

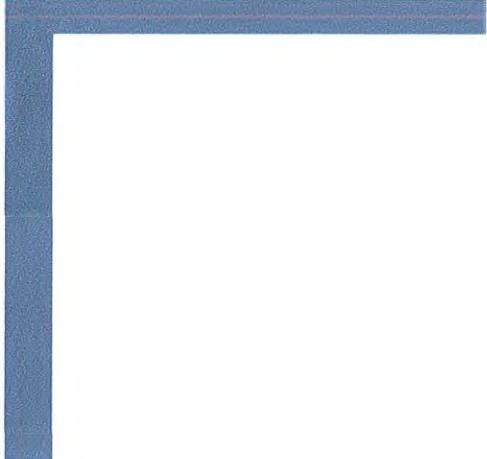
## LISTE DES PARTIES A LA CONVENTION CONSTITUTIVE DU GHT LOZERE EN DATE DU 30 JUIN 2016

Etablissement support : HOPITAL LOZERE (ex-CH de Mende)

FINISS	RAISON SOCIALE	TYPE D'ETABLISSEMENT	COMMUNE	NATURE AVIS CME	DATE CONSULTATION CS/CA
480780147	CHS F. TOSQUELLES	Etablissement public de santé mentale	St Alban sur Limagnole	27/06/16 : FAVORABLE	27/06/16 : FAVORABLE
480780162	CH LANGOGNE	CH (ex-hôpital local)	Langogne	14/06/16 : FAVORABLE	23/06/16 : FAVORABLE
480780097	HOPITAL LOZERE (Mende)	Centre hospitalier	Mende	23/06/16 : FAVORABLE	24/06/16 : FAVORABLE
480780154	CH MARVEJOLS	CH (ex-hôpital local)	Marvejols	23/06/16 : FAVORABLE	29/06/16 : FAVORABLE
480780121	CH FANNY RAMADIER	CH (ex-hôpital local)	St Chély d'Apcher	14/06/16 : FAVORABLE	13/06/16 : FAVORABLE
480780139	CH FLORAC	CH (ex-hôpital local)	Florac	21/06/16 : FAVORABLE	17/06/16 : FAVORABLE
480000140	EHPAD VIALAS	EHPAD	Vialas	*	21/06/16 : FAVORABLE
480000132	EHPAD VILLEFORT	EHPAD	Villefort	*	22/06/16 : FAVORABLE
480000090	EHPAD LE BLEYMARD	EHPAD	Le Bleyrnard	*	10/06/16 : FAVORABLE
480780170	EHPAD NASBINALS	EHPAD	Nasbinals	*	28/06/16 : FAVORABLE
480000124	EHPAD LUC	EHPAD	Luc	*	10/06/16 : FAVORABLE
480000108	EHPAD AUROUX	EHPAD	Auroux	*	28/06/16 : FAVORABLE
480783125	EHPAD LA SOLEILLADE	EHPAD	Collet de Dèze	*	23/06/16 : FAVORABLE
480782291	RESIDENCE PIENCOURT	EHPAD	Mende	*	01/06/16 : FAVORABLE

## LISTE DES ETABLISSEMENTS SOUHAITANT ADHERER ULTERIEUREMENT AU GHT LOZERE

FINISS	RAISON SOCIALE	TYPE D'ETABLISSEMENT	COMMUNE	DATE CONSULTATION CS/CA
480001882	EHPAD CHANAC	EHPAD	Chanac	NC - Adhésion ultérieure
480782309	EHPAD CHATEAUNEUF RANDON	EHPAD	Chateaneuf de Randon	NC - Adhésion ultérieure
480000736	EHPAD RECOULES D'AUBRAC	EHPAD	Recoules d'Aubrac	NC - Adhésion ultérieure
480001924	EHPAD LE MALZIEU	EHPAD	Le Malzieu ville	16/06/16 :
480782325	EHPAD MEYRUEIS	EHPAD	Meyrueis	Demande garanties sur la fct Achat
480782317	EHPAD JEAN-BAPTISTE RAY	EHPAD	Marvejols	NC - Adhésion ultérieure



# Groupement hospitalier de territoire de Lozère Convention constitutive

---

Version du 27 mai 2016

## Sommaire :

PARTIE I : PROJET MEDICAL PARTAGE ET PROJET DE SOINS PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE .....	5
Titre 1.  ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE.....	5
PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	11
Titre 2.  CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	11
COMPOSITION .....	11
DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	12
OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE .....	12
DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT.....	14
DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES.....	14
Titre 3.  ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE .....	15
ASSOCIATION AU CHU.....	15
Titre 4.  GOUVERNANCE.....	15
COMITE STRATEGIQUE.....	15
BUREAU RESTREINT .....	16
INSTANCE MEDICALE COMMUNE .....	17
COLLEGE MEDICAL DE GROUPEMENT .....	17
INSTANCE COMMUNE DES USAGERS .....	18
COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT .....	19
COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX.....	19
CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL .....	20
Titre 5.  PROCEDURE DE CONCILIATION .....	21
Titre 6.  DUREE ET RECONDUCTION .....	21
SIGNATURES DES PARTIES.....	21

## Préambule

### *Les centres hospitaliers et les EHPAD signataires de la présente convention*

- convaincus que le territoire de la Lozère est un territoire particulier dont il convient de tenir compte des spécificités,
- convaincus de la nécessité d'établir des coopérations médicales renforcées au niveau départemental et régional pour améliorer la prise en charge des patients, de renforcer la ressource médicale et de réduire le taux de fuite,
- convaincus de l'utilité de travailler à la mutualisation des fonctions « Achat », au rapprochement des systèmes d'information et des départements d'information médicale,
- convaincus de la nécessité de plateformes de coopération sur les ressources rares tant dans le domaine technique qu'administratif,
- ayant déjà bien avancé dans le domaine des coopérations et dans celui d'un diagnostic territorial après deux conférences informelles tenues à Marvejols les 2 avril et 4 décembre 2015,

**Adoptent la présente convention de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) préparée par leurs directeurs, leurs présidents de Commission Médicale d'Etablissement (CME) et leurs présidents de Commissions de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) aux fins de créer un GHT sur le territoire de santé de la Lozère dont l'établissement support sera l'HOPITAL LOZERE.**

Le GHT a pour but de mettre en œuvre le projet médical commun ou projet médical de territoire et assure la mise en commun de fonctions ci-dessous décrites.

## Visas

- Vu les articles L 6132-1 à L 6132-6 du code de la Santé Publique instituant les groupements hospitaliers de territoire ;
- Vu le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements de territoire ;
- Vu l'arrêté portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins du Languedoc-Roussillon ;
- Vu la concertation des Directoires de l'**HOPITAL LOZERE** (ex-CHG sites de Mende et de Marvejols) sis avenue du 8 mai 1945 à MENDE, du Centre Hospitalier Spécialisé F. Tosquelles de St Alban, du Centre Hospitalier de proximité Fanny RAMADIER de St Chély d'Apcher, du Centre Hospitalier de proximité Th. Roussel de Florac, du Centre Hospitalier de proximité St Jacques de Marvejols et du Centre Hospitalier de proximité de Langogne ;
- Vu les avis des Comités Techniques d'Etablissement (CTE), des Commissions Médicales d'Etablissement (CME), des Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), des conseils de surveillance, des Centres hospitaliers ci-dessus mentionnés relatifs à l'adoption de la convention constitutive du GHT ;
- Vu les avis des Comités Techniques d'Etablissement (CTE), des Commissions Médicales d'Etablissement (CME), des Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), des conseils de surveillance, des Centre Hospitaliers ci-dessus mentionnés relatifs à la désignation de l'**HOPITAL LOZERE** comme établissement support du groupement hospitalier de territoire ;
- Vu les avis des CTE des EHPAD de Vialas, de Villefort, du Bleygard, de Nasbinals, de Luc, d'Auroux, du Collet de Dèze, de la Résidence Piencourt à Mende relatifs à la Convention constitutive du GHT ;

- Vu les avis des CTE des EHPAD de Vialas ,de Villefort ,du Bleymard ,de Nasbinals, de Luc ,d'Auroux, du Collet de Dèze,de la Résidence Piencourt à Mende relatifs à la désignation de **l'HOPITAL LOZERE** comme établissement support du groupement hospitalier de territoire ;
- Vu les délibérations des conseils d'administration des EHPAD ci-dessus mentionnés relatives à la Convention constitutive du GHT et à la désignation de **l'HOPITAL LOZERE** comme établissement support du groupement hospitalier de territoire ;

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

## Titre 1. **ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE**

### **Article 1 :**

Les établissements parties à la présente convention adoptent un projet médical partagé permettant aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée.

### **Pour ce faire, le projet médical partagé du groupement devra répondre aux objectifs médicaux suivants :**

La prise en charge des patients la plus adaptée à leurs besoins et à leurs pathologies en privilégiant la proximité. Pour initier ce développement, les thématiques suivantes ont été définies pour mettre en œuvre cet objectif :

- la personne âgée
- la personne handicapée
- le maintien ou le retour à domicile
- la télémédecine
- la prise en charge des cancers
- la prise en charge des Maladies Chroniques
- la prise en charge des soins palliatifs
- la Permanence Des Soins des Etablissements de Santé (PDSSES)
- la prise en charge de l'urgence
- les coopérations médicales avec le médico social et le secteur psychiatrique
- la biologie médicale
- l'imagerie diagnostique et interventionnelle
- la pharmacie

Le partage de l'information, des compétences et des habilités entre tous les établissements afin de faciliter et d'améliorer la coopération au sein du GHT. Ce partage d'information se fera autour des axes principaux :

- l'information médicale entre établissements du GHT et la médecine et paramédicaux de ville
- la formation médicale entre établissements du GHT et la médecine et paramédicaux de ville
- la coordination des plans de formation continue et de développement professionnel et continue des personnels
- La coordination des instituts et écoles de formation avec les établissements du GHT

### ■ **Améliorer l'organisation du parcours de soins de la personne âgée**

Les signataires souhaitent :

- ☞ Faciliter autant que faire se peut, en liaison avec les services sociaux des divers établissements, des municipalités et du département, le maintien ou le retour sur le lieu de vie
- ☞ Développer le recours à la chirurgie et à la médecine ambulatoire pour pouvoir se conformer à l'objectif de maintien à domicile quand cela est possible
- ☞ Développer les équipes pluridisciplinaires aux fins d'une évaluation précoce des hospitalisés pour éviter les séjours longs

- ☞ Travailler sur la mise en place du Dossier de Liaison des Urgences (DLU)
- ☞ Développer les consultations avancées
- ☞ Développer le recours à la télémédecine pour éviter le déplacement des personnes âgées

#### ■ Organiser la filière de prise en charge de la personne handicapée

Les parties à la convention conviennent à travailler à une meilleure prévention et souhaitent :

- ☞ Favoriser le dépistage et l'éducation thérapeutique des problèmes somatiques
- ☞ Organiser un accueil spécifique de la personne handicapée dans les établissements sanitaires
- ☞ Développer les consultations avancées dans les institutions hébergeant les personnes handicapées
- ☞ Développer la télémédecine avec ces institutions

#### ■ Fluidifier les filières en favorisant le maintien ou le retour à domicile

Les parties à la convention souhaitent développer, dès l'hospitalisation en MCO et même en amont de cette hospitalisation, une évaluation systématique des patients à risque de long séjour. En effet, il a été constaté que ces longs séjours sont délétères pour la prise en charge de la personne âgée.

Les membres du GHT entendent développer le recours à l'HAD y compris pour le retour en EHPAD.

#### ■ Développer la télémédecine

Les membres du GHT souhaitent affirmer leur volonté de recourir à la télémédecine pour améliorer la prise en charge des patients :

- ☞ Télé-AVC dans le cadre de la prise en charge des thrombolyse
- ☞ Télé-consultations
- ☞ Télé-staff, télé-expertise, télé-assistance

Un diagnostic autour de la télémédecine est en cours de réalisation avec l'appui de l'ARS. Les membres du GHT s'appuieront sur ce diagnostic pour développer les actions réalisables.

Il s'agit de constituer un réseau de télémédecine, d'une part, entre le CH de Mende sur ses deux sites et les autres membres du GHT, et, d'autre part, entre le CH de Mende sur ses deux sites et les deux CHU de référence.

Pour le Centre Hospitalier de Saint-Alban, il s'agit dans un premier temps de mettre en place la télé-expertise et le support aux équipes entre les différents sites de l'établissement, justifié par leur éloignement géographique.

Dans un second temps, l'établissement proposera ces services aux établissements requérants volontaires du département et notamment aux membres du GHT.

#### ■ Développer les coopérations médicales sur le territoire de la Lozère

Les membres du GHT souhaitent développer l'activité de chirurgie et de médecine sur le territoire de Lozère et en particulier la chirurgie ambulatoire.

Des consultations avancées de chirurgie et de médecine sont actuellement organisées sur le territoire en orthopédie, gynécologie-obstétrique, sages-femmes et médecine gériatrique.

Il convient d'étendre les consultations de spécialité en lien avec les besoins de la médecine libérale.

Le développement de la télémédecine vu plus haut s'inscrit dans cette démarche.

Ces consultations avancées ou de télémédecine permettront de renforcer les équipes territoriales en chirurgie et en médecine constituées en collaboration avec les CHU de Nîmes, de Montpellier ainsi qu'avec le CH de Millau.

#### ■ Optimiser la prise en charge des cancers

Le CH de Mende dispose d'un hôpital de jour qui permet l'administration de poches de chimiothérapie délivrées par la PUI, d'une autorisation en chirurgie digestive et en oncologie. Pour les autres chirurgies carcinologiques, les coopérations sont organisées avec les CHU de Nîmes, de Montpellier et avec l'Institut de Cancérologie de Montpellier (ICM).

Des consultations avancées d'oncologie seront organisées à Marvejols, Florac, St-Chély d'Apcher et Langogne.

#### ■ Optimiser la prise en charge des Maladies Chroniques

Le CH de Mende dispose d'un hôpital de jour ce qui permet la prise en charge et l'administration de traitements spécialisés dans un établissement isolé des malades atteints de maladies chroniques avec les coopérations des CHU de Nîmes, de Montpellier.

#### ■ Optimiser la prise en charge des soins palliatifs

Le territoire de Lozère dispose de 7 lits de soins palliatifs dont 5 à Mende et 2 à Florac. Une adaptation capacitaire est nécessaire.

L'équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) intervient dans les CH et les établissements médico-sociaux du département. Cette équipe forme les soignants à la prise en charge de soins palliatifs et aide à la prise en charge à la demande des établissements.

Le SROS autorisant l'installation de 10 lits de soins palliatifs sur le département. Seuls 7 lits sont installés et les membres du GHT souhaitent ouvrir 3 lits sur le contingent autorisé pour faire face à la demande des établissements.

■ Optimiser la prise en charge des patients dans le cadre de la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDES)

Le schéma régional de la permanence des soins a octroyé au CH de Mende les lignes suivantes d'astreinte et de garde :

Spécialités	Services	type de PDS	nb de ligne
Chirurgies	Viscérale	AO	1
	Orthopédique	AO	1
	endoscopie digestive	AO	1
	urologie	AO	1
Gynéco-obs		AO	1
Médecines	interne, Gériatrique	AO	1
	cardiologie	AO	1
Ophthalmologie		AS	1
ORL		AS	1
Pédiatrie		AO	1
Radiologie		AO	1
Réanimation		garde sur place	1
Anesthésie		AO	1
Urgence		garde sur place	1
Centre 15		garde sur place	1
SMUR		garde sur place	1
Psychiatrie	Urgences	AO	1
Psychiatrie	Urgences	Garde sur place	1
Laboratoire		AO	1
Pharmacie		AS	1

Total lignes astreintes

14

La continuité des soins est organisée à Marvejols en cardiologie, en néphrologie, en gastroentérologie et en chirurgie.

La continuité des soins est organisée à St-Alban en psychiatrie.

Dans le respect du choix du patient, la prise en charge graduée des patients est organisée sur le territoire entre l'Hôpital Lozère et les autres parties à la convention constitutive et les partenaires pour les hospitalisations et les consultations externes. Une fois par an au moins, le collège médical du GHT et le Comité stratégique travaillent sur les problèmes de prises en charge en PDES et de retour dans les établissements partenaires ou parties à la convention.

Les parties à la conventions conviennent que des consultations avancées ou des télé-consultations seront organisées entre l'Hôpital Lozère et les membres parties à la convention.

## ■ Améliorer la prise en charge de l'urgence

Le territoire de Lozère est doté d'un SAMU Centre 15, d'une ligne SMUR et d'un service d'accueil des Urgences ouvert 7 jours/7 24H/24.

Les signataires de la présente convention facilitent la prise en charge de l'urgence en mettant en place un dossier de soins commun ou partagé dans le cadre du Dossier du Patient Informatisé (DPI).

Les membres parties à la convention travaillent en collaboration avec les médecins de ville à l'amélioration de la prise en charge des patients dans le cadre de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA).

Les médecins de ville sont la cheville ouvrière de ce dispositif.

Les médecins correspondants SAMU constituent un des moyens essentiels de la prise en charge précoce de l'urgence avec le SAMU.

Les urgences psychiatriques sont prises en charge par le CHFT à travers l'Unité d'Admission Psychiatrique Paul Eluard.

Le CHFT met en œuvre les moyens humains pour des interventions psychiatriques de professionnels médicaux et non médicaux au sein du service des Urgences du CH de Mende.

Le territoire dispose d'une Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) activable par le préfet ou le directeur du SAMU en lien avec avec le psychiatre de garde.

- Optimiser la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques dans les structures du secteur et dans les établissements médico-sociaux.

- Le GHT intègre un établissement de santé spécialisé en psychiatrie. Ce dernier constitue le pivot de l'offre de soins psychiatriques dans le département tant pour l'adulte et la gérontopsychiatrie que pour la pédopsychiatrie. Il convient de mettre en adéquation les moyens avec les besoins actuels compte-tenu de la densité des équipements des établissements du secteur et des établissements médico-sociaux

La prise en charge de l'urgence psychiatrique est organisée entre les membres signataires de la convention.

- Les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Une redistribution des capacités actuelles de lits de SSR est à envisager.

- Les actions médico-sociales

Il convient d'accompagner les établissements médico-sociaux dans leurs spécialisations (autisme, polyhandicap,...) et dans l'évolution de leurs populations d'usagers (psychiatrie et vieillissement)

- Le projet de biologie médicale

Optimiser la réponse aux demandes d'examens de biologie médicale pour l'ensemble des établissements du GHT et favoriser pour les différents prescripteurs, l'accès en temps réel aux résultats.

■ L'imagerie diagnostique et interventionnelle

CH de Mende  
CH de Langogne  
Télé-radiologie

Après le diagnostic territorial de télémédecine diligenté par l'ARS sur le département de la Lozère, les parties à la convention participent sur la base du volontariat à l'expérimentation de télémédecine. Les établissements partenaires sont associés au processus.

Organiser une réponse adaptée et pertinente aux demandes d'examen d'imagerie pour l'ensemble des établissements du GHT et pour les différents prescripteurs du territoire, et leur favoriser l'accès en temps réel aux comptes-rendus et aux images dès que cela sera possible.

■ Le projet commun de pharmacie

Mettre en place une collaboration étroite entre toutes les PUI (Pharmacies à Usage Intérieur) des établissements du GHT : partages d'expériences, mise en commun des connaissances, échanges sur les activités internes aux PUI, les activités transversales, les projets en cours et à venir, avec pour objectif un livret thérapeutique partagé facilitant le paramétrage du DPI, l'informatisation du circuit du médicament et une prise en charge thérapeutique pertinente du patient attestant alors de la naissance d'une réelle communauté pharmaceutique de territoire.

Le projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire est défini en cohérence avec le projet médical partagé, par voie d'avenant dans un délai d'un an à partir de la conclusion de la présente convention.

## PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

### Titre 2. **CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

#### COMPOSITION

##### Article 2 :

Les établissements et services suivants, soussignés, sont parties au groupement hospitalier de territoire :

- L'Hôpital Lozère (ex-CHG sites de Mende et de Marvejols) à Mende
- Le Centre Hospitalier Spécialisé François Tosquelles de St Alban sur Limagnole
- Le Centre Hospitalier de proximité Fanny Ramadier de St Chély-d'Apcher
- Le Centre Hospitalier de proximité Théophile Roussel de Florac
- Le Centre Hospitalier de proximité Saint-Jacques de Marvejols
- Le Centre Hospitalier de proximité de Langogne
- L'EHPAD de Vialas
- L'EHPAD de Villefort
- L'EHPAD du Bleygard
- L'EHPAD de Nasbinals
- L'EHPAD de Luc
- L'EHPAD d'Auroux
- L'EHPAD du Collet de Dèze
- La Résidence Piencourt à Mende

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

Son adhésion doit préalablement recueillir l'avis favorable du comité stratégique du groupement.

Dans le cadre du projet médical commun qui vise, notamment, à améliorer le parcours de soins de la personne en situation de handicap une convention de partenariat est élaborée en parallèle à cette convention constitutive pour intégrer sous forme d'invités permanents sans voix délibérative les établissements médicaux-sociaux du secteur du handicap qui, bien que relevant d'un statut associatif privé, ont toute leur place dans le travail que le GHT entend mener en direction des personnes en situation de handicap quelqu'en soit la forme.

De même, dans l'intérêt de la prise en charge des personnes âgées les EHPAD privés du département se voient offrir dans le cadre de cette convention d'association le même statut d'invités permanents sans voix délibérative.

## DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

### **Article 3 :**

La dénomination du groupement hospitalier de territoire est : **Groupeement Hospitalier de Lozère**

## OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

### **Article 4 :**

Le GHT a pour but de mettre en œuvre le projet médical commun ou projet médical de territoire et assure la mise en commun de fonctions ci-dessous :

#### **Les fonctions mutualisées et fonctionnement commun**

##### **4-1 Système d'information hospitalier convergent et schéma directeur du SIH du groupement**

Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprendra des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels dans le respect des spécificités de chaque métier et notamment du champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Les établissements parties au groupement utiliseront, dans les conditions prévues au 1<sup>er</sup> du I de l'article L. 6132-3, un identifiant unique pour les patients à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Pour ce faire un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé sera élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

D'ores et déjà, les CH de Mende, Marvejols, Florac, St Chély et Langogne ont adhéré à un marché commun pour le choix d'un DPI partagé.

##### **4-2 Fonction Achats : Missions de la fonction Achat et plan d'action des achats du GHT**

La fonction « Achat » comprend les missions suivantes :

- L'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement
- La planification et la passation des marchés
- Le contrôle de gestion des achats
- Les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques

Un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire sera élaboré pour le compte des établissements parties au groupement pour le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

**4-3 Les parties à la présente convention se laissent la possibilité de** : constituer des Pôles inter-établissements dont les modalités de création et de fonctionnement sont désormais définies à l'article R 6146-9-3 CSP.

**4-4 La coordination des plans de formation continue** et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement est organisée après concertation de la conférence territoriale de dialogue social et de la CME du GHT.

**4-5 Les parties à la convention concernées par la certification** préparent leurs structures à un **compte qualité unique** et à une seule visite de certification pour le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Les blocs du compte qualité, comme cela est prévu par la réglementation, tiennent compte des spécificités de fonctionnement du champ psychiatrique, en particulier celles relatives aux droits du patient.

Les membres du groupement travaillent à la mutualisation de la fonction démarche qualité et l'évaluation interne et externe des établissements y compris médico sociaux.

#### 4-6 En ce qui concerne le volet budgétaire et financier :

- Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire transmettent pour avis au comité stratégique, au plus tard quinze jours avant la date limite prévue au premier alinéa de l'article R. 6145-29, leur état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que leur plan global de financement pluriannuel. Cet avis est transmis, au plus tard huit jours après cette date limite, au Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, qui apprécie l'état des prévisions de recettes et de dépenses et le plan global de financement pluriannuel de chacun des établissements parties au groupement hospitalier de territoire en prenant en compte l'ensemble des budgets de ces établissements.
- Un CRPP annexe est créé retraçant les opérations concernant les fonctions et activités gérées par l'établissement support pour le compte des établissements parties au groupement.
- la clé de répartition permettant le calcul de la contribution des établissements parties au titre des fonctions communes gérées par l'établissement sera fixé par l'arrêté prévu par le décret du 27 avril 2016.

#### 4-7 Le Département d'Information Médicale de territoire

Le département de l'information médicale de territoire procède à l'analyse de l'activité de tous les établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire est désigné par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement.

Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire a autorité fonctionnelle sur les personnels du département d'information médicale.

Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire coordonne les relations entre le département de l'information médicale de territoire et les instances médicales de chacun des établissements parties au groupement.

Un médecin référent du département de l'information médicale de territoire assiste à la commission médicale des établissements parties au groupement.

Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire rend compte, au moins une fois par an, de l'activité des établissements parties au comité stratégique du groupement hospitalier de territoire.

Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire assure les missions suivantes :

1° Préparer les décisions des instances compétentes des établissements parties, mentionnées à l'article R. 6113-9, afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'action présenté devant le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire ;

2° Participer à l'analyse médico-économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé, ainsi que des missions définies à l'article R.6113-8 ;

3° Contribuer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, dans les conditions définies à l'article R. 6113-6 ;

4° Contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

## Pour atteindre ces objectifs opérationnels, trois étapes sont fixées :

- ☞ Phase 1 : 2016/2017  
Harmonisation des pratiques entre les TIM et les DIM des établissements membres
- ☞ Phase 2 : fin 2018  
Mise en routine de la phase 1 et mise en place des outils informatiques communs
- ☞ Phase 3 : 1er janvier 2021  
Constitution d'un DIM unique

Chaque étape sera validée et fera l'objet d'une évaluation devant le comité stratégique.

### 4-8 Les autres mutualisations

Le GIP Aubrac Gévaudan est chargé de mettre en œuvre la fonction blanchisserie pour certains membres du groupement. Le Centre Hospitalier F. TOSQUELLES en assure la gestion administrative.

Le Centre hospitalier de Langogne est chargé de mettre en œuvre la mise à disposition de l'infirmière du réseau d'hygiène départemental pour certains membres du Groupement.

## DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT

### Article 5 :

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire est l'Hôpital Lozère, ex-Centre Hospitalier de Mende.

Cette désignation a été approuvée par au moins deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties à la présente convention.

## DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES

### Article 6 :

**Un établissement signataire ne peut être partie à une autre convention de groupement hospitalier de territoire.**

Un établissement partie, associé ou partenaire du présent groupement hospitalier de territoire peut mener des actions de coopérations engagées dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes de droit public ou de droit privé. Les partenariats conclus par les établissements signataires s'exercent dans le respect des actions menées au sein du présent groupement hospitalier de territoire.

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

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

La place spécifique de chaque établissement est prise en compte pour la mise en œuvre de la présente convention. A ce titre, la stratégie du groupement en matière de santé mentale se fait dans le respect des secteurs psychiatriques.

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

### **Titre 3. ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

#### **Article 7 :**

Les établissements et services parties à la présente convention délèguent à l'établissement support la compétence de conclure, pour leur compte, les conventions de partenariats et association avec le groupement hospitalier de territoire prévues à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique avec :

- Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile
- Les établissements privés

#### **Article 8 :**

#### **ASSOCIATION AU CHU**

Le groupement hospitalier de territoire est associé à un centre hospitalier et universitaire qui assure, pour le compte des établissements partie au groupement, les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3. Cette association fait l'objet d'une convention entre le centre hospitalier et universitaire et l'établissement support du groupement qui sera mandaté pour ce faire par les établissements parties au groupement.

### **Titre 4. GOUVERNANCE**

**Nul ne peut être membre à plus d'un titre.**

#### **LE COMITE STRATEGIQUE**

#### **Article 9 :**

Le comité stratégique ou le cas échéant son bureau propose au directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé.

Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

Au moins une fois par an, il examine les problèmes qui ont pu surgir dans la prise en charge des patients entre les membres parties à la convention. A cet égard, il émet des propositions d'amélioration.

Il adopte dans un délai maximum d'un an, à compter de la conclusion de la présente convention, le règlement intérieur précisant les modalités de fonctionnement de chacune des instances constitutives du GHT.

#### **Composition :**

Convention Constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire « GHT Lozère »

PN

LS

VP

PI

Jmc

PS

15

SS

## Il comprend deux types de membres.

### 1- Des membres ayant voix délibérative :

- ° les directeurs des établissements visés à l'article 2 de la présente convention, ou leur représentant
- ° les présidents des commissions médicales des établissements visés à l'article 2 de la présente convention ou leur représentant ,
- ° les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques visés à l'article 2 de la présente convention ou leur représentant,
- ° Le président du collège médical de groupement, ou son représentant

Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire est membre de droit sans voix délibérative.

### 2- Des membres invités à titre permanent sans voix délibérative :

- ° Les représentants des établissements et services médico-sociaux oeuvrant dans le champ du handicap représentés ici par le GCSMS « des établissements et services du handicap de Lozère » signataires de la présente convention : 2 membres
- ° Les représentants des EHPAD privés signataires de la présente convention : 1 membre
- ° Les représentants du secteur sanitaire privé adhérents à la présente convention : 1 membre

### Fonctionnement :

- ☞ Le comité stratégique est présidé par le directeur de l'établissement support
- ☞ Il se réunit au moins deux fois par an, sur convocation de son Président

## BUREAU RESTREINT

Le comité stratégique met en place un bureau restreint dont les compétences sont fixées par le règlement intérieur, dans le respect des dispositions de l'article L.6132-2 du Code de la santé publique.

