ventilés... Expertise sur la recherche en SSR Intégration des SSR dans les pôles cliniques du CHU et bonne coordination avec les équipes de MCO.</p>	<p><b>CHU</b> Faible nombre de lits de SSR par rapport aux besoins CHU Faible nombre de lits de SSR publics ou ESPIC (20% seulement) dans l'ex-région Midi-Pyrénées (40% en Languedoc) Difficulté à combiner soins d'excellence et accueil prioritaires des patients à forte complexité médico-sociaux-comportementales</p>
<p><b>CH Lavour</b> Locaux rénovés, qualité et complétude des équipes médicales</p>	<p><b>Lavour</b> 1 seul médecin qualifié MPR</p>
<p><b>Graulhet</b> Locaux neufs</p>	<p><b>Graulhet</b> Pertinence des motifs d'hospitalisations, DMS Problèmes de démographie médicale</p>
<p><b>CHCP/Luchon</b> Modernisation prévue du SSR Luchon, activité en hausse, Coopération entre le CHCP et Luchon</p>	<p><b>CHCP/Luchon</b> Capacité du SSR (20 lits) insuffisante par rapport à la hausse DMS Vieillesse des équipes médicales (Luchon) Difficultés sur l'aval (EHPAD, problèmes sociaux)</p>
<p><b>Muret</b> Hôpital de proximité (bassin) Reconnaissance Soins Palliatifs (2 lits), PH formé en onco-gériatrie SSR polyvalent (35 lits), et SSR spécialisé sur les poly-pathologies sévères (dont onco-gériatrie) Accueil sécurisé des déments déambulants</p>	<p><b>Muret</b> Engorgement du SSR faute de places en EHPAD (aide sociale) Difficulté d'accueil en post-AVC (pas orthophoniste) Difficulté de recrutement MK, orthophonistes</p>
<p><b>Synthèse</b> Qualité de l'offre architecturale et identification de compétences spécialisées</p>	<p><b>Synthèse</b> Difficultés pour gérer l'aval des soins aigus du CHU et l'aval du SSR. Faible développement du SSR dans le secteur public.</p>

Opportunités	Menaces
<p><b>CHU</b>                      Elargir l'offre d'accueil des patients à forte complexité médico-sociaux-comportementales, au sein des SSR du GHT                      Améliorer les liens avec les structures médico-sociales du territoire</p>	<p><b>CHU</b>                      Engorgement des SSR du CHU ( et du GHT?) par les patients à forte complexité médico-sociale-comportementale , ce qui nécessite d'organiser les demandes et orientations en lien étroit avec les médecins des SSR d'aval</p>
<p><b>CHCP/Luchon</b>                      Levier du financement à l'activité</p>	<p><b>CHCP /Luchon</b></p>
<p><b>Lavaur</b>                      Rapprochement avec le SSR Graulhet : 20 lits géiatr. polyvalents                      Partenariat avec le CHU</p>	<p><b>Lavaur</b>                      Modèle économique tarification</p>
<p><b>Graulhet</b>                      Recrutement d'1 PH                      Coopérations avec les EHPAD</p>	<p><b>Graulhet</b>                      Equipe médicale , PDS</p>
<p><b>Muret</b>                      Equipes de territoire mutualisées (MK, orthophonistes )                      Avis spécialisés : neuro-gériatre , psychiatre spécialisé sur les PA</p>	<p><b>Muret</b>                      Pas de prise en charge patients post AVC avec troubles déglutition et dysphonie</p>
<p><b>Synthèse</b>                      Améliorer la lisibilité de l'organisation du SSR et conforter le fonctionnement de certaines filières publiques</p>	<p><b>Synthèse</b>                      Impact du nouveau régime de tarification sur certaines compétences spécialisées</p>

### 3. Filière personnes âgées et vieillissement

#### a) Périmètre du groupe de travail

Le périmètre sera validé ou modifié après les premières réunions de chacun des groupes de travail.

Ce groupe de travail traitera de l'ensemble des épisodes de soins ou prises en charge de la personne âgée. Des interfaces très étroites sont prévues avec les groupes de travail des filières « psychiatrie et santé mentale », « cancers et soins de support » et « SSR ».

