



Groupement hospitalier de territoire

DU ROUERGUE

Convention constitutive

validée par le comité stratégique de préfiguration le 13 juin 2016

et signée par les directeurs des établissements parties le 30 juin 2016

Sommaire

PARTIE I : PROJET MEDICAL PARTAGE ET PROJET DE SOINS PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	3
Article 1 : PROJET MEDICAL PARTAGE	3
Le département d'information médicale de territoire sera associé à toutes les étapes de l'élaboration du projet médical partagé.	5
Article 2 : PROJET DE SOINS PARTAGE	5
PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	5
Titre 1 : CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	5
Article 3 : composition	5
Article 4 : dénomination	6
Article 5 : objet.....	6
Article 6 : désignation de l'établissement support.....	6
Article 7 : droits et obligations des établissements parties	6
Titre 2 : ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	7
Titre 3 : GOUVERNANCE	7
Article 10 : le comité stratégique	7
Article 11 : Le collège médical.....	8
Article 12 : comité territorial des usagers	8
Article 13 : commission territoriale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques	9
Article 14 : comité territorial des élus locaux.....	10
Article 15 : conférence territoriale de dialogue social.....	11
Titre 4 : Article 16 : fonctions mutualisées.....	11
Titre 5 : Article 18 : procédure de conciliation	14
Titre 6 : Article 19 : communication des informations.....	14
Titre 7 : Article 20 : durée et reconduction – règlement intérieur	14

Annexe 1 : récapitulation des délibérations, avis et concertations des conseils de surveillance, commissions médicales, comité techniques, commissions des soins et directoires des établissements parties.

Annexe 2 : autorisations de fonctionnement, autorisations d'équipements lourds et reconnaissances contractuelles des établissements parties.

RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES – 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 hospitaliers de territoire.

Vu l'arrêté du 13 août 2013 modifié, portant adoption du projet régional de santé, et notamment son schéma régional d'organisation sanitaire

Vu les délibérations, avis et concertations des conseils de surveillance, commissions médicales, comités techniques d'établissement, commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, et directoires récapitulées en annexe 1

Il est convenu la création d'un groupement hospitalier de territoire.

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

Article 1 : PROJET MEDICAL PARTAGE

Le plan et les échéances du projet médical partagé sont définis conformément aux articles R.6132-3- I et II, R.6132-4 du code de la santé publique, ainsi qu'à l'art. 5-I du décret n°2016-524 du 27 avril 2016.

1.1 OBJECTIFS MEDICAUX GENERAUX

Les objectifs généraux du projet médical partagé sont à présenter avec la convention constitutive au plus tard le 30 juin 2016. Ils sont ainsi définis :

- 1) le projet médical partagé permet 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 entre les établissements parties et avec les autres établissements de recours. Cette stratégie montre la meilleure proximité des soins.**
- 2) Le projet médical partagé se définit dans le cadre des autorisations de fonctionnement, des autorisations d'équipements lourds et des reconnaissances contractuelles de chacun des établissements parties (liste en annexe 2). Le projet médical partagé peut proposer des évolutions à ces autorisations et à ces reconnaissances contractuelles**
- 3) Le projet médical partagé positionne les 6 établissements parties en complémentarité graduée et prioritaire : ce qui peut être adressé à l'un des établissements lui est adressé en priorité. Le projet médical par filière de soins déclinera cet objectif pour le 31 décembre 2016.**

- 4) Pour toutes les activités de médecine, de chirurgie et de gynécologie-obstétrique, les établissements parties affirment leur subsidiarité par l'accueil en hospitalisation et par l'ouverture de leur plateau technique aux patients et aux médecins.
- 5) Le projet médical partagé conforte et accentue le virage ambulatoire impulsé par le plan triennal 2015-2017 en incluant des objectifs par filière pour le 31 décembre 2016, et notamment dans les trois grandes disciplines (médecine, chirurgie, gynécologie-obstétrique).
- 6) Le partage des objectifs précédents implique l'harmonisation des conditions de recrutement, de gestion et de formation des personnels médicaux, par l'élaboration d'un guide commun, validé par le GHT et mis en œuvre par les établissements parties pour le 31 décembre 2016. Cette organisation en commun est la référence essentielle de la sécurisation d'équipes médicales communes, de la création de pôles interétablissements, et l'efficience de la formation médicale continue.

Le projet médical partagé a deux objectifs transversaux, complémentaires des projets par filière de soins :

- 7) Création effective d'une unité de soins de suite et de réadaptation avec mention « affections de l'appareil respiratoire » dans l'un des établissements du GHT dans la mesure où le centre hospitalier de Rodez renonce à mettre son autorisation en œuvre.
- 8) Création d'un service territorial d'hospitalisation à domicile orienté vers l'alternative et le raccourcissement de l'hospitalisation complète.

Le projet médical partagé a pour objectif de consolider, d'améliorer et de formaliser la coopération entre le GHT et le centre hospitalier régional et universitaire de TOULOUSE dans le cadre évoqué lors d'une rencontre le 31 mai 2016, autour des 4 axes suivants :

- 1) L'enseignement et la formation médicale initiale : réforme du 3^e cycle des études médicales et nouveau positionnement des terrains de stages à partir de novembre 2017, continuum renforcé entre internat et post-internat, relais de la charte nationale d'accueil des internes de mai 2016.
- 2) La gestion de la démographie médicale : évolution consolidée des postes d'assistants à temps partagé, gestion prospective des effectifs et emplois médicaux.
- 3) Les activités de recours et de référence : association à l'élaboration du projet médical partagé du GHT, enjeu particulier des spécialités médico-techniques.
- 4) La recherche clinique : actions et objectifs du GHT, développement d'équipes mobiles de recherche clinique.

1.2 DEFINITION DES OBJECTIFS ET DE L'ORGANISATION PAR FILIERE

Le projet médical partagé complet est élaboré à partir des objectifs généraux et des filières de prise en charge et de parcours des patients. Il présente en particulier les responsabilités de chaque site pour chaque niveau de prise en charge (actes externes, urgences, hospitalisation de jour, hospitalisation complète, chirurgie et chirurgie ambulatoire, soins de suite et de réadaptation et hospitalisation à domicile).

Les objectifs et l'organisation par filière seront achevés pour le 31 décembre 2016. Chaque filière ou groupe de filières a un chef de projet désigné par le comité stratégique sur proposition du collège médical.

Sur le territoire, les principales filières ou les principaux groupes de filières identifiés dans le cadre de l'élaboration du projet médical sont :

- *Prise en charge des affections cancéreuses et centre de coordination en oncologie*
- *Périnatalité (couple et enfant, incluant gynécologie-obstétrique, pédiatrie et pédopsychiatrie)*
- *Soins d'urgences*
- *Anesthésie, réanimation et soins continus*
- *Filière vasculaire (neurologie – cardiologie – insuffisance rénale – angiologie)*
- *Médecine spécialisée (maladies infectieuses – gastroentérologie – pneumologie – rhumatologie – endocrinologie – médecine polyvalente)*
- *Gériatrie et soins de longue durée*
- *Filière chirurgicale*
- *Les soins de suite et de réadaptation et l'hospitalisation à domicile sont traités avec chaque filière et de manière transversale*
- *L'organisation en commun des activités médico-techniques (Biologie, imagerie médicale et pharmacie) est traitée dans le projet médical partagé et dans les fonctions support.*

1.3 ELABORATION DU PROJET MEDICAL PARTAGE COMPLET

Le projet médical partagé complet sera achevé pour le 30 juin 2017, pour une durée de 5 ans.

Il définira notamment les objectifs et les organisations en matière de qualité et de sécurité des soins.

Le département d'information médicale de territoire sera associé à toutes les étapes de l'élaboration du projet médical partagé.

Article 2 : PROJET DE SOINS PARTAGE

Le projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire est défini en cohérence avec le projet médical partagé dans une stratégie globale de prise en charge, conformément à l'art. R.6132-5 du code de la santé publique.

Elaboré par la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, il est validé par le comité stratégique après avis du collège médical et présentation aux commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de chaque établissement.

Le projet de soins partagé sera initié en fonction de l'avancement du projet médical partagé et achevé au plus tard 3 mois après l'achèvement du projet médical partagé.

PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Titre 1 : CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Article 3 : composition

Les 6 établissements publics de santé suivants, soussignés, sont parties au groupement hospitalier de territoire :

Centre hospitalier de RODEZ, avenue de l'hôpital, 12027 RODEZ

Centre hospitalier de VILLEFRANCHE de ROUERQUE, avenue Caylet BP 299 , 12202 VILLEFRANCHE de ROUERQUE

Centre hospitalier de DECAZEVILLE, 60 avenue Prosper Alfaric, 12300 DECAZEVILLE

Hôpital Intercommunal d'ESPALION – SAINT LAURENT d'OLT, rue Sœur Marie Caton, 12500 ESPALION

Hôpital Intercommunal du Vallon, 12330 SALLES la SOURCE

Hôpital de SAINT GENIEZ-D'OLT, Rue Rivié, 12130 SAINT GENIEZ D'OLT

Un autre établissement public de santé peut adhérer ultérieurement à la signature de la présente convention 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.

Cette nouvelle adhésion est faite par voie d'avenant à la présente convention.

Article 4 : dénomination

La dénomination du groupement hospitalier de territoire est :

« GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DU ROUERQUE »

Article 5 : objet

Le groupement hospitalier de territoire a pour objet la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge partagée et graduée des patients, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Il vise à garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours dans le cadre du projet médical partagé.

Il assure la rationalisation des modes de gestion par la mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

Article 6 : désignation de l'établissement support

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire est le centre hospitalier de RODEZ, avenue de l'hôpital, 12027 RODEZ

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

Article 7 : droits et obligations des établissements 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 et sont, le cas échéant, mis en conformité avec la présente convention dans un délai de 6 mois.

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 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 2 : ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Article 8 :

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 :

- L'UDSMA – titulaire de l'autorisation d'activité « hospitalisation à domicile »

Ces conventions et leurs modifications sont soumises au comité stratégique, après avis du collège médical.

Article 9 :

Le groupement hospitalier de territoire s'associe au centre hospitalier universitaire (CHU) de TOULOUSE qui assure, pour le compte des établissements parties 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 ainsi que l'établissement support du groupement.

La convention d'association est soumise au comité stratégique, après avis du collège médical.

En accord avec le CHU de TOULOUSE, évoqué le 31 mai 2016, la convention d'association sera élaborée et finalisée avec le projet médical partagé.

Titre 3 : GOUVERNANCE

Article 10 : le comité stratégique

Il est institué conformément aux art. L. 6132-2 II et R.6132-10 du code de la santé publique.

Composition

Il comprend :

- les directeurs des établissements parties,
- les présidents des commissions médicales des établissements parties,
- les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques parties,
- Le président du collège médical
- Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire

Chaque directeur peut se faire assister ou suppléer par un **membre de la direction**

Chaque président de commission médicale peut se faire assister ou suppléer par le vice-président ou un autre membre de la commission médicale.

Compétences

Le comité stratégique se prononce sur le projet médical partagé et sur ses modifications, sur avis ou propositions du collège médical. De même, il se prononce sur la mise en œuvre et les autres modifications de la présente convention.

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

Les établissements parties au groupement hospitalier de territoire présentent au comité stratégique, au plus tard quinze jours avant la transmission prévue à l'article R 6145-29 du code de la santé publique, leur état prévisionnel des recettes et des dépenses ainsi que leur plan global de financement pluriannuel.

Fonctionnement

Le comité stratégique est présidé par le directeur de l'établissement support.

Il se réunit au moins 3 fois par an sur convocation de son président ou sur demande motivée du tiers de ses membres.

Le secrétariat est assuré à la diligence du directeur de l'établissement support.

Le comité stratégique adopte son règlement intérieur en tant que besoin.

Article 11 : Le collège médical

Il est mis en place conformément à l'art. R.6132-9-I du code de la santé publique.

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

Composition

Le collège médical comprend 26 membres, dont :

- 13 membres pour le centre hospitalier de RODEZ
- 6 membres médicaux pour le centre hospitalier de VILLEFRANCHE de ROUERQUE
- 3 membres médicaux pour le Centre hospitalier de DECAZEVILLE
- 2 membres médicaux pour l'hôpital intercommunal ESPALION – SAINT LAURENT d'OLT
- 1 membre médical pour l'hôpital de SAINT-GENIEZ-D'OLT
- 1 membre médical pour l'hôpital intercommunal du VALLON

Chaque établissement détermine les règles d'attribution des sièges et de suppléance éventuelle. Sa représentation comprend obligatoirement le président de la commission médicale d'établissement, les chefs de pôle et les chefs de projet du GHT.

La durée du mandat des membres du collège médical est celle du mandat des commissions médicales d'établissement.

Le président du comité stratégique, ou son représentant, directeur ou directeur adjoint, participe au collège médical.

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 élabore le projet médical partagé du groupement et ses modifications.** Il est tenu informé, chaque année, de sa mise en œuvre et du bilan dressé par son président.

Fonctionnement

Le collège médical de groupement se réunit au moins 3 fois par an.

Le collège médical de groupement adopte son règlement intérieur.

Le collège médical élit son président et son vice-président parmi les praticiens titulaires qui en sont membres. La fonction de président n'est pas compatible avec celle de chef de pôle.

Le secrétariat est assuré à la diligence du président du comité stratégique.

Le collège médical émet des avis et des propositions qui sont transmis au comité stratégique et à chacune des commissions médicales d'établissement partie.

La composition, les attributions et le fonctionnement du collège médical feront l'objet d'une évaluation particulière après deux ans de fonctionnement.

Article 12 : comité territorial des usagers

Le comité territorial des usagers est formé conformément à l'art. R.6132-11 du code de la santé publique. Il est présenté à chaque commission des usagers d'établissement pour avis.

Composition

Le comité des usagers est composé :

- d'un représentant des usagers à la commission des usagers ou au conseil de surveillance de chaque établissement partie, avec un suppléant émanant de l'autre instance, désignés à la diligence du chef d'établissement
- Le président du collège médical ou son représentant, membre du collège médical
- Le président de la commission des soins de groupement ou son représentant, président d'une commission des soins d'établissement
- Le président du comité stratégique ou son représentant, directeur ou directeur adjoint.

Attributions

Le comité des usagers est informé des rapports annuels des commissions des usagers de chaque établissement partie.

Il est également informé du projet médical partagé et de ses évolutions.

Il est informé de la politique qualité et gestion des risques du groupement hospitalier de territoire.

Fonctionnement

Le président du comité stratégique, ou son représentant, préside le comité territorial des usagers.

Le comité des usagers élabore son règlement intérieur.

Les avis ou recommandations formulés par le comité des usagers sont transmis au comité stratégique du groupement et à chacune des commissions des usagers des établissements parties.

Article 13 : commission territoriale des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

La commission territoriale des soins est instituée conformément à l'art. R 6132-12 du code de la santé publique.

Composition

- 1 représentant des médecins du collège médical de territoire
- Les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de chaque établissement
- Centre hospitalier de Rodez :
 - 1 infirmier(e)
 - 1 auxiliaire de puériculture ou aide-soignant(e)
 - 1 cadre de santé (médico-technique)
 - 1 préparateur en pharmacie
- Centre hospitalier de Villefranche de Rouergue
 - 1 infirmier(e)
 - 1 aide-soignant(e)
 - 1 médico-technique (radio)
 - 1 cadre de santé (infirmier)
- Centre hospitalier de Decazeville
 - 1 infirmier(e)
 - 1 aide-soignant(e)
 - 1 médico-technique (labo)
 - 1 cadre de santé (IDE)
- Hôpital d'Espalion
 - 1 infirmier(e)
 - 1 kinésithérapeute
- Hôpital de Saint Geniez d'Olt
 - 1 infirmier(e)
 - 1 diététicienne
- Hôpital du Vallon
 - 1 ergothérapeute

1 cadre de santé

Les désignations nominatives sont effectuées par chaque chef d'établissement sur proposition du directeur des soins de l'établissement. Il en va de même pour d'éventuels suppléants.

Attributions

Un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré.

Les équipes soignantes concernées par chaque filière qui y est mentionnée participent à sa rédaction.

La commission territoriale des soins infirmiers veille à :

- L'harmonisation de certaines procédures et pratiques enfin d'assurer la qualité et la sécurité des soins dans le cadre du GHT.
- Le maintien et le développement des compétences professionnelles en lien avec des réorganisations possibles de l'offre de soins.
- L'application de la politique d'amélioration et la qualité des soins
- Définition des axes de formation en lien avec le projet médical du GHT.

Fonctionnement

Le président de la commission des soins est désigné par le directeur de l'établissement support parmi les présidents des commissions des soins des établissements.

Elle est convoquée par son président et la convocation est de droit à la demande du président du comité stratégique, ou d'un tiers au moins des membres de la commission.

La commission se réunit au moins 3 fois par an et se dote d'un règlement intérieur et d'un bureau. Les directeurs de soins des différents hôpitaux sont automatiquement membres de droit du bureau. Elle est convoquée par son président et la convocation est de droit à la demande du président du comité stratégique, d'un tiers au moins des membres de la commission.

L'ordre du jour est fixé par le président de la commission.

Chaque séance de la commission fait l'objet d'un compte rendu adressé au président du comité stratégique et aux membres de la commission dans un délai de 15 jours.

Le président de la commission rend compte, chaque année, de l'activité de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques dans un rapport adressé au comité stratégique.

La durée du mandat des membres élus de la commission est égal à la durée du mandat des commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des hôpitaux concernés (le mandat est renouvelable).

Article 14 : comité territorial des élus locaux

Le comité territorial des élus locaux est institué conformément à l'art. R.6132-13 du code de la santé publique.

Composition

Le comité territorial des élus locaux est composé :

- des maires des communes sièges des établissements parties au groupement : RODEZ, VILLEFRANCHE-DE-ROUERGUE, DECAZEVILLE, SALLES-LA-SOURCE, ESPALION et SAINT GENIEZ D'OLT, ou de leur représentant.
- du président du comité stratégique, ou de son représentant
- des directeurs des établissements parties au groupement ou de leur représentant
- du président du collège médical ou de son représentant

Fonctionnement

Le comité territorial des élus locaux élit son président parmi ses membres, pour la durée du mandat municipal. .

Le comité territorial des élus locaux se réunit au moins 2 fois par an.

Il 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 la moitié de ses membres.

Il peut émettre des propositions et est informé des suites qui leur sont données.

Compétences

Il est chargé d'évaluer et de contrôler les actions mises en œuvre par le groupement pour garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité sur l'ensemble du territoire du groupement. A cette fin, il se voit communiquer le projet médical partagé

Article 15 : conférence territoriale de dialogue social

La conférence territoriale de dialogue social est instituée conformément à l'art. R.6132-14 du code de la santé publique.

Composition

La composition de la conférence territoriale est fixée à raison d'un membre au titre de chaque organisation syndicale présente dans chaque établissement partie, soit au total :

- FO : 4 membres
- CGT : 5 membres
- CFDT : 3 membres

La conférence territoriale de dialogue social comprend également les secrétaires départementaux de chaque organisation syndicale ou leurs représentants.

Cette composition sera actualisée à l'issue de chaque scrutin au comité technique des établissements parties.

Chaque organisation syndicale désigne ses représentants, qui doivent appartenir à chacun des établissements où elle est représentée en comité technique d'établissement. Chaque désignation de représentant peut être complétée d'une désignation de suppléant.

Participent également à la conférence territoriale de dialogue social :

- Le président du comité stratégique, président de la conférence de dialogue social, ou son représentant, directeur ou directeur adjoint
- Les directeurs d'établissements parties ou leurs représentants, directeurs adjoints
- Le président du collège médical ou son représentant, membre du collège médical
- Le président de la commission territoriale des soins ou son représentant, directeur des soins

Attributions

La conférence territoriale de dialogue social est informée :

- des projets de mutualisation
- de la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
- des conditions de travail et la politique de formation

Fonctionnement

Le président du comité stratégique préside la conférence de dialogue social.

Il la convoque à son initiative ou sur demande motivée de plus de la moitié des membres

La conférence de dialogue social élabore son règlement intérieur.

Elle peut émettre des avis, des propositions ou des observations à la majorité des voix des représentants du personnel membres de la conférence.

Titre 4 : Article 16 : fonctions mutualisées

16.1 – Système d'information hospitalier

Le directeur de l'établissement support élabore un schéma directeur du système d'information de territoire assurant la convergence des applications informatiques et devant aboutir à un identifiant de patient commun. Ce schéma directeur est conforme aux objectifs du projet médical partagé et il intègre une politique de sécurité du système d'information.

Le schéma directeur et sa mise en œuvre sont présentés au collège médical et à la commission des soins pour avis, et au comité stratégique pour validation.

Ce schéma directeur est validé au plus tard le 1^{er} janvier 2018 avec une convergence organisée pour le 1^{er} janvier 2021.

La réalisation de ces objectifs nécessite une direction des systèmes d'information commune et une équipe commune aux compétences partagées.

Le directeur de l'établissement support désigne le directeur des systèmes d'information du GHT avec l'avis du comité stratégique. Ce directeur des systèmes d'information élabore le schéma directeur des systèmes d'information du territoire et le met en œuvre. Il préside et anime le comité de pilotage du système d'information de territoire :

1) Composition

- le directeur du système d'information de territoire
- les ingénieurs ou responsables informatiques des établissements membres
- les directeurs des établissements membres ou leurs représentants
- le responsable du département d'information médicale de territoire
- le président du collège médical ou son représentant
- un référent médical du système d'information proposé par le collège médical
- un pharmacien proposé par le collège médical
- le président de la commission des soins du territoire ou son représentant

D'autres intervenants peuvent participer aux réunions du comité pilotage selon l'ordre du jour.

2) Fonctionnement

Le comité de pilotage se réunit au moins deux fois par an. Son ordre du jour est fixé par le directeur du système d'information de territoire. Un relevé de conclusions est adressé aux établissements membres du groupement et au comité stratégique du groupement.

3) Compétence

Le comité de pilotage du système d'information de territoire organise l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du schéma directeur du système d'information convergent, incluant une politique du système d'information, et tous les enjeux de sécurité.

16.2 – Fonction achat

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire assure pour le compte des établissements parties la fonction achat. Avec l'appui du comité des achats de territoire, il élabore un plan d'action des achats pluriannuel déclinant les objectifs de gains en termes d'achat et les axes de renforcement de l'efficacité de la fonction achat. Ce plan d'action et sa mise en œuvre sont concertés avec le comité stratégique.

A ce titre, le plan d'action achats organise la politique et la stratégie d'achat de l'ensemble des domaines d'achat en exploitation et en investissement. Il organise la planification et la passation des marchés. Il organise aussi le contrôle de gestion des achats. Il organise les activités d'approvisionnement, à l'exception des produits pharmaceutiques.

A cette fin, il est institué un comité territorial des achats.

1) Composition

Le comité des achats est composé des responsables des achats des établissements membres du groupement hospitalier de territoire, du président de la commission des soins du territoire ou de son représentant, et du président du collège médical ou de son représentant. Le président du comité stratégique en désigne le coordonnateur avec l'avis du comité stratégique.

2) Fonctionnement

Le comité des achats de territoire se réunit au moins deux fois par an. Son ordre du jour est fixé par le coordonnateur. Le compte-rendu des séances est adressé aux membres du groupement et au comité stratégique du groupement.

3) Compétence

Le comité des achats définit une politique des achats commune aux établissements membres du groupement, s'assure de sa mise en œuvre et l'évalue. A ce titre, il assure le suivi du plan d'action des achats du territoire.

16.3 – Formations paramédicales

Il n'existe qu'un seul institut de formations paramédicales au sein du groupement. La coordination des formations entre elles et avec les établissements parties est assurée par sa directrice. Elle en rend compte au président du comité stratégique.

16.4 – Coordination des plans de formation continue et développement professionnel continu

La coordination des plans de formation continue et de développement professionnel continu résultera essentiellement du projet médical et du projet de soins partagés, et à partir d'actions déjà mutualisées avec établissement pilote désigné.

Les principaux champs de mutualisation déjà identifiés sont les suivants :

- centre d'enseignement des soins d'urgence (CESU)
- chambre implantable, plaies et cicatrisation, santé au travail (manutention) sensibilisation au toucher (bienveillance), codage PMSI, adaptation des lieux de vie, tuteurs de stage.

16.5 – Organisation en commun d'activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle et de pharmacie

L'organisation en commun de ces activités sera déclinée avec l'avancement du projet médical partagé, et notamment avec les objectifs et les organisations par filière de soins, mais aussi dans le cadre du schéma directeur territorial du système d'information.

16.6 – organisation en commun d'activités cliniques

L'organisation en commun d'activités cliniques sera déclinée avec l'avancement du projet médical partagé, et notamment avec les objectifs et les organisations par filière de soins.