Le bureau est composé de 15 membres :

- Du président du comité stratégique, directeur de l'établissement support
- Du président du collège médical du GHT
- De six présidents de CME des centres hospitaliers du département
- Du directeur du CHS de St- Alban
- De quatre directeurs des centres hospitaliers locaux ou de leurs représentants désignés
- De trois élus parmi les directeurs d'EHPAD membres du comité stratégique
- D'un représentant élu parmi les membres invités à titre permanent au sein du comité stratégique.

Le bureau se réunit au moins une fois tous les deux mois, sur convocation de son Président.

## INSTANCE MEDICALE COMMUNE

### Article 10 :

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

## COLLEGE MEDICAL DE GROUPEMENT

### *Composition :*

Le collège médical comprend :

#### **1- Des membres ayant voix délibérative :**

- ° Deux représentants par CME des établissements membres du comité stratégique dont le PCME ( membre de droit) et un membre élu au sein de chacune des CME (maximum 12 membres).
- ° Les médecins coordonnateurs des EHPAD autonomes parties à la convention sont membres de droit du collège médical du GHT.

#### **2- Des membres invités à titre permanent sans voix délibérative :**

- ° Des représentants médicaux des établissements et services médico-sociaux oeuvrant dans le champ du handicap représentés ici par le GCSMS « des établissements et services du handicap de Lozère » signataires de la présente convention : 2 membres

Ces représentants sont désignés par les établissements concernés.

- ° Des représentants médicaux des EHPAD privés partenaires de la présente convention : 1 membre

Ces représentants sont désignés par les établissements concernés.

- ° Des représentants médicaux du secteur sanitaire privé adhérents à la présente convention : 1 membre

Ces représentants sont désignés par les établissements concernés.

Le collège médical de groupement élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

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

La fonction de président du collège médical de groupement est, sauf disposition contraire prévue dans le règlement intérieur lorsque l'effectif médical le justifie, incompatible avec les fonctions de chef de pôle.

Les avis émis par le collège médical de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

### *Fonctionnement :*

Le collège médical de groupement se réunit au moins deux fois par an.

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

L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins 7 jours avant la tenue de la séance.

### **Compétences :**

Le collège médical anime la réflexion médicale de territoire de groupement. A ce titre, il participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des sites du groupement. Il donne un avis sur le projet médical partagé du groupement. Il est tenu informé, chaque année, de sa mise en œuvre et du bilan dressé par son Président.

Les compétences déléguées au collège médical de groupement font l'objet d'un avenant adopté dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, après délibération des commissions médicales d'établissement.

## **INSTANCE COMMUNE DES USAGERS**

### **Article 11 :**

La commission des usagers du groupement est mise en place dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, après avis des commissions des usagers des établissements parties.

L'instance des usagers est présidée par le directeur de l'établissement support du groupement ou son représentant.

#### **1- Des membres ayant voix délibérative :**

- Un représentant des usagers de chacun des établissements membres du comité stratégique

#### **1- Des membres invités à titre permanent sans voix délibérative :**

- Deux représentants des usagers des établissements et services médico-sociaux oeuvrant dans le champ du handicap représentés ici par le GCSMS « des établissements et services du handicap de Lozère » signataires de la présente convention.

Ces représentants sont désignés par les établissements concernés.

- Un représentant des usagers des EHPAD privés signataires de la présente convention.

Ce représentant est désigné par les établissements concernés.

- Un représentant des usagers du secteur sanitaire privé adhérents à la présente convention :

Ce représentant est désigné par les établissements concernés.

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

## COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT

### Article 12 :

#### *Composition :*

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement comprend 18 membres, dont :

- Les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques d'établissement sont membres de droit de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement au titre de leurs fonctions.
- 6 membres élus par les CSIRMT des CH parties au GHT.
- 1 membre par établissement partie à la convention et avec voix délibérative élu par le CTE de l'établissement parmi ses membres relevant des catégories para-médicales.

Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support du groupement.

#### *Fonctionnement :*

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement se réunit deux fois par an.

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

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

#### *Compétences :*

- 1- La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du GHT est consultée pour avis sur le projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire
- 2- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ainsi que l'accompagnement des malades dans le cadre des filières de prise en charge des patients du GHT
- 3- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins dans le cadre de la prise en charge en filière entre les membres de la GHT
- 4- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Les avis émis par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du GHT de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

## COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX

### Article 13 :

#### *Composition :*

Le comité territorial des élus locaux est composé de membres issus des établissements signataires de la présente convention et disposant de voix délibératives :

- Un représentant des élus des collectivités territoriales par conseil de surveillance des établissements parties au groupement
- Les maires des communes sièges des établissements parties au groupement
- Un représentant des élus des collectivités territoriales par conseil d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement du GHT
- le président du comité stratégique
- les directeurs des établissements parties au groupement
- le président du collège médical ou de groupement
- 

#### **Fonctionnement :**

Le comité territorial des élus locaux élit son président parmi ses membres, pour une durée de 4 ans.

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

Le comité territorial se réunit, soit à la demande du directeur du comité stratégique, soit à la demande de son président, soit à la demande d'au moins deux tiers de ses membres.

#### **Compétences :**

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

## CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL

#### **Article 14 :**

La conférence territoriale de dialogue social comprend membres issus des établissements signataires de la présente convention et disposant de voix délibératives :

- Le président du comité stratégique, président de la conférence
- Un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un comité technique d'établissement d'un établissement partie au groupement
- Un représentant des organisations représentées dans plusieurs comités techniques d'établissement des établissements parties au groupement
  - Avec voix consultative, le président du collège médical de groupement,
  - Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement et d'autres membres du comité stratégique, désignés par son président
- Le secrétaire de chaque CHSCT

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

La conférence est réunie au moins 2 fois par an, soit à la demande du président du comité stratégique, soit à la demande d'au moins la moitié des représentants siégeant au sein de l'espace, soit à la demande des représentants d'au moins deux tiers des établissements parties au groupement.

Les modalités de fonctionnement de la conférence territoriale de dialogue social sont définies dans le règlement intérieur du groupement.

## Titre 5. *PROCEDURE DE CONCILIATION*

### **Article 15 :**

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

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de 6 mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie.

La proposition de solution amiable sera soumise à l'avis du comité stratégique puis à l'ARS

Faute d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente pourra être saisie.

## Titre 6. *DUREE ET RECONDUCTION*

### **Article 16 :**

La présente convention est conclue pour une durée de 10 ans et est renouvelée par tacite reconduction.

**Fait à Mende, le 29 juin 2016.**

**Monsieur Patrick JULIEN**

Directeur de l'Hôpital Lozère à Mende



CENTRE HOSPITALIER  
LE  
DIRECTEUR  
MENDE

**Monsieur Patrick JULIEN**

Directeur du CH Théophile Roussel à Florac



**Monsieur Patrick JULIEN**  
Directeur par intérim du CH de Marvejols



**Monsieur Patrick JULIEN**  
Directeur de l'EHPAD Les Vallées à Villefort



**Monsieur Patrick JULIEN**  
Directeur de l'EHPAD Joseph Caupert au Bleymard



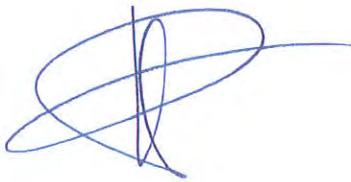
**Monsieur Patrick JULIEN**  
Directeur par intérim de l'EHPAD André Aldebert à Nasbinals



**Madame Valérie PELISSE**  
Directrice du CH de Langogne



**Madame Valérie PELISSE**  
Directrice de l'EHPAD de Luc



**Monsieur Patrick MORICE**  
Directeur du CH Fanny Ramadier à Saint-Chély-d'Apcher



**Monsieur Philippe VILLENEUVE**

Directeur du CHS François Tosquelles à Saint-Alban sur Limagole



**Monsieur Philippe VILLENEUVE**

Directeur de l'EHPAD d'Aureux



**Monsieur Laurent SUAU**

Président du CIAS Cœur de Lozère pour la Résidence Piencourt à Mende

LS



**Monsieur J.M. LACOMBE**  
Président du CCAS du Collet de Dèze pour l'EHPAD La Soleillade



Centre Communal d'Action Sociale  
C.C.A.S  
48160 Le Collet de Deze

Monsieur Sylvain SCHLESINGER  
Directeur de l'EHPAD de Vialas



# Groupement hospitalier de territoire de Lozère Convention constitutive

Version consolidée du 03 mai 2017

Référence	Date adoption
Version V1	27 mai 2016
Version V2	03 mai 2017

SS PT  
PM 1 VP

## Sommaire :

PARTIE I : PROJET MEDICAL PARTAGE ET PROJET DE SOINS PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE .....	5
Titre 1.    ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE.....	5
PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	11
Titre 2.    CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	11
COMPOSITION .....	11
DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	12
OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE .....	12
DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT.....	14
DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES.....	14
Titre 3.    ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE .....	15
ASSOCIATION AU CHU .....	15
Titre 4.    GOUVERNANCE .....	15
LE COMITE STRATEGIQUE .....	15
BUREAU RESTREINT .....	16
INSTANCE MEDICALE COMMUNE .....	17
COLLEGE MEDICAL DE GROUPEMENT .....	17
INSTANCE COMMUNE DES USAGERS .....	18
COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT .....	19
COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX .....	20
CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL .....	20
Titre 5.    PROCEDURE DE CONCILIATION .....	22
Titre 6.    DUREE ET RECONDUCTION .....	22

PM 2 UP

## Préambule

### *Les centres hospitaliers et les EHPAD signataires de la présente convention*

- convaincus que le territoire de la Lozère est un territoire particulier dont il convient de tenir compte des spécificités,
- convaincus de la nécessité d'établir des coopérations médicales renforcées au niveau départemental et régional pour améliorer la prise en charge des patients, de renforcer la ressource médicale et de réduire le taux de fuite,
- convaincus de l'utilité de travailler à la mutualisation des fonctions « Achat », au rapprochement des systèmes d'information et des départements d'information médicale,
- convaincus de la nécessité de plateformes de coopération sur les ressources rares tant dans le domaine technique qu'administratif,
- ayant déjà bien avancé dans le domaine des coopérations et dans celui d'un diagnostic territorial après deux conférences informelles tenues à Marvejols les 2 avril et 4 décembre 2015,

**Adoptent la présente convention de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) préparée par leurs directeurs, leurs présidents de Commission Médicale d'Etablissement (CME) et leurs présidents de Commissions de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) aux fins de créer un GHT sur le territoire de santé de la Lozère dont l'établissement support sera l'HOPITAL LOZERE.**

Le GHT a pour but de mettre en œuvre le projet médical commun ou projet médical de territoire et assure la mise en commun de fonctions ci-dessous décrites.

## Visas

- Vu les articles L 6132-1 à L 6132-6 du code de la Santé Publique instituant les groupements hospitaliers de territoire ;
- Vu le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements de territoire ;
- Vu l'arrêté portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins du Languedoc-Roussillon ;
- Vu la concertation des Directoires de **HOPITAL LOZERE** (ex-CHG sites de Mende et de Marvejols) sis avenue du 8 mai 1945 à MENDE, du Centre Hospitalier Spécialisé F. Tosquelles de St Alban, du Centre Hospitalier de proximité Fanny RAMADIER de St Chély d'Apcher, du Centre Hospitalier de proximité Th. Roussel de Florac, du Centre Hospitalier de proximité St Jacques de Marvejols et du Centre Hospitalier de proximité de Langogne ;
- Vu les avis des Comités Techniques d'Etablissement (CTE), des Commissions Médicales d'Etablissement (CME), des Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), des conseils de surveillance, des Centres hospitaliers ci-dessus mentionnés relatifs à l'adoption de la convention constitutive du GHT ;
- Vu les avis des Comités Techniques d'Etablissement (CTE), des Commissions Médicales d'Etablissement (CME), des Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), des conseils de surveillance, des Centre Hospitaliers ci-dessus mentionnés relatifs à la désignation de **HOPITAL LOZERE** comme établissement support du groupement hospitalier de territoire ;
- Vu les avis des CTE des EHPAD de Vialas, de Villefort, du Bleygard, de Nasbinals, de Luc, d'Auroux, du Collet de Dèze, de Meyrueis, de la Résidence Piencourt à MENDE relatifs à la Convention constitutive du GHT ;

PM 3 JC

- Vu les avis des CTE des EHPAD de Vialas ,de Villefort ,du Bleymard ,de Nasbinals ,de Luc, d'Auroux , du Collet de Dèze ,de la Résidence Piencourt à Mende relatifs à la désignation de **l'HOPITAL LOZERE** comme établissement support du groupement hospitalier de territoire ;
- Vu les délibérations des conseils d'administration des EHPAD ci-dessus mentionnés relatives à la Convention constitutive du GHT et à la désignation de **l'HOPITAL LOZERE** comme établissement support du groupement hospitalier de territoire ;

PM 4

UP

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

## Titre 1. **ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE**

### Article 1 :

Les établissements parties à la présente convention adoptent un projet médical partagé permettant aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée.

### Pour ce faire, le projet médical partagé du groupement devra répondre aux objectifs médicaux suivants :

La prise en charge des patients la plus adaptée à leurs besoins et à leurs pathologies en privilégiant la proximité. Pour initier ce développement, les thématiques suivantes ont été définies pour mettre en œuvre cet objectif :

- la personne âgée
- la personne handicapée
- le maintien ou le retour à domicile
- la télémédecine
- la prise en charge des cancers
- la prise en charge des Maladies Chroniques
- la prise en charge des soins palliatifs
- la Permanence Des Soins des Etablissements de Santé (PDES)
- la prise en charge de l'urgence
- les coopérations médicales avec le médico social et le secteur psychiatrique
- la biologie médicale
- l'imagerie diagnostique et interventionnelle
- la pharmacie

Le partage de l'information, des compétences et des habilités entre tous les établissements afin de faciliter et d'améliorer la coopération au sein du GHT. Ce partage d'information se fera autour des axes principaux :

- l'information médicale entre établissements du GHT et la médecine et paramédicaux de ville
- la formation médicale entre établissements du GHT et la médecine et paramédicaux de ville
- la coordination des plans de formation continue et de développement professionnel et continue des personnels
- La coordination des instituts et écoles de formation avec les établissements du GHT

### ■ Améliorer l'organisation du parcours de soins de la personne âgée

Les signataires souhaitent :

- ☞ Faciliter autant que faire se peut, en liaison avec les services sociaux des divers établissements, des municipalités et du département, le maintien ou le retour sur le lieu de vie
- ☞ Développer le recours à la chirurgie et à la médecine ambulatoire pour pouvoir se conformer à l'objectif de maintien à domicile quand cela est possible
- ☞ Développer les équipes pluridisciplinaires aux fins d'une évaluation précoce des hospitalisés pour éviter les séjours longs

SS PM PJ 5 VP

- ☞ Travailler sur la mise en place du Dossier de Liaison des Urgences (DLU)
- ☞ Développer les consultations avancées
- ☞ Développer le recours à la télémédecine pour éviter le déplacement des personnes âgées

#### ■ Organiser la filière de prise en charge de la personne handicapée

Les parties à la convention conviennent à travailler à une meilleure prévention et souhaitent :

- ☞ Favoriser le dépistage et l'éducation thérapeutique des problèmes somatiques
- ☞ Organiser un accueil spécifique de la personne handicapée dans les établissements sanitaires
- ☞ Développer les consultations avancées dans les institutions hébergeant les personnes handicapées
- ☞ Développer la télémédecine avec ces institutions

#### ■ Fluidifier les filières en favorisant le maintien ou le retour à domicile

Les parties à la convention souhaitent développer, dès l'hospitalisation en MCO et même en amont de cette hospitalisation, une évaluation systématique des patients à risque de long séjour. En effet, il a été constaté que ces longs séjours sont délétères pour la prise en charge de la personne âgée.

Les membres du GHT entendent développer le recours à l'HAD y compris pour le retour en EHPAD.

#### ■ Développer la télémédecine

Les membres du GHT souhaitent affirmer leur volonté de recourir à la télémédecine pour améliorer la prise en charge des patients :

- ☞ Télé-AVC dans le cadre de la prise en charge des thrombolyses
- ☞ Télé-consultations
- ☞ Télé-staff, télé-expertise, télé-assistance

Un diagnostic autour de la télémédecine est en cours de réalisation avec l'appui de l'ARS. Les membres du GHT s'appuieront sur ce diagnostic pour développer les actions réalisables.

Il s'agit de constituer un réseau de télémédecine, d'une part, entre l'HOPITAL LOZERE sur ses deux sites et les autres membres du GHT, et, d'autre part, entre l'HOPITAL LOZERE sur ses deux sites et le CHU de référence.

Pour le Centre Hospitalier de Saint-Alban, il s'agit dans un premier temps de mettre en place la télé-expertise et le support aux équipes entre les différents sites de l'établissement, justifié par leur éloignement géographique.

Dans un second temps, l'établissement proposera ces services aux établissements requérants volontaires du département et notamment aux membres du GHT.

#### ■ Développer les coopérations médicales sur le territoire de la Lozère

Les membres du GHT souhaitent développer l'activité de chirurgie et de médecine sur le territoire de Lozère et en particulier la chirurgie ambulatoire.

Des consultations avancées de chirurgie et de médecine sont actuellement organisées sur le territoire en orthopédie, gynécologie-obstétrique, sages-femmes et médecine gériatrique.

Il convient d'étendre les consultations de spécialité en lien avec les besoins de la médecine libérale.

Le développement de la télémédecine vu plus haut s'inscrit dans cette démarche.

Ces consultations avancées ou de télémédecine permettront de renforcer les équipes territoriales en chirurgie et en médecine constituées en collaboration avec les CHU de Nîmes, de Montpellier ainsi qu'avec le CH de Millau.

#### ■ Optimiser la prise en charge des cancers

**L'HOPITAL LOZERE** dispose d'un hôpital de jour qui permet l'administration de poches de chimiothérapie délivrées par la PUI, d'une autorisation en chirurgie digestive et en oncologie. Pour les autres chirurgies carcinologiques, les coopérations sont organisées avec les CHU de Nîmes, de Montpellier et avec l'Institut de Cancérologie de Montpellier (ICM).

Des consultations avancées d'oncologie seront organisées à Marvejols, Florac, St-Chély d'Apcher et Langogne.

#### ■ Optimiser la prise en charge des Maladies Chroniques

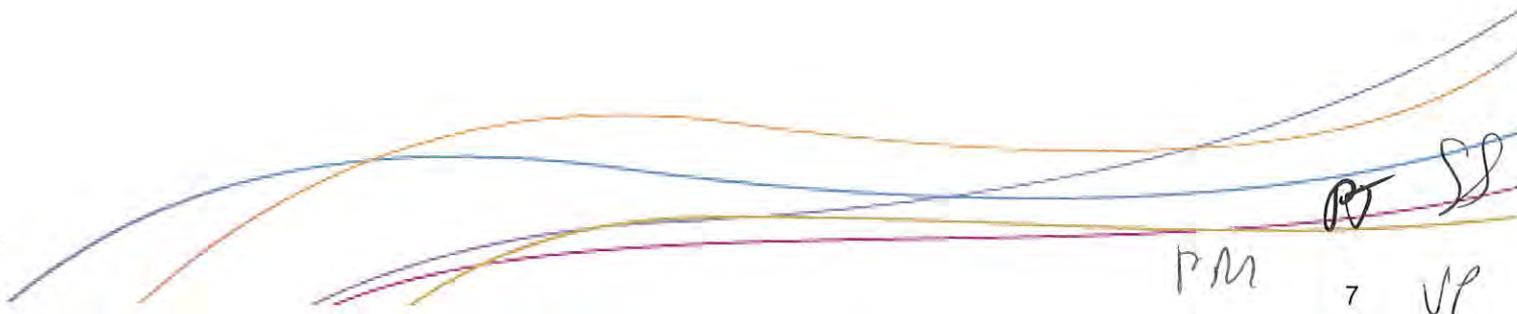
**L'HOPITAL LOZERE** dispose d'un hôpital de jour ce qui permet la prise en charge et l'administration de traitements spécialisés dans un établissement isolé des malades atteints de maladies chroniques avec les coopérations des CHU de Nîmes, de Montpellier.

#### ■ Optimiser la prise en charge des soins palliatifs

Le territoire de Lozère dispose de 7 lits de soins palliatifs dont 5 à Mende et 2 à Florac. Une adaptation capacitaire est nécessaire.

L'équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) intervient dans les CH et et les établissements médico-sociaux du département. Cette équipe forme les soignants à la prise en charge de soins palliatifs et aide à la prise en charge à la demande des établissements.

Le SROS autorisant l'installation de 10 lits de soins palliatifs sur le département. Seuls 7 lits sont installés et les membres du GHT souhaitent ouvrir 3 lits sur le contingent autorisé pour faire face à la demande des établissements.



■ **Optimiser la prise en charge des patients dans le cadre de la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDSES)**

Le schéma régional de la permanence des soins a octroyé au CH de Mende les lignes suivantes d'astreinte et de garde :

Spécialités	Services	type de PDS	nb de ligne
Chirurgies	Viscérale	AO	1
	Orthopédique	AO	1
	endoscopie digestive	AO	1
	urologie	AO	1
Gynéco-obs		AO	1
Médecines	interne, Gériatrique	AO	1
	cardiologie	AO	1
Ophtalmologie		AS	1
ORL		AS	1
Pédiatrie		AO	1
Radiologie		AO	1
Réanimation		garde sur place	1
Anesthésie		AO	1
Urgence		garde sur place	2
Centre 15		garde sur place	1
SMUR		garde sur place	1
Psychiatrie	Urgences	AO	1
Psychiatrie	Urgences	Garde sur place	1
Laboratoire		AO	1
Pharmacie		AS	1

Total lignes astreintes

14

La continuité des soins est organisée à Marvejols en cardiologie, en néphrologie, en gastroentérologie et en chirurgie.

La continuité des soins est organisée à St-Alban en psychiatrie.

Dans le respect du choix du patient, la prise en charge graduée des patients est organisée sur le territoire entre l'Hôpital Lozère et les autres parties à la convention constitutive et les partenaires pour les hospitalisations et les consultations externes. Une fois par an au moins, le collège médical du GHT et le Comité stratégique travaillent sur les problèmes de prises en charge en PDSES et de retour dans les établissements partenaires ou parties à la convention.

Les parties à la conventions conviennent que des consultations avancées ou des télé-consultations seront organisées entre **HOPITAL LOZERE** et les membres parties à la convention.

PM

OS

PS

UP

## ■ Améliorer la prise en charge de l'urgence

Le territoire de Lozère est doté d'un SAMU Centre 15, d'une ligne SMUR et d'un service d'accueil des Urgences ouvert 7jours/7 24H/24.

Les signataires de la présente convention facilitent la prise en charge de l'urgence en mettant en place un dossier de soins commun ou partagé dans le cadre du Dossier du Patient Informatisé (DPI).

Les membres parties à la convention travaillent en collaboration avec les médecins de ville à l'amélioration de la prise en charge des patients dans le cadre de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA).

Les médecins de ville sont la cheville ouvrière de ce dispositif.

Les médecins correspondants SAMU constituent un des moyens essentiels de la prise en charge précoce de l'urgence avec le SAMU.

Les urgences psychiatriques sont prises en charge par le CHFT à travers l'Unité d'Admission Psychiatrique Paul Eluard.

Le CHFT met en œuvre les moyens humains pour des interventions psychiatriques de professionnels médicaux et non médicaux au sein du service des Urgences de **L'HOPITAL LOZERE**.

Le territoire dispose d'une Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) activable par le préfet ou le directeur du SAMU en lien avec avec le psychiatre de garde.

- Optimiser la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques dans les structures du secteur et dans les établissements médico-sociaux.
- Le GHT intègre un établissement de santé spécialisé en psychiatrie. Ce dernier constitue le pivot de l'offre de soins psychiatriques dans le département tant pour l'adulte et la gériopsychiatrie que pour la pédopsychiatrie. Il convient de mettre en adéquation les moyens avec les besoins actuels compte-tenu de la densité des équipements des établissements du secteur et des établissements médico-sociaux

La prise en charge de l'urgence psychiatrique est organisée entre les membres signataires de la convention.

- Les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Une redistribution des capacités actuelles de lits de SSR est à envisager.

- Les actions médico-sociales

Il convient d'accompagner les établissements médico-sociaux dans leurs spécialisations (autisme, polyhandicap,...) et dans l'évolution de leurs populations d'utilisateurs (psychiatrie et vieillissement)

- Le projet de biologie médicale

Optimiser la réponse aux demandes d'examen de biologie médicale pour l'ensemble des établissements du GHT et favoriser pour les différents prescripteurs, l'accès en temps réel aux résultats.

■ L'imagerie diagnostique et interventionnelle

HOPITAL LOZERE  
CH de Langogne  
Télé-radiologie

Après le diagnostic territorial de télémédecine diligenté par l'ARS sur le département de la Lozère, les parties à la convention participent sur la base du volontariat à l'expérimentation de télémédecine. Les établissements partenaires sont associés au processus.

Organiser une réponse adaptée et pertinente aux demandes d'examen d'imagerie pour l'ensemble des établissements du GHT et pour les différents prescripteurs du territoire, et leur favoriser l'accès en temps réel aux comptes-rendus et aux images dès que cela sera possible.

■ Le projet commun de pharmacie

Mettre en place une collaboration étroite entre toutes les PUI (Pharmacies à Usage Intérieur) des établissements du GHT : partages d'expériences, mise en commun des connaissances, échanges sur les activités internes aux PUI, les activités transversales, les projets en cours et à venir, avec pour objectif un livret thérapeutique partagé facilitant le paramétrage du DPI, l'informatisation du circuit du médicament et une prise en charge thérapeutique pertinente du patient attestant alors de la naissance d'une réelle communauté pharmaceutique de territoire.

Le projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire est défini en cohérence avec le projet médical partagé, par voie d'avenant dans un délai d'un an à partir de la conclusion de la présente convention.

Handwritten scribbles and initials at the bottom of the page, including the letters 'PM', '10', and 'UP'.

## PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

### Titre 2. *CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE*

#### COMPOSITION

##### Article 2 :

Les établissements et services suivants, soussignés, sont parties au groupement hospitalier de territoire :

- L'Hôpital Lozère (ex-CH de Mende sites Vallée du Lot et Gévaudan)
- Le Centre Hospitalier Spécialisé F. Tosquelles de St Alban
- Le Centre Hospitalier de proximité Fanny Ramadier de St Chély d'Apcher
- Le Centre Hospitalier de proximité Théophile Roussel de Florac
- Le Centre Hospitalier de proximité Saint Jacques de Marvejols
- Le Centre Hospitalier de proximité de Langogne
- L'EHPAD de Vialas
- L'EHPAD de Villefort
- L'EHPAD du Bleymard
- L'EHPAD de Nasbinals
- L'EHPAD de Luc
- L'EHPAD d'Auroux
- L'EHPAD du Collet de Dèze
- La Résidence Piencourt à Mende

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

Son adhésion doit préalablement recueillir l'avis favorable du comité stratégique du groupement.

Dans le cadre du projet médical commun qui vise, notamment, à améliorer le parcours de soins de la personne en situation de handicap une convention d'association est élaborée en parallèle à cette convention constitutive pour intégrer sous forme d'invités permanents sans voix délibérative les établissements médicaux-sociaux du secteur du handicap qui, bien que relevant d'un statut associatif privé, ont toute leur place dans le travail que le GHT entend mener en direction des personnes en situation de handicap quelqu'en soit la forme.

De même, dans l'intérêt de la prise en charge des personnes âgées les EHPAD privés du département se voient offrir dans le cadre de cette convention d'association le même statut d'invités permanents sans voix délibérative.

PM

11

VP

## DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

### Article 3 :

La dénomination du groupement hospitalier de territoire est : **Groupement Hospitalier de Lozère**

## OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

### Article 4 :

Le GHT a pour but de mettre en œuvre le projet médical commun ou projet médical de territoire et assure la mise en commun de fonctions ci-dessous :

#### **Les fonctions mutualisées et fonctionnement commun**

##### 4-1 Système d'information hospitalier convergent et schéma directeur du SIH du groupement

Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprendra des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels dans le respect des spécificités de chaque métier et notamment du champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Les établissements parties au groupement utiliseront, dans les conditions prévues au 1<sup>er</sup> du I de l'article L. 6132-3, un identifiant unique pour les patients à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Pour ce faire un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet médical partagé sera élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

D'ores et déjà, les CH **d'Hôpital Lozère**, Marvejols, Florac, St Chély et Langogne ont adhéré à un marché commun pour le choix d'un DPI partagé.

##### 4-2 Fonction Achats : Missions de la fonction Achat et plan d'action des achats du GHT

La fonction « Achat » comprend les missions suivantes :

- L'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement
- La planification et la passation des marchés
- Le contrôle de gestion des achats
- Les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques

Un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire sera élaboré pour le compte des établissements parties au groupement pour le 1<sup>er</sup> janvier 2017.

**4-3 Les parties à la présente convention se laissent la possibilité de :** constituer des Pôles inter-établissements dont les modalités de création et de fonctionnement sont désormais définies à l'article R 6146-9-3 CSP.

**4-4 La coordination des plans de formation continue** et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement est organisée après concertation de la conférence territoriale de dialogue social et de la CME du GHT.

**4-5** Les parties à la convention concernées par la certification préparent leurs structures à un **compte qualité unique** et à une seule visite de certification pour le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Les blocs du compte qualité, comme cela est prévu par la réglementation, tiennent compte des spécificités de fonctionnement du champ psychiatrique, en particulier celles relatives aux droits du patient.

