



**PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE
2017-2022**

**DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE
TERRITOIRE**

CEVENNES - GARD - CAMARGUE

SOMMAIRE

PREAMBULE.....	3
LE CADRE D’ACTION	4
LES OBJECTIFS TRANSVERSAUX DU PROJET MEDICO-SOIGNANT DU GHT	13
1- GARANTIR UNE OFFRE DE SOINS DE PROXIMITE ET DE RECOURS ADAPTEE AUX BESOINS.....	14
1.1 COMPLETER LE MAILLAGE TERRITORIAL DE PROXIMITE	14
1.2 CONSOLIDER L’OFFRE DE RECOURS ET DE REFERENCE.....	18
1.3 ADAPTER LES SOLUTIONS SELON LES DOMAINES D’ACTIVITE ET LES RESSOURCES.....	19
2- SOUTENIR LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET PARAMEDICALE DU TERRITOIRE.....	22
2.1 SOUTENIR LA DEMOGRAPHIE MEDICALE	22
2.2 SOUTENIR LA DEMOGRAPHIE PARAMEDICALE	27
3- ORGANISER LES PARCOURS DANS LE CADRE DE FILIERES STRUCTUREES.....	29
3.1 ORGANISER, AU SEIN DE CHAQUE FILIERE, LES PARCOURS PRIORITAIRES IDENTIFIES	31
3.2 FLUIDIFIER L’ENSEMBLE DES PARCOURS	33
3.3 ASSOCIER A CHAQUE FOIS QUE NECESSAIRE LES ACTEURS D’AMONT ET D’AVAL	40
3.4 METTRE EN PLACE LES CONDITIONS DE REUSSITE	41
4- HARMONISER LES FORMATIONS ET LES PRATIQUES	43
4.1 LA FORMATION AU SERVICE DU PROJET MEDICO-SOIGNANT	43
4.2 OPTIMISER LA QUALITE, LA SECURITE ET LA GESTION DES RISQUES ASSOCIES AUX SOINS	44
4.3 LA QUALITE ET LA PREPARATION DE LA CERTIFICATION CONJOINTE.....	47
5- DIFFUSER LA RECHERCHE CLINIQUE ET L’INNOVATION	49
5.1 LES ENJEUX ET LES OBJECTIFS.....	49
5.2 LES FORCES ET FRAGILITES.....	50
5.3 LES MISSIONS DU CHU ET DU GIRCI	50
5.4 LE PROGRAMME D’ACTION RECHERCHE DU GHT	52
RECAPITULATIF DES ACTIONS CLES DEVELOPPEES DANS LA DEUXIEME ET LA TROISIEME PARTIE.....	56
LES ACTIONS CLES PAR FILIERE	56
LES ACTIONS CLES DES ACTIVITES RELEVANT D’UNE ORGANISATION COMMUNE.....	61
LES ACTIONS CLES DES THEMATIQUES TRANSVERSALES.....	62

PREAMBULE

Le projet médico-soignant partagé, partie intégrante de la convention constitutive du GHT, en constitue la pierre angulaire.

L'engagement pris par le GHT dans ce projet est celui de la communauté médico-soignante dans son ensemble. Il la fédère autour de la prise en charge globale du patient et tout au long de son parcours de santé. Il repose sur la conscience aiguë de la fragilité sociale du territoire Cévennes-Gard-Camargue, qui nécessite plus qu'ailleurs une coordination étroite des acteurs de santé.

Le territoire de santé du Gard présente en effet deux traits essentiels :

- il a connu ces dernières décennies une croissance soutenue de la population portée par un solde migratoire élevé, appelée à perdurer dans les années à venir tout en s'accompagnant d'un vieillissement sensible, plus rapide qu'au niveau national (avec une proportion de 20,6 % de personnes âgées de plus de 65 ans, contre 18,2 % à l'échelle de la France métropolitaine),
- il figure parmi les départements français les plus touchés par la précarité et la mortalité prématurée (avant 65 ans).

Il en résulte une vulnérabilité à laquelle le projet médico-soignant du GHT Cévennes-Gard-Camargue entend répondre, en pensant le territoire comme un écosystème de santé à l'équilibre fragile, qu'il convient à tout prix de conforter collectivement et durablement.

Aussi, il se fixe comme premier objectif l'égalité d'accès aux soins dans des conditions de sécurité et de qualité optimales pour l'ensemble des patients du Gard, quel que soit leur point d'entrée à l'hôpital.

Il s'agit de répondre dans la durée aux besoins de tous, par l'articulation entre les activités de proximité, réalisées au plus près du domicile, et les activités de recours hospitalo-universitaires, la fluidité et la lisibilité des parcours de soins, et la diffusion des innovations médicales, soignantes et organisationnelles dans le territoire.

La mise en œuvre du projet médico-soignant du GHT implique une attention constante au développement de complémentarités fortes aussi bien avec les acteurs ambulatoires – les HAD partenaires et les médecins libéraux en particulier - qu'avec les établissements médico-sociaux intervenant dans le champ de la dépendance et du handicap.

Tout en affirmant un attachement sans concession aux valeurs de solidarité, d'équité sociale et de sollicitude respectueuse envers chacun, ce projet s'accompagne d'une recherche de performance publique pleinement assumée, dans la capacité de maîtriser les ressources publiques et de mutualiser, tout en les fidélisant, les compétences rares ou onéreuses.

Institutionnellement, il a pour objet de conforter le service public hospitalier face aux enjeux compétitifs et, ce faisant, de permettre le maintien d'une offre de soins publique équilibrée, limitant les fuites hors du territoire.

Ainsi, le GHT Cévennes - Gard - Camargue se veut un acteur à part entière de la mise en œuvre du Programme Régional de Santé Occitanie, en se donnant pour objectif de promouvoir une offre territoriale de santé conforme aux évolutions démographiques et épidémiologiques, ainsi qu'aux principes de continuité et d'adaptabilité qui fondent le service public.

LE CADRE D'ACTION

1 - L'expérience de la communauté hospitalière de territoire (CHT) Cévennes-Gard-Camargue

Le présent projet médico-soignant bénéficie de l'expérience du projet médical commun de la CHT Cévennes-Gard-Camargue, qui a guidé, de mai 2011 à juin 2016, l'action de ses 7 membres : le CHU de Nîmes, le CH Alès-Cévennes, le CH de Bagnols-sur-Cèze, le CH de Pontails-et-Brésis, le CH d'Uzès, le CH de Pont-Saint-Esprit et le CH du Vigan.

Les encadrés figurant page suivante rappellent l'historique de cette coopération et les actions clés mises en œuvre par la communauté hospitalière de territoire pour organiser les parcours territoriaux, prioritairement concernant les filières d'urgences (cardio-vasculaires, AVC et polytraumatismes sévères), les filières chirurgicales (principalement l'urologie), les soins de suite et de réadaptation, la gériatrie, la douleur et les soins palliatifs.

La CHT a largement contribué à fédérer les équipes médicales dans les disciplines concernées et a permis l'amorce d'une coopération paramédicale dans certaines filières, ainsi qu'au niveau des coordinations des soins.

Le bilan du projet médical de la CHT a constitué une des bases de départ des réflexions du GHT, qui se sont enrichies de l'apport de nouveaux membres (un établissement public de santé spécialisé en psychiatrie, le CH du Mas Careiron, et 9 EHPAD publics en direction commune), ainsi que d'un élargissement des travaux à des filières ou des domaines qui n'avaient pas été investis par la CHT, notamment les pathologies chroniques, la médecine infectieuse, la médecine interventionnelle, ainsi que certaines disciplines nécessitant une prospective spécifique (rhumatologie et dermatologie en particulier).

De plus, la constitution d'une CSIRMT de groupement a permis de structurer institutionnellement les travaux des équipes paramédicales du territoire, et de les articuler avec les réflexions engagées sous l'égide du collège médical de groupement, au sein d'un projet médico-soignant partagé.

Les pistes de travail et les programmes opérationnels proposés dans le présent projet résultent à la fois de cette histoire et de cette synergie.

Communauté Hospitalière de Territoire Cévennes-Gard-Camargue (2011 – 2016)

Bilan synthétique

Le fonctionnement institutionnel

- Signature officielle à l'ARS-LR des conventions constitutives de la CHT et de son GCS support le 11 mai 2011 et installation de la commission opérationnelle de la CHT
- En octobre 2011 (après adoption du projet médical du CHU), réactualisation et enrichissement du projet médical commun annexé à la convention constitutive de CHT, après l'organisation d'une large concertation collective (une centaine de praticiens différents associés) et création de groupes de travail médico-administratifs pour chaque thématique du projet médical.
- Analyse commune des projets de SROS soumis à la concertation, à la lecture du projet médical commun de la CHT : contribution formalisée le 27 octobre 2011 dans une note adressée à l'ARS.
- A compter du mois de mai 2012, participation du Centre Hospitalier du Mas Careiron au groupe de travail « psychiatrie (volet infanto-juvénile) » de la CHT
- Mise en place en septembre 2012 de deux groupes opérationnels « Court séjour » (Nîmes – Alès – Bagnols) et « Territorialisation et parcours » (les 7 membres + association des EHPAD volontaires) et en octobre 2012 d'une inter-conférence de CME (suivi du projet médical commun)
- Création d'un logo (juillet 2012) et d'un site internet (mars 2013) de la CHT
- Signature d'une annexe commune du CPOM spécifique à la CHT (réunion CHT-ARS en mai 2013, signatures à compter de juillet 2013)
- Janvier 2016 : mise en place d'une direction commune entre le CH Alès-Cévennes et le CH de Pontetils

Les avancées opérationnelles

- Expérimentation en 2012 et évaluation en 2013 d'un dispositif de Transports Infirmiers Inter-Hospitaliers (TIIH) dans le cadre de la Communauté Hospitalière de Territoire pour permettre un retour rapide dans le CH de proximité
- Définition d'un plan d'évitabilité / arrivée aux urgences de personnes âgées en provenance des EHPAD (2012-2013)
- Structuration de la filière cardio-vasculaire, renforcement du fonctionnement de l'USIC de Bagnols et reconnaissance contractuelle par l'ARS de l'USIC d'Alès (2012-2013)

- Participation à la structuration de la filière SSR dans le cadre du déploiement de Trajectoire (2013) et de l'organisation en 2014 et en 2015 d'un forum SSR de la CHT
- Réalisation d'une cartographie complète des soins palliatifs sur le Gard, création d'un annuaire en ligne des structures en soins palliatifs du Gard et amélioration du maillage territorial à travers l'obtention du financement ARS d'une équipe mobile de soins palliatifs sur le bassin du Vigan (2013)
- Définition d'un projet territorial de lutte contre la tuberculose, fédérant les trois CLAT (2013)
- Projet de création d'une équipe mobile de prévention du risque infectieux à destination des EHPAD (mise en œuvre limitée en 2014-2016 au territoire nîmois)
- Renforcement territorial de la prise en charge des cancers urologiques (CH de Bagnols-sur-Cèze autorisé à pratiquer la chirurgie des cancers pour les pathologies urologiques, par décision de l'ARS du 27 mai 2014)
- Structuration de la filière AVC avec l'appui de l'animateur médical de filière financé par l'ARS (conventions signées en octobre 2015)
- Structuration de la filière d'urgence « polytraumatisés sévères » à travers la mise en place de procédures et RMM communes (2015)
- Auto-évaluation des filières cancérologiques « sein » et « prostate » dans le cadre de l'appel à projets « parcours de soins en oncologie » porté par la FHF-Cancer (2015-2016) dans une perspective de labellisation.

Les partages de temps médicaux : une communauté médicale multi-sites

- Fin 2015, total de 54 praticiens exerçant en multi-sites au sein de la CHT, soit 11,3 ETP (contre 6,8 ETP en 2011) et 25 disciplines différentes concernées.
- 49 % des temps médicaux partagés portant sur la chirurgie

Le développement de la télémédecine

- Pour mémoire : mise en place d'un réseau de télé-interprétation des EEG avec le CH Alès-Cévennes et le CH de Bagnols-sur-Cèze (2010-2011)
- Engagement collectif dans le déploiement du Dossier médical Personnel (DMP) en janvier 2012
- Projets de télémédecine déposés fin 2012-début 2013 en vue d'un agrément (non instruits par l'ARS)

- Adhésion des établissements de la CHT au projet de création d'une plateforme de télémédecine régionale portée par le GCS E-santé
- Utilisation mutualisée du nouveau pont de visioconférence du CHU acquis en 2013 (+ convention de cofinancement et de contribution à la maintenance du nouveau pont de visioconférence du CHU signée en novembre 2013 avec le CH Alès-Cévennes)
- Installation de consoles de visualisation des images au CHU (en imagerie et neurologie) pour permettre l'accès des équipes médicales du CHU aux PAQS des CH d'Alès et de Bagnols, pour avais avant transfert, dans le cadre de la filière AVC.
- Développement de la télécardiologie pour le suivi des défibrillateurs cardiaques
- Projet de plateforme de diffusion d'image

2 - Eléments de diagnostic territorial

- **Une croissance démographique et un vieillissement globalement soutenus**

(Sources : INSEE, recensements de population et modèle Omphale)

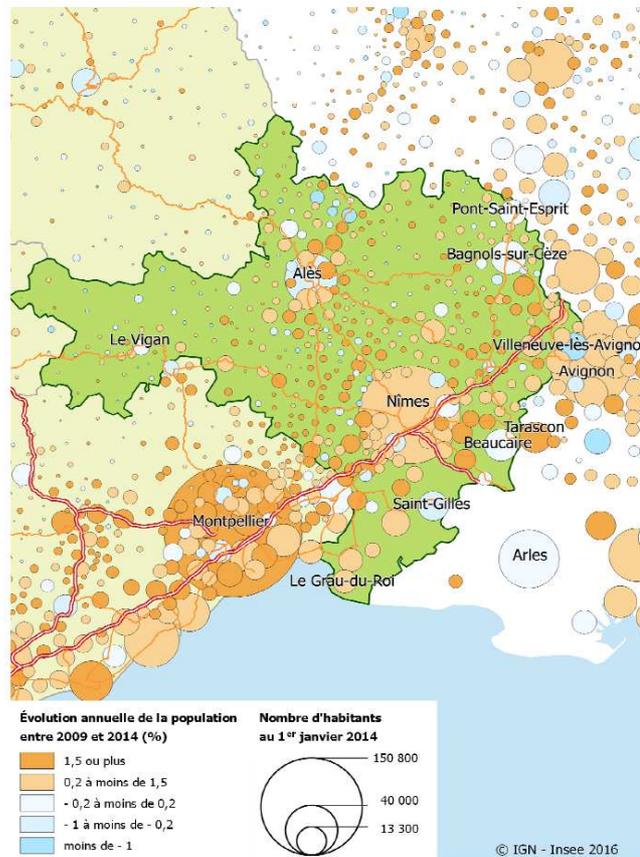
Le territoire du GHT Cévennes-Gard-Camargue est marqué par des enjeux démographiques et épidémiologiques particulièrement prégnants :

- la population du Gard s'est accrue entre 2009 et 2014 de 1% en moyenne par année, ce rythme de croissance représentant le double de celui de la France métropolitaine ; entre 2015 et 2030, le Gard devrait voir sa population passer de près de 750 000 habitants à environ 860 000 habitants, selon une croissance moyenne annuelle amenée à se ralentir, mais encore soutenue (+ 0,89 % en fin de période).

- au sein de cette même population, les personnes âgées de 60 ans et plus devraient passer d'environ 180 000 à 270 000 sur la même période (+ 50 %), les plus de 80 ans représentant à terme 7,4 % de la population contre 6 % en 2015.

La croissance démographique des 5 dernières années a été particulièrement dynamique dans l'aire de Nîmes, quatrième aire urbaine d'Occitanie (266 193 habitants au 1^{er} janvier 2014, avec un taux de croissance annuel moyen de 1,4 %), plus modeste dans l'aire urbaine d'Alès (114 093 habitants au 1^{er} janvier 2014, avec un taux de croissance annuel moyen de 0,5 %), et stable dans l'aire urbaine de Bagnols-sur-Cèze (22 205 habitants au 1^{er} janvier 2014, avec un taux de croissance annuel moyen de 0,1 %).

Population municipale au 1^{er} janvier 2014 et évolution annuelle entre 2009 et 2014



Source : Insee, recensements de la population

- **Une précarité forte de la population gardoise**
(Sources : INSEE, analyses Occitanie)

L'Occitanie constitue la deuxième région la plus touchée par le chômage après les Hauts-de-France, avec pour le Gard un taux de chômage de 14,3 % en 2014 (contre 10,1 % à l'échelle nationale).

Tous les indicateurs convergent :

- le revenu disponible médian des Gardois est le 10^{ème} plus faible des départements français
- plus de 30 % des salariés n'occupent pas un emploi à temps complet (dont la moitié de temps partiel subi), ce qui constitue le plus fort taux en France
- le Gard, avec un taux de pauvreté de 20 % (contre 14 % au niveau national), se situe à la 6^{ème} place des départements les plus touchés, l'agglomération de Nîmes présentant un taux de pauvreté de 24,8 %, celle d'Alès de 22,1 %, celle de Bagnols-sur-Cèze de 22,5 %.

