



PROJET MEDICAL PARTAGE

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

COLLEGE MEDICAL – Séance du 16 juin 2017

COMITE STRATEGIQUE – Séance du 16 juin 2017

Coordination dirigée pour le Collège médical du GHT par Nathalie Villaudière,
directeur de projet pour le GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest.

PROJET MEDICAL PARTAGE

GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest

SOMMAIRE

I.	GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest	8
A.	Les établissements parties	8
1.	Le Centre Hospitalier Comminges-Pyrénées	8
2.	Les Hôpitaux de Luchon	9
3.	Le Centre Hospitalier de Muret.....	9
4.	Le Centre hospitalier de Lavarut.....	10
5.	Le Centre Hospitalier de Graulhet.....	10
6.	Le Centre Hospitalier Gérard Marchant	11
7.	Le CHU de Toulouse	12
B.	L'offre de soins proposée par le GHT	13
1.	Les autorisations d'activités de soins et d'équipements lourds	13
2.	Les capacités d'accueil	13
C.	les chiffres clés du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest.....	16
1.	Les données d'activité agrégées.....	16
2.	Les ressources humaines et financières.....	17
II.	La méthodologie d'élaboration du projet médical partagé	19
III.	Contexte territorial.....	24
A.	Caractéristiques et spécificités du territoire	24
1.	Contexte géographique	24
2.	Les enjeux démographiques.....	27
3.	Tableau de bord sur la santé en Occitanie	34
B.	Les territoires de santé et la démographie professionnelle du premier recours	35
1.	Les territoires de santé.....	35

2. Les secteurs psychiatriques.....	41
3. La démographie professionnelle du premier recours.....	41
C. Le GHT et son contexte concurrentiel.....	45
1. La dynamique du GHT	45
2. Le contexte concurrentiel	46
IV. Les objectifs médicaux et les orientations stratégiques du GHT	50
A. Conforter l'offre de soins publique sur le territoire.....	50
B. Développer des pratiques de soins modernisées dans le cadre de prises en charge graduées.....	50
1. Les prises en charge ambulatoires	50
2. La télémédecine et la télésanté	50
C. Poursuivre une politique commune de gestion prévisionnelle des effectifs médicaux	51
1. Une cartographie régionale des postes médicaux qui assure une vision prospective par spécialité.....	51
2. La constitution d'équipes médicales territoriales communes	51
3. La reconnaissance de la spécificité de la filière de psychiatrie et santé mentale.....	51
4. Les autres filières transversales communes.....	51
5. Des évaluations communes.....	52
D. La recherche, enjeu d'innovation et de motivation	52
V. Objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	53
A. La sécurité des soins, une exigence prioritaire	53
B. La mutualisation des ressources et des compétences en évaluation permet des audits plus efficaces.....	53
C. Evaluations externes, qualité, sécurité, attractivité.....	54
D. Qualité, formation permanente et développement professionnel continu	54
E. Les représentants des usagers et les membres des associations de patients sont des acteurs essentiels du dispositif	55
VI. Objectifs et orientations stratégiques en soins.....	56
VII. Filière « Urgences et soins critiques (dont AVC) »	60
A. Périmètre d'étude	60
B. Synthèse des enjeux, objectifs et actions de la filière.....	61
VIII. Filière « Soins de suite et de réadaptation ».....	64
A. Périmètre d'étude	64
B. Synthèse des enjeux, objectifs et actions de la filière.....	65
IX. Filière « Personnes âgées et vieillissement ».....	68

A.	Périmètre d'étude	68
B.	Synthèse des enjeux, objectifs et actions de la filière.....	69
X.	Filière « Psychiatrie et santé mentale »	72
A.	Périmètre d'étude	72
B.	Synthèse des enjeux, objectifs et actions de la filière.....	74
XI.	Filière « Femme-mère-couple-nouveau-né, enfants »	77
A.	Périmètre d'étude	77
B.	Synthèse des enjeux, objectifs et actions de la filière.....	78
XII.	Filière « Cancers et soins de support ».....	81
A.	Périmètre d'étude	81
B.	Synthèse des enjeux, objectifs et actions de la filière.....	82
XIII.	Les activités organisées en commun par les établissements parties.....	84
A.	Imagerie médicale	84
1.	Les activités d'imagerie dans le GHT	84
2.	Le modèle « intégré » de la coopération entre le CHU et le CH de Lavar.....	85
3.	Les orientations stratégiques du GHT en imagerie	87
B.	Biologie médicale	88
1.	Description des activités de biologie du GHT.....	88
2.	Les orientations stratégiques du GHT dans le champ de la biologie	90
C.	Pharmacie hospitalière.....	93
1.	Cadre réglementaire et principes majeurs de construction du projet.....	93
2.	Description des activités des PUI du GHT	94
3.	Les orientations stratégiques du GHT dans le champ de la pharmacie	96
XIV.	Permanence des soins et situations sanitaires exceptionnelles	100
A.	Schéma territorial de la permanence des soins	100
B.	Organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles	102
XV.	Les conditions d'association du CHU aux autres GHT	103
1.	Recherche, innovation, formation	103
2.	Consultations avancées portées par le CHU	107
3.	Equipes territoriales	107
XVI.	Synthèse des objectifs par filières et perspectives	109
A.	Synthèse des objectifs par filières.....	109
1.	Accessibilité aux soins	109

2.	Continuité et fluidité des prises en charge.....	110
3.	Coordination et structuration des parcours de soins.....	110
4.	Coopérations entre les acteurs	111
5.	Optimisation des ressources et des plateaux techniques	112
B.	Perspectives.....	112
1.	Poursuite de la dynamique engagée	112
2.	Modalités de suivi, d'adaptation et d'évaluation du PMP	114