16.7 – Médecine du travail

Les établissements du GHT mutualiseront leurs services ou prestations de santé au travail selon un plan à établir et à valider pour le 30 juin 2017.

16.8 – Mise en œuvre du compte qualité unique et de la certification unique

Conformément aux orientations du projet médical partagé et du projet de soins de territoire, le groupement hospitalier de territoire met en œuvre une politique qualité, sécurité des soins et gestion des risques assurant la convergence des politiques qualité et gestion des risques des établissements membres et devant aboutir à une certification conjointe et un compte qualité unique du groupement hospitalier de territoire au 1^{er} janvier 2020.

La coordination appropriée entre les établissements parties sera mise en œuvre par un comité de pilotage dont la composition et le fonctionnement seront fixés par le comité stratégique. Le ou les responsables de cette coordination et de ce comité seront désignés par le président du comité stratégique, conjointement avec le président du collège médical.

La stratégie de convergence sera définie avec l'achèvement du projet médical partagé, au plus tard le 30 juin 2017.

16.9 – représentation et organisation des fonctions mutualisées

Le directeur de l'établissement support, président du comité stratégique, assure la représentation du groupement pour les compétences mutualisées.

Le directeur de l'établissement support, pour la réalisation des activités et fonctions mutualisées, s'appuie sur les équipes et moyens de l'ensemble des établissements parties au groupement. Il convient des délégations appropriées avec les directeurs des établissements parties, de leurs modalités et de leurs conditions d'évaluation. Le comité stratégique en est informé.

Lorsque les fonctions mutualisées modifieront de manière substantielle les conditions de travail des personnels, les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail des établissements concernés seront consultés préalablement à la mise en œuvre.

Article 17 : département d'information médicale de territoire

Il est institué un département territorial d'information médicale, conformément à l'art. R.6113-11 du code de la santé publique.

Les équipes et moyens de chaque établissement partie sont placées sous l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du département territorial d'information médicale,

désigné par le directeur de l'établissement support sur proposition de président du collège médical.

Les conventions et délégations appropriées à la mise en œuvre du DIM de territoire seront convenues et signées par les directeurs des établissements parties. Le comité stratégique en est informé.

Titre 5 : Article 18 : procédure de conciliation

En cas de litige ou de différend survenant entre les parties au groupement, ou entre un établissement partie et le GHT, à raison de la présente convention ou de son application, les parties en litige s'engagent expressément à soumettre leur différend à autant de conciliateurs qu'elles auront désignés.

Une solution amiable devra être proposée dans un délai maximum de 3 mois à compter de la date à laquelle la désignation du premier conciliateur est notifiée par l'une des parties en litige aux autres.

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

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

Titre 6 : Article 19 : communication des informations

La présente convention et tout avenant ultérieur seront publiés à la diligence de l'agence régionale de santé. Ils seront communiqués aux conseils de surveillance des établissements parties à la diligence de chaque chef d'établissement signataire.

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 les conventions de coopération, les informations budgétaires et comptables, ainsi que les effectifs rémunérés médicaux et non-médicaux.

Titre 7 : Article 20 : durée et reconduction – règlement intérieur

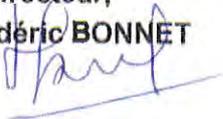
La présente convention est conclue pour une durée de 10 ans et est renouvelée par tacite reconduction, à défaut d'une dénonciation par une ou plusieurs parties avec un préavis d'un an.

Elle peut être complétée ou modifiée par voie d'avenant établi dans les mêmes conditions.

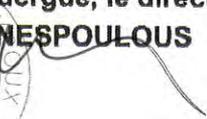
La présente convention peut être précisée par un règlement intérieur. Tout projet de règlement intérieur est présenté a minima au comité stratégique et au directoire de chaque établissement partie, avant d'être validé par la signature de chaque directeur d'établissement partie.

Fait à Rodez, le 30 juin 2016.

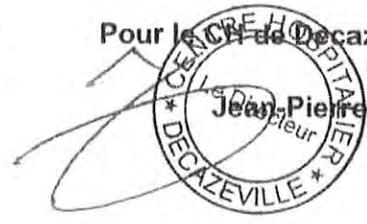
Pour le CH de Rodez,
le directeur,
Frédéric BONNET



Pour le CH de Villefranche
de Rouergue, le directeur,
Alain NESPOULOUS



Pour le CH de Decazeville, le
directeur,
Jean-Pierre PAVONE



Pour l'hôpital Espalion-Saint
Laurent d'Olt, le directeur,
Frédéric BONNET



Pour l'hôpital de Saint-
Geniez d'Olt, le directeur,
Frédéric BONNET



Pour l'hôpital intercommunal du
vallon, le directeur,
Frédéric BONNET





ANNEXE 4

Groupement hospitalier de territoire

DU ROUERGUE

Projet médical partagé

Objectifs et organisations par filière

(article 1-2 de la convention constitutive du GHT du Rouergue)

Validé définitivement par le comité stratégique du 27 janvier 2017

Signé le 10 mars 2017

Pour le CH de Rodez,
le directeur,
Frédéric BONNET

Pour le CH de Villefranche de
Rouergue, le directeur,
pour le directeur, la directrice
adjointe, Brigitte PINNA

Pour le CH de Decazeville,
le directeur,
Jean-Pierre PAVONE

Pour l'hôpital Espalion-Saint Laurent
d'Olt, le directeur,
Frédéric BONNET

Pour l'hôpital de Saint-Geniez d'Olt,
le directeur,
Frédéric BONNET

Pour l'hôpital intercommunal du vallon,
le directeur,
Frédéric BONNET

Axe 1 : Prise en charge des affections cancéreuse et coordination en cancérologie

ORIENTATION STRATEGIQUE : OFFRIR UNE OFFRE DE SOINS EN
CANCEROLOGIE DE PROXIMITE DANS LE RESPECT DES
RECOMMANDATIONS

Orientation
Fiche 1
Version 1

<p>OBJECTIFS</p>	<ul style="list-style-type: none"> Assurer la coordination médicale de la cancérologie au sein du GHT Offrir à la population du territoire une prise en charge optimisée de proximité Un pôle commun de cancérologie de territoire à terme. 	
<p>ETAT DES LIEUX:</p>	<p><u>AUTORISATIONS</u></p> <ol style="list-style-type: none"> CH de Rodez : Digestive, Sénologie, Urologie, Gynécologie, Chimiothérapie, Radiothérapie, Soins palliatifs, Douleurs chroniques CH de Villefranche de Rouergue : Digestive, Sénologie, Gynécologie, ORL, Chimiothérapie, Soins palliatifs CH de Decazeville : Absence d'autorisation CH d'Espalion et du Vallon : soins palliatifs Partenaires associés au 3C territorial Nord Midi Pyrénées : CH de Figeac : Digestive, ORL Clinique de Fontredonde : Chimiothérapie, Soins palliatifs 	
<p>PROJET OPERATIONNEL:</p>	<ol style="list-style-type: none"> Un 3C territorial au cœur du projet : pivot de l'organisation du parcours du patient atteint du cancer Des parcours patients, incluant l'aval, atteint de cancers formalisés et évalués Des équipes territoriales médicales et chirurgicales s'appuyant sur les parcours patients Une démarche qualité et de gestion des risques autour du 3C Des protocoles de coopération avec les partenaires extérieurs : coordination avec les réseaux régionaux et locaux et la médecine de ville. Une gestion et une organisation de l'après cancer et des soins de supports sur le territoire : notion de soins de suite d'oncologie en partenariat avec les établissements avoisinants et le réseau de soins palliatifs (plateforme Palliance 12), réseau ville-hôpital 	
<p>METHODE</p>	<p>ACTIONS</p>	<p>CALENDRIER</p>
<p>3C</p>	<p>Etablir un programme 3C territorial pluriannuel et le programme d'amélioration de la qualité issu des évaluations</p> <p>Disposer d'un logiciel de chimiothérapie commun</p> <p>Organiser les équipes territoriales, gynécologie, sénologie, urologie, digestive, ORL : et mettre en place une attractivité des équipes</p>	<p>- 2016 - 2018</p> <p>- 2017</p> <p>- 2017</p>

	Réaliser les analyses des risques par parcours patients (9) : chimiothérapie, gynécologie, urologie, sénologie, digestive, ORL, radiothérapie, oncogériatrie, soins palliatifs	- 2018
	Mettre en place et utiliser le DCC	- 2018
	1ETP secrétariat dédié au 3C et d'un ARC	- 2017
	Organigramme fonctionnel d'organisation : bureau du 3C territorial	- 2016
	Formaliser les procédures communes de prise en charge et coopération avec les réseaux locaux, régionaux, médecine de ville à partir de l'analyse des risques	- 2018
	Formaliser les procédures communes d'évaluation : gestion des risques à priori sur les parcours patients, RMM, RCP à partir de l'analyse des risques	- 2018
	Indicateurs de résultats et de processus commun : tableau de bord d'activité et de performance : RCP, consultation d'annonce, PPS, patient traceur	- 2017

OFFRE DE SOINS		ORGANISATION
Gradation des soins	A partir d'une cartographie définissant par autorisations la gradation des soins	Cartographies 3C
Place du premier recours	Consultations avancées Dépistage et prévention	A partir de la cartographies et détermination d'une charte du parcours de PEC du patient
Fonctions médicotéchniques	Pharmacie : 3 unités centralisées de chimiothérapies conformes : notion de subsidiarité Plateau technique spécifique : Médecine nucléaire CH Rodez	Plages dédié au dépistage et diagnostic du cancer par Ets
Gestion de l'aval et alternatives à l'hospitalisation complète	Hôpitaux de proximité HAD Retour à domicile et liens avec les associations et réseau ville hôpital	Rôle majeur d'une/plusieurs IDE coordonnatrice – Procédures
Sécurité des pratiques	Tableau de bord d'activité avancement des travaux conforme au schéma défini et au calendrier établi Recommandations Inca Charte du 3C territorial Nord Midi Pyrénées	Rapport d'activité 3C
Innovation en santé	ARC	Appel à projet Oncomip
Accompagnement du handicap et de la dépendance	Pas de lien	-

Axe 2 : Périnatalité (gynécologie- obstétrique – pédiatrie – néonatalogie – pédopsychiatrie)

ORIENTATION Gynécologie-Obstétrique-Cancérologie-Pédiatrie		Orientation Fiche Version 11
OBJECTIFS	<p>Coordonner et mettre en œuvre la prévention, le diagnostic et la prise en charge des pathologies gynécologiques et cancéreuses. Assurer le suivi des grossesses et de leurs pathologies. Réaliser les échographies de diagnostic et de dépistage des anomalies fœtales et anticiper les maladies néo-natales. Participer à la préparation de la naissance Pratiquer les accouchements et surveiller les suites de couches. Limiter la séparation mère-enfant en privilégiant les transferts in-utero. Participer au bon fonctionnement de l'hospitalisation à domicile (HAD) Réaliser la rééducation périnéale post-natale. Cette pratique doit s'inscrire dans le cadre de la convention signée en Février 2015 portant création de la Fédération des Maternités Nord Midi Pyrénées.</p>	
ETAT DES LIEUX:	<p>Les acteurs de cette Fédération sont regroupés au sein de 4 structures :</p> <p>-CH de Rodez maternité de niveau 2B : Equipe Gynéco-obstétricale de 4... praticiens pour 6 etp Gynécologie médicale de 1... praticiens Assistant 1 praticien à 0.5 etp Equipe de Pédiatrie de ...5. Praticiens pour 6.5 etp Equipe de Sages-Femmes de 22 agents dont 2 pour l'HAD, 1 pour les consultations, 1 pour l'orthogénie, 12 pour le secteur naissance et 6 pour les suites de couches Equipe de Puériculture de ...24. Agents AP/AS dont 12 pour le secteur naissance, 12 pour l'hospitalisation et 1 pour la consultation. Cadre supérieur 1 Cadre sage-femme 1 Cadre puériculture 1 Secrétariat 4 etp.</p> <p>-CH de Villefranche de Rouergue maternité de niveau 1 : Equipe Gynéco-obstétricale de 3 praticiens pour 3 etp Gynécologie médicale de 1 praticien 1 etp Equipe de Pédiatrie de 2 praticiens pour 2 etp Equipe de Sages-Femmes de 15 agents dont 2 pour l'HAD et 2 pour les consultations. Equipe de AS/AP de 13 agents Cadre sage-femme 1 Secrétariat 3 etp</p> <p>-CH de Decazeville maternité de niveau 1 : Equipe de Gynéco-obstétrique de 2 praticiens pour 1.5 etp Pédiatre délégué par le CH de Rodez pour des consultations. Equipe de Sages-Femmes de ...7..agents Equipe AS/AP de 7....agents Cadre sage-femme 1 Secrétariat 1 etp.</p> <p>-Centre Périnatal de Proximité de Figeac : Praticien hospitalier 1 Sages-femmes 2 Secrétariat 1 etp.</p>	

PROJET OPERATIONNEL:

- Optimiser l'ensemble des actions de prévention, de diagnostic et de traitement par la mise en commun et la réactualisation des protocoles.
- Intensifier les échanges entre les différentes équipes au sein de la Fédération et donc du GHT.
- Créer une équipe territoriale de gynécologie-obstétrique-pédiatrie pour répondre aux besoins de chaque établissement : consultations avancées, échanges de praticiens pour des besoins ponctuels, dépannages de gardes et astreintes, réalisation de RMM et de staffs communs, du bon usage des médicaments...
- Elargir l'offre de soins.
- intégration de la prise en charge des complications obstétricales et pédiatriques dans le cadre de la filière : niveau 2 et 3
- Participer au transport néo-natal en collaboration avec le SMUR de Rodez (projet détaillé dans le PMP de la filière urgences)
- Organiser une formation commune aux 4 structures.
- Mettre en place un dossier médical informatisé commun pour une meilleure collaboration.

METHODE	ACTIONS	CALENDRIER
	Lister l'ensemble des acteurs impliqués dans le fonctionnement des différentes structures	1° trimestre 2017
	Inventaire de l'ensemble des protocoles afin d'uniformiser les pratiques. Protocoles élaborés avec la cellule qualité	1° semestre 2017
	Assurer une formation médicale continue de qualité en synergie avec le réseau Maternip	2017
	Choix d'un logiciel pour créer un dossier médical consultable à distance en fonction des choix du schéma directeur du GHT.	2017/2018
	Harmonisation des pratiques chirurgicales en gynécologie et en cancérologie	2017
	Collaboration avec les oncologues, protocoles d'action.	2017
	Réflexion sur la relation ville/hôpital	2017/2018
	Nous sommes en attente d'une décision de l'Agence Régionale de Santé concernant la situation de la maternité de Decazeville actuellement sous le coup d'une suspension d'activité. En cas de fermeture définitive nous proposons la création d'un centre périnatal de proximité et d'une unité de parentalité pour la prise en charge de la précarité.	2° semestre 2017
	Extension de la convention HAD obstétrique existante sur le secteur de DCZ.	2° semestre 2017
	Participation à une unité de chirurgie ambulatoire à DCZ si le projet voit le jour.	2018

Axe 3 : Filière vasculaire (neurologie – cardiologie – insuffisance rénale – angiologie)

ORIENTATION STRATEGIQUE : NEUROLOGIE

OBJECTIFS	Assurer une prise en charge RAPIDE vers le centre d'USIN pour tous les patients du GHT présentant un AVC
ETAT DES LIEUX:	<ul style="list-style-type: none"> - Service de Neurologie de Rodez : - Service Médecine Villefranche de Rouergue : - Service Médecine Decazeville :
PROJET OPERATIONNEL:	<ul style="list-style-type: none"> -Que tous les patients du secteur du GHT aient une chance de pouvoir être admis à l'USIN -Que le retour des patients vers leur secteur d'origine après la phase aiguë soit respecté

METHODE	ACTIONS	CALENDRIER
	Formation des neurologues auprès des urgentistes	Février 2017
	Protocole commun en lien avec la filière « urgence »	Mars 2017
	Possibilité de transmettre les images aux neurologues du CH de Rodez	Mars 2017
	Lien avec les SSR	Mai 2017

OBJECTIFS	Assurer une prise en charge optimale pour les patients nécessitant une USIC et une prise en charge de rythmologie interventionnelle.
ETAT DES LIEUX:	<ul style="list-style-type: none"> - Service de Cardiologie de Rodez : HC, HS, USIC - Service Médecine Villefranche de Rouergue : 3 cardiologues - Service Médecine Decazeville : 1med interniste qui a une orientation cardiologique <p>Ouverture d'un SSR cardiologique à Ceignac 20 hc et 5 hj</p>
PROJET OPERATIONNEL:	<ul style="list-style-type: none"> -Que tous les patients du secteur du GHT soient pris en charge le plus rapidement possible à l'USIC de Rodez -Que le retour des patients vers leur secteur d'origine après la phase aiguë soit respecté

METHODE	ACTIONS	CALENDRIER
	Réunion des cardiologues de tout le GHT	Fevrier 2017
	Protocole commun en lien avec la filière « urgence »	Mars 2017
	Evaluation	Juin 2017
	Suivi des seuils de rythmo (quotas)	

Axe 4 : Médecine spécialisée (maladies infectieuses – gastroentérologie – pneumologie – rhumatologie – endocrinologie – médecine polyvalente) et plaies et cicatrisation

ORIENTATION STRATEGIQUE : PNEUMOLOGIE

Orientation 1
Fiche1
Version 1

OBJECTIFS

Coordonnée l'offre de soins en Pneumologie sur la GHT
Création d'un SSR respiratoire au sein de la GHT

ETAT DES LIEUX:

Rodez :
Un service de Pneumologie avec 4 postes de PH temps plein (mais seulement 2 pourvus pour le moment compensé par remplaçants) + 1 attaché.
Unité de 12 lits d'HC (14 lits quand effectif médical complet) + 3 lits d'HN
1 astreinte de sécurité spécifique
Consultation : 11 demi-journées par semaine, délais 4 mois
Consultation tabaco
3 Pneumo libéraux installés en face de l'hôpital, mais 1 seul attaché au CH-Rodez
Plateau technique : Fibro, EFR, VO2max, polygraphie et poly-somnographie
Etablissement avec un service de réanimation polyvalente de réanimation et des lits de surveillance continue (8 lits/3lits autorisés)

Villefranche :
Une équipe 3 de PH temps plein (mais seulement 2 pourvus pour le moment)
Une aile d'hospitalisation de 17 lits d'HC partagé avec les cardiologues.
1 astreinte de sécurité commune de médecine polyvalente
Consultation : 9 demi- journées par semaine, délais 4 mois
Consultation Pneumo-pédiatrique
Consultation tabaco
IDE éducation thérapeutique
Plateau technique : fibro, EFR, polygraphie et poly-somnographie
Etablissement avec une unité de surveillance continue (6 lits autorisés)

Decazeville
1 Pneumologue temps plein dans le service de Médecine Polyvalent
1 astreinte de sécurité commune au service de Médecine Polyvalent
Consultation : 2 demi- journées par semaine, délai 1 mois
Plateau technique : Fibro, EFR, polygraphie, possibilité de polysomnographie
Etablissement avec une unité de surveillance continue (6 lits autorisés)

PROJET OPERATIONNEL:

- Définir la filière de soin des patients porteur d'une pathologie pulmonaire au sein des différents établissements du GHT en fonction des plateaux techniques et de l'environnement médical et les mécanismes de recourt entre les équipes médicales des 6 établissements du GHT en fonction des besoins du patients et du plateau technique et de l'indication à une prise en charge réanimatoire.
- Mis en place entre les secrétariat des 3 service d'un réseau de réorientation des demandes de rendez-vous ou de suivi de patient vers le pneumologue public le plus proche avec le délais de rdv le plus court.
- Mutualisation de l'appareil de VO2max du CH-Rodez avec possibilité d'ouvrir des vacances pour les pneumologues de Villefranche ou de Decazeville pour réaliser les VO2max de leurs patients sur le CH-Rodez
- Création d'un SSR « réhabilitation respiratoire » au sein d'un des établissements du GHT, suite à l'abandon par le CH-Rodez de son autorisation.

Projet du CH de Decazeville

Ce projet doit s'inscrire dans un projet médical du CH de Decazeville pour être priorisé sur ce site par le GHT.

- Locaux : 1 aile SSR1 libre (possiblement nécessité de travaux) avec salle de réunion et une balnéothérapie + jardin de déambulation
- Plateau technique : celui du service de Pneumo, VO2max réalisé sur le CH-Rodez
- Equipe para-médicale dont kiné : à définir
- Equipe médicale : le Pneumologue du CH de Decazeville avec le renforcement de l'équipe médicale du CH-Rodez et possiblement CH de Villefranche (sous réserve d'une équipe médicale complète)

METHODE

ACTIONS

CALENDRIER

Définition filière de soins

Réseau de prise de rdv

Mutualisation VO2max

SSR

- 2017

- 2017

- 2017

- 2018

OBJECTIFS

Coordonner l'offre de soins au sein de la GHT dans les domaines de l'hépatogastro-entérologie sur les 3 hôpitaux généraux

ETAT DES LIEUX:

CH-Rodez

Equipe médicale composée de 3 PH temps plein : Dr BRUNA, Dr CASTANIER, Dr YLMAZ et 2 médecins GCS (Dr BOUSQUET, Dr DELONCA),
Unité d'hospitalisation de 18 lits + lits d'HJ.

Astreinte de sécurité spécifique

Plateau technique :

Manométrie

Endoscopie : 5 Gastrosopes, 1 Naso-gastroscope, 10 Coloscopes, 2 Duodénoscopes, 1 Echo-endoscope linéaire

Vidéocapsule

Fibroscanner

CH-Villefranche

Equipe médicale de 3 temps pleins : Dr TAOUBI, Dr GUERIN, Dr ANDANT
Unité d'hospitalisation de 31. Lits médecine polyvalente+d'Hj

Astreinte de sécurité spécifique

Plateau technique :

1 ph mètre+1 manométrie ano-rectale et oesophagienne.

5 Gastrosopes+1 naso-gastroscope+7 coloscopes +2 duodéno-
endoscope radiale

Fibroscanner

CH-Decazeville

Equipe médicale : un PH mi-temps (Dr BOUSQUET)

Plateau technique : ?

PROJET OPERATIONNEL:

Développer les collaborations et les optimisations d'utilisations des compétences et des plateaux techniques des 3 établissements en ciblant certains points validés par tous les Gastro-entérologues du GHT.

- Renforcement de l'activité de PH-métrie sur le CH de Villefranche (Dr TAOUBI), avec envoi des patients des 3 établissements pouvant bénéficier de cet examen vers le CH de Villefranche.
- Développement de la Vidéocapsule sur le CH de Rodez avec envoi des patients des 3 établissements pouvant bénéficier de cet examen vers le CH de Rodez.
- Mise en œuvre une collaboration plus étroite sur les indications de CPRE entre les hôpitaux de Villefranche et de Rodez pour éviter des transferts vers d'autres établissements (extérieures au GHT) en cas d'absence d'opérateur dans un des 2 établissements
- Mise en œuvre une collaboration plus étroite sur les indications de prothèses entre les hôpitaux de Villefranche et de Rodez pour éviter des transferts vers d'autres établissements (extérieures au GHT) en cas d'absence d'opérateur dans un des 2 établissements
- Faciliter l'accès à la radiologie interventionnelle de Rodez des patients des gastro-entérologues de Villefranche.
- Optimisation de l'utilisation des écho-endoscopes radiaux et linéaires avec possibilité pour les Gastroentérologue de Rodez de réaliser les Echo-endoscopie Radial de leurs patients sur le CH de Villefranche et possibilité pour les Gastro-entérologues de Villefranche de réaliser des Echo-endoscopie linéaire de leurs patients sur le CH de Rodez (dans le cadre d'une convention entre les 2 établissements et par le biais de mission d'intérêt général pour les PH des 2 établissements)

Délais 2017

OBJECTIFS

Coordonner et mettre œuvre la prévention, le diagnostic des complications et la prise en charge des pathologies endocrinologiques et notamment du diabète au sein de chaque hôpitaux généraux de la CHT avec la mise en place d'une équipe territoriale d'Endocrinologie animé par le Service de l'hôpital Villefranche de Rouergue pour répondre aux besoins de chaque établissement

ETAT DES LIEUX:

CH-Villefranche de Rouergue :

Un service de Diabétologie -Endocrinologie

Equipe médicale : 4 PH temps plein Dr LANGLOIS M

Dr LE POMMELET C

DR DALMON-VABRE V

Dr BAUDET-DEBILLY ML

Type d'hospitalisation : HJ et de semaine, 15 lits.

Autorisations : ETP diabète type 1 et 2, pompe (quadriennale 2015)

ETP nutrition JEANS et BASKET (enfants), en attente autorisation pour les adultes
Site implanteur de pompes

Type d'activités : hospitalisation traditionnelle, consultations externes, suivi des plaies pieds diabétiques(en 2015 : 216 consultations), pose de capteur glycémique (78 en 2015).