La méthodologie prévoit d'inviter les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du territoire du GHT à participer aux travaux.

Ces travaux porteront sur l'ensemble de la filière gérontologique : filières gériatriques sanitaires et offre médico-sociales et de premier recours.

Une attention particulière sera portée aux dispositifs facilitant le maintien à domicile, y compris pour des dispositifs innovants, la coordination des parcours, et la prévention de la dépendance.

Enfin, le groupe de travail approfondira ses travaux pour les troubles du comportement, la maladie d'Alzheimer ou maladies apparentées, l'onco-gériatrie et la recherche clinique.

#### b) Eléments de diagnostic sur la filière

##### ○ Les éléments du diagnostic territorial

Un regard spécifique sera porté sur la répartition géographique des personnes de 60 ans et plus et la densité de la médecine du premier recours.

##### ○ L'organisation structurelle des structures sanitaires et médico-sociales

Un recensement des structures de soins sanitaires dédiées à la gériatrie, ainsi que des structures d'accueil ou d'hébergement médico-sociales sera réalisé pour les établissements parties au groupement.

Les capacités globales sur le territoire devront être analysées (établissements privés et associatifs)

##### ○ Les données d'activité

Le groupe de travail étudiera les recueils d'activité issus du PMSI MCO - ATIH, sur l'année 2015 (sorties entre le 01/01/2015 et le 31/12/2015), pour les patients de 75 ans et plus.

- Volume des séjours par établissement ou groupe d'établissements (établissements parties au groupement ou non parties au groupement en distinguant les structures privées et les structures privées à but non lucratif) ; en nombre de séjours global et par grande catégorie de soins (médecine, chirurgie, séances et techniques peu invasives)
- La part des séjours des patients de 75 ans et plus par rapport à l'activité globale des établissements

- L'analyse des parts de marché : elles seront calculées sur le périmètre des résidents du territoire du GHT (Haute-Garonne + bassin de santé du Tarn Ouest), au global des séjours et par grande catégorie de soins
- Le recrutement (origine des patients) et les taux de fuites

Quelques chiffres-clés :

En 2015, 52 219 séjours MCO réalisés par les établissements parties, concernent des patients de 75 ans et plus dont 55% sont des séjours de médecine (séjours en X) et 25,6% sont des séances (séjours en S).

La part des séjours de patients de 75 ans et plus, réalisés par les établissements partis du GHT représente 19,8% de leur activité globale MCO, contre 23,2% pour les établissements privés à but lucratif.

c) La matrice d'analyse stratégique de la filière personnes âgées et vieillissement

Forces	Faiblesses
<p><b>Lavaur :</b> Organisation de la filière complète (sauf le CSG), compétences médicales</p> <p><b>Graulhet :</b> Filière quasi-complète avec le soutien du CH de Lavaur . Politique qualité Mise en place de la télémédecine en EHPAD</p> <p><b>Marchant :</b> Qualité de l'équipe Extension USLD-crédation d'UHR en 2018 Projet de création d'une filière géronto-psychiatrique Offre diversifiée : EMIPSA , HJ , liens avec CHU et réseau, tables MAIA</p> <p><b>CHCP et Luchon :</b> Filière très complète Equipe médicale stable Projet architectural (HJ)</p> <p><b>Muret :</b> Filière quasi complète (sauf l'HJ) Travail avec les cliniques du territoire : intervention de l'EMG /2 cliniques Consultations d'onco-gériatrie dans la clinique de référence Hébergement de MAIA du territoire Travail avec les MAS et les EHPAD (personnes âgées handicapées)</p> <p><b>CHU :</b> Recours: Alzheimer et troubles du comportement, onco-gériatrie, cardio-gériatrie, fragilité. Filière complète, plateau technique développé . Présence multi-sites au CHU Gérontopôle : actions régionales, innovation, recherche clinique thérapeutique CMRR Soins Palliatifs Rôle universitaire : enseignement , formation initiale et continue</p> <p><b>Synthèse</b> Offre très diversifiée et bien répartie</p>	<p><b>Lavaur :</b> 2 départs de médecins en retraite en 2017 Pas de structure d'accueil Alzheimer Places du SSIAD (66) insuffisantes</p> <p><b>Graulhet :</b> Difficultés dans l'aval, taux d'occupation élevé des services Pas de spécialiste de ville</p> <p><b>Marchant :</b> Inadaptation des locaux</p> <p><b>CHCP et Luchon :</b> Démographie médicale, pas d'EMG extra hospitalière Capacités insuffisantes : CSG et SSR Liens avec les EHPAD à développer</p> <p><b>Muret :</b> Difficultés de fonctionnement (ambulatoire) Méconnaissance de la filière gériatrique du CH de Muret par les SAU du CHU et de la Clinique d'Occitanie Difficulté d'intervention de professionnels libéraux ( orthophoniste, MK, dentiste)</p> <p><b>CHU :</b> Accessibilité au CHU pour des personnes âgées Absentéisme paramédical , au regard du dynamique liée à l'activité Regard de la discipline de 1<sup>er</sup> recours et de la population sur gériatrie Méconnaissance de l'étendue de l'offre de soins gériatriques par les médecins de 1<sup>er</sup> recours et la population</p> <p><b>Synthèse</b> Méconnaissance du fonctionnement de toutes les composantes de la filière et faiblesse de la démographie médicale</p>