Liste des annexes

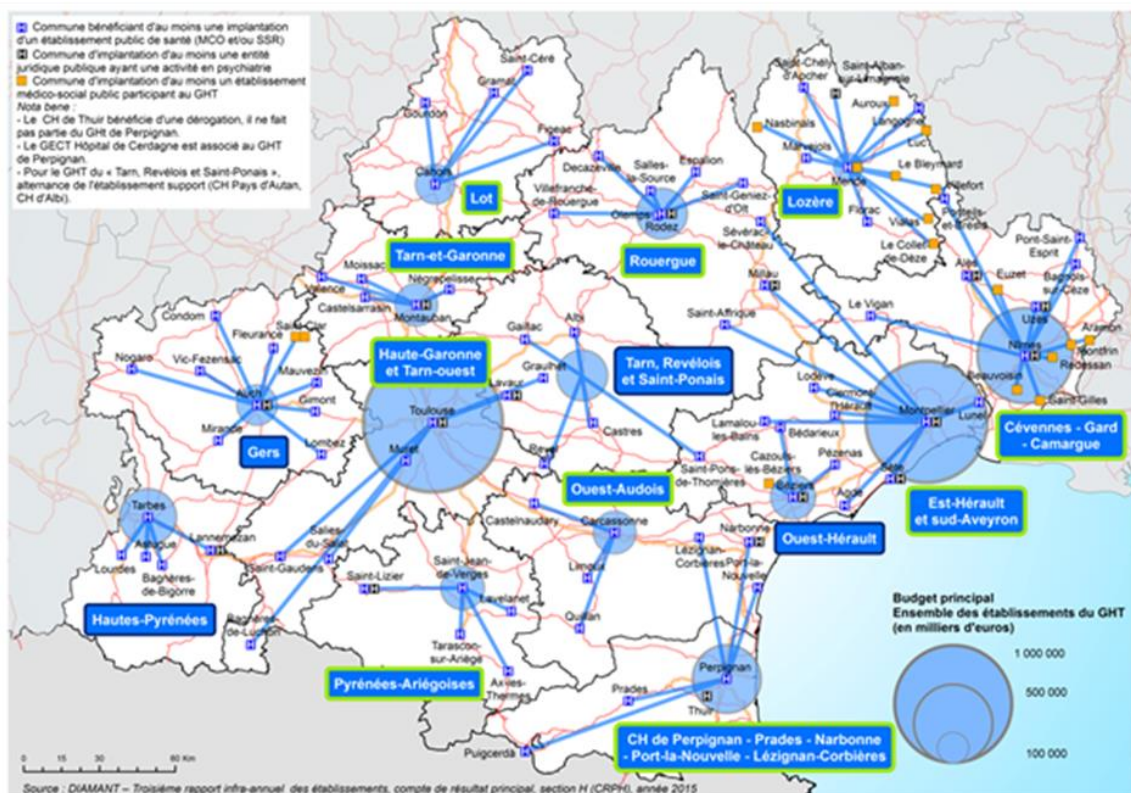
1. Feuille de route filière « Urgences et soins critiques dont AVC »
2. Feuille de route filière « Soins de suite et de réadaptation »
3. Feuille de route filière « Personnes âgées et vieillissement »
4. Feuille de route filière « Psychiatrie et santé mentale »
5. Feuille de route filière « Femme-mère-couple-nouveau-né, enfants »
6. Feuille de route filière « Cancers et soins de support »
7. Pharmacie hospitalière
 - a. Annexe 7a _ Feuille de route pharmacie hospitalière
 - b. Annexe 7b _ Charte du collectif
 - c. Annexe 7c_Réglement Intérieur de la FMPIH
 - d. Annexe 7d_PV FMPIH
8. Schéma territorial de la permanence des soins

PROJET MEDICAL PARTAGE

GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest

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

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



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

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

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

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

Le GHT a pour objet de :

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

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

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

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

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

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

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

A. LES ETABLISSEMENTS PARTIES

1. Le Centre Hospitalier Comminges-Pyrénées

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

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

Le CHCP a réalisé 15 649 séjours et séances dont 7 842 séjours d'hospitalisation complète, 6 016 séjours de moins de 24 heures, 1 791 séances et, 21 588 passages aux Urgences en 2016. Il réalise sa mission d'une prise en charge de qualité des patients au sein de son territoire, dans le respect des valeurs du service public hospitalier : égalité, neutralité, continuité et adaptabilité.

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

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

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

2. Les Hôpitaux de Luchon

Les Hôpitaux de Luchon sont situés dans le canton de Bagnères de Luchon qui regroupe 132 communes pour une population totale de près de 35 000 habitants¹ hors effet saisonnier lié aux périodes touristiques hivernale et estivale. L'établissement est en direction commune avec le Centre Hospitalier Comminges Pyrénées, situé sur le canton de Saint-Gaudens.

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

- Soins de suite et réadaptation déployés sur deux sites
 - o Spécialisé dans les affections de l'appareil locomoteur (45 lits et 7 places d'hospitalisation de jour)
 - o Spécialisé dans les affections du système nerveux (20 lits)
 - o Spécialisé dans la prise en charge des personnes âgées poly pathologiques (20 lits)
 - o Polyvalent (10 et 6 lits)
- Deux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
 - o EHPAD Gabriel Rouy
 - o EHPAD des Frontignes Noëlie Sécaïl

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

3. Le Centre Hospitalier de Muret

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

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

- Pôle gériatrie : 245 lits et places

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

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

¹ Insee : Recensement de la population 2014, populations légales des cantons et métropoles en vigueur au 1^{er} janvier 2017.