ETP fait en groupe mais aussi en individuelle quand patient hospitalisé.

Prise en charge des diabètes gestationnels.

Stage d'ETP : 1 à 2 par mois.

Hospitalisation pour prise en charge nutritionnelle pour les obèses et préparation chirurgie bariatrique.

Equipe formée en ETP : 3 Médecins et une IDE ont le DU ETP

CH-Rodez :

Une Equipe Mobile de Diabétologie - Endocrinologie

Equipe médicale : 1 PH 0,6 ETP (Dr JC GILBERT), un Médecin vacataire (0,4 ETP, Dr H. SUDRES-IZARD),

une IDE temps plein (avec DU d'éducation thérapeutique),

un secrétariat et des locaux dédiés.

Type d'hospitalisation : HJ pratiquement exclusivement

Autorisation : Education thérapeutique diabète type2

Types d'activités : Consultations externes : 2 200/an (assuré par le Dr GILBERT),
Equipe mobile de diabétologie (médecin + IDE) assurant les avis-Interservices (1 161 en 2015) et les adaptations de traitement des patients hospitalisés, stage d'éducation thérapeutique : 4/ans

PROJET OPERATIONNEL:

Création d'une équipe territoriale basée sur le CH de Villefranche de Rouergue permettant de maintenir sur les CH de Rodez et de Villefranche les activités et les autorisations existantes, tout en assurant la prise en charge des patients au plus près de leur domicile et dans les services susceptibles de prendre en charge les complications du diabète : neurologique, cardiaque, vasculaire, infectieuses, néphrologique, ...

- Création fin 2017 d'une équipe territoriale basée sur le CH de Villefranche (selon les mêmes modalités que l'équipe d'Oncologie) avec transfert du poste de PH temps plein (et son budget) du CH-Rodez vers le CH de Villefranche pour permettre le recrutement d'un Endocrinologue supplémentaire sur le CH de Villefranche.
- Consolidation du Service d'hospitalisation Endocrino/diabète référant du GHT sur CH de Villefranche pour assurer la prise en charge des patients du GHT présentant des tableaux et les thérapies endocrinologiques complexes (exemple pompe à insuline).
- Mise à disposition du CH-Rodez d'un ETP PH de l'équipe territoriale (pouvant être assuré par plusieurs des praticiens du Service d'Endocrinologie) assurant au minimum 8 ½ journées/semaine de présence sur le CH-Rodez afin d'assurer la responsabilité médicale et le fonctionnement de l'équipe mobile de Diabétologie avec l'aide de IDE de l'Equipe mobile et du Dr SUDRES pour maintenir les activités existantes : consultations externes (de l'ordre de 2000/an), les avis inter-service (de l'ordre de 1 200/an) ciblant essentiellement les patients diabétiques hospitalisés dans les différents services du CH-Rodez du fait d'une comorbidité justifiant une prise en charge spécialisée.
- Poursuite des programmes d'éducation thérapeutique tels qu'ils existent sur le CH de Villefranche et sur le CH de Rodez
- Organiser la filière vasculaire artérielle des patients diabétiques avec les Chirurgiens vasculaires et les Médecins vasculaires du CH-Rodez.
- Organiser la filière bariatrique « prise en charge de l'obésité » avec le Dr BAUDET, le Dr BRIAND et le service de Pédiatrie, tant en terme de prise en charge médicale (adulte et enfant) que chirurgicale avec notamment la mise en place RCP et d'une adhésion à la SOFFCO avec une organisation de la prise en charge chirurgicale sur le CH-Rodez au vu des contraintes anesthésie et post-opératoire.
- Organiser la filière pathologies thyroïdiennes avec le service de Médecine Nucléaire du CH-Rodez et la prise en charge chirurgicale sur le CH de Villefranche avec l'équipe ORL de Villefranche.
- Evaluer avec le CH de Decazeville la nécessité d'ouvrir des consultations avancées de l'équipe territoriale d'Endocrinologie sur le CH de Decazeville.

METHODE

ACTIONS

CALENDRIER

Création de l'équipe territoriale

Fin 2017

ORIENTATION STRATEGIQUE : Lits courts séjour hôpitaux locaux		Orientation 1 Fiche 10/05/2016 Version 1
OBJECTIFS	Optimisation de l'utilisation des lits de court séjour existant sur le GHT dans les hôpitaux locaux de St Geniez et d'Espalion	
ETAT DES LIEUX:	<p><u>CH-St Geniez</u> 6 lits d'hospitalisation de court séjour, gérés par les médecins généralistes du secteur,</p> <p><u>CH-Espalion</u> 13 lits d'hospitalisation de court séjour, gérés par les médecins généralistes du secteur, sous la coordination du Dr Philippe DETREMONTELS, Ces lits sont devenus « hôpital de proximité » le 1^{er} avril 2016. Une tarification à l'activité optimale gage le maintien, voire l'amélioration des ressources. La création du GHT est l'occasion de réfléchir à une meilleure articulation avec les hôpitaux généraux du GHT et bien en premier lieu avec le CH-Rodez sur le profil des patients pouvant être hospitalisés sur ces lits.</p>	
PROJET OPERATIONNEL:	<p>Mettre en place avec les équipes médicales responsables des lits de court séjour des hôpitaux de St Geniez et d'Espalion et les équipes médicales des services des hôpitaux généraux du GHT notamment du CH-Rodez un parcours patient en fonction des critères d'hospitalisation, afin d'avoir une utilisation optimisée de ces lits pour des patients nécessitant une prise en charge compatible avec les besoins du patient, les besoins médicaux et techniques et les contraintes de DMS exigées pour ce mode d'hospitalisation :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Soit directement sur les lits de court séjour des hôpitaux locaux si pas de nécessité d'accès à un plateau technique ou une prise en charge spécialisée - Soit au décours d'une brève hospitalisation sur le CH-Rodez pour permettre la prise en charge à la phase aiguë, notamment du fait de la nécessité d'un plateau technique et d'une prise en charge initiale spécialisée. 	
METHODE	ACTIONS	CALENDRIER
	Mise en place d'une charte de coordination des soins	-

OBJECTIFS

Coordonner et mettre en œuvre la prévention, le diagnostic et la prise en charge des pathologies infectieuses au sein du GHT avec :

- La collaboration des équipes d'hygiène et des CLIN des différents établissements du GHT
- Le regroupement des activités de microbiologie au sein du GHT
- La Mise en place d'une équipe territoriale d'infectiologie animée par le Service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CH-Rodez pour répondre aux besoins de chaque établissement du GHT

ETAT DES LIEUX:

Acteurs de la phase préventive (équipe d'hygiène et CLIN)

- CH – Rodez : Equipe d'hygiène (2 infirmiers + médecin Hygiéniste Dr Isabelle VIDAL) et un CLIN (Présidente : Dr I. VIDAL)
- CH – Villefranche : Equipe d'hygiène (1 ETP IDE + 0,5 ETP Pharmacienne hygiéniste Dr Emilie TEYSSIERES) et un CLIN (Présidente : Dr Emilie TEYSSIERES)
- CH-Decazeville : Equipe d'hygiène (0,5 ETP IBOD) et un CLIN (Président : Dr Margaux FABRE)
- Hôpitaux de Salle la Source et d'Espalion : 1 ETP IDE hygiéniste partagé entre les 2 établissements (Mm Yolande BRIEU) et chacun un CLIN (Présidence assurée par le Dr Hugues JEAN PIERRE à Salle la Source et le Dr Jean Michel DOLS à Espalion)
- Hôpital St Geniez d'Olt : un cadre infirmier hygiéniste (Mm Colette FUSTINONI) et un CLIN (Président Dr F RIQUET)

Acteurs de la phase diagnostique

Laboratoire de Bactériologie de chaque CH : CH-Rodez (Dr B. DUBOURDIEU), CH-Decazeville (Dr ROYO) et CH-Villefranche (Dr WATINE)

Acteur de la phase thérapeutique :

- Equipe médical du SMIT – Rodez, ayant déjà des conventions avec les CH de Decazeville et les hôpitaux de Cougousse et d'Espalion
- Activité de « Dispensaire » rattaché au SMIT : CeGIDD, CLAT, Centre de Vaccination (autorisation départementale par l'ARS)

PROJET OPERATIONNEL:

- Optimiser l'ensemble des actions de prévention du risque infectieux en optimisant la mise en commun des savoirs et des protocoles en favorisant les échanges entre les différentes équipes d'hygiène de GHT
- Mettre en place une plateforme centralisée de microbiologie au sein du GHT capable de répondre aux exigences qualitatives pour assurer une prise en charge du risque infectieux tant en terme de dépistage que de prise en charge des patients. A noter cependant la difficulté pour le CH de Villefranche à ne pas continuer à renforcer sa collaboration avec le CHU, collaboration qui serait privilégiée par l'équipe de Biologiste du CH de Villefranche ?
- Créer une équipe territoriale d'infectiologie pour favoriser la mise à disposition du temps d'infectiologue nécessaire au sein des 6 établissements du GHT pour répondre aux besoins de chaque établissement : consultations avancées, optimisation de la politique du bon usage des antibiotiques, participation aux réunions du comité antibiotique et du CLIN, ...
- Répondre aux critères exigés dans le décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 sur l' « Action de bon usage des Antibiotique »
- Mettre en place une gestion de l'antibiothérapie au sein des 6 établissements de la GHT répondant aux critères exigés dans la « charte d'engagement au juste usage des antibiotiques » promue par la FHF et la commission des présidents de CME
- Elargir l'offre de soins « dispensaire » aux 3 hôpitaux généraux du GHT
- Organiser une offre de formations communes aux 3 établissements (hygiène, infectiologie, antibiothérapie)

METHODE

ACTIONS

CALENDRIER

Phase préventive du risque infectieux

- Lister l'ensemble des acteurs impliqués dans l'hygiène dans les 6 établissements
- Inventaire de l'ensemble des protocoles en cours dans le domaine de l'hygiène (rédigé soit par le CLIN pour le service d'hygiène) et uniformiser les pratiques sur les 6 établissements.
- Prêt inter-établissement des outils nécessaires et mis en commun aux différentes enquêtes d'évaluation du risque infectieux au sein des six établissements.

Phase diagnostique

- Récupération par le laboratoire du CH Rodez des activités de biologie des 3 hôpitaux locaux du GHT (hôpitaux de Cougousse, Espalion, St Geniez)

Décembre 2016 ?

Décembre 2018 ?

Décembre 2016 ?

2017

Phase diagnostique

Concernant les laboratoires des 3 hôpitaux généraux, en dehors du Dr Joseph Watine du laboratoire de Villefranche (qui ne souhaite pas le regroupement des activités de microbiologie s'il n'est pas acté au niveau du GHT la création d'un pôle laboratoire unique), l'ensemble des autres participants à la rédaction du projet de la filière infectieux valident le transfert des activités de microbiologie des CH de Decazeville et de Villefranche sur le laboratoire du CH-Rodez (hormis les actes pour lesquels les compétences médicales du CHU sont incontournables), au vu de la grande difficulté des laboratoires du CH Villefranche et du CH Decazeville de répondre aux critères d'accréditation COFRAC et la nécessité de mettre en place au sein du GHT des stratégies communes dans le domaine de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge des problématiques infectieuses. Ce regroupement permettra de rationaliser les lourds investissements nécessaires pour permettre au GHT d'avoir le plateau de microbiologie à hauteur des enjeux.

Pour assurer ce transfert, il est indispensable qu'un certain nombre de problèmes techniques, informatique et d'équipement soient donc réglés :

1/ Problématique de la phase pré-analytique homogénéisée sur l'ensemble des établissements. Système informatique commun ou à défaut SIL interconnectés.

2/ Equipement du CH Rodez d'un enseigneur, d'un spectro de masse et d'un paillasse de biologie moléculaire (bactériologie et virologique)

3/ Valider l'adéquation de la nouvelle volumétrie d'examen réalisés avec les effectifs en techniciens, secrétariats et biologistes sur le CH-Rodez.

3/ Réorganiser les activités de biologie des laboratoires de Villefranche et de Decazeville en étroite collaboration avec la direction de ces 2 établissements pour permettre le maintien d'activités à hauteur des moyens humains et du matériel mis en jeu sur ces 2 établissements.

2018 – 2019 ?

Phase thérapeutique

- Mise en place d'une ligne spécifique dédiée aux avis infectieux, 365 jours sur 365 mise à l'ensemble des praticiens du GHT.
- Mise en place de convention de coopération dans le cadre du bon usage des antibiotiques et de la prise en charge des maladies infectieuses avec les 3 hôpitaux locaux, pour répondre à leur besoin dans leur domaine.
- Réactualisation si nécessaire de la convention de coopération dans le cadre du bon usage des antibiotiques et la prise en charge des pathologies Infectieuses incluant des consultations avancées et l'activité de dispensaire sur le CH de Decazeville
- Mise en place d'une convention de coopération dans le cadre du bon usage des antibiotiques et de la prise en charge des pathologies infectieuses incluant des consultations avancées d'infectiologie et d'activité de dispensaire sur le CH de Villefranche de Rouergue.

Janvier 2017

1^{er} trimestre 2017

2^{er} trimestre 2017

3^{ème} trimestre 2017

OBJECTIFS

Organiser l'offre de soins en Plaies et Cicatrisation au sein du GHT dans le cadre de l'organisation régionale des Centres de Plaies et Cicatrisation

ETAT DES LIEUX:

L'ARS Occitanie et l'ensemble des Centres et réseaux Plaies et Cicatrisation d'Occitanie sont en train de finaliser l'organisation territoriale des activités de Plaies et Cicatrisation afin d'assurer un maillage territorial et de labéliser les différents acteurs afin de déployer parallèlement une activité de téléconsultation permettant le déploiement d'une expertise sur l'ensemble de la région.

CH-Rodez

Centre de Plaie et cicatrisation niveau II ouvert 10 ½ journées par semaine avec équipe IDE spécialisées (3,2 ETP), locaux dédiés (3 salles de consultation, 1 secrétariat et une équipe médicale multidisciplinaire : Angiologues, vasculaires interventionnel, Infectiologues, diabétologues, orthopédistes, oncologues) et un accès à une hospitalisation 24/24h, et un plateau technique complet (scanner, IRM, scintigraphie, écho-doppler, ...)

CH-Villefranche

Centre de Plaie et cicatrisation niveau I ouvert 2 demi-journées, spécialisé dans le pied diabétique, composé d'une IDE (0.25 ETP) et d'une équipe médicale de diabétologie (3 Ph dont un référent en antibiothérapie), accès à une hospitalisation 24h/24 et un plateau technique comprenant scanner, IRM, écho-doppler.

CH de Decazeville

Consultation avancée du Centre de Plaies et Cicatrisation du CH-Rodez ouvert ½ journée par semaine avec accès une hospitalisation 24/24 et à un plateau technique comprenant scanner et écho-doppler.

PROJET OPERATIONNEL:

Structurer l'offre de soin de Plaie et Cicatrisation au sein du territoire de santé dans le cadre du projet régionale piloté par l'ARS et en s'appuyant sur le développement d'une HAD du GHT

METHODE

ACTIONS

CALENDRIER

Structuration de l'offre de soin en fonction du schéma régional

Mise en place d'une HAD P&C

- 2017

- 2018

Axe 5 : Gériatrie et soins de longue durée

FILIERE GERIATRIQUE

OBJECTIFS

- Optimiser les ressources gériatriques au sein du GHT
- améliorer le flux d'amont et d'aval des SSR
- critères médicaux des patients définis
- projet médical renseigné en amont des SSR pour une prise en charge cohérente et des délais d'hospitalisation raccourcis

ETAT DES LIEUX:

- Des moyens complémentaires :
- VILLEFRANCHE DE ROUERGUE:**
- sur la Chartreuse**
- une unité de court séjour gériatrique de 20 lits
 - Une EMG 1 IDE et redéploiement de temps médical
 - une consultation de gériatrie avec Cs mémoire
 - un EHPAD de 73 lits
- Sur Rulhe**
- SSR polyvalent 19 lits
 - rééducation polyvalente 21 lits
 - EHPAD 200 lits
 - USLD 80 lits
- DECAZEVILLE**
- SSR 35 lits
 - Médecine 43lits
 - EHPAD 58 lits
 - USLD 30 lits
- RODEZ**
- une unité de court séjour gériatrique de 24 lits
 - une EMG (IDE, Ergo, PH, AS, Psychologue)
 - une HJ gériatrique, fragilité, bilan de troubles cognitifs
 - une consultation gériatrique et troubles mnésiques
 - une SSR polyvalent 20 lits
 - un SSR PAP 20 lits
 - un USLD 30lits
 - deux EHPAD 80 lits et 145 lits
- ESPALION**
- 13 lits de médecine
 - une EMG (IDE, Ergo, PH)
 - consultation mémoire en 2017
 - une consultation d'évaluation gériatrique et psycho gériatrique
 - un SSR PAP 20LITS
 - un SSR neuro 20 lits
 - un SSR locomoteur 30 lits st 5 places d'hospitalisation de jour
 - un SSR polyvalent adossé à la médecine de 15 lits
 - 2 lits soins palliatifs
- EHPAD 150 lits**
- SAINT GENIEZ**
- SSR polyvalent 24 lits
 - USLD 30lits
 - EHPAD 164 lits (dont 14 lits d'UHR)
 - 6 lits de court séjour
 - 4 lits accueil de jour
- COUGOUSSE**
- SSR POLYVALENTS 32 LITS
 - Soins palliatifs 2 lits
 - EHPAD 97 lits sur deux sites

-dont UHR 11 lits

Existence d'une équipe territoriale vieillissement et prévention de la dépendance en lien avec le gérontopôle et l'ARS, qui maille le territoire .ETVPD
Deux gériatres référents, le territoire du gériatre référent ruthénois correspond au périmètre du GHT.

Malgré ces moyens du dysfonctionnement patent :

-dossier patient en MCO : des observations incomplètes

-méconnaissance de l'aval et notamment des critères distinguant les SSR polyvalents, les SSR spécialisés et mes services de médecine de proximité.

-mauvaise utilisation de TRAJECTOIRE

-répartition des patients anarchique et attribution sur des critères non médicaux et sans projet.

-Sous-utilisation des plateaux techniques spécialisés

-complémentarité médecine /SSR mal définie dans les hôpitaux locaux

-après les séjours en structure de rééducation spécialisée difficulté de placements des patients en SSR de proximité polyvalents pour les placements éventuels.

PROJET OPERATIONNEL:

-développer l'évaluation gériatrique de proximité

-développer les HJ sur Villefranche,Rodez et Decazeville pour complément de bilan

-HJ réservée au EHPAD à développer

-identifier les patients fragiles et organiser bilan complémentaires si nécessaire

-éviter les hospitalisations inappropriées

-SSR admissions uniquement via Trajectoire avec exigences d'un projet de soins

-sur les hôpitaux locaux faire la différence entre lits de médecine et lits de SSR avec gestion des demandes différentes.

-vérifier régulièrement les critères SMTI pour les USLD ainsi que le PATHOS moyen pondéré et le GMP de nos structures d'hébergement afin d'être sûr d'avoir le bon patient au bon endroit.

METHODE	ACTIONS	CALENDRIER
	EQUIPE TERRITORIALE	En place
	TRAJECTOIRE COMPLETEMENT UTILISE ET BIEN REMPLI	Fin 2018
	Identifier FRAGILITES	Projet écrit avec la DT ARS A mettre en place sur un territoire défini : nord Aveyron Premier trimestre 2017 A généraliser par la suite 2018
	HJ	En place à Rodez Villefranche 2017 ?
	Développer les structures gériatriques à Decazeville :UGA , EMG	EMG en 2017

Axe 6 : Biologie médicale

ORIENTATION : BIOLOGIE POLYVALENTE

Orientation
Fiche
Version 1

OBJECTIFS

Coordonner les activités de biologie au sein du GHT, en adéquation avec le projet de la filière infectieuse avec notamment le regroupement des activités de microbiologie

ETAT DES LIEUX:

CH Espalion, Cougousse/Salles la Source : sous-traitent la biologie au LBM LxBIO
CH St Geniez/St Laurent d'Olt : sous-traitent la biologie au LBM du Gévaudan

Les 3 autres CH disposent de leur propre laboratoire, chacun équipé d'un système informatique de laboratoire (SIL) différent :

CH Decazeville : LBM intramuros + site à distance (CH Figeac) avec quelques échanges d'examen avec VdeR (2 ETP Biologistes : Jacqueline Royo, Bruno Friedberg)

CH Villefranche de Rouergue : LBM intramuros (2 ETP biologistes : Marie Noëlle Hublet, Joseph Watine)

CH Rodez : LBM intramuros (4,5 ETP Biologistes : Hélène Albinet, Célia Couzigou, Olivier Delrous (50%ETP), Béatrice Dubourdiou, Julie Riol

PROJET OPERATIONNEL:

- 1) Récupération par le GHT de la biologie des hôpitaux du nord-aveyron, actuellement sous-traitée à des LBM privés-
- 2) Centralisation des activités de microbiologie (bactériologie essentiellement) au sein du GHT de façon à :
 - réduire le poids du travail et du coût que représente l'accréditation Cofrac de la bactériologie en le concentrant sur un seul hôpital
 - uniformiser les pratiques
 - permettre de rationaliser les lourds investissements nécessaires pour mettre à la disposition du GHT un plateau technique de microbiologie à hauteur des enjeux de la filière infectieuse et permettre ainsi à chaque patient de bénéficier des technologies de pointe (spectro de masse, biologie moléculaire)
- 3) Mise en adéquation des moyens par rapport à l'activité (et vice versa) pour chaque LBM avec récupération éventuelle d'une activité compensatoire suite à la centralisation de la microbiologie sur un seul site

METHODE	ACTIONS	CALENDRIER
	<p><u>Transfert au laboratoire du CH Rodez des activités de biologie des 3 hôpitaux locaux du GHT</u> (hôpitaux de Cougousse, Espalion, St Geniez)</p> <p><u>Centralisation des activités de microbiologie</u> Lors du Comité Stratégique du 21 octobre 2016, en présence des directeurs, PCME et biologistes des 3 CH (ou leur représentant), a été acté le principe du regroupement des activités de bactériologie classique sur le site de Rodez avec comme date butoir le 1^{er} octobre 2020 (échéance réglementaire au-delà de laquelle un LBM non accrédité pour 100% de son activité n'aura plus le droit de fonctionner)</p> <p>Les problématiques à résoudre :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Pré-analytique et transport des échantillons, en tenant compte des contraintes particulières de la bactériologie (délais, températures, mesures de sécurité...) 2) Informatique : la mise en place d'un SIL commun n'étant pas envisageable dans le délai imparti, des connexions inter-SIL devront être réalisées 3) Ressources : équipement du CH Rodez d'un enseigneur, d'un spectro de masse et d'une paillasse de biologie moléculaire avec mise en adéquation de la nouvelle volumétrie d'examens réalisés (doublement de l'activité de bactériologie) avec les effectifs en techniciens, secrétaires, biologistes 5) Compensation des activités de biologie des laboratoires de VdR et Decazeville de façon à permettre le maintien d'activités à hauteurs des moyens humains et du matériel mis en jeu sur ces 2 établissements. Le CH de Rodez serait prêt à transférer une partie de son activité (électrophorèses, analyses d'Hygiène). La reprise d'examens actuellement sous-traités à des laboratoires spécialisés par les 3 CH est une piste à étudier 6) Modalités et coût de facturation des examens entre les CH 	<p>Juin à déc 2016 : Travaux préparatoires et connexions informatiques Janvier 2017 : démarrage</p> <p>2018-2020</p>

Axe 7 : Pharmacie

ORIENTATION STRATEGIQUE : PHARMACIE

Orientation

Fiche1

Version 1

OBJECTIFS

- ▶ Convention de sous-traitance (procédures dégradées, pharmacotechnie)
- ▶ Organiser la permanence pharmaceutique au sein du GHT
- ▶ Optimiser la gestion de stock (arrêt de traitements, périmés)
- ▶ Développer la pharmacie clinique (analyse pharmaceutique, conciliation médicamenteuse, éducation)
- ▶ Harmoniser les pratiques (livret thérapeutique, pharmacie clinique, thésaurus, protocoles...)