Opportunités	Menaces
<p><b>Lavaur :</b> Réponse aux besoins de la population (bassin de Graulhet) et des médecins Alzheimer : accueil de jour, unité Ouverture du court séjour gériatrique (2018)</p> <p><b>Graulhet:</b> Consultations avancées (Lavaur) Projet de maison de santé pluridisciplinaire Projet de rénovation de l'EHPAD MAIA Reconnaissance des soins palliatifs</p> <p><b>Marchant :</b> Valoriser la coopération avec le CHU Améliorer la prescription médicamenteuse</p> <p><b>CH-CP et Luchon :</b> Pas de concurrence privée en SSR Expertise du CHU, liens à développer</p> <p><b>Muret :</b> Partage de PH et de compétences au sein du GHT Accès aisé au centre de référence(CHU) Mutualisation des compétences critiques Poursuite travail avec la MAIA: EMG en extra hospitalier et au domicile Développer un observatoire sur le vieillissement des personnes âgées handicapées</p> <p><b>CHU :</b> Intérêt des élus pour des actions sur leur territoire Prévention de la dépendance évitable Développer la télémédecine en lien avec les EHPAD du territoire Forte interaction avec les soins primaires pour développer le suivi des malades en appui avec les nouvelles technologies (Silver Economie) Développer la filière onco-gériatrique en lien avec l'IUCT via l'UTOG Développer l'activité extrahospitalière des 3 EM : EMG , EMOG , EMSP</p>	<p><b>Lavaur et Graulhet :</b> Concurrence privée (Tarn) Problème de démographie médicale libérale</p> <p><b>Marchant ;</b> Contraintes budgétaires</p> <p><b>CH-CP et Luchon</b> Démographie médicale 1 autorisation SSR personnes âgées : insuffisant par rapport aux besoins en Comminges</p> <p><b>Muret :</b> Difficultés à développer l'activité ambulatoire, faute d'attractivité médicale</p> <p><b>CHU :</b> Saturation de la filière : surtout l'aval des urgences et le SSR Concurrence des groupes privés sur la filière gériatrique Problèmes de démographie médicale Inadaptation de l'environnement hospitalier aux malades âgés Revers du rayonnement multisites : risque de perte de cohésion</p>
<p><b>Synthèse</b> Animation ancienne, historique et reconnue par le Gérotopôle</p>	<p><b>Synthèse</b> Saturation de la filière et vulnérabilité de la démographie médicale libérale</p>

#### 4. Filière psychiatrie et santé mentale

##### a) Groupe de travail et périmètre du groupe de travail

Conformément à la convention constitutive du GHT, le champ de la psychiatrie et de la santé mentale est du ressort de la CPT préfiguratrice de la Haute-Garonne et du Tarn Sud.

Le groupe de travail sur cette filière est constitué par l'Assemblée Médicale (AM) de la CPT. Ce dernier a débuté ses travaux.