- 80 lits d'EHPAD «Résidence le Castelet»
- 50 places de SSIAD
- 1 Maison pour l'autonomie et l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie (MAIA)

- Pôle handicap : 181 places

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

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

4. Le Centre hospitalier de Lavaur

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

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

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

Il met à disposition des personnes âgées un EHPAD, une unité de soins de longue durée, des consultations mémoire et, en collaboration avec le CH de Graulhet, une équipe mobile de gériatrie.

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

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

Il est associé avec le CH Pierre-Jamet à la gestion d'une structure départementale pour adolescents.

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

5. Le Centre Hospitalier de Graulhet

Le Centre hospitalier de Graulhet est un ancien hôpital local, reconnu en qualité d'hôpital de proximité en 2016.

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

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

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

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

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

6. Le Centre Hospitalier Gérard Marchant

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

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

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

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

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

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

7. Le CHU de Toulouse

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

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

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

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

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

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

Pour la recherche, le CHU comptabilise 1584 publications (score SIGAPS 17428), environ 1900 essais cliniques se déroulent sur le CHU :

- le CHU assure la promotion de 260 essais qui incluent 4600 patients,
- plus de 800 essais cliniques à promotion industrielle sont ouverts au recrutement, et le CHU est associé à environ 900 essais cliniques promus par d'autres établissements de santé. C'est ainsi plus de 8000 patients qui bénéficient de l'accès à l'innovation au CHU de Toulouse,

- le CHU protège les résultats de ses inventeurs : 41 brevets, 14 marques, 9 logiciels et 7 dessins et modèles.

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

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

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

B. L'OFFRE DE SOINS PROPOSEE PAR LE GHT

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

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

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

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

2. Les capacités d'accueil

Les données présentées sont issues d'un recensement du nombre de lits et places autorisées au 31 décembre 2016, réalisé auprès de chacun des établissements parties.

Les capacités d'hébergement relatives à la psychiatrie sont présentées dans la description de la filière psychiatrie et santé mentale.

a) Capacités d'accueil du GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest

Le GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest offre une capacité d'hébergement de 2 377 lits d'hospitalisation conventionnelle (HC) et de 459 places en médecine, chirurgie et obstétrique, de 554 lits HC et de 37 places en SSR, de 341 lits de soins de longue durée, 30 places d'hospitalisation à domicile et 545 places d'hébergement et d'accueil de jour.

Tableau de synthèse des capacités d'hébergement en lits et places du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest, hors psychiatrie.

	Hôpital de jour ou Accueil de jour	Hospitalisation + de 24H ou Hébergement	Total capacités	HAD
Médecine	289	1 414	1 703	30
Chirurgie	96	554	650	
OBSTETRIQUE et NEONATOLOGIE	3	201	204	
PEDIATRIE	70	208	278	
Sous-total MCO	459	2 377	2 836	
SOINS de SUITE et de READAPTATION	37	554	592	
SOINS de LONGUE DUREE	0	341	341	
TOTAL Sanitaire hors psychiatrie	496	3 272	3 768	
EHPAD	36	509	545	

b) Capacités par établissement partie

CH Comminges Pyrénées	MED	CHIR	OBST Néonat	Pédiat.	SSR	USLD	EHPAD
Hôpital de jour /Accueil de jour	14	25					
Hospitalisation + de 24h / Hébergement	128	40	14	2	20	60	120
HAD, Capacités totales hors psychiatrie	20						

CH de Laval	MED	CHIR	OBST Néona t	Pédiat	SSR	USLD	EHPA D
Hôpital de jour /Accueil de jour	2	5			5		14
Hospitalisation + de 24h / Hébergement	42		17		60	60	81
HAD, Capacités totales hors psychiatrie							

CHU	MED	CHIR	OBST Néonat	Pédiat.	SSR	USLD	EHPAD
Hôpital de jour /Accueil de jour	273	66	3	70	25		
Hospitalisation + de 24h / Hébergement	1 211	514	170	206	186	71	
HAD, Capacités totales hors psychiatrie	10						

CH de Muret	MED	CHIR	OBST Néonat	Pédiat.	SSR	USLD	EHPAD
Hôpital de jour /Accueil de jour							12
Hospitalisation + de 24h / Hébergement	15				35	53	80
HAD, Capacités totales hors psychiatrie							

Les capacités d'hébergement « handicap » ne sont pas renseignées dans ces tableaux.

CH de Grailhet	MED	CHIR	OBST Néonat	Pédiat.	SSR	USLD	EHPAD
Hôpital de jour /Accueil de jour							10
Hospitalisation + de 24h / Hébergement	18				20		146
HAD, Capacités totales hors psychiatrie							

Capacités par EHPAD : 50 à l'EHPAD St François, 80 au Pré de Millet, 16 à l'Unité Protégée "Résidence des 4 Saisons"

Hôpitaux de Luchon	MED	CHIR	OBST Néonatal	Pédiat.	SSR	USLD	EHPAD
Hôpital de jour /Accueil de jour					7		
Hospitalisation + de 24h / Hébergement					101		132
HAD, Capacités totales hors psychiatrie							

CH G.Marchant	MED	CHIR	OBST Néonatal	Pédiat.	SSR	USLD	EHPAD
Hôpital de jour /Accueil de jour							
Hospitalisation + de 24h / Hébergement						47	
HAD, Capacités totales hors psychiatrie							

Extension prévue à 80 lits au premier semestre 2018, dont 13 lits d'UHR.