ETAT DES LIEUX

	PUI CH RODEZ	PUI CH VILLEFRANCHE	PUI CH DECAZEVILLE
Activités soumises à autorisation			
Rétrocession	X	X	X
Stérilisation	X	X	X
Préparation des Chimios	X	X	
Préparations hospitalières	X		
Radiopharmacie	X		
Activités / état des lieux			
Pharmaciens	5.5 ETP 4 PH 1 assistant 1 attaché	2.9 ETP 2 PH 1 attaché	1.6 ETP 2 PH 0.9 attaché
Prescription informatisée	X (DX CARE)	X (GENOIS)	
Nb de chimio / an	9000	3000	
Circuit DMI	Non informatisé	Non informatisé	Non informatisé
Circuit stérilisation	Non informatisé	Non informatisé	Non informatisé
CBUMPP rembt 2015	100 %	100 %	100%
Astreinte	de sécurité	de sécurité	
	PUI CH ESPALION	PUI CH SAINT GENIEZ	PUI CH DU VALLON
Activités soumises à autorisation			
Rétrocession	X		
Activités / état des lieux			
Pharmaciens	0.9 ETP 2 PH	0.5 ETP 1 PH	0.5 ETP 1PH
Prescription informatisée	X (AXIGATE)	X (EMED)	X (PSI)
Astreinte			

ROJET
OPERATIONNEL:

- ▶ Travail collaboratif avec le collectif régional de Pharmacie Hospitalière.
- ▶ Groupes de travail définis par thématique.
 - ♦ **CHIMIOThERAPIE :**
 - Convention de sous-traitance (panne)
 - Acquisition d'un logiciel commun
 - Qualification commune des PPH
 - ♦ **STERILISATION :**
 - Convention de sous-traitance (panne)
 - ♦ **ACHAT :**
 - Noyau commun / harmonisation du livret du médicament
 - Modalités d'échanges inter-établissement (arrêts traitements, anticipation des périmés)
 - ♦ **PHARMACIE CLINIQUE**
 - Etat des lieux
 - Harmonisation des pratiques
 - Déploiement / moyens
 - ♦ **QUALITE**
 - Bilan des différentes actions menées sur les établissements
 - Harmonisation des pratiques, mise en commun d'outils
 - ♦ **RETROCESSIONS**
 - Formaliser les heures d'ouvertures et coordonnées des référents
 - ♦ **PREPARATION DES DOSES A ADMINISTRER :**
 - Modalités de mise à disposition entre divers établissements
 - ♦ **PERMANENCE PHARMACEUTIQUE**
 - A organiser et formaliser sur le GHT

METHODE

ACTIONS

CALENDRIER

Conventions de sous-traitance

- 2017

Logiciel chimiothérapie

- 2017

Permanence pharmaceutique

- 2017

Modalités d'échanges inter établissements

- 2017

Rétrocessions

- 2017

Pharmacie Clinique

- 2018

Qualité

- 2018

Préparation des doses à administrer

- 2020

Axe 8 : Soins de suite et de réadaptation

ORIENTATION : SOINS DE SUITE

Orientation

Fiche

Version 11

OBJECTIFS

- Fluidifier l'amont et l'aval des SSR
- Améliorer le partage des données
- Projet médical renseigné en amont des SSR
- Information complète sur la pathologie, les atteintes associées et le contexte de vie des patients
- Favoriser le fonctionnement du réseau d'aval

ETAT DES LIEUX:

- Les moyens des SSR : présents sur trajectoire

VILLEFRANCHE DE ROUERQUE:

Sur Rulhe

- SSR polyvalent 28 lits
- rééducation fonctionnelle et locomoteur 21 lits

DECAZEVILLE

- SSR
- Médecine

RODEZ

- une SSR polyvalent 20 lits
- un SSR PAP 20 lits

ESPALION

- un SSR PAP 20LITS
- un SSR neuro 20 lits
- un SSR locomoteur 30 lits st 5 places d'hospitalisation de jour
- un SSR polyvalent 15 lits (adossé à la médecine 13 lits) des consultations et bilans (urodynamique , analyse assise prévention escarre appareillage et essais de fauteuils roulants électriques)

SAINT GENIEZ

- SSR polyvalent 24 lits
- 6 lits de court séjour

COUGOUSSE

- SSR POLYVALENTS 32 LITS
- Soins palliatifs 2 lits

Problématique de tous les SSR

- Concurrence hors GHT pour prise en charge des patients légers
- Avec l'hôpital pivot des coordinations très insatisfaisantes par ailleurs : répartition des patients anarchique et attribution au plus facile sur des critères non médicaux et sans projet
- Variabilité des demandes (calendrier des chirurgies programmées selon leurs disponibilités : souvent aux mêmes dates)
- Méconnaissance des textes définissant le rôle respectif des SSR polyvalents à vocation de proximité et celui des SSR Spécialisés.
- Difficultés de renseignement de TRAJECTOIRE à partir de XCare et sous-utilisation (10% d'utilisation au CH selon audit interne)
- Dévoisement de l'utilisation de TRAJECTOIRE : les fiches très incomplètes ne sont pas bloquées.
- Problématique de liaison informatique : multiplicité des logiciels (et dysfonctionnements, voire absence d'informatique)

Problématique des SSR spécialisés

- L'absence de projet de départ aboutit à un encombrement des SSR spécialisés et à une sous-utilisation des plateaux techniques
- L'encombrement des patients ne permet pas les séjours d'entretien pour les pathologies chroniques invalidantes ainsi que les éducations thérapeutiques
- La filière neurovasculaire fonctionne mieux grâce notamment à la présence du neurologue détaché à Decazeville et Espalion
- Problématique de toxine botulinique non pratiquée sur Rodez pratiquée en MCO
- En aval se pose le problème des difficultés de placement des patients en SSR de proximité polyvalents

Problème des filières médicales ou médicosociales pour des handicapés jeunes (SLA, Traumatisés crâniens, Chorées de Huntington)

PROJET OPERATIONNEL:

- Priorité au GHT : Etablir des liens plus étroits entre les unités de l'hôpital pivot et les SSR du GHT
- Recours systématique à Via TRAJECTOIRE permettant une présentation exhaustive et lisible pour tous des structures d'accueil et des prises en charge en SSR
- Besoin d'un logiciel unique pour un dossier patient facilement accessible
- Programmation des actes chirurgicaux en tenant compte de l'aval
- Améliorer les flux d'aval des SSR
- Fluidifier les passages entre SSR spécialisés et polyvalents à la condition d'un projet de soin précoce
- Assurer un meilleur suivi des patients porteurs de maladies chroniques invalidantes: visites domicile/ réseau ville hôpital/ équipes mobiles /renforcement des consultations et séjours de ruptures ou d'entretien

METHODE

ACTIONS

CALENDRIER

VIA TRAJECTOIRE complètement utilisé (version complète) et utilisation dans la refonte en cours de l'outil d'aide à la décision de l'HAS de Juillet 2013

Généralisation des fiches navettes avec les libéraux

Développement des activités de bilans et d'éducation thérapeutique

Toxine botulinique en H de J en MCO

fin 2018

AXE 9 : chirurgie

Réunion du collège médical du 08/11/16

Chef de projet : Dr BRIAND

Après avoir rappelé la méthodologie adoptée et la volonté exprimée des chirurgiens de travailler les axes de la filière chirurgicale territoriale, M Briand indique que les principes d'organisation admis par tous sont les suivants :

- Principe de la graduation des soins
- Constitution d'équipes territoriales
- Dans le cadre des autorisations existantes.

Pour introduire les débats, il précise que la constitution d'équipes chirurgicales territoriales ne semble pas poser de difficultés pour l'organisation de consultations avancées et le développement de la chirurgie ambulatoire sur chaque site. La difficulté concerne essentiellement la décision de maintenir des lits d'hospitalisation complète de chirurgie dans chaque hôpital.

Pour la spécialité chirurgicale urologie, Dr Crenn rappelle le fonctionnement actuel de consultations avancées à Decazeville et à Espalion, l'intérêt de réaliser des RMM communes et d'envisager la coopération avec le CHU de Toulouse pour la radiologie interventionnelle. Dr Frikha évoque le projet de développement de la célio cancérologique à Rodez.

Pour la spécialité chirurgicale orthopédie – traumatologie, la proposition de consultations avancées à Decazeville (chirurgie des membres supérieurs) et la participation des chirurgiens de Decazeville au staff de Rodez sont abordées. Aucun échange n'a eu lieu entre les chirurgiens de Rodez et ceux de Villefranche de Rouergue.

Pour la spécialité chirurgicale viscérale et vasculaire, Dr Briand rappelle l'intérêt de recruter au moins un chirurgien vasculaire pour le territoire et la nécessaire constitution d'une équipe territoriale en chirurgie viscérale.

Il indique également que la réflexion doit être poursuivie pour la spécialité chirurgicale ORL

Dr Castex considère que le projet chirurgical territorial doit impérativement considérer le développement de la chirurgie ambulatoire sur chaque site. C'est un axe du projet médical de Villefranche de Rouergue, de Rodez également. Il faut aller plus loin dans cette voie à Decazeville. Il conclut en insistant sur le problème du suivi post opératoire immédiat lorsqu'un chirurgien n'opère pas sur son site principal. Il s'agit selon lui d'un écueil à lever pour favoriser la mise en place d'équipes chirurgicales territoriales.

Après de nombreux échanges révélant la difficulté d'envisager immédiatement un projet structuré, M Bonnet et Dr Carrez rappellent ensemble que le projet médical de territoire se construit pour les années à venir, les jalons d'une organisation future doivent être posés et assumés.

En conclusions des discussions, les membres du collège médical conviennent de définir les axes prioritaires suivants :

- Le CH de Decazeville doit développer prioritairement la chirurgie ambulatoire
- Pour tous les centres hospitaliers, l'établissement de recours est le centre hospitalier de RODEZ
- Constitution d'équipes chirurgicales de territoire par spécialités.

Axe 10 : urgences

SAU/SMUR et SAMU

OBJECTIFS

- Renforcer les liens et partenariats entre les différents SU du GHT pour homogénéiser les pratiques, partager des protocoles communs et définir des filières de soins d'urgence dans différents domaines.
- Créer une **Fédération des Soins d'Urgence** pour le GHT du Rouergue

ETAT DES LIEUX:

CH Decazeville.

1 Service d'Urgences avec SMUR mutualisé.

2 Lits d'UHCD.

Outil informatique : dossier médical non informatisé à ce jour.

Activité

2015 : 11000 passages au SAU.

343 SMUR primaires

11 SMUR secondaires

Organisation : Jusque-là en 1 ligne H24 et un médecin « journée » sur horaire 8h/18h.

Suite à visite de certification de septembre 2016, passage en 2 lignes H24.

Effectifs médicaux : 3 PH + 1 remplaçant « permanent ».

2 internes.

Recours à l'intérim et TTA

Objectif d'effectif théorique à 9 ou 10 médecins en fonction du mode de calcul

Villefranche de Rouergue

1 Service d'Urgences avec 1 ligne SMUR mutualisée.

2 lits d'UHCD

Outil informatique : Logiciel *SILLAGE* commun avec les services d'hospitalisation.

Activité

2015 : 14000 passages au SAU

331 SMUR primaires

26 SMUR secondaires

Organisation : 2 lignes médicales H24

Effectifs médicaux : Actuellement 7ETP, avec 2 TP. Objectif 9 ETP

Recours au TTA et à l'intérim.

CH Rodez

SAMU départemental

1 Service d'Urgences avec 2 lignes SMUR mutualisées.

4 lits d'UHCD

1 CESU, 1 UCSA

Outil informatique : Logiciel *DxCARE* commun avec les services d'hospitalisation.

Activité

2015 : 31000 Passages au SAU

1350 SMUR primaires (20 % hélicoptés)

622 SMUR secondaires (65 % hélicoptés)

Organisation : 4 lignes médicales H24 avec :

- 1 ligne de régulation médicale au CRRA,
- 1 ligne SMUR primaires et secondaires mutualisée avec le SAU
- 2 lignes au SAU avec un médecin assurant les deuxièmes départs SMUR (1 à 2 sorties par jour)

Effectifs médicaux :

18 ETP en novembre 2016 pour un objectif à 22 ETP.

1 assistant partagé /an en partenariat avec le CHU de Toulouse

6 internes / semestre se répartissant entre les présences en journée et les gardes de nuit

Recours au TTA et à l'intérim.

Préalable

Avec l'objectif de créer un véritable partenariat, il est nécessaire de viser une uniformisation pour les trois services pour ce qui est des conditions de recrutement des praticiens urgentistes ainsi que pour les modalités de décompte du temps de travail : application homogène de la réforme du temps de travail, contrats proposés et modes de rémunérations du temps de travail additionnel...

Proposer, sur la base du volontariat, des échanges de poste.

Exp : un médecin X de l'Hôpital de VDR sera présent sur une garde de 24 h sur le CH de Rodez. Dans le même temps, présence 24 h du médecin de Rodez sur les services d'Urgence de VDR.

Principe : échange « 1heure pour 1 heure » au vu des difficultés d'effectifs de tous.

Objectifs : mieux se connaître entre praticiens, mieux appréhender les difficultés et capacités de chacune des structures, maintien des compétences dans certains domaines spécifiques (pédiatrie, déchoquages, SMUR hélicoptéré...).

Initialement échanges entre les plus petites structures et l'Hôpital pivot mais possibilité aussi de réaliser des échanges VDR/DCZ.

Proposition longuement débattue, se heurtant à une réticence forte de la part des équipes médicales de Decazeville et Villefranche.

1 praticien seulement dans chacune des équipes se disant prêt à s'inscrire dans cette démarche à ce jour.

Sur l'équipe ruthénoise, plusieurs praticiens prêts à faire ces échanges sous réserve de voir perdurer une organisation avec deux praticiens H24 sur Decazeville.

Dans ce contexte, la constitution d'une équipe territoriale est évoquée comme éventualité lointaine mais n'étant en aucun cas un objectif à court terme.

Faire vivre 3 filières spécifiques des soins d'urgences :

- **La filière « syndrome coronarien aigu »** : groupe de travail regroupant 3 praticiens référents « cardio » dans leurs SU respectifs + implication des cardiologues des différents CH pour valider des protocoles de soins et des protocoles organisationnels communs, poser les organisations et trouver ensemble des solutions aux difficultés de chacun.

Objectifs : homogénéité des prises en charge, simplification de la demande d'avis spécialisés, coordination plus étroite avec le SAMU et prise en charge au sein du GHT des patients relevant des compétences techniques disponibles.

- **La filière « urgences neuro-vasculaires »** : groupe de travail regroupant 3 praticiens référents « neuro » dans leurs SU respectifs + équipe de neurologie de Rodez pour mise à jour régulière des protocoles de prise en charge de l'AVC, organisation « logistique » pour les avis et les transferts vers Rodez et l'UNV.

Objectif : accueillir dans un délai « au plus court » à l'UNV de Rodez tout patient pouvant relever d'une thrombolyse, orientation vers le CHU des patients relevant d'une thrombectomie.

- **La filière « pédiatrie »** : groupe de travail autour du Dr Boudes, Correspondante en Pédiatrie d'Urgence (CORPUS) sur le SAU de Rodez et du Dr Raignoux, Chef de service de pédiatrie.

Objectifs : mise en place de protocoles médicaux et organisationnels communs pour la prise en charge des enfants nécessitant ou non une hospitalisation (et à ce moment-là un transfert sur le CH de Rodez), multiplier les échanges avec le service de pédiatrie.

Uniformisation de l'outil informatique

Objectif : Dans l'éventualité d'échanges de praticiens entre les différents SU, nécessité d'uniformiser l'outil informatique des différentes structures avec logiciel métier commun, interfacé ensuite avec les différents logiciels hospitaliers.

Méthode : réunion entre les différents services informatiques pour étude de faisabilité. (A rattacher au schéma directeur des systèmes d'Information au sein du GHT)

La télétransmission des examens d'imagerie entre les 3 CH du GHT sont un élément également nécessaire, sans difficultés techniques et doivent pouvoir être opérationnels rapidement.

METHODE

ACTIONS

CALENDRIER

Filière SCA

Filière AVC

Filière Pédiatrie

Echanges de sites pour certains praticiens urgentistes

Poste partagé de PH entre deux CH

Télétransmission des examens d'imagerie entre les 3 CH

- Début : 2017.
- 1 à 2 réunions annuelles

- Début 2017
- 1 à 2 réunions annuelles

- Début 2017
- 1 à 2 réunions annuelles

- Premier semestre 2017

- ?

- Premier trimestre 2017

Axe 11 : réanimation - surveillance continue

Charte de fonctionnement territorial Réanimation / Surveillance Continue (Equipe médicale territoriale – Projet Médical Partagé – GHT)

Service de Réanimation et Surveillance Continue (Réa/USC)

Hôpital Jacques Puel – CH de Rodez

Chef de service : Dr DELAHAYE Arnaud.

8 lits de Réanimation – 3 lits de Surveillance Continue.

Continuité et permanence des soins médecin H24, garde sur place (05 65 55 25 46).

Service de Surveillance Continue (USC)

Site de la Chartreuse - CH de Villefranche de Rouergue

Chef de service : Dr MONTESQUIEU Frantz.

6 lits de Surveillance Continue.

Continuité des soins : médecin dédié à l'unité (standard : 05 65 55 30 00 ; poste : 4340).

Permanence des soins : Anesthésiste Réanimateur d'astreinte (standard : 05 65 55 30 00).

Cette charte a pour objectifs de définir les grands axes de travail, de fonctionnement et de relation entre les structures participants à la Fédération Médicale Inter-Hospitalière (FMIH) de Réanimation et Surveillance Continue – GHT Nord Aveyron

FONCTIONNEMENT DE LA FEDERATION MEDICALE

L'équipe territoriale médicale est représentée par les chefs de services des unités respectives.

Chaque service conserve son organisation et fonctionnement propre même si l'interrelation est utile et nécessaire.

L'équipe territoriale se réunit deux fois par an, hors réunion exceptionnelle. Sont discutés : bilan d'activité, gestion des ressources, projets... veille technique... CREX... recherche clinique. Sont invités à ces réunions tous les médecins de Réa/USC participants à l'équipe territoriale ainsi que les cadres de soins des 2 services (+ invités au besoin).

MAINTIEN DES COMPETENCES ET FORMATION CONTINUE

Les médecins de l'USC de Villefranche de Rouergue peuvent être accueillis dans le service Réa/USC de Rodez dans le cadre du maintien des compétences. C'est sous la forme de Congés Formation (CF) que peut être établi ce lien. Par ailleurs ce lien physique permet d'uniformiser les pratiques et d'améliorer les échanges.

LES LIENS FONCTIONNELS

L'équipe médicale de Rodez est à disposition de l'équipe de VDR pour tout avis médical ou staff de dossier concernant la prise en charge des patients et les orientations thérapeutiques. Un appel téléphonique systématique quotidien, le matin, doit être mis en place.

Réa/USC Rodez :

De principe l'équipe de Réa/USC de Rodez assure la prise en charge des patients pour laquelle elle est sollicitée.

En cas d'indisponibilité de lit à Rodez au titre de la Surveillance Continue, l'équipe de Rodez peut solliciter l'équipe de Villefranche de Rouergue pour la prise en charge d'un patient.

Les patients ainsi transférés seront de nouveau adressés dans un second temps sur le CH Rodez, soit en USC, soit en Réanimation, soit dans un service conventionnel de spécialité après évaluation entre les 2 équipes médicales.

NB : les patients de Réanimation ne peuvent pas être adressés sur l'USC de VDR.

USC Villefranche de Rouergue :

De principe l'équipe de Surveillance Continue de VDR assure la prise en charge des patients pour laquelle elle est sollicitée.

En cas d'indisponibilité de lit à VDR au titre de la Réanimation ou de la Surveillance Continue, l'équipe de VDR doit solliciter l'équipe de Rodez pour la prise en charge d'un patient.

Les patients ainsi transférés seront adressés dans un second temps sur VDR, soit en USC, soit dans un service conventionnel de spécialité après évaluation entre les 2 équipes médicales.

Pour les patients de Réanimation, l'équipe de VDR sollicite de façon privilégiée la structure de Rodez. Certains patients peuvent ne pas être transférés soit par défaut de plateau technique médico-chirurgical, soit par défaut de place, soit pour non indication concertée, soit pour un décès imminent (formalisation de LAT). A chaque fois les solutions proposées sont partagées entre les équipes médicales des deux sites.

Lors des transferts :

Les équipes doivent s'assurer de la bonne tenue du dossier médical, les documents (bilans biologiques, imagerie, CR opératoire...) doivent être transmis d'une équipe à l'autre.

Pour les patients en post opératoire, l'accord entre chirurgiens concernés des 2 hôpitaux doit être préalable au transfert du patient.

Pour des patients proposé sur Rodez, en cas de défaut de place en USI-C ou USI-NV sur Rodez les patients à orientation cardiologique ou neurologique peuvent être proposés en Réa/USC à Rodez, avec l'accord du cardiologue ou du neurologue d'astreinte.

Dans certaines circonstances, partagées entre les deux équipes, le transfert peut ne pas être médicalisé, dans ce cas le SAMU – Centre 15 doit en être prévenu.

RAPPELS / DEFINITIONS

Les unités de Surveillance Continue (USC), niveau intermédiaire entre les unités de réanimation et les unités de soins classiques, ont pour vocation de prendre en charge « *des malades qui nécessitent, en raison de la gravité de leur état, ou du traitement qui leur est appliqué, une observation clinique et biologique répétée et méthodique* » (Article D 6124-117 du CSP).

La circulaire DHOS/SDO/N° 2003/413 du 27 août 2003) précise qu'il s'agit de « situations où l'état ou le traitement du malade font craindre la survenue d'une ou plusieurs défaillances vitales nécessitant d'être monitorées ou dont l'état, au sortir d'une ou plusieurs défaillances vitales, est trop sévère ou instable pour permettre un retour dans une unité d'hospitalisation classique ».

Les patients relevant d'une prise en charge en USC sont ceux présentant un risque évolutif de défaillance aiguë et/ou une prise en charge lourde. Les USC n'ont pas pour vocation, sauf terrain particulier, à être un lieu de surveillance post-opératoire « de routine » se substituant à la salle de surveillance post-interventionnelle ou à un service d'hospitalisation conventionnelle. De même, une USC n'a pas vocation de prendre en charge les patients en état végétatif ou relevant de soins palliatifs.

Les patients admis en USC justifient, du fait de la gravité de leur état ou de leur instabilité, une surveillance rapprochée définie ainsi : nécessité, reconnue par prescription médicale, de la surveillance, au moins 6 fois par 24h des paramètres vitaux et de l'état de conscience. La traçabilité de cette surveillance médicale et paramédicale est consignée dans le dossier du patient. Il est exclu de prendre en charge dans une unité de surveillance continue un patient nécessitant une suppléance d'organe en rapport avec une défaillance viscérale aiguë (ventilation assistée, épuration extra rénale, traitement d'une insuffisance circulatoire, désordres métaboliques sévères ...) au-delà des quelques heures permettant d'organiser son transfert en réanimation. Ce point doit être particulièrement respecté pour les patients nécessitant un traitement par ventilation mécanique, invasive ou non. Toute suppléance d'organe impose un transfert en relation avec le service de réanimation du territoire correspondant.

L'USC peut éventuellement prendre en charge des patients ayant une défaillance viscérale aiguë suppléée, en particulier par la ventilation mécanique, à la condition qu'une résolution rapide de cette défaillance soit prévisible et que la convention passée entre le service de réanimation référent et l'unité de soins continus fasse mention de cette possibilité. Cette résolution doit permettre d'arrêter les moyens de suppléance en quelques heures (exemples : œdèmes pulmonaires cardiogéniques, certains comas toxiques intoxications volontaires...).

Les patients relevant d'un traitement par ventilation mécanique non invasive peuvent être pris en charge initialement dans l'unité de surveillance continue mais en cas d'échec d'efficacité ou de sevrage (au-delà de 48 heures) ils doivent être transférés en unité de réanimation.

Actualisation de la convention entre le CH de Rodez et le CH de Decazeville concernant les soins continus.



**Hôpital Intercommunal du
Vallon**

Coussac, 12330 BALLE LA SOURCE



HOPITAL INTERCOMMUNAL

Groupement Hospitalier de Territoire du ROUERGUE

Projet Médico Soignant Partagé

**Avenant n°2 à la convention constitutive
du 30 juin 2016**

SOMMAIRE

1. Préambule	3
2. Orientations stratégiques et enjeux.....	4
➔ Objectifs médicaux et généraux.....	4
➔ Diagnostic territorial.....	5
3. Stratégie médico soignante du Groupement Hospitalier de Territoire.....	8
4. Principaux axes de travail en réponse aux objectifs stratégiques	12
5. La déclinaison des orientations stratégiques dans les filières de soins.....	15
➔ Axe 1 - Prise en charge des affections cancéreuse et coordination en cancérologie	15
➔ Axe 2 - Périnatalité	18
➔ Axe 3 - Vasculaire (neurologie - cardiologie - insuffisance rénale - angiologie)	20
➔ Axe 4 - Médecine spécialisée	21
➔ Axe 5 - Gériatrie et SSR polyvalent.....	25
➔ Axe 6 - SSR spécialisé.....	26
➔ Axe 7 - Chirurgie	27
➔ Axe 8 - Urgences.....	28
➔ Axe 9 - Médecine intensive et réanimation	30
➔ Axe 10 : Hépatogastroentérologie	32
➔ Axe 11 : Imagerie médicale	34
➔ Axe 12 - Biologie.....	34
➔ Axe 13 - Pharmacie.....	35
6. Les instances de pilotage et de gouvernance	38
7. Les modalités de prise en charge transversales de patients.....	40
➔ Les enjeux et les principes du projet de soins.....	40
➔ Les axes de travail du projet de soins.....	40
8. Signature des établissements parties	42

1. Préambule

Ce document fait suite à l'avenant n°1 à la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) du Rouergue - Projet Médical Partagé (objectifs et organisations par filières) - validé par le comité stratégique du 27 janvier 2017 et signé le 10 mars 2017, et au courrier de l'ARS du 16 mai 2017 approuvant cet avenant n°1.