Le périmètre sera validé ou modifié après les premières réunions de chacun des groupes de travail et après avis du comité de pilotage de la CPT.

Les urgences psychiatriques seront traitées par le groupe psychiatrie et santé mentale, les urgences somatiques des patients suivis en psychiatrie seront traitées par le groupe urgences. Le CH G.Marchant a désigné un praticien (non psychiatre) pour participer aux travaux du groupe « urgences et soins critiques (dont AVC) ».

L'interface entre le groupe de la filière « psychiatrie et santé mentale » et le groupe de la filière « personnes âgées et vieillissement » sera traitée entre les copilotes des groupes, en complément du représentant désigné par le CH G.Marchant.

Pour la pédiatrie, un représentant de l'AM sera désigné pour assurer l'interface avec le groupe FMCNNE.

Des représentants de la CSIRMT du GHT seront invités à participer aux prochaines réunions de l'assemblée médicale de la CPT afin de garantir la cohérence du projet de soins partagé sur ce champ.

Les travaux de ce groupe de travail seront enrichis de travaux à mener avec le CH de Lannemezan chargé du secteur de psychiatrie adulte du bassin de St Gaudens.

##### b) Éléments de diagnostic sur la filière

- Les éléments du diagnostic territorial

Un regard spécifique sera porté sur la répartition géographique des personnes de 60 ans et plus et la densité de la médecine du premier recours, notamment les psychiatres en exercice libéral.

- L'organisation structurelle de l'offre de soins

Un recensement des structures sanitaires dédiées à la psychiatrie sera réalisé pour les établissements parties au groupement, complété d'éléments relatifs aux ressources humaines médicales et paramédicales.

Les capacités globales sur le territoire devront être analysées (établissements privés et associatifs)

○ Les données d'activité

Le groupe de travail étudiera les recueils d'activité issus du PMSI Psychiatrique - ATIH, sur l'année 2015 (sorties entre le 01/01/2015 et le 31/12/2015)

- Volume de séjours avec file active par établissement, le nombre de séjour et de journées en hospitalisation complète et hospitalisation partielle, la DMS en hospitalisation complète (en jours).  
Ces données sont aussi disponibles pour les diagnostics « schizophrénie » et « dépression »
- Âge des patients : proportion de patients selon trois tranches d'âge pour l'hospitalisation complète, l'hospitalisation partielle et l'activité externe. Données précisées pour les deux diagnostics précités.
- Recrutement des patients : origine géographique, données aussi précisées pour les deux diagnostics précités.
- Parts de marché : calculées sur le périmètre des résidents de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest.

Quelques chiffres-clés :

En 2015, les établissements de la CPT ont pris en charge 4545 personnes en hospitalisation et ont réalisé 11 258 séjours d'hospitalisation pour 262977 journées et, 341 091 consultations.

c) La matrice d'analyse stratégique de la filière

Forces	Faiblesses
<p><b>Marchant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Expertise des équipes, humanisme ,</li> <li>-Porteur de projets, cohésion de la gouvernance</li> <li>-Maillage territorial performant ( plateau technique ambulatoire)</li> <li>-Dispositifs d'action sur le lieu de vie des patients</li> </ul>	<p><b>Marchant</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Déficit important, PGFP non autorisé</li> <li>-Difficultés de recrutement médical</li> <li>-Patrimoine immobilier inoccupé</li> </ul>
<p><b>Lavaur</b></p> <p>Offre de soins de proximité complète , dynamisme Centre de réadaptation psycho-sociale</p>	<p><b>Lavaur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Médecins âgés,</li> <li>- Manque de moyens du Centre Fiac (ferme le WE)</li> </ul>
<p><b>CHU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Les urgences psychiatriques de territoire</li> <li>- Projets médicaux secteur et intersectoriel 1<sup>er</sup> recours, expert</li> <li>-Liens étroits avec les autres spécialités</li> <li>-Gestion en mode projet: pédopsychiatrie</li> </ul>	<p><b>CHU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Place à trouver au sein du CHU (1 pôle/14) et du PRS psychiatrie (1 secteur/8)</li> <li>-Saturation des Urgences impacte le fonctionnement général</li> </ul>
	<p><b>CHCP</b></p> <p>Pas de ressources internes</p>
<p><b>Synthèse</b></p> <p>Bonne structuration des compétences spécialisées et bien ancrées dans le territoire</p>	<p><b>Synthèse</b></p> <p>Situation critique de la démographie médicale</p>