La proportion de personnes atteintes de tumeur maligne, de diabète, d'affections psychiatriques, d'insuffisance cardiaque grave est plus élevée qu'à l'échelle de la France métropolitaine, et la population gardoise est particulièrement touchée par l'hypertension artérielle sévère.

Or, les pratiques de renoncement aux soins sont particulièrement prégnantes dans le Gard, comme l'ont montré les travaux précurseurs de la CPAM du Gard : l'expérience du Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) présentée dans un rapport d'étude publié en septembre 2014 met en évidence un taux de renoncements déclarés de 30,5%.

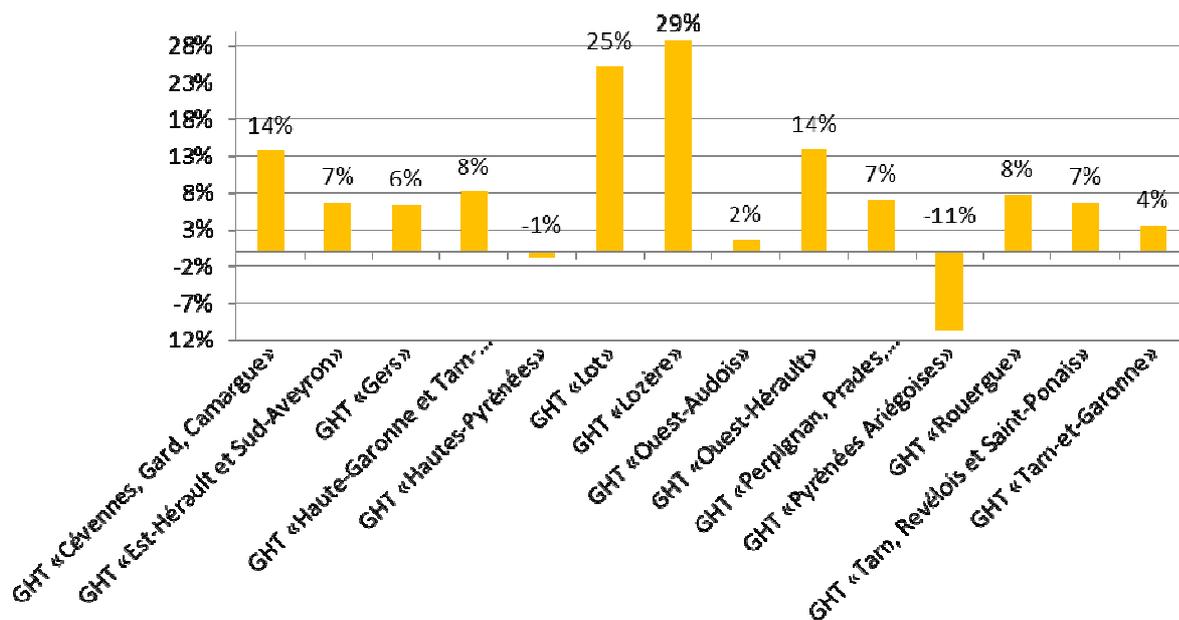
Ce taux souffre d'un biais dans la mesure où le repérage a porté sur les publics des institutions partenaires (accueil CPAM, Mutualité Française, MSA, Conseil Général, CHU...) et non sur une population générale, il n'en reste pas moins que le renoncement aux soins est loin d'être résiduel.

▪ Les atouts du GHT Cévennes-Gard-Camargue

Le GHT Cévennes-Gard-Camargue représente près de 100 000 séjours MCO hors séances (99 480 séjours en 2015 – source ARS), et constitue à ce titre le 3ème GHT de la région Occitanie, mais est le mieux positionné des trois, au sein de son territoire, en termes de croissance d'activité et de parts de marché.

Son activité bénéficie d'une forte dynamique, avec une progression de 14 % entre 2010 et 2015 du nombre de séjours MCO hors séances, contre une progression moyenne de 8 % dans les autres GHT.

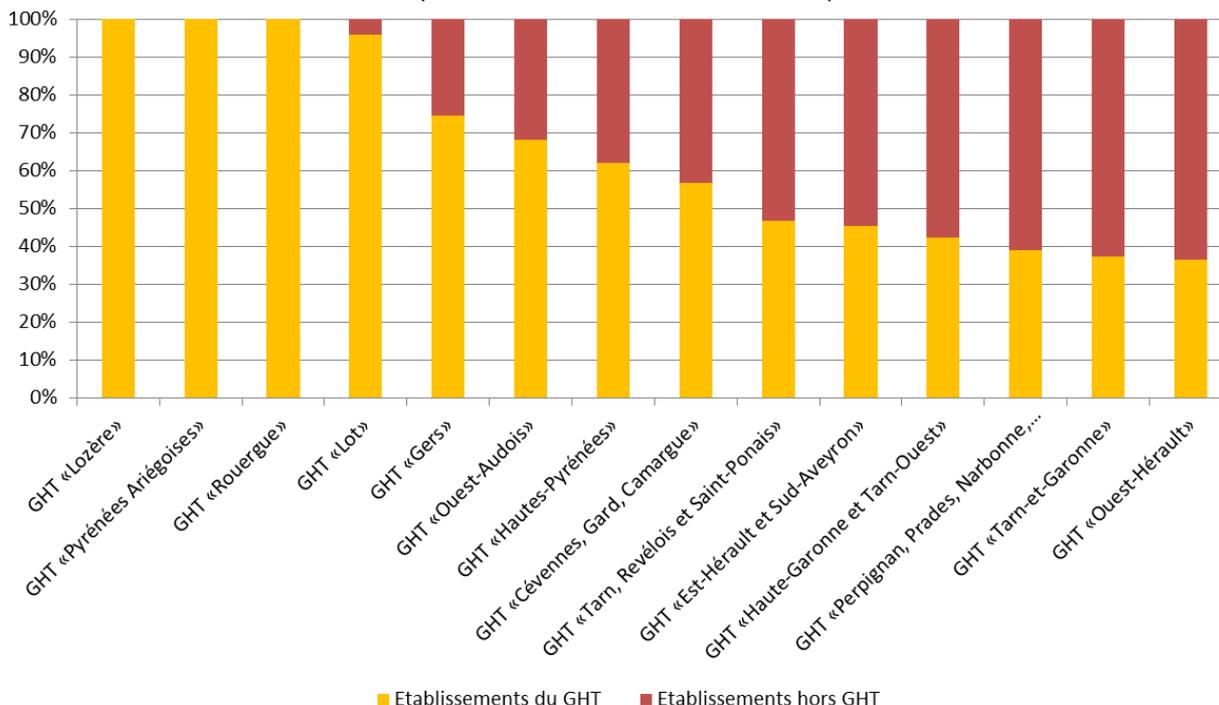
Évolution du nombre de séjours MCO hors séances entre 2010 et 2015
(Production des établissements de chaque GHT)



Source : ARS Occitanie – PMSI ATIH

Le GHT Cévennes-Gard-Camargue représente ainsi plus de 55 % des séjours MCO (hors séances) du territoire.

Parts de marché en séjours MCO hors séances en 2015 (Production des établissements)



Source : ARS Occitanie – PMSI ATIH

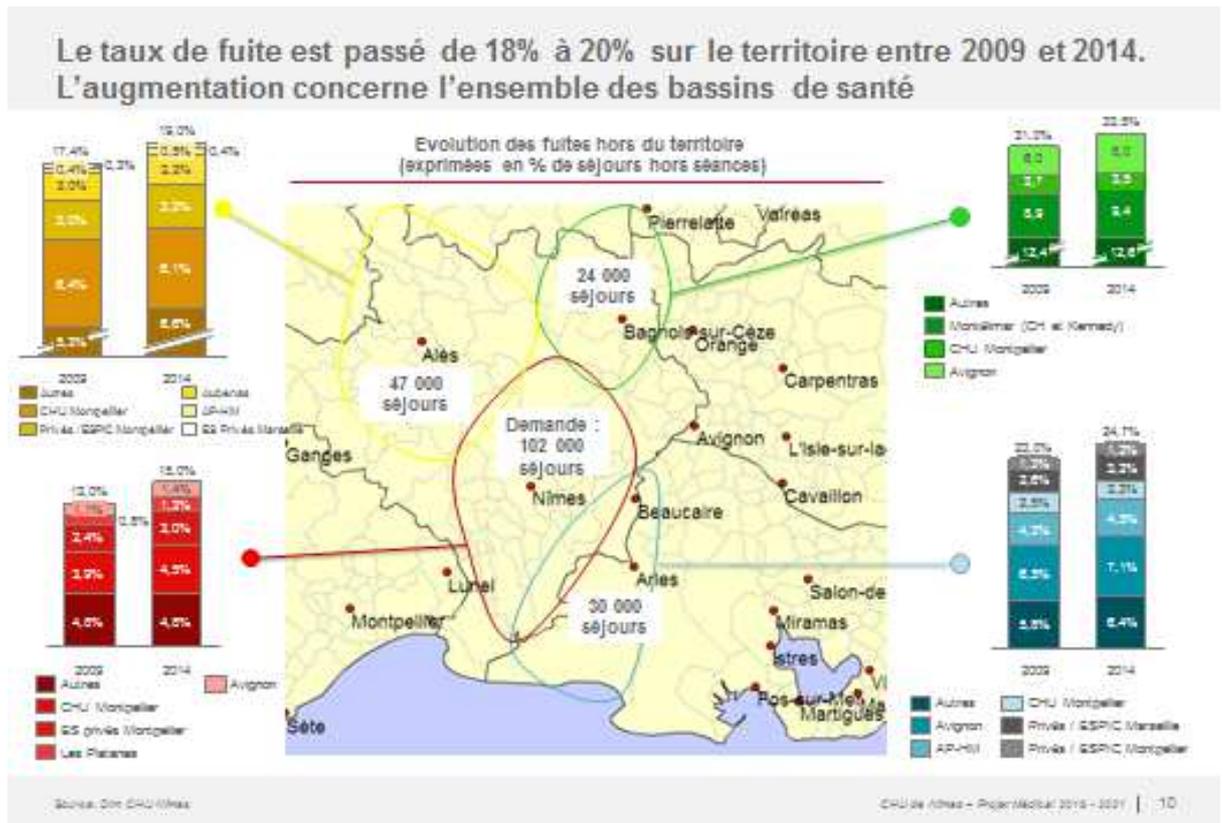
Il est très bien positionné en chirurgie, au regard du contexte régional, mais également en médecine et en obstétrique.

Parts de marché des GHT pour quatre catégories d'activité de soins en 2015 (Production des établissements)

	Obstétrique et nouveau-nés (CMD 14 et 15)	Chirurgie (GHM type C)	Techniques peu invasives (GHM type K)	Séjours sans acte classant (GHM type M et Z)
GHT «Cévennes, Gard, Camargue»	66%	40%	36%	79%
GHT «Est-Hérault et Sud-Aveyron»	46%	33%	30%	65%
GHT «Gers»	98%	46%	31%	94%
GHT «Haute-Garonne et Tarn-Ouest»	37%	26%	21%	70%
GHT «Hautes-Pyrénées»	60%	51%	37%	80%
GHT «Lot»	100%	94%	86%	100%
GHT «Lozère»	100%	100%	100%	100%
GHT «Ouest-Audois»	98%	32%	42%	94%
GHT «Ouest-Hérault»	53%	17%	17%	65%
GHT «Perpignan, Prades, Narbonne, Lézignan-Corbières»	51%	20%	23%	62%
GHT «Pyrénées Ariégoises»	100%	100%	100%	100%
GHT «Rouergue»	100%	100%	100%	100%
GHT «Tarn, Revelois et Saint-Ponais»	84%	28%	20%	63%
GHT «Tarn-et-Garonne»	34%	22%	16%	62%
Ensemble de la région	55%	33%	30%	73%

Source : ARS Occitanie – PMSI ATIH

Cependant, des marges importantes de progrès existent, d'une part parce que le taux de consommation MCO du Gard est resté stable entre 2011 et 2015, avec un nombre de séjours pour 1000 habitants passé de 269 à 268, et surtout inférieur à la moyenne nationale (source : ARS), d'autre part en raison d'un taux de fuite important hors territoire, dans les aires d'attraction des établissements MCO :

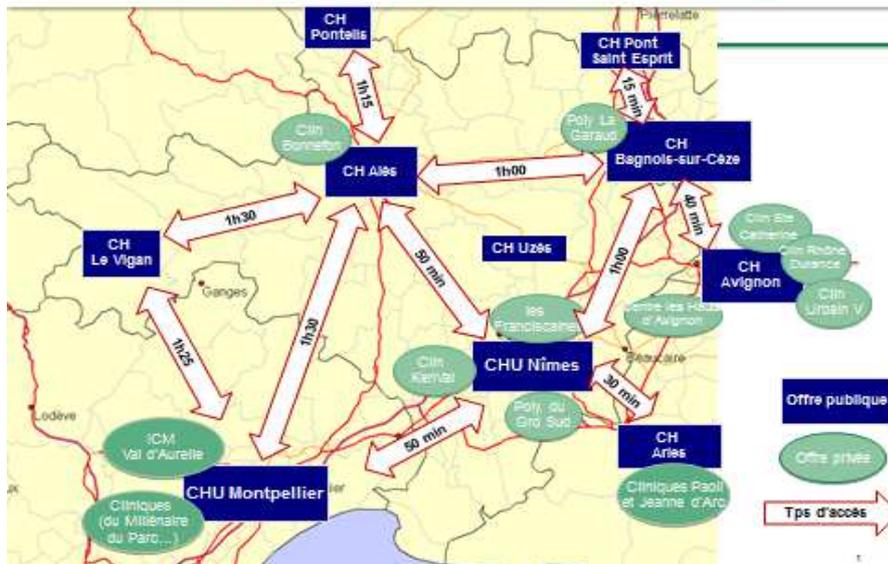


Source : PMSI – DIM CHU Nîmes

Les possibilités de gagner en attractivité territoriale sont donc importantes.

Il s'agit d'un enjeu essentiel pour le GHT Cévennes-Gard-Camargue, qui devra travailler, pour y parvenir, à la consolidation de l'offre de proximité et de recours de ses membres et à la structuration de filières bien coordonnées, dont la valeur ajoutée, en termes de qualité des prestations de soins, sera à même de corriger les inconvénients structurels que constituent l'éloignement géographique de certains établissements et les temps de trajet qui en résultent.

CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE DE SOINS SUR LE DÉPARTEMENT DU GARD ET ALENTOURS



En conclusion, les besoins de prise en charge médicale sont appelés à se renforcer par l'effet conjugué de la croissance et du vieillissement de la population gardoise, de sa précarité, et de l'existence d'une demande de soins non satisfaite dans le Gard, qui se traduit par un taux de fuite élevé.

Ce diagnostic va dans le sens d'un renforcement des activités de proximité, dont l'articulation avec une offre de recours complète et bien structurée, constitue un facteur d'attractivité indéniable.

A cet égard, le GHT Cévennes-Gard-Camargue bénéficie de nombreux atouts :

- Intégrant un CHU et un centre hospitalier spécialisé en psychiatrie, il comprend, à quelques exceptions près, tout le panel des prises en charge,
- Il a une forte composante médico-sociale à travers la participation de 8 EHPAD,
- Il bénéficie d'une dynamique collective issue de l'expérience de la CHT, avec des habitudes de collaboration bien établies.

La communauté médico-soignante du GHT propose de s'appuyer sur ces différents leviers pour mener à bien son projet partagé de territoire.



Groupement Hospitalier de Territoire
CÉVENNES | GARD | CAMARGUE

LES OBJECTIFS TRANSVERSAUX DU PROJET MEDICO-SOIGNANT DU GHT

1- GARANTIR UNE OFFRE DE SOINS DE PROXIMITÉ ET DE RECOURS ADAPTÉE AUX BESOINS

Le département du Gard se caractérise par une importante concentration de sa population (18,5 % en 2012, selon l'INSEE) dans des espaces multipolarisés situés entre plusieurs grandes aires urbaines, comme entre Nîmes et Alès, Nîmes et Montpellier ou encore Nîmes et Avignon.

Cependant, une partie de la population réside dans des espaces ruraux isolés, à l'est et au nord du département, qui englobe une partie du Parc National des Cévennes. La Petite Camargue, dans le sud-est du département, apparaît beaucoup moins enclavée.

La réduction des inégalités d'accès aux soins passe par un maillage équilibré du territoire, d'autant que les temps de trajets sont loin d'être négligeables entre les différents établissements membres.

Ce maillage repose d'abord sur une offre de proximité cohérente et de qualité, mais également sur une offre de recours permettant d'apporter une réponse territoriale aux besoins spécifiques de prise en charge.

L'analyse de l'offre de soins dans le territoire a conduit au repérage d'un certain nombre de manques à pallier. D'autre part, certaines activités, fragiles ou menacées, nécessitent d'être renforcées. Les solutions apportées peuvent varier selon les disciplines et les ressources disponibles.

1.1 Compléter le maillage territorial de proximité

1.1.1 Les activités de proximité soumises à autorisation spécifique

Globalement, la répartition des activités autorisées dans les établissements membres du GHT Cévennes-Gard-Camargue est peu appelée à évoluer à court terme : les contraintes de distance et de couverture territoriale n'incitent pas au regroupement, et les activités en place permettent un maillage de proximité globalement satisfaisant.