Les capacités d'accueil en hospitalisation complète et en hôpital de jour sont décrites pour chacune des filières prioritaires retenues dans le projet médical partagé et sont présentées dans la description de la filière.

C. LES CHIFFRES CLES DU GHT DE LA HAUTE-GARONNE ET DU TARN OUEST

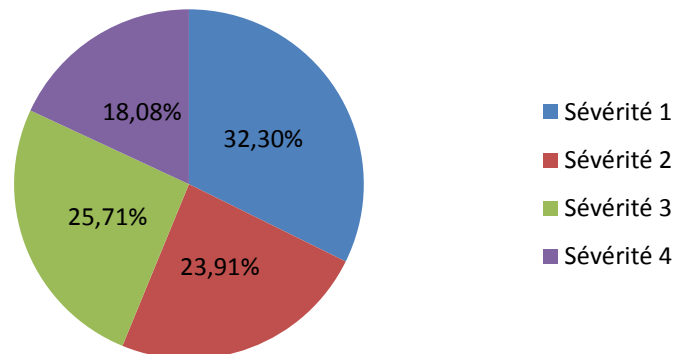
Les données présentées dans ce paragraphe ont été transmises par l'ARS Occitanie et sont issues de la base DIAMANT pour l'année 2015 (2014 pour les données des ressources humaines).

1. Les données d'activité agrégées

Les établissements du GHT comptabilisent 1 044 770 journées d'hospitalisation en médecine-chirurgie-obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation, psychiatrie et hospitalisation à domicile.

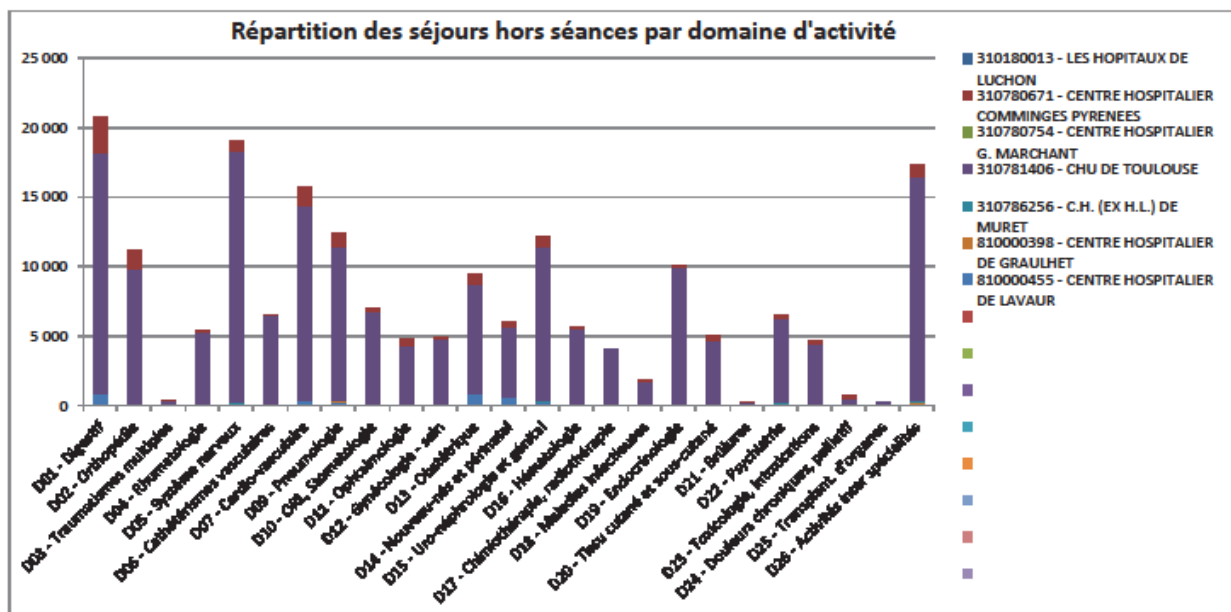
Pour ce qui concerne l'activité MCO, le nombre de séjours s'élève à 192 403 séjours hors séances et 58 181 séances. Ils sont classés par niveau de sévérité dans le graphique ci-dessous.

Niveaux de sévérité en MCO



La répartition des séjours par domaine d'activité (DA) selon la nomenclature ATIH montre que les séjours du DA D01 « Digestif » sont les plus importants avec plus de 20 000 séjours. Viennent ensuite les séjours classés en D05 « système nerveux », en D26 « activités inter-spécialités », en D07 « cardio-vasculaire ». Ces trois domaines d'activité représentent plus de 15 000 séjours chacun.

Les couleurs du graphique ci-dessous illustrent l'activité réalisée par les établissements parties pour chacun des domaines d'activité.



2. Les ressources humaines et financières

a) Ressources humaines

Les établissements parties comptent 2 853 équivalents temps plein (ETP) de personnels médicaux et 14 412 équivalents temps plein non médicaux, dont 8 510 ETP de personnels soignants.

Les ressources humaines des personnels médicaux et soignants du GHT s'élèvent à 11 363 ETP.

b) Eléments de finances

Tableau des produits comptes de résultat, principal et annexes :

Total des produits « compte de résultat principal »	1 368 422 853 €
Total des produits « comptes de résultat annexes »	78 372 266 €
Total	1 446 795 119 €
Total Bilan (Passif)	1 294 031 030 €

Les produits du compte de résultat principal (CRP) du CHU de Toulouse représentent 85% des produits des CRP des établissements parties.