Opportunités	Menaces
<p><b>Marchant</b> Union de l' hospitalisation psychiatrie publique (GHT/CPT) Soutien de l'ARS à ses projets</p> <p><b>Lavaur</b> Développer les liens (MSP, médico-social) Définir un projet de la CPT sur la prise en charge de patients à longue évolution</p> <p><b>CHCP</b> Télé-psychiatrie (expérience Languedoc-Roussillon)</p> <p><b>CHU</b> Bonnes relations avec les établissements publics-privés Structuration de la recherche pour une meilleure translation vers le soin</p>	<p>Réduction nationale des crédits psychiatrie</p> <p><b>Marchant</b> Répartition des lits de psychiatrie (public-privé) en HG Concentre les « cas » les plus lourds (hospit. sous contrainte ) Précarisation des patients (CH, ville)</p> <p><b>Lavaur</b> Risque de perte du secteur 5 (si population insuffisante )</p> <p><b>CHCP</b> Multiplicité des Interlocuteurs ( plusieurs CH) , peu de soutien de Lannemezan (somaticiens ) Prise en charge adolescents (cadre juridique à préciser)</p> <p><b>CHU</b> Vacance des postes médicaux</p>
<p><b>Synthèse</b> Cohérence/complémentarité des stratégies de développement du GHT et de la CPT Des approches diversifiées depuis le secteur jusqu'à des centres experts Des projets en lien avec la médecine générale</p>	<p><b>Synthèse</b> Nécessité de préserver l'accès rapide au diagnostic, d'améliorer la gestion des situations inadéquates et la promotion du partenariat avec les acteurs sociaux et médico-sociaux, de renforcer la prévention et la gestion des situations de crise Importance de réduire les délais de rendez-vous Importance d'un avis psychiatrique initial</p>

## 5. Filière femme-mère-couple-nouveau-né, enfants (FMCNNE)

### a) Périmètre du groupe de travail

Le périmètre sera validé ou modifié après les premières réunions de chacun des groupes de travail.

La néonatalogie sera traitée en lien très étroit avec l'obstétrique. Pour la pédiatrie, les urgences pédiatriques seront traitées dans le groupe « urgences et soins critiques », et une interface entre les groupes de travail est prévue. Les dispositifs de santé publique seront abordés, notamment l'orthogénie.

Les représentants de la maïeutique des établissements parties sont intégrés au groupe de travail.

### b) Eléments de diagnostic sur la filière

#### ○ Les éléments du diagnostic territorial

Densité et âge de la population ainsi que l'évolution du taux des naissances seront des éléments à intégrer aux analyses, comme les distances géographiques aux structures d'obstétrique.

#### ○ L'organisation structurelle

Le recensement des structures de périnatalité a été réalisé pour les établissements parties et devra être complété d'informations relatives aux ressources humaines médicales et paramédicales.

Les autres implantations de périnatalité sur le territoire du GHT ont été recensées.

#### ○ Les données d'activité

Les données sont issues du PMSI MCO - ATIH, sur l'année 2015 (sorties entre le 01/01/2015 et le 31/12/2015), pour les « enfants » ont été retenus les séjours des patients de moins de 18 ans (incluant les séjours de néonatalogie) et pour l'obstétrique, les séjours en CMD 14.

- Volume des séjours par établissement ou groupe d'établissements
- Recrutement : origine géographique des patients
- Parts de marché : calculé sur le périmètre des résidents du territoire du GHT (Haute-Garonne et bassin de santé du Tarn Ouest)

Quelques chiffres-clés :

En 2015, les établissements parties du GHT comptabilisent 10 465 séjours d'obstétrique contre 17 223 réalisés par les établissements privés, tous statuts confondus. Ils détiennent 36,6% des parts de marché de l'ensemble du territoire du GHT.