L'absence d'unité de **réanimation** au CH de Bagnols-sur-Cèze demeure toutefois un facteur de fragilité territoriale. La restauration de cette activité est tributaire de ressources médicales qualifiées en nombre suffisant, alors que la discipline est démographiquement déficitaire, mais devra néanmoins faire l'objet d'une étude d'opportunité, en tenant compte de l'augmentation capacitaire de réanimation du CHU de Nîmes d'ores et déjà engagée.

A très court terme, il est essentiel de consolider les **chirurgies carcinologiques soumises à seuil**, également confrontées à une insuffisance de ressources médicales. La priorité porte sur la chirurgie mammaire au CH Alès-Cévennes, qui doit impérativement être restaurée et consolidée.

Corollairement, l'activité d'oncologie médicale doit être renforcée. Conformément au principe de subsidiarité, l'**activité de chimiothérapie** a vocation à être développée en proximité, dans le cadre des RCP communes. Une réflexion opérationnelle doit être menée visant à repositionner au CH Alès-Cévennes et au CH de Bagnols-sur-Cèze certaines lignes de chimiothérapie, pour les patients des bassins de population concernés, alors même que l'hôpital de jour d'oncologie médicale du CHU est saturé.

La mise en place d'une équipe territoriale d'oncologie (cf. *infra*) s'inscrit dans cet objectif.

Elle vise également à permettre la reconstruction d'une filière publique intra-GHT pour les patients pris en charge par le CH d'Alès pour des cancers du sein, du poumon et colorectaux, avec une orientation de l'activité de recours, y compris de radiothérapie, vers le CHU de Nîmes.

Par ailleurs, de façon transversale, l'accès à l'**imagerie en coupe** doit être amélioré au sein du territoire, dans le sens d'une réduction des délais d'attente et d'une moindre exposition aux irradiations. Cela suppose une évolution des implantations autorisées en équipements lourds, visant à installer :

- une IRM 1,5 Tesla et un 3^{ème} scanner *ultra low dose* (ULD) au CH de Bagnols-sur-Cèze
- un 2^{ème} scanner au CH Alès-Cévennes

Concernant les prises en charge d'aval, le manque de structures SSR, dans un département globalement sous-équipé, avec un taux de 1,33 lits et places pour 1000 habitants, bien inférieur à la moyenne française de 1,61, plaide en faveur d'un renforcement dans certaines disciplines.

A ce titre, il existe un fort déficit territorial en **SSR cardio-vasculaires**, avec une seule structure autorisée au CHU de Nîmes qui, malgré sa conversion ambulatoire, ne suffira pas à répondre aux besoins de la population en rééducation cardio-vasculaire intensive et en prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique lourde.

Le CH Alès-Cévennes disposait jusqu'à récemment d'une autorisation en SSR cardio-vasculaires, devenue caduque faute de début d'exécution. La définition d'un projet alternatif permettant le maintien et la mise en œuvre de cette autorisation est impérative pour les besoins du bassin.

Une réflexion devra par ailleurs être menée avec l'ARS Occitanie, dans le cadre du Programme Régional de Santé, concernant le développement des **SSR spécialisés** dans la prise en charge des pathologies neurologiques chroniques et post-AVC, ainsi que dans la prise en charge des **états végétatifs chroniques et des états pauci-relationnels** (EVC-EPR), indispensables au bon fonctionnement des filières de neurologie et des soins critiques.

L'**hospitalisation à domicile** (HAD) occupe également une place essentielle dans la prise en charge des patients, en permettant d'éviter ou de raccourcir le séjour en établissement de santé.

Historiquement, l'offre en hospitalisation à domicile dans le département du Gard est multiple et les établissements d'HAD ne disposent pas d'une exclusivité territoriale sur leur zone de desserte autorisée. Actuellement, 6 implantations sont possibles dans le Gard, dont 4 pourvues respectivement par le

centre hospitalier de Bagnols-sur-Cèze, en collaboration avec les centres hospitaliers d'Uzès et de Pont-Saint-Esprit (sur le bassin formé par ces 3 agglomérations), l'APARD (sur le bassin nîmois et sur le bassin alésien) et 3 G Santé (sur le bassin nîmois).

Dans ce contexte excessivement concurrentiel, le CHU de Nîmes, détenteur de 2 autorisations sur le bassin nîmois et le bassin alésien, a fait le choix de suspendre son activité depuis le 1er janvier 2016.

Dans ces conditions, il est indispensable de maintenir l'HAD publique portée par le CH de Bagnols-sur-Cèze *a minima* sur le territoire actuel, et dans le cadre du programme régional de santé, de réfléchir avec l'ARS aux moyens d'améliorer la couverture territoriale, de rendre plus lisible la répartition géographique des HAD dans le Gard et de réduire le chevauchement des zones d'intervention.

Enfin, concernant l'**offre de soins médico-sociale en gérontologie**, maillon essentiel dans la prise en charge aval d'une population de plus en plus âgée et polypathologique, le renforcement des capacités en soins de longue durée (USLD) et en hébergement temporaire en secteur protégé (et leur mise place en USLD), le développement des pôles d'activités et de soins adaptés (PASA), dans chaque EHPAD, ainsi que des unités d'hébergement renforcées (UHR), sont autant de réflexions qui devront être conduites dans le cadre du Programme Régional de Santé.

1.1.2 Les activités de proximité de chirurgie, de médecine et de psychiatrie

Dans le cadre des analyses conduites par filière, la nécessité de renforcer l'offre de proximité a constitué un fil rouge, pour éviter des pertes de chance aux patients et limiter les prises en charge non justifiées en-dehors du territoire.

Chaque établissement (y compris le CHU de Nîmes) réalise la **chirurgie de proximité** pour les patients de son aire géographique, conformément aux besoins de son territoire propre. Or, si la chirurgie de proximité est déjà bien développée et performante dans les CH pour certaines disciplines, d'autres spécialités nécessitent d'être mises en place (chirurgie ophtalmologique au CH de Bagnols-sur-Cèze), stabilisées ou développées davantage : c'est le cas de la chirurgie ORL et de la chirurgie vasculaire à Alès et Bagnols, ainsi que de la chirurgie du rachis à Bagnols.

Concernant les **disciplines médicales**, deux spécialités font particulièrement défaut en proximité : la rhumatologie, surtout concernant la prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques et de l'ostéoporose, et la dermatologie, cancérologique et générale. Ces prises en charge sont à développer dans le cadre du présent projet.

De même, il n'existe actuellement pas de néphrologie publique au sein du CH de Bagnols-sur-Cèze, ce qui se traduit par un adressage centralisé au CHU de Nîmes, ou des fuites hors territoire.

Une attention particulière doit être portée sur le développement de l'activité de médecine de certains centres hospitaliers de proximité. En effet, ces lits contribuent à l'amélioration du parcours des patients âgés.

Certaines prises en charge spécialisées existent localement mais trop partiellement, alors même qu'elles sont particulièrement stratégiques en termes de réponse aux besoins actuels et futurs de la population et ont vocation à se développer.

C'est le cas en particulier de :

- la neurologie et la pneumologie – toutes deux associées à des cohortes majeures de pathologies chroniques (pathologies neurodégénératives et insuffisance respiratoire chronique),
- l'infectiologie et l'hygiène.

Par ailleurs, le maillage de proximité est fragilisé dans certains services transversaux, pour des raisons démographiques :

- le déficit en médecins urgentistes atteint directement les services d'urgences, qui constituent – au-delà de la prise en charge du risque vital - la porte d'entrée des populations fragilisées, proches du renoncement aux soins,
- les services d'imagerie médicale, que ce soit dans le cadre de leur activité d'urgence ou de leur activité programmée, sont touchés par une pénurie de radiologues,
- les services d'anesthésie, en corrélation avec l'activité chirurgicale, et les services de réanimation subissent un manque d'anesthésistes-réanimateurs.

Les soins palliatifs sont concernés par une insuffisance de maillage à deux niveaux :

- le manque de lits identifiés en soins palliatifs, en SSR polyvalents, est relevé par tous les acteurs
- des zones de non couverture à domicile persistent (y compris en EHPAD), dans le bassin du Vigan et dans le sud du département, faute de dimensionnement suffisant de l'équipe mobile de soins palliatifs du CH du Vigan et du réseau de soins palliatifs nîmois (RSPN).

Enfin, l'**offre psychiatrique hospitalière** doit être repensée sur le territoire, en lien avec les acteurs sociaux et médico-sociaux, de façon à aboutir :

- en psychiatrie infanto-juvénile, à une meilleure gradation des compétences au sein des CMP, à une prise en charge de l'autisme mieux structurée et à un renforcement de l'offre en périnatalité et petite enfance sur le territoire,
- en psychiatrie adulte, à une prise en charge des urgences plus lisible, à la formalisation d'un cadre de coopération commun pour la gestion des unités départementales et à des hôpitaux de jour mieux dimensionnés et partiellement dédiés à des prises en charge spécifiques.

1.1.3 La prise en charge de la précarité

La consolidation des activités chirurgicales et médicales de proximité, évoquée *supra*, participe de la prise en charge des patients précaires, les moins enclins à se déplacer et les plus à même de renoncer aux soins.

Parallèlement, le GHT est appelé, en tant qu'entité de service public, à développer des dispositifs spécifiques de prise en charge de la précarité sociale, en coopération avec les organismes et les acteurs de ville compétents.

Cela passe par des actions coordonnées, tel le projet d'organisation en commun des centres de lutte anti-tuberculose (C.L.A.T.), et des partages d'expertises, associant notamment les permanences d'accès aux soins de santé (P.A.S.S.), les services d'addictologie, de psychiatrie et de médecine légale, les centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic des infections sexuellement transmissibles (CeGIDD) et les associations d'usagers.

1.2 Consolider l'offre de recours et de référence

La construction de filières de soins territoriales, articulant proximité, recours et référence, nécessite de travailler à la complétude de l'offre à chacun de ces niveaux.

Certaines activités de recours ont toute leur place en proximité, et sont détaillées dans les fiches diagnostiques en annexe. Plusieurs projets par filière visent à étendre cette offre, parmi lesquels figurent, à titre d'exemple : l'acquisition d'un équipement mobile de lithotritie extra-corporelle (LEC) en chirurgie urologique, la mise en place des pompes à insuline au CH Alès-Cévennes.

Concernant plus spécifiquement les activités de recours de haute technicité et de référence, elles ont vocation à être assurées par le CHU de Nîmes au bénéfice du territoire, dès lors qu'il dispose des compétences nécessaires et d'un volume d'activité suffisant pour garantir la qualité des prestations et justifier les investissements éventuellement nécessaires.

A ce titre, le maintien d'une **neurochirurgie publique** dans le Gard, d'urgence (en lien avec le statut de trauma center du CHU de Nîmes) et programmée, est une nécessité absolue.

La réalisation des **auto-greffes** de cellule souches hématopoïétiques, à compter de 2017, pour tous les patients gardois, constitue un autre objectif prioritaire, validé par l'ARS dans le cadre de la fédération d'hématologie clinique Nîmes-Montpellier.

Il est également prévu, en 2017, de mettre en place la **radiothérapie métabolique** et, à moyen terme, la prise en charge des tumeurs neuroendocrines en radiothérapie interne.

Le développement du **centre d'imagerie et de médecine interventionnelles** du CHU de Nîmes vise également à mieux répondre aux besoins du territoire, notamment dans le cadre des filières d'urgence du GHIT, à travers :

- la mise en œuvre d'une activité de neuroradiologie interventionnelle pour le traitement de l'AVC (thrombectomies)
- la création d'une salle supplémentaire de coronarographie en cardiologie interventionnelle

Concernant la **chirurgie cardiaque**, l'objectif sera de rechercher des partenariats avec les acteurs de référence sur cette activité (CHU de Montpellier et clinique des Franciscaines) afin de proposer une réponse coordonnée, adaptée et pérenne, à la demande de soins du territoire (environ 600 interventions par an).

Plus globalement, en se donnant pour objectif de labelliser plusieurs **cliniques thématiques pluridisciplinaires** dans les cinq ans à venir, le CHU de Nîmes travaille à une meilleure lisibilité et accessibilité (guichet unique) de ses activités d'excellence inter-services, au bénéfice des professionnels et patients du territoire.

Certaines activités de référence n'ont pas vocation à être assurées dans le territoire, mais restent soumises au principe de gradation : elles s'inscrivent dans le cadre de filières organisées, par

l'intermédiaire du CHU de Nîmes, avec les équipes de référence extérieures au département ou à la région, essentiellement localisées au sein du CHU de Montpellier ou de l'AP-HM.

Cela concerne à titre d'exemple les activités ou pathologies suivantes : greffes, cardiopathies congénitales, implantations de valves aortiques par voie percutanée (effectuées par des cardiologues du CHU de Nîmes sur le plateau du CHU de Montpellier), obésité infantile, onco-pédiatrie, tumeurs rares. La liste détaillée figure en annexe dans les fiches diagnostiques par filière.

La **chirurgie pédiatrique**, quant à elle, se limite sur l'ensemble du territoire à une activité de proximité de niveau 1 : la possibilité pour le CHU de Nîmes de devenir un centre de recours infrarégional de niveau 2 (enfants à partir d'un an en urgence comme en programmé) ne constitue pas une priorité à court terme et fera l'objet d'une étude approfondie dans un second temps.

1.3 Adapter les solutions selon les domaines d'activité et les ressources

S'agissant des activités de proximité, l'adressage centralisé des patients au CHU de Nîmes (à l'exception bien sûr des patients relevant de son bassin de population) constitue une solution par défaut, résultant de pénuries en compétences médicales ou d'arbitrages des établissements contraints par des ressources limitées.

Cette centralisation excessive produit des effets négatifs à plusieurs niveaux :

- la volonté légitime des patients de se déplacer le moins possible conduit une partie d'entre eux à s'adresser à d'autres structures que le GHT, y compris pour les activités de recours associées à ces activités de proximité,
- l'absence, en proximité, des compétences spécialisées correspondant à ces activités constitue une perte de pluridisciplinarité (avis inter-services, RCP...),
- la majoration de l'activité de proximité du CHU de Nîmes induite par l'adressage centralisé obère le développement de ses activités de recours.

Par conséquent, l'objectif des équipes du GHT sera de privilégier les prises en charge à proximité du domicile du patient, à chaque fois que possible, et de mobiliser et adapter l'éventail des solutions disponibles en fonction de la situation de chaque discipline.

Ces solutions pourront également être utilisées pour étayer les activités de recours assurées en proximité.

- **L'activité en télémédecine (télé-consultation, télé-expertise, télé-surveillance)**

La télémédecine permet d'éviter le déplacement tant du patient que du spécialiste, et peut également pallier les défauts de continuité médicale. Il s'agit de la solution la plus économe en ressources, dès lors que l'activité réalisée en télémédecine est bien valorisée.

Plusieurs programmes sont déjà en œuvre (réseau de télé-interprétation des EEG avec les CH d'Alès et de Bagnols, télé-dentisterie au CH d'Uzès, notamment) et plusieurs sont en projet (télédermoscopie en dermatologie, développement de la télé-radiologie, télé-interprétation croisée des courbes de polygraphie à titre d'exemple).

- **L'activité avancée : consultations avancées et/ou activité interventionnelle avancée**

L'activité avancée repose sur la mise à disposition de compétences médicales en proximité, et implique le déplacement des praticiens concernés. Elle peut constituer une première étape avant la mise en place de temps médicaux partagés.

Des consultations avancées existent déjà dans plusieurs domaines (pour la prise en charge de la douleur par exemple) et continuent à constituer une option pertinente en l'absence de ressources médicales spécialisées sur place.

- **L'activité partagée : temps médicaux partagés**

La mise en place de temps médicaux partagés – assistants et/ou séniors - apparaît souvent comme un préalable à l'autonomisation d'une activité, mais peut aussi constituer un dispositif pérenne, proche dans l'esprit d'une équipe médicale territoriale.

Cette modalité a été très utilisée dans le cadre de la communauté hospitalière de territoire et a permis la formation d'une communauté médicale multi-site dans certaines disciplines chirurgicales (urologie par exemple) ou médicales (cardiologie notamment).

Les travaux menés par filière privilégient actuellement cette solution, lorsqu'il est nécessaire de conforter un service ou une spécialité.

Des temps paramédicaux partagés pourraient également être envisagés pour certaines ressources rares ou hautement spécialisées.

- **L'activité mutualisée : équipe mobile territoriale, équipe médicale commune**

A un niveau d'intégration supérieur, la mise en place d'équipes mutualisées revêt deux formes :

- celle, classique, des **équipes mobiles de territoire**, presque toujours médico-soignantes, intervenant généralement dans les établissements médico-sociaux, à l'instar des équipes mobiles de soins palliatifs des CH d'Alès et de Bagnols, de l'équipe de géronto-psychiatrie du Mas Careiron ou de l'équipe de prévention du risque infectieux du CHU de Nîmes,
- celle, plus novatrice, des **équipes médicales communes**, comme cela a été conçu en imagerie médicale entre le CHU de Nîmes et le CH d'Arles, avec la mise en place d'une chefferie de service unique.

Pour répondre aux enjeux territoriaux en cancérologie, GHT Cévennes-Gard-Camargue a opté à court terme pour la **création d'une équipe médicale commune d'oncologie médicale**, dotée de 8 ETP, dont il appartiendra à la Délégation des directions des affaires médicales du GHT (cf. *infra*, chapitre démographie) de définir les principes et les modalités d'organisation.