Il est le résultat d'un large travail participatif, animé par le collège médical du GHT et les pilotes de filière et dont les étapes ont été régulièrement présentées au comité stratégique du GHT.

Le projet de mars 2017 a été approfondi lors de réunions inter établissements par filière (février à avril 2018). Il a permis d'élargir la réflexion en intégrant les propositions du projet de soins, qui a impliqué les équipes soignantes des 6 établissements, sous le pilotage des directions des soins.

Le collège médical du GHT et les pilotes de filières ont pris en compte les évolutions des établissements et les remarques de l'ARS, et notamment les documents transmis suite à la mission menée par Alain Gaillard.

La synthèse ci-après prend en compte les orientations validées dans la convention constitutive du GHT et les projets par filière. Elle s'appuie sur un diagnostic territorial.

Les principales propositions des projets de filière, reflet des réflexions des équipes médicales et soignantes, alimentent ce Projet Médico Soignant Partagé (PMSP).

Les projets complets de chaque filière sont présentés en annexe.

Les principaux axes de travail¹ identifiés sur le territoire dans le cadre de l'élaboration du projet médical sont :

- Axe 1 : Prise en charge des affections cancéreuse et coordination en cancérologie
- Axe 2 : Périnatalité (gynécologie- obstétrique – pédiatrie – néonatalogie – pédopsychiatrie)
- Axe 3 : Filière vasculaire (neurologie – cardiologie – insuffisance rénale – angiologie)
- Axe 4 : Médecine spécialisée (maladies infectieuses - pneumologie – rhumatologie – endocrinologie – médecine polyvalente) + plaies et cicatrisation
- Axe 5 : Gériatrie et soins de longue durée
- Axe 6 : Soins de suite et de réadaptation
- Axe 7 : Chirurgie
- Axe 8 : Urgences
- Axe 9 : Réanimation et soins continus
- Axe 10 : Hépatogastroentérologie
- Axe 11 : Imagerie médicale
- Axe 12 : Biologie médicale
- Axe 13 : Pharmacie

Le PMSP entend développer par ailleurs des actions transversales telles que la prise en charge des personnes en situation de vulnérabilité.

¹ Cette liste a été légèrement modifiée par rapport à la liste initiale
Groupement hospitalier de territoire du ROUERGUE
PMSP –

2. Orientations stratégiques et enjeux

→ Objectifs médicaux et généraux

Les objectifs médicaux et généraux pour le **PMSP**, ont été fixés lors de l'élaboration de la convention constitutive, en juin 2016.

Ils ont pour été retenus la plupart, et complétés suite au travail par filière de prise en charge. Ils sont les suivants :

1. Permettre 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 entre les établissements parties et avec les autres établissements de recours.
2. S'inscrire **dans le cadre des autorisations** de fonctionnement, des autorisations d'équipements lourds et des reconnaissances contractuelles des établissements parties tout en proposant si besoin des évolutions à ces autorisations et à ces reconnaissances contractuelles.
3. Positionner les 6 établissements parties en **complémentarité graduée et prioritaire** : ce qui peut être adressé à l'un des établissements lui est adressé en priorité. Le projet médical par filière de soins déclinera cet objectif.
4. Affirmer la **subsidiarité des établissements** pour toutes les activités de médecine, de chirurgie et de gynécologie-obstétrique, par l'accueil en hospitalisation et par l'ouverture de leur plateau technique aux patients et aux médecins.
5. Donner à chaque établissement **une place pleine et entière** dans le GHT.
6. Conforter et accentuer le **virage ambulatoire**, qui constitue un objectif majeur, dans les 3 grandes disciplines (médecine, chirurgie, obstétrique).
7. En conséquence, **harmoniser les conditions de recrutement, de gestion et de formation des personnels médicaux**, par l'élaboration d'un guide commun, validé par le GHT et mis en œuvre par les établissements, afin, par cette organisation en commun, de créer des pôles territoriaux, de sécuriser des équipes médicales communes, et de garantir l'efficacité de la formation médicale continue.
8. S'ouvrir aux partenariats, aux associations, aux acteurs libéraux.
9. Mettre en place une politique adaptée pour répondre aux besoins des patients en **situation de vulnérabilité**.

Le projet médico soignant partagé (PMSP) a également pour objectif de consolider, d'améliorer et de formaliser les coopérations entre le GHT et le **CHU de Toulouse** autour de 4 axes :

1. L'enseignement et la formation médicale initiale (terrains de stage, internat, post internat.. dans le cadre de la réforme du 3^{ème} cycle des études médicales).
2. La gestion de la démographie médicale (postes d'assistants, partagés, gestion prospective des effectifs et des emplois médicaux).
3. L'organisation des activités de recours et de référence.
4. La recherche clinique (équipes mobiles de recherche clinique..).

Au vu des nouvelles orientations hospitalo-universitaires, le développement des relations avec le CHU de Montpellier s'y ajoute.

Ces orientations sont les lignes directrices du PMSP.

→ Diagnostic territorial²

Le territoire du Rouergue est un territoire peu peuplé, rural, âgé et vieillissant.

Avec 280 000 habitants, l'Aveyron est un département peu peuplé.

- Le territoire de santé couvre une grande partie de l'Aveyron, dont tout le nord du département.
- La population du GHT, 198 000 habitants, représente plus de 70% de la population aveyronnaise.

5% de la surface départementale concentre 40% de la population aveyronnaise et 42% vit en milieu rural.

Le territoire compte 21% de moins de 20 ans et **14% plus de 75 ans**, contre 10% en Midi Pyrénées.

La tendance est au vieillissement (projections à plus de 17% en 2030 pour le département), mais si les projections démographiques le montrent globalement, il est moins marqué dans le pays ruthénois :

- Sur le territoire d'action sociale (TAS) de Villefranche de Rouergue /Decazeville, on constate une évolution régulière de la population des plus de 75 ans à l'horizon 2032 (+ 25% par rapport à aujourd'hui), qui connaît ensuite une accélération significative (+ 48% en 2042).
- Sur le TAS du pays ruthénois, on observe une 1ère évolution numérique de la population des plus de 75 ans peu marquée d'ici à 2020 (+ 3%), pour ensuite augmenter de façon plus significative en 2026 (+ 22%) mais la population des plus de 85 ans connaît une augmentation régulière jusqu'en 2032 puis une augmentation significative en 2038 (+36 %).

L'organisation de parcours de soins adaptés au vieillissement de la population est donc une priorité majeure du territoire.

Le GHT du Rouergue est isolé au plan médical, et ses établissements, plus spécifiquement le centre hospitalier de Rodez, doivent assumer un large éventail de prises en charge.

- Les établissements du GHT répondent globalement aux besoins de proximité de la population en médecine, chirurgie, obstétrique.
- Mais le territoire est éloigné d'un CHU, le plus proche (Toulouse), se situe à près de 2h de route.
- Ceci fait du centre hospitalier de Rodez un hôpital de recours immédiat développant une offre large et diversifiée malgré un bassin de population limité (cardiologie interventionnelle, radiothérapie, néphrologie..).
- L'offre hospitalière, exclusivement publique en **médecine, chirurgie, obstétrique**, répond globalement aux besoins mais nécessite d'être mieux coordonnée, en lien avec les activités de recours du centre hospitalier régional et universitaire. Il existe des marges de développement pour certaines activités.
 - Les parts de marché des établissements du GHT représentent 71% des recours aux soins hospitaliers du bassin, ce qui est plutôt élevé par rapport à d'autres bassins, mais la concurrence privée existe peu en médecine.
 - Les fuites sont logiquement plus importantes en chirurgie (40%) compte tenu de l'offre privée environnante (Albi, Toulouse notamment).
 - La population des cantons les plus périphériques se dirige en partie vers l'offre des territoires proches (Aurillac, Albi, Millau, Figeac).
 - Mais certaines populations hors territoires viennent également se faire soigner dans les établissements du GHT : la zone de chalandise théorique du GHT avoisine les 230 000

² Données issues des analyses réalisées par le DIM de territoire - février 2018, et du rapport Gaillard - février 2018

habitants. Cette population est à la fois plus jeune (24% de moins de 20 ans), et plus âgée (16% de plus de 75 ans).

- On peut noter que le seul service de pédiatrie du département est installé à l'hôpital de Rodez, de même que la seule maternité 2B, et les seules unités départementales de réanimation, de soins intensifs cardiologiques et de soins intensifs neurovasculaires.

Le PMSP, via ses projets par filière, devra donc consolider l'offre du territoire en médecine, et analyser les développements à réaliser en chirurgie en répondant aux objectifs de qualité et de sécurité des prises en charge.

Les séjours en soins de suite et de réadaptation (SSR) de la population du territoire sont répartis entre de nombreux établissements, dans ou hors du territoire voire du département.

- Si les centres du GHT font 98% de leur activité pour la population de l'Aveyron, ils ne couvrent que **56% des séjours du territoire**. En ajoutant l'activité du centre des tilleuls à Ceignac (14%), la couverture du territoire est de 70%.
- La concurrence est également réelle au sein du territoire, les centres de SSR du GHT ne fonctionnant pas à plein (le taux d'occupation va de 72% à 97%, avec TO moyen à 86%).

Le projet de la filière SSR, aussi bien sous l'angle des SSR polyvalents que spécialisés, devra prendre en compte ces éléments pour mieux adapter l'offre aux besoins, en lien avec les développements des autres filières.

La démographie médicale est préoccupante, aussi bien dans les structures hospitalières que pour certaines spécialités en libéral.

Les postes médicaux hospitaliers sont difficiles à pourvoir dans de nombreuses disciplines, compte tenu notamment de l'éloignement du territoire qui est peu attractif, et la pyramide des âges est très défavorable. La capacité des établissements du GHT et de leurs responsables médicaux à recruter des médecins seniors stables est fragile.

- La situation est particulièrement tendue en chirurgie³ : le GHT dispose de 9 orthopédistes (dont 5 de plus de 60 ans), 6 chirurgiens viscéraux (dont 3 de plus de 60 ans), 4 urologues (dont 1 de plus de 60 ans), 1 chirurgien vasculaire. Et malgré cette situation, 3 lignes d'astreinte sont organisées et viscéral et orthopédie, une par établissement.
- Chaque établissement connaît des difficultés, d'autant plus aigües que la taille des équipes est réduite :
 - Au centre hospitalier de Rodez, pour un effectif cible de 149 ETP médicaux, 32 postes ne sont pas pourvus au 1^{er} janvier 2018, soit plus de 20 %. 50 % des postes ouverts sont tenus par des praticiens hospitaliers temps plein, qui représentent 65 % des médecins en activité, hors remplaçants.
 - Au centre hospitalier de Villefranche-de Rouergue, pour un effectif cible de 64 ETP médicaux, 6 postes ne sont pas pourvus au 1^{er} janvier 2018, soit 10 %. 66% des postes ouverts sont tenus par des praticiens hospitaliers temps plein, qui représentent 73 % des médecins en activité, hors remplaçants.
 - Au centre hospitalier de Decazeville(à compléter)

³ Cf. projet de la filière chirurgie

Les fragilités des établissements du territoire sont réelles et peuvent être progressivement surmontées grâce au PMSP.⁴

Ces fragilités portent sur :

- Le plan financier, avec une situation de déficit d'une partie des établissements et une attractivité qui souffre de lacunes.
- Le plan structurel, avec un fort poids de l'histoire donnant aux acteurs le sentiment d'une « scission » entre le nord, le centre et le sud de l'Aveyron.
 - Sur cet aspect, la compétition a permis un certain développement des établissements, mais elle a aussi entraîné des situations aujourd'hui difficiles à intégrer dans une réelle approche territoriale.

Ces fragilités, si elles constituent des freins actuellement au développement du GHT, peuvent devenir une force d'évolution à la condition de respecter deux prérequis : la confiance entre les acteurs du GHT, et le passage d'une logique d'établissement à une logique de territoire.

⁴ *Rapport Gaillard – février 2018*

3. Stratégie médico soignante du Groupement Hospitalier de Territoire

Les axes stratégiques du PMSP répondent au diagnostic territorial, et prennent en compte les dimensions médicales et soignantes des activités des établissements du GHT.

Ils montrent une volonté affirmée des établissements de faire évoluer l'offre de soins et son organisation.

Le GHT, son comité stratégique et son collège médical, affirment donc les orientations suivantes :

1. Le développement d'une culture de territoire se substituant à celle d'établissement, est indispensable pour permettre au GHT de mieux répondre aux besoins de la population.

Compte tenu des fragilités des établissements du territoire, et des attentes de la population sur une offre de soins coordonnée et graduée, chacun doit contribuer, en confiance, à une nouvelle approche qui dépasse celle de chaque établissement.

- Des signes positifs ont déjà été donnés, via par exemple la mise en place du centre périnatal de proximité (CPP) de Decazeville, qui reste à consolider dans son fonctionnement, et qui est une priorité des acteurs de la filière périnatalité.
- La mise en œuvre et l'obtention de nouvelles autorisations s'inscrivent dans une même approche qui sera facilitée par la mise en cohérence des projets d'établissement de chaque structure du GHT avec le PMSP du territoire.
- La constitution d'équipes médicales territoriales, proposée par la plupart des filières, ainsi que l'organisation progressive d'une permanence des soins territoriale, vont y contribuer.
- Le développement des partenariats se situe également dans cette approche de renforcement territorial, associant aussi bien la médecine de ville que l'HAD, les établissements de soins de suite et de réadaptation que le médico social.

2. L'organisation de parcours de soins gradués et sécurisés est une priorité du PMSP.

Cette organisation prend en compte les axes majeurs du projet régional de santé, qui priorise 5 parcours : périnatalité et santé des jeunes, cancer, vieillissement, handicap et santé mentale.

Afin de répondre aux difficultés actuelles du territoire et d'anticiper leur évolution, dans un contexte de démographie médicale difficile, aussi bien en intra qu'en extra hospitalier, le PMSP du territoire du Rouergue s'attache à répondre à ces priorités.

Les parcours de soins sont explicités dans chaque projet de filière, mais on peut mettre en exergue les points suivants :

- **Parcours périnatalité :**
 - Le développement de l'offre de soin et du maillage territorial via les activités du CPP de Decazeville, implique les équipes de Rodez et de Villefranche.
 - Sans perdre de vue la nécessité de les conforter eux aussi, compte tenu de la démographie actuelle des praticiens hospitaliers.
 - Le recours est organisé avec le CHU de Toulouse, maternité de niveau 3.
- **Parcours cancérologie :** la priorité de la filière est de mettre en adéquation les autorisations en cours pour une prise en charge de proximité sécurisée :
 - Mise en place d'une équipe territoriale en urologie réalisant les interventions de chirurgie cancérologique à Rodez,
 - De même en ORL avec les interventions à Villefranche.

- La question de la gynécologie reste à approfondir en fonction de l'évolution de la démographie médicale et des volumes d'activité réalisables dans de bonnes conditions de qualité et de sécurité.
- **Parcours vieillissement** : le diagnostic territorial met en évidence une forte proportion de personnes âgées sur le territoire et les évolutions attendues dans les différents bassins de santé. De plus, les ressources médicales disponibles sur le territoire sont limitées et doivent être utilisées de manière pertinente. Les priorités de la filière gériatrie sont ainsi de structurer l'organisation territoriale autour des projets suivants :
 - Organisation de la prise en charge des personnes âgées au plus près de leur lieu de vie et selon les règles de bonnes pratiques en gériatrie.
 - Développement de l'évaluation gériatrique, de l'évaluation des fragilités, en diminuant les hospitalisations le plus souvent délétères pour les sujets âgés.
 - Priorisation de la prise en charge ambulatoire, organisée dans les hôpitaux ayant un plateau technique adapté et toutes les compétences nécessaires.
 - Développement du dépistage des troubles cognitifs et d'une filière mémoire labellisée sur le territoire.
 - Organisation de la prise en charge globale des personnes âgées en chirurgie, dès le pré opératoire.
 - Intervention rapide aux urgences pour une meilleure prise en charge et la sécurisation du retour à domicile
 - Explicitation du rôle des Equipes Mobiles de Gériatrie (EMG) en intra hospitalier et en extra hospitalier permettant une harmonisation sur le territoire.
 - Fluidification des parcours de soins de suite et de réadaptation, en ciblant les indications et en utilisant pleinement l'outil TRAJECTOIRE.
- **Parcours santé mentale et handicap** : Le GHT va développer des actions permettant l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, en situation de vulnérabilité et de précarité. Il répond ainsi à l'appel à projet de l'ARS concernant la mise en place de « consultations dédiées des personnes handicapées ».

3. Une offre graduée sur le territoire doit assurer à toutes les populations un égal accès à des soins sécurisés et de qualité

Il ressort des projets des filières des axes de développement partagés, pierres angulaires de cette offre de soins graduée et sécurisée :

- La mise en place chaque fois que possible de **consultations avancées** dans les centres hospitaliers pour les spécialités dont ils ne disposent pas, aussi bien en médecine qu'en chirurgie.
 - C'est déjà le cas pour certaines spécialités : neurologie, urologie, pédiatrie à Decazeville, endocrinologie à Rodez.
 - Ces consultations avancées seront progressivement développées, sous réserve de la disponibilité des équipes médicales dans certaines spécialités (cf. projets des filières).
 - Cet objectif concerne aussi les hôpitaux de proximité : CHI Vallon, CHI Espalion, CH St Géniez, en lien avec les réseaux libéraux.
- Le développement de la **télé médecine**, y compris au chevet du patient, et même en médecine ambulatoire (télé consultations, télé expertise, télé AVC..).
- L'organisation de **pôles territoriaux**, évoluant vers **des équipes médicales territoriales**. Elles doivent faciliter l'organisation de prises en charge multi site harmonisées et graduées, permettre l'ajustement aux besoins des ressources médicales et des différentes compétences, faciliter les recrutements médicaux grâce à des équipes élargies plus solides et pérennes. Ces

équipes territoriales vont concerner également d'autres métiers, y compris les nouveaux métiers comme les **infirmiers** de pratiques avancées.

- **L'organisation territoriale de la permanence des soins**, en lien avec la mise en place d'équipes médicales territoriales, qui sont, via des recrutements coordonnés, des préalables à une permanence des soins sécurisée.
- L'organisation d'échanges et de concertations entre les équipes médicale lors d'**assises territoriales par spécialité** (échanges sur les pratiques, et avancées de la mise en œuvre des projets territoriaux).

4. **Le virage ambulatoire est à la fois une nécessité et une opportunité pour le GHT qui en fait une priorité pour l'amélioration de l'offre de soins**

- **Le développement de l'ambulatoire de médecine**, dans toutes les spécialités, en permettant un accès aux praticiens des différents établissements, et/ou à leurs patients, aux plateaux techniques disponibles, est indispensable à un élargissement de l'offre de soins.
 - Par exemple, l'ouverture de l'hôpital de jour gériatrique de Rodez aux équipes médicales des autres sites (comme Espalion) permettra un accès élargi au plateau technique (IRM, ..) aux praticiens pour leurs patients, dans la continuité des prises en charges initiées en différents points du territoire.
- **Le développement de la chirurgie ambulatoire sur 3 sites** est un axe fort de la filière chirurgie. La chirurgie ambulatoire devant à terme représenter près de 80% des interventions, cette évolution sera majeure pour le territoire.
 - Au centre hospitalier de Decazeville, la chirurgie ambulatoire constitue potentiellement une opportunité dans toutes les spécialités, qui sera assurée par des équipes territoriales de chirurgie.
 - Au centre hospitalier de Villefranche-de Rouergue et au centre hospitalier de Rodez, le développement des activités et des équipes de chirurgie passe dans chaque spécialité par une poursuite voire une accélération du passage à l'ambulatoire.

5. **La réponse aux difficultés majeures de recrutement de médecins dans le territoire passe par une politique territoriale volontariste et rapidement mise en œuvre, en lien avec le CHU de Toulouse, voire celui de Montpellier.**

Plusieurs axes de travail sont retenus par le groupe de travail ad-hoc mis en place par le comité stratégique :

- Inscription de tous les nouveaux recrutements dans des engagements territoriaux.
- Nouveaux recrutements systématiquement concertés.
- Harmonisation des règles de recrutement (statuts, rémunérations, temps de travail).

La réponse à la question majeure de la démographie médicale nécessite également de poursuivre et d'accentuer les **coopérations entre le GHT et le CHU de Toulouse**

- Recrutement d'assistants partagés.
- Intégration des nouvelles maquettes de formation des internes pour favoriser la mise à disposition d'internes, y compris d'internes de spécialité.
- Poursuite et développement, spécialité par spécialité, des échanges avec le CHU de Toulouse, aussi bien via une forte implication dans les réseaux (MATERMIP, ONCOMIP, GERONTOPOLE...) que dans des travaux de recherche.

6. **L'organisation de l'amont et de l'aval des hospitalisations, notamment hospitalisation à domicile et soins de suite, doit évoluer pour mieux s'adapter aux besoins du territoire**

Les parcours de soins territoriaux sont plus larges que les prises en charge hospitalières. Cette organisation des parcours doit intégrer l'amont et l'aval des épisodes hospitaliers, a fortiori dans un

territoire rural et âgé. Le maintien à domicile, chaque fois que possible, est une nécessité et une opportunité à construire.

Plusieurs axes de travail sont ainsi identifiés dans le PMSP :

- Développement de l'hospitalisation à domicile, en partenariat avec l'UDSMA.
- Structuration de la filière SSR territoriale avec une attention particulière au devenir du SSR pneumologie (cf. projet de la filière).
- Amélioration des liens entre l'hôpital et les acteurs de soins du territoire.

7. La dimension sociale doit être prise en compte dans le projet médico soignant partagé du territoire.

La population du territoire du Rouergue est souvent précaire et isolée, et rencontre des difficultés dans son accès aux soins. Les acteurs des différents établissements du GHT se sont mobilisés pour apporter des réponses aux populations fragiles.

Les axes de travail vont porter sur :

- La mise en place d'une permanence d'accès aux soins de santé (PASS) territoriale.
- La mise en forme d'un projet d'intervention sociale partagé (PISP), déjà bien amorcé.⁵

De même la prise en charge des patients en situation de handicap fera l'objet d'actions spécifiques.

⁵ Cf. annexe 3 – projet social territorial

4. Principaux axes de travail en réponse aux objectifs stratégiques

Parallèlement aux analyses et aux projets développés ci-après par « filière », des points majeurs à mettre en œuvre dans le PMSP pour répondre aux objectifs stratégiques, ressortent de toutes les réflexions et pistes de travail proposées, au-delà des parcours prioritaires présentés précédemment.

L'offre de proximité doit être assurée dans de bonnes conditions de sécurité et de qualité.

La création de **consultations avancées** (cf. point 3) constitue l'axe de travail prioritaire pour y parvenir. C'est un maillage territorial adéquat qui est visé. Le développement de la télémédecine va aussi y contribuer, ainsi qu'une meilleure organisation des réseaux ville-hôpital.

- Dans le cadre du projet régional piloté par l'ARS, l'ouverture de consultations par télémédecine du Centre de Plaies & Cicatrisations de Rodez sur le centre hospitalier de Villefranche de Rouergue et sur les hôpitaux locaux du GHT, les EHPAD et les maisons de santé du département qui le souhaitent, contribuera également au développement d'offres de proximité.
- L'organisation d'un centre de prélèvement, organisé en lien avec les consultations avancées, est proposée sur le site de Decazeville.

Le **bon fonctionnement du centre périnatal de proximité (CPP)** de Decazeville reste la priorité du parcours périnatalité.

L'**organisation chirurgicale du territoire** doit prendre en compte la proximité (consultations avancées en pré et post opératoire, chirurgie ambulatoire) et la sécurité des soins (analyse des lieux d'intervention possibles suivant les spécialités pour des raisons de démographie des chirurgiens et de garantie de la qualité de prise en charge, notamment en post opératoire). Certains actes, notamment en chirurgie orthopédique, font l'objet de fuites importantes identifiées et dont la réduction fait partie des objectifs de la filière chirurgie. La mise en place d'une permanence des soins commune peut être envisagée. Des perspectives se dessinent d'ores et déjà entre Rodez et Decazeville en orthopédie notamment. Elles pourront se développer ensuite en fonction des recrutements communs de chirurgiens.