Des extractions spécifiques à la néonatalogie seront réalisées après définition de la méthodologie d'extraction et d'analyse des données par les pilotes du groupe de travail en lien avec le DIM du territoire.

c) La matrice d'analyse stratégique de la filière FMCNNE

Forces	Faiblesses
<p><b>CHU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Seule Maternité de niveau 3 de la région</li> <li>- Le CHU prend en charge toutes les spécialités pédiatriques</li> <li>- Centres de référence maladies rares</li> <li>- Plateau de biologie du CHU</li> </ul> <p>CPDPN de la région et plateau d'échographie</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Réseau périnatal ancien et structuré</li> <li>- Partenariat avec le CH de Lavaur</li> <li>- Partenariat avec les hôpitaux de Luchon sur l'obésité pédiatrique</li> </ul> <p><b>CHCP- Luchon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Projet de site unique</li> <li>-Prise en charge familiale , gestion des risques</li> <li>-Potentiel de développement de la chirurgie gynécologique (avancée?) avec des chirurgiens viscéraux locaux</li> </ul> <p><b>Lavaur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Bâtiment neuf bien équipé</li> <li>-Prise en charge de qualité, diversifiée ( haptonomie, ostéopathie)</li> <li>-2 PH à mi temps avec le CHU</li> <li>- Liens avec Maternip , et P'tit Mip</li> </ul>	<p><b>CHU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Seule maternité de niveau 3</li> <li>Prises en charge psychiatrique des femmes , enfants</li> <li>Sous dimensionnement des urgences psychiatriques</li> <li>Insuffisance des capacités de soins critiques pédiatriques</li> <li>Prise en charge génétique insuffisante</li> </ul> <p><b>CHCP- Luchon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Faible attractivité médicale (PDS , perte de sur-spécialités, - Démogr. médicale gynéco-obstétriciens , pédiatres , MAR</li> <li>-Diminution des naissances</li> </ul> <p><b>Lavaur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Démographie médicale : 2 gynéco-obstétriciens proches de retraite, pédiatrie</li> </ul>
<p><b>Synthèse</b> Volonté de développer les partenariats à l'échelle locale et territoriale</p>	<p><b>Synthèse</b> Organisation fragile des activités sur les trois sites</p>

Opportunités	Menaces
<p><b>CHCP- Luchon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vers une équipe médicale de territoire ou un pôle territorial?</li> <li>- Pas de concurrence vis-à-vis du CHU</li> </ul> <p><b>CHU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Redéfinition des filières de soins avec Lavar et CHCP pour conforter l'axe public</li> <li>-Création d'une filière psychiatrique femme ,nouveaux-nés et adolescents avec Marchant (projet en cours avec la pédopsychiatrie de Muret</li> <li>-Augmentation des capacités de soins critiques pédiatriques</li> </ul> <p><b>Lavar</b></p> <p>Développement de consultations avancées à Graulhet</p>	<p><b>CHCP - Luchon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Concurrence des cliniques toulousaines</li> </ul> <p><b>CHU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Démographie médicale</li> <li>Situation du CHCP</li> <li>Hausse des prises en charge liées à la précarité psycho-sociale</li> <li>Restructuration de l'offre privée en périnatalité (concurrentielle)</li> </ul> <p><b>Lavar</b></p> <p>Taux de natalité national en baisse</p>
<p><b>Synthèse</b></p> <p>Volonté d'aller très loin dans l'intégration territoriale des organisations médicales et soignantes</p>	<p><b>Synthèse</b></p> <p>Situation très critique de la démographie médicale</p>

## 6. Filière cancers et soins de support

### a) Périmètre du groupe de travail

Le périmètre sera validé ou modifié après les premières réunions de chacun des groupes de travail.

L'onco-gériatrie et les soins de support seront traités en lien très étroit avec la filière « personnes âgées et vieillissement ». Une interface spécifique avec le groupe « SSR » est prévue.

Les interfaces avec les travaux des groupes de travail relatifs aux activités organisées en commun au sein du GHT seront intégrées au calendrier des travaux, des réunions ad hoc spécifiques pourront être organisées notamment avec le groupe de travail pharmacie hospitalière.