Les membres du groupement travaillent à la mutualisation de la fonction démarche qualité et l'évaluation interne et externe des établissements y compris médico sociaux.

#### 4-6 En ce qui concerne le volet budgétaire et financier :

- Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire transmettent pour avis au comité stratégique, au plus tard quinze jours avant la date limite prévue au premier alinéa de l'article R. 6145-29, leur état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que leur plan global de financement pluriannuel. Cet avis est transmis, au plus tard huit jours après cette date limite, au Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, qui apprécie l'état des prévisions de recettes et de dépenses et le plan global de financement pluriannuel de chacun des établissements parties au groupement hospitalier de territoire en prenant en compte l'ensemble des budgets de ces établissements.
- Un CRPP annexe est créé retraçant les opérations concernant les fonctions et activités gérées par l'établissement support pour le compte des établissements parties au groupement.
- la clé de répartition permettant le calcul de la contribution des établissements parties au titre des fonctions communes gérées par l'établissement sera fixé par l'arrêté prévu par le décret du 27 avril 2016.

#### 4-7 Le Département d'Information Médicale de territoire

Le département de l'information médicale de territoire procède à l'analyse de l'activité de tous les établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire est désigné par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical ou de la commission médicale de groupement.

Le médecin responsable du département de l'information médicale du territoire a autorité fonctionnelle sur les personnels du département d'information médicale.

Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire coordonne les relations entre le département de l'information médicale de territoire et les instances médicales de chacun des établissements parties au groupement.

Un médecin référent du département de l'information médicale de territoire assiste à la commission médicale des établissements parties au groupement.

Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire rend compte, au moins une fois par an, de l'activité des établissements parties au comité stratégique du groupement hospitalier de territoire.

Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire assure les missions suivantes :

1° Préparer les décisions des instances compétentes des établissements parties, mentionnées à l'article R. 6113-9, afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'action présenté devant le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire ;

2° Participer à l'analyse médico-économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé, ainsi que des missions définies à l'article R.6113-8 ;

3° Contribuer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, dans les conditions définies à l'article R. 6113-6 ;

4° Contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

PM 13 UP

## **Pour atteindre ces objectifs opérationnels, trois étapes sont fixées :**

- ☞ Phase 1 : 2016/2017  
Harmonisation des pratiques entre les TIM et les DIM des établissements membres
- ☞ Phase 2 : fin 2018  
Mise en routine de la phase 1 et mise en place des outils informatiques communs
- ☞ Phase 3 : 1er janvier 2021  
Constitution d'un DIM unique

Chaque étape sera validée et fera l'objet d'une évaluation devant le comité stratégique.

### **4-8 Les autres mutualisations**

Le GIP Aubrac Gévaudan est chargé de mettre en œuvre la fonction blanchisserie pour certains membres du groupement. Le Centre Hospitalier F. TOSQUELLES en assure la gestion administrative.

Le Centre hospitalier de Langogne est chargé de mettre en œuvre la mise à disposition de l'infirmière du réseau d'hygiène départemental pour certains membres du Groupement.

## **DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT**

### **Article 5 :**

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire est l'Hôpital Lozère, ex-Centre Hospitalier de Mende.

Cette désignation a été approuvée par au moins deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties à la présente convention.

## **DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES**

### **Article 6 :**

**Un établissement signataire ne peut être partie à une autre convention de groupement hospitalier de territoire.**

Un établissement partie, associé ou partenaire du présent groupement hospitalier de territoire peut mener des actions de coopérations engagées dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes de droit public ou de droit privé. Les partenariats conclus par les établissements signataires s'exercent dans le respect des actions menées au sein du présent groupement hospitalier de territoire.

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

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

La place spécifique de chaque établissement est prise en compte pour la mise en œuvre de la présente convention. A ce titre, la stratégie du groupement en matière de santé mentale se fait dans le respect des secteurs psychiatriques.

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

### **Titre 3. ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

#### **Article 7 :**

Les établissements et services parties à la présente convention délèguent à l'établissement support la compétence de conclure, pour leur compte, les conventions de partenariats et association avec le groupement hospitalier de territoire prévues à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique avec :

- Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile
- Les établissements privés

#### **Article 8 :**

##### **ASSOCIATION AU CHU**

Le groupement hospitalier de territoire est associé au Centre Hospitalier et Universitaire de Montpellier qui assure, pour le compte des établissements partie au groupement, les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3. Cette association fait l'objet d'une convention entre le centre hospitalier et universitaire et l'établissement support du groupement qui sera mandaté pour ce faire par les établissements parties au groupement.

### **Titre 4. GOUVERNANCE**

**Nul ne peut être membre à plus d'un titre.**

##### **LE COMITE STRATEGIQUE**

#### **Article 9 :**

Le comité stratégique ou le cas échéant son bureau propose au directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet médical partagé.

Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.

Au moins une fois par an, il examine les problèmes qui ont pu surgir dans la prise en charge des patients entre les membres parties à la convention. A cet égard, il émet des propositions d'amélioration.

Il adopte dans un délai maximum d'un an, à compter de la conclusion de la présente convention, le règlement intérieur précisant les modalités de fonctionnement de chacune des instances constitutives du GHT.

#### ***Composition :***

fm

15

Up

## Il comprend deux types de membres.

### 1- Des membres ayant voix délibérative :

- ° les directeurs des établissements visés à l'article 2 de la présente convention, ou leur représentant
- ° les présidents des commissions médicales des établissements visés à l'article 2 de la présente convention ou leur représentant ,
- ° les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques visés à l'article 2 de la présente convention ou leur représentant,
- ° Le président du collège médical de groupement, ou son représentant
- ° **Des représentants du Comité des élus : 5 membres**

Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire est membre de droit sans voix délibérative.

### 2- Des membres invités à titre permanent sans voix délibérative :

- ° Les représentants des établissements et services médico-sociaux oeuvrant dans le champ du handicap représentés ici par le GCSMS « des établissements et services du handicap de Lozère » signataires de la présente convention : 2 membres
- ° Les représentants des EHPAD privés signataires de la présente convention : 1 membre par établissement
- ° Les représentants du secteur sanitaire privé adhérents à la présente convention : 1 membre par établissement

### Fonctionnement :

- ☞ Le comité stratégique est présidé par le directeur de l'établissement support
- ☞ Il se réunit au moins deux fois par an, sur convocation de son Président

## BUREAU RESTREINT

Le comité stratégique met en place un bureau restreint dont les compétences sont fixées par le règlement intérieur, dans le respect des dispositions de l'article L.6132-2 du Code de la santé publique.

Le bureau est composé **des** membres suivants :

- Du président du comité stratégique, directeur de l'établissement support
- Du président du collège médical du GHT
- De six présidents de CME des centres hospitaliers du département
- **Du président de la CSIRMT du GHT**
- **Du directeur du CHSFT de St- Alban ou de son représentant désigné**
- De quatre directeurs des centres hospitaliers locaux ou de leurs représentants désignés
- De trois élus parmi les directeurs d'EHPAD membres du comité stratégique

- D'un représentant élu parmi les membres invités à titre permanent au sein du comité stratégique (**1 titulaire et 1 suppléant**).

Le bureau se réunit au moins une fois tous les deux mois, sur convocation de son Président.

## INSTANCE MEDICALE COMMUNE

### **Article 10 :**

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

## COLLEGE MEDICAL DE GROUPEMENT

### **Composition :**

Le collège médical comprend :

#### **1- Des membres ayant voix délibérative :**

- ° Deux représentants par CME des établissements membres du comité stratégique dont le PCME ( membre de droit) et un membre élu au sein de chacune des CME (maximum 12 membres).
- ° Les médecins coordonnateurs des EHPAD autonomes parties à la convention sont membres de droit du collège médical du GHT.

#### **2- Des membres invités à titre permanent sans voix délibérative :**

- ° Des représentants médicaux des établissements et services médico-sociaux oeuvrant dans le champ du handicap représentés ici par le GCSMS « des établissements et services du handicap de Lozère » signataires de la présente convention : 2 membres

Ces représentants sont désignés par les établissements concernés.

- ° Des représentants médicaux des EHPAD privés signataires de la présente convention : 1 membre

Ces représentants sont désignés par les établissements concernés.

- ° Des représentants médicaux du secteur sanitaire privé adhérents à la présente convention : 1 membre

Ces représentants sont désignés par les établissements concernés.

Le collège médical de groupement élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

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

La fonction de président du collège médical de groupement est, sauf disposition contraire prévue dans le règlement intérieur lorsque l'effectif médical le justifie, incompatible avec les fonctions de chef de pôle.

Les avis émis par le collège médical de groupement sont transmis aux membres du comité

PM 17 Up

stratégique et à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

#### **Fonctionnement :**

Le collège médical de groupement se réunit au moins deux fois par an.

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

L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins **15 jours** avant la tenue de la séance.

#### **Compétences :**

Le collège médical anime la réflexion médicale de territoire de groupement. A ce titre, il participe au diagnostic de l'offre de soins du groupement, à l'identification des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des sites du groupement. Il donne un avis sur le projet médical partagé du groupement. Il est tenu informé, chaque année, de sa mise en œuvre et du bilan dressé par son Président.

Les compétences déléguées au collège médical de groupement font l'objet d'un avenant adopté dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, après délibération des commissions médicales d'établissement.

## INSTANCE COMMUNE DES USAGERS

### **Article 11 :**

La commission des usagers du groupement est mise en place dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, après avis des commissions des usagers des établissements parties.

L'instance des usagers est présidée par le directeur de l'établissement support du groupement ou son représentant ou un représentant des usagers.

#### **1- Des membres ayant voix délibérative :**

- ° Deux représentants des usagers de chacun des établissements membres du comité stratégique : 1 titulaire et 1 suppléant.

#### **2- Des membres invités à titre permanent sans voix délibérative :**

- ° **Deux** représentants des usagers des établissements et services médico-sociaux oeuvrant dans le champ du handicap représentés ici par le GCSMS « des établissements et services du handicap de Lozère » signataires de la présente convention.

Ces représentants sont désignés par les établissements concernés.

- ° Un représentant des usagers des EHPAD privés signataires de la présente convention.

Ce représentant est désigné par les établissements concernés.

- ° Un représentant des usagers du secteur sanitaire privé adhérents à la présente convention :

Ce représentant est désigné par les établissements concernés.

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

## COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT

### **Article 12 :**

#### **Composition :**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement est composée des membres suivants :

- Les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques d'établissement sont membres de droit de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement au titre de leurs fonctions.
- 6 membres élus par les CSIRMT des CH parties au GHT.
- 1 membre par établissement partie à la convention et avec voix délibérative élu par le CTE de l'établissement parmi ses membres relevant des catégories para-médicales.

Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement est un coordonnateur général des soins désigné par le directeur de l'établissement support du groupement.

#### **Fonctionnement :**

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement se réunit deux fois par an.

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

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

#### **Compétences :**

- 1- La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du GHT est consultée pour avis sur le projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire
- 2- L'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, l'élaboration d'un projet managérial de territoire ainsi que l'accompagnement des malades dans le cadre des filières de prise en charge des patients du GHT.
- 3- La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins dans le cadre de la prise en charge en filière entre les membres de la GHT
- 4- Le rapport annuel portant sur l'activité de l'établissement.

Les avis émis par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du GHT de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

SS PT  
PM 19 up

## COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX

### Article 13 :

#### **Composition :**

Le comité territorial des élus locaux est composé de membres issus des établissements signataires de la présente convention et disposant de voix délibératives :

- Un représentant des élus des collectivités territoriales par conseil de surveillance des établissements parties au groupement
- Les maires des communes sièges des établissements parties au groupement **ou son représentant**
- Un représentant des élus des collectivités territoriales par conseil d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement du GHT
- le président du comité stratégique
- les directeurs des établissements parties au groupement ou leurs représentants désignés
- le président du collège médical **du groupement**
- **le président de la CSIRMT du groupement.**

#### **Fonctionnement :**

Le comité territorial des élus locaux élit son président parmi ses membres représentant les **collectivités territoriales**, pour une durée de 4 ans.

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

Le comité territorial se réunit, soit à la demande du **président** du comité stratégique, soit à la demande de son président, soit à la demande d'au moins deux tiers de ses membres.

#### **Compétences :**

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

**Il désigne 5 représentants ayant voix délibérative du Comité Territorial des Elus au Comité Stratégique.**

## CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL

### Article 14 :

La conférence territoriale de dialogue social comprend des membres issus des établissements signataires de la présente convention:

#### **1- Des membres ayant voix délibérative :**

- Le président du comité stratégique, président de la conférence
- un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans un moins un Comité Technique d'Etablissement des établissements parties au groupement. **Ces représentants sont désignés par l'échelon santé départemental des organisations syndicales de chacune des ces organisations concernées.**
- des représentants des organisations syndicales représentées dans au moins deux Comités Techniques d'Etablissement des établissements parties au groupement. **Ces représentants sont désignés de la façon suivante :**
  - o Un représentant des organisations syndicales représentées dans au moins deux CTE, désigné par chaque CTE des établissements parties au groupement
  - o **5 représentants des organisations syndicales représentées dans au moins deux CTE désignés par l'échelon santé départemental des organisations syndicales concernées à**

proportion des sièges obtenus aux dernières élections des CTE des établissements parties au groupement. Le mode d'attributions des sièges est décrit dans le règlement intérieur.

En cas d'absence, un membre titulaire peut être représenté par son suppléant. Les suppléants sont désignés pour siéger dans les mêmes formes.

A la date de la signature de la présente convention, les représentations syndicales au sein des comités techniques d'établissement des établissements parties au groupement sont les suivantes :

	CFDT	CGT	FO	SUD	Total
Hôpital Lozère	4		6		10
CHFT	3	2	3		8
CH Florac		6			6
CH Langogne		2	4		6
CH Marvejols		6			6
CH St Chély	3	3			6
EHPAD Auroux	2	1			3
EHPAD Bleymard	2			1	3
EHPAD Luc	2		1		3
EHPAD Nasbinals	2		1		3
EHPAD Vialas		1	3		4
EHPAD Villefort	1		2		3
EHPAD Collet de Dèze	Voir comité technique placé auprès du Centre de gestion de Lozère				
Résidence Piencourt	Voir comité technique placé auprès du CIAS Cœur de Lozère				

Cette composition pourra varier en fonction des résultats des élections professionnelles organisées périodiquement.

## 2- Des membres avec voix consultative :

- Le président du collège médical de groupement,
- Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement
- d'autres membres du comité stratégique, désignés par son président
- Le secrétaire du CHSCT de chaque établissement partie au groupement.

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

La conférence est réunie au moins 2 fois par an, soit à la demande du président du comité stratégique, soit à la demande d'au moins la moitié des représentants siégeant au sein de l'espace, soit à la demande des représentants d'au moins deux tiers des établissements parties au groupement.

Les modalités de fonctionnement de la conférence territoriale de dialogue social sont définies dans le règlement intérieur du groupement.

## Titre 5. **PROCEDURE DE CONCILIATION**

### **Article 15 :**

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

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de 6 mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie.

La proposition de solution amiable sera soumise à l'avis du comité stratégique puis à l'ARS Occitanie.

Faute d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente pourra être saisie.

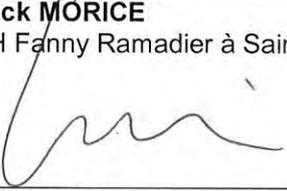
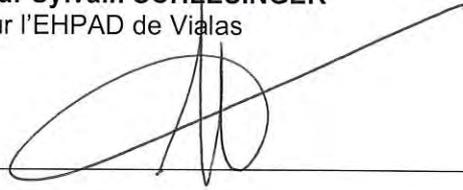
## Titre 6. **DUREE ET RECONDUCTION**

### **Article 16 :**

La présente convention est conclue pour une durée de 10 ans et est renouvelée par tacite reconduction.

Fait à Mende, le 03 mai 2017, en 16 exemplaires originaux

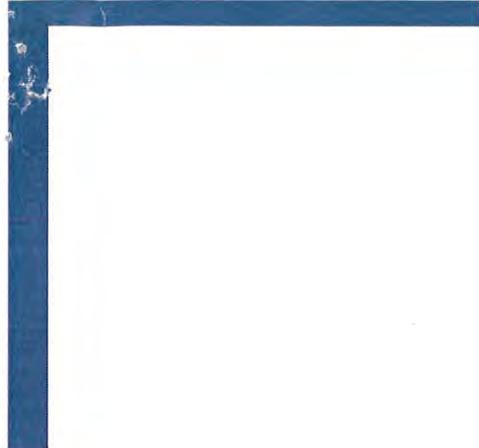
<b>Monsieur Patrick JULIEN</b> Directeur de l'Hôpital Lozère à Mende	<b>Monsieur Patrick JULIEN</b> Directeur du CH Théophile Roussel à Florac
<b>Monsieur Patrick JULIEN</b> Directeur par intérim du CH de Marvejols	<b>Monsieur Patrick JULIEN</b> Directeur de l'EHPAD Les Vallées à Virefort
<b>Monsieur Patrick JULIEN</b> Directeur de l'EHPAD Joseph Caupert au Bleynard	<b>Monsieur Patrick JULIEN</b> Directeur par intérim de l'EHPAD André Aldebert à Nasbinals
<b>Monsieur Patrick JULIEN</b> Directeur par intérim du CHS François Tosquelles à Saint Alban sur Limagnole	<b>Monsieur Patrick JULIEN</b> Directeur par intérim de l'EHPAD d'Auroux

<p><b>Madame Valérie PELISSE</b> Directrice du Ch de Langogne</p> 	<p><b>Madame Valérie PELISSE</b> Directrice de l'EHPAD de Luc</p> 
<p><b>Monsieur Patrick MORICE</b> Directeur du CH Fanny Ramadier à Saint Chély</p> 	<p><b>Monsieur Laurent SUAU</b> Président du CIAS Cœur de Lozère pour la Résidence Piencourt à Mende</p> 
<p><b>Madame Linda BALTUS</b> Directrice de l'EHPAD du Collet de Dèze</p> 	<p><b>Monsieur Sylvain SCHLESINGER</b> Directeur l'EHPAD de Vialas</p> 



vp





# Groupement hospitalier de territoire de Lozère Convention constitutive

---

Version consolidée du 28 septembre 2017

Référence	Date adoption
Version V1	27 mai 2016
Version V2	03 mai 2017
<b>Version V3</b>	<b>28 sept 2017</b>

## Sommaire :

1. PROJET <b>MEDICO-SOIGNANT</b> PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	5
1.1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET <b>MEDICO-SOIGNANT</b> PARTAGE	5
1.2. PROJET <b>MEDICO-SOIGNANT</b> PARTAGE DETAILLE	10
2. FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	10
2.1. CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	10
2.1.1. DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	11
2.1.2. OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	11
2.1.2.1. Les fonctions <b>dévolues à l'établissement support</b>	11
<b>2.1.2.2. Les fonctions organisées en commun</b>	14
2.1.2.3. Les autres mutualisations	15
2.1.3. DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT	15
2.1.4. DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES	15
2.2. ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	16
<b>2.2.1. LES ETABLISSEMENTS ASSOCIES</b>	16
<b>2.2.2. LES ETABLISSEMENTS PARTENAIRES</b>	17
2.3. GOUVERNANCE	17
2.3.1. LE COMITE STRATEGIQUE	17
2.3.2. BUREAU RESTREINT	18
2.3.3. COLLEGE MEDICAL DE GROUPEMENT	19
2.3.4. LA COMMISSION DES USAGERS DE GROUPEMENT	20
2.3.5. COMMISSION <b>PARAMEDICALE DE TERRITOIRE</b> DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT	21
2.3.6. COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX	23
2.3.7. CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL	23
2.4. PROCEDURE DE CONCILIATION	25
<b>2.5. COMMUNICATION DES INFORMATIONS</b>	25
2.6. DUREE ET RECONDUCTION	25
<b>ANNEXE 1 : PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE DETAILLE</b>	27

## Préambule

### *Les centres hospitaliers et les EHPAD signataires de la présente convention*

- convaincus que le territoire de la Lozère est un territoire particulier dont il convient de tenir compte des spécificités,
- convaincus de la nécessité d'établir des coopérations médicales renforcées au niveau départemental et régional pour améliorer la prise en charge des patients, de renforcer la ressource médicale et de réduire le taux de fuite,
- convaincus de l'utilité de travailler à la mutualisation des fonctions « Achat », au rapprochement des systèmes d'information et des départements d'information médicale,
- convaincus de la nécessité de plateformes de coopération sur les ressources rares tant dans le domaine technique qu'administratif,
- ayant déjà bien avancé dans le domaine des coopérations et dans celui d'un diagnostic territorial après deux conférences informelles tenues à Marvejols les 2 avril et 4 décembre 2015,

**Adoptent la présente convention de Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) préparée par leurs directeurs, leurs présidents de Commission Médicale d'Etablissement (CME) et leurs présidents de Commissions de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT) aux fins de créer un GHT sur le territoire de santé de la Lozère dont l'établissement support sera l'HOPITAL LOZERE.**

Le GHT a pour but de mettre en œuvre le projet médical commun ou projet médical de territoire et assure la mise en commun de fonctions ci-dessous décrites.

Parties	Associés	Partenaires
Hôpital Lozère (Etab. support) CH François Tosquelles (établissement public de santé mentale de Lozère) CH de Florac CH de Langogne CH de Marvejols CH de St Chély d'Apcher EHPAD d'Auroux EHPAD du Bleynard EHPAD du Collet de Dèze EHPAD de Luc EHPAD de Nasbinals EHPAD de Vialas EHPAD de Villefort EHPAD de Chateauneuf	CHU de Montpellier HAD Lozère SSR Ste Marie CIAS Coeur de Lozère- Résidence Piencourt	AIDER Santé ATL SSR le Boy SSR les Tilleuls GCSMS « Etablissements et Services du Handicap de Lozère »

— Etablissements sanitaires

— Etablissements médico-sociaux

## Visas

- Vu les articles L. 6132-1 à L. 6132-6 du code de la Santé Publique instituant les groupements hospitaliers de territoire ;
- Vu le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements de territoire ;
- Vu le décret n°2017-701 du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mises en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L. 6132-3 du Code de la Santé Publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire ;
- Vu le décret n°2017-1200 du 27 juillet 2017 relatif au Projet Territorial de Santé Mentale ;
- Vu le courrier de Mme la Directrice de l'ARS Occitanie reçu le 07 septembre 2016 relatif à la convention constitutive V1 du GHT ;
- Vu le courrier de Mme la Directrice de l'ARS Occitanie en date du 28 juillet 2017 relatif à la décision n°2017-1801 portant approbation de l'avenant 1 à la Convention Constitutive du GHT ;
- Vu le courrier de Mme la Directrice de l'ARS Occitanie en date du 31 juillet 2017 accordant un délai supplémentaire pour la transmission du Projet Médico-Soignant partagé du GHT de Lozère ;
- Vu l'arrêté portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins du Languedoc-Roussillon ;
- Vu la concertation des Directoires de l'HOPITAL LOZERE (ex-CHG sites de Mende et de Marvejols) sis avenue du 8 mai 1945 à MENDE, du Centre Hospitalier Spécialisé F. Tosquelles de St Alban, du Centre Hospitalier de proximité Fanny RAMADIER de St Chély d'Apcher, du Centre Hospitalier de proximité Th. Roussel de Florac, du Centre Hospitalier de proximité St Jacques de Marvejols et du Centre Hospitalier de proximité de Langogne ;
- Vu les avis des Comités Techniques d'Etablissement (CTE), des Commissions Médicales d'Etablissement (CME), des Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), des conseils de surveillance, des Centres hospitaliers ci-dessus mentionnés relatifs à l'adoption de la convention constitutive du GHT ;
- Vu les avis des Comités Techniques d'Etablissement (CTE), des Commissions Médicales d'Etablissement (CME), des Commissions des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques (CSIRMT), des conseils de surveillance, des Centre Hospitaliers ci-dessus mentionnés relatifs à la désignation de l'HOPITAL LOZERE comme établissement support du groupement hospitalier de territoire ;
- Vu les avis des CTE des EHPAD de Vialas, de Villefort, du Bleymard, de Nasbinals, de Luc, d'Auroux, du Collet de Dèze, de Chateauneuf de Randon de Meyrueis, de la Résidence Piencourt à MENDE relatifs à la Convention constitutive du GHT ;
- Vu les avis des CTE des EHPAD de Vialas, de Villefort, du Bleymard, de Nasbinals, de Luc, d'Auroux, du Collet de Dèze, de Chateauneuf de Randon relatifs à la désignation de l'HOPITAL LOZERE comme établissement support du groupement hospitalier de territoire ;
- Vu les délibérations des conseils d'administration des EHPAD ci-dessus mentionnés relatives à la Convention constitutive du GHT et à la désignation de l'HOPITAL LOZERE comme établissement support du groupement hospitalier de territoire ;

# 1. PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Le projet médico-soignant partagé est élaboré pour une durée maximale de 5 ans.

Les projets médicaux des établissements parties au groupement hospitalier de territoire sont conformes au projet médico-soignant partagé du groupement hospitalier de territoire.

## 1.1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE

Les établissements parties à la présente convention adoptent un projet médical partagé permettant aux patients du territoire un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée.

**Pour ce faire, le projet médical partagé du groupement devra répondre aux objectifs médicaux suivants :**

La prise en charge des patients la plus adaptée à leurs besoins et à leurs pathologies en privilégiant la proximité. Pour initier ce développement, les thématiques suivantes ont été définies pour mettre en œuvre cet objectif :

- la personne âgée
- la personne handicapée
- le maintien ou le retour à domicile
- la télémédecine
- la prise en charge des cancers
- la prise en charge des Maladies Chroniques
- la prise en charge des soins palliatifs
- la Permanence Des Soins des Etablissements de Santé (PDSSES)
- la prise en charge de l'urgence
- **la santé mentale**
- les coopérations médicales avec le médico social et le secteur psychiatrique
- la biologie médicale
- l'imagerie diagnostique et interventionnelle
- la pharmacie

Le partage de l'information, des compétences et des habilités entre tous les établissements afin de faciliter et d'améliorer la coopération au sein du GHT. Ce partage d'information se fera autour des axes principaux :

- l'information médicale entre établissements du GHT et la médecine et paramédicaux de ville
- la formation médicale entre établissements du GHT et la médecine et paramédicaux de ville
- la coordination des plans de formation continue et de développement professionnel et continue des personnels
- La coordination des instituts et écoles de formation avec les établissements du GHT

### ■ **Améliorer l'organisation du parcours de soins de la personne âgée**

Les signataires souhaitent :

☞ Faciliter autant que faire se peut, en liaison avec les services sociaux des divers établissements, des municipalités et du département, le maintien ou le retour sur le lieu de vie

- ☞ Développer le recours à la chirurgie et à la médecine ambulatoire pour pouvoir se conformer à l'objectif de maintien à domicile quand cela est possible
- ☞ Développer les équipes pluridisciplinaires aux fins d'une évaluation précoce des hospitalisés pour éviter les séjours longs
- ☞ Travailler sur la mise en place du Dossier de Liaison des Urgences (DLU)
- ☞ Développer les consultations avancées
- ☞ Développer le recours à la télémédecine pour éviter le déplacement des personnes âgées
- ☞ Développer la coordination avec les établissements de proximité en lien avec le rapprochement familial et le souhait de la personne âgée

#### ■ Organiser la filière de prise en charge de la personne handicapée

Les parties à la convention conviennent à travailler à une meilleure prévention et souhaitent :

- ☞ Favoriser le dépistage et l'éducation thérapeutique des problèmes somatiques
- ☞ Organiser un accueil spécifique de la personne handicapée dans les établissements sanitaires
- ☞ Développer les consultations avancées dans les institutions hébergeant les personnes handicapées
- ☞ Développer la télémédecine avec ces institutions

#### ■ Fluidifier les filières en favorisant le maintien ou le retour à domicile

Les parties à la convention souhaitent développer, dès l'hospitalisation en MCO et même en amont de cette hospitalisation, une évaluation systématique des patients à risque de long séjour. En effet, il a été constaté que ces longs séjours sont délétères pour la prise en charge de la personne âgée.

Les membres du GHT entendent développer le recours à l'HAD y compris pour le retour en EHPAD.

#### ■ Développer la télémédecine

Les membres du GHT souhaitent affirmer leur volonté de recourir à la télémédecine pour améliorer la prise en charge des patients :

- ☞ Télé-AVC dans le cadre de la prise en charge des thrombolyses
- ☞ Télé-consultations
- ☞ Télé-staff, télé-expertise, télé-assistance

Un diagnostic autour de la télémédecine est en cours de réalisation avec l'appui de l'ARS. Les membres du GHT s'appuieront sur ce diagnostic pour développer les actions réalisables.

Il s'agit de constituer un réseau de télémédecine, d'une part, entre l'HOPITAL LOZERE sur ses deux sites et les autres membres du GHT, et, d'autre part, entre l'HOPITAL LOZERE sur ses deux sites et le CHU de référence.

Pour le CHFT de Saint-Alban, il s'agit dans un premier temps de mettre en place la télé-expertise et le support aux équipes, par référence à l'article R.6316-1 du Code de Santé Publique, entre les différents sites de l'établissement, justifié par leur éloignement géographique.

Il est entendu que le déploiement de cette fonctionnalité se fera en coordination avec le Schéma Directeur du Système d'Information élaboré par l'établissement support du GHT.

D'ores et déjà, le CHFT s'engage à déployer, dès que possible, une solution de communication en interne entre ses différents sites justifié par la pénurie médicale.