II. La méthodologie d'élaboration du projet médical partagé

La méthodologie d'élaboration du projet médical partagé de territoire est fondée sur un cadre précis :

- le cadre législatif et réglementaire posé par la loi de modernisation de notre système de santé et ses décrets d'application, qui définissent la gouvernance des GHT, l'objet, les objectifs et le contenu du Projet médical partagé (PMP) ;
- le Programme Régional de Santé 2012 / 2017 de l'ex-région Midi-Pyrénées, les orientations de l'ARS Occitanie dans le cadre du prochain Projet Régional de Santé pour lequel huit filières prioritaires ont été identifiées ;
- la convention constitutive du GHT, ses quatre annexes et son avenant n°1 approuvé par décision de la Directrice Générale de l'ARS Occitanie en date du 3 avril 2017;
- les recommandations méthodologiques diffusées par le ministère chargé de la santé et l'ANAP.

Ce cadre a permis de définir les instances du groupement, la méthodologie et les critères de sélection des filières prioritaires du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest ainsi que les principes d'élaboration du projet médical partagé.

La charte de confiance et de coopération entre les établissements parties, annexe 1 de la convention constitutive, promeut un modèle coopératif du GHT et non un modèle intégratif. La méthodologie d'élaboration du PMP est également construite selon ce modèle, dans le respect des missions spécifiques de chacun des établissements parties.

L'annexe 3 de la convention constitutive précise les missions de la communauté psychiatrique de territoire (CPT) de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest dont celle relative à la définition et à l'élaboration du projet médical et du projet de soins partagés dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale.

L'annexe 4 à la convention constitutive prévoit la création d'un comité des établissements associés et partenaires du GHT, nouvelle instance constituée à l'initiative du Groupement et approuvée par l'ARS Occitanie. La création de ce comité incarne la politique d'ouverture aux autres établissements publics ou privés du territoire du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest.

Le comité des membres associés et partenaires du groupement a été installé le 9 juin 2017. Il regroupe les établissements volontaires et désireux de participer aux travaux du projet médical partagé et de développement de coopérations territoriales avec le Groupement.

Le comité des membres associés et partenaires est structuré en cinq collèges :

- le collège des établissements proposant une offre d'HAD ;
- le collège des établissements de santé privés d'intérêt collectif ;
- le collège des établissements de santé privés à but lucratif ;
- le collège des établissements médico-sociaux publics ;
- le collège des établissements médico-sociaux privés.

De façon anticipée à la création de ce comité, de nombreux établissements partenaires ou associés ont participé aux travaux conduits soit de façon ciblée dans une filière spécifique en raison de leur mission propre, soit selon une approche transversale, comme les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile, dont l'aire géographique autorisée est située sur la Haute-Garonne et le Tarn Ouest.

Les quatre établissements d'HAD concernés, non parties au groupement, ont participé à une première réunion de travail avec les représentants des activités d'HAD des établissements parties, en date du 10 mai 2017.

Préalablement aux travaux déclinés par filière, un diagnostic du territoire d'attractivité du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest a été réalisé. Ce diagnostic est présenté ci-après dans un chapitre dédié.

L'identification des filières prioritaires du PMP par le GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest a été réalisée sur la base de deux critères :

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

Six filières prioritaires ont été retenues :

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

Compte tenu de la très forte et nécessaire complémentarité entre le projet médical partagé et le projet de soins partagé, le groupement a souhaité conduire l'élaboration des deux projets de façon très étroite : des personnels paramédicaux, désignés par la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-techniques, ont participé aux groupes de travail mis en place pour chacune des filières.

Au-delà des filières prioritaires, le GHT a mis en place un groupe de travail pour chacune des activités médico-techniques à organiser en commun :

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

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

Les modalités d'élaboration du PMP ont été validées par le Collège médical et le Comité stratégique en date des 16 et 20 décembre 2016 :

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

La présence des usagers au sein des groupes de travail n'a pas pu être mise en place à ce stade, le Comité des usagers ayant été installé en date du 1^{er} juin.

La participation effective des représentants des usagers et d'associations de patients aux travaux à venir sera organisée dans les meilleurs délais sur la base des dispositions arrêtées le 1^{er} juin.

Les travaux conduits ont visé à intégrer trois dimensions, cohérents avec les enjeux du projet médical partagé : amélioration de la qualité, de la sécurité des soins et des pratiques ; pertinence de la coordination des parcours de soins et des coopérations ; efficience des organisations.

Ces trois dimensions ont été présentées à chaque groupe de travail, désignées comme fil conducteur des travaux :

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

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

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

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

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

- étape N°1 :

Présentation du diagnostic territorial global,

Définition de la filière et de son périmètre (identification des interfaces entre les filières),

Appropriation des premiers éléments relatifs à la filière : activité, description / organisation...

- étape 2 :

Finalisation de l'état des lieux,

Identification des parcours cibles et gradués au sein de chaque filière,

Identification des priorités sanitaires, actions prioritaires, thématiques transversales,

Préfiguration d'une organisation cible à 4 ans.

- étape 3 :

Finalisation de l'organisation cible,

Ordonnancement des actions, choix des indicateurs de suivi et modalités, calendrier global.

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

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

Au-delà du diagnostic territorial global présenté ci-après, une analyse spécifique pour chacune des filières a été menée afin d'objectiver les éléments d'activité et de structuration de la filière.