L'Institut Claudius Regaud, principal établissement avec le CHU de l'IUCT, participera au groupe de travail.

### b) Éléments de diagnostic sur la filière

#### o Les éléments du diagnostic territorial

Les données de santé publiques relatives aux cancers (incidence, prévalence, mortalité...) ainsi que les données diffusées par l'Observatoire de la Santé en Midi-Pyrénées et concernant les dépistages organisés seront étudiées, ainsi que la densité professionnelle du premier recours sur les territoires.

#### o L'organisation structurelle de la prise en charge et de traitement des cancers

Le nombre et le type de RCP seront établis. Un recensement des autorisations de soins et équipements matériels lourds des établissements du GHT a été réalisé. Il sera complété d'informations relatives aux ressources humaines médicales et paramédicales.

Le nombre d'implantation des autorisations détenues par les structures privées du territoire sera réalisé.

#### o Les données d'activité

Les données sont issues du PMSI MCO - ATIH, sur l'année 2015 (sorties entre le 01/01/2015 et le 31/12/2015). Les séjours retenus dans le périmètre sont les séjours qui présentent soit un diagnostic principal de cancer soit un diagnostic relié de cancer.

- Volume des séjours au global et par grande catégorie de soins pour les adultes (> 18 ans) et pour les enfants
- Volumes des séances au global et par type de séance, pour les adultes (> 18 ans) et pour les enfants.

Quelques chiffres-clés

Tableau : Activité de cancérologie 2015 – adultes (> 18 ans)

	>24 heures	<24 heures (hors séances)	Séances	TOTAL
GHT	10 096	2 756	15 688	28 540
ESPIC	6 539	2 147	70 895	76 982
Privé à but lucratif	8 685	4 690	22 833	36 192

Ces données intègrent l'activité de radiothérapie.

c) La matrice d'analyse stratégique de la filière cancers et soins de support

A ce stade des travaux, seule l'activité d'onco-gériatrie est renseignée pour le CHU.

Forces	Faiblesses
<p><b>CHU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Oncogériatrie de recours en filière complète (HS, HJ, HT, SSR , EMOG )</li> <li>-Transversalité de l'activité au sein des 3 sites IUCT , accessibilité sur plusieurs sites</li> <li>-Régionalisation de l'activité (Unité de Coordination Régionale en Onco-gériatrie), forte collaboration avec le réseau (ONCOMIP)</li> <li>-RCP régionale de recours en onco-gériatrie (visioconférence)</li> <li>- Responsabilité de l'enseignement et de la formation initiale et continue, médicale et paramédicale</li> <li>- Organisation totalement intégrées entre le CHU et l'ICR</li> </ul>	<p><b>CHU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Mauvaise connaissance de l'étendue de l'offre de soins onco-gériatriques (communication à améliorer/ médecins 1<sup>er</sup> recours , population )</li> <li>- Très forte concurrence des établissements privés</li> </ul>
<p><b>CHCP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Prise en charge de proximité</li> <li>-Autorisations : chimio et chirurgie digestive</li> <li>-RCP , liens avec Oncomip</li> <li>-Qualité, sécurité des soins , adaptation des posologies (lien avec PUI locale )</li> </ul>	<p><b>CHCP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Démographie médicale</li> <li>-Besoins non couverts en chirurgie gynécologique carcinologique : à développer en chirurgie avancée? ou au CHU?</li> <li>-L'accès aux protocoles de recherche</li> </ul>
Forces	Faiblesses
<p><b>Lavaur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dépistage du cancer du sein et colorectal</li> <li>Accès RCP – CHU</li> <li>Lit soins palliatifs + lits médecine polyvalente</li> <li>Equipe Mobile Soins Palliatifs</li> <li>Convention avec RESOPALID81 soins de support : soutien psychologique, soins de socio esthétique, suivi douleur chronique...</li> <li>2 correspondants médicaux et paramédicaux</li> <li>SSIAD CH LAVAUUR</li> </ul>	<p><b>Lavaur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-Pas de service dédié à la cancérologie (problème d'autorisation), pas de praticien diplômé en cancérologie</li> <li>- Faible disponibilité rapide de lit dédié</li> </ul>
<p><b>Synthèse</b></p> <p>Organisation de référence réussie entre le CHU et l'ICR, et culture des coopérations inter-hospitalières</p>	<p><b>Synthèse</b></p> <p>Très forte attractivité des organisations privées de Toulouse</p>