Dans un second temps, l'établissement proposera ces services aux établissements requérants volontaires du département et notamment aux membres du GHT.

### ■ Développer les coopérations médicales sur le territoire de la Lozère

Les membres du GHT souhaitent développer l'activité de chirurgie et de médecine sur le territoire de Lozère et en particulier la chirurgie ambulatoire.

Des consultations avancées de chirurgie et de médecine sont actuellement organisées sur le territoire en orthopédie, gynécologie-obstétrique, sages-femmes et médecine gériatrique.

Il convient d'étendre les consultations de spécialité en lien avec les besoins de la médecine libérale.

Le développement de la télémédecine vu plus haut s'inscrit dans cette démarche.

Ces consultations avancées ou de télémédecine permettront de renforcer les équipes territoriales en chirurgie et en médecine constituées en collaboration avec les CHU de Nîmes, de Montpellier ainsi qu'avec le CH de Millau.

### ■ Optimiser la prise en charge des cancers

L'HOPITAL LOZERE dispose d'un hôpital de jour qui permet l'administration de poches de chimiothérapie délivrées par la PUI, d'une autorisation en chirurgie digestive et en oncologie. Pour les autres chirurgies carcinologiques, les coopérations sont organisées avec les CHU de Nîmes, de Montpellier et avec l'Institut de Cancérologie de Montpellier (ICM).

Des consultations avancées d'oncologie seront organisées à Marvejols, Florac, St-Chély d'Apcher et Langogne.

### ■ Optimiser la prise en charge des Maladies Chroniques

L'HOPITAL LOZERE dispose d'un hôpital de jour ce qui permet la prise en charge et l'administration de traitements spécialisés dans un établissement isolé des malades atteints de maladies chroniques avec les coopérations des CHU de Nîmes, de Montpellier.

### ■ Optimiser la prise en charge des soins palliatifs

Le territoire de Lozère dispose de 7 lits de soins palliatifs dont 5 à Mende et 2 à Florac. Une adaptation capacitaire est nécessaire.

L'équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) intervient dans les CH et les établissements médico-sociaux du département. Cette équipe forme les soignants à la prise en charge de soins palliatifs et aide à la prise en charge à la demande des établissements.

Le SROS autorisant l'installation de 10 lits de soins palliatifs sur le département. Seuls 7 lits sont installés et les membres du GHT souhaitent ouvrir 3 lits sur le contingent autorisé pour faire face à la demande des établissements.

### ■ Optimiser la prise en charge des patients dans le cadre de la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDES)

Le schéma régional de la permanence des soins a octroyé à l'Hôpital Lozère ex-CH de Mende et au CHFT les lignes suivantes d'astreinte et de garde :

Spécialités	Services	type de PDS	nb de ligne
Chirurgies	Viscérale	AO	1
	Orthopédique	AO	1
	endoscopie digestive	AO	1
	urologie	AO	1
Gynéco-obs		AO	1

Médecines	interne, Gériatrique	AO	1
	cardiologie	AO	1
Ophthalmologie		AS	1
ORL		AS	1
Pédiatrie		AO	1
Radiologie		AO	1
Réanimation		garde sur place	1
Anesthésie		AO	1
Urgence		garde sur place	2
Centre 15		garde sur place	1
SMUR		garde sur place	1
Psychiatrie	UAPPE (site de Mende)	Garde sur place	1
Psychiatrie	Site St Alban	½ garde sur place + ½ AO	1
Laboratoire		AO	1
Pharmacie		AS	1

Total lignes astreintes

14

La continuité des soins est organisée à Marvejols en cardiologie, en néphrologie, en gastroentérologie et en chirurgie.

La continuité des soins est organisée au CHFT St-Alban en psychiatrie.

Dans le respect du choix du patient, la prise en charge graduée des patients est organisée sur le territoire entre l'Hôpital Lozère et les autres parties à la convention constitutive et les partenaires pour les hospitalisations et les consultations externes. Une fois par an au moins, le collège médical du GHT et le Comité stratégique travaillent sur les problèmes de prises en charge en PDES et de retour dans les établissements partenaires ou parties à la convention.

Les parties à la conventions conviennent que des consultations avancées ou des télé-consultations seront organisées entre l'HOPITAL LOZERE et les membres parties à la convention.

#### ■ Améliorer la prise en charge de l'urgence

Le territoire de Lozère est doté d'un SAMU Centre 15, d'une ligne SMUR et d'un service d'accueil des Urgences ouvert 7jours/7 24H/24.

Les signataires de la présente convention facilitent la prise en charge de l'urgence en mettant en place un dossier de soins commun ou partagé dans le cadre du Dossier du Patient Informatisé (DPI).

Les membres parties à la convention travaillent en collaboration avec les médecins de ville à l'amélioration de la prise en charge des patients dans le cadre de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA).

Les médecins de ville sont la cheville ouvrière de ce dispositif.

Les médecins correspondants SAMU constituent un des moyens essentiels de la prise en charge précoce de l'urgence avec le SAMU.

Les urgences psychiatriques sont prises en charge par le CHFT à travers l'Unité d'Admission Psychiatrique Paul Eluard.

Le CHFT met en œuvre les moyens humains pour des interventions psychiatriques de professionnels médicaux et non médicaux au sein du service des Urgences de l'HOPITAL LOZERE.

Le territoire dispose d'une Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) activable par le préfet ou le directeur du SAMU en lien avec avec le psychiatre de garde.

#### ■ Optimiser la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques dans les structures du secteur et dans les établissements médico-sociaux.

- Le GHT intègre un établissement de santé spécialisé en psychiatrie. Ce dernier constitue le pivot de l'offre de soins psychiatriques dans le département tant pour l'adulte et la gérontopsychiatrie que pour la pédopsychiatrie. Il convient de mettre en adéquation les moyens avec les besoins actuels compte-tenu de la densité des équipements des établissements du secteur et des établissements médico-sociaux

La prise en charge de l'urgence psychiatrique est organisée entre les membres signataires de la convention.

- Les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Une redistribution des capacités actuelles de lits de SSR est à envisager.

#### ■ **Les actions médico-sociales**

Il convient d'accompagner les établissements médico-sociaux dans leurs spécialisations (autisme, polyhandicap,...) et dans l'évolution de leurs populations d'usagers (psychiatisation et vieillissement)

#### ■ **Le projet de biologie médicale**

Optimiser la réponse aux demandes d'examens de biologie médicale pour l'ensemble des établissements du GHT et favoriser pour les différents prescripteurs, l'accès en temps réel aux résultats.

#### ■ **L'imagerie diagnostique et interventionnelle**

HOPITAL LOZERE  
CH de Langogne  
Télé-radiologie

Après le diagnostic territorial de télémédecine diligenté par l'ARS sur le département de la Lozère, les parties à la convention participent sur la base du volontariat à l'expérimentation de télémédecine. Les établissements partenaires sont associés au processus.

Organiser une réponse adaptée et pertinente aux demandes d'examen d'imagerie pour l'ensemble des établissements du GHT et pour les différents prescripteurs du territoire, et leur favoriser l'accès en temps réel aux comptes-rendus et aux images dès que cela sera possible.

#### ■ **Le projet commun de pharmacie**

Mettre en place une collaboration étroite entre toutes les PUI (Pharmacies à Usage Intérieur) des établissements du GHT : partages d'expériences, mise en commun des connaissances, échanges sur les activités internes aux PUI, les activités transversales, les projets en cours et à venir, avec pour objectif un livret thérapeutique partagé facilitant le paramétrage du DPI, l'informatisation du circuit du médicament et une prise en charge thérapeutique pertinente du patient attestant alors de la naissance d'une réelle communauté pharmaceutique de territoire.

Le projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire est défini en cohérence avec le projet médical partagé, par voie d'avenant dans un délai d'un an à partir de la conclusion de la présente convention.

## 1.2. **PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE DETAILLE**

Voir Annexe 1

## **2. FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

### **2.1. CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE**

Les établissements et services suivants, soussignés, sont parties au groupement hospitalier de territoire :

- L'Hôpital Lozère (ex-CH de Mende sites Vallée du Lot et Gévaudan)
- Le Centre Hospitalier Spécialisé F. Tosquelles de St Alban
- Le Centre Hospitalier de proximité Fanny Ramadier de St Chély d'Apcher
- Le Centre Hospitalier de proximité Théophile Roussel de Florac
- Le Centre Hospitalier de proximité Saint Jacques de Marvejols
- Le Centre Hospitalier de proximité de Langogne
- L'EHPAD de Vialas
- L'EHPAD de Villefort
- L'EHPAD du Bleymard
- L'EHPAD de Nasbinals
- L'EHPAD de Luc
- L'EHPAD d'Auroux
- L'EHPAD du Collet de Dèze
- L'EHPAD de Chateauneuf de Randon
- La Résidence Piencourt à Mende

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

Son adhésion doit préalablement recueillir l'avis favorable du comité stratégique du groupement.

~~Dans le cadre du projet médical commun qui vise, notamment, à améliorer le parcours de soins de la personne en situation de handicap une convention d'association est élaborée en parallèle à cette convention constitutive pour intégrer sous forme d'invités permanents sans voix délibérative les établissements médicaux sociaux du secteur du handicap qui, bien que relevant d'un statut associatif privé, ont toute leur place dans le travail que le GHT entend mener en direction des personnes en situation de handicap quelqu'en soit la forme.~~

~~De même, dans l'intérêt de la prise en charge des personnes âgées les EHPAD privés du département se voient offrir dans le cadre de cette convention d'association le même statut d'invités permanents sans voix délibérative.~~

## 2.1.1. DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

La dénomination du groupement hospitalier de territoire est : « **Groupement Hospitalier de Lozère** ».

## 2.1.2. OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Le GHT a pour but de mettre en œuvre le projet **médico-soignant partagé**.

Il assure **la rationalisation et l'efficacité des modes de gestion** par **la mutualisation ou** la mise en commun de fonctions.

### 2.1.2.1. Les fonctions **dévolues à l'établissement support**

**Les compétences nécessaires à la mise en œuvre des fonctions mentionnées au I de l'article L. 6132-3 sont transférées au directeur de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire au 1<sup>er</sup> janvier 2018.**

**Les agents qui assurent les activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L.6132-3 sont nommés dans leurs fonctions, pour le compte des établissements parties, par le directeur de l'établissement support selon l'organisation et le fonctionnement du groupement prévus par la convention constitutive du groupement.**

**Le directeur de l'établissement support peut déléguer sa signature aux agents recrutés par cet établissement ou mis à sa disposition pour assurer les activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L.6132-3.**

#### ■ **Système d'information hospitalier convergent et schéma directeur du SIH du groupement**

**Article R.6132-15**

Le système d'information hospitalier convergent du groupement hospitalier de territoire comprendra des applications identiques pour chacun des domaines fonctionnels dans le respect des spécificités de chaque métier et notamment du champ de la psychiatrie et de la santé mentale. Les établissements parties au groupement utiliseront, dans les conditions prévues au 1<sup>o</sup> du I de l'article L. 6132-3, un identifiant unique pour les patients à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2021.

Pour ce faire un schéma directeur du système d'information du groupement hospitalier de territoire, conforme aux objectifs du projet **médico-soignant** partagé sera élaboré par le directeur de l'établissement support du groupement, après concertation avec le comité stratégique avant le 1<sup>er</sup> janvier 2018.

D'ores et déjà, les CH d'Hôpital Lozère, Marvejols, Florac, St Chély et Langogne ont adhéré à un marché commun pour le choix d'un DPI partagé.

**Pour le CHFT, le logiciel de DPI CORTEXTE est déployé depuis 10 ans et a évolué en 2017. L'établissement et l'éditeur travaillent à l'interopérabilité de ce logiciel avec le DPI partagé indiqué ci-dessus.**

#### ■ **Le Département d'Information Médicale de territoire :**

Le département de l'information médicale de territoire procède à l'analyse de l'activité de tous les établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire est désigné par le directeur de l'établissement support sur proposition du président du collège médical de groupement.

Le médecin responsable du département de l'information médicale du territoire a autorité fonctionnelle sur les personnels du département d'information médicale.

Le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire coordonne les relations entre le département de l'information médicale de territoire et les instances médicales de chacun des établissements parties au groupement.

Un médecin référent du département de l'information médicale de territoire assiste à la commission médicale des établissements parties au groupement.

Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire rend compte, au moins une fois par an, de l'activité des établissements parties au comité stratégique du groupement hospitalier de territoire.

Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire assure les missions suivantes :

- 1° Préparer les décisions des instances compétentes des établissements parties, mentionnées à l'article R. 6113-9, afin d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'action présenté devant le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire ;
- 2° Participer à l'analyse médico-économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du **projet médico-soignant partagé**, ainsi que des missions définies à l'article R.6113-8 ;
- 3° Contribuer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, dans les conditions définies à l'article R. 6113-6 ;
- 4° Contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

Pour atteindre ces objectifs opérationnels, trois étapes sont fixées :

- ☞ **Phase 1** : 2016/2017  
Harmonisation des pratiques entre les TIM et les DIM des établissements membres
- ☞ **Phase 2** : fin 2018  
Mise en routine de la phase 1 et mise en place des outils informatiques communs
- ☞ **Phase 3** : 1er janvier 2021  
Constitution d'un DIM unique

Chaque étape sera validée et fera l'objet d'une évaluation devant le comité stratégique.

#### ■ **Fonction Achats : Missions de la fonction Achat et plan d'action des achats du GHT**

**Article R.6132-16**

La fonction « Achat » comprend les missions suivantes :

- ~~L'élaboration de la politique et des stratégies d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement~~
- ~~La planification et la passation des marchés~~
- ~~Le contrôle de gestion des achats~~
- ~~Les activités d'approvisionnement, à l'exception de l'approvisionnement des produits pharmaceutiques~~

**L'établissement support est chargé de la politique, de la planification, de la stratégie d'achat et du contrôle de gestion des achats pour ce qui concerne l'ensemble des marchés et de leurs avenants. Il assure la passation des marchés et de leurs avenants conformément aux dispositions de l'ordonnance n°2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics.**

**L'établissement partie au groupement hospitalier assure l'exécution de ces marchés conformément aux dispositions de la même ordonnance.**

Un plan d'action des achats du groupement hospitalier de territoire **est** élaboré pour le compte des établissements parties au groupement. **pour le 1<sup>er</sup> janvier 2017**

■ **La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicale du groupement**

Article R.6132-17

**Il n'existe qu'un seul institut de formation paramédical sur le territoire.**

**Toutefois, sur le groupement de territoire de Lozère, deux institut et école de formation des professionnels du sanitaire et du médico-social existent :**

- **L'Institut de Formation des Infirmières et Aides-soignante : l'IFSIL**
- **L'Ecole de Travail Educatif et Social F. Tosquelles : ETES.**

**Un projet de rapprochement de ces deux établissements est engagé et a pour but de créer un établissement supérieur de santé lozérien. Il vise à préparer les futurs professionnels à travailler ensemble en particulier dans la prise en charge des personnes âgées et handicapées vieillissantes et d'autre part d'ouvrir un nouveau champ des possibles en terme de formation continue et initiale pour la population lozérienne.**

**Ainsi un dialogue de travail s'est installé entre les deux établissements autour de mutualisation ou de mises en commun des projets pédagogiques, de ressources pédagogiques, de politique de stage.**

**Une convention cadre entre les deux établissements est signée.**

■ **La coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement**

Article R.6132-18

La coordination est organisée après concertation de la conférence territoriale de dialogue social, de la GME du GHT, **du Collège Médical et de la Commission Paramédicale de Territoire.**

**Elle a pour objectifs :**

- **Accompagner la mise en œuvre opérationnelle du projet médico-soignant partagé et la mobilité fonctionnelle,** grâce au développement des compétences des professionnels des membres parties et des membres associés ou partenaires dans le projet. Le développement et la consolidation de ces compétences passera par la réalisation concertée de parcours de DPC. A ce titre le GHT pourra s'appuyer sur les établissements membres, enregistrés favorablement auprès de l'Agence Nationale de DPC, afin de co-assurer l'ingénierie de formation nécessaire à la construction de ces parcours.
- **Optimiser l'achat de formations grâce à la mutualisation de sessions de formation.** Cet objectif est intimement lié à la mise en place d'une commission de formation territoriale ; qui (les calendriers devant être définis et calqués sur l'établissement support) se réunira une à deux fois par an, suite aux campagnes d'évaluation professionnelle. L'achat de formation pourra être évoqué à l'occasion des rencontres de cette commission ainsi constituée. L'ingénierie administrative, financière et pédagogique serait assurée par l'établissement support. Des colloques pourront par ailleurs être organisés sur différentes thématiques inter établissements.
- **Optimiser les sessions de formation programmées par les établissements du GHT :** les formations réalisées en intra pourront être mises à disposition des autres établissements si le quota n'est pas optimisé. Les services de formations repectifs sont en charge de la diffusion de ces formations auprès des autres structures. C'est l'établissement qui propose la mutualisation qui gère alors l'ingénierie administrative et financière. Cet objectif passe également par une mise à disposition de places de nos actions de formation selon un schéma établi en fonction des expertises.
- **Construire des formations communes pour les agents les moins représentés ou aux métiers rares** afin d'optimiser les compétences présentes au sein du GHT et d'assurer la continuité des services.

## **2.1.2.2. Les fonctions organisées en commun**

### **■ Les pôles inter-établissements**

Article R.6132-19

Afin d'organiser en commun les activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de pharmacie ainsi que des activités cliniques ou médico-techniques, les établissements parties à la présente convention se laissent la possibilité de constituer des Pôles inter-établissements dont les modalités de création et de fonctionnement sont désormais définies à l'article R 6146-9-3 CSP.

### **■ Le recrutement de praticiens**

Articles R.6152-7-2 & R.6152-207-1

Concernant la publicité de postes de praticiens hospitaliers à temps plein ou à temps partiel à pourvoir du fait de la nouvelle répartition des emplois médicaux résultant du projet médico-soignant partagé, la publicité est faite au sein du GHT par le directeur de chaque établissement partie. Peuvent faire acte de candidature, les praticiens hospitaliers nommés dans un établissement partie au groupement.

### **■ La certification conjointe**

Article R.6132-20

Les parties à la convention concernées par la certification préparent leurs structures à un compte qualité unique en vue de la certification conjointe pour le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Cette certification donnera lieu à une visite unique de l'ensemble des sites des établissements de santé parties au groupement.

Les blocs du compte qualité, comme cela est prévu par la réglementation, tiennent compte des spécificités de fonctionnement du champ psychiatrique, en particulier celles relatives aux droits du patient.

Les membres du groupement travaillent à la mutualisation de la fonction démarche qualité et l'évaluation interne et externe des établissements y compris médico sociaux.

### **■ Les règles budgétaires, comptables et financières**

Article R.6132-21

Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire transmettent pour avis au comité stratégique, au plus tard quinze jours avant la date limite prévue au premier alinéa de l'article R. 6145-29, leur état des prévisions de recettes et de dépenses ainsi que leur plan global de financement pluriannuel.

Cet avis est transmis, au plus tard huit jours après cette date limite, au Directeur général de l'Agence Régionale de Santé, qui apprécie l'état des prévisions de recettes et de dépenses et le plan global de financement pluriannuel de chacun des établissements parties au groupement hospitalier de territoire en prenant en compte l'ensemble des budgets de ces établissements.

Un compte de résultat annexe **G** est créé à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 retraçant les opérations concernant les fonctions et activités gérées par l'établissement support pour le compte des établissements parties au groupement. Il n'a pas vocation à retracer toutes les opérations en recettes et en dépenses liées à ces activités, mais seulement les coûts de gestion inhérents au pilotage assuré par l'établissement support pour le compte des établissements parties.

La contribution de chaque membre doit obéir à la clé de répartition dont le calcul est fixé par arrêté ministériel.

La clé de répartition permettant le calcul de la contribution des établissements parties au titre des fonctions communes gérées par l'établissement sera fixé par l'arrêté prévu par le décret du 27 avril 2016.

### 2.1.2.3. Les autres mutualisations

- Le GIP Aubrac Gévaudan est chargé de mettre en œuvre la fonction blanchisserie pour certains membres du groupement. Le Centre Hospitalier F. TOSQUELLES en assure la gestion administrative **et la direction.**
- Le Centre hospitalier de Langogne est chargé de mettre en œuvre la mise à disposition de l'infirmière du réseau d'hygiène départemental pour certains membres du Groupement.

### 2.1.3. DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire est **l'Hôpital Lozère**, ex-Centre Hospitalier de Mende.

Cette désignation a été approuvée par au moins deux tiers des conseils de surveillance des établissements parties à la présente convention.

**L'établissement support exerce, pour le compte des établissements parties au groupement, l'ensemble des missions définies à l'article L.6132-3 du Code de la Santé Publique.**

### 2.1.4. DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES

Un établissement signataire ne peut être partie à une autre convention de groupement hospitalier de territoire.

Un établissement partie, associé ou partenaire du présent groupement hospitalier de territoire peut mener des actions de coopérations engagées dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes de droit public ou de droit privé. Les partenariats conclus par les établissements signataires s'exercent dans le respect des actions menées au sein du présent groupement hospitalier de territoire.

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

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

La place spécifique de chaque établissement est prise en compte pour la mise en œuvre de la présente convention. A ce titre, la stratégie du groupement en matière de santé mentale se fait dans le respect des secteurs psychiatriques (**psychiatrie générale et pédopsychiatrie**).

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

**Aux termes de la loi de modernisation du système de santé, les établissements signataires s'obligent à mettre en œuvre les orientations du projet médical partagé et les indications de mutualisation dans les différents domaines prévus par les textes, selon leur spécificité d'adhésion telles que définies par le préambule de la présente convention. La mise en œuvre des actions du Projet médico-soignant partagé fera l'objet de la détermination de priorités et d'une progressivité en concertation au sein du collège médical, validée au sein du comité stratégique.**

## 2.2. ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Les établissements et services parties à la présente convention délèguent à l'établissement support la compétence de conclure, pour leur compte, les conventions de partenariats et d'associations avec le groupement hospitalier de territoire prévues à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique avec :

- Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile
- Les établissements privés.

Les conventions sont transmises après signature, pour information, au directeur général de l'agence régionale de santé d'Occitanie.

### 2.2.1. LES ETABLISSEMENTS ASSOCIES

#### ■ Association avec le CHU de Montpellier :

Le groupement hospitalier de territoire est associé au Centre Hospitalier et Universitaire de Montpellier qui assure, pour le compte des établissements partie au groupement, les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 :

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

Cette association fait l'objet d'une convention entre le centre hospitalier et universitaire et l'établissement support du groupement qui sera mandaté pour ce faire par les établissements parties au groupement. Cette convention a été signée le 28 juin 2017.

#### ■ HAD Lozère :

HAD Lozère est exploité par HAD France. C'est un établissement privé assurant une activité d'hospitalisation à domicile pour une capacité de 27 lits sur le territoire.

Il assure ses activités au domicile du malade y compris dans les EHPAD, MAS et FAM du territoire.

Il permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. En cela, il est un acteur essentiel dans diverses filières de prise en charge de soins complexes à domicile en : oncologie, soins palliatifs, gériatrie, post chirurgie, maladies chroniques, post AVC.

Afin de faire perdurer et développer ses collaborations avec les membres du GHT, de participer activement à la construction des filières de prise en charge sur le territoire, HAD Lozère manifeste son souhait d'intégrer le GHT.

#### ■ Le CIAS Cœur de Lozère :

Le Centre Intercommunal d'Action Sociale Cœur de Lozère est un établissement public administratif. Il met en œuvre l'action sociale de la Communauté de communes réunissant Badaroux, Balsièges, Barjac, Le Born, Mende, Pelouse et Saint Bauzile. Il propose un ensemble de prestations pour remédier aux situations de précarité ou de difficulté sociale touchant les familles, les personnes âgées, les personnes sans emploi et les personnes en situation de handicap. Les résidents de l'intercommunalité sont ainsi accueillis, conseillés sur leurs droits sociaux, orientés vers les partenaires locaux ou directement pris en charge.

Les missions du CIAS Cœur de Lozère s'organisent autour de trois secteurs d'activité : un service d'action sociale, un service petite enfance, un service d'hébergement et de restauration pour les personnes âgées « La Résidence Piencourt ».

Son adhésion au GHT de Lozère pour son établissement « Résidence Piencourt » manifeste sa volonté d'être un acteur identifié dans l'offre médico-sociale apportée à la population du territoire. Il manifeste ainsi son intention de participer activement à la formalisation des parcours de prise en charge de ses résidents les plus âgés.

territoire. Il manifeste ainsi son intention de participer activement à la formalisation des parcours de prise en charge de ses résidents les plus âgés.

■ **Le Centre de Soins Spécialisé « Maison Sainte Marie » :**

Ce centre est un établissement public dépendant du Centre Communal d'Action Sociale (CAS) de La Canourgue.

Il exploite une autorisation de SSR spécialisé pour les affections liées aux conduites addictives d'une capacité de 28 lits.

Il souhaite adhérer au GHT de Lozère afin de participer activement à la construction de la filières « Addictologie ».

## 2.2.2. LES ETABLISSEMENTS PARTENAIRES

■ **AIDER SANTE :**

Etablissement privé à but non lucratif, AIDER Santé, Clinique de santé rénale, exploite une activité de prise en charge de traitement par dialyse sur 2 sites en Lozère : Marvejols et Mende. Il dispose d'une capacité de 17 postes et intervient également à domicile. Partenaire depuis de nombreuses années, il participe activement à la construction de la filière de prise en charge de l'insuffisant rénal chronique.

■ **GCSMS « Etablissements et Services du Handicap de Lozère » :**

Il regroupe la quasi-totalité des associations à but non lucratif qui œuvrent dans le champ du handicap sur la Lozère : soit 9 associations gestionnaires représentant 50 établissements et services, et employant quelques 2040 employés. Il accueille dans ses institutions 2600 personnes handicapées.

Ce groupement s'inscrit dans une véritable stratégie de territoire. Il a participé activement aux conférences informelles préfiguratrices du GHT de Lozère. Il participe à l'élaboration du Projet médico-soignant partagé qui vise notamment, à améliorer le parcours de soins de la personne en situation de handicap.

Partenaire solide et acteur incontournable du champ du médico-social, le GCSMS est invité permanent sans voix délibérative aux instances du GHT de Lozère.

■ **Le Centre de Soins Spécialisé « Le Boy » :**

Ce centre est un établissement privé exploité par l'Association à but non lucratif « Les Amis de la Providence ».

Il exploite une autorisation de SSR spécialisé pour les affections liées aux conduites addictives d'une capacité de 35 lits.

Il souhaite adhérer au GHT de Lozère afin de participer activement à la construction de la filières « Addictologie ».

## 2.3. GOUVERNANCE

Nul ne peut être membre à plus d'un titre.

### 2.3.1. LE COMITE STRATEGIQUE

Le comité stratégique ou le cas échéant son bureau propose au directeur de l'établissement support ses orientations dans la gestion et la conduite de la mutualisation des fonctions et du projet **médico-soignant** partagé.

Le comité stratégique est chargé de se prononcer sur la mise en œuvre de la convention et du projet **médico-soignant** partagé du groupement hospitalier de territoire.

Au moins une fois par an, il examine les problèmes qui ont pu surgir dans la prise en charge des patients entre les membres parties à la convention. A cet égard, il émet des propositions d'amélioration.

Il adopte dans un délai maximum d'un an, à compter de la conclusion de la présente convention, le règlement intérieur précisant les modalités de fonctionnement de chacune des instances constitutives du GHT.

#### ■ **Composition :**

Il comprend deux types de membres.

##### **1- Des membres ayant voix délibérative :**

- ° les directeurs des établissements visés à l'article 2.1 de la présente convention, ou leur représentant
- ° les présidents des commissions médicales des établissements visés à l'article 2.1 de la présente convention ou leur représentant ,
- ° les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques visés à l'article 2.1 de la présente convention ou leur représentant,
- ° Le président du collège médical de groupement, ou son représentant
- ° Des représentants du Comité des élus : 5 membres

Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire est membre de droit sans voix délibérative.

##### **2- Des membres invités à titre permanent sans voix délibérative :**

- ° Les représentants des établissements et services médico-sociaux oeuvrant dans le champ du handicap représentés ici par le GCSMS « des établissements et services du handicap de Lozère » signataires de la présente convention : 2 membres
- ° Les représentants des EHPAD privés signataires de la présente convention : 1 membre par établissement
- ° Les représentants du secteur sanitaire privé adhérents à la présente convention : 1 membre par établissement
- ° Des représentants du Comité des élus : 4 membres

#### ■ **Fonctionnement :**

- ☞ Le comité stratégique est présidé par le directeur de l'établissement support.
- ☞ Il se réunit au moins deux fois par an, sur convocation de son Président

### **2.3.2. BUREAU RESTREINT**

Le comité stratégique met en place un bureau restreint dont les compétences sont fixées par le règlement intérieur, dans le respect des dispositions de l'article L.6132-2 du Code de la santé publique.

#### ■ **Composition :**

Le bureau est composé des membres suivants :

- Du président du comité stratégique, directeur de l'établissement support
- Du président du collège médical du GHT
- De six présidents de CME des centres hospitaliers du département

- Du président de la **commission paramédicale** du GHT
- Du directeur du CHFT de St- Alban ou de son représentant désigné
- De quatre directeurs des centres hospitaliers locaux ou de leurs représentants désignés
- De trois élus parmi les directeurs d'EHPAD **autonomes parties à la convention**
- D'un représentant élu parmi les membres invités à titre permanent au sein du comité stratégique (1 titulaire et 1 suppléant).