- **L'activité autonome en proximité, associée ou non à des transferts de technologie**

L'activité autonome en proximité constitue la base du fonctionnement des centres hospitaliers. Mais elle peut aussi être un objectif pour de nouvelles activités, qui nécessitent d'abord un temps d'accompagnement et de formation, ou pour des activités fragilisées par des départs médicaux et dont l'autonomie doit être restaurée.

Le recours aux plateaux techniques du CHU peut venir compléter ces dispositifs et permettre aux praticiens des établissements de proximité de parachever leur formation ou d'exercer une activité interventionnelle faisant appel à un équipement très spécialisé (robot chirurgical, rythmologie interventionnelle par exemple), concernant les patients dont ils assurent la prise en charge.

Dans tous ces cas de figure, la question de la démographie médicale et de la répartition territoriale des ressources représente un enjeu majeur.

2- SOUTENIR LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET PARAMEDICALE DU TERRITOIRE

2.1 Soutenir la démographie médicale

2.1.1 Les enjeux

Les établissements du GHT ont construit, au fil des années, des partenariats solides à partir d'échanges de temps médicaux. Les filières de patients et les organisations graduées des soins sur un territoire ont souvent pu se mettre en place grâce à la volonté de certains responsables de discipline. Un partenariat de qualité et efficace suppose une collaboration forte des équipes médicales, ce qui passe souvent par des postes à temps partagé et, plus généralement les déplacements des praticiens au sein des établissements de santé du GHT.

Les médecins chefs de service du CHU, qui sont souvent des hospitalo-universitaires, jouent un rôle d'accompagnement des CH dans le suivi des prospectives médicales et des recrutements médicaux.

Ainsi, la question de la démographie médicale constitue une des pierres angulaires de la politique de partenariat territorial.

Elle se pose avec plus d'acuité encore dans le contexte national actuel de pénurie importante dans certaines disciplines. Les départs en nombre de médecins, dans le cadre du renouvellement générationnel, ou vers le secteur privé, peuvent parfois mettre en péril l'offre de soin dans une structure hospitalière. Pour consolider les filières hospitalières dans un contexte fortement concurrentiel, il faut pouvoir offrir un cadre d'exercice professionnel attractif.

L'attractivité des carrières hospitalières doit être nécessairement pensée et réfléchi à l'échelle du GHT.

2.1.2 L'état des lieux : forces et fragilités identifiées

La force principale du GHT en matière de démographie médicale réside dans une habitude de fonctionnement en commun assez ancienne concernant les temps médicaux partagés et, pour certaines disciplines comme l'urologie, de fonctionnement très intégré.

Même lorsque les partages de temps médicaux ne sont pas nécessairement nombreux, les équipes médicales se connaissent généralement bien et ont établi des relations de qualité.

Un bilan global des échanges de temps médicaux, nominatif, par spécialité, a été établi (*annexe 3*). L'objectif est de pouvoir cerner de quel type d'activité il s'agit ainsi que les flux financiers de remboursement associés. Il apparaît qu'une analyse plus poussée des activités est à réaliser. En 2017, 52 médecins du GHT exercent une activité en dehors de leur établissement d'origine pour l'équivalent de 8,7 ETP.

Un état des lieux quantitatif a également été établi dressant une perspective à moyen terme des postes vacants cumulés aux départs à la retraite dans les trois établissements MCO (*annexe 2*). Il a permis d'identifier les spécialités les plus en tension (en nombre de postes vacants) :

Spécialités	Nombre de postes vacants
urgences - SAMU - SMUR	21.2 ETP
anesthésie	13.8 ETP
réanimations	9 ETP
imagerie médicale	8.35 ETP
psychiatrie adulte	7.4 ETP
pédo psy + ado	6.6 ETP
médecine physique-SSR	5.1 ETP
gynécologie	4.2 ETP
pharmacie	4.2 ETP
pneumologie	4
oncologie	3.9
gériatrie	3.6
cardiologie	3.2

Les spécialités qui arrivent en tête sont, sans surprise, les urgences, l'anesthésie et l'imagerie médicale. La situation du GHIT est, sur ce point, similaire à ce qui est constaté au niveau national.

Il faut cependant également souligner la situation d'autres disciplines, moins importantes numériquement, mais pour lesquelles l'absence de praticiens est très préjudiciable à la continuité des soins ou peut même mettre en péril une autorisation d'activité. Les cas de l'oncologie médicale, de la pédiatrie, de l'ophtalmologie, de la pneumologie et de la neurologie sont à signaler.

Au total, pour les 3 établissements, plus de 72 postes étaient vacants au début de l'année 2017. Les départs à la retraite d'ici 2020 vont majorer de 58 postes ce déficit existant.

Cette prospective a été complétée par une approche plus qualitative, à partir de l'entretien de 8 praticiens qui exercent leur activité professionnelle sur plusieurs établissements (*annexe 4*). L'objectif était de cerner leurs motivations, d'essayer de comprendre leurs difficultés et de chercher des pistes permettant de conforter ce type d'exercice.

Si les médecins ont souvent pris un poste à temps partagé pour pouvoir avoir une perspective de carrière au CHU, la plupart est plutôt satisfaite, au final, de pouvoir avoir une activité mixte et diversifiée. Le travail en CH est valorisant car il permet une meilleure identification du praticien qui se sent attendu et qui a la possibilité de développer son activité en autonomie, tout en ayant le recours sécurisant à une équipe universitaire en cas de besoin. Les sources de satisfaction ne masquent pas pour autant de réelles difficultés d'intégration au sein d'une équipe et une forte pénibilité liée aux multiples trajets. Une attention particulière est à apporter aux conditions d'accueil et aux éléments salariaux favorisant l'attractivité de ces postes.

Concernant la permanence des soins, un état des lieux a été réalisé au sein du GHT (*annexe 5*). Actuellement, du fait de la distance qui sépare les 3 sites (plus de 50 km), aucune mutualisation des lignes d'astreinte n'est en place.

La situation démographique de l'imagerie du CH d'Alès amène à une réflexion d'aide par le CHU de Nîmes concernant la permanence des soins en nuit profonde.

Un dispositif nouveau, celui des postes d'assistants partagés financés en partie par l'ARS, intervient au moment même de la mise en place des GHT au sein de la région Occitanie. Il pourra constituer un levier important pour répondre aux enjeux de démographie médicale et contribuera à créer des liens entre les médecins des 3 structures.

2.1.3 Les objectifs stratégiques

▪ La gouvernance en matière de direction des affaires médicales

Les objectifs stratégiques qui seront validés doivent se traduire en actions opérationnelles. Pour assurer de façon efficace et coordonnée cette mise en œuvre pratique, mais aussi pour anticiper les évolutions futures, il est essentiel que les trois directions des affaires médicales agissent de façon coordonnée. Ainsi, en matière de gouvernance, une délégation de ces trois directions, qui se concrétiserait sous la forme de rencontres régulières et formalisées, va se mettre en place.

Les 3 directeurs des affaires médicales vont se réunir tous les deux mois, sur la base d'un ordre du jour préétabli. Les représentants des affaires médicales des autres CH membres seront conviés une fois sur deux.

Les sujets traités seront, notamment, les suivants :

- mise en œuvre des objectifs prioritaires définis dans le cadre du projet médical partagé
- suivi des situations individuelles
- élaboration des prospectives (arrivées/ départs) par spécialité
- analyse des besoins
- étude des demandes de postes d'assistants à temps partagé en lien avec la faculté de médecine
- analyse commune de la réglementation concernant le domaine des ressources humaines médicales
- échanges de pratiques
- convergence des pratiques de gestion des praticiens au sein des établissements du GHT (modalités de rémunération en particulier)
- études de problématiques en lien avec la permanence des soins
- définition des principes d'organisation territoriale et de fonctionnement des équipes médicales communes avant validation par le Comité stratégique du GHT
- toute question soulevée par le comité stratégique

Deux fois par an, lors de l'examen des nouveaux dispositifs ou pour étudier des questions stratégiques, ces réunions seront élargies aux Présidents de CME, au Président du collège médical et au Doyen.

Un bilan annuel d'activité sera réalisé et communiqué aux membres du Comité stratégique du GHT.

▪ **La gestion prospective par spécialité**

Une gestion prévisionnelle des postes est à suivre au niveau du GHT, à partir de tableaux de bord communs. L'objectif est d'avoir une visibilité des départs et donc des futurs besoins sur le territoire pour tenter, dans la mesure du possible, de les anticiper. Cette approche doit être menée par discipline, avec les responsables hospitaliers et universitaires, en particulier bien sûr le Doyen de la faculté de médecine.

Cette prospective par spécialité doit recouvrir plusieurs volets :

- analyse au niveau de l'internat des besoins de formation et des capacités d'accueil des différents services du GHT, dans le cadre notamment de la mise en œuvre de la réforme du 3^{ième} cycle des études médicales
- appui des demandes prioritaires des unités en internes du DES de médecine générale auprès de l'ARS, du Doyen et des représentants des internes dans les instances régionales
- accompagnement, le cas échéant, dans les démarches d'agrément des terrains de stage
- évaluation des besoins en postes d'assistants à temps partagé : corrélation entre besoins pédagogiques, demandes des internes et besoins des CH
- analyse des mouvements de praticiens (arrivées/départs) pour anticiper les besoins futurs en matière de PH
- réflexion sur l'opportunité d'évolution vers une équipe médicale partagée

Réaliser cette prospective le plus en amont possible pour les spécialités concernées doit permettre de limiter les ruptures de prise en charge liées aux départs de médecins. Elle est de nature à garantir les dynamiques d'activité et les projets médicaux de territoire.

▪ **Le cadre de gestion des praticiens à temps partagé**

L'entretien auprès des 8 praticiens réalisant une activité partagée a permis de déterminer quelques pistes de réflexion. Une attention particulière doit en effet être portée à leurs conditions d'exercice professionnel.

Cette approche sera approfondie en associant ces praticiens à une réflexion plus large sur les conditions d'attractivité des postes à temps partagé. La première étape sera la rédaction d'un vadémécum de gestion de ces praticiens qui reprendra des éléments propres à leur rémunération, à leur gestion mais aussi des aspects matériels relatifs aux conditions d'accueil.

Des profils de poste territoriaux, mais aussi de carrière, sont ainsi à construire.

Ce vadémécum sera bien sûr enrichi d'une partie propre aux équipes médicales de territoire.

Concernant ces postes également, une grille d'analyse, à destination des directions des affaires médicales et des responsables médicaux, est à élaborer dans un objectif d'aide à la décision. Cet outil doit permettre, pour les postes déjà en place mais surtout pour les nouvelles demandes, de déterminer quelle est la finalité du partenariat (formation, accès à un plateau technique CHU, soutien à l'équipe médicale en place...), de pouvoir analyser les coûts/ bénéfices pour les parties en présence et mieux

guider ainsi la prise de décision. Cette grille pourra faciliter les décisions des établissements en matière d'opportunité mais aussi de répartition de charge financière de ces postes médicaux.

Enfin, pour répondre à des besoins plus ponctuels et pour contribuer à garantir la continuité des soins pour les spécialités les plus en tension au niveau démographique, une convention cadre type, autorisant, sous certaines conditions, des praticiens à travailler dans les autres établissements du GHT, sera élaborée. Ces interventions seront réalisées dans le cadre du tarif du temps de travail additionnel majoré de l'équivalent de la prime d'exercice territorial. Les premières spécialités concernées seront les urgences et l'imagerie médicale. En fonction des besoins, et de l'accord des responsables médicaux et des directions, cette convention pourra être proposée pour d'autres spécialités.

2.1.4 Les objectifs opérationnels prioritaires

Plan d'actions 2017 - 2022			
Dispositifs à mettre en place	Outils de mise en œuvre	Calendrier	Indicateurs de réussite
Délégation des directions des affaires médicales	Visio-conférence	Mai 2017	Nombre de réunions, bilan annuel des actions
Gestion prospective par spécialité médicale	Tableaux de bord communs	Fin 2017	
Appui des demandes prioritaires en internes du DES de médecine générale auprès des instances régionales		Novembre 2017	Nombre de postes d'internes de médecine générale ouverts sur le GHT par semestre
Dispositif de gestion des postes d'assistants à temps partagé	Dossier de candidature, commission régionale	Mai 2017	Nombre de postes validés par l'ARS
Grille d'analyse des postes à temps partagés (outil d'aide à la décision)		Septembre 2017	
Vadémécum / règles de gestion des praticiens à temps partagé	Groupe de travail avec des praticiens exerçant à temps partagé	Fin 2017	
Convergence des pratiques de gestion des praticiens (modalités de rémunération...)			
Convention cadre type autorisant des remplacements au sein des établissements du GHT		Juin 2017	Nombre de spécialités concernées Nombre de praticiens volontaires Nombre de remplacements effectués

2.2 Soutenir la démographie paramédicale

Les établissements du GHT ne sont pas à ce jour engagés dans une démarche de partenariat ou d'échanges de temps paramédical, quelle que soit la catégorie professionnelle.

Il est à souligner toutefois que sur des segments particuliers de compétences, tels que la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs et l'HAD, des équipes de l'établissement support ont été amenées à collaborer avec les professionnels du GHT.

Au sein du territoire, sont identifiés essentiellement 3 métiers sensibles :

- les cadres de santé
- les masseurs kinésithérapeutes
- les infirmiers de bloc opératoire (IBODE)

▪ Les cadres de santé

Il convient de souligner une part importante des plus de 50 ans chez les cadres de santé dont les plus forts contingents se situent entre 46 ans et 58 ans.

Le renouvellement des effectifs a été plus important en 2016 qu'en 2015 (14,41% contre 11,43%), même si le turn-over est faible. Il existe néanmoins une difficulté réelle pour assurer l'adéquation entre les départs et les arrivées des nouveaux recrutés, ce qui peut parfois être préjudiciable au bon fonctionnement des services.

Selon les établissements, le taux de renouvellement prévisionnel peut s'élever jusqu'à 40% de l'effectif à court terme.

Afin de contribuer à l'amélioration des parcours patients, il conviendra d'étudier la possibilité de construire des parcours professionnalisants pour les cadres au sein du GHT.

▪ Les kinésithérapeutes

La population des kinésithérapeutes se situe dans une fourchette d'âge plus jeune (entre 29 et 45 ans). La pyramide des âges montre toujours un fort renouvellement des effectifs, cependant ce métier est actuellement en tension en lien avec un phénomène de nomadisme et une grande mobilité sur l'ensemble du territoire. Cela peut s'expliquer par une forte concurrence du secteur libéral et l'attractivité des établissements spécialisés de rééducation. En conséquence, des postes sont vacants en permanence malgré l'ouverture à d'autres pays européens.

Le turn-over est cependant moins important que les années précédentes (48% contre 58,6%).

- **Les IBODE**

Les IBODE sont majoritairement âgés de 44 ans à 59 ans. Le turn-over est très faible (3,6%). C'est le signe de la stabilité des effectifs et de possibilité d'anticiper le renouvellement générationnel.

- **Les infirmiers**

Les infirmiers représentent la première profession de santé en termes d'effectifs devant les médecins, les pharmaciens et les autres professionnels de santé. Au niveau national, le nombre d'infirmiers a doublé au cours des 20 dernières années, avec une progression de 8% par an en moyenne. La croissance s'explique en partie par celle des jeunes diplômés, même si les fortes augmentations de places offertes en IFSI depuis une dizaine d'années n'ont pas entraîné une hausse brutale des tranches d'âges les moins âgées.

La part des infirmiers de moins de 30 ans et celle des plus de 50 ans (22% des actifs en France) sont toujours en progression. La part des professionnels proches du départ à la retraite a augmenté. L'âge moyen des infirmiers reste relativement stable (41 ans). Majoritairement, à ce jour les départs à la retraite se situent autour de 56 ans. Cette situation sera amenée à évoluer du fait de l'allongement de la durée d'exercice liée au passage de cette profession en catégorie A.

Malgré la constante augmentation du nombre d'infirmiers, un sentiment de pénurie semble perdurer. Ce sentiment est probablement alimenté par le vieillissement de la population, mais aussi par l'inégale répartition des infirmiers dans le territoire.

Les infirmiers quittant l'hôpital public se tournent majoritairement vers le secteur libéral.

La question des nouveaux métiers est en réflexion depuis plusieurs années. Ils se situent notamment à l'interface des métiers médicaux et paramédicaux et visent principalement à améliorer la prise en charge globale et la coordination des parcours de santé. Ces nouveaux métiers devront certainement faire l'objet d'une réflexion commune au niveau du territoire pour les prochaines années.

3- ORGANISER LES PARCOURS DANS LE CADRE DE FILIERES STRUCTUREES

« Les parcours de santé résultent de la délivrance coordonnée de prestations sanitaires et sociales pour répondre aux besoins de prévention et de soins des personnes, dans le cadre de dépenses maîtrisées. Pour cela, les professionnels doivent s'organiser de telle sorte que soient délivrées les bonnes prestations aux bons patients, au bon moment et par les bons professionnels » (Haute Autorité de Santé).