La situation de l'**endocrinologie** sur le territoire est préoccupante. Il existe un seul service au centre hospitalier de Villefranche-de Rouergue. Même si la mise en place d'une équipe mobile territoriale est effective, l'offre reste très limitée compte-tenu des besoins de la population, notamment du fait des pathologies vasculaires et diabétiques.

En **pneumologie**, l'effectif médical est largement insuffisant pour assurer l'offre de soins nécessaire aux patients relevant de cette spécialité, et seul le centre hospitalier de Rodez dispose d'une unité d'hospitalisation identifiée. Il est donc nécessaire de définir la filière de soin des patients porteur d'une pathologie pulmonaire, et d'explicitier les mécanismes de recours entre les équipes médicales en fonction des besoins du patient et des plateaux techniques nécessaires ainsi que de l'environnement médical (réanimation par exemple).

Les **3 sites d'urgences** seront maintenus grâce à une nouvelle organisation combinée des urgences et des soins aigus sur le site de Decazeville. La mise en place progressive d'une équipe territoriale d'urgences est prévue.

L'offre de recours doit être ciblée et attractive

Une offre de recours est visée lorsque l'offre hospitalière doit être regroupée, soit pour des raisons d'investissements lourds (plateaux techniques) soit pour des raisons d'autorisation ou de spécialisation des intervenants, conjugués à des volumes d'activité permettant d'assurer la sécurité du dispositif.

La plupart des **activités vasculaires** (néphrologie, cardiologie interventionnelle, neurologie) sont concernées :

- Pour la cardiologie et le vasculaire, pour l'activité programmée, une ouverture du plateau non invasif du centre hospitalier de Rodez aux praticiens du GHT peut être mise en place, en développant le système des prestations inter établissements.
- Les fuites importantes constatées en cardiologie interventionnelle, très concurrencée notamment en programmé depuis le centre hospitalier de Villefranche-de Rouergue, doivent être réduites.
- L'organisation de la permanence des soins en neurovasculaire passera par des recrutements médicaux et la poursuite de la réflexion sur le réseau télé AVC pour thrombolyse à distances
- Tendre vers le « zéro refus » pour les urgences cardiaques et neurologiques demande un investissement humain (transports secondaires, permanence des soins USIC & USIN) très important.

Le centre hospitalier de Rodez joue son rôle de recours en **infectiologie**, et prévoit de mettre en place une gestion « qualité de l'antibiothérapie » commune au sein des 6 établissements du GHT répondant aux critères exigés dans la « charte d'engagement au juste usage des antibiotiques ».

L'organisation des **secteurs aigus** de prise en charge sur le territoire va permettre de repositionner les patients USC versus réanimation sur le territoire depuis les SAU, la régulation Centre 15 mais aussi en fonction de la stratégie territoriale des actes chirurgicaux en lien avec l'évaluation pré-anesthésique.

Dans certains cas la prise en charge est organisée hors du GHT.

Certaines pathologies ne peuvent pas être prises en charge au niveau du territoire. Les modalités de prise en charge sont alors organisées dans un parcours gradué et sécurisé, qui est accessible à tous les patients qui le nécessitent.

C'est le cas de la neurochirurgie, de la chirurgie cardiaque mais aussi de la chirurgie vasculaire conventionnelle en lien avec le CHU de Toulouse.

C'est le cas également des interventions lourdes de chirurgie carcinologiques, même si la prise en charge en amont et en aval peut être organisée et sécurisée sur le territoire (chimiothérapie, radiothérapie, médecine nucléaire...). Le travail doit se poursuivre pour affiner le niveau des interventions réalisables en toute sécurité sur le territoire (en urologie, gynécologie notamment), en fonction des compétences médicales et des volumes d'activité.

L'accès aux plateaux de diagnostic représente un enjeu majeur pour le territoire, notamment en imagerie médicale.

Alors que les activités cliniques sont dépendantes d'un accès performant et stable au plateau **d'imagerie**, la démographie médicale et l'organisation des services d'imagerie du territoire sont préoccupantes.

Un axe majeur de développement concerne la **radiologie interventionnelle**, en cohérence avec le positionnement des établissements du GHT : Rodez maternité de niveau 2 avec nécessité de réaliser des embolisations, intégration dans la filière de prise en charge des traumatisés graves.

Il est indispensable de s'appuyer sur une équipe territoriale, pour mieux organiser la permanence des soins et aussi l'activité en journée. Plusieurs pistes de travail sont retenues dans le PMSP :

- Stabiliser en journée l'organisation des activités sur les 3 sites, y compris pour le centre hospitalier de Rodez en imagerie interventionnelle, afin de permettre aux activités cliniques de s'organiser (développement de l'ambulatoire de médecins notamment).
- Organiser la télé radiologie de manière concertée, ciblée sur la nuit en phase temporaire, et mettre en place une permanence des soins commune.
- Développer les nouveaux métiers en imagerie.
- Mettre en place un centre unique de prise de rendez-vous pour tous les établissements du GHT.
- Faire face aux difficultés démographiques par une approche territoriale intégrant si besoin le privé libéral.

Au delà du regroupement en préparation des activités de microbiologie sur le site de Rodez, une étude va être menée rapidement pour proposer une répartition adaptée des activités de **biologie** de proximité et de recours sur le territoire. Cette étude intégrera des paramètres de qualité, de compétence et de faisabilité médico économique.

Ce programme de travail va se répartir principalement sur les 3 prochaines années. Le succès du PMSP repose sur la capacité du GHT à suivre, en démarche projet, la finalisation et la mise en œuvre de ces plans d'actions par filières et à les coordonner (cf. point 6 Gouvernance).

5. La déclinaison des orientations stratégiques dans les filières de soins

La notion de « filière » a été utilisée de manière large pour l'élaboration du PMSP du GHT du Rouergue, afin d'impliquer les différentes spécialités médicales et leurs équipes.

Certaines filières correspondent à des parcours de prise en charge présentés précédemment :

- Parcours vieillissement via l'axe de travail filière gériatrie, intégrant les soins de suite et de réadaptation polyvalents.
- Parcours cancérologie via l'axe de travail filière oncologie et 3C.
- Parcours périnatalité via l'axe de travail filière périnatalité.

D'autres filières déclinent les thématiques liées aux différentes spécialités, et peuvent contribuer aux parcours ci-dessus.

Enfin certaines filières concernent plus spécifiquement des activités de support aux activités cliniques (filière imagerie, filière biologie, filière pharmacie).

Chaque filière a élaboré un projet, devant contribuer à la mise en œuvre des orientations stratégiques du PMSP.

Chaque projet s'appuie sur un diagnostic de la situation de la filière. Ce diagnostic a permis de mettre en évidence les points forts et les points faibles de la filière dans la réponse aux besoins de la population. La démographie médicale actuelle et ses perspectives ont également été analysées.

Cette démarche a permis de proposer au collège médical puis au comité stratégique des axes de développement et un plan d'actions, qui constitue la phase opérationnelle du PMSP.

Le PMSP va permettre aussi de suivre et d'évaluer le fonctionnement des filières de prise en charge pour s'assurer du respect des objectifs fixés et de la réelle mise en œuvre des plans d'action. Différentes modalités de travail sont proposées :

- Organisation de points d'évaluation réguliers au collège médical, et points d'avancements au comité stratégique.
- Suivi des résultats opérationnels des actions menées et du fonctionnement des filières via notamment la gestion des risques.

→ Axe 1 - Prise en charge des affections cancéreuses et coordination en cancérologie

Enjeux et objectifs :

1. Maintenir une activité de cancérologie (chirurgie, oncologie et radiothérapie) au sein du GHT, dans le respect des recommandations de l'INCA.
2. Développer les prises en charge des patients en intégrant la notion de parcours patient en se centrant sur les spécialités accessibles et présentes sur le GHT : Cancer digestif, pulmonaire, mammaire et gynécologique, ainsi que l'hémo-oncologie.
3. Réduire les délais d'accès au plateau technique d'imagerie et autres consultations.
4. Systématiser la prise en charge dans le respect des recommandations de l'INCA et notamment celles concernant la chirurgie cancérologique.
5. Développer l'activité de chirurgie cancérologique.

Points clés du diagnostic

- Le bassin de population concerné est de 225 000 habitants sur la zone du groupement hospitalier de territoire.

- L'activité médicale couvre l'ensemble du territoire nord Aveyron, avec une participation non négligeable du secteur de Figeac. La chirurgie souffre de la concurrence forte d'Albi et de l'Oncopôle, avec une difficulté historique pour créer des liens inter-hospitaliers :

Libellé	Nombre de séjours	Taux de fuite	Commentaires
Chimiothérapie	7 835	15%	
Radiothérapie	12 575	faible	15 % de l'activité vient du Lot
Chirurgie urologique	48	40%	Cliniques d'Albi
Chirurgie sein	104	50%	CHU et Oncopole
Chirurgie gynécologie	45	40%	CHU et Oncopole
Chirurgie digestive	147	30%	CHU et Clinique Albi
Chirurgie ORL	33	Pas de chiffres	

Libellé	Potentiel à récupérer (nombre de patients)
Chirurgie urologique	50
Chirurgie sein	100
Chirurgie gynécologie	40
Chirurgie digestive	60

1. Cancérologie (oncologie et radiothérapie)

- En oncologie médicale et en radiothérapie il n'y a pas véritablement pas de fuites pour les séances de radiothérapie et de chimiothérapie ; la notion de parcours du patient est prise en compte, ainsi que le rôle de l'établissement de recours (CHU – Oncopôle) pour des spécialités non couvertes par le GHT, (notamment en chirurgie lourde, pour les cancers « rares » type sarcome ou l'activité de recherche translationnelle).
- Une permanence des soins est organisée dans le cadre de la prise en charge oncologique avec un même numéro d'appel pour les hôpitaux de Rodez et Villefranche de Rouergue.
- Le dossier commun en cancérologie (DCC) géré par le réseau OncoOccitanie est utilisé et permet l'échange des informations de manière sécurisée entre les établissements.
- L'oncologie médicale est organisée au niveau du territoire, avec une équipe de 5 PH dédiés localisés dans le CH de Rodez, dont 3 médecins consultent régulièrement dans le CH de Villefranche de Rouergue, épaulés par un PH gastroentérologue et un médecin généraliste. A Figeac 1 autre oncologue consulte régulièrement. Les RCP sont organisés de façon commune, avec les mêmes référentiels et la possibilité de rediriger une RCP en fonction du quorum nécessaire. Ceci garantit une même qualité de prise en charge à proximité du domicile du patient.
- La radiothérapie, avec 2 accélérateurs, prend en charge plus de 90% de patients. Le récent renouvellement du parc permettra d'une part l'augmentation de la capacité d'accueil des patients et d'autre part la réalisation des traitements plus complexes y compris pour la radiothérapie stéréotaxique.

2. Centre de Coordination de Cancérologie - 3C

- Le 3C fédère l'activité cancérologique des établissements de Rodez, Villefranche de Rouergue et Figeac par le biais d'une convention. Il a permis une mutualisation de praticiens hospitaliers oncologues au sein du territoire.
- Le 3C est actif et dynamique avec de bons chiffres sur les RCP, PPS, consultations d'annonce. La consultation d'annonce en chirurgie est en cours de développement. Un travail d'intégration fort autour du réseau OncoOccitanie permet d'asseoir la place de notre territoire dans la région.
- L'activité qualité dépend de chaque hôpital, les budgets des 3C n'ayant toujours pas été regroupés.

3. Soins palliatifs

- Le secteur de soins palliatifs est intégré dans le Pôle oncologique du CH de Rodez, il comprend une unité de soins palliatifs, une équipe mobile de soins palliatifs et de la douleur et une consultation de douleur chronique. Cette organisation s'intègre dans le territoire avec des conventions avec l'HAD, le réseau Palliance et une interaction forte avec les responsables de soins palliatifs des hôpitaux de Villefranche de Rouergue et de Decazeville.
- Une « conférence de soins palliatifs » est en place pour harmoniser la prise en charge dans le nord Aveyron. Elle comprend aussi bien les intervenants du GHT (CH Rodez, Villefranche de Rouergue et Decazeville, les hôpitaux locaux de Cougousse, Espalion et Saint Géniez d'Olt), que les SSR de La Clauze et de Ceignac, l'HAD, le réseau Palliance et le site de Figeac.

4. Chirurgie, recherche, plateaux techniques

- La notion de parcours patient n'est pas réellement développée dans le cadre de la chirurgie du cancer. Il y a peu d'activité lourde en chirurgie digestive (œsophage, pancréas..) et chirurgie gynécologique (ovaire).
- Il existe des fuites importantes pour la chirurgie du cancer : forte concurrence des cliniques d'Albi et du CHU – Oncopôle sur secteurs spécifiques (voir supra)
- Le renforcement du 3C devrait permettre une meilleure intégration des activités dans le territoire et à terme faciliter un recrutement territorial.
- Un ARC temps plein est présent sur le site de Rodez depuis fin 2017 avec la mission d'impulser la recherche clinique oncologique au sein de l'institution.
- Les délais d'attente pour accéder au plateau technique sont aléatoires et cela rend difficile l'organisation de la prise en charge des patients (c.fr. axe de travail prioritaire).
- Les seuils d'activité dans les différentes spécialités autorisées sont atteints mais ils restent fragiles en raison des difficultés de recrutement médical et des points faibles sur la qualité, la gestion des risques et l'évaluation de pratiques professionnelles.

Axes de travail :

1. Organiser le pôle territorial.

- Intégrer l'activité du CH de Figeac-Font-Redonde dans le pôle oncologique du territoire, alors qu'elle fait partie de la convention du 3C de Rouergue.
- Evaluer la possibilité de faire évoluer la convention 3C en pôle de cancérologie inter établissements.

- Organiser en amont le recrutement des nouveaux médecins oncologues dans le cadre du territoire et à l'intérieur d'une seule équipe pour assurer leur pérennité (2 PH de plus de 60 ans).
- Faciliter l'efficacité, la coordination, la cohésion, la fusion des budgets 3C, autour de 2 responsables 3C (1 clinique, 1 médico-économique ou qualitatif), probablement grâce à des postes dédiés.
- Etoffer les protocoles communs, les procédures uniques de PEC ainsi que les parcours patient à l'intérieur des hôpitaux.

2. Intégrer les notions de parcours patients et l'évaluation de la qualité.

- Développer l'approche parcours patient en cancérologie de l'amont (ville) à l'aval (soins de support) : s'impliquer fortement sur la création de nouveaux métiers soignants (IDE de coordination).

3. Couvrir 80 % de l'activité de chirurgie cancérologique.

- Développer les équipes territoriales chirurgicales avec maillage du territoire (notion de consultations avancées).
- Développer le réseau ville hôpital : s'appuyer sur la nouvelle équipe 3C et sur un guichet unique (coordonné par une IDE dédiée) de parcours patients.
- Se concentrer sur la chirurgie cancérologique « classique » pour rendre les postes disponibles attractifs et permettre de sécuriser l'offre de soins.

→ Axe 2 - Périnatalité

Gynécologie obstétrique - pédiatrie - néonatalogie

Objectifs

- Développer l'offre de soin et le maillage territorial via les activités du CPP.
- Coordonner et mettre en œuvre la prévention, le diagnostic et la prise en charge des pathologies gynécologiques, pédiatriques et oncologiques.
- Formaliser le parcours de soin de la femme enceinte.
- Assurer le suivi, l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque et adapter la prise en charge.
- Participer au bon fonctionnement de l'hospitalisation à domicile (HAD).
- Développer l'ambulatoire chirurgical.

Diagnostic

Le GHT dispose de 2 maternités, une maternité de niveau 1 au centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue, une maternité de niveau 2B au centre hospitalier de Rodez. Un centre de périnatalité de proximité (CPP) a été ouvert début 2018 au centre hospitalier de Decazeville.

Le GHT assure la quasi totalité des prises en charge obstétricales du territoire :

- Les établissements du GHT ont réalisé en 2016 (avec 3 maternités) 93% des activités d'obstétrique du territoire. 3% sont assurés par le CHU de Toulouse.

L'installation du CPP de Decazeville est récente, et son organisation doit être stabilisée.

Le seul service de pédiatrie du département est situé au centre hospitalier de Rodez. Il est impliqué dans le CPP de Decazeville. La néonatalogie, grâce à une garde sur place, permet une meilleure réponse aux besoins de la population et facilite l'organisation des recours vers la maternité de niveau 3 du CHU de Toulouse.

Axes de développement

- Stabiliser et sécuriser le fonctionnement du CPP de Decazeville
- Optimiser l'ensemble des actions de prévention, de diagnostic et de traitement par la mise en commun et la réactualisation des protocoles.
 - Organiser une formation commune aux 4 structures.
 - Mettre en place un dossier médical informatisé commun pour une meilleure collaboration.
 - Développer des staffs en anténatal communs obstétrico - pédiatriques y compris HAD pour des situations à risques, des RMM.
- Intensifier les échanges entre les différentes équipes au sein de la Fédération et donc du GHT.
- Créer une équipe territoriale de gynécologie-obstétrique-pédiatrie pour répondre aux besoins de chaque établissement : consultations avancées, échanges de praticiens pour des besoins ponctuels, dépannages de gardes et astreintes, réalisation de RMM et de staffs communs, du bon usage des médicaments...
- Elargir l'offre de soins.
 - Développer les échographies de diagnostic et de dépistage des pathologies fœtales.
 - Développer la préparation à la naissance et à la parentalité et proposer en systématique l'entretien prénatal précoce.
 - Développer la rééducation périnéale post natale.
 - Elargir l'HAD obstétricale au secteur de Decazeville.
 - Assurer une présence pédiatrique sur les différents sites du GHT.
 - Développer des filières pédiatriques spécifiques (allergo pédiatrie, obésité infantile, PTITMIP, endocrinologie, neuro pédiatrie).
- Poursuivre les collaborations avec le CHU de Toulouse dans le cadre des réseaux organisés :
 - Maintenir le partenariat avec la maternité de référence niveau 3 pour la prise en charge des grossesses pathologiques et les formations continues sur site.
 - Privilégier les transferts in utéro pour limiter la séparation mère-enfant.
 - Intégrer la prise en charge des complications obstétricales et pédiatriques dans le cadre de la filière : niveau 2 et 3.
 - Participer au transport néo-natal en collaboration avec le SMUR de Rodez (projet détaillé dans le PMP de la filière urgences).
 - Poursuivre l'activité de PMA en collaboration avec le CHU.
 - Participer de manière active aux groupes de travail initiés par le réseau MATERMIP (vulnérabilité, allaitement, IVG).

Pédopsychiatrie

Diagnostic

- Existence de nombreux sites éloignés géographiquement, avec manque de lien et de transversalité entre les équipes.
- Problème de l'accessibilité pour les enfants et les parents avec handicap moteur, dans des locaux sans adaptation possible et dont l'entretien devient difficile (coût et ancienneté).
- Le site accueillant, sur le CH de Rodez, les adolescents est sous dimensionné et mélange des adolescents avec des problématiques trop différentes pour un accueil adapté pour tous.
- Absence de dispositif sur le territoire de Decazeville, malgré une demande importante.
- Dispositif de Villefranche de Rouergue et d'Espalion à renforcer, au vu des listes d'attentes et de la demande sur ces territoires.

- Manque de lien entre les secteurs de pédopsychiatrie et de psychiatrie adulte, rendant relais difficiles.

Projets sur le territoire

- Projet architectural de rassemblement des différentes unités (Viala, Olemps et guidance infantile) sur le site de Bourran.
 - Ce projet est nécessaire pour la mise aux normes des différents sites et l'amélioration de l'accueil des enfants et des adolescents.
 - Il permettra également de différencier la prise en charge en ambulatoire (sur le nouveau site) et celle en hospitalisation à temps plein des adolescents sur le site déjà existant.
- Projet commun avec le service de pédiatrie et le service de psychiatrie adulte pour la constitution d'une maison des adolescents sur le territoire.
- Maintien des conventions existantes sur les sites de Villefranche de Rouergue et d'Espalion au sein des CMPP.

→ Axe 3 - Vasculaire (neurologie - cardiologie - insuffisance rénale - angiologie)

Objectif général de la filière

Assurer au patient quel que soit sa pathologie vasculaire, une prise en charge coordonnée qui lui permettra de bénéficier des soins hospitaliers adaptés le plus près de son domicile, autrement dit définir et organiser (évaluation régulière) des parcours de soins.

Diagnostic

La filière vasculaire comprend les spécialités médicales suivantes : Cardiologie, Neurologie, Néphrologie et Médecine Vasculaire. Une coordination avec les filières urgence & chirurgie (pour le vasculaire) & SSR est indispensable.

Sur un plan médical vasculaire la situation est contrastée.

- D'un côté les innovations techniques (endovasculaires) permettent de traiter de plus en plus de patients notamment en ambulatoire, d'un autre (côté) la démographie médicale s'appauvrit.
- Tout ceci alors que la concurrence privée ou publique des territoires limitrophes est relativement faible sauf pour l'ouest (Clinique Pont de Chaumes / Montauban, Cliniques Albigeoises) et par contre se concentre sur la région Toulousaine.

La recherche de l'adéquation entre offre et demande de soins de la population du territoire du GHT passe par une évaluation qualitative des ressources hospitalières mais aussi quantitative de l'activité fournie.

Nous sommes en face d'une asymétrie très préoccupante : pathologies fréquentes (nombres de séjours) avec une rareté de l'offre médicale hospitalière. Ceci favorise les fuites et donc la concurrence extra départementale.

Orientations stratégiques proposées

Elles se situeront à 3 niveaux au sein du GHT :

- Local ou proximal correspondant aux 3 hôpitaux.
- De recours, assuré par le centre hospitalier de Rodez.
- Spécifique et de suivi englobent différents aspects (ex : éducation thérapeutique E.T.), post courts séjours (SSR) et ambulatoire (& EHPAD).

Prise en charge de proximité

Pour les 4 spécialités on peut définir les pathologies en cause, discuter de **protocoles communs de diagnostic et de traitement**.

Un appui par des **consultations avancées** peut être envisagé sur demande de la structure de proximité (voire télémédecine). Ceci se fait déjà pour la neurologie au centre hospitalier de Decazeville.

On peut aussi envisager d'autres prestations (cf. projet filière vasculaire en annexe).

Prise en charge de recours

Ici s'organise le parcours du patient programmé ou non pour une pathologie ne pouvant être prise en charge au niveau précédent.

Prise en charge hors GHT : chirurgie vasculaire conventionnelle au CHU de Toulouse.

Prises en charge spécifiques et de suivi :

- **Néphrologie** : élaborer un projet éducation thérapeutique (SROS) et organiser le suivi à distance des UAD/UDM par télémédecine. Agir sur le parcours en amont de la phase de suppléance.
- **Neurologie** : accentuer l'effort sur le post AVC (SROS). Développer des techniques communes avec d'autres structures, exemple : injections de toxines botuliques (avec CRF ESPALION).
- **Cardiologie** : coordonner le post court séjour, la télésurveillance (rythmologie et insuffisance cardiaque) pour éviter les ré-hospitalisations. Articuler l'éducation thérapeutique au sein du GHT.
- **Vasculaire** : organiser le dépistage des maladies cardiovasculaires, participer à la télé surveillance des lésions vasculaires.

De manière globale, les filières intra GHT doivent être privilégiées et renforcées.

Conclusion

Le développement de prises en charge territoriales coordonnées passe par un travail portant :

- Pour la cardiologie et le vasculaire sur l'activité programmée avec une ouverture du plateau non invasif du centre hospitalier de Rodez aux praticiens du GHT, et en développant le système des prestations inter établissements.
- Pour la néphrologie : sur un partenariat fort avec l'AAIR.
- Pour la neurologie : sur le déploiement du Télé AVC.

L'autre point est la **coordination avec les autres filières pour les prises en charge non programmées** comme les urgences cardiologiques et vasculaires et neurologiques (AVC, thrombectomie).

Tendre vers le « zéro refus » pour les urgences cardiaques et neurologiques demande un investissement humain (transports secondaires, permanence des soins USIC & USIN) très important.

La captation de nouveaux patients passera par la fluidité des parcours patients entre les différentes structures médicales en interaction avec les filières urgences et chirurgicales.

Une présence de proximité associée au déploiement de la télémédecine et un plateau technique de qualité permettront d'aider à faire face à la sur-spécialisation des établissements toulousains.

→ Axe 4 - Médecine spécialisée

Cette filière regroupe les activités suivantes : pneumologie, maladies infectieuses, endocrinologie, plaies et cicatrisation.

Pneumologie

Objectifs

- Coordonner l'offre de soins en pneumologie sur le GHT.
- Organiser un parcours territorial de prise en charge avec d'autres acteurs et plus particulièrement avec le SSR de Ceignac.