■ **Fonctionnement :**

**Le bureau est présidé par le président du Comité Stratégique.**

Le bureau se réunit au moins une fois tous les deux mois, sur convocation de son Président.

### 2.3.3. COLLEGE MEDICAL DE GROUPEMENT

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

■ **Composition :**

Le collège médical **de groupement** comprend :

**1- Des membres ayant voix délibérative :**

- ° Deux représentants par CME des établissements membres du comité stratégique dont le PCME ( membre de droit) et un membre élu au sein de chacune des CME (maximum 12 membres).
- ° Les médecins coordonnateurs des EHPAD autonomes parties à la convention sont membres de droit du collège médical du GHT.

**2- Des membres invités à titre permanent sans voix délibérative :**

- ° Des représentants médicaux des établissements et services médico-sociaux oeuvrant dans le champ du handicap représentés ici par le GCSMS « des établissements et services du handicap de Lozère » signataires de la présente convention : 2 membres

Ces représentants sont désignés par les établissements concernés.

- ° Des représentants médicaux des EHPAD privés signataires de la présente convention : 1 membre

Ces représentants sont désignés par les établissements concernés.

- ° Des représentants médicaux du secteur sanitaire privé adhérents à la présente convention : 1 membre

Ces représentants sont désignés par les établissements concernés.

Le collège médical de groupement élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres.

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

La fonction de président du collège médical de groupement est, sauf disposition contraire prévue dans le règlement intérieur lorsque l'effectif médical le justifie, incompatible avec les fonctions de chef de pôle.

Les avis émis par le collège médical de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions médicales des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

■ **Fonctionnement :**

Le collège médical de groupement se réunit au moins deux fois par an.

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

L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins 15 jours avant la tenue de la séance.

■ **Compétences :**

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

**Le collège médical de groupement :**

- Elabore les propositions d'orientations du projet médico-soignant partagé du groupement. Ses représentants sont parties prenantes dans sa rédaction.
- Rend un avis sur le projet médico-soignant partagé du groupement finalisé.
- Décrit, propose de mettre en place et évalue les filières de soins,
- Suit l'organisation en commun des activités médico-techniques,
- Soutient les équipes médicales de territoire ou pôles inter-établissements,
- Définit la stratégie de la politique qualité en lien avec les soins en prévision de la certification conjointe,
- Contribue à la stratégie des SIH convergents et des fonctions mutualisées en lien avec les soins,
- Participe à l'élaboration de la politique de développement professionnel continu (DPC).

Il est tenu informé, chaque année, de sa mise en œuvre et du bilan dressé par son Président.

Les compétences déléguées au collège médical de groupement font l'objet d'un avenant adopté dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, après délibération des commissions médicales d'établissement.

### 2.3.4. LA COMMISSION DES USAGERS DE GROUPEMENT

Les commissions des usagers des établissements parties ont choisi majoritairement de mettre en place une commission des usagers de groupement.

La commission des usagers de groupement est mise en place dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, après avis des commissions des usagers des établissements parties.

L'instance des usagers est présidée par le directeur de l'établissement support du groupement ou son représentant ou un représentant des usagers.

■ **Composition :**

**1- Des membres ayant voix délibérative :**

° Deux représentants des usagers de chacun des établissements membres du comité stratégique : 1 titulaire et 1 suppléant.

## 2- Des membres invités à titre permanent sans voix délibérative :

- ° Deux représentants des usagers des établissements et services médico-sociaux oeuvrant dans le champ du handicap représentés ici par le GCSMS « des établissements et services du handicap de Lozère » signataires de la présente convention. Ces représentants sont désignés par les établissements concernés.
- ° Un représentant des usagers des EHPAD privés signataires de la présente convention. Ce représentant est désigné par les établissements concernés.
- ° Un représentant des usagers du secteur sanitaire privé adhérents à la présente convention. Ce représentant est désigné par les établissements concernés.
- ° Un médiateur médical de territoire.
- ° Un médiateur non médical de territoire.

### ■ **Fonctionnement :**

La commission des usagers de groupement se réunit en séance ordinaire au moins deux fois par an sur convocation de son président.

Les avis émis par la commission des usagers de groupement sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties.

### ■ **Compétences :**

La commission des usagers de groupement promeut les droits des usagers et veille à leur respect au niveau du groupement hospitalier de territoire et contribue à l'amélioration des prises en charge entre les établissements parties. Elle est notamment associée à l'élaboration du compte qualité unique du groupement.

Elle agit pour l'harmonisation des pratiques en matière de droits des usagers plus particulièrement en ce qui concerne le traitement des plaintes et réclamations ; elle peut proposer la mise en place d'un pool de médiateurs au sein du groupement.

Elle s'assure que les mesures prise par le GHT de Lozère en vue d'une mutualisation des moyens ne contreviennent pas aux droits des usagers et ne nuisent pas à la qualité de l'accompagnement et des prises en charge.

## 2.3.5. COMMISSION PARAMEDICALE DE TERRITOIRE DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement est dénommée commission paramédicale de territoire.

### ■ **Composition :**

La commission paramédicale de territoire des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement est composée des membres suivants :

#### 1- Des membres ayant voix délibérative :

- Les présidents des CSIRMT des établissements parties sont membres de droit de la commission paramédicale de territoire au titre de leurs fonctions.
- 1 représentant ou son suppléant désigné par chaque CSIRMT d'établissement partie à la convention.
- 1 représentant par établissement partie à la convention relevant du champ médico-social. Ce représentant est désigné par le CTE de l'établissement parmi ses personnels relevant des catégories para-médicales.

## 2- Des membres invités à titre permanent sans voix délibérative :

- Un représentant du collège médical de groupement
- Le directeur des soins de l'IFSI
- Un représentant des usagers choisi parmi les membres de la commission des usagers
- Toute personne qualifiée pouvant être associée aux travaux de la commission à l'initiative du président.

Le président de la commission paramédicale de territoire est désigné par le directeur de l'établissement support du groupement parmi les coordonnateurs généraux des soins.

### ■ Fonctionnement :

La commission paramédicale de territoire se réunit deux fois par an.

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

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

### ■ Compétences :

La commission paramédicale de territoire anime la réflexion soignante de territoire de groupement.

A ce titre, elle est consultée sur :

- l'élaboration du projet de médico-soignant partagé du groupement hospitalier de territoire,
  - l'organisation générale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. Elle anime en ce sens l'élaboration d'un projet managérial de territoire,
  - l'accompagnement et l'engagement des équipes paramédicales dans la mise en œuvre des filières de soins graduées ainsi que l'organisation et le suivi des parcours de soins coordonnés prioritairement définis dans le projet médico-soignant partagé,
  - la politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins dans le cadre de la prise en charge des filières de soins territoriales,
  - l'engagement dans les dispositifs d'évaluation et de certification nationaux,
  - les conditions générales d'accueil et de prises en charges des usagers,
  - la politique et le développement de programmes et d'actions de recherche paramédicale et d'innovation en santé au niveau du groupement,
  - la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences,
  - la politique de développement professionnel continu (DPC)
  - la politique d'encadrement des étudiants en disciplines paramédicales en stage en lien avec la coordination des écoles et instituts de formation (paramédicale et éducative) au niveau du groupement,
  - la promotion de la qualité de vie au travail des professionnels paramédicaux,
- La commission paramédicale de territoire est informée sur :
- la mise en place de la procédure prévue à l'article L.6146-2,
  - Le rapport annuel portant sur l'activité des établissements parties au groupement.

Les avis émis par la commission paramédicale de territoire sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.

### 2.3.6. COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX

Article R.6132-13

#### ■ **Composition :**

Le comité territorial des élus locaux est composé de membres issus des établissements signataires de la présente convention et disposant de voix délibératives :

- Un représentant des élus des collectivités territoriales par conseil de surveillance des établissements parties au groupement,
- Les maires des communes sièges des établissements parties au groupement ou son représentant,
- Un représentant des élus des collectivités territoriales par conseil d'administration des établissements ou services médico-sociaux parties au groupement,
- le président du comité stratégique,
- les directeurs des établissements parties au groupement ou leurs représentants désignés,
- le président du collège médical du groupement ,
- le président de la commission paramédicale de territoire.

#### ■ **Fonctionnement :**

Le comité territorial des élus locaux élit son président parmi ses membres représentant les collectivités territoriales, pour une durée de 4 ans.

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

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

#### ■ **Compétences :**

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

Il désigne 5 représentants ayant voix délibérative du Comité Territorial des Elus au Comité Stratégique.

### 2.3.7. CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL

Article R.6132-14

#### ■ **Composition :**

La conférence territoriale de dialogue social comprend des membres issus des établissements signataires de la présente convention:

4- Des membres ayant voix délibérative :

1° Le président du comité stratégique, président de la conférence

2° Un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans un moins un Comité Technique d'Etablissement des établissements parties au groupement. Ces représentants sont

désignés par l'échelon santé départemental des organisations syndicales de chacune des ces organisations concernées.

3° Des représentants des organisations syndicales représentées dans au moins deux Comités Techniques d'Établissement des établissements parties au groupement. Ces représentants sont désignés de la façon suivante :

- Un représentant des organisations syndicales représentées dans au moins deux CTE, désigné par chaque CTE des établissements parties au groupement
- 5 représentants des organisations syndicales représentées dans au moins deux CTE désignés par l'échelon santé départemental des organisations syndicales concernées à proportion des sièges obtenus aux dernières élections des CTE des établissements parties au groupement.

Le mode d'attributions des sièges est décrit dans le règlement intérieur.

4° Le président du collège médical de groupement,

5° Le président de la **commission paramédicale de territoire**,

6° D'autres membres du comité stratégique, désignés par son président,

7° Le secrétaire du CHSCT de chaque établissement partie au groupement.

En cas d'absence, un membre titulaire peut être représenté par son suppléant. Les suppléants sont désignés pour siéger dans les mêmes formes.

A la date de la signature de la présente convention, les représentations syndicales au sein des comités techniques d'établissement des établissements parties au groupement sont les suivantes :

	CFDT	CGT	FO	SUD	Total
Hôpital Lozère	4		6		10
CHFT	3	2	3		8
CH Florac		6			6
CH Langogne		2	4		6
CH Marvejols		6			6
CH St Chély	3	3			6
EHPAD Auroux	2	1			3
EHPAD Bleymard	2			1	3
EHPAD Luc	2		1		3
EHPAD Nasbinals	2		1		3
EHPAD Vialas		1	3		4
EHPAD Villefort	1		2		3
EHPAD Collet de Dèze	Voir comité technique placé auprès du Centre de gestion de Lozère				
<b>EHPAD Chateauneuf de Randon</b>	<b>Voir comité technique placé auprès du Centre de gestion de Lozère</b>				

Cette composition pourra varier en fonction des résultats des élections professionnelles organisées périodiquement.

2- Des membres avec voix consultative :

#### **Fonctionnement :**

La conférence est réunie au moins 2 fois par an, soit à la demande du président du comité stratégique, soit à la demande d'au moins la moitié des représentants siégeant au sein de l'espace, soit à la demande des représentants d'au moins deux tiers des établissements parties au groupement.

Les modalités de fonctionnement de la conférence territoriale de dialogue social sont définies dans le règlement intérieur du groupement.

#### **Compétences :**

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

## **2.4. PROCEDURE DE CONCILIATION**

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

Une solution amiable devra intervenir dans un délai maximum de 6 mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée à l'autre partie.

La proposition de solution amiable sera soumise à l'avis du comité stratégique puis à l'ARS Occitanie.

Faute d'accord dans le délai imparti, la juridiction compétente pourra être saisie.

## **2.5. COMMUNICATION DES INFORMATIONS**

La présente convention et tout avenant ultérieur seront communiqués pour information aux établissements membres, associés et partenaires.

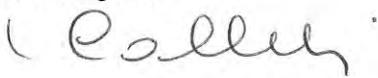
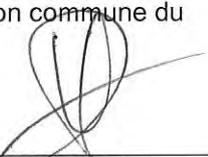
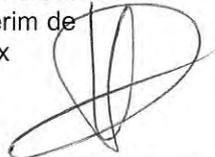
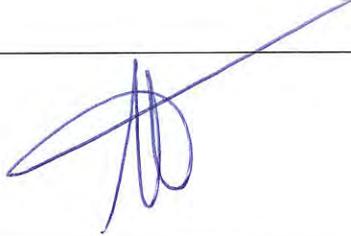
Chacune des parties s'engage à communiquer aux autres toutes les informations qu'elle détient et qui sont nécessaires à la mise en œuvre du groupement, et notamment :

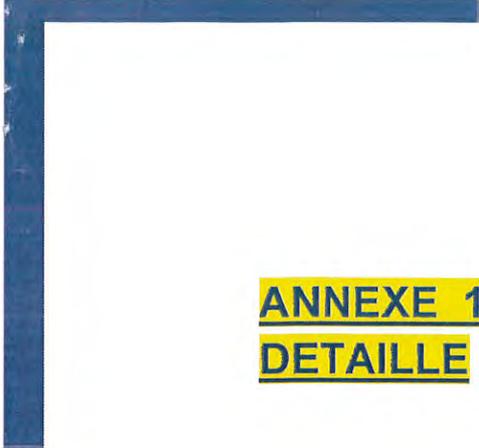
- La liste de toutes les coopérations dans lesquelles chaque partie est engagée,
- Le rapport d'activité annuel de chaque établissement membre.

## **2.6. DUREE ET RECONDUCTION**

La présente convention est conclue pour une durée de 10 ans et est renouvelée par tacite reconduction.

Fait à Mende, le 28 septembre 2017, en 16 exemplaires originaux

<p><b>Monsieur Patrick JULIEN</b> Directeur de la Direction commune de Hôpital Lozère à Mende CH Théophile Roussel à Florac CH Saint Jacques de Marvejols l'EHPAD Joseph Caupert au Bleymard l'EHPAD Les Vallées à Villefort</p> 	<p><b>Monsieur Patrick JULIEN</b> Directeur par intérim de CH de Saint Chély d'Apcher l'EHPAD André Aldebert à Nasvignas</p> 
<p><b>Madame Marie-Annick COLLIN</b> Directrice du CHS François Tosquelles à Saint Alban sur Limagnole</p> 	
<p><b>Madame Valérie PELISSE</b> Directrice de la Direction commune du CH de Langogne l'EHPAD de Luc</p> 	<p><b>Madame Valérie PELISSE</b> Directrice par intérim de l'EHPAD d'Auroux</p> 
<p><b>Madame Delphine BRUGUIERE</b> Directrice de l'EHPAD du Collet de Dèze</p> 	<p><b>Madame Karine CHELIAS</b> Directrice de l'EHPAD de Chateauneuf de Randon</p>
<p><b>Monsieur Sylvain SCHLESINGER</b> Directeur l'EHPAD de Vialas</p> 	



**ANNEXE 1 : PROJET MEDICO-SOIGNANT PARTAGE**  
**DETAILLE**



# Groupement Hospitalier de Territoire de Lozère Projet Médico-soignant Partagé 2017-2021

---

Version 1 maj 26 juin 2017  
Version 2 maj 12 septembre 2017

*Document rédigé par le Collège Médical du GHT  
Sous la présidence du Dr Didier PUTOD,*

*Approuvé par le Collège Médical du GHT du 14 juin 2017  
Approuvé par la CSIRMT de territoire du 26 juin 2017*

*Amendé par le Collège Médical du GHT du 12 septembre 2017*

## Sommaire :

PREAMBULE .....	3
INTRODUCTION .....	3
1. CADRE D'ELABORATION .....	6
1.1. Démarche projet : .....	6
1.2. Feuille de route des groupes de travail .....	6
1.3. Identification des filières : .....	7
1.4. Rappel des orientation stratégiques du Projet Médico-soignant Partagé : .....	8
2. ETAT DES LIEUX.....	13
2.1. Repères démographiques .....	13
2.2. Indicateurs de santé .....	15
2.3. Analyse des besoins actuels .....	17
2.4. Analyse de l'offre actuelle par filière .....	17
2.5. Analyse de l'offre à venir .....	18
2.6. Les perspectives d'adaptation de l'offre .....	18
2.7. Tenir compte des coopérations existantes .....	18
2.8. Qualité et sécurité des soins & Conditions d'accueil et de prise en charge des usagers .....	18
3. DECLINAISONS DU PROJET MEDICO-SOIGNANT .....	20
3.1. Les déclinaisons attendues trans-filières .....	20
3.2. Les points de rupture trans-filières .....	21
3.3. Fiches synthèses par filières .....	22
3.4. Le sens du projet de soins partagé .....	39
3.5. Les axes spécifiques du projet de soins partagé .....	40
3.6. Plan d'actions des objectifs définis et priorisés .....	43
3.7. Ensemble des indicateurs d'évaluation du projet .....	43
4. SUITE DE LA DEMARCHE .....	43

## PREAMBULE

En créant les Groupements hospitaliers de territoire (GHT), la loi de modernisation de notre système de santé vise à garantir que l'offre de soins corresponde aux besoins de la population et à assurer la qualité et la sécurité des soins en tout lieu du territoire.

La pierre angulaire des GHT est constituée par le projet médical partagé. Ce projet médical a pour ambition à la fois de mettre en place une graduation des soins hospitaliers et de développer des stratégies médicales et soignantes de territoire, mais aussi d'organiser, pour l'ensemble des activités, l'offre de soins de proximité, de référence et de recours sur le territoire.

Le décret du 27 avril 2016 a défini la progressivité dans l'élaboration du projet médical partagé :

- Au 30 juin 2016 : Définir les objectifs médicaux
- 1<sup>er</sup> janvier 2017 : Ajouter l'organisation par filière d'une offre de soins graduée
- Au 30 juin 2017 : Ajouter les principes d'organisation des activités au sein de chaque filière.

Le Projet Médico-soignant Partagé 2017-2021 du GHT de Lozère a fait l'objet d'une présentation devant les instances des établissements parties :

	DIRECTOIRE	CME	CSIRMT	CTE	CA/CS
Hôpital Lozère	18/09/2017	19/09/2017	14/09/2017	21/09/2017	19/10/2017
CHFT de St Alban	15/09/2017	21/09/2017	14/09/2017	25/09/2017	26/09/2017
CH de Florac	21/09/2017	21/09/2017	18/09/2017	28/09/2017	25/09/2017
CH de Langogne	26/09/2017	26/09/2017	19/09/2017	18/09/2017	31/08/2017
CH de Marvejols	12/09/2017	12/09/2017	18/09/2017	22/09/2017	22/09/2017
CH de St Chély d'Ap.	18/09/2017	28/09/2017	26/09/2017	18/09/2017	18/09/2017
EHPAD d'Auroux				13/09/2017	13/09/2017
EHPAD du Bleymard				29/09/2017	29/09/2017
EHPAD du Collet de Dèze					
EHPAD de Luc				15/09/2017	15/09/2017
EHPAD de Nasbinals				21/09/2017	21/09/2017
EHPAD de Vialas				21/09/2017	21/09/2017
EHPAD de Villefort				29/09/2017	29/09/2017
EHPAD de Chateauneuf					

## INTRODUCTION

Ce Projet Médico-soignant Partagé est le fruit du travail en commun des 14 établissements parties du GHT de Lozère et de leurs partenaires et associés :

Parties	Associés	Partenaires
Hôpital Lozère (Etab. support)	CHU de Montpellier	AIDER Santé
CH François Tosquelles	HAD Lozère	ATL (en cours)
(Etab. public de santé mentale)	SSR Ste Marie (en cours)	SSR le Boy
CH de Florac	CIAS Coeur de Lozère-	SSR les Tilleuls( en cours)
CH de Langogne	Résidence Piencourt	GCSMS « Etablissements et
CH de Marvejols		Services du Handicap de
CH de St Chély d'Apcher		Lozère »
EHPAD d'Auroux		
EHPAD du Bleymard		
EHPAD du Collet de Dèze		
EHPAD de Luc		
EHPAD de Nasbinals		
EHPAD de Vialas		
EHPAD de Villefort		
EHPAD de Chateauneuf		

— Etablissements sanitaires

— Etablissements médico-sociaux

— Etablissements en cours d'adhésion ou de signature de convention

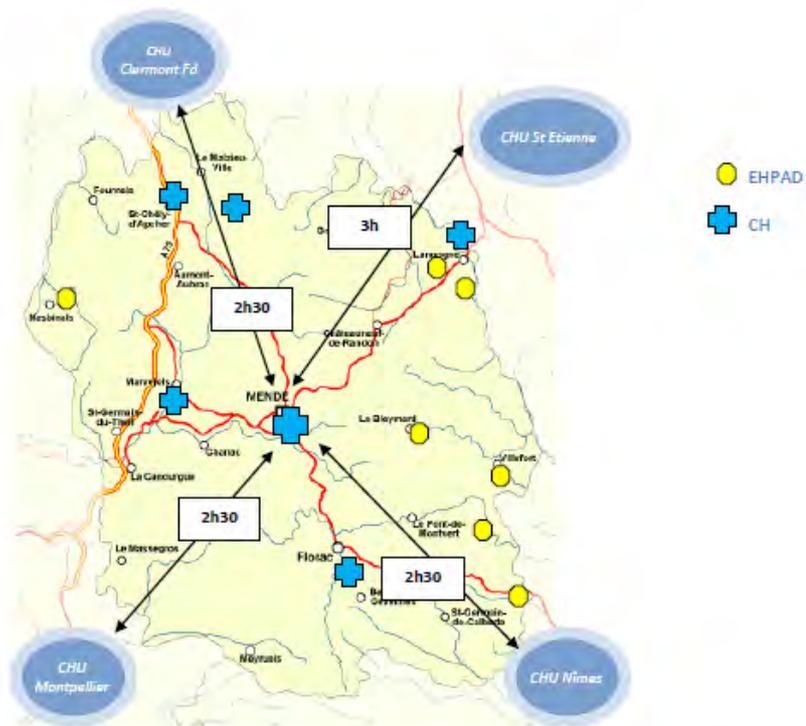
Le GHT de Lozère a su fédérer l'ensemble des établissements du sanitaire, de la psychiatrie et une grande majorité des établissements du médico-social.

Riche de cette diversité, il propose un projet ambitieux et largement ouvert sur la ville.

<b>CAPACITE LITS ET PLACES – Sources SAE 2015</b>						
<b>Etablissements publics de santé parties</b>	<b>MCO</b>	<b>PSY</b>	<b>SSR</b>	<b>HAD</b>	<b>SLD</b>	<b>EHPAD</b>
Hôpital Lozère	187		25		30	110
CH F. Tosquelles St Alban		181				
CH de Proximité Florac	10		15		25	55
CH de Proximité Langogne	23				30	87
CH de Proximité Marvejols	20		20			81
CH de Proximité St Chély	22					93
<b>Etablissements publics médico-sociaux parties</b>	<b>MCO</b>	<b>PSY</b>	<b>SSR</b>	<b>HAD</b>	<b>SLD</b>	<b>EHPAD</b>
EHPAD d'Auroux						35
EHPAD du Bleynard						55
EHPAD du Collet de Dèze						44
EHPAD de Luc						33
EHPAD de Nasbinals						40
EHPAD de Vialas						71
EHPAD de Villefort						48
<b>TOTAL 1340 lits et places</b>	<b>262</b>	<b>181</b>	<b>60</b>	<b>-</b>	<b>85</b>	<b>752</b>

<b>Etablissements associés et partenaires</b>	<b>MCO</b>	<b>PSY</b>	<b>SSR</b>	<b>HAD</b>	<b>SLD</b>	<b>EHPAD</b>
AIDER (Dialyse)	17					
HAD				27		
GCSMS Etablissements et services du handicap	<b>1150 places d'hébergement pour personnes handicapés</b>					
SSR Antrenas (2)			90			
SSR Le Boy			35			
SSR Les Tilleuls			40			
SSR Montrodat			57			
SSR Ste Marie			28			
CIAS Cœur de Lozère : Résidence Piencourt						61

A égale distance en temps des CHU de Clermont-Ferrand, Montpellier, Nîmes et St Etienne, il s'appuie sur les filières et coopérations pré-existantes favorisées par des partenariats médicaux actifs et l'amélioration du réseau routier.



# 1. CADRE D'ELABORATION

## 1.1. *Démarche projet :*

Le Collège Médical du GHT de Lozère a proposé au Comité Stratégique du GHT une méthodologie de travail inspirée du guide de l'ANAP « Elaborer un projet médical partagé de GHT ».

### Phase Pilotage :

- 1<sup>ère</sup> étape : Conférences informelles de territoire prémices du GHT
- 2<sup>ème</sup> étape : Arbitrer les orientations stratégiques incluses à la Convention Constitutive
- 3<sup>ème</sup> étape : Constituer des groupes de travail par filière et axes thématiques
- 4<sup>ème</sup> étape : Concevoir et expliquer de la méthodologie aux groupes de travail.

### Phase Production des Groupes de travail : cf. 3.3

- 5<sup>ème</sup> étape : Diagnostic des besoins et des offres
- 6<sup>ème</sup> étape : Inventaire des points de rupture dans les parcours de soins
- 7<sup>ème</sup> étape : Proposition et priorisation d'objectifs
- 8<sup>ème</sup> étape : Définir la gradation de l'offre
- 9<sup>ème</sup> étape : Construire une feuille de route par filière

### Phase Conception évolutive et Evaluation du Projet Médico-soignant partagé :

- 10<sup>ème</sup> étape : Synthèse des analyses
- 11<sup>ème</sup> étape : Calendrier de mise en œuvre
- 12<sup>ème</sup> étape : Mise en place d'indicateur d'évaluation
- 13<sup>ème</sup> étape : Suivi des évolutions

## 1.2. *Feuille de route des groupes de travail*

Le GHT de Lozère s'est attaché à intégrer aussi bien les acteurs de ville que les acteurs hospitaliers les groupes de travail constitués pour élaborer le projet. *Cf Annexe 1 Tableau des Groupe.*

Ainsi une rencontre Ville-Hôpital a été organisée le 18 avril 2017 afin de présenter le lancement de nos travaux et l'intérêt de cette démarche nouvelle sur le territoire, visant aussi à montrer la volonté de l'hôpital de s'ouvrir à la médecine ambulatoire.

Ce travail a mobilisé une cinquantaine de personne de divers horizons de prise en charge : acteurs de prévention, acteurs des urgences, acteurs de soins, acteurs de plateaux techniques, acteurs du médico-social, acteurs d'éducation et de santé publique et représentants des usagers.

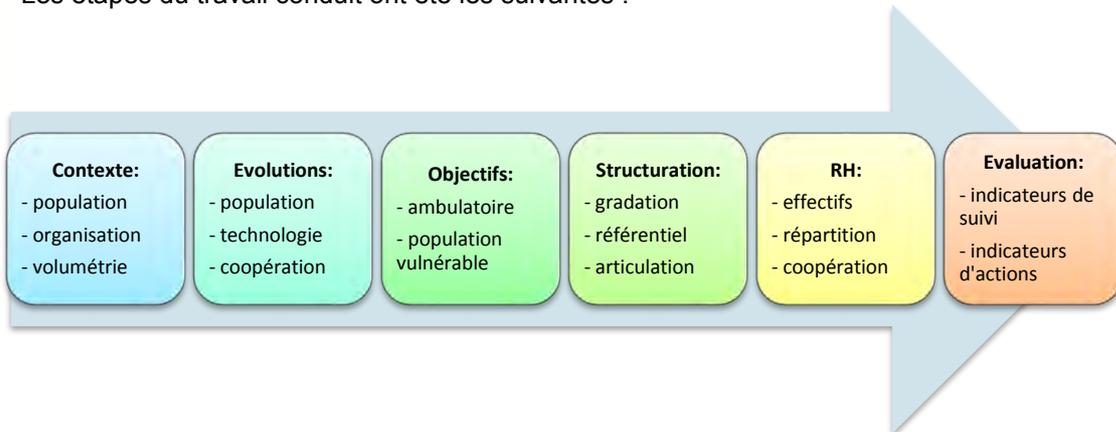
Près d'une vingtaine de réunions et rencontres ont été organisées afin de recueillir au plus près du terrain, les problématiques rencontrées.

Ce temps d'échange a également permis à des acteurs de se rencontrer, de se connaître et de trouver ensemble des pistes d'actions.

La faiblesse de la ressource médicale et le peu de disponibilité des médecins, ont rendu ces temps d'échange d'autant plus précieux et efficaces.

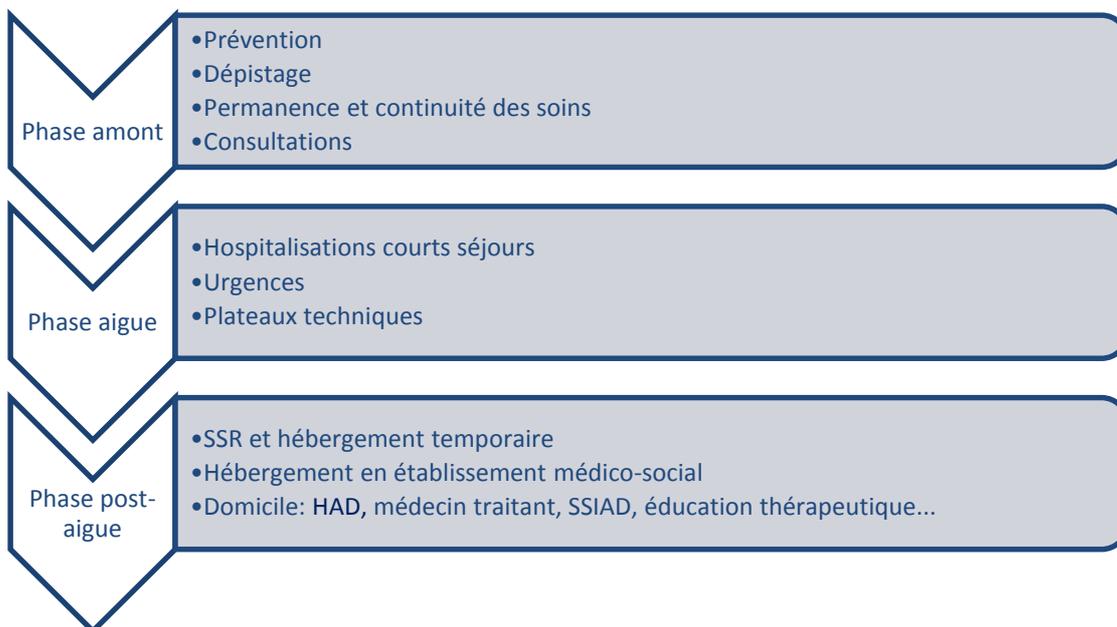
En résumé, une belle synergie s'est dégagée de ces rencontres facilitant la construction du projet.