L'organisation des parcours doit permettre la mise en œuvre « appropriée ou pertinente » des interventions en santé, gage d'efficacité, de sécurité et de satisfaction du patient, mais aussi d'efficience, d'équité, d'accessibilité et de continuité des soins.

Le GHT Cévennes-Gard-Camargue a fait le choix de porter la réflexion **en priorité sur les 10 filières suivantes** :

- Oncologie médicale
- Chirurgies (y compris chirurgies carcinologiques, neurochirurgie et gynécologie)
- Filières d'urgence et réanimation : AVC, urgences cardio-vasculaires, traumatisés graves, organisation territoriale des urgences, réanimation-soins critiques, gestion des risques sanitaires (organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles)
- Psychiatrie - santé mentale
- Mère-enfant
- Gériatrie
- Médecine infectieuse – hygiène hospitalière
- Filières maladies chroniques : pathologies neurologiques chroniques, insuffisance rénale chronique, insuffisance cardiaque chronique, insuffisance respiratoire chronique / allergologie, diabète-nutrition-obésité, addictions
- Médecine palliative et douleur
- Prospective médecine (rhumatologie, dermatologie, médecine de proximité)

Il s'est assigné plus spécifiquement les objectifs suivants :

- organiser la **filière de cancérologie** (oncologie médicale, chirurgies carcinologiques) en conformité avec les évolutions du plan cancer 3 et leur déclinaison régionale, et s'orienter vers la structuration d'un 3C territorial
- structurer la **filière psychiatrique** dans le cadre d'un projet psychiatrique de territoire
- mener une réflexion transversale sur l'**anesthésie**, ainsi que sur la **médecine interventionnelle**

Ces filières sont adossées à des activités de **biologie**, d'**imagerie diagnostique et interventionnelle** et de **pharmacie**, dont les principes et modalités d'organisation en commun sont détaillées dans la deuxième partie du présent projet.

Les travaux menés par filière ont permis de décliner pour chacune d'entre elles les modalités d'organisation en place (fiches diagnostiques en annexe) et les évolutions proposées (feuilles de route par filière, qui font l'objet de la troisième partie du présent projet).

Les **modalités d'organisation des filières**, détaillées dans les **fiches diagnostiques (en annexe)**, précisent pour chaque filière :

- l'offre de proximité, de recours et de référence, en cohérence avec les centres experts et les activités sur-spécialisées du CHU, et en coordination avec d'autres CHU le cas échéant,
- la gradation des plateaux techniques,
- l'organisation de la permanence des soins,
- les soins primaires (médecine de ville, maisons de santé) et la prévention (éducation thérapeutique du patient), ainsi que les soins de support,
- le parcours d'aval HAD / SSR / médico-social,
- les projets de recherche clinique et la formation.

Les **feuilles de route par filière** (Cf. troisième partie) proposent une synthèse des enjeux, forces et fragilités de la filière concernée, ainsi qu'un **programme d'actions** à conduire dans le cadre du présent projet médico-soignant.

Un tableau récapitule l'ensemble des actions clés proposées pour chaque filière (cf. fin de la première partie) ainsi que dans le cadre de l'organisation en commun des activités de biologie, d'imagerie diagnostique et interventionnelle et de pharmacie.

Parallèlement et sur la base de ces travaux, une réflexion plus transversale a été conduite par un groupe de travail dédié, médico-soignant, sur l'organisation des parcours.

Ce **groupe territorial « parcours patients »** a vocation à poursuivre ses travaux tout au long de la mise en œuvre opérationnelle du projet médico-soignant partagé du GHT, afin de l'accompagner au mieux sur un enjeu central et essentiel à la concrétisation de l'ambition portée par les GHT.

Plusieurs **principes d'organisation** et **axes de travail transversaux** ont d'ores et déjà été définis et sont inscrits dans le programme d'action du GHT Cévennes-Gard-Camargue.

3.1 Organiser, au sein de chaque filière, les parcours prioritaires identifiés

L'organisation des filières et des parcours de soins s'inscrit souvent dans une histoire, qui repose avant tout sur les relations entre les équipes médicales et paramédicales, que les conventions formalisées entre établissements viennent conforter.

La CHT qui a précédé la constitution du GHT Cévennes-Gard-Camargue a contribué à forger des liens étroits entre de nombreuses équipes, notamment par l'intermédiaire des temps médicaux partagés, et à consolider les filières entre établissements publics de santé.

Toutefois, certains parcours ne sont pas structurés au sein du GHT, soit du fait de l'histoire, soit parce que les conditions humaines et matérielles ne sont pas réunies, soit encore du fait de partenariats publics-privés bien établis, notamment en néphrologie sur le bassin alésien avec l'AIDER.

L'objectif du GHT Cévennes-Gard-Camargue est, sans ambiguïté, de consolider les parcours de soins intra-GHT déjà existants et d'organiser toutes les filières sur ce principe de **structuration intra-GHT** : le groupement hospitalier de territoire fait l'objet d'un investissement humain collectif important, matériel aussi à terme, dont il est légitime d'attendre des résultats.

Les exceptions à ce principe concernent bien sûr les activités non assurées au sein du GHT, qui nécessitent le recours à des acteurs extérieurs, mais aussi certains partenariats stratégiques que les acteurs institutionnels du GHT ont convenu, en concertation, de ne pas remettre en cause.

En revanche, les acteurs du GHT ont pour ambition de renforcer l'attractivité territoriale grâce à une coordination plus étroite des parcours, en priorisant ceux qui font l'objet des taux de fuite les plus importants.

C'est le cas de certaines activités chirurgicales, à l'instar de la **chirurgie digestive** (en particulier carcinologique et bariatrique) sur le bassin de Bagnols, et plus globalement de la **chirurgie ORL** et de la **chirurgie vasculaire**.

En cancérologie, la priorité va à la réorientation de l'**hématologie** alésienne vers le CHU de Nîmes, notamment dans le cadre de la mise en place des autogreffes pour l'ensemble des patients gardois, mais aussi à la reconstruction d'une filière publique intra-GHT pour la prise en charge des cancers du sein, du poumon et colorectaux concernant les patients suivis par le CH Alès-Cévennes.

En **néphrologie**, la consolidation de la filière CH de Bagnols – CHU de Nîmes constitue le principal enjeu.

Cette liste n'est pas exhaustive et sera complétée par une étude plus fine des actes traceurs de recours et de proximité par discipline médicale et chirurgicale.

A un second niveau d'analyse, ont été identifiés un certain nombre de parcours déjà orientés intra-GHT, mais pas ou insuffisamment structurés.

Parmi ces **parcours spécifiques à structurer en priorité** figurent par exemple :

- en psychiatrie, la prise en charge des publics précaires, des patients présentant une dangerosité psychiatrique, des personnes atteintes de troubles autistiques et des personnes isolées,
- l'éducation thérapeutique pour les maladies chroniques,
- le parcours de l'insuffisant cardiaque chronique,
- la prise en charge des troubles du comportement alimentaire,
- le parcours du patient douloureux complexe en soins palliatifs, et plus globalement des patients douloureux chroniques,
- la prise en charge des pieds diabétiques complexes,
- le parcours des patients adressés en urgence en radiologie et cardiologie interventionnelles.

Il conviendra également de favoriser les adressages rapides depuis le CHU et les CH vers les services de médecine des hôpitaux de proximité.

Plus largement, la structuration des **parcours chroniques** et des **parcours d'urgence** devra s'accompagner de dispositifs spécifiques.

S'agissant des maladies chroniques, l'**éducation thérapeutique du patient** constitue une étape essentielle dans l'organisation des parcours et la prévention de la ré-hospitalisation. Le GHT Cévennes-Gard-Camargue prévoit ainsi de porter auprès de l'ARS le projet de créer une unité transversale d'éducation thérapeutique du patient (UTEP) territoriale, en complément des programmes labellisés mis en œuvre localement.

Cette **UTEP territoriale** aurait pour mission d'accompagner le déploiement des programmes d'éducation thérapeutique sur le territoire, en coopération avec les maisons de santé pluridisciplinaires et les autres acteurs déjà investis dans l'éducation thérapeutique.

Ses objectifs seraient prioritairement de :

- dupliquer dans chaque bassin de vie les programmes d'ETP s'adressant à d'importantes files actives de patients (maillage du territoire),
- compléter l'offre d'ETP dans le territoire, pour les pathologies non couvertes,
- construire une plateforme méthodologique accessible à tous, pour accompagner la labellisation et l'évaluation des programmes,
- déployer la culture éducative, à travers les programmes de formation et de recherche en ETP.

S'agissant des filières d'urgence, une des priorités actuellement identifiée réside dans la mise en œuvre de **transports sanitaires** adaptés.

Globalement, ceux-ci fonctionnent bien, grâce aux lignes de SMUR en place à Nîmes, Bagnols et Alès.

Toutefois, un travail important reste à conduire pour pallier les **problématiques de jonction entre les équipes SMUR** de Nîmes et Alès, ou de Nîmes et Bagnols, lors des transferts secondaires de patients arrivés directement aux urgences, et nécessitant une prise en charge au CHU.

La mise en place d'un **SMUR néonatal au CHU de Nîmes** et l'opportunité d'un **transport hélicoptéré nocturne** devront également faire l'objet d'une réflexion commune avec l'ARS Occitanie.

3.2 Fluidifier l'ensemble des parcours

3.2.1 - Les principes d'action partagés

▪ Définir des parcours gradués au sein d'un réseau d'établissements

Un des objectifs principaux des GHT est d'assurer la prise en charge en réseau des patients avec une réponse de soins graduée sur le territoire de santé. L'égalité des chances sous-tend l'ensemble des orientations prises au sein du présent projet afin de garantir à tous le même accès aux traitements, aux équipes médicales et paramédicales, aux plateaux techniques et aux innovations en santé.

La définition de ces parcours devient une des priorités et une des clés de succès du GHT, avec une volonté forte de fluidifier la trajectoire du patient entre les établissements de santé. Cette trajectoire se réalise dans le respect des orientations du projet médico-soignant du GHT.

L'adéquation entre les besoins des patients et les modalités de prise en charge doit être intégrée à la stratégie du GHT avec comme objectifs :

- la hiérarchisation des parcours patients
- la garantie de la qualité et sécurité des soins dispensés aux patients dans son parcours
- l'optimisation des moyens dans chaque établissement
- la maîtrise médico-économique des dépenses aux différentes étapes des parcours

L'ensemble de ces engagements rend nécessaire la structuration des trajectoires médicales du patient au sein du GHT.

Conformément au **principe de subsidiarité**, les patients doivent être chaque fois que possible soignés dans l'établissement le plus proche de leur domicile. Chaque établissement doit donc assurer les soins de proximité, et les transferts de patients s'organisent entre les établissements autour de la notion de proximité et de réponse graduée.

Les différentes filières de soins ont ainsi identifié un premier échelon de prise en charge de proximité et un second échelon de recours vers l'établissement le plus à même de répondre à ce recours.

Cette ambition nécessite également de définir les **principes fondamentaux sur lesquels l'ensemble des établissements parties au GHT vont s'engager** : les démarches du GHT liées aux parcours des patients devront s'appuyer sur les projets médicaux structurés au sein des filières de santé, ainsi que sur une exigence constante de qualité et de sécurité des soins au sein de ces parcours.

- **Définir des parcours coordonnés entre professionnels**

Garantir la qualité, la continuité et la sécurité de la prise en charge et de l'accompagnement tout au long du parcours de santé personnalisé de l'utilisateur correspond au 4ème objectif de la Charte du Parcours de Santé éditée par la conférence nationale de santé du 18 octobre 2016.

« L'ensemble des professionnels assurent la fluidité du parcours en se coordonnant et en partageant les informations nécessaires à la qualité de la prise en charge et de l'accompagnement, ceci dans le respect de la volonté des usagers et de la protection des données personnelles. »

La loi de modernisation du système de santé pose à nouveau la question de l'organisation des soins en France et d'une véritable médecine de parcours, tangible, pour les patients.

La mise en place des GHT est un facteur facilitateur pour atteindre cet objectif, en rendant les parcours patient plus efficaces par une intervention coordonnée et concertée des professionnels de santé mais aussi sociaux des structures d'amont et d'aval.

Quelle que soit la structure d'aval, hôpital, HAD, SSR, USLD ou EHPAD, il s'agit de permettre au patient de recevoir « les bons soins par les bons professionnels dans les bonnes structures au bon moment ».

- **Agir prioritairement sur les interfaces**

Le renforcement de la fluidité du parcours patient constitue un objectif médico-soignant du GHT Cévennes-Gard-Camargue, qui vise d'une part à garantir, dès l'accueil du patient, la transmission de tous les éléments nécessaires à la prise en charge, et d'autre part à éviter une prolongation de séjour par un défaut de coordination entre établissements.

Renforcer les connaissances sur les moyens disponibles sur chaque structure d'aval, limiter et encadrer les transferts pour les personnes âgées fragiles ou tout autre parcours complexe restent également une priorité pour la réussite de ce parcours patient.

Les difficultés énoncées au sein des différents établissements sont des problématiques communes rencontrées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée entre les structures. **Ces parcours patients ne peuvent être travaillés que dans le cadre des interfaces entre établissements.**

En effet, des problématiques apparaissent dès la préadmission, avec des annulations non signalées, un décalage entre l'état de santé du patient annoncé et son état à l'arrivée, des difficultés avec les plateformes de transport, tous ces éléments ayant un impact sur l'accueil et l'anticipation des besoins du patient.

Le projet de fluidification des parcours patient est un projet transversal, concernant l'ensemble des filières traitées dans le cadre du présent projet.

3.2.2 - L'organisation actuelle des parcours : forces et fragilités identifiées

Le parcours repose sur 3 étapes-clés : l'entrée du patient, les transferts pendant le séjour pour des examens ou consultations, la sortie.

Les forces

- Conventions existantes entre établissements
- Avenant spécifique à la convention entre le CH de Bagnols-sur-Cèze et le CH de Pont-Saint-Esprit « renforcer la fluidité et la coordination du parcours patient »
- Des engagements de reprise de patient par le secteur psychiatrique
- Des supports de liaison (Trajectoire, fiches papier...)
- Des accès partagés entre certains établissements pour le signalement des événements indésirables liés au parcours, avec analyse et action correctives

Les dysfonctionnements observés à l'entrée du patient

Un défaut de transmission ne permettant pas d'assurer une continuité des soins de qualité :

Outil Trajectoire insuffisamment complété et messagerie saturée, absence parfois des fiches de liaison, manque d'information médicale sur les antécédents, pathologie associée, dates des prochains RV et examens complémentaires non communiqués (parfois programmés le lendemain de l'arrivée), absence d'information sur les directives anticipées ou sur les éléments de sécurité à connaître pour certaines prises en charge (patient psychiatrique)

Un manque également pour la transmission de données administratives, telles que :

- Lieu de vie du patient / tutelle / coordonnées du service de provenance (Interlocuteur privilégié)
- Le plan d'aide à domicile lorsqu'il est en place
- Conformité des certificats de Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
- Perte de la carte vitale

Des difficultés pour échanger avec la structure d'amont :

- Perte de temps pour joindre un interlocuteur, pas de répertoire partagé pour trouver facilement la personne ressource
- Identification de parcours complexes concernant notamment l'obésité, la psychiatrie, les mineurs, les adultes protégés et la gériatrie

Les dysfonctionnements observés à la sortie du patient

- La programmation des examens, parfois le lendemain de la sortie
- La saturation des lits en attente, la méconnaissance des moyens de l'établissement receveur
- Un manque d'anticipation SSIAD et HAD pour le retour à domicile ou retour sur l'EHPAD
- Une rupture dans la continuité des soins : courrier et compte rendu d'examen non disponibles à la sortie / pas de médicament remis si nécessaire
- Une méconnaissance des moyens disponibles (O2/ PUI...) de la structure d'aval
- Des fiches de liaison qui n'arrivent pas
- Une confidentialité des documents insuffisamment respectée
- Une impossibilité de signaler entre établissements les événements indésirables liés au parcours

3.2.3 – Un dispositif opérationnel de coordination des parcours

Le groupe de travail pluridisciplinaire et pluri-établissements qui s'est réuni sur la question de l'organisation des parcours propose, en lien avec les groupes de travail par filière, de traiter des problématiques liées à la trajectoire de soins.

Pour poursuivre sa mission, il entend s'appuyer sur les projets des filières pour avoir une connaissance éclairée de chacune de leurs problématiques. Le groupe aura alors une vision d'ensemble du parcours patient et pourra proposer des actions à déployer sur le territoire de manière commune, transversale et coordonnée.

A ce titre, le groupe Parcours Patient aura à se coordonner avec les directions des soins, et particulièrement le groupe de travail de la CSIRMT de groupement en charge de la fluidité du parcours.

Le groupe se réunit tous les trimestres et a vocation à traiter de tous les projets et de toutes les questions relatives aux parcours qui lui auront été soumis. Il sera comptable de la coordination générale des Parcours et du suivi des actions correctrices identifiées transversales.

▪ Un groupe pluridisciplinaire centré sur les parcours du patient

Le groupe territorial Parcours Patient propose dans un premier temps de formaliser les parcours types et leurs problématiques propres. Cela implique de :

- recenser les parcours patients phares identifiés par chacune des filières, au-delà de ceux déjà mentionnés au 3.1 du présent chapitre,
- formaliser ces parcours autour des étapes de la prise en charge et des risques associés,
- colliger l'ensemble des risques identifiés par les filières,
- prioriser les risques identifiés, notamment les risques communs, selon la criticité évaluée pour chacun
- proposer des actions correctives communes
- mettre en œuvre et suivre les actions validées au niveau stratégique.