Diagnostic

Pour les 3 établissements le nombre de séjours correspondant à une pathologie pulmonaires (pas forcément hospitalisé dans le service de Pneumologie) est en 2017 de 1448 séjours à Rodez, 676 à Villefranche de Rouergue et 459 à Decazeville.

- L'effectif médical est largement insuffisant pour assurer l'offre de soins nécessaire aux patients relevant de cette spécialité sur les 3 établissements du GHT.
- Une réorganisation des modalités d'hospitalisation du seul service de pneumologie du GHT sur le centre hospitalier de Rodez doit être envisagée si le recrutement médical ne permet pas de renforcer l'équipe pour revenir à un effectif de 3 PH sur le centre hospitalier de Rodez.

Axes de développement

Définir la filière de soin des patients porteur d'une pathologie pulmonaire au sein des différents établissements du GHT **en fonction des plateaux techniques et de l'environnement médical.**

- Définir les mécanismes de recours entre les équipes médicales des 6 établissements du GHT en fonction des besoins du patient et du plateau technique et de l'indication à une prise en charge en unité de soins continus ou en réanimation.
- Mettre en place entre les secrétariats des 3 services un réseau de réorientation des demandes de rendez-vous ou de suivi de patient vers le pneumologue public le plus proche avec le délai de rdv le plus court.
- Mutualiser l'appareil de VO₂max du centre hospitalier de Rodez avec possibilité d'ouvrir des vacances pour les pneumologues de Villefranche ou de Decazeville pour leurs patients.

Le SSR « réhabilitation respiratoire » sera organisé en lien avec Ceignac dans le cadre d'un projet territorial.

Maladies infectieuses

Objectifs

Optimiser la prévention, le diagnostic et la prise en charge des pathologies infectieuses au sein du GHT avec :

- La mise en place d'une collaboration des équipes d'hygiène et des CLIN des différents établissements du GHT.
- Le regroupement des activités de microbiologie du GHT sur le laboratoire de biologie de Rodez.
- La mise en place d'une équipe territoriale d'infectiologie animée par le Service de Maladies Infectieuses et Tropicales du CH-Rodez.

Diagnostic

- Phase préventive (équipe d'hygiène et CLIN)
 - L'hygiène est bien organisée au niveau de chaque établissement (à l'exclusion du centre hospitalier de Decazeville du fait d'un manque du temps de Pharmacien/médecin Hygiéniste) mais avec un travail de mise en commun des procédures et des protocoles qui reste à faire.

- Phase diagnostique
 - Trois laboratoires de Bactériologie existent, un dans chaque CHG : centre hospitalier de Rodez, centre hospitalier de Decazeville, et centre hospitalier de Villefranche-de Rouergue (cf. fiche biologie).
- Phase clinique/thérapeutique :
 - Il y a un seul service de Maladies Infectieuses et Tropicales au sein du GHT avec une équipe médical du SMIT complète de 5 PH et 1 assistant spécialiste, une Unité de Conseils en Antibiothérapie efficiente sur l'ensemble du département... et un réseau avec la médecine générale, les hôpitaux du département (Millau et St Affrique inclus) et les Cliniques albigeoises.

Une activité de « dispensaire » est assurée par l'équipe du SMIT :

- CeGIDD, CLAT, Centre de Vaccination, Centre de Vaccination International (autorisation départementale par l'ARS) ouvert 10 ½ journées/semaines à Rodez, assurant des permanences sur le CH-Millau (1/2 journée /semaine) et sur le CH de Decazeville (1/2 journée tous les 14 jours) et de nombreuses actions hors murs avec les partenaires médicaux-sociaux du département.

Le SMIT du centre hospitalier de Rodez occupe une position de seul service référant pour le département et répond aux besoins du département concernant la prévention et actions de santé publique du risque infectieux (activité dispensaires) mais aussi la politique de bonne pratique en Antibiothérapie au niveau du département, avec cependant la nécessité de le formaliser avec l'ensemble des établissements du GHT.

Le SMIT répond également aux besoins de prise en charge des pathologies infectieuses chroniques (VIH, hépatites virale, ...) du département ainsi que d'une grande partie des infections bactérienne lourdes et complexes (infection ostéo-articulaire, endocardites,...) avec cependant la possibilité d'une optimisation des collaborations avec le centre hospitalier de Villefranche-de Rouergue.

Axes de développement

Optimiser l'ensemble des actions de prévention du risque infectieux en optimisant la mise en commun des savoirs et des protocoles en favorisant les échanges entre les différentes équipes d'hygiène du GHT.

Mettre en place sur le centre hospitalier de Rodez une plateforme centralisée de microbiologie pour l'ensemble du GHT capable de répondre aux exigences qualitatives et les différentes étapes de l'accréditation COFRAC (cf. projet laboratoire).

Créer une équipe territoriale d'infectiologie pour favoriser la mise à disposition du temps d'infectiologie nécessaire au sein des 6 établissements du GHT pour répondre aux besoins de chaque établissement : consultations, optimisation de la politique du bon usage des antibiotiques, participation aux réunions du comité antibiotique et du CLIN, ... Répondre aux critères exigés dans le décret n° 2013-841 du 20 septembre 2013 sur l' « action de bon usage des antibiotiques ».

Mettre en place une gestion « qualité de l'antibiothérapie » commune au sein des 6 établissements du GHT répondant aux critères exigés dans la « charte d'engagement au juste usage des antibiotiques » promue par la FHF et la commission des présidents de CME et le CAQUES.

Endocrinologie

Objectifs

Coordonner et mettre œuvre la prévention, le diagnostic des complications et la prise en charge des pathologies endocrinologiques et notamment du diabète au sein de chaque hôpitaux généraux du GHT avec la mise en place d'une équipe territoriale d'endocrinologie animé par le service de l'hôpital de Villefranche de Rouergue pour répondre aux besoins de chaque établissement.

Diagnostic

Le centre hospitalier de Villefranche-de Rouergue dispose du seul service de diabétologie – endocrinologie du territoire. Il met à disposition du territoire une équipe mobile de diabétologie – endocrinologie qui assure des consultations externes, des avis-interservices et les adaptations de traitement des patients hospitalisés, de l'hospitalisation de jour, des stages d'éducation thérapeutique.

Au vu de cette situation certains points semblent prioritaires :

- Conforter le fonctionnement du service référant d'endocrinologie du GHT sur le centre hospitalier de Villefranche-de Rouergue.
- Renforcer équipe mobile d'endocrinologie territoriale récemment créée et incluant le centre hospitalier de Decazeville pour :
 - Répondre aux besoins d'avis Intra-service tout particulièrement au vu de l'importance des filières vasculaires et infectieux sur le centre hospitalier de Rodez et du profil des patients pris en charge pour une complication de leur diabète dans les différents services.
 - Répondre aux besoins de consultations externes du bassin de population ruthénois.

Axes de développement

Renforcer l'équipe territoriale basée sur le centre hospitalier de Villefranche de Rouergue permettant de :

- Développer sur le centre hospitalier de Villefranche-de Rouergue les activités et les autorisations existantes et développer le recrutement de patients du GHT justifiant d'une prise en charge dans le service référant.
- Assurer sur le centre hospitalier de Rodez la prise en charge des patients au plus près de leur domicile et dans les services susceptibles de prendre en charge les complications du diabète : neurologique, cardiaque, vasculaire, infectieuses, néphrologique, ...
- Participer au développement de la filière obésité-nutrition (dont la chirurgie bariatrique) au sein du GHT.
- Conforter les interventions au centre hospitalier de Decazeville.
- Mettre en place les moyens nécessaires au développement de ces activités indispensables pour la réponse aux besoins de la population (pathologies chroniques en développement).

Plaies & cicatrisations

Objectifs

Organiser l'offre de soins en Plaies et Cicatrisation au sein du GHT dans le cadre de l'organisation régionale des Centres de Plaies et Cicatrisation.

Diagnostic

L'ARS Occitanie et l'ensemble des centres et réseaux plaies et cicatrisation d'Occitanie finalisent l'organisation territoriale des activités de Plaies et Cicatrisation afin d'assurer un maillage territorial et de labéliser les différents acteurs pour déployer parallèlement une activité de téléconsultation permettant le déploiement d'une expertise sur l'ensemble de la région.

A ce jour, l'offre de soins en plaies et cicatrisation couvre relativement bien le territoire du GHT avec cependant la nécessité de mutualiser l'appareil de VO₂max du centre hospitalier de Rodez avec possibilité d'ouvrir des vacances pour les pneumologues de Villefranche ou de Decazeville pour leurs patients de développer les collaborations du centre de P&C de Rodez avec le centre hospitalier de Villefranche-de Rouergue, mais aussi avec les hôpitaux locaux, les EHPAD et les maisons de santé du

département avec l'aide d'outils de télémédecine pour minimiser les déplacements parfois compliqués et onéreux d'une population souvent fragile et peu mobile.

Axes de développement

- Structurer l'offre de soin de plaie et cicatrisation au sein du territoire de santé dans le cadre du projet régional piloté par l'ARS et en s'appuyant sur le développement des outils de Télémédecine prochainement développé par Cicat-Occitanie avec l'aide du GCS Télésanté Occitanie avec un financement de l'ARS :
 - Avec ouverture de consultation par télémédecine aux centres hospitaliers de Rodez et Villefranche de Rouergue mais aussi aux hôpitaux locaux du GHT, aux EHPAD et aux maisons de santé du département qui le souhaitent.
 - Développer le partenariat avec l'hospitalisation à domicile (HAD).

→ Axe 5 - Gériatrie et SSR polyvalent

1. Gériatrie

Objectifs

Compte tenu du diagnostic territorial, mettant en évidence une forte proportion de personnes âgées sur le territoire et les évolutions attendues dans les différents bassins de santé, les objectifs de la filière gériatrie sont les suivants :

- Prendre en charge les personnes âgées au plus près de leur lieu de vie et selon les règles de bonnes pratiques en gériatrie.
- Développer l'évaluation gériatrique, l'évaluation des fragilités en diminuant les hospitalisations parfois délétères aux sujets âgés.
- Développer la prise en charge ambulatoire sur les hôpitaux ayant un plateau technique adapté et toutes les compétences.
- Développer le dépistage des troubles cognitifs et une filière mémoire labellisée sur le territoire.
- Développer la prise en charge globale des personnes âgées en chirurgie, dès le pré opératoire.
- Intervenir aux urgences pour une meilleure prise en charge et sécuriser le retour à domicile.
- Définir le rôle des EMG en intra hospitalier et extra hospitalier avec une harmonisation sur le territoire.
- Fluidifier le parcours SSR en définissant les indications et utilisant l'outil TRAJECTOIRE.
- Optimiser le temps gériatre disponible sur le GHT.

Diagnostic

Les centres hospitaliers de Villefranche-de Rouergue et de Rodez, offrent une filière gériatrique complète : EMG, court séjour gériatrique, SSR, EHPAD, USLD, consultation et hôpital de jour.

- Les autres établissements du GHT ne disposent que d'une partie des maillons.

Une seule équipe médicale gériatrique est complète : celle du centre hospitalier de Rodez.

- Les autres sont en difficultés : un praticien à recruter pour Espalion, un seul praticien à St Géniez, deux praticiens à Decazeville, au moins un poste disponible à Villefranche.

Au vu des difficultés de recrutement il va être très difficile de développer toutes les activités dans tous les hôpitaux. Il faut donc optimiser le temps gériatre pour assurer une prise en charge de qualité au plus près du patient.

Axes de développement

- Sécuriser le recrutement des gériatres sur le territoire, ainsi que le recrutement de personnels spécialisés (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, ...).
- Territorialiser l'équipe mobile :
 - Définir le territoire de chaque équipe déjà existante pour couvrir l'ensemble.
- Développer la prise en charge ambulatoire sur les hôpitaux ayant un plateau technique et les compétences :
 - Centre hospitalier de Villefranche-de Rouergue.
 - Centre hospitalier de Rodez.
- Au centre hospitalier de Decazeville, qui dispose de 2 PH gériatres, il semblerait plus judicieux pour une bonne prise en charge des personnes âgées de créer une EMG forte intervenant en intra et extra hospitalier.
 - Intra : urgences, chirurgie, médecine.
 - EMG qui ferait du dépistage de fragilité et de troubles cognitifs.
 - Le temps gériatre doit être optimisé avec avis spécialisé dans un service de médecine polyvalent.
 - L'autre gériatre intervenant sur le SSR pourrait aussi participer aux consultations.
- Fluidifier le parcours avec les SSR
 - Poser des vraies indications.
 - Utiliser trajectoire.

SSR Polyvalent

Cette réflexion est à rapprocher de la réflexion menée, conjointement, pour la filière SSR spécialisés.

Diagnostic

- Il n'existe pas de politique de parcours.
- L'offre est quantitativement suffisante.
- le taux d'occupation des SSR du GHT est moyen.

Objectifs

- Fluidifier les parcours de soins.
- Avoir un taux de remplissage des SSR du GHT optimisé.

Axes d'amélioration

- Créer une politique de parcours avec création de réelles filières.
- Garder des filières complètes, un SSR polyvalent sur chaque site est pertinent.
- Poser les vraies indications de SSR qui détermineront le SSR à demander.
- Utiliser TRAJECTOIRE.

→ Axe 6 - SSR spécialisé

Diagnostic

Le GHT dispose, avec des plateaux techniques adaptés de

- **51 lits et de 5 places de SSR locomoteur** sur Espalion et Villefranche, mais avec une activité en baisse (sur Espalion TO de 73,61 en 2017 contre 83,78 en 2016).
- **20 lits et 5 places de SSR neurologique** sur Espalion avec une activité 2016 de 81%, une durée de séjour longue de 36,1j et un CSAR de 2,68. L'activité varie de façon saisonnière de 65 à 106%. Elle dépasse en 2018 les 100%

- Les pathologies neurovasculaires dominant (l'évaluation du SROSS NV était de 17 patients en file active sur le même territoire ; ces données sont actuellement dépassés du fait des apports du Cantal et de la Lozère).
- Les blessés médullaires et traumatisés crâniens sont pris en charge en relai des unités plus spécialisées.
- Il existe un réel besoin de prise en charge en entretien des maladie dégénératives (Parkinson) ou inflammatoires (SEP) avec une fuite vers des centres parfois éloignés (Bagnères, Verdaich, Albi).
- **60 lits de SSR PAP** sur Rodez, Espalion et Decazeville, avec des plateaux techniques complets mais des problèmes de manque de kinésithérapeutes (qui sont communs à tous les hôpitaux français).

Il n'existe pas de coordination territoriale des SSR avec une identification claire des différents besoins et parcours.

- On note des pathologies de tous types, prises en charge dans les différents SSR.
- Les transferts depuis le court séjour, s'opèrent sans anticipation, sans évaluation des pathologies associées comme le montrent les fiches de pré admission qui ne sont pas signées par les médecins.
- Pratiquement 20% des demandes en SSR locomoteur sont annulées ou reportées : les réajustements des entrées sont quotidiens et la perte en journées conséquente.
- Via trajectoire n'est pas utilisé (de plus DX Care n'aiderait pas la saisie automatique des éléments médicaux).
- Les alternatives aux hospitalisations sont mises en place sans critère objectif et par voie de conséquence en négligeant la réalité des possibilités de prise en charge rééducatives (insuffisance des soins en campagne).
- Le critère de choix est donc l'échéance la plus courte entraînant une mise en concurrence sauvage des structures, qui n'ont pas par ailleurs les mêmes contraintes (et qui disposent de lits supplémentaires).
- Après l'hospitalisation, il n'existe pas de lien d'aval malgré les conventions passées, entraînant des problèmes d'engorgement des SSR spécialisés.

Axes de développement

La mise en place d'une politique territoriale des différents parcours (Personnes âgées, AVC locomoteur) devient indispensable.

Mais il existe un réel problème d'évaluation en amont pour définir objectivement les possibilités de soins en externe (PRADO, hospitalisations complètes, hospitalisations à temps partiel) avec parfois une logique de proximité (convalescence) ou une logique privilégiant une prise en charge spécialisée.

→ Axe 7 - Chirurgie

Diagnostic

Les activités de chirurgie sont réparties sur les 3 sites de Rodez, Villefranche-de-Rouergue et Decazeville, avec des niveaux d'activité très variables selon les sites et les spécialités.

Cette organisation est actuellement un facteur de risques importants pour l'avenir de la chirurgie dans le territoire. Ils sont accentués par la démographie médicale, les exigences de qualité et de sécurité de prise en charge et les volumes d'activité.

Cette organisation ne contribue pas au développement d'activités aujourd'hui fortement concurrencées (orthopédie par exemple).

Axes de travail

- Mise en place d'un pôle territorial de chirurgie, dans le respect des autorisations :
 - Evolution vers des équipes territoriales par spécialité, permettant d'assurer une PDS territoriale avec interventions en PDS sur 1 ou 2 sites :
 - Le regroupement de la PDS en orthopédie entre Rodez et Decazeville a déjà été envisagé.
 - Il reste la question du maillage territorial en chirurgie viscérale pour les traumatisés graves.
 - Développement de la chirurgie ambulatoire et de la RRAC, en soutenant les activités des sites qui en réalisent et en les développant dans tous les sites chirurgicaux, pour viser un taux global de 80% de chirurgie ambulatoire.
 - Sécurisation des prises en charge via une distinction des activités de chirurgie ambulatoire des activités de chirurgie avec hospitalisation complète.
 - Développement des consultations avancées pour disposer d'une offre pertinente sur chacun des 3 sites.
 - Mise en place de RMM commune par spécialité.
 - Travail conjoint à mener entre chirurgiens, anesthésistes et réanimateurs sur la sécurisation des soins péri-chirurgicaux : quelle anesthésie pour quel patient et dans quel lieu ? Ce travail s'appuiera sur un audit des moyens du territoire permettant une prise en charge de qualité et sécuritaire.
- Anticipation des évolutions démographiques et développement des liens avec le CHU de Toulouse, voire Montpellier, pour organiser de réels parcours gradués, notamment en chirurgie oncologique.

→ Axe 8 - Urgences

Diagnostic

Les trois centres hospitaliers possèdent un SAU, couvrant un vaste territoire à faible densité de population, avec un axe Nord-Sud de plus de 120 km et 2 heures 30 de route et un axe Est-Ouest de plus de 100 km pour un temps de trajet de plus de 1h30. Aucun réseau autoroutier.

Les points majeurs du diagnostic sont les suivants :

- Des équipes médicales à consolider (3 équipes médicales distinctes et autonomes sans mutualisation).
- Une grande difficulté chronique de démographie médicale sur les 3 sites :
 - Manquent à ce jour 4 ETP sur Decazeville, 2 ETP sur Villefranche-de Rouergue, 4 ETP sur Rodez.
 - Conséquences: recours au temps de travail additionnel (TTA) et instabilité de planning majorant la pénibilité (et les difficultés de recrutement ...), recours à l'intérim ...
- Un nécessaire maintien des 3 sites d'accueil des urgences, aussi bien pour le premier recours hospitalier, que pour les urgences vitales (SMUR).
 - Eloignement géographique important des différents secteurs, risque majeur pour l'urgence vitale.
 - Disparition de la Permanence de Soins Ambulatoires (PDA) en nuit profonde sur les 3 grands secteurs urbains, les urgences devenant le recours médical sur ces horaires.
 - Bassin de population de Decazeville socialement fragile, avec nécessité de garder une attractivité et un service publique accessible à tous.
- Une sectorisation forte des 3 équipes :

- Chaque SAU est composé de sa propre équipe, autonome, sans interaction institutionnalisée ni échanges réguliers. Aucune mutualisation des moyens humains (comme matériels).
- 1 besoin d'harmonisation des pratiques existe, sur le modèle de 3 filières déjà existantes mais méritant un renforcement et une nouvelle dynamique :
 - la filière cardiologique avec le Syndrome Coronarien Aigu (SCA).
 - la filière neurologique avec l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC).
 - la filière pédiatrique.
 - la participation au groupe de travail régional sur la hiérarchisation de la prise en charge des traumatisés graves va dans ce sens.
- Le recours difficile aux urgences psychiatriques :
 - Il y a un seul centre d'accueil pour les urgences psychiatriques : le CHS Sainte Marie à Rodez
 - Il n'y a aucune présence de médecin psychiatre dans les 3 différents SAU (même en journée) et la coopération avec le service de psychiatrie d'urgence est compliquée par l'éloignement géographique et le problème des transports sanitaires.

Axes d'amélioration et de développement

La mise en place d'une équipe médicale territoriale n'est pas considérée comme une priorité de court terme, compte tenu de la démographie médicale actuelle, même s'il est acquis de projeter à plus longue échéance la naissance d'une équipe médicale mutualisée.

Dans un premier temps il est donc proposé :

- Des échanges ponctuels entre les équipes médicales sur le mode du volontariat et sur le principe de 1 garde pour 1 garde :
 - L'objectif est de renforcer des liens entre équipes, de maintenir les compétences pour les praticiens exerçant dans les plus petites structures, de permettre l'intégration à la régulation du SAMU...
- La publication de postes communs de praticiens hospitaliers pour des activités multi-site (2 voire 3 sites), formant l'embryon d'une équipe territoriale.
- La publication d'un poste de médecin coordonnateur des différents sites qui aurait, en plus d'une activité clinique multi-site, la charge de faire vivre la filière urgences de notre GHT et de suivre les différents projets.

La création d'un groupe de travail avec un correspondant par centre hospitalier pour le développement et l'optimisation des 3 filières identifiées (SCA, AVC, pédiatrie) est actée.

Ces 3 filières sont à renforcer et harmoniser, via des actions communes :

- Réalisation de protocoles communs et régulièrement mis à jour.
- Rencontre de groupes de travail thématiques.
- Organisation de RMM communes.

L'organisation de consultations post-urgences constitue une priorité. Elles doivent favoriser les parcours ambulatoires post urgence pour les patients accueillis aux urgences :

- Facilitation de l'accès aux différentes spécialités présentes sur les 3 centres hospitaliers, avec mise en place de consultations rapprochées (à 48 h en général), et cela pour l'ensemble des patients reçus sur les 3 SAU.
- Reconvocation, soit sur le centre hospitalier d'origine, soit sur le centre hospitalier du GHT où existe la spécialité ou le plateau technique (quand il n'existe pas de consultation délocalisée possible).

Un travail territorial sur l'organisation des prises en charge post urgence associera les 3 établissements médecine, chirurgie, obstétrique ainsi que les hôpitaux locaux impliqués via leurs capacités en médecine.

Le développement d'un projet soignant doit contribuer à la constitution de l'équipe territoriale d'urgence. Il passe par :

- L'harmonisation des formations avec un **plan de formation commun et unique** pour les trois équipes, ce qui permettra :
 - de définir des axes communs et de dynamiser les plans de formation des établissements.
 - de favoriser les échanges et interactions entre les services.
- Des échanges ponctuels de postes sur le modèle des équipes médicales : maintien des compétences (SMUR...) , partage d'expérience et renforcement des liens humains.
 - Pilote proposé : le cadre de santé du centre hospitalier de Decazeville (plan de formation structuré depuis plusieurs années sur le service de Decazeville).

La mise en place d'une démarche qualité commune complète le dispositif.

Au vu des événements indésirables potentiels, d'incompréhension sur telle ou telle prise en charge sur des situations vécues dans un passé récent (dossier de régulation, transferts secondaires...), il est ressenti la nécessité de **mettre en place des CREX et RMM commun aux trois services.**

Ces réunions pourront être adossées à des réunions réunissant les 3 équipes au cours desquelles les différents travaux et avancées de coopération pourront être présentées par les différents pilotes.

➔ **Axe 9 - Médecine intensive et réanimation**

Diagnostic

Globalement l'organisation territoriale semble répondre aux besoins.

- Peu de transferts hors territoire faute de place.
- Rôle support du service de Réanimation de Rodez paraît répondre aux attentes.
- Mais « fuites » probables concernant des patients d'USC (cardiologie) et de Réanimation pour des problématiques d'organisation (« entente ») médicale.

Questions sur le fonctionnement des unités

- Concernant les USC du centre hospitalier de Villefranche-de Rouergue et du centre hospitalier de Decazeville, l'organisation médicale n'est pas optimale et ne répond pas aux recommandations de fonctionnement idéal, avec un risque de retentissement sur la sécurisation des soins et la DMS.
- Concernant l'USC du centre hospitalier de Decazeville, le fonctionnement occasionnel, hors plages de continuité de soins, comme « SSPI » de repli hors bloc, est hors des recommandations de fonctionnement pour les SSPI et les USC.
- Pour Rodez, même si une dérogation de l'ARS valide une organisation sur 11 lits (8 lits de réanimation + 3 lits de surveillance continue), la mise en conformité (8+4) reste un objectif, au regard de l'évolution et de la valorisation des activités et de l'organisation territoriale.