Les étapes du travail conduit ont été les suivantes :



### 1.3. Identification des filières :

Le projet médical partagé, réponse à une gradation des soins hospitaliers, a fait l'objet d'une approche par filière plutôt que par activité ; la filière correspondant à un parcours de soins :



Son profil à la fois sanitaire, psychiatrique et médico-social a permis de fédérer naturellement tous ces acteurs afin de définir en concertation des filières cohérentes, structurées et maillant bien le territoire.

■ Les filières cliniques prioritaires suivantes ont été identifiées:

- Personnes âgées et vieillissement
- Personnes handicapées
- Santé mentale et psychiatrie

- Addictologie
  - Maladies chroniques et métaboliques
  - Cancers
  - Femmes, mères, couples et enfants
  - Santé des jeunes
- Des filières « plateaux techniques » ont été investiguées :
- Biologie
  - Imagerie
  - Pharmacie et stérilisation
  - Recours hautement spécialisés

Chaque filière a été étudiée selon des axes transversaux à la fois de modes de prise en charge, de gradation des soins, d'accès aux soins et de permanence, ainsi que d'alternative à l'hospitalisation.

- Ainsi les axes prioritaires suivants ont été identifiés :
- **Axe soins programmés** : HAD, domicile, Ambulatoire, SSR, Hospitalisation, CMP, Education thérapeutique
  - **Axe soins non programmés** : Urgences, PDSES, PDSA, Transports
  - **Axe partage d'information** : Télémédecine, consultations avancées, système d'information hospitalier
  - **Axe mutualisation** : sous commissions de CME (CLUD, CLIN...), comité d'éthique, cellule qualité et sécurité des soins, management, formation, RPS...

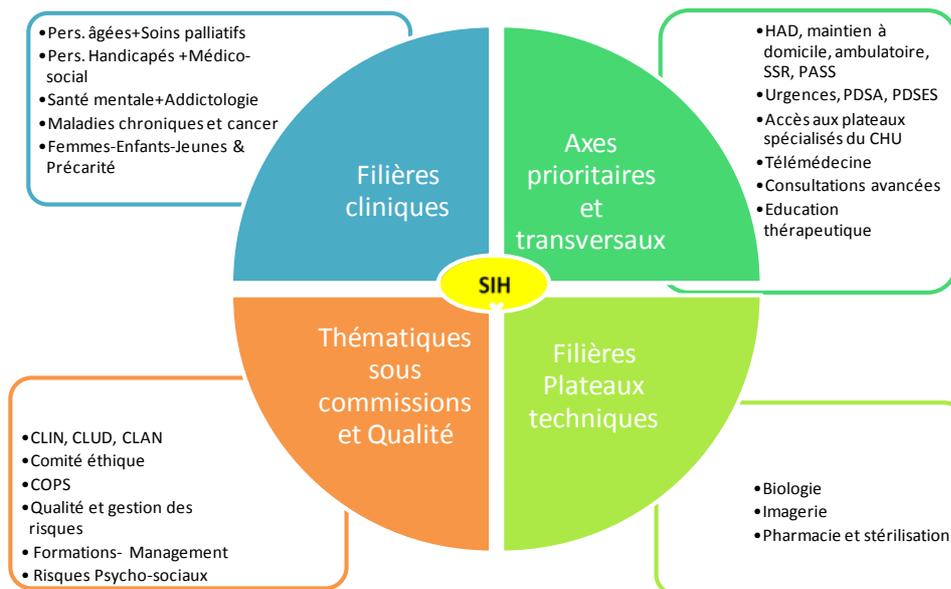


Figure 1 Schéma général Filières/Axes

### 1.4. Rappel des orientations stratégiques du Projet Médico-soignant Partagé :

Les orientations stratégiques ont été définies dès la 1<sup>ère</sup> version de la convention constitutive de juin 2016. Elles ont été amendées à la marge.

- **Améliorer l'organisation du parcours de soins de la personne âgée**

- Faciliter autant que faire se peut, en liaison avec les services sociaux des divers établissements, des municipalités et du département, le maintien ou le retour sur le lieu de vie
- Développer le recours à la chirurgie et à la médecine ambulatoire pour pouvoir se conformer à l'objectif de maintien à domicile quand cela est possible
- Développer les équipes pluridisciplinaires aux fins d'une évaluation précoce des hospitalisés pour éviter les séjours longs
- Travailler sur la mise en place du Dossier de Liaison des Urgences (DLU)
- Développer les consultations avancées
- Développer le recours à la télémédecine pour éviter le déplacement des personnes âgées
- Développer la coordination avec les établissements de proximité en lien avec le rapprochement familial et le souhait de la personne âgée

#### ■ Organiser la filière de prise en charge de la personne handicapée

- Favoriser le dépistage et l'éducation thérapeutique des problèmes somatiques
- Organiser un accueil spécifique de la personne handicapée dans les établissements sanitaires
- Développer les consultations avancées dans les institutions hébergeant les personnes handicapées
- Développer la télémédecine avec ces institutions

#### ■ Fluidifier les filières en favorisant le maintien ou le retour à domicile

Les parties à la convention souhaitent développer, dès l'hospitalisation en MCO et même en amont de cette hospitalisation, une évaluation systématique des patients à risque de long séjour. En effet, il a été constaté que ces longs séjours sont délétères pour la prise en charge de la personne âgée.

Les membres du GHT entendent développer le recours à l'HAD y compris pour le retour en EHPAD.

#### ■ Développer la télémédecine

Les membres du GHT souhaitent affirmer leur volonté de recourir à la télémédecine pour améliorer la prise en charge des patients :

- Télé-AVC dans le cadre de la prise en charge des thrombolyses
- Télé-consultations
- Télé-staff, télé-expertise, télé-assistance

Il s'agit de constituer un réseau de télémédecine, d'une part, entre l'hôpital support et les autres membres du GHT, et, d'autre part, entre l'hôpital support et les CHU partenaires.

Pour le Centre Hospitalier de Saint-Alban, il s'agit dans un premier temps de mettre en place la télé-expertise et le support aux équipes, **par référence à l'article R.6316-1 du Code de la Santé Publique**, entre les différents sites de l'établissement (en particulier les CMP), justifié par leur éloignement géographique.

**Il est entendu que le déploiement de cette fonctionnalité se fera en coordination avec le Schéma Directeur du Système d'Information élaboré par l'établissement support du GHT. D'ores et déjà l'établissement s'engage à déployer, dès que possible, une solution de communication en interne entre ses différents sites justifié par la pénurie médicale.**

Dans un second temps, l'établissement proposera ces services aux établissements requérants volontaires du département et notamment aux membres du GHT.

#### ■ Développer les coopérations médicales sur le territoire de la Lozère

Les membres du GHT souhaitent développer l'activité de chirurgie et de médecine sur le territoire de Lozère et en particulier la chirurgie ambulatoire.

Des consultations avancées de chirurgie et de médecine sont actuellement organisées sur le territoire en orthopédie, gynécologie-obstétrique, sages-femmes et médecine gériatrique.

Il convient d'étendre les consultations de spécialité en lien avec les besoins de la médecine libérale.

Le développement de la télémédecine vu plus haut s'inscrit dans cette démarche.

Ces consultations avancées ou de télémédecine permettront de renforcer les équipes territoriales en chirurgie et en médecine constituées en collaboration avec les CHU de Nîmes, de Montpellier ainsi qu'avec le CH de Millau.

#### ■ Optimiser la prise en charge des cancers

L'hôpital support dispose d'un hôpital de jour qui permet l'administration de poches de chimiothérapie délivrées par la PUI, d'une autorisation en chirurgie digestive et en oncologie. Pour les autres chirurgies carcinologiques, les coopérations sont organisées avec les CHU de Nîmes, de Montpellier et avec l'Institut de Cancérologie de Montpellier (ICM).

Des consultations avancées d'oncologie seront organisées à Marvejols, Florac, St-Chély d'Apcher et Langogne.

#### ■ Optimiser la prise en charge des Maladies Chroniques

L'hôpital support dispose d'un hôpital de jour ce qui permet la prise en charge et l'administration de traitements spécialisés dans un établissement isolé des malades atteints de maladies chroniques avec les coopérations des CHU de Nîmes, de Montpellier.

#### ■ Optimiser la prise en charge des soins palliatifs

Le territoire de Lozère dispose de 7 lits de soins palliatifs dont 5 à Mende et 2 à Florac. Une adaptation capacitaire est nécessaire.

L'équipe Mobile de Soins Palliatifs (EMSP) intervient dans les CH et les établissements médico-sociaux du département. Cette équipe forme les soignants à la prise en charge de soins palliatifs et aide à la prise en charge à la demande des établissements.

Le SROS autorisant l'installation de 10 lits de soins palliatifs sur le département. Seuls 7 lits sont installés et les membres du GHT souhaitent ouvrir 3 lits sur le contingent autorisé pour faire face à la demande des établissements.

#### ■ Optimiser la prise en charge des patients dans le cadre de la Permanence Des Soins en Etablissement de Santé (PDES)

Le schéma régional de la permanence des soins a octroyé à l'Hôpital Lozère les lignes suivantes d'astreinte et de garde :

Spécialités	Services	type de PDS	nb de ligne
Chirurgies	Viscérale	AO	1
	Orthopédique	AO	1
	endoscopie digestive	AO	1
	urologie	AO	1
Gynéco-obs		AO	1
Médecines	interne, Gériatrique	AO	1
	cardiologie	AO	1
Ophtalmologie		AS	1

ORL		AS	1
Pédiatrie		AO	1
Radiologie		AO	1
Réanimation		garde sur place	1
Anesthésie		AO	1
Urgence		garde sur place	2
Centre 15		garde sur place	1
SMUR		garde sur place	1
Psychiatrie	UAPPE (site de Mende)	garde sur place	1
Psychiatrie	Site St Alban	½ garde sur place + ½ AO	1
Laboratoire		AO	1
Pharmacie		AS	1
Total lignes astreintes			14

La continuité des soins est organisée à Marvejols en cardiologie, en néphrologie, en gastroentérologie et en chirurgie.

La continuité des soins est organisée au CHFT en psychiatrie.

Dans le respect du choix du patient, la prise en charge graduée des patients est organisée sur le territoire entre l'Hôpital Lozère et les autres parties à la convention constitutive et les partenaires pour les hospitalisations et les consultations externes. Une fois par an au moins, le collège médical du GHT et le Comité stratégique travaillent sur les problèmes de prises en charge en PDSES et de retour dans les établissements partenaires ou parties à la convention.

Les parties à la conventions conviennent que des consultations avancées ou des télé-consultations seront organisées entre l'Hôpital Lozère et les membres parties à la convention.

#### ■ Améliorer la prise en charge de l'urgence

Le territoire de Lozère est doté d'un SAMU Centre 15, d'une ligne SMUR et d'un service d'accueil des Urgences ouvert 7jours/7 24H/24.

Les signataires de la présente convention facilitent la prise en charge de l'urgence en mettant en place un dossier de soins commun ou partagé dans le cadre du Dossier du Patient Informatisé (DPI).

Les membres parties à la convention travaillent en collaboration avec les médecins de ville à l'amélioration de la prise en charge des patients dans le cadre de la Permanence Des Soins Ambulatoires (PDSA).

Les médecins de ville sont la cheville ouvrière de ce dispositif.

Les médecins correspondants SAMU constituent un des moyens essentiels de la prise en charge précoce de l'urgence avec le SAMU.

Les urgences psychiatriques sont prises en charge par le CHFT à travers l'Unité d'Admission Psychiatrique Paul Eluard.

Le CHFT met en œuvre les moyens humains pour des interventions psychiatriques de professionnels médicaux et non médicaux au sein du service des Urgences du CH de Mende.

Le territoire dispose d'une Cellule d'urgence médico-psychologique (CUMP) activable par le préfet ou le directeur du SAMU en lien avec avec le psychiatre de garde.

- Optimiser la prise en charge des patients atteints de pathologies psychiatriques dans les structures du secteur et dans les établissements médico-sociaux.
- Le GHT intègre un établissement de santé spécialisé en psychiatrie. Ce dernier constitue le pivot de l'offre de soins psychiatriques dans le département tant pour l'adulte et la gérontopsychiatrie que pour la pédopsychiatrie. Il convient de mettre en adéquation les

moyens avec les besoins actuels compte-tenu de la densité des équipements des établissements du secteur et des établissements médico-sociaux

La prise en charge de l'urgence psychiatrique est organisée entre les membres signataires de la convention.

- Les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR)

Une redistribution des capacités actuelles de lits de SSR est à envisager.

- Les actions médico-sociales

Il convient d'accompagner les établissements médico-sociaux dans leurs spécialisations (autisme, polyhandicap,...) et dans l'évolution de leurs populations d'usagers (psychiatisation et vieillissement)

- Le projet de biologie médicale

Optimiser la réponse aux demandes d'examens de biologie médicale pour l'ensemble des établissements du GHT et favoriser pour les différents prescripteurs, l'accès en temps réel aux résultats.

- L'imagerie diagnostique et interventionnelle

Organiser une réponse adaptée et pertinente aux demandes d'examen d'imagerie pour l'ensemble des établissements du GHT et pour les différents prescripteurs du territoire, et leur favoriser l'accès en temps réel aux comptes-rendus et aux images dès que cela sera possible.

- Le projet commun de pharmacie

Mettre en place une collaboration étroite entre toutes les PUI (Pharmacies à Usage Intérieur) des établissements du GHT : partages d'expériences, mise en commun des connaissances, échanges sur les activités internes aux PUI, les activités transversales, les projets en cours et à venir, avec pour objectif un livret thérapeutique partagé facilitant le paramétrage du DPI, l'informatisation du circuit du médicament et une prise en charge thérapeutique pertinente du patient attestant alors de la naissance d'une réelle communauté pharmaceutique de territoire.

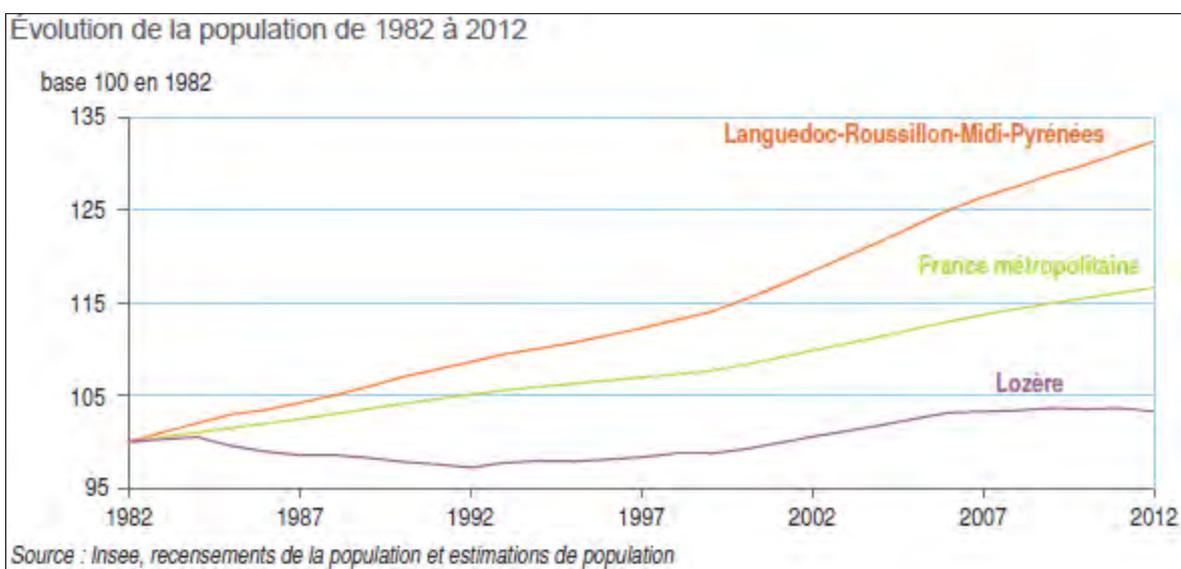
## 2. ETAT DES LIEUX

### 2.1. Repères démographiques

#### ■ La Lozère compte en 2014, 76 360 habitants.

Le regain démographique amorcé en 1990 semble s'essouffler.

Les projections Omphale de l'INSEE réalisées en 2010 prévoient une évolution de la population Lozérienne à 94 000 habitants en 2040. Cette projection apparaît comme « optimiste » compte tenu de l'évolution mesurée entre 2006 et 2014.



#### ■ Un territoire à dominante bourgs et petites villes.

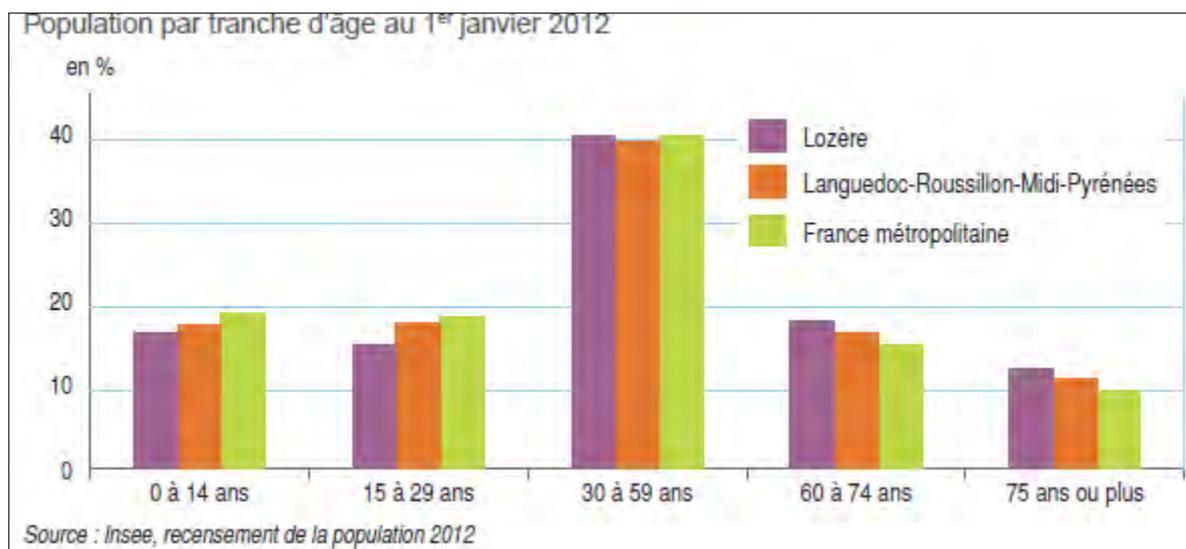
La Lozère ne compte qu'une commune de plus de 10.000 habitants, Mende, préfecture du département. Elle concentre 16% de la population du territoire. Les habitants se répartissent pour moitié entre quatre aires les plus peuplées (Mende, Marvejols, St Chély d'Apcher et Langogne) et le reste du territoire, communes isolées et hors influence des pôles.

#### ■ Une attractivité en baisse : la population vieillie.

L'apport migratoire, qui compensait largement le déficit naturel, ralentit ces dernières années.

Avec un âge moyen de 43,8 ans en 2012, la Lozère fait partie des départements métropolitains les plus âgés, nettement au dessus de la moyenne régionale (41,8 ans) et de la France métropolitaine (40,1 ans).

Les séniors sont particulièrement nombreux : 29% des Lozériens ont 60 ans ou plus, 12% ont 75 ans ou plus.



■ **Un logement sur trois est une résidence secondaire.**

Le nombre de résidences secondaires est particulièrement élevé au regard du parc de logement, soit la cinquième proportion la plus élevée de France, où un logement sur 10 appartient à cette catégorie. Ce parc se situe essentiellement dans les Cévennes, au sud et à l'ouest du département. Une partie importante de ce parc est consacrée à l'accueil touristique. Par un accès facile et des sites naturels nombreux, la Lozère attire de plus en plus de touristes recherchant une destination nature et attentifs à un environnement préservé (300.000 touristes, 770.000 nuitées /an). Cette activité saisonnière nécessite des moyens supplémentaires et parfois spécifiques de secours (professionnels rompus aux interventions en milieux périlleux GRIMP, hélicoptère)

■ **Un taux d'équipements et de services satisfaisant, mais des temps d'accès plus longs.**

Avec une densité de population la plus faible de France, la Lozère s'organise autour de trente pôles d'équipements et de services de proximité répartis sur le département, de trois pôles intermédiaires (Florac, Saint Chély, Langogne) et de deux pôles supérieurs (Mende et Marvejols). La Lozère bénéficie d'un niveau élevé d'offre de services et d'équipements au regard de son nombre d'habitants : 9,1 équipements pour 10.000 habitants (vs France 8,6).

Néanmoins, les pôles de proximité couvrent de grands périmètres, avec pour conséquences des temps d'accès importants. La Lozère est ainsi le département français où une plus grande partie de la population est éloignée, en temps, de l'ensemble des gammes (23% de la population contre 1,9% pour la population d'Occitanie).

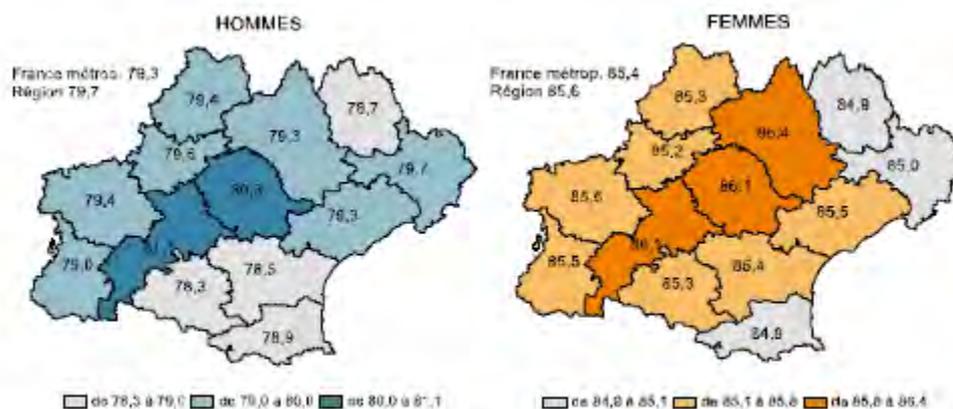
■ **Spécificité de l'emploi en Lozère : l'hébergement médico-social.**

Fin 2012, le tertiaire représente le plus grand nombre d'emploi : 22.500. Le tertiaire non marchand représente 42% de l'offre totale d'emploi total. Les activités d'hébergement médico-social, de l'action sociale et de la santé sont celles qui offrent le plus d'emplois.

## 2.2. Indicateurs de santé

### ■ Espérance de vie à la naissance

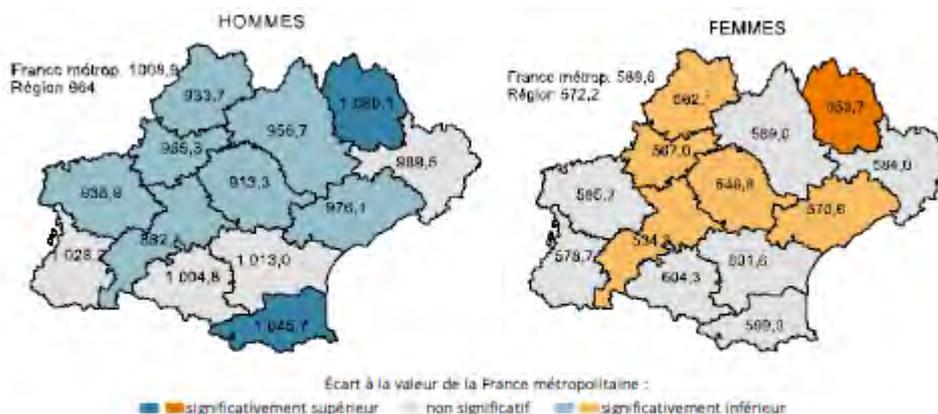
Une espérance de vie légèrement plus faible en Lozère par rapport aux moyennes nationales et régionales.



Source : Insee Exploitation CREA-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

### ■ Mortalité

Le taux de mortalité en Lozère est plus significativement élevé chez les hommes et les femmes par rapport aux moyennes nationales et régionales.



\* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, p. 100 000 hab.  
Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation CREA-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

### ■ Incidence des affections de longue durée

Cinq groupes d'affections représentent plus des deux tiers des admissions en ALD : tumeurs malignes, diabète, insuffisance cardiaque grave, affections psychiatriques, maladie coronaire en région Occitanie.

En Lozère, le groupe des tumeurs malignes présente un taux standardisé très supérieur aux moyennes régionales et nationales.

A contrario, le taux standardisé du groupe des maladies coronariennes est plus faible.

**Tableau 20.** Taux standardisé\* des nouvelles admissions en ALD pour les cinq causes les plus fréquentes dans les départements d'Occitanie en 2011-2013

	Tumeurs malignes	Diabète de type 1 ou 2	Insuffisance cardiaque grave	Affections psychiatriques	Maladie coronaire	Part des 5 ALD les plus fréquentes
Ariège	491,0	<u>315,5</u>	<u>214,6</u>	<u>222,7</u>	<u>165,8</u>	67,3
Aude	494,3	<u>381,6</u>	<u>219,8</u>	<u>225,6</u>	<u>202,8</u>	69,9
Aveyron	<u>418,5</u>	<u>279,3</u>	<u>326,0</u>	<u>290,2</u>	185,1	67,6
Gard	503,4	<u>396,3</u>	237,7	<u>282,5</u>	<u>204,4</u>	68,2
Haute-Garonne	494,3	<u>297,2</u>	<u>211,7</u>	<u>199,6</u>	<u>178,1</u>	68,0
Gers	<u>448,5</u>	<u>296,2</u>	249,4	<u>233,4</u>	186,4	70,6
Hérault	<u>509,9</u>	<u>357,5</u>	<u>199,6</u>	<u>282,6</u>	<u>172,8</u>	68,3
Lot	<u>456,9</u>	<u>300,9</u>	<u>228,1</u>	<u>147,9</u>	<u>157,8</u>	67,7
Lozère	<u>533,6</u>	<u>309,5</u>	<u>276,9</u>	<u>331,3</u>	<u>146,0</u>	66,7
Hautes-Pyrénées	483,9	<u>278,6</u>	<u>260,6</u>	205,3	<u>204,3</u>	69,8
Pyrénées-Orientales	<u>535,9</u>	363,0	<u>233,3</u>	<u>315,5</u>	<u>226,0</u>	67,5
Tarn	509,4	<u>307,4</u>	<u>313,4</u>	<u>271,5</u>	<u>194,6</u>	67,1
Tarn-et-Garonne	<u>440,3</u>	<u>345,2</u>	<u>282,0</u>	<u>193,6</u>	<u>199,9</u>	69,0
<b>Occitanie</b>	<u>492,8</u>	<u>334,6</u>	<u>238,9</u>	<u>247,3</u>	<u>188,8</u>	68,2
<i>France métrop.</i>	498,5	364,0	241,5	204,4	177,3	67,6

\* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, p. 100 000 hab.  
Les taux soulignés diffèrent significativement du taux de la France métropolitaine (en rouge : significativement supérieurs)  
Sources : Cnamts, MSA, RSI - Exploitation CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

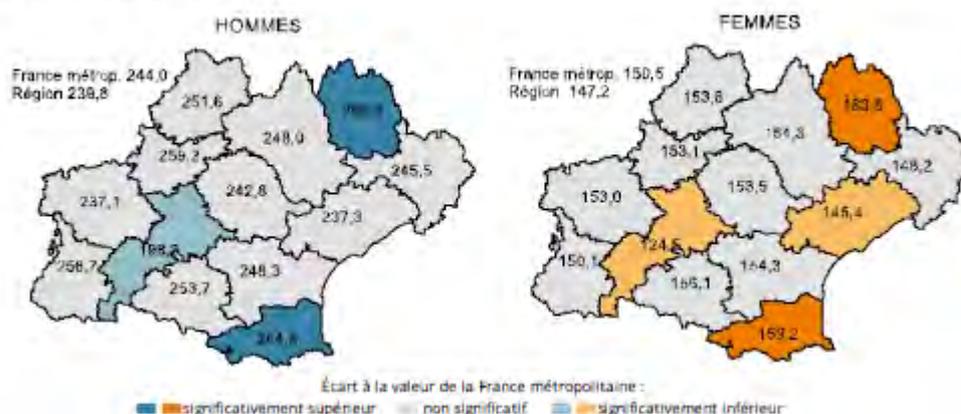
### ■ Cancers

On observe une baisse de la mortalité pour les hommes et les femmes en Lozère, comme dans la majorité des départements de la région.