Il devra également suivre l'ensemble des plans d'actions transversaux issus des filières et du groupe de travail de la CSIRMT de groupement.

Lors des retours d'information des filières et notamment grâce à des rencontres, le groupe parcours patient aura à travailler avec les représentants de filières pour identifier et distinguer les problématiques propres à la filière de celles communes à l'ensemble des filières et des établissements. Les groupes de travail par filière seront invités à traiter les problématiques propres à leurs filières et le groupe Parcours Patient aura à traiter des actions globales du GHT.

Dans un second temps, il aura à coordonner l'ensemble des parcours identifiés afin de rendre compte au comité stratégique de son action et proposer des orientations nouvelles au regard des évolutions à venir.

Ces actions permettront de préparer la certification du GHT à partir de 2020.

Fiche actions du Groupe			
Actions	Responsable	Délai	Etat avancement
Identifier des référents du groupe par filière	Groupe	Mai 2017	Fait
Créer un support de recensement des risques par filière et une méthode de travail (fiche dirigée...)	Groupe	Octobre 2017	
Créer un outil de recensement des problématiques de trajectoire au sein des filières	Groupe	Octobre 2017	
S'adresser aux responsables des filières pour informer de la démarche Parcours patient	Pilotes Parcours	Novembre 2017	
Formaliser les parcours avec les filières	Un référent par filière	Juin 2018	
Colliger les risques transversaux par filière	Un référent par filière	Déc 2018	
Prioriser les risques	Le groupe avec les directions des soins	Janvier 2019	
Etablir un plan d'actions transversales	Groupe	Janvier 2019	
Assurer le suivi des actions	Groupe	En continu 2019 - 2020	

▪ Un premier plan d'actions ambitieux et transversal

Le groupe Parcours Patient supervisera et accompagnera l'ensemble des actions dédiées à l'optimisation du parcours du patient au sein des établissements de santé. Notamment, il intégrera les actions déjà identifiées par le groupe de travail de la CSIRMT de groupement et déclinées ci-dessous.

Ce plan d'action de fluidification des parcours et de sécurisation des interfaces repose sur les objectifs suivants :

OBJECTIF 1 – Optimiser la communication entre établissements pour sécuriser la continuité des soins

- Améliorer les supports de communication et de liaison concernant le patient
- Repérer les personnes ressources par filière

OBJECTIF 2 – Renforcer la coordination des parcours complexes au sein du GHT

- Identifier les fragilités liées à la singularité de certains parcours
- Améliorer la transmission des informations significatives

OBJECTIF 3 – Connaître les ressources et organisations des autres établissements et s’y adapter

- Lister les contraintes et les limites de l’offre de soins (ressources humaines et matérielles disponibles)
- Eviter les ruptures de prise en charge
- favoriser l’accueil des patients dans le cadre d’ « hôpital sous tension »

Plan d’actions 2017 - 2022		
Actions proposées	Outils de mise en œuvre	Indicateurs de réussite
OBJECTIF 1		
Repérer les informations nécessaires à la continuité de la prise en charge		Items communs validés
Elaborer des outils communs de communication et de liaison	<p>Réaliser un comparatif des différentes fiches de liaison utilisées au sein du GHT</p> <p>Construire une fiche de liaison commune GHT</p> <p>Parvenir à interfacier les fiches de liaison au moyen des différents DPI</p> <p>Mettre en place un dispositif pour la transmission de petit matériel (prothèse dentaire, auditive, carte vitale, médicament si nécessaire....)</p>	<p>Fiche réalisée</p> <p>Interface opérationnelle</p> <p>Pochette de liaison mise en place</p>
Recenser les dysfonctionnements liés à l’outil Via Trajectoire	<p>Construire un support d’audit sur l’outil trajectoire</p> <p>Réaliser un audit sur 1 mois sur des secteurs ciblés du GHT</p> <p>Partager les résultats de l’audit avec le comité stratégique du GHT et l’ARS</p>	<p>Support GHT construit</p> <p>Audit réalisé</p> <p>Rencontre effectuée</p>
Sécuriser la transmission des données, messageries, courriers...	<p>Etablir une cartographie des professionnels partageant des données de santé sensibles à caractère personnel</p> <p>Déployer la messagerie sécurisée</p> <p>Partager les adresses mail sécurisées au sein du GHT</p>	<p>Liste réalisée par établissement</p> <p>Messageries déployées et utilisées - Annuaire mis en place</p>
Identifier les partenaires privilégiés dans chaque spécialité	<p>Faire la synthèse des diagnostics par filière</p> <p>Identifier par établissement les partenaires privilégiés</p>	Liste des partenaires privilégiés identifiés
Créer une fiche réflexe par service avec les numéros utiles, adresses mails entre établissements et les actualiser annuellement	<p>Recenser les coordonnées utiles pour chaque secteur ciblé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tél cadre de santé - Tél de son remplaçant - Tel de l’IDE /Assistante Sociale/ Secrétariat... 	Fiche réflexe réalisée et révisée annuellement.

Plan d'actions 2017 - 2022		
Actions proposées	Outils de mise en œuvre	Indicateurs de réussite
	Diffuser la fiche réflexe des partenaires dans les services de soins via les cadres de santé	Diffusion réalisée
OBJECTIF 2		
Faire un état des lieux pour définir les parcours complexes les plus fréquents au sein du GHT	Arrêter la liste des parcours complexes (à risque) sur la base des travaux par filière : Patient psychiatrique, détenu, patient obèse, personnes âgées...	Liste réalisée
Définir les besoins spécifiques des parcours complexes	Recenser, avec les professionnels de chaque CSIRMT, les besoins spécifiques pour chaque parcours : - Besoin en matériel - Besoin humain - Besoin de procédure d'accompagnement	Recueil partagé au sein du GHT
Repérer les risques de points de ruptures	Evaluer le niveau de risque en fonction du point de rupture Signaler les Evènements Indésirables Mettre en place des RMM de parcours	Echelle de risque créée Nombre de signalements et de RMM
Repérer les informations spécifiques à transmettre	Elaborer une fiche guide avec les spécificités requises (matérielles / humaines/procédures) pour chaque parcours complexe. Diffuser cette fiche à chaque service susceptible d'adresser ce profil de patient. Systématiser l'envoi de cette fiche en plus de la fiche de liaison.	
Anticiper la sortie dès l'entrée du patient (vers SSR, HAD, domicile)	Préciser sur Trajectoire les spécificités requises pour l'admission du patient	Requête trajectoire
Élaborer une check-list de sortie	Mettre en œuvre la généralisation de la check list de sortie et les points de vigilance sur les données à transmettre	Nombre d'évènements indésirables signalés
OBJECTIF 3		
Inclure les limites de l'offre de soins (ressources disponibles humaines et matérielles) sur la fiche reflexe indiquant les partenaires privilégiés de chaque établissement	Recenser les limites de chaque établissement 1. En matériel (O2 dans les CH, ...) 2. Humaines : permanence IDE la nuit / horaire d'ouverture des pharmacies Ajouter ces indicateurs sur la fiche reflexe Diffuser la fiche via les CSIRMT de chaque établissement et les réactualiser annuellement dans le cadre de la CSIRMT de GHT	fiche de recueil /structure complétée fiche reflexe complétée Evaluation de la connaissance de cet outil par les professionnels avec un attendu supérieur à 50%

Plan d'actions 2017 - 2022		
Actions proposées	Outils de mise en œuvre	Indicateurs de réussite
Contractualiser pour faciliter et sécuriser des parcours, l'admission et les engagements de "reprise" rapide d'un patient à la sortie dans un établissement de soins	Ajouter dans la description des filières parcours patient par spécialité, les engagements de reprise rapide des établissements suite à un transfert	Engagement de reprise indiqué dans les protocoles entre établissement
Tenir compte du problème éthique des « personne n'en veut »	Recensement au sein du GHT de ces situations Rechercher des solutions au sein du GHT et /ou avec des partenaires externes.	Procédure de recensement en place Nombre de signalements EI liés au parcours, « BED Bloqueur »
Formaliser un dispositif d'entraide entre établissements dans le cadre « Hôpital en tension »	Proposer la constitution d'une cellule GHT « Hôpital sous tension »	Cellule constituée

Les outils à mettre en œuvre pour sécuriser les interfaces entre établissements du GHT pourront être également utilisés dans la structuration des articulations avec les acteurs d'amont et d'aval extérieurs au GHT.

3.3 Associer à chaque fois que nécessaire les acteurs d'amont et d'aval

Le GHT Cévennes-Gard-Camargue affirme la volonté d'associer à la structuration des filières et des parcours, à bon escient, l'ensemble des partenaires indispensables à la continuité et la qualité des soins, tels que les professionnels de ville et maisons de santé, les structures HAD et prestataires de service à domicile, le CHU de Montpellier, les ESPIC et établissements de santé privés, les acteurs médico-sociaux (EHPAD, MAS, FAM...), les associations d'usagers, etc.

Cette association interviendra au cas par cas dans le cadre de la mise en œuvre du projet médico-soignant partagé du GHT, par le biais d'une participation aux différents groupes de travail, et si c'est pertinent par la formalisation d'une convention d'association ou de partenariat.

Il est d'ores et déjà prévu de travailler à une convention d'association avec l'AIDER, concernant la prise en charge de l'**insuffisance rénale chronique**, et le champ de la **psychiatrie** nécessitera également un travail de contractualisation important, nécessaire à la lisibilité des prises en charge dans un domaine marqué par la superposition de nombreux acteurs dans des champs différents (médico-sociaux, sociaux, éducatifs...).

La forme de l'association ou du partenariat avec le GHT a d'emblée été retenue :

- avec 9 EHPAD publics autonomes du Gard, concernant la **prise en charge des personnes âgées**,
- avec l'APARD et 3G Santé, concernant l'**hospitalisation à domicile**.

Les établissements membres du GHT, opérateurs d'une HAD publique (CH de Bagnols-sur-Cèze) et les opérateurs privés 3G et APARD, prévoient de structurer une offre d'HAD plus homogène sur l'ensemble du territoire, en définissant des parcours de soins types, intégrant des chemins cliniques formalisés et des logigrammes de processus collaboratif.

Ce travail portera en priorité sur :

- les sorties précoces de chirurgie,
- les prises en charge relevant de la cancérologie, de la pneumologie (carcinologique ou non) et des soins palliatifs,
- les prises en charge relevant de l'obstétrique (en fonction des autorisations HAD),
- les prises en charge relevant de l'urgence (circuit court).

Le développement de l'intervention des HAD en EHPAD sera également recherché. De nouveaux segments d'activité pourront être investis dans un second temps.

3.4 Mettre en place les conditions de réussite

La capacité des différents acteurs à mobiliser les moyens nécessaires à un bon fonctionnement des filières, à leur fluidité et à leur sécurisation, conditionne la réussite des organisations pensées par le GHT.

Cela passe par un investissement collectif des équipes médico-soignantes, pour mettre en place des circuits à même de garantir la réactivité nécessaire dans la réponse aux besoins exprimés par les partenaires (créneaux de consultation et d'examen accessibles rapidement, compte-rendu immédiat et suivi partagé du patient, à titre d'exemples).

Mais cela repose également sur la mise en place d'outils et de dispositifs structurants.

3.6.1 Le partage dématérialisé des données médicales et soignantes

La mise en place d'un **Dossier Informatisé Commun** constitue une priorité pour le GHT, afin de rendre accessibles, en continu, les données médicales et paramédicales nécessaires aux professionnels de santé hospitaliers, dans le cadre des parcours de soins territoriaux.

L'uniformisation des **Systèmes d'Informations pour Laboratoire** (SIL) et le partage des **systèmes de communication d'archives d'images** (PACS) sont les deux objectifs associés considérés comme les plus contributifs à la bonne coordination des parcours.

La possibilité d'échanger des données médicales et paramédicales avec les professionnels de santé de ville ou des établissements associés (EHPAD, HAD...), par des systèmes d'information communicants et sécurisés, est également nécessaire.

A court terme, les priorités portent sur la transmission sécurisée des comptes-rendus médicaux et l'accès aux images.

3.6.2 Les dispositifs de concertation et de partage des expertises

Le GHT Cévennes – Gard – Camargue a vocation à constituer autant un espace de circulation des données qu'un espace de concertation, le premier étant au service du second.

Il est essentiel à la bonne prise en charge du patient que son parcours s'accompagne, pour les situations thérapeutiques lourdes ou complexes, d'une mise en synergie des compétences.

Les staffs de concertation pluridisciplinaire sont donc appelés à se développer au sein du GHT, qu'il s'agisse de RCP ou d'autres types de réunions inter-établissements. Le recours à la visioconférence constitue un outil privilégié pour éviter les déplacements, en permettant la mise en œuvre de télé-staffs et télé-RCP.

A titre d'exemple, la mise en place d'une **RCP commune de chirurgie bariatrique** est en projet, de même qu'une RCP portant sur les **infections ostéo-articulaires**.

En infectiologie, l'expertise fait l'objet d'une structuration territoriale particulièrement intégrée, à travers un projet de **CLIN territorial** et de **comité médical des anti-infectieux (COMAI) commun**.

Concernant la **cancérologie**, enfin, la structuration d'un **3C territorial** articulant les RCP de recours du CHU et les RCP de proximité des CH d'Alès et de Bagnols-sur-Cèze, demeure un objectif phare, impliquant également une homogénéisation des outils et dispositifs existants (consultations d'annonce, soins de support...).

4- HARMONISER LES FORMATIONS ET LES PRATIQUES

La formation professionnelle participe à améliorer la qualité et la sécurité des pratiques ce qui constitue un axe majeur de l'action publique dans le domaine de la santé, en réponse aux demandes nouvelles des professionnels, des citoyens et des acteurs de la décision publique. Elle contribue également à favoriser le développement professionnel et personnel et la mobilité.

4.1 La formation au service du projet médico-soignant

4-1-1 Un environnement en mutation

Les évolutions réglementaires et les nouvelles modalités d'intervention des politiques publiques dans les secteurs sanitaire, social et médico-social incitent à renforcer et adapter les compétences des professionnels dans un environnement en mutation qu'il est difficile d'anticiper. Sont concernées notamment la nouvelle répartition des tâches entre professionnels, la réorganisation de l'offre de soins et la prise en charge des nouvelles pathologies dans un cadre financier de plus en plus contraint.

Il convient ainsi de favoriser une meilleure coordination des intervenants autour du parcours des usagers et de prendre davantage en compte la complémentarité des métiers et des professionnels des domaines sanitaire et médico-social.

4-1-2 Co-construire un socle de compétences collectives au sein du GHT

Le développement professionnel continu (DPC) représente un levier d'amélioration de la qualité et de développement professionnel et personnel des professionnels médico-soignants

L'article 59 de la loi HPST du 21 juillet 2009 instaure l'obligation, pour l'ensemble des professionnels de santé de participer, au moins, une fois par an, à un programme de développement professionnel continu (DPC).

La loi HPST précise que le DPC a pour objectif « l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé.

Le DPC est conçu comme un dispositif complémentaire au service du développement des compétences et permet de généraliser pour toutes les catégories professionnelles de nouvelles approches en matière de formation.

Il privilégie les actions de développement des compétences en équipe pluridisciplinaire, associant médecins et paramédicaux.

4-1-3 Faire de la formation un outil au service du PMSP

Les établissements du GHT Cévennes-Gard-Camargue sont organisés de manière hétérogène en termes de formation. L'objectif de cet axe du projet est de mutualiser les compétences et les ressources pour harmoniser les pratiques professionnelles, s'enrichir de la pratique des autres et optimiser les actions de formation en tenant compte des impacts médico-économiques.

En résumé, les acteurs du GHT manifestent leur souhait de collaborer au niveau de la formation, des compétences, du partage d'expériences et de concertation médicales et soignantes inter-établissement dans l'objectif de proposer une offre de soins de qualité, harmonisée et complémentaires sur le territoire.

La coordination des plans de formation médicale et soignante et du DPC permettra l'optimisation des ressources, l'enrichissement mutuel par le partage d'expériences au service des usagers. Le PMSP a ciblé en particulier la **formation à l'éducation thérapeutique**, la **douleur**, la **nutrition**, les **soins palliatifs**, le **médicament** et l'**évaluation des pratiques professionnelles (EPP)**.

Le partage des ressources pédagogiques et le développement d'actions de formation en inter-établissement s'organisera autour de l'accès pour tous aux outils pédagogiques modernes et innovants : **e-learning**, **simulation en santé** (mannequins, chambres des erreurs), **télé-staffs** et **EPP de territoire**, temps pédagogiques médicaux et soignants partagés.

4-1-4 Développer les partenariats au service de la formation

Le renforcement des synergies hospitalo-universitaires dans la formation des praticiens et des paramédicaux passera par l'optimisation du déroulement des stages hospitaliers des étudiants en formation initiale et continue.

Concernant plus spécifiquement les formations paramédicales, l'évolution des référentiels métiers se fait selon une nouvelle grille de lecture centrée sur les compétences. L'arrivée de nouvelles technologies nécessite aux soignants de développer de nouvelles compétences pour être efficaces en situation et apporter la meilleure qualité et sécurité des soins auprès des usagers.