Opportunités	Menaces
<p><b>CHU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vieillesse de la population des patients atteints de cancer et intérêt des politiques pour des actions territoriales</li> <li>- Développer la recherche en onco-gériatrie en renforçant les liens entre Oncopôle et Gérontopôle</li> <li>- Améliorer le parcours de soins et le suivi pour les patients</li> <li>- Formalisation du nouveau projet médico-scientifique de l'IUCT</li> </ul>	<p><b>CHU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pérennité du modèle médico-économique et conciliation activités de proximité/activités de recours</li> </ul>
<p><b>CHCP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Soutien du CHU et de l'IUCT (ATP)</li> <li>- Accès à développer aux protocoles de recherche et aux molécules innovantes</li> </ul>	<p><b>CHCP</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Démographie médicale au regard des besoins en Midi-Pyrén.</li> <li>- Evolution des normes INCA</li> </ul>
<p><b>Lavaur</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bassin de la population de Graulhet</li> <li>- Traitements en hospitalisation de jour</li> <li>- Séjours en SSR après intervention... avant retour à domicile</li> <li>- Liens avec équipes CHU de Toulouse / Télémedecine : équipe Soins Palliatifs / ONCOMIP / CLUD CHU</li> </ul>	
<p><b>Synthèse</b></p> <p>Perspective de refonte du nouveau projet médico-scientifique de l'IUCT et de sa composante territoriale</p>	<p><b>Synthèse</b></p> <p>Evolutions de la réglementation d'une activité fortement soumise aux normes</p>

## B. LES ACTIVITES ORGANISEES EN COMMUN PAR LES ETABLISSEMENTS PARTIES

### 1. Imagerie médicale

L'imagerie médicale fait l'objet d'un groupe de travail et de copilotes désignés dans le cadre du PMP.

Ce groupe de travail prend appui sur l'organisation mutualisée qui a été mise en place depuis le mois de mai 2014 entre le CH de Lavour et le CHU. Il repose également, à partir d'un modèle similaire associant les cabinets locaux de radiologie, sur le projet qui a été établi entre le CHCP et le CHU afin de préparer l'ouverture de la nouvelle IRM au printemps 2017.

### 2. Biologie médicale

Un groupe de travail a été constitué sur la biologie médicale avec le modèle et la méthodologie adoptés pour l'ensemble des groupes établis dans le cadre du collège médical.

Les copilotes du groupe de travail ont pris appui sur l'organisation mutualisée qui a été mise en place au mois de novembre 2015 avec l'intégration du laboratoire de Lavour au pôle biologie du CHU.

### 3. Pharmacie hospitalière

Un groupe de travail composé de trois copilotes a été mis en place pour la pharmacie hospitalière.

Les réflexions du groupe de travail s'inscrivent en cohérence et en déclinaison des orientations qui ont été établies, à la suite de la validation de l'ARS et de la FHF, par le collectif régional des pharmaciens hospitaliers.

## C. AUTRES THEMATIQUES TRANSVERSALES

Le projet médical partagé doit se décliner en un schéma territorial de la permanence des soins. Un groupe de travail spécifique sera composé sous l'égide du collège médical du GHT.

Il examinera la cohérence et la complémentarité des plans des gardes et astreintes médicales des différents établissements en prenant notamment en compte le périmètre des activités autorisées ainsi que les impératifs liés aux délais et distances.

## CHAPITRE V. Suivi, évaluation, adaptation du PMP

---

Le présent chapitre sera développé dans la version finale du projet médical partagé.

Il décrira les modalités de suivi et d'évaluation du projet sur la base des indicateurs de suivi définis dans le cadre des travaux des différents groupes de travail.

Les processus de décision d'adaptation du PMP seront conformes à la gouvernance du groupement, dans le respect des missions de chacun des comités et de leur règlement intérieur.