### ■ Maladies cardiovasculaires

On note une mortalité significativement plus élevée en Lozère chez les hommes et les femmes.

**Carte 29.** Taux standardisés de mortalité\* par maladie cardiovasculaire dans les départements d'Occitanie en 2011-2013



\* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, p. 100 000 hab.  
Sources : Inserm CépiDC, Insee - Exploitation CREAI-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

## 2.3. Analyse des besoins actuels

L'exploitation des données démographiques et des indicateurs de santé présentés ci-dessus ont amené à conduire un complément d'analyse sur les modes et niveaux de consommation de soins. L'identification des besoins non exprimés a été recherchée, notamment en essayant de comparer les consommations du territoire par rapport à des consommations régionales ou nationales, à composantes populationnelles comparables.

### ■ Prévention et zones fragiles, personne en précarité

En Lozère, plusieurs facteurs isolent la population des services de soins :

- Une accessibilité difficile : les délais de route font renoncer aux patients et médecins, les déplacements.
- Un taux de pauvreté : très élevé chez les 75 ans et plus 20% en Lozère, versus 10,2% en France métropolitaine.
- Des personnes vivant seules à domicile.

### ■ Activité de proximité et alternative à l'hospitalisation

Le projet du GHT vise à proposer en amont d'une prise en charge en hospitalisation, toutes une séries de mesures orientées vers la prévention, le repérage et dépistage, la mobilisation de tous les acteurs de terrain, qu'ils soient soignants ou non. Savoir anticiper, repérer, orienter.

### ■ Spécificité des profils des personnes prises en charge

Le département lozérien dispose d'une offre d'hébergement médico-social historiquement très importante, et tout à fait atypique au regard des autres départements français.

- Personnes Agées : Avec 1600 lits d'EHPAD, le département dispose d'un taux d'équipement, rapporté à la population âgée, le plus élevé de France. Ces structures sont réparties sur le territoire. Leur taille est inférieure à la moyenne nationale (58 dans le GHT, versus 66 au niveau national).
- Personnes Adultes handicapées : Avec 1150 places d'hébergement, le département dispose de près de 10 fois plus de places qu'un département moyen français. Le GCSMS Etablissements et Services du Handicap de Lozère, membre partenaire du GHT, compte 9 associations et 53 établissements. Ces établissements ont grand savoir faire dans la prise en charge des handicapés, leur recrutement s'effectue bien largement au-delà du territoire. Leurs responsables partagent deux mêmes constats : un vieillissement général des populations accueillies et une psychiatrisation progressive.
- Enfants handicapés : Le département lozérien compte 320 places d'hébergement pour enfants handicapés. C'est trois fois plus qu'un département moyen français.

### ■ Spécificités des profils pathologiques des personnes prises en charge

- Maladies d'Alzheimer ou autres démences : En Lozère le taux standardisé d'admission en ALD pour maladie d'alzheimer est plus élevé qu'en métropole, en particulier chez les femmes.
- Des hospitalisations pour fracture du col du fémur plus fréquentes en Lozère (TSH 117,6, versus 110,1 en France métropolitaine), avec une durée d'hospitalisation légèrement supérieure.

## 2.4. Analyse de l'offre actuelle par filière

L'exploitation des données agrégées au niveau du territoire a permis de disposer d'une vision globale des poids de chaque filière.

La cartographie de la zone d'activité du GHT a été analysée afin de dégager les éventuels points de blocage.

### ■ Le taux de fuite

### ■ Le maillage territorial de l'offre

Les 4 hôpitaux de proximité définissent en quelques sortes quatre cadrans de proximité : nord ouest, nord est, centre et sud du territoire. Toutefois, la configuration géographique et climatique

rend les déplacements difficiles. La Lozère, située sur le rebord sud du massif central est de département français où l'habitat est en moyenne le plus élevé en altitude de France.

- L'accessibilité aux services d'urgence peut dépasser les 30 à 45 minutes.

#### ■ **Renforcement de la collaboration entre les différents sites du GHT**

#### ■ **La démographie des professionnels de santé**

Le département est largement sous-équipé en médecins, quelle que soit la spécialité ou le mode d'exercice. Pour les libéraux exclusifs, le département se situe au 95<sup>ème</sup> rang pour les généralistes et au 86<sup>ème</sup> rang pour les spécialistes. La faiblesse de cette offre est partiellement compensée par la médecine salariée.

Le corrolaire est une accessibilité difficile en dehors des bassins de Mende et Marvejols. Ainsi le temps de trajet pour un accès au médecin généraliste est de plus d'une demi-heure. Dans ces zones, aucun psychiatre n'est installé.

Enfin, on note un vieillissement important des médecins : 100% des gynécologues, rhumatologues et gastro-entérologues installés en Lozère ont entre 55 et 75 ans.

## **2.5. Analyse de l'offre à venir**

Les prévisions démographiques et les évolutions des techniques et thérapeutiques ont été intégrées à nos réflexions. Les perspectives et les enjeux suivants ont été plus particulièrement analysés par filière.

- Vieillesse de la population
- Evolution des besoins d'accompagnement médico-social
- Renforcement de la logique de parcours
- Evolution des techniques et nouveaux outils en télémédecine

## **2.6. Les perspectives d'adaptation de l'offre**

Un certain nombre d'adaptations ont été identifiées à partir du diagnostic de l'offre actuelle.

- Adaptation capacitaire notamment en psychiatrie
- Adaptation de la gradation de l'offre sur le territoire
- Adaptation des coopérations

## **2.7. Tenir compte des coopérations existantes**

Un grand nombre de conventions de coopération existent entre les établissements du GHT et divers partenaires publics et privés. Ces conventions ne sont pas toujours évaluées, sont parfois en sommeil faute de ressources médicales notamment.

La fragilité de l'offre territoriale nous impose d'avoir un regard attentif sur la vie de ces coopérations, et de chercher à les conforter.

- Lien avec les plateaux techniques spécialisés des différents CHU
- Synergie entre l'hôpital et les acteurs de ville

## **2.8. Qualité et sécurité des soins & Conditions d'accueil et de prise en charge des usagers**

L'articulation du Projet Médico-soignant Partagé avec les actions des programmes PAQSS des établissements parties est à formaliser à travers les orientations suivantes :

- Actions en faveur de l'harmonisation et de la sécurisation des pratiques
- Actions en faveur de la coordination médecins/soignants
- Actions en faveur de l'évitement des risques associés aux soins
- Actions de développement de la culture du risque
- Actions de promotion de la bientraitance....

Les travaux sur les filières de prise en charge des Personnes Agées et des Personnes en situation de handicap nous ont conduits à revoir nos conditions d'accueil :

- Actions en faveur d'un accompagnement adapté des personnes situation de dépendance ou de handicap
- Actions de développement de partenariat pour construire des parcours cohérents et de proximité
- Actions d'échanges et transmission de savoirs entre les paramédicaux soignants (issus du sanitaire) et les paramédicaux éducateurs (issus du médico-social)
- Actions en faveur d'une meilleure communicabilité entre les systèmes d'information des 2 champs sanitaire et médico-social.

## **3. DECLINAISONS DU PROJET MEDICO-SOIGNANT**

### ***3.1. Les déclinaisons attendues trans-filières***

Des points d'attention majeurs ont été définis par l'ARS au début de la démarche :

- Gradation des soins : proximité / recours / référence
- Accès aux soins, continuité et permanence des soins
- Place du premier recours
- Fonctions médicotechniques indispensables au fonctionnement de la filière : biologie, imagerie et pharmacie
- Gestion de l'aval et alternatives à l'hospitalisation complète : ambulatoire, hospitalisation et jour, hospitalisation à domicile, SSR
- Sécurité des pratiques, vigilances, qualité et sécurité des soins
- Innovation en santé : diagnostic précoce et non invasif, biologie et médecine génomique, imagerie fonctionnelle, neurosciences, techniques chirurgicales et interventionnelles, immunothérapie, technologies en réadaptation fonctionnelle, nouvelles technologies de l'information et de la communication
- Accompagnement du handicap et de la dépendance, accessibilité au système de santé.

Sur proposition du Collège Médical du GHT, le Comité Stratégique a validé en complément des déclinaisons en adéquation avec les spécificités du territoire :

- Développer le recours à la Télémédecine (téléexpertises, téléconsultations, téléassurances, téléstaffs...)
- Développer les consultations avancées à destination de tous les établissements du territoire par la mise en place d'équipes mobiles et de lieux dédiés
- Développer l'Education Thérapeutique du Patient
- Développer l'évaluation systématique des patients à risque de long séjour
- Développer la prise en charge des soins palliatifs (Adaptation capacitaire et équipe mobile renforcée)
- Développer l'offre de soins sur le territoire et optimiser la PDSES
- Développer la prise en charge de l'urgence notamment dans le cadre de l'accès aux urgences en moins de 30 minutes ainsi que dans celui de l'optimisation de la PDSA
- Développer l'accès en temps réel aux résultats de biologie ainsi qu'aux comptes rendus d'imagerie et aux images elles-mêmes
- Développer la collaboration entre toutes les PUI du territoire et mettre en place du temps de pharmacie clinique
- Mutualiser les différentes « sous commissions » de CME que sont les CLIN, CLUD, CLAN. Se doter d'un référent « antibiothérapie » de territoire. Mettre en place un Comité d'Ethique de territoire (ComEte) ainsi qu'une cellule qualité de territoire (Cellule Qualité Elargie CQE)

### 3.2. Les points de rupture trans-filières

Un certain nombre de points de rupture ont été identifiés communs à plusieurs filières. Cette redondance nous a amenés à les traiter plus spécifiquement.

Points de rupture	Actions envisagées
Dispersion territoriale des établissements, de la patientèle et des conséquences RH médicales, associée aux contraintes géoclimatiques	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement de la télémédecine</li> </ul>
Problématique de la faible ressource médicale tous secteurs confondus	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recherche de l'efficacité interne en réduisant notamment tous les temps perdus en déplacement</li> <li>• Développement de la télémédecine</li> <li>• Accueil d'internes avec projet pédagogique et participation à la recherche en lien avec le CHU</li> <li>• Accueil d'Assistant à temps partagé.</li> <li>• Action commune GHT sur les recrutements médicaux pour le territoire</li> </ul>
Education thérapeutique défailante	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Promouvoir les IDE protocolées (Dispositif Asalée, la pratique avancée)</li> </ul>
Défaut de connaissance et d'informations des modalités fonctionnelles des structures entre elles	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'une base de données des fiches établissements</li> </ul>
Défaut de coordination et collaboration perfectible entre EMS/Gériatrie/Psychiatrie/MCO/EHPAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Création d'une plateforme d'aide à la régulation, l'orientation et la programmation</li> </ul>
Absence d'indicateurs volumétriques communs entre les structures	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Paramétrage des indicateurs appropriés dans les DPI</li> </ul>
HAD globalement sous utilisée pour cause d'indisponibilité des ressources médicales et paramédicales sur les zones les plus isolées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcer le dialogue avec l'HAD</li> <li>• Promouvoir les SSIAD</li> <li>• Relancer la plateforme POS</li> </ul>
Pas ou peu d'hospitalisations en direct avec sur utilisation du SAU pour les activités non programmées.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revoir les protocoles d'accueil</li> <li>• Redéfinir et renforcer les accueils dans les services</li> </ul>
Défaut de transmission des courriers de sortie, compte rendus d'examen tardifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en route du portail DPI</li> <li>• Paramétrage des courriers dans DPI</li> <li>• Sensibilisation des praticiens à la tenue de délais raisonnables</li> </ul>

### 3.3. *Fiches synthèses par filières*

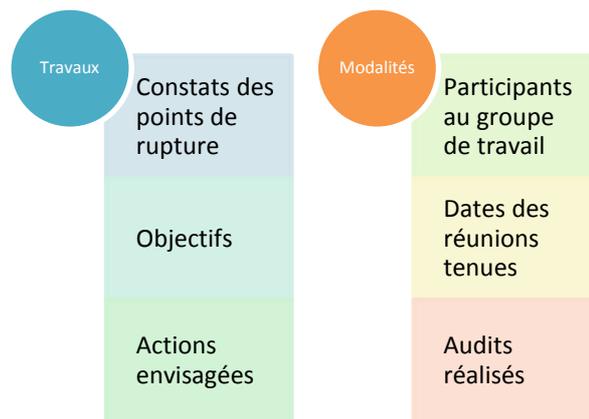
Ces fiches synthèses sont issues des travaux des groupes pluridisciplinaires et trans-établissements constitués pour élaborer le Projet Médico-soignant de territoire.

*Cf 1.1 Phase production.*

Chaque filière est décrite de manière à avoir les constats des points de rupture et en regard les objectifs fixés et les actions envisagées.

Ces points sont abordés sous deux aspects principaux : activité programmée et activité non programmée. Certains points et actions envisagées peuvent concerner les 2 types d'activité.

Les synthèses ci-après présentées, ont le format suivant :



## FILIERE PERSONNE HANDICAPEE

<u>Constats de points de rupture :</u>	<u>Membres du groupe de travail</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Défaut d'information et de connaissance des structures concernées</li> <li>• Absence d'indicateur commun volumétrique et de taux de fuites extra départementales</li> <li>• Absence d'organisation spécifique et de protocole (requis-requérant) pour l'hospitalisation et les consultations</li> <li>• Absence d'harmonisation sur la formation et le matériel liés à la pec des urgences</li> <li>• Problématique de l'accueil en secteur hospitalier (accompagnement du PH, locaux adaptés, délais)</li> <li>• Dispersion des structures avec hétérogénéité des présences médicales et paramédicales (IDE)</li> <li>• Sous exploitation du DLU et absence de dossier commun</li> <li>• Sous utilisation de l'HAD dans les EMS</li> <li>• Fragilité de la PDSA sur certains secteurs (Marvejols)</li> <li>• Sur-utilisation de l'hospitalisation par le circuit des urgences</li> <li>• Transports potentiellement inadaptés pour ces patients et problématique de distance</li> <li>• Insuffisance de coordination entre le secteur psychiatrique et le médico-social</li> <li>• Absence d'anticipation des cas à risque</li> <li>• Divergences et manque de coordination dans la prévention et le dépistage</li> <li>• Actes paramédicaux imagerie et biologie : difficultés de récupérer les résultats dans les délais corrects</li> <li>• Des moyens infirmiers limités rendent difficile la coordination des soins dans certains établissements médico-sociaux</li> <li>• Pas de dialogue entre les DPI (HM et OGIRYS et CORTEX)</li> <li>• Télémédecine peu développée entre EMS et MCO</li> <li>• Retard des courriers de sortie, CR hospitalisation, CR imagerie, CR biologie</li> </ul>	<p>Pilote : Pr BOULENGER</p> <p>Clos du Nid Hôpital Lozère ADAPEI 48 ALUMPS CAJ MAS de Booz CEM EATU Maison des sources FAM St Hélon Foyer Lucien Ozioi HAD Lozère MAS Aubrac MAS la Luciole SSR Antrenas</p> <p>GHT Equipe</p> <p>Rq : le CHFT n'a pas participé au groupe de travail</p>
<p><u>Objectifs :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Eviter l'hospitalisation chaque fois que possible pour réduire les risques de déstabilisation induits par les passages aux urgences ou l'hospitalisation.</li> <li>• Favoriser les entrées directes à l'hôpital et l'admission aux consultations spécialisées</li> <li>• Favoriser le retour précoce en lieux de vie par une meilleure coordination entre établissements sanitaires et MS</li> <li>• Intégrer les médecins libéraux à la chaîne de prise en charge et la coordination des soins</li> <li>• Sensibiliser les personnels des ESMS aux problèmes somatiques et développer la prévention afin d'éviter l'hospitalisation</li> <li>• Accompagner les résidents et usagers du MS auprès des intervenants</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><u>Audits réalisés</u></p> <p>Audit service urgence Audit étab médico-soc Audit Télémédecine</p>

## Suite Filière Personne Handicapée

### Actions envisagées :

#### ❖ Evaluation :

- Faire une cartographie des établissements et de la typologie des pathologies accueillies
- Mettre en place des fiches d'identité et de fonctionnement de chaque structure
- Mise en place d'indicateurs communs (DIM-SIH)
- Etat des lieux- Coordination et formation par CESU 48, stages d'immersion

#### ❖ Gestion des Urgences :

- Amélioration du DLU (complétude, accessibilité, généralisation y compris au programmé)
- Evaluation territoriale des besoins et proposition d'IDE d'astreinte (protocoles) par secteur opérationnel
- Mise en place de protocole de régulation adaptée à la typologie du PH
- Mise en place d'une plateforme de régulation et coordination avec le centre 15, les consultations
- Aide à la décision du médecin régulateur avec la visio embarquée
- Optimisation de la PDSA par les différents acteurs (ALUMPS, COD, Centre 15)
- Améliorer la coordination médecin PDS-médecin régulateur pour favoriser le maintien sur site
- Réévaluation des moyens de transport alloués
- Optimiser le circuit d'hospitalisation directeur entre les EMS et le secteur psychiatrique
- Mise en place d'une procédure de pré-appel du centre 15 (information et DLU)

#### ❖ Gestion des parcours :

- Harmonisation des pratiques et coordination DSI-DSI
- Harmonisation des actions de dépistage et de prévention
- Organisation et priorisation des consultations avancées
- Possibilité de mettre en place des actes de biologie dans le cadre de la PDS
- Mise en place de formations communes sur site et stage en immersion
- Intégration des EMS dans le cadre des sous commission CLIN, CLUD...
- Mise en place d'un portail MCO-PSY-EMS-Centre 15 en y intégrant les MG
- Mise en place d'un réseau de téléconsultation et téléexpertise entre MCO, EMS, PSY et CHU
- Prioriser l'implantation de la télémédecine sur 3 sites des EMS : Marvejols, St Chély et St Germain du Teil
- Solutions à mettre en œuvre : PACS et Apicrypt pour les transmissions de résultats

#### ❖ Gestion interface spécifique avec la psychiatrie :

- Nécessité de création d'une équipe mobile
  - Améliorer la formalisation des demandes d'accueil des patients MDPH séjournant en psychiatrie à ré-orienter vers les EMS
  - Création d'un poste de coordonnateur de parcours (case-manager) assurant l'interface entre la psychiatrie et les EMS
- Mettre toutes ces actions en adéquation avec le dossier Appel à projet ARS «Développement dispositif dédié aux CS pour PH » Nov 2016.

### Dates des réunions

05/04/2017  
 26/04/2017  
 15/05/2017  
 18/05/2017  
 07/06/2017  
 15/06/2017  
 21/06/2017  
 05/07/2017

## FILIERE SANTE MENTALE ET ADDICTOLOGIE

<u>Constats de points de rupture :</u>	<u>Membres du groupe de travail</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'implantation territoriale des structures (HTC et alternatives : 11 sites géographiques) a un impact sur le temps médical (trajets)</li> <li>• Statistiquement le nombre de lits est supérieur de 50% par rapport à la moyenne nationale et de 30% par rapport à la moyenne régionale</li> <li>• Fonctionnement basé sur un historique</li> <li>• Organisation du CHFT en unités spécialisés dont les projets médicaux et de soins sont à redéfinir et dont les DMS sont trop longues. Défaut de collaboration directe avec les unités des EMS et MG=&gt;engorgement du secteur d'hospitalisation psy avec défaut de la filière lits d'aval</li> <li>• Isolement du somaticien par rapport au secteur MCO et problématique de la pec somatique sur St Alban et UAPP</li> <li>• Organisation entre UAPP et UPC (Unité Post Crise) perfectible</li> <li>• Très peu de psychiatrie libérale de ville =&gt;inadéquation entre les ressources humaines médicales et les besoins</li> <li>• Insuffisances de solutions offertes par la Télémédecine (multifactorielle)</li> <li>• Nécessité d'une meilleure lisibilité de l'organisation de la psychiatrie sur le territoire</li> <li>• Recours trop élevé à l'hospitalisation en géronto-psy</li> <li>• Insuffisance de collaboration du secteur géronto-psy et gériatrie</li> <li>• Coordination UAPP-SAU perfectible</li> <li>• Problématique de l'hospitalisation de WE pour les enfants et les ados.</li> <li>• Une filière adolescente insuffisamment départementale</li> </ul>	<p>Pilote : Dr CHELIAS</p> <p>GHT équipe            ALIUM (intervenant extérieur)            CHFT            UAPP            CMP            ALUMPS            UNAFAM            CH St Chély (MG)</p>
<u>Objectifs :</u>	<u>Dates des réunions</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Remettre le CHFT au centre d'une filière régionale</li> <li>• Réactiver un projet commun entre le CHU, le CHFT et les EMS (Clos du Nid) : temps médical partagé, filières établies</li> <li>• Réévaluer l'hospitalisation à temps plein en assurant le tournant ambulatoire</li> <li>• Améliorer la réponse de l'offre extra hospitalière dans le cadre du maillage territorial (CMP, équipes mobiles, télémédecine)</li> <li>• Repenser l'organisation médicale et s'intégrer dans la communauté médicale du GHT notamment MCO</li> <li>• Améliorer l'efficacité de collaboration médicale</li> </ul>	<p>26 avril 2017 (ALIUM)            01 juin 2017 (ALIUM)            14 juin 2017            30 juin 2017 (ALIUM)</p>

## Suite Filière Santé mentale & Addictologie

### Actions envisagées :

- Mettre en œuvre le PM du CHFT en articulation avec le PMP du GHT
- Réflexion sur la nécessité d'un redéploiement capacitaire
- collaboration active avec la gériatrie (participation à l'UCC, à l'HDJ) et recentrage sur le métier de psy
- renfort et sécurisation des activités des CMP pouvant servir d'appui à des équipes mobiles (domicile, EHPAD, foyers de vie...)
- filiarisation et travail en réseau avec le CHU et les EMS en amont et en aval
- mise en place d'une cellule de coordination psychiatrie et EMS : case management en collaboration avec le SAMO (Service d'Aide Mutualisé à l'Orientation)
- mise en place d'une collaboration plus active entre le service MCO et le somaticien de St Alban et de l'UAPP =>temps médicaux partagés au sein du GHT
- portail informatique et interopérabilité des DPI
- mise en place des commissions de longs séjours interservices avec les EMS
- recrutement médical adapté en ETP psychiatre après une optimisation maximaliste
- recrutement de praticiens assistants à temps partagé
- recrutement d'interne en psychiatrie et avant tout nécessité d'obtenir l'agrément pour la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie
- mise en place de formations communes, immersions si nécessaire, échange de bonnes pratiques
- Activer l'Equipe Mobile Spécialisée en psychiatrie afin de faire face aux troubles psychiques des populations en situation de précarité et d'exclusion notamment les situations de lourdes problématiques d'addiction
- Réactiver les places d'Accueil Familial Thérapeutique

### Audits réalisés

## FILIERE PERSONNE AGEE

<u>Constats de points de rupture :</u>	<u>Membres du groupe de travail</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Service de gérontopsychiatrie basé à St Alban dont la pec somatique nécessiterait une collaboration avec le service de gériatrie de l'Hôpital Lozère</li> <li>• Filière géronto-psychiatrie et la gériatrie psychiatrique à clarifier</li> <li>• Nécessité d'anticiper le vieillissement de la population psy</li> <li>• Absence de lien opérationnel MCO-PSY et EMS (hospitalisation et urgences)</li> <li>• Equipe Mobile de Gériatrie insuffisamment opérationnelle</li> <li>• Inadéquation des ressources humaines en temps médicaux (gériatre et psychiatre) au CHFT, CHL et EHPAD</li> <li>• Absence de commission de longs séjours en géronto-psy</li> <li>• DMS élevée dans les CHL : problématique des filières d'aval (USLD, EHPAD...)</li> <li>• Passage aux urgences sans hospitalisation, déplacements inadaptés</li> <li>• Passage aux les urgences ante hospitalisation : pas d'anticipation</li> <li>• L'organisation de l'HAD est mise en difficulté dans certaines zones rurales très isolée où l'on rencontre une pénurie paramédicale</li> <li>• EMSP sur-sollicitée malgré un travail téléphonique</li> <li>• Problématique de la paramédicalisation en EHPAD, absente de nuit</li> <li>• Inadaptation de la répartition des lits de SSR tant géographique que spécialisés</li> </ul>	<p>Pilote : Dr SZANTO</p> <p>Hôpital Lozère CHFT CH St Chély d'Apcher CH Florac EHPAD le Bleygard HAD Lozère</p> <p>GHT Equipe</p>
<u>Objectifs :</u>	<u>Dates des réunions</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assurer une prise en charge somatique globale de qualité (incluant les préventions et dépistages)</li> <li>• Eviter les conséquences physiques et psycho sur le PA par le passage aux urgences à cause des délais inappropriés</li> <li>• Réduction de l'hospitalisation conventionnelle par la création d'une HDJ</li> </ul>	<p>18 mai 2017 01 juin 2017</p>

### Suite Filière Personne Agée

#### Actions envisagées :

- Mise en place d'une plateforme d'évaluation et d'orientation (cf dossier PH)
- Redistribution et partage des compétences RH spécifiques et recrutements mis en commun. Intégration du somaticien du CHFT à une équipe territoriale.
- Redéfinition de la pec du patient géronto-psy par une équipe Gériatre-Psychiatre-Assistante sociale
- Création d'un service de post urgence dans le cadre du recrutement et d'activité plus générale mais intégrant prioritairement les patients relevant de la gériatrie, du handicap ou fragilisés.
- Développement et promotion des consultations avancées.
- Promotion des IDE Asalée sur les MSP adossées aux hôpitaux locaux
- Développement des infirmiers de pratiques avancées et pour bilans gériatriques
- Développement de l'HAD en EHPAD et à domicile
- Réévaluer le besoin des lits d'USLD sur le territoire
- Généralisation de la convention MSP-CH-ARS pour pec de gestes d'urgence décentralisés.
- Développer les entrées directes en hospitalisation, en HDJ ou en UHCD
- Redéfinir le périmètre de compétence de l'équipe mobile de gériatrie
- Augmentation des moyens de l'HAD en zone rurale et isolée
- EMSP : réévaluation des besoins. Conséquence RH ? Améliorer l'efficience avec la visio.
- Evolution du degré de compétence des ASD ? Possibilité de mise en place d'IDE d'astreinte par secteur (schéma identique aux EMS)
- Accueil de jour itinérant : besoin et faisabilité à évaluer
- SSR : réévaluation et réadaptation capacitaire et opérationnelle
- Création d'un service tampon court séjour (48h) de gériatrie à orientation psychiatrique  
Création d'une UCC en partenariat avec le CHFT

#### Audits réalisés

## FILIERE MALADIES CHRONIQUES ET CANCER Fiche 1 Cancérologie

### Constats de points de rupture :

- Certains MG (nouveaux) : difficulté pour l'adressage initial
- Absence de lisibilité de l'activité de l'hôpital support
- Délai de pec pour le CHU souvent long mais variable selon les spécialités (urgence hématologique ?)
- Dépistage souvent défaillant pour certaines pathologies (cancer du colon majoré par l'isolement et la précarité)
- Suractivité de la médecine générale libérale laissant peu de temps au dépistage et la prévention
- Problématique de la pec des enfants pour les mères en cours de traitement
- SAU mal ou non adapté pour certaines décompensations aiguës (aplasié médullaire)
- Problématique récurrente de retard de courrier de sortie d'hospitalisation et des urgences
- Réciproquement pour les patients suivis en extra départemental.
- Collaboration HAD MG difficile en zone rurale et sous utilisé.