L'innovation partenariale permettra l'organisation de **parcours de stage territoriaux**.

4.2 Optimiser la qualité, la sécurité et la gestion des risques associés aux soins

4-2-1 Renforcer la culture qualité et sécurité des soins au sein du GHT

La qualité des soins et, plus largement, du système de santé, constitue désormais un axe majeur de l'action publique dans le domaine de la santé, en réponse aux demandes nouvelles des professionnels, des citoyens et des acteurs de la décision publique.

L'amélioration de la qualité en santé est une exigence qui porte ses fruits depuis une quinzaine d'années déjà. L'un des objectifs stratégiques du projet médico-soignant de territoire vise à garantir la qualité et la sécurité des soins au moyen de projets diversifiés et adaptés, menés en pluridisciplinarité. L'atteinte de cet objectif repose sur l'expertise médicale et paramédicale des équipes des établissements du GHT ainsi que sur la mise en œuvre d'actions coordonnées garantissant une mise en commun de compétences spécifiques et complémentaires.

Par ailleurs, elle suppose le respect de valeurs communément partagées avec l'ensemble des acteurs de santé et médico-sociaux.

L'émergence d'une culture qualité et sécurité des soins est une priorité d'action au sein du GHT car les fragilités de la prise de conscience institutionnelle ou au niveau des équipes peuvent alimenter les causes majeures d'événements indésirables associés aux soins survenant en établissement de santé.

Face à ces accidents, parfois graves et souvent évitables, les enjeux du renforcement d'une culture de sécurité sont nombreux :

- Enjeux humains pour les patients et leurs familles en termes de conséquences, mais aussi pour les professionnels de santé impliqués dans un événement indésirable ;
- Enjeux stratégiques pour la réputation de l'établissement, du GHT, en termes de capacité à maintenir et développer une activité à risques dans le cadre de l'organisation régionale de l'offre de soins, mais également en termes de contentieux ;
- Enjeux techniques, organisationnels.

Le déploiement d'une culture de qualité et de sécurité dans chaque établissement et secteur d'activité, permet l'implication, la responsabilisation et la reconnaissance professionnelle.

Le volet qualité s'organise autour d'éléments socles pour l'ensemble des filières de soins du territoire, dont :

- ⇒ la prise en charge de la **douleur**
- ⇒ La **prise en charge nutritionnelle**
- ⇒ La prise en charge des **plaies chroniques**
- ⇒ La prise en charge en **soins palliatifs**
- ⇒ La **maîtrise du risque infectieux**
- ⇒ La **prise en charge médicamenteuse**
- ⇒ **L'éducation thérapeutique du patient**

La poursuite de cet objectif pourra permettre la mise en place de référentiels et protocoles communs en lien avec les référents experts issus de chacun des établissements du GHT. La **labellisation de filières** pourra également être recherchée, à l'instar de la démarche initiée en cancérologie avec la FHF cancer dans le cadre de la CHT.

4-2-2 L'évaluation des pratiques professionnelles, un levier d'amélioration de la qualité

L'évaluation de la pratique d'un professionnel de santé consiste à « *analyser son activité clinique réalisée par rapport aux recommandations professionnelles disponibles actualisées, afin de mettre en œuvre un plan d'amélioration de son activité professionnelle et de la qualité des soins délivrés aux patients* ».

L'enjeu de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) est de répondre aux exigences légitimes des patients et des usagers du système de santé. L'EPP, par définition pluridisciplinaire, s'inscrit dans une dynamique globale d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les EPP permettent :

- D'améliorer la qualité des pratiques dispensées par les équipes pluridisciplinaires.
- De favoriser l'implantation des données probantes et l'utilisation des référentiels de bonnes pratiques.
- De soutenir et développer l'évolution des prises en charge médico-soignantes.

Le développement de la culture d'évaluation des pratiques professionnelles au sein du territoire permettra la mise en cohérence des démarches d'EPP et des programmes de DPC avec les parcours patients et les évolutions des modalités de prise en charge des patients (**patient traceur, chemins cliniques** et certification V 2014).

Le partage des analyses de pratiques professionnelles sera articulé autour de méthodologies préconisées par la Haute Autorité de Santé :

- ⇒ Le retour d'expérience (Retex)
- ⇒ Les Comités de Retour d'Expériences (CREx)
- ⇒ Les Revues Morbidité Mortalité (RMM)
- ⇒ Les audits cliniques
- ⇒ Les chemins cliniques
- ⇒ Le patient traceur

Autant de méthodologies qui seront déclinées à l'échelle du GHT (**CREx de territoire, RMM de parcours, audits croisés**, etc.).

Ces dispositifs contribueront au développement d'une culture commune d'analyse d'expériences positives et créatives entre établissements du GHT, qui sera renforcée par la participation à des formations communes.

4.3 La qualité et la préparation de la certification conjointe

Depuis 1996, tous les établissements de santé publics ou privés doivent s'engager dans une démarche de certification. Une visite de certification a lieu tous les 4 ans, sous le contrôle de la Haute Autorité de Santé (HAS). Elle mesure le niveau de qualité d'un établissement en évaluant l'ensemble de son fonctionnement et de ses pratiques à travers un guide de référence (manuel de certification de la Haute Autorité de Santé).

Introduit par la loi de modernisation du système de santé, l'article L.6132-4 du code de la santé publique dispose que « *la certification des établissements de santé (...) est conjointe pour les établissements publics de santé parties à un même groupement* ».

A compter de 2020, les établissements publics de santé d'un même GHT auront l'obligation de s'inscrire dans une seule démarche de certification selon le calendrier de la HAS. Cela va conduire les établissements parties au GHT à faire converger leur système de management de la qualité. A cet égard, il est important de **consolider les orientations et axes de la démarche qualité du groupement à compter de l'année 2017**. La définition de ces axes et orientations devra être conduite sous l'égide du comité stratégique du GHT et en conformité avec son projet médico-soignant partagé.

La constitution d'un réseau fort associant les directions qualité, les CME et les directions des soins des établissements membres est la première étape de cette convergence. Elle permettra de poser les bases d'une homogénéisation des systèmes qualité et d'amener les structures à répondre aux exigences de la HAS de manière coordonnée.

Il s'agit tout d'abord pour les établissements de :

- ⇒ Définir la politique qualité du GHT en cohérence avec les orientations médico-soignantes définies globalement et par filière, et la diffusion d'une culture qualité partagée
- ⇒ Mettre en œuvre cette politique, en se basant sur la création d'un **système de management qualité structuré au sein du GHT** (système documentaire harmonisé, planning d'actions coordonné, outils de pilotage et de suivi mutualisé...) et préparer la mise en place d'un **compte qualité commun**
- ⇒ Assurer le suivi des actions de qualité déployées et l'évaluation continue du système qualité, reposant sur une organisation socle, permettant la mise en place d'audits de pratiques croisés, de démarche d'EPP menées conjointement, la réalisation de CREX et de RMM associant les professionnels des diverses structures
- ⇒ S'inscrire dans une démarche d'amélioration continue de la qualité.



Groupement Hospitalier de Territoire
CÉVENNES | GARD | CAMARGUE

C'est au travers d'un management de la qualité fortement porté par les médecins, l'encadrement soignant et les autres professionnels de santé que la gestion des risques constituera le socle de la performance des organisations au sein du GHT.

L'optimisation de l'offre de formation inter-établissements, la généralisation du DPC en lien avec l'objectif de qualité, sécurité des soins et gestion des risques seront les vecteurs du développement des coopérations et des dispositifs de coordination entre l'ensemble des acteurs du GHT.

5- DIFFUSER LA RECHERCHE CLINIQUE ET L'INNOVATION

5.1 Les enjeux et les objectifs

Le développement d'une dynamique territoriale de recherche dans le cadre du GHT vise à favoriser l'égalité d'accès aux soins de recours, aux protocoles de recherche et aux innovations et participe de l'amélioration de la qualité des soins et de la diffusion des bonnes pratiques au plus près des patients.

Il contribue plus globalement à l'adaptation des établissements aux évolutions de l'environnement et à la performance du système de soins, en éclairant l'efficacité des organisations et la pertinence des choix d'investissements

Il constitue également un facteur d'attractivité et de fidélisation pour les professionnels de santé du GHT, ainsi qu'un levier pour les réseaux qui se tissent ou se consolident entre les équipes médicales et soignantes.

Fort d'une communauté médico-soignante de 7200 ETP et de la responsabilité de la prise en charge d'une partie importante de la population gardoise (93 247 séjours MCO hors séance en 2015), le GHT Cévennes-Gard-Camargue se donne pour mission de participer collectivement à la poursuite des avancées thérapeutiques et l'essor des prises en charge innovantes, à l'appui de chacune des filières du projet médico-soignant partagé et au bénéfice des patients du territoire.

A ce titre, le GHT Cévennes-Gard-Camargue entend contribuer à l'ensemble des actions permettant de :

- développer la recherche biomédicale et notamment clinique dans le territoire ;
- évaluer des produits et technologies biomédicales ;
- transférer des technologies de recherche vers le diagnostic et le traitement des pathologies ;
- diffuser les connaissances issues de la recherche.

5.2 Les forces et fragilités

La structuration territoriale de la recherche au sein du GHT est embryonnaire :

- Seul le CHU est promoteur de projets de recherche
- Le CH d'Alès et le CH de Bagnols-sur-Cèze mettent en œuvre des études depuis plusieurs années, mais ont besoin d'un appui que le GHT peut leur offrir
- La mise en place de projets multicentriques est peu développée : moins de la moitié des études cliniques (6 projets sur 14) en cours au CH Alès-Cévennes sont conduites en association avec le CHU de Nîmes
- Le temps de TEC (10 %) dévolu à la recherche en oncologie, dans le cadre de l'équipe mobile de recherche clinique (EMRC) financée par l'intermédiaire du GIRCI, est trop ponctuel pour constituer un levier efficient
- Les problématiques de démographie médicale et la nécessité de prioriser la continuité des soins, y compris par le recours à l'intérim, constituent un frein structurel au développement des projets de recherche dans les centres hospitaliers

A contrario, il existe de la part des acteurs du GHT une forte volonté institutionnelle de faire progresser les activités de recherche sur le territoire du GHT :

- Le CHU de Nîmes, bien que sous-doté en personnels universitaires, a mis l'accent depuis une dizaine d'années sur le développement de la culture de la recherche, a déployé des moyens importants (appel à projets interne, métiers supports...) et atteint une volumétrie de projets qui le hisse au niveau des CHU grands promoteurs
- Le CH Alès-Cévennes a structuré un pilotage de la recherche, avec un directeur responsable et des référents médicaux et paramédicaux, et a identifié ses thématiques de recherche dans l'objectif de développer des projets en partenariat
- Une réflexion partagée a été initiée dans le cadre du projet médical commun de l'ex-communauté hospitalière de territoire, et les référents médicaux recherche des CH d'Alès et de Bagnols ont participé aux séminaires de réflexion organisés en 2016 dans le cadre de l'élaboration du projet médical et du plan d'action recherche du CHU.

5.3 Les missions du CHU et du GIRCI

Le CHU de Nîmes, en sa double qualité d'établissement hospitalo-universitaire et d'établissement support du GHT Cévennes-Gard-Camargue, a vocation à assurer l'animation territoriale des activités de recherche en santé.

A ce titre, il lui appartient de coordonner, en interface avec les acteurs académiques (universités, EPST...) et industriels, l'organisation territoriale de la recherche clinique et translationnelle et de

développer les fonctions hospitalières supports aux activités de recherche et d'innovation au sein du territoire de santé du GHT.

Ses missions sont les suivantes :

- Promouvoir la coopération et la complémentarité entre les établissements de santé du territoire, en s'appuyant sur les responsables disciplinaires et thématiques des spécialités médicales actives en matière de recherche, ainsi que sur les équipes médicales partagées ;
- Définir, de manière concertée, des orientations stratégiques et une politique de recherche et d'innovation de territoire ;
- Rechercher la masse critique et la lisibilité nécessaires à la participation aux appels d'offre pour le financement des projets de recherche à promotion institutionnelle et/ou pour la sélection des centres investigateurs pour les projets de recherche à promotion industrielle ;
- Contribuer à l'attractivité des carrières hospitalières dans les centres hospitaliers du GHT, en facilitant leur participation aux missions de recherche et d'enseignement ;
- Organiser l'appui méthodologique, opérationnel, à la conduite et à la participation à des actions de recherche clinique des investigateurs du GHT, en les faisant bénéficier de l'expérience de la DRCI en matière de structuration de la recherche clinique ou de l'investigation clinique.

Plus globalement, les CHU ont pour mission de promouvoir la mise en œuvre de structures régionales de coordination de la recherche, à partir des compétences développées au sein de leur DRCI, en partenariat avec les autres CHU de la région et le Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation (GIRCI).

Les GIRCI sont investis par la circulaire DGOS du 29 juillet 2011, à l'échelle interrégionale, d'une mission de soutien aux établissements sans DRCI (publics et privés).

Le GIRCI **Sud-Ouest Outre-Mer Hospitalier (SOHO)**, dont le CHU de Nîmes est membre, s'est ainsi doté d'un groupe de travail spécifique consacré à l'animation territoriale de la recherche.

A ce titre, il met à disposition des établissements de santé non universitaires et des autres acteurs de la recherche un ensemble d'outils visant à :

- Accompagner le développement de la recherche clinique industrielle et de la recherche clinique institutionnelle, notamment en cancérologie par le biais de l'équipe mobile de recherche en cancérologie (EMRC)
- Développer la recherche paramédicale et l'implication de la médecine libérale dans la recherche
- Informer et former les personnels

Le relai opérationnel du GIRCI au sein du CHU a pour mission de coordonner le recours à ces différents outils, en complémentarité et en cohérence avec les dispositifs d'accompagnement mis en place au sein du GHT.

5.4 Le programme d'action recherche du GHT

Le programme d'action du GHT repose sur les objectifs opérationnels suivants.

- **Territorialiser la recherche clinique institutionnelle :**
 - **Associer les investigateurs du GHT dès la conception des projets pour pouvoir répondre ensemble aux appels d'offre**
 - Diffuser les appels d'offre internes du CHU et ouvrir l'accès à la veille sur les appels d'offre externes
 - Valoriser les projets multicentriques GHT dans le cadre de l'appel à projets interne du CHU
 - Ouvrir la composition du conseil scientifique du CHU aux personnes ressources médicales et paramédicales des CH partenaires
 - Inviter les référents recherche des CH (médicaux/ paramédicaux) à participer aux groupes thématiques recherche du CHU, et veiller plus particulièrement à l'intégration dans ces groupes des médecins à temps partagé entre plusieurs établissements du GHT
 - **Positionner la DRCI du CHU dans l'accompagnement des projets des CH**
 - Mettre en place des tableaux de bord partagés dans l'objectif d'avoir accès à une cartographie actualisée de la recherche au sein du GHT (projets, inclusions)
 - Définir les modalités de recours des investigateurs du GHT à la DRCI du CHU, pour la réalisation de certaines fonctions supports requérant son expertise technico-administrative, médicale ou scientifique (tâches de promotion et de soutien méthodologique)
 - **Mettre en place des ARC et TEC de territoire**
 - Mobiliser des crédits spécifiques EMRC dans le cadre du GIRCI
 - Mutualiser les temps ARC et TEC financés pour les CH dans le cadre des appels d'offre

- **Diffuser la culture de la recherche par le biais de l'information, de la formation et de symposiums communs**
 - Mettre en place un plan de communication recherche au sein du GHT
 - Inviter les équipes médicales des CH aux différents staffs disciplinaires
 - Inviter les référents recherche paramédicaux des CH au comité de recherche en soins du CHU
 - Organiser un séminaire de réflexion commun visant à identifier des thèmes de recherche médico-soignants
 - Organiser des journées de la recherche (symposiums) communs
 - Favoriser la participation aux réunions d'information organisées par le GIRCI sur la recherche en soins ainsi qu'aux Journées annuelles de recherche paramédicale du Grand Sud-Ouest
 - Dispenser des formations à la recherche, à l'intention des professionnels médicaux et paramédicaux, dans le cadre du volet recherche du plan de formation du CHU ou des formations organisées par le GIRCI
 - Systématiser le recours à la formation en ligne dans le cadre des dispositifs proposés par le GIRCI (apprentissage en e-learning des Bonnes Pratiques Cliniques via la plateforme FORMEDEA et supports d'auto-formation)

- **Faciliter l'accès à la documentation scientifique sur tout le territoire**
 - Elargir au GHT l'accès aux bouquets de documentation scientifique
 - Former à la bibliographie

- **Développer plus spécifiquement la recherche en gériatrie, en infectiologie et en soins primaires**
 - Tirer parti de l'importante composante médico-sociale du GHT Cévennes-Gard-Camargue et de la synergie existante en infectiologie entre les référents recherche des CH d'Alès et de Bagnols et l'équipe d'infectiologie du CHU de Nîmes pour développer la recherche du GHT dans ces domaines

→ Promouvoir le développement de la recherche en soins primaires, en lien avec l'université et les représentants de la médecine de ville et en cohérence avec le projet médical partagé, en particulier sur les parcours de santé, les organisations innovantes, les pratiques de soins avancées

▪ **Structurer et développer la recherche en soins (paramédicale)**

→ Structurer la recherche en soins au sein du GHT en identifiant et en accompagnant les personnes ressources au sein de chaque établissement (fiche de mission, association aux comités du CHU, formation)

→ Définir une politique commune « recherche en soins » du GHT

→ Identifier les thèmes de recherche communs (spécifiquement soignants ou médico-soignants)

→ Répondre conjointement à des AO « recherche en soins » locaux, (inter)régionaux et nationaux

▪ **Territorialiser la recherche clinique de promotion industrielle**

→ Diffuser les procédures et outils de gestion des essais industriels (convention unique)

→ Etudier les moyens juridiques de mettre en place des conventions uniques à l'échelle du GHT, et les modalités pratiques et financières en découlant au bénéfice de chacun des établissements,

▪ **Diffuser l'innovation :**

→ Susciter et valoriser l'innovation à l'échelle du GHT (communication, concours d'innovation...)