Variabilité des DMS

- DMS globalement courte pour Rodez alors qu'elle tient compte des patients de réanimation (sorties précoces, politique du lit vide, difficulté de disponibilité de lit d'aval, etc...).
- A contrario DMS longue en USC au centre hospitalier de Villefranche-de Rouergue et au centre hospitalier de Decazeville, certainement multifactorielle mais probablement liée à des

problèmes d'organisation médicale et du suivi des soins et aussi possiblement de patients trop lourds pour une USC et qui relèveraient d'un service de réanimation.

Point clef du diagnostic :

L'activité d'USC doit tenir compte du projet médico-chirurgical de chaque site, et des recommandations d'experts des sociétés savantes : SFAR, SRLF, SFMU, à paraître en 2018.

Axes stratégiques

Structurels :

- Restructuration des lits d'USC du centre hospitalier de Decazeville : rattachement architectural, fonctionnel et organisationnel des lits de surveillance continue (« lits chauds ») en optimisant le plateau du SAU / SMUR de Decazeville, pour une prise en charge aigue et/ou transitoire avant transfert si besoin vers les autres structures de médecine intensive et réanimation (centre hospitalier de Rodez, centre hospitalier de Villefranche-de Rouergue) :
 - Dans le cadre du respect des bonnes pratiques médicales concernant les unités de surveillance continue (cahier des charges des sociétés savantes).
 - Dans le respect de l'organisation d'un pôle territorial de médecine intensive et de réanimation.
 - Demande d'une activité dérogatoire (nb de lits à évaluer) à formaliser avec l'ARS.
 - Convention d'organisation fonctionnelle avec le service de réanimation du GHT à signer.
 - Unité réservée exclusivement aux activités « post urgence ».
 - Mise en place d'une présence médicale dédiée pour la continuité des soins (indépendante de l'activité d'anesthésie),
 - Permanence des soins assurée par les médecins du SAU sur place en lien avec le Service de Réanimation de Rodez.
 - Modalités et temporalité des transferts à définir.
 - Formations médicales et soignantes à consolider.

Cette organisation valide le maintien d'un plateau d'urgence H24 avec la présence de 2 praticiens (en lien avec la filière urgences).

- Question des transports secondaires paramédicalisés pour les transferts inter-hospitaliers des patients d'USC stables (*en lien avec la filière urgences*).
- Repositionnement des patients USC versus réanimation sur le territoire depuis les SAU, la régulation Centre 15 mais aussi en fonction de la stratégie territoriale des actes chirurgicaux en lien avec l'évaluation pré-anesthésique. (*en lien avec la filière urgences et la filière chirurgie*).
- Contractualisation des liens fonctionnels : conventions de fonctionnement entre la réanimation et les USC, et SI du département.

Pour les médecins :

- Pôle territorial de médecine aigüe et d'une équipe territoriale de médecine aigüe.
- Harmonisations des protocoles et procédures.
- Harmonisations techniques / technologiques : matériel biomédical, système d'information...
- Développer les compétences de médecine intensive (à Decazeville tout particulièrement).
- Plan de formation.
- Optimiser les liens CHU dans le cadre de la maquette du DES MU et du DES ARMIR (terrain de stage, encadrement / enseignement), avec projet pédagogique mutualisé.

Pour les soignants :

- Formations territoriales à mettre en place (élargir l'offre ruthénoise et autres).

- Maintien de compétences de médecine Intensive par échanges de postes réguliers entre USC et Réanimation Rodez.
- Mettre en place un livret territorial des compétences en médecine intensive.

→ Axe 10 : Hépatogastroentérologie

Objectif

- **Objectif premier:** offrir l'ensemble des compétences médicales nécessaires à la prise en charge des pathologies digestives au bassin de population du GHT.
- **Objectifs secondaires :**
 - Développer et raccourcir les délais d'accès à l'endoscopie conventionnelle notamment pour le dépistage du cancer du côlon.
 - Développer l'endoscopie interventionnelle afin de minimiser la fuite de patients à l'extérieur du GHT.
 - Harmoniser la prise en charge endoscopique des patients souffrant de cancer digestif à l'échelle du GHT.
 - Développer l'ambulatoire endoscopique et en assurer la pérennité sur l'ensemble du GHT.
 - Mutualiser les moyens matériels lourds et coûteux et en diminuer le coût (écho-endoscopes, duodénoscopes etc.).

Diagnostic

Effectifs médicaux

- Centre hospitalier de Rodez : 3 ETP hospitaliers, 2 ETP libéraux dans le cadre d'un GCS, une astreinte de sécurité journalière.
- Centre hospitalier de Villefranche de Rouergue : 3 ETP hospitaliers, une astreinte de sécurité journalière.
- Centre hospitalier de Decazeville : 0,5 ETP.
- 2 praticiens formés à la CPRE dans cet effectif.

Modalités d'hospitalisation

- HC dédiée, chirurgie ambulatoire et médecine ambulatoire à Rodez.
- HC dans un service de médecine et chirurgie ambulatoire à Villefranche de Rouergue.
- Chirurgie ambulatoire principalement à Decazeville.

Matériels et compétences disponibles

- Endoscopie conventionnelle : pratiquée aux centres hospitaliers de Rodez, de Decazeville et de Villefranche-de-Rouergue.
- Endoscopie interventionnelle pratiquée à Rodez et Villefranche de Rouergue avec une prépondérance à Rodez, CPRE sur les deux sites.
- Echo-endoscopie, diagnostique au centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue, thérapeutique à Rodez.
- Explorations fonctionnelles digestives : disponible à Rodez. pHmétrie œsophagienne des 24 heures à Villefranche de Rouergue uniquement.

- Ponction biopsie hépatique, en pratique à Rodez et Villefranche-de-Rouergue.
- Proctologie médico-instrumentale, disponible également dans ces deux établissements.

Axes de développement

- Endoscopie interventionnelle :
 - Développer les drainages sous écho-endoscopies (bilaires, pseudo kystes) et centraliser ces actes sur le CH RODEZ. Développer la dissection sous-muqueuse inexistante pour le moment.
- Bilans d'incontinence anale :
 - Les centraliser au centre hospitalier de Villefranche-de-Rouergue, un écho-endoscope radial étant disponible dans cet établissement, l'écho-endoscope linéaire étant moins adapté à la prise en charge de cette pathologie.
 - A contrario, les patients nécessitant une cytoponction sous écho-endoscopie pourraient être adressés au centre hospitalier de Rodez et cette activité centralisée au centre hospitalier de Rodez.
- Explorations fonctionnelles digestives :
 - Centraliser la pHmétrie œsophagienne des 24h sur Villefranche de Rouergue et la manométrie digestive sur Rodez.
- Cathétérisme de la papille :
 - En cas d'indisponibilité de praticien cathétériseur dans l'un des établissements pour congés ou absence de praticien, adresser les patients à l'autre établissement. afin d'éviter une fuite de patients à l'extérieur du GHT.
- Proctologie médico-chirurgicale :
 - Elle pourrait être développée en coopération avec le service de chirurgie viscérale du centre hospitalier de Rodez.
 - Consultations avancées et endoscopie conventionnelle au centre hospitalier de Decazeville, potentiellement en péril suite au départ à la retraite du médecin fin 2019 ; il faudrait assurer 4 demies-journées par semaine au sein de l'établissement dans l'idéal (2 de consultation et 2 d'endoscopie).

Plan d'actions

- **Problématique de la démographie médicale :**
 - Départ à la retraite de l'un des praticiens hospitaliers en décembre 2019. La problématique du maintien d'une activité de consultation et d'endoscopie digestive va se poser pour le centre hospitalier de Decazeville. On pourrait imaginer un système de roulement où les praticiens des deux établissements principaux du GHT se relaieraient pour maintenir cette activité. Serait-ce alors sur la forme d'une demi-journée de consultations par semaine et d'une demi-journée d'endoscopie voire le double ?
 - Cela ne sera toutefois possible qu'en recrutant au moins un praticien hospitalier voire deux à l'échelle du GHT dans les 18 mois à venir.
 - Actions proposées :
 - Création d'un poste d'assistant spécialiste partagé au centre hospitalier de Rodez.
 - Publication d'un poste de praticien hospitalier autour d'un recrutement semestriel du CNG--> courant 2019.
- **Création d'une équipe territoriale d'hépto-gastroentérologie :**
 - Le GHT du Rouergue dispose de 2 médecins cathétériseurs pour les CPRE et un praticien formée à la cytoponction sous écho-endoscopie. Il est convenu qu'en cas d'absence de

l'un, les malades soient adressés à l'autre afin qu'il n'y ait pas de fuite à l'extérieur du GHT.

- Mutualisation des matériels :
 - Dans la mesure du possible et conformément aux normes standards de désinfection des endoscopes, organiser un système de mutualisation des endoscopes entre les différents établissements en cas de panne.

→ Axe 11 : Imagerie médicale

C'est un secteur en grande difficulté dans les 3 établissements du territoire.

Il n'a pas été possible de s'appuyer sur un radiologue pour piloter le travail de réflexion sur la filière imagerie.

Les principaux axes de travail sont néanmoins inscrits dans la partie 4 du document.

→ Axe 12 - Biologie

Objectifs

Coordonner les activités de biologie au sein du GHT, en adéquation avec le projet de la filière infectieuse, et notamment le regroupement des activités de microbiologie.

Diagnostic

Les principales difficultés repérées sont :

- Des difficultés pour les laboratoires de Villefranche et de Decazeville de passer les phases d'accréditation tout particulièrement pour la microbiologie.
- Une pyramide d'âge des biologistes avec plusieurs départs à la retraite dans les 5 à 6 ans.
- Un problème de viabilité des labos en fonction de leur taille.
- Un dimensionnement des équipes devant tenir compte du maintien de la continuité des soins et de la présence d'un dépôt de sang et d'une activité d'immuno-hématologie sur les sites de Villefranche, Decazeville, Figeac.

Axes de développement

- **Centralisation des activités de microbiologie** (bactériologie essentiellement) au sein du GHT de façon à :
 - Réduire le poids du travail et du coût que représente l'accréditation COFRAC de la bactériologie en le concentrant sur un seul hôpital.
 - Uniformiser les pratiques.
 - Permettre de rationaliser les lourds investissements nécessaires pour mettre à la disposition du GHT un plateau technique de microbiologie à hauteur des enjeux de la filière infectieuse et permettre ainsi à chaque patient de bénéficier des technologies de pointe (spectromètre de masse, biologie moléculaire).
- **Mise en adéquation des moyens par rapport à l'activité** (et vice versa) pour chaque LBM suite à la centralisation de la microbiologie sur un seul site.

Conclusion

Avant même la validation du PMSP, le comité stratégique a décidé de lancer une étude pour proposer une organisation cible de la biologie sur le territoire : besoins par site en fonction des évolutions des activités médicales, répartition en conséquence des activités et des ressources

L'intervention d'un chef de projet, si possible avant ou pendant l'été 2018, ayant une bonne connaissance des métiers de laboratoire et des compétences en management et gestion des ressources humaines paraît incontournable pour mener à bien ce projet complexe dans les temps impartis.

La généralisation du SIL du site support aux autres sites se fera dans un 2^{ème} temps (à partir de 2021) de façon à disposer d'un SIL unique et à permettre la constitution future d'un laboratoire unique multi-site qui permettrait de s'affranchir du seuil de 15% à ne pas dépasser pour la sous-traitance.

→ Axe 13 - Pharmacie

Objectifs

- Développer la pharmacie clinique (analyse pharmaceutique, conciliation médicamenteuse, consultation pharmaceutique, éducation thérapeutique).
- Organiser la permanence pharmaceutique au sein du GHT.
- Optimiser la gestion de stock (arrêt de traitements, périmés).
- Mettre en place des conventions de sous-traitance en cas d'indisponibilité des équipements.
- Harmoniser les pratiques (livret thérapeutique, pharmacie clinique, thésaurus, protocoles...).

Diagnostic

Le diagnostic a été réalisé par type de prestations.

Pharmacie clinique :

- L'analyse pharmaceutique est déployée à des échelles diverses au sein du GHT en fonction des moyens alloués et des logiciels mis en place.
- L'activité de conciliation médicamenteuse n'est pas encore débutée par manque de temps pharmaceutique, toutefois plusieurs pharmaciens et préparateurs sont formés à la conciliation.

Sécurisation du circuit du médicament et du dispositif médical implantable (DMI) :

- Informatisation : le CH de Decazeville n'est pas informatisé.
- Préparations magistrales : les CH Rodez, Villefranche et Decazeville sont conventionné avec le CHU Toulouse.
- Certains sites réalisent le sur-étiquetage, d'autres reconditionnent les doses.
- Réalisation d'une matrice commune d'une plaquette d'information pour les établissements autorisés à la rétrocession.
- Informatisation du circuit du DMI : ce processus est en cours à Rodez. Il est en place à Villefranche avec l'outil Sillage.

Achat-Approvisionnement :

- Chaque PUI assure son approvisionnement avec des marchés communs (Groupement d'Achat Garonne).
- Réflexion intra GHT puis à l'échelle régionale (collectif pharmaciens) en fonction des évolutions territoriales en cours.
- Pas de navettes pour les flux logistiques entre certains établissements du GHT. Pas de convention permettant d'assurer des cessions de médicaments ou dispositif médical.

Permanence pharmaceutique :

- Au 1^{er} janvier 2018 : en place sur Rodez, Villefranche, Decazeville.
- Pas d'astreinte sur Espalion, Saint Géniez d'Olt et la Vallon mais existence d'une procédure en cas de fermeture de la PUI sur chaque site avec organigramme et éventuel recours à la permanence du CH de Rodez restant à conventionner officiellement même si déjà active.
- Difficultés de remplacement des pharmaciens des petites structures ou structures avec peu de PH en lien avec le décret 2017-983 du 09 mai 2017 qui fixe les conditions d'exercice et de remplacement en pharmacie à usage intérieur.

Stérilisation- Chimiothérapie :

- Pas de convention en cas de sous-traitance en cas de panne. Sont en cours d'élaboration.
- Chimiothérapie : Logiciel commun, thesaurus commun.

Axes de développement

Travail collaboratif avec le **collectif régional de Pharmacie Hospitalière.**

Groupes de travail définis par thématique.

Pharmacie clinique

- Mettre en œuvre cette discipline pharmaceutique de façon harmonisée dans tous les établissements afin :
 - D'optimiser les choix thérapeutiques, la dispensation, l'administration des médicaments au patient en réalisant les interventions pharmaceutiques.
 - De formuler des avis pharmaceutiques pour l'équipe médicale et para médicale.
 - De favoriser le conseil au patient, la compréhension et l'observance du traitement.
- Déploiement d'une analyse pharmaceutique harmonisée et déploiement de la conciliation médicamenteuse. Ce déploiement doit être accompagné d'une étude de moyens en temps pharmaceutique supplémentaire.
- Harmonisation des pratiques : critères de priorisation pour l'analyse pharmaceutique.

Sécurisation du circuit du médicament et du DMI

- Informatisation : DX CARE™ : sera déployé sur Decazeville. Changement de DPI sur Espalion et Salles la Source : DX CARE™.
- Informatisation du circuit du DMI : déploiement de l'outil SEDISTOCK à poursuivre sur Rodez
- La convention avec le préparatoire du CHU de Toulouse est en cours de signature pour le CH de Saint Geniez.
- Mise à disposition de doses unitaire pour les médicaments qui ne sont pas présentés en CUH Conditionnement Unitaires Hospitalier (vrac, plaquette sans CUH...).
- Bilan des différentes actions menées sur les établissements à mener. Harmonisation des pratiques, mise en commun d'outils et procédures.

Achats – approvisionnements

- Noyau commun / Harmonisation du livret du médicament.
- Définir et conventionner les modalités d'échanges inter-établissement et organiser les flux logistiques.
- Evaluer la faisabilité d'une centralisation de l'approvisionnement depuis les PUI de Rodez et Villefranche-de-Rouergue.

- Etudier la possibilité de mettre en place un stock centralisé de produits onéreux.

Permanence pharmaceutique

- Convention de recours à l'astreinte du CH de Rodez avec Espalion Saint Géniez et Le Vallon dans le cadre des procédures dégradées à créer.

Chimiothérapies

- Convention de sous-traitance (panne) : avancée en 2017-2018 : à poursuivre.
- Qualification commune des PPH.

Stérilisation

- Convention de sous-traitance (panne) : avancée en 2017-2018 : à finaliser.
- Optimiser les ressources en fonction du devenir de l'activité chirurgicale sur Decazeville.

6. Les instances de pilotage et de gouvernance

La réalisation des objectifs que se donne le projet médico soignant partagé passe par une organisation adaptée de la gouvernance du GHT, fondée sur la transparence, la confiance et la recherche partagée d'approches et d'actions territoriales.

Quelques axes de travail sont d'ores et déjà identifiés.

Conforter le pilotage partagé du GHT

Le comité stratégique et le collège médical sont constitués. Ils se réunissent régulièrement pour définir et suivre les actions menées dans un cadre territorial.

Ces instances permettent d'organiser une concertation préalable sur tous les sujets pouvant concerner plusieurs établissements ou ayant des impacts sur les activités. Cette concertation est particulièrement nécessaire pour les recrutements médicaux.

Coordonner les instances et les directions fonctionnelles des établissements via la mise en place de politiques communes

Cette coordination existe déjà pour les systèmes d'information et les achats.

Elle reste à mettre en place pour les affaires médicales, la qualité, les ressources humaines.

Les instances existantes comme le CLIN, le CLAN, le CLUD, le comité d'éthique, pourront également être coordonnés au plan territorial.

Développer des actions transversales

Ces actions pourront concerner de nombreux sujets.

Il est d'ores et déjà possible d'en cibler quelques-uns comme :

- la **mobilité et les parcours professionnels**.
- la création d'une équipe de **santé au travail** territoriale, qui a été validée par le comité stratégique de décembre 2017.

La **gestion des lits** fait également partie des projets transversaux à développer sur le territoire, afin de fluidifier les parcours des patients en inter établissements, aussi bien dans les établissements médecine, chirurgie, obstétrique que les hôpitaux locaux. La mise en place d'un « *bed manager* » disposant de procédures harmonisées et d'outils de pilotage des flux pourra être envisagée.

Mettre en place une démarche projet pour la réalisation du PMSP

La prochaine étape de travail pour la mise en œuvre du PMSP concerne l'organisation des actions proposées par filière en **projets structurés**, les actions telles que proposées pour chaque filière n'étant pas de niveau de finesse homogène à ce stade (un projet pourra regrouper plusieurs actions).

Chaque projet sera piloté par un **responsable de projet**, qui définira, en lien avec le pilote de la filière concernée, la **priorité** à donner à chaque action du projet, le **calendrier de mise en œuvre**, le déroulement des actions.

Certains projets pourront concerner plusieurs filières, comme par exemple l'organisation et la coordination des consultations avancées sur chaque site du GHT.

Une **évaluation de la mise en œuvre** des projets du PMSP sera réalisée chaque semestre. Ce bilan d'étape sera présenté au comité médical et au comité stratégique, et des réajustements effectués si besoin.

Une **rencontre bilatérale annuelle avec les partenaires associés** sera également organisée. Elle associera les partenaires, les présidents du comité stratégique et du collège médical, et les chefs de pilotes des filières concernées. Une rencontre annuelle entre le comité stratégique et l'ensemble des partenaires associés au GHT est également prévue.

7. Les modalités de prise en charge transversales de patients

Au delà des projets par filière qui intègrent les prise en charge soignantes spécifiques, le travail réalisé sur le projet de soins a permis de mettre en évidence de partager, entre les équipes soignantes de tous les établissements, et en lien avec les médecins, des principes transversaux à tous les parcours et filières.

→ Les enjeux et les principes du projet de soins

Le projet de soins partagé a pour finalités de :

- Traduire la volonté d'améliorer significativement et très concrètement les soins aux patients.
- Répondre aux préoccupations des soignants dans leur pratique quotidienne pour donner du sens à leur exercice professionnel.

Les principaux enjeux sont :

- De faire évoluer le parcours patient en accentuant les pratiques collaboratives pour mieux agir sur les interfaces et éviter les ruptures de soins
- De promouvoir un management par la clinique :
 - Inciter l'ensemble des acteurs à s'engager dans la création, le maintien et la surveillance des standards se rapportant aux meilleures pratiques cliniques.
 - Réunir les préoccupations opérationnelles et les orientations stratégiques de l'institution
- De faire converger et harmoniser les pratiques professionnelles pour les sécuriser.

Des principes le structurent :

- L'adoption d'une vision territoriale des soins, de la graduation des soins permettant d'engager un travail sur la complémentarité des différents établissements au sein du GHT.
- Une congruence dynamique avec le projet médical partagé sous la forme d'un projet médico soignant.
- L'identification de valeurs partagées et portées par le GHT.
- Une élaboration réalisée conjointement avec les acteurs clés de la production de soins (corps soignant, corps médical) en lien avec les autres projets (projet médical, projet qualité, projet du service social....)

→ Les axes de travail du projet de soins

Les axes principaux de travail, déclinés en plan d'action⁶, sont les suivants :

- Les parcours patients, leur fluidité, leur coordination, les nœuds d'interaction et les liens avec « l'amont et l'aval » et le partage et l'accès rapide à l'information grâce à un système d'information performant.
- Le système des ressources humaines dans le cadre du GHT.
- Un système de management qualité intégré à l'échelle du GHT.
- La recherche, l'enseignement et la formation.
- Pour chaque axe prioritaire, une ou plusieurs fiches actions ont été élaborées.

⁶ cf. annexe 2 projet de soins

Quelques points structurants du projet de soins peuvent être soulignés :

- **Développement des nouveaux métiers : quelques exemples**
 - IDE de pratiques avancées.
 - Echographies (Sage-femme, manipulateur d'électroradiologie).
 - Coordination des parcours (secrétaires, IDE) ...
- **Harmonisation des procédures et des protocoles de soins**
 - Définition et partage des parcours de soins avec une approche qualité (axe défini dans le projet de soins) et nécessitant des documents de liaison et des procédures de fonctionnement (transfert).
- **Partage des orientations et des modalités de gestion des plans de formation**
 - Mise en commun de formations soignantes par spécialité.
- **Organisation des montées en compétence des personnels soignants inter sites**
 - Prise en compte de nouveaux métiers avec les protocoles de coopération et mise en place d'infirmières de pratique avancée (même si le décret est en cours de validation) pour pallier le manque de ressources médicales dans certaines spécialités et coordonner les parcours patients inter établissements.
- **Volet ressources humaines avec un recrutement en commun pour les métiers en tension et une mobilité paramédicale à organiser (échange de personnel après formation).**
- **Coopération pour la gestion des lits (hôpital en tension, fermetures de lits, plan blanc...).**

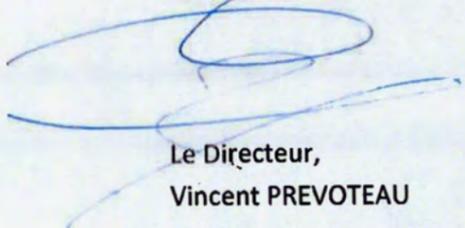
8. Signatures des établissements parties

Vu les avis du Collège médical et du Comité stratégique,

Vu les avis des Conseils de surveillance des établissements membres du GHT du Rouergue.

Fait à Rodez, le 23 octobre 2018

Pour le C.H. de Rodez,



Le Directeur,
Vincent PREVOTEAU

Pour le C.H. de Villefranche
De Rouergue,



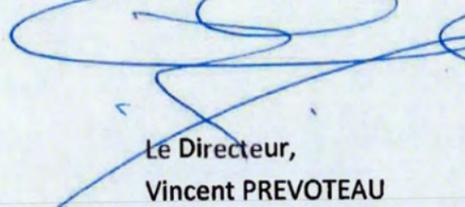
Le Directeur,
Bertrand PERIN

Pour le C.H. de Decazeville,



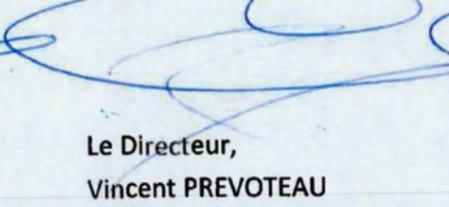
Le Directeur par intérim,
Vincent PREVOTEAU

Pour le C.H. d'Espalion,



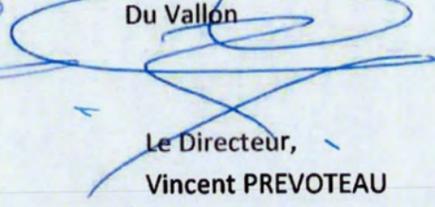
Le Directeur,
Vincent PREVOTEAU

Pour le C.H. de St Geniez d'Olt,



Le Directeur,
Vincent PREVOTEAU

Pour l'Hôpital Intercommunal
Du Vallon



Le Directeur,
Vincent PREVOTEAU