Les données d'activité utilisées dans le cadre de ces travaux ont été communiquées par le Département d'Information Médicale de l'établissement support du GHT. Les données sont issues de la base nationale de l'ATIH pour l'année 2015, comme celles utilisées dans le cadre de l'élaboration du prochain Projet Régional de Santé, de façon à garantir la cohérence des analyses menées.

III. Contexte territorial

A. CARACTERISTIQUES ET SPECIFICITES DU TERRITOIRE

1. Contexte géographique

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

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

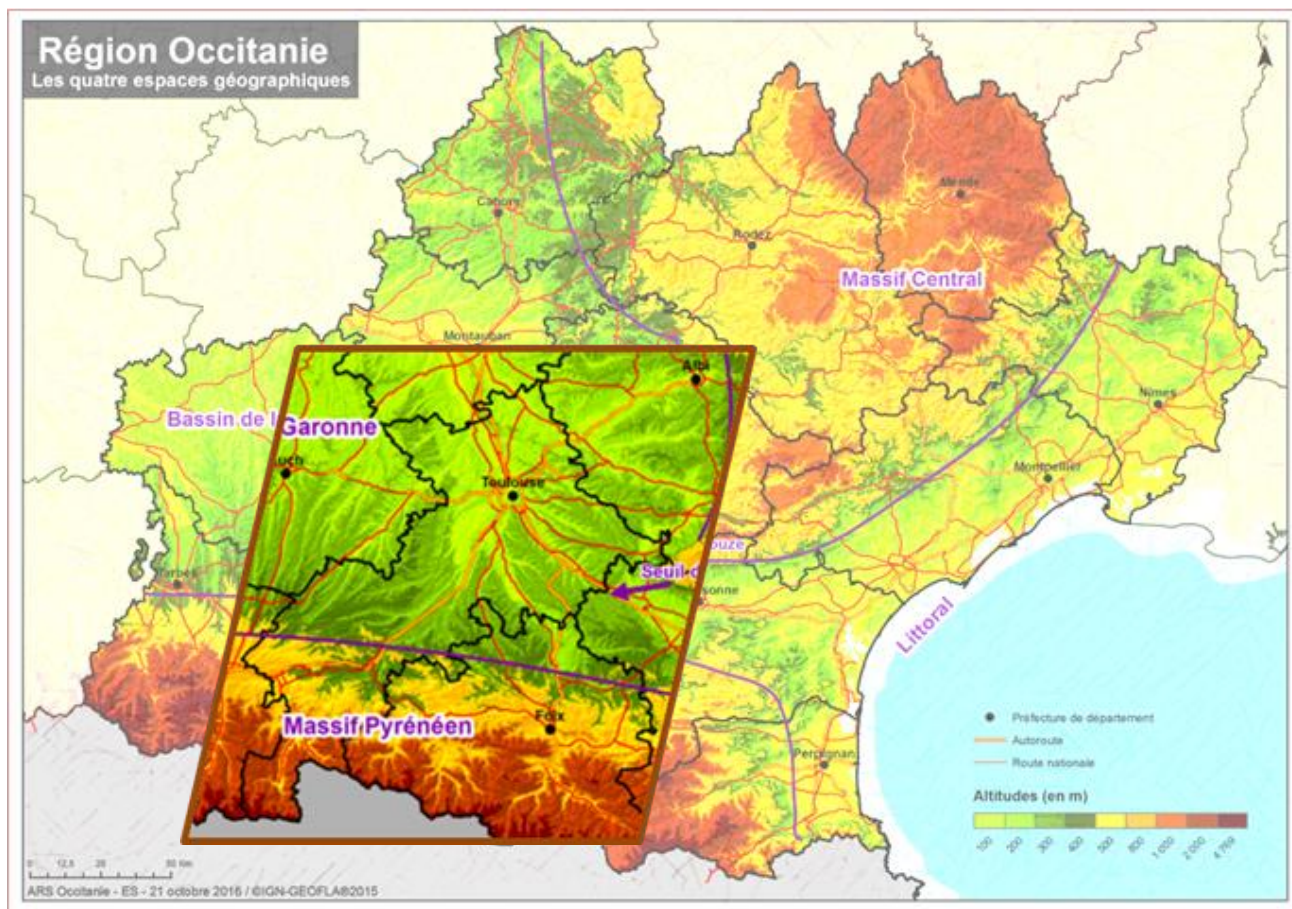
Le département est constitué de trois arrondissements : Muret (regroupant 6 cantons dont 126 communes), Saint-Gaudens (regroupant 3 cantons dont 237 communes) et Toulouse (regroupant 21 cantons dont 226 communes). Ce dernier arrondissement est très urbanisé.

Le Tarn s'étend sur une superficie de 5 758 km². Il est traversé d'est en ouest par le Tarn et du sud à l'ouest par l'Agoût, deux rivières qui se rejoignent à Saint-Sulpice. Les paysages sont assez diversifiés, la partie nord plutôt vallonnée abritant les forêts de Grésigne et Sivals. Le centre du département est formé de larges plaines tandis que les parties sud et sud-est abritent un massif moyennement montagneux (Monts de Lacaune, Montagne Noire). Sa géographie se caractérise par une forte opposition est/ouest avec un point culminant à 1200m d'altitude à l'Est et une altitude la plus basse à 95m à l'Ouest sur la commune de Saint-Sulpice.

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

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

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



La distance entre Graulhet et Bagnères de Luchon est de plus de 200 km, avec une durée de parcours estimée à plus de 2 heures 30 dans des conditions de circulation fluides.