→ Définir les modalités de recours des inventeurs du GHT à la cellule valorisation du CHU de Nîmes, pour la réalisation des fonctions supports requérant son expertise (étude de déclaration d'invention, dépôt de demande de brevet, autres formes de protection, exploitation de la propriété intellectuelle)

→ Favoriser l'appropriation de l'innovation clinique, biomédicale et technique (NTIC)

→ Diffuser les organisations innovantes (ex : pharmacie clinique)

INDICATEURS DE SUIVI ET DE REUSSITE

- *Nombre de protocoles multicentriques territoriaux, dont projets promus par les établissements non CHU du GHT*
- *Nombre et taux d'inclusions dans les différents centres investigateurs du GHT*
- *Publications impliquant des médecins ou professionnels paramédicaux du GHT (hors CHU) : nombre et rang*
- *Nombre de professionnels formés à la recherche par établissement du GHT et par type de formation*
- *Nombre de programmes communs de formation à la recherche (et objet)*
- *Nombre de brevets déposés dans le cadre du GHT*

RECAPITULATIF DES ACTIONS CLES DEVELOPPEES DANS LA DEUXIEME ET LA TROISIEME PARTIE

Il s'agit des actions-clés et non de l'exhaustivité des actions.

Les indicateurs et calendriers associés à ces actions-clés sont détaillés dans les feuilles de route par filière.

Les actions clés par filière

ACTIONS CLES TRANSVERSALES TOUTES FILIERES : formations communes, partage d'expériences, protocoles communs, projets de recherche communs, DPI commun, PACS partagé

Filière ONCOLOGIE

- Mettre en place une équipe médicale commune de territoire en oncologie
- Structurer un 3C territorial articulant les RCP de recours du CHU de Nîmes et les RCP de proximité des CH d'Alès et de Bagnols-sur-Cèze
- Restaurer et consolider l'activité de chirurgie mammaire au CH d'Alès en filière avec le CHU de Nîmes
- Mettre en place au CHU de Nîmes les auto-greffes de cellules souches hématopoïétiques pour tous les patients gardois et réorienter dans ce contexte l'hématologie alésienne vers le CHU de Nîmes
- Mettre en place au CHU de Nîmes la radiothérapie métabolique hématopoïétiques pour tous les patients gardois
- Réduire le taux de fuite en chirurgie digestive carcinologique : pour la chirurgie de proximité au profit des CH de Bagnols et d'Alès, et pour la chirurgie de recours au profit du CHU de Nîmes Favoriser la réalisation des chimiothérapies en proximité en cas d'indication en RCP commune
- Développer l'éducation thérapeutique en cancérologie
- Développer la dynamique HU en oncologie

Filière CHIRURGIES

- Développer la chirurgie ambulatoire sur le territoire
- Mettre en place ou conforter certaines chirurgies de proximité (ORL, chirurgie vasculaire, chirurgie ophtalmologique au CH d'Alès, chirurgie du rachis au CH de Bagnols-sur-Cèze)
- Organiser le transfert de technologies vers les CH
- Formaliser les protocoles de repli en l'absence de lignes de PDSES
- Réduire les délais d'attentes intra-GHT
- Faire évoluer les filières à travers la définition et le suivi d'actes traceurs de proximité et de recours
- Maintenir et développer la neurochirurgie publique au CHU de Nîmes

Filière URGENCES ET REANIMATION

- Etudier l'opportunité de mettre en place un transport hélicoptéré nocturne
- Améliorer les jonctions secondaires (SAMU) entre Nîmes/Alès et Nîmes/Bagnols-sur-Cèze
- Uniformiser les protocoles d'urgences : infarctus du myocarde, syndromes coronariens aigus, body scanner...
- Mettre en place un registre gardois des traumatisés graves
- Formaliser le chemin clinique des patients adressés en radiologie et cardiologie interventionnelles
- Elaborer des protocoles de recours des urgentistes de CH aux avis spécialisés du CHU
- Améliorer la prise en charge en urgence des AVC au sein des CH d'Alès et de Bagnols-sur-Cèze : recrutement de neurologues, identification de lits dédiés SI, accès H24 à l'IRM et à une exploration des vaisseaux du cou
- Créer un centre de thrombectomie au CHU de Nîmes
- Etudier l'opportunité d'une restauration de l'activité de réanimation au CH de Bagnols-sur-Cèze

Filière MERE ENFANT

- Créer un réseau FIV GHT
- Poursuivre l'optimisation du diagnostic prénatal
- Travailler avec l'ARS au projet de mise en place d'un SMUR néonatal
- Développer la consultation groupée du 1er trimestre en proximité

Filière PSYCHIATRIES**En pédopsychiatrie :**

- Structurer le travail partenarial intra- et inter-GHT déjà engagé en pédopsychiatrie
- Définir des bonnes pratiques communes pour l'accueil et la prise en charge en CMP
- Organiser l'offre d'hospitalisation à temps plein et ses alternatives sur le territoire pour fluidifier les parcours et optimiser le fonctionnement des structures existantes
- Renforcer l'offre de périnatalité et de la petite enfance sur le territoire (regroupement)
- Travailler de façon commune le contenu des écrits et les outils professionnels

En psychiatrie générale :

- Mettre en place une gouvernance participative du GHT et définir des modalités de travail communes
- Définir un cadre de coopération commun pour la gestion des unités départementales et agir pour l'évolution de l'unité NASH en USIP
- Préciser et au besoin renforcer la prise en charge des urgences psychiatriques dans les établissements du GHT
- Travailler les parcours de soins spécifiques de certains publics (publics précaires, patients présentant une dangerosité psychiatrique, personnes isolées, personnes atteintes de troubles autistiques)
- Optimiser le fonctionnement des hôpitaux de jour

Filière GERONTOLOGIE

- Développer la télémédecine en EHPAD et/ou mettre en place des consultations avancées de gériatrie, d'odontologie et de dermatologie
- Développer les temps partagés entre CH (DESC gériatrie)
- Développer l'activité de médecine gériatrique dans les CH de proximité
- Développer le recours à l'HAD en EHPAD
- Renforcer l'offre PASA, UHR et USLD
- Etendre le modèle d'équipe mobile de géronto-psychiatrie du Mas Careiron (dispositif ESSPER) à l'ensemble du territoire
- Permettre l'extension de l'équipe mobile de prévention du risque infectieux en EHPAD à l'ensemble du territoire
- Travailler à la prévention des iatrogénies médicamenteuses
- Développer les plateformes de fragilités
- Eviter les passages par les urgences pour les résidents d'EHPAD en privilégiant l'accès direct aux services de médecine

Filière MEDECINE INFECTIEUSE – HYGIENE HOSPITALIERE

- Renforcer les temps d'infectiologue et de médecin hygiéniste au sein du GHT
- Mettre en place des RCP communes sur les infections ostéo-articulaires et les infections complexes
- Mettre en place un COMAI commun et un guide commun des anti-infectieux
- Mettre en place un CLIN territorial
- Mettre en place des *Doctor Tests* ou *Points of care* pour prévenir les épidémies
- Développer l'outil CONSOIRES
- Instaurer un suivi inter établissements des patients porteurs de BMR et BHR

Filière PROSPECTIVE MEDECINE

- Développer la télé-consultation en **dermatologie** à l'aide de la télé-dermoscopie (dermatologie générale et **cancérologie cutanée**)
- Mettre en place une filière **rhumatismes inflammatoires chroniques** avec l'organisation d'une consultation rhumatologique d'urgence dédiée GHT et une prise en charge HdJ spécifique
- Mettre en place une filière **ostéoporose** avec l'organisation d'une consultation et d'une prise en charge ambulatoire pour les cas complexes et les personnes fragiles au CHU de Nîmes ; développer l'activité de cimentoplastie

Filière MALADIES CHRONIQUES**Objectifs communs :**

- Mettre en place une unité transversale d'éducation thérapeutique de territoire
- Travailler à l'articulation des outils de suivi des différentes comorbidités entre eux (carnets de suivi insuffisance cardiaque, diabète, BPCO...)
- Organiser les parcours de soins, qu'ils soient programmés ou non, pour éviter les séjours trop longs ou les parcours inadaptés
- Structurer la coopération avec les médecins de ville, les maisons de santé pluriprofessionnelles et les associations d'usagers
- Développer les outils de télésurveillance des maladies chroniques

Addiction

- Identifier des lits dédiés à l'Addictologie dans le service d'Hépatogastroentérologie du CH d'Alès
- Renforcer les ressources médicales en addictologie au CH de Bagnols-sur-Cèze
- Organiser des formations communes d'addictologie pour les internes et les intervenants des équipes de liaisons
- Mieux identifier les problématiques addictologiques chez les patients hospitalisés ou passant par les urgences

Diabète-nutrition-obésité

- Développer la chirurgie bariatrique au sein du CH Alès-Cévennes et du CH de Bagnols-sur-Cèze (pose de sleeve) et le recours au CHU Nîmes (pose de sleeve et by-pass)
- Mettre en place une RCP commune de chirurgie bariatrique
- Structurer territorialement la prise en charge des troubles du comportement alimentaire : mise en place d'un suivi partagé en suite de soins aigus à Bagnols
- Améliorer la coordination au sein du GHT concernant la prise en charge du pied diabétique complexe (clinique du pied diabétique au CHU, hospitalisation de jour, consultations « pieds diabétiques complexes » avancées)
- Mettre en place et développer la pose de pompes à insuline à Alès
- Etudier la possibilité de structurer une activité de télésurveillance de la glycémie capillaire
- Etudier la possibilité de renforcer les ressources en endocrinologie à Bagnols

Pathologies neurologiques chroniques

- Renforcer l'offre de soins en proximité et développer les temps partagés
- Renforcer les moyens de neuro-imagerie et mettre en place la neuroradiologie au CHU
- Mettre en place et évaluer la consultation post-AVC systématique au CHU (dispositif pilote ARS) avant d'envisager son extension à tout le GHT
- Elaborer des filières avec référent GHT par pathologie
- Définir un plan d'action MPR avec l'ARS pour développer les capacités d'accueil et l'ambulatoire en MPR
- Mettre en place des programmes d'ETP pour la SEP et le Parkinson

Filière MALADIES CHRONIQUES**Insuffisance rénale chronique**

- Construire un partenariat GHT– AIDER : activités de proximité (AIDER – CHAC – CH Bagnols-sur-Cèze) et activités de recours (CHU de Nîmes) ; organisation de la dialyse péritonéale sur le bassin alésien ; articulation astreintes CHU / AIDER
- Augmenter l'offre de soins publique en néphrologie au CH de Bagnols-sur-Cèze
- Organiser la télé-expertise dans le cadre de l'expérimentation menée dans le Gard par l'ARS Occitanie
- Organiser le parcours de soins des patients dialysés dont le retour à domicile n'est pas possible : identifier des SSR référents par bassin pour la dialyse péritonéale ; SSR et des USLD acceptant l'admission de patients à dialyser ; dialyse péritonéale dans des EHPAD volontaires identifiés
- Organiser le parcours de soins des patients souffrant de maladie rénale chronique avancée en fin de vie

Insuffisance respiratoire chronique

- Réaliser au sein du centre du sommeil du CHU de Nîmes des enregistrements nocturnes de la ventilation, à l'aide de la polygraphie ventilatoire ou de la polysomnographie
- Interfacer les logiciels de polygraphie afin de développer la télé-expertise : projet de télé-interprétation croisée des courbes de polygraphies (CHU/CH Bagnols/CH Alès)
- Mettre en place des programmes d'éducation thérapeutique BPCO aux centres hospitaliers d'Alès et de Bagnols-sur-Cèze
- Mettre en place des temps partagés de pneumologue CHU de Nîmes/CH d'Alès/CH de Bagnols-sur-Cèze et CHU/Centre médical l'Egrégore
- Mettre en œuvre les techniques endoscopiques de traitement de l'emphysème

Insuffisance cardiaque (IC) chronique

- Formaliser la gradation concernant la prise en charge de l'insuffisance cardiaque chronique des enfants au sein du territoire, et mettre en place une consultation de 1er recours en cardiopédiatrie au CH d'Alès
- Développer les prises en charge d'aval en SSR : définir et mettre en place le projet de SSR cardiologiques au CH d'Alès-Cévennes
- Mettre en place des staffs dossiers cliniques IC complexes
- Généraliser le programme PRADO insuffisance cardiaque
- Mettre en place la télésurveillance à domicile des insuffisants cardiaques, dans le cadre de l'expérimentation de télémédecine lancée en Occitanie (société CORDIVA + les 3 CHU), et l'articuler avec le programme PRADO

Filières SOINS PALLIATIFS et DOULEUR**Soins palliatifs**

- Développer le nombre de LISP en SSR polyvalents
- Améliorer la prise en charge palliative dans les services d'urgence (utilisation de la fiche pallia urgences)
- Formaliser le chemin clinique du patient douloureux complexe en soins palliatifs
- Compléter la couverture territoriale à domicile (Bassin du Vigan et Sud du département)

Filières SOINS PALLIATIFS et DOULEUR**Douleur**

- Mettre en place une consultation douleur au CH d'Uzès et au CH de Bagnols-sur-Cèze
- Mettre en place une équipe mobile au CH d'Alès
- Créer une clinique de la douleur au CHU de Nîmes intégrant les référents douleur du GHT
- Développer les RCP en visioconférence et mettre en place des téléconsultations

Les actions clés des activités relevant d'une organisation commune**BIOLOGIE ANATOMO-PATHOLOGIE**

- Internaliser au sein du GHT les analyses actuellement externalisées vers le secteur privé
- Uniformiser les systèmes d'information des laboratoires
- Ouvrir le CIBC aux établissements membres du GHT
- Lancer des procédures d'achats communes
- Promouvoir le partage d'expertise (sous forme de consultation de biologiste notamment)
- Formaliser un projet d'organisation inter-établissements des transports d'analyses
- Etudier l'opportunité de la prise en charge intégrale des analyses anatomo-pathologiques des CH d'Alès et de Bagnols-sur-Cèze par le laboratoire du CHU de Nîmes

IMAGERIE DIAGNOSTIQUE ET INTERVENTIONNELLE

- Mettre en place un groupe territorial de radiologie et d'imagerie médicale (GRIM)
- Améliorer l'attractivité des médecins radiologues
- Développer la télé-radiologie au service de la permanence des soins
- Mettre en place une prise en charge de proximité portée par le GHT, avec une organisation publique ou libérale
- Développer la radiologie interventionnelle de niveau 2 aux CH d'Alès et de Bagnols-sur-Cèze et de niveau 3 pour le CHU de Nîmes avec la neuroradiologie interventionnelle
- Organiser le parcours patient par spécialité : urgences, oncologie, pathologie chronique, cardiovasculaire...
- Conduire une politique qualité commune : radioprotection, IRM, accueil, pertinence, suivi, interventionnel
- Développer la médecine vasculaire (unité « SOS artères veines »)

PHARMACIE

- Améliorer la coordination ville-hôpital au sein du GHT par le développement d'un partenariat avec les pharmaciens d'officine (notamment ceux en charge des EHPAD sans PUI)
- Développer la rétrocession de médicaments pour tous patients pris en charge au sein d'un établissement du GHT
- Organiser la permanence quotidienne de jour sur l'ensemble des PUI du territoire
- Assurer la représentation du GHT au sein des différents groupes de travail du Lien collectif Occitanie par la mise en place de référents territoriaux
- Porter un projet de robotisation de délivrance des médicaments
- Identifier l'organisation achat la plus adaptée au projet pharmaceutique partagé du territoire
- Développer la pharmacie clinique (médicaments et dispositifs médicaux) au sein des centres hospitaliers disposant d'une PUI

Les actions clés des thématiques transversales**ANESTHESIE**

- Accompagner les CH dans le dispositif d'obtention de l'agrément à accueillir des internes
- Développer la participation des équipes du CH à certains staffs du CHU
- Diffuser une liste de référents anesthésistes du CHU
- Mettre en place des postes d'assistants à temps partagé
- Mener une réflexion sur les conditions de transferts de patients compliqués

MEDECINE INTERVENTIONNELLE

- Développer les bilans bilio-pancréatiques (écho-endoscopie interventionnelle) au CH d'Alès
- Mettre en place une deuxième salle d'endoscopie digestive et de coronarographie au CHU de Nîmes
- Ouvrir le plateau technique interventionnel à tous les praticiens concernés du GHT