### Membres du groupe de travail

Pilote : Dr NESPOULOUS

Hôpital Lozère  
 CH St Chély d'Apcher  
 HAD  
 Ligue contre le cancer  
 Association François Aupetit  
 Médecin oncologue  
 Médecin gastro-entérologue  
 Infirmières  
 Pharmacienne  
 Représentants des usagers  
 GHT Equipe

### Objectifs :

- Améliorer la communication entre les acteurs de santé
- Améliorer la fluidité et la lisibilité du parcours patient tant pour le patient que pour les MG
- Repositionner le rôle de l'Hôpital Lozère dans le cadre de son action support et le CHU ainsi que l'ICM en tant que recours
- Eviter le retard de PEC et réduire les délais de pec
- Améliorer l'efficacité de la prise en charge par les échanges entre dossiers médicaux dans des délais recommandés
- Améliorer la qualité des filières et leur fluidité tout en s'appuyant sur des réseaux préexistants des MS sans exclure les réseaux extra régionaux ayant fait leur preuve et dont leur existence n'est issue d'un réel besoin géographique

### Dates des réunions

28 avril 2017  
 30 mai 2017

**Actions envisagées :**

- Mise en place de fiches descriptives des activités du CH support (plaquette informatique et papier)
- Médecins spécialisés joignables par téléphone à défaut mise en place d'une boîte vocale avec rappel organisé
- Mise en place d'une plateforme d'appui et de proximité : modalité et fonctionnement à définir
- Renforcer les actions de dépistage en améliorant la coordination entre les partenaires ville-hôpital
- Possibilité d'envisager la délégation de tâches : IDE Asalée ou IDE de pratiques avancées
- Renforcer les hospitalisations directes
- Développement des CS avancées sur les CHL en complément de la télémédecine
- Renforcer les liens opérationnels avec l'ICM de façon territoriale et non individuelle
- Réactivation des EPU au niveau du territoire
- Participation des MG au RCP
- Réévaluation des ressources humaines médicales

**Audits réalisés**

## **FILIERE MALADIES CHRONIQUES ET CANCERS Fiche 2 Diabéto-Néphrologie**

<p><b><u>Constats de points de rupture : « Néphro »</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dispersion de la patientèle isolée (dépistage, suivi, ETP)</li> <li>• Dépistage précoce insuffisant</li> <li>• Relation service néphro MG et CH à développer (SAU+++)</li> <li>• Absence de relai départemental d'association es usagers</li> <li>• Un seul médecin néphro sur le département</li> <li>• Taux de fuite sur le nord Lozère</li> <li>• Délai de RDV avec le CHU long et processus de « captivité »</li> <li>• ETP à développer en coordonnant les acteurs de santé</li> </ul> <p><b><u>Constats de points de rupture : « Diabéto »</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépistage précoce insuffisant</li> <li>• Temps médical inadapté malgré une répartition bi-site de 2 médecins à temps partiel (0,2 ETPx2) pour une file active de 3000 patients</li> <li>• EHPAD : absence de protocole commun et de coordination pour la pec de maladies chroniques et dont diabète</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Membres du groupe de travail</u></b></p> <p>Pilote : Dr NESPOULOUS</p> <p>Hôpital Lozère AIDER HAD</p> <p>Médecin endocrinologue-diabéto Médecin néphrologue Diététicienne Infirmières</p> <p>GHT Equipe</p>
<p><b><u>Objectifs :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prévention et dépistage précoces</li> <li>• Suivi et continuité des soins</li> <li>• Fluidifier l'accès aux consultations spécialisées</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Dates des réunions</u></b></p> <p>12 mai 2017 07 juillet 2017</p>
<p><b><u>Actions envisagées :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'un bus itinérant (type projet DIABSAT) et sur les EHPAD en associant d'autres dépistages</li> <li>• Politique d'information à développer : multimodale auprès des MG, MSP</li> <li>• Mise en place de procédures et protocoles communs au sein des EHPAD. Réactivation de l'association des médecins coordonnateurs (AMC48)</li> <li>• Mise en place d'un carnet de santé en EHPAD équivalent aux EMS</li> <li>• Télémédecine et CS avancées moyens complémentaires à mettre en place (axe prioritaire EHPAD)</li> <li>• Associer les projets de l'AIDER en ETP au réseau médical et paramédical libéral</li> <li>• Envisager la délégation de tâche auprès des IDE Asalée ou IDE de Pratiques avancées</li> <li>• Mise en place de télésurveillance pour le diabétique en zone extra urbaine</li> <li>• Projet de dialyse à domicile : collaboration AIDER-HAD ?</li> <li>• Recrutement médical praticiens hospitaliers et Assistant à temps partagé à temps partagé</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Audits réalisés</u></b></p>

## FILIERE FEMMES, SANTE DES JEUNES et PRECARITE

<u>Constats de points de rupture :</u>	<u>Membres du groupe de travail</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Volumétrie des accouchements hors seuil</li> <li>• Réduction des effectifs SF hospitalières =&gt; plus de disponibilité pour le SMUR</li> <li>• Locaux et matériels inadaptés à la pec de patients handicapés (gynéco et pédiatrie)</li> <li>• CS avancées gynéco et SF : défaut d'organisation d'accueil au CH de St Chély</li> <li>• Déficit de temps médical sur la pédiatrie et la néonate</li> <li>• Enjeu majeur d'un maintien du niveau 2 de la maternité si la néonate est défaillante</li> <li>• CHU problème de « capivité du patient »=&gt; pas de dossier de liaison hormis MT=&gt;conséquences sur le suivi des retours sur le territoire et des pec en urgences sur cette patientèle non connue</li> <li>• Cancéro : absence de lisibilité de la filière, Cs de cancro trop espacées, pb des retours dossiers et lettres de sorties</li> <li>• Pas ou peu de collaboration avec les SF libérales</li> <li>• Partage du DCPI (Dossier commun périnatal régional) insuffisant avec les autres acteurs (C15, MG...)</li> <li>• Défaut d'avis gynéco pour les patientes enceintes consultant pour des pathologies diverses au SAU</li> <li>• Suivi du post partum avec les CMP : améliorer les retours d'informations</li> <li>• Problématique de la pec en pédiatrie sur les WE des enfants issus du secteur pédo-psychiatrie fermé</li> <li>• Difficultés d'orientation des patients</li> <li>• DMS élevée concernant les patients en situation de précarité</li> <li>• Difficultés du suivi des patientes transférées en service psychiatrique</li> <li>• Problématique des transports et des retours à domicile (transfiliales)</li> <li>• Difficultés du personnel soignant face aux situations des patients en situation de précarité</li> <li>• Défaut d'information médico-sociales des patients en précarité plus particulièrement en horaire PDS</li> </ul>	<p>Pilote : Dr PUTOD</p> <p>Hôpital Lozère CHFT PMI HAD Médecin gynécologue ALUMPS Association Naître et Grandir Association Quoi de 9 : AVICENNE Association La Traverse (centre 115) ALTER ANPAA CADA CIDIFF CODES Conseil de l'ordre des SF GEM MDPH PAEJ Représentants des Usagers</p> <p>Equipe du GHT</p>
<u>Objectifs :</u>	<u>Dates des réunions</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconstituer l'équipe médicale en pédiatrie</li> <li>• Développer les liens avec « l'amont et l'aval » notamment CHU, PSY et paramédicaux de ville</li> <li>• Réflexion partagée sur la restructuration et l'aménagement des locaux Hôpital Lozère</li> </ul>	<p>21 juin 2017 (préparation) 08 août 2017 16 août 2017 05 septembre 2017 11 septembre 2017 (Groupe Filière/associations)</p>

<b><u>Actions envisagées :</u></b>	<b><u>Audits réalisés</u></b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faire un audit sur les évolutions volumétriques</li> <li>• Revoir l'efficacité des CS avancées face aux nouvelles offres de ville</li> <li>• Promouvoir les actes de dépistages auprès des PH sur les sites du marvejolais avec assistance sédation</li> <li>• Elaborer et/ou reletter le protocole entre la pédo-psychiatrie et la pédiatrie</li> <li>• Construire un espace collaboratif CH/PMI/SF libérales (organisation, dossier médical, ...)</li> <li>• Evaluer le besoin d'une plateforme territoriale d'aide à l'orientation et/ou renfort de la PASS</li> <li>• Ouverture de la filière aux hôpitaux de proximité</li> <li>• Renforcer les liens opérationnels avec les CMP et l'UAPP</li> <li>• Mise en place de staff associant les différents acteurs : HL, CHFT, PMI, Service de santé publique, associations</li> <li>• Renfort des prises en charge multidisciplinaires</li> <li>• Création d'un carnet de santé destinés aux précaires qui serait alimenté par les divers intervenants</li> </ul>	<p>Audit des organisations</p>

## FILIERE PHARMACIE

<p><b><u>Constats des points de rupture :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanence pharmaceutique : difficulté de remplacement pharmacien PH</li> <li>• Permanence pharmaceutique : absence d'astreinte de pharmacien dans 6/7 PUI</li> <li>• Absence de Pharmacie Clinique</li> <li>• Peu de coopération entre PUI/ Isolement des PUI sur le territoire (ex HL)</li> <li>• Pas de politique d'achat partagée. Pas de Livret thérapeutique commun</li> <li>• Pas d'organisation de gestion des vigilances partagées</li> <li>• Pas d'harmonisation des pratiques</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Membres du groupe de travail</u></b></p> <p>Pilote : Marie Lou BONADIES</p> <p>PUI CH Florac  PUI CH Langogne  PUI GCS Marvejols  PUI CRF Montrodat  PUI CH Mende  PUI CHFT St Alban  PUI CH St Chély d'Apcher</p> <p>GHT Equipe</p>
<p><b><u>Objectifs :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recrutement d'un Pharmacien de territoire pour pourvoir aux remplacements</li> <li>• Pharmacie Clinique</li> <li>• Harmonisation des organisations</li> <li>• Livret thérapeutique commun</li> <li>• Développer les coopérations entre PUI</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Dates des réunions</u></b></p> <p>14 février 2017  07 mars 2017  20 avril 2017  11 mai 2017  08 juin 2017</p>
<p><b><u>Actions envisagées :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablir une fiche de poste de Pharmacien de Territoire (Mi-remplacement, Mi-Pharmacie Clinique)</li> <li>• Etablir une politique commune de ressources humaines sur PH et PPH (GPMC, formations, spécialisations)</li> <li>• Etablir un Livret thérapeutique commun</li> <li>• Etablir des conventions entre PUI</li> <li>• Choisir des outils de gestion de pharmacie communs</li> <li>• Politique qualité et vigilance partagée : audits croisés, EPP communes, COMEDIMS de GHT</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Audits réalisés</u></b></p> <p>Audit des organisations</p>

## FILIERE RADIOLOGIE

<p><b><u>Contexte et état des lieux des ressources :</u></b></p> <p><i>Site Cabinet libéral SCM Lozère Radiologie de Marvejols :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RH : 3 radiologues, 7 manipulateurs, 5 secrétaires médicales</li> <li>• Equipements : 1 scanner, 2 salles télécommandées numérisées avec rachis et système DSI, 2 échographes couleurs, 1 mammographe numérique, 1 ostéodensitométrie, 1 panoramique et télécrâne numérisés, 1 appareil radiologique pour bloc opératoire avec amplificateur, arceau et mémorisation d'images.</li> <li>• Convention : Co-utilisation IRM avec Hôpital Lozère ; de mise à disposition ampli de brillance ; avec réseau dépistage cancer Gard-Lozère.</li> </ul> <p><i>Site CH de Langogne :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RH : 1 manipulateur 0,2 ETP d'un cabinet privé du Puy en Velay. Téléinterprétation radiologue.</li> <li>• Equipement : 1 table</li> <li>• Conventions : de prestation avec cabinet libéral du Puy en Velay (43) ; de PCR avec Hôpital Lozère.</li> </ul> <p><i>Site Hôpital Lozère à Mende :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RH : 1 radiologue PH chef de service, 1 radiologue clinicien, des remplaçants, 1 cadre de santé, 14 manipulateurs (dont 1 MERM diplômé DIU Echographie), 5 secrétaires médicales</li> <li>• Equipement : 1 IRM, 1 scanner, 2 tables télécommandées capteur plan dont 1 avec rachis, 1 mammographe capteur plan, 1 échographe, 1 panoramique dentaire, 1 appareil de radiographie au lit, 2 amplificateurs au bloc opératoire</li> <li>• Conventions : Télé AVC avec CHU34 ; Télémagerie avec I-Radiologie ; Co-utilisation IRM avec SCM Lozère Radiologie ; de replis en cas de maintenance du TDM avec SCM Lozère Radiologie; réseau dépistage cancer Gard-Lozère</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Rencontre de travail</u></b></p> <p>Pilote :</p> <p>Equipe médicale HL Equipe médicale SCM Lozère Radiologie CH Langogne</p> <p>GHT Equipe</p>
<p><b><u>Problématiques :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Démographie médicale (libérale+publique) : faible et vieillissante. Peu attractive.</li> <li>• Obligation de PDSES sur le territoire</li> <li>• Cabinet libéral site Marvejols : ouverture heures ouvrables du L au V =&gt;problématique de continuité des soins sur le site Gévaudan après 16h30 et le WE</li> <li>• A ce jour absence de téléinterprétation entre les 2 sites</li> <li>• 1 matériel à renouveler d'ici fin 2017: site de Langogne</li> <li>• Absence à ce jour de RIS et PACS (prévu pour janvier 2018)</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Dates des réunions</u></b></p> <p>22 mars 2017 (site Langogne) 01 août 2017 (site Marvejols) 03 août 2017 (site Mende)</p>

## Suite Filière RADIOLOGIE

### Objectifs :

- Renforcer l'équipe médicale (réduire le recours à l'intérim)
- Renforcer la coopération imagerie privée-public (possibilité de la création d'un GCS ?)
- Mutualiser les équipements et partager les investissements : capacité de téléinterprétation entre site Gévaudan et Site Vallée du Lot
- Développer la complémentarité et la substitution entre les techniques d'imagerie (recours à la télémagerie et à la téléexpertise CHU régionale, public-public ou public-privé)
- Permanence des soins : gestion optimisée des gardes et astreintes sur un seul site
- Mettre en œuvre le PACS et le RIS en lien avec le DPI de territoire
- Développer les examens sous sédation en lien avec les filières : santé mentale, patient handicapé, personne âgée

### Audits réalisés

Audit des organisations

## FILIERE BIOLOGIE

<p><b><u>Contexte et état des lieux des ressources :</u></b>  <u>Service de biologie à l'Hôpital Lozère :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• RH : 4 biologistes, 1 cadre de santé, 12 techniciens de laboratoire, 2 secrétaires</li> <li>• Equipements site Mende hôpital :            Biochimie : 2 automate SIEMENS EXL DIMENSIONS en miroir, 2 automates en miroir pour les gaz du sang + SEBIA ELECTROPHORESE            Hématologie 1 automate principal SIEMENS advia 120 avec un backup non en miroir hématologie            Immunologie 1 Automate siemens CENTAUR + VIDAS ancienne génération            Bactériologie : automate PHOENIX + automate des hémocultures BACTEC            Automate délocalisée en maternité pour les gaz du sang</li> <li>• Equipements site Marvejols : 1 automate gaz du sang</li> <li>• Niveau COFRAC : 61 % des analyses accréditées sur 2 audits COFRAC 2016 et 2017</li> <li>• Convention : RAS</li> <li>• Activités spécifiques : PDS, participation aux analyses environnementales et prélèvements biologiques</li> </ul> <p><u>Laboratoire privé OXYLAB (ex GEVAULAB) :</u>            Fait partie du Groupe Labosud</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 2 sites plateaux techniques : Mende (48) et Brioude (43)</li> <li>• 4 sites de prélèvements : Langogne, Marvejols, Mende, St Chély d'Apcher</li> <li>• RH : 6 biologistes, 50 employés</li> <li>• Accès sécurisé aux résultats en ligne pour l'ensemble des prescripteurs (APICRYPT)</li> <li>• Assure la prestation des examens biologiques dans les CH et les EHPAD territoriale seulement aux heures ouvrées et en semaine</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Rencontre de travail</u></b></p> <p>Pilote :</p> <p>Equipe biologie HL</p> <p>GHT Equipe</p>
<p><b><u>Problématiques :</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• PDSES sur le territoire : N'assure pas la PDS dans les hôpitaux de proximité ou les EHPAD</li> <li>• Poursuite de mise à niveau des équipements et des organisations aux normes COFRAC (consommatrice de ressources humaines)</li> <li>• Renouvellement générationnel des ressources médicales</li> <li>• Pas d'accès en ligne aux résultats biologiques sur le laboratoire public</li> <li>• Absence de convention de replis interstructures (CH Mende-CH Millau, CHU Montpellier et Oxylab)</li> <li>• Transfert des activités de l'EFS (dépôt d'urgence) et dépôt de délivrance à l'avenir sur l'établissement support</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b><u>Dates des réunions</u></b></p>

## Suite Filière BIOLOGIE

### Objectifs :

- Offrir une réponse biologique graduée adaptée aux besoins cliniques et aux filières spécifiques (handicap, personne âgée, santé mentale) : niveau local, niveau spécialisé
- Mettre en place l'accès en ligne sécurisé aux résultats dans le cadre du SDSI (relation ville-hôpital)
- Garantir le maillage territorial de l'offre de biologie : biologie délocalisée en respect des normes COFRAC (amélioration de l'efficacité de la PDSA sur le territoire et réduction des transports)
- Evaluer le besoin en biologie délocalisée d'urgence sur les 4 CH de proximité
- Conventionner avec le CHU34 pour la pec d'analyses biologiques externalisées (actuellement CERBA)
- Développer l'activité externe dans le cadre d'un réseau ville-hôpital en collaboration avec l'opérateur libéral
- Maintenir une accessibilité de proximité pour les usagers
- Intégrer si possible l'opérateur libéral à la réflexion sur l'organisation potentielle de la PDS en biologie sur le territoire (sur les 4 CH de proximité)
- Recrutement d'assistants biologistes à temps partagé avec le CHU et recrutement mutualisé d'un qualicien biologiste avec le CHU
- Conventionner avec un ou des opérateurs externes pour une réponse de replis
- Réussir la mutation des personnels et des compétences nécessaires à l'intégration des activités de l'EFS
- Développer la biologie clinique et le conseil auprès des prescripteurs

### Audits réalisés

### 3.4. **Le sens du projet de soins partagé**

#### ■ **Le contexte d'élaboration du volet projet de soins partagé**

Le projet de soin partagé se veut par les équipes du GHT, un outil de formalisation des orientations et des objectifs de soins coordonnés sur lesquels seront définis les actions pratiques clinique, d'organisation de soins, de management de compétences, de formation et de recherche paramédicale.

Ce projet se veut également fédérateur et opérationnel afin que chaque professionnel de terrain adhère à la dynamique impulsée par l'hôpital support. Il doit être le fil conducteur pour l'ensemble des professionnels de santé afin de répondre aux attentes et aux besoins des usagers.

#### ■ **Les concepts et valeurs communs aux professionnels soignants du GHT**

Les valeurs partagées par les professionnels conditionnent la qualité des soins dispensés. Elles influencent leurs actions, orientent leurs comportements et leurs attitudes en constituant un idéal commun à atteindre :

**« une prise en charge personnalisée et optimisée ».**

C'est pourquoi, s'appuyant sur les concepts fondateurs de la démarche soignante, les professionnels soignants du GHT ont conduit spécifiquement des réflexions sur:

- la recherche de qualité qui doit animer la dispensation du soin,
- le rôle des valeurs dans la pratique soignante (valeurs humanistes, valeurs professionnelles),
- l'éthique dans la pratique soignante,
- les valeurs partagées au sein du GHT de Lozère.

#### ■ **Le cheminement des réflexions vers des engagements partagés**

Les réflexions conduites par les équipes du GHT ont pris source sur l'idée que la pratique soignante est guidée par la singularité de la personne soignée, par l'expression de ses volontés.

Ces valeurs, pouvant parfois s'opposer, rendent les décisions difficiles car elles imposent de faire des choix.

Le questionnement éthique vise alors à déterminer comment agir au mieux, dans le respect de la personne soignée et de son entourage. Il interpelle les professionnels sur leur mode de penser et d'agir devant une situation complexe et humainement compliquée. Il repose sur une volonté partagée de réfléchir ensemble pour approcher la personne soignée dans sa complexité et sa vulnérabilité. Il donne du sens aux pratiques soignantes et aux projets des professionnels.

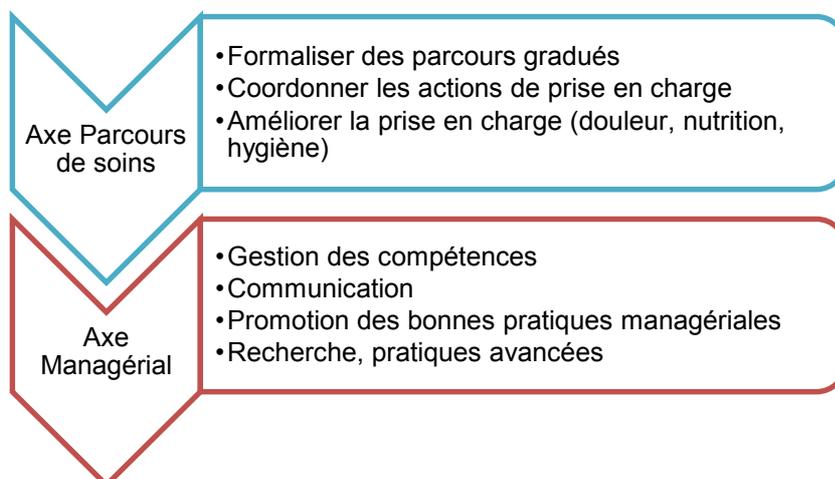
Aussi la Commission Paramédicale de territoire attache une attention particulière aux respects de ces valeurs par les professionnels et vise à les accompagner dans cette acculturation du GHT.

Les professionnels soignants du GHT ont convenu de partager un ensemble de valeurs et de règles de conduite. Ainsi ils s'engagent à respecter :

- L'égalité d'accès à des soins de qualité
- La continuité et la sécurité des soins, principes fondamentaux du service public
- La neutralité bienveillante, appliquée au quotidien
- Le principe de mutabilité ou d'adaptation constante au regard des besoins de santé des usagers de territoire
- La promotion de l'efficience et de la recherche en soins
- La prise en compte de la dimension éthique dans la prise en charge médico-soignante
- Le respect qui constitue une richesse collective et illustre notre capacité à travailler, à vivre et à s'épanouir ensemble.

### 3.5. Les axes spécifiques du projet de soins partagé

La Commission Paramédicale de territoire a travaillé spécifiquement sur les axes suivants :



Les objectifs stratégiques du PSP sont proposés avec la déclinaison suivante d'objectifs et d'actions :

Axes	Fiches actions	Objectifs	Actions	Pilote
Parcours de soins	Organisation de l'entrée du patient	Assurer un accueil du patient personnalisé	Formaliser une procédure d'accueil commune	Groupes de travail des filières cliniques
	Prise en charge des populations spécifiques	Assurer un accueil sécurisé et personnalisé de la personne en situation de handicap ou de dépendance	Former les professionnels. Echange de pratiques	Groupes de travail des filières cliniques
		Assurer un accueil sécurisé et personnalisé de la personne atteinte de troubles cognitifs ou maladie mentale	Concevoir une fiche de liaison commune. Communiquer entre structures	Groupes de travail des filières cliniques
Projet Managérial	Accueil et accompagnement des nouveaux professionnels	Formaliser l'accueil et fidéliser les nouveaux professionnels	Rédaction d'un protocole d'accueil. Distribution du rapport d'étonnement	2 cadres de santé HL 1 cadre de santé CH Florac
	Gestion des compétences	Identifier les compétences rares ou difficultés de recrutement. Professionnaliser les services	Communiquer sur les besoins en recrutement sur l'ensemble du territoire. Entretiens annuels. Plan de formation.	1 cadre de santé HL 1 cadre de santé CHFT 1 cadre de santé CH St Chély

■ **Fiche Action n°1 Axe Managérial**

PROJET	AXE MANAGERIAL DU PROJET MEDICO SOIGNANT DE TERRITOIRE	ANNÉE 2017-2020	
Action	Gestion des compétences	Date début	Date fin
Responsables du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stéphane Flavier</li> <li>• Sandrine Michel</li> <li>• Marie-Christine Sabatier</li> </ul>		
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Territoire peu attractif en termes de recrutement paramédical</li> <li>- Absence de cartographie des compétences dans les établissements</li> <li>- Certaines compétences sont confiées à une seule ressource. Perte de cette compétence si départ ou absence de cette personne</li> </ul>		
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaborer une cartographie des compétences soignantes sur le territoire afin d'avoir un état des lieux</li> <li>- Elaborer une politique GPMC en lien avec le bilan social et en partenariat avec les RH des établissements</li> <li>- Identifier les nouveaux besoins en compétences à travers le Projet Médico-Soignant de Territoire</li> <li>- Mettre en adéquation les plans de formation et les besoins de formation en lien avec le PMSP</li> <li>- Anticiper les départs à la retraite</li> </ul>		
Acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DRH ou responsable RH</li> <li>- Direction des Soins, Cadres de santé</li> <li>- Représentants RH et/ou Soignants des établissements</li> </ul>		
Méthodes / Actions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formaliser et harmoniser les outils de GPMC (fiches métiers, fiches de poste, EAP...) dans les établissements du territoire (membres et partenaires)</li> <li>- Identifier les métiers sensibles à recrutement difficile sur le territoire</li> <li>- Identifier les professionnels experts (ETP, hypnose, sophro...)</li> <li>- Mutualiser les formations communes aux établissements</li> <li>- Organiser et formaliser des échanges entre professionnels (AAP, Stages...)</li> <li>- Elaborer un fichier partagé des candidatures sur le territoire (CV thème)</li> </ul>		
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Groupe de travail RH/Directions des Soins et soignants</b></li> </ul>		
Bénéficiaires du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La communauté soignante du territoire</li> <li>- La DRH et Direction des soins des établissements</li> <li>- Les usagers du territoire de santé</li> </ul>		
Échéance	Durée du PMSP		
Résultats	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de formations communes sur le territoire</li> </ul>		
Références	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etude prospective des métiers de la FPH (ministère de la santé et de la solidarité) - INSEE (données démographiques)</li> <li>- Bilan social de chaque établissement du GHT</li> <li>- Manuel de certification des établissements de santé V2010 - Janvier 2014 - HAS - Chapitre 1 : Management de l'établissement, Partie 2 : Management des ressources</li> </ul>		
<b>SUIVI DU PROJET</b>			
Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développer l'émergence de nouveaux métiers (IDE Azalée, Pratique clinique, Pratiques avancées...) correspondants aux besoins du territoire</li> </ul>		

■ **Fiche action n°2 Axe Managérial**

PROJET	AXE MANGERIAL DU PROJET MEDICO SOIGNANT DE TERRITOIRE	ANNÉE 2017-2020	
Action	Accueil des nouveaux professionnels	Date début	Date fin
Responsables du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sandrine Larrière</li> <li>• Vanessa Rouvière</li> <li>• Ludivine Crampon</li> </ul>		
Contexte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Difficultés de recrutement dues à l'isolement géographique</li> <li>- Dichotomie entre l'offre d'emploi et les exigences des professionnels</li> <li>- Axe stratégique du PSP</li> </ul>		
Objectifs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mettre en place une politique de recrutement</li> <li>- Fidéliser les emplois en particulier les emplois sensibles</li> <li>- Favoriser la stabilité des équipes ayant un turn over important</li> <li>- Contribuer au bien être au travail</li> </ul>		
Acteurs	<ul style="list-style-type: none"> <li>- DRH</li> <li>- Direction des soins, les cadres de santé</li> <li>- Représentants RH et/ou Soignants des établissements</li> <li>- RU ?</li> </ul>		
Méthodes / Actions	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rédaction d'un protocole d'accueil</li> <li>- Elaboration d'un « Pack accueil » harmonisé sur le territoire en tenant compte des spécificités de chaque établissement (livret d'accueil, Top 10 des protocoles et procédures, rapport d'étonnement) et des différentes fonctions</li> <li>- Organisation et formalisation d'un temps d'accueil pour les nouveaux professionnels (Temps commun aux ES puis temps individuel ?)</li> <li>- Mettre en place un tutorat dans chaque établissement (formation tutorat, missions...)</li> <li>- Communiquer auprès des étudiants sur les opportunités de recrutement sur le territoire, les attentes et les besoins des établissements (temps d'intervention à l'IFSI, l'ETES...), rédiger un livret d'accueil étudiant avec une base commune sur le territoire</li> </ul>		
Moyens	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Groupe de travail membres CPT, soignants, instituts de formation</li> <li>- Communication sur l'avancée des travaux aux responsables des structures pour validation (RH, Direction Générale)</li> <li>- Présentations des travaux en instances (CSIRMT, CTE, CA, CDU)</li> </ul>		
Bénéficiaires du projet	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tous les professionnels paramédicaux du territoire</li> <li>- Les établissements membres et partenaires du GHT</li> <li>- Les futurs professionnels (élèves, étudiants)</li> </ul>		
Echéance	Durée du PMSP		
Résultats indicateurs /	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nombre de livrets distribués / nombre d'embauches</li> <li>- Bilan social (stabilité dans le recrutement)</li> <li>- Analyse qualitative et quantitative des rapports d'étonnement</li> </ul>		
Références	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bilan social de chaque établissement du GHT</li> <li>- Manuel de certification des établissements de santé V2010 - Janvier 2014 -HAS - Chapitre1 : Management de l'établissement, Partie 2 : Management des ressources</li> </ul>		
<b>SUIVI DU PROJET</b>			
Perspectives	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'actions correctives suite à l'analyse des rapports d'étonnement</li> <li>• Intégrer cette action dans les Projets de Soins de chaque établissement</li> <li>• Réfléchir à la politique de mobilité interne des professionnels au sein du GHT</li> <li>• Rédiger un parcours d'intégration des nouveaux professionnels par catégorie professionnelle</li> </ul>		

### **3.6. Plan d'actions des objectifs définis et priorisés**

Ce plan est à formaliser à partir des fiches synthèses par filière issues des groupes de travail.

Il fera l'objet des amendements proposés par les instances respectives des établissements membres du GHT.

### **3.7. Ensemble des indicateurs d'évaluation du projet**

Le Collège Médical propose de suivre un certains nombres d'indicateurs :

- Indicateurs de procédure :
  - Indicateurs de vitalité de la gouvernance du projet médico-soignant partagé (Nombre de participation aux réunions)
  - Nombre de filières territoriales mises en place
- Indicateurs de résultats par filière
  - ces indicateurs sont à définir par fiches actions
- Indicateurs de résultats globaux
  - Indicateurs de Santé Publique
  - Taux de vacance des postes de praticiens
  - Nombre de recrutements médicaux
  - Nombre de conventions de partenariat signées
  - Taux de notoriété du projet médico-soignant partagé auprès des communautés médicales et soignantes, les acteurs de ville, les partenaires des structures médico-sociales.

## **4. SUITE DE LA DEMARCHE**

Ce projet médico-soignant partagé, après approbation des instances respectives, entrera dans sa phase de déclinaison opérationnelle impliquant aussi bien les acteurs stratégiques que les acteurs opérationnels de terrain.

Le Collège Médical du GHT de Lozère souligne le sens du mot projet, qui permet de se fixer des objectifs à atteindre dans un cadre d'évolution dynamique.

Il a voulu cette rédaction synthétique décrivant les objectifs à atteindre et les moyens jugés pertinents à mettre en œuvre, fournissant ainsi une meilleure lisibilité.

Il s'engage à mettre tout en œuvre pour le rendre vivant, évolutif et partagé.