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

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

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

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

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

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

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

2. Les enjeux démographiques

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

a) La région Occitanie

Au 1^{er} janvier 2014, la région Occitanie compte 5 730 753 habitants. C'est la cinquième des treize régions métropolitaines par sa population, entre la Nouvelle-Aquitaine et le Grand-Est.

Entre 2009 et 2014, l'Occitanie gagne en moyenne 51 400 habitants chaque année (+ 0,9 %). Ce taux d'accroissement, presque deux fois plus élevé que la moyenne en métropole, est le plus fort après celui de la Corse. Il est dû pour l'essentiel à l'arrivée de nouvelles populations dans la région, l'une des plus attractives du pays.

Le dynamisme démographique s'articule autour de l'armature urbaine, essentiellement autour des deux grands espaces des métropoles de Toulouse et de Montpellier dont la population est en croissance. Les villes moyennes perdent des habitants tandis que leurs banlieues ou leurs couronnes périurbaines en gagnent, comme Rodez, Carcassonne, Tarbes ou Castres.

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

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

* Y compris les parties hors département

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

b) La Haute-Garonne

Au 1^{er} janvier 2014, la Haute-Garonne compte 1 317 668 habitants. Entre 2009 et 2014, le rythme de croissance du département (+ 1,4 % par an) est le deuxième de la région Occitanie, juste derrière celui de l'Hérault. La Haute-Garonne est le quatrième département de métropole où ce rythme de croissance est le plus élevé. Ainsi, **la Haute-Garonne gagne 17 400 habitants en moyenne chaque année** : c'est la troisième plus forte augmentation absolue de population, juste après le Rhône et la Gironde. Avec plus de 208 habitants au km², la Haute-Garonne est l'un des départements les plus densément peuplés de la moitié sud du pays. Cependant, cette densité est concentrée sur le Nord du département, sur l'aire urbaine de Toulouse. Le département est très urbanisé, avec 84 % des habitants qui vivent dans une unité urbaine. C'est beaucoup plus qu'en moyenne au niveau régional et que pour l'ensemble des régions de province (73 %).

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

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

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

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

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

L'approche populationnelle doit être complétée des données relatives à l'augmentation de la fréquentation de certaines municipalités particulièrement touristiques comme les communes du Pays de Luchon.

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

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

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

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

En Haute-Garonne, 175 communes, soit près de trois sur dix, sont des pôles de services et d'équipements de proximité : il s'agit de communes qui disposent d'au moins la moitié d'une gamme d'équipements les plus courants de la vie quotidienne (école, épicerie, médecin généraliste...). Parmi elles, neuf sont aussi des pôles supérieurs, c'est-à-dire offrant des services spécifiques et plus rares comme le lycée, l'hôpital ou encore l'hypermarché... Sept d'entre eux sont situés dans

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

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

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

c) Le Tarn

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

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

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

périurbaine, gagnent ensemble 320 habitants supplémentaires par an. En remontant l'A68 vers Albi, ces tendances se retrouvent dans les communes de Gaillac (+ 2,8 %), Lisle-sur-Tarn (+ 1,3 % par an) et Marssac-sur-Tarn (+ 0,8 %). Gaillac, la troisième commune du département (15 077 habitants), continue d'afficher un fort dynamisme et gagne 380 habitants par an. Les anciens sites industriels que sont Carmaux et Graulhet perdent de la population.

Population des principales communes du Tarn

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

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

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

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

Les tarnais sont 81 % à résider dans une commune dite « pôle de services de proximité », part légèrement inférieure à la moyenne de France métropolitaine (85 %). Le temps de trajet moyen pour accéder aux équipements de proximité est proche du temps moyen régional mais plus élevé que celui de la France métropolitaine. Les 17 pôles de services intermédiaires structurent le département. Ils se situent principalement dans la partie ouest, zone la plus peuplée. Il y en a peu dans le nord et trois seulement dans la partie est (Alban, Lacane et Brassac). Les villes de Lavaur, Gaillac et Graulhet à l'ouest, Albi et Carmaux au nord et Castres au sud réunissent suffisamment d'équipements de la gamme supérieure pour se voir conférer le statut de pôle.

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

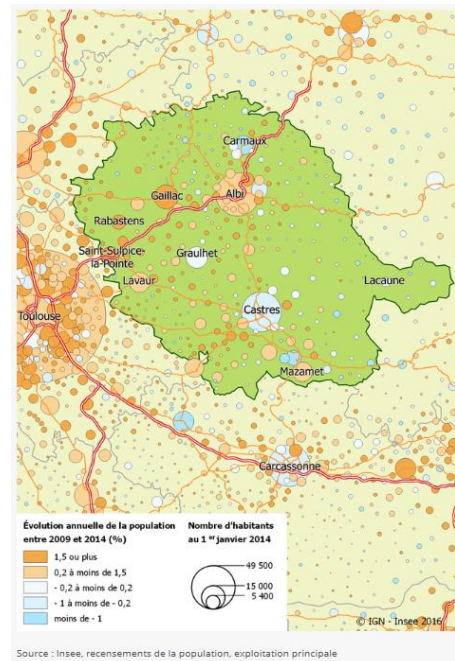
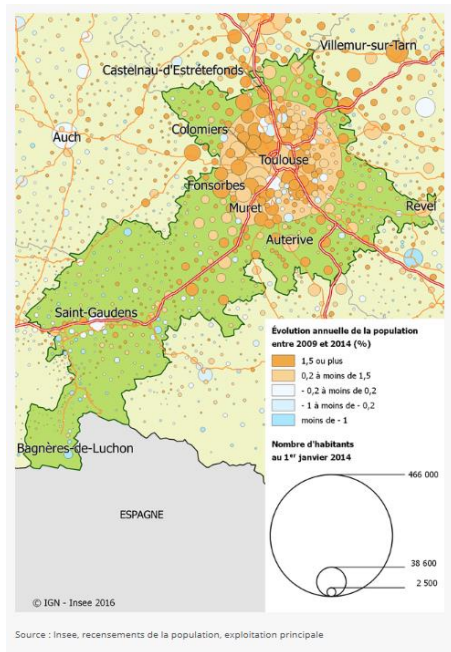
Sur les 145 000 actifs occupés qui résident dans le Tarn en 2012, 19 000 personnes (13 %) se rendent quotidiennement dans un autre département pour exercer leur activité professionnelle. En raison des commodités d'accès (autoroute A68, voies ferroviaires), les échanges avec la Haute-Garonne et en particulier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

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

d) Représentations cartographiques

(1) Cartes de l'évolution annuelle de la population sur le territoire du GHT

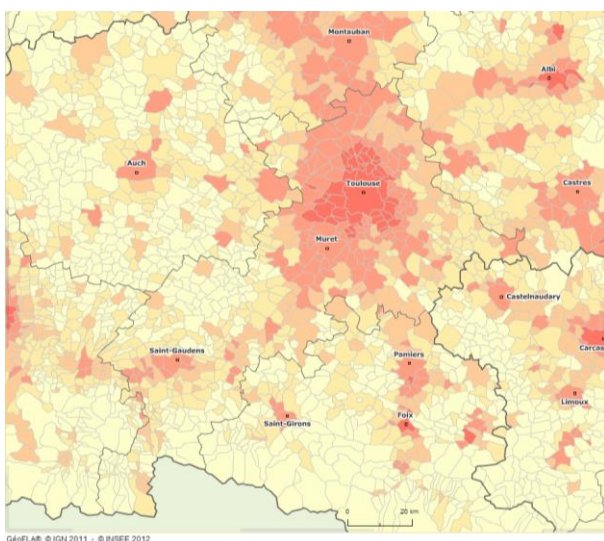
Population municipale _ Evolutions annuelles entre 2009 et 2014, Haute-Garonne et Tarn



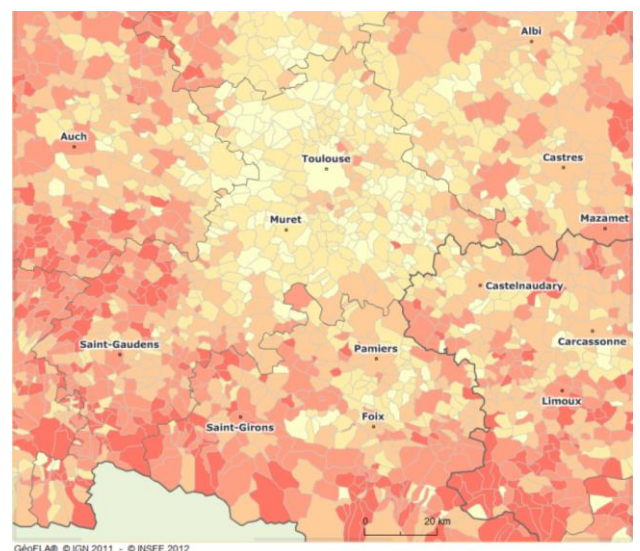
(2) Densité de la population du territoire du GHT par commune

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

Carte de densité de la population globale



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



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

3. Tableau de bord sur la santé en Occitanie

L'ex-région Midi-Pyrénées fait partie des six régions (avant 2016) ayant les parts de personnes âgées de 75 ans ou plus les plus élevées : 10,4% contre 8,7% au niveau national.

Selon les données issues du « Tableau de bord sur la Santé – région Occitanie, 2016 », entre 2012 et 2040, l'effectif des jeunes de moins de 20 ans devrait augmenter d'environ 12%, alors que celui des 65 ans et plus augmenterait de près de 71,3 % pour atteindre le nombre de 1 930 751 personnes.

En 2014, l'espérance de vie à la naissance est de 79,7 ans pour les hommes et de 85,6 ans pour les femmes. Pour les hommes comme pour les femmes, la région se situe au 4ème rang des régions de métropole aux espérances de vie à la naissance les plus élevées.

En 2011-2013, et à structure d'âge comparable, les niveaux de mortalité sont significativement plus faibles en Occitanie qu'en métropole.

Trois groupes d'affections représentent les trois cinquièmes des décès de la région : les tumeurs, les maladies de l'appareil circulatoire, les morts violentes pour les hommes (accidents, suicides, chutes...) et les maladies du système nerveux pour les femmes. Ces affections sont aussi les principales causes de décès prématurés. Le cancer du poumon est la première cause de décès « évitable » en Occitanie.

En 2015, la région comptabilise 1,4 million d'hospitalisations en établissement de court séjour dont 18% concernent des patients de moins de 25 ans et 39% des patients de 65 ans et plus. Parmi ces séjours, 7 800 séjours concernent des tentatives de suicide.

Les données de santé publique ou de la consommation en soins sont analysées ci-après de façon plus détaillée pour chacune des filières de soins retenues comme « prioritaires » dans le projet médical partagé.

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

1. Les territoires de santé

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

Afin de décliner les orientations stratégiques² du Plan Régional de Santé au plus près des lieux de vie, chacun des huit départements de l'ex région Midi-Pyrénées a été défini comme « territoire de santé », eux-mêmes découpés en « bassins de santé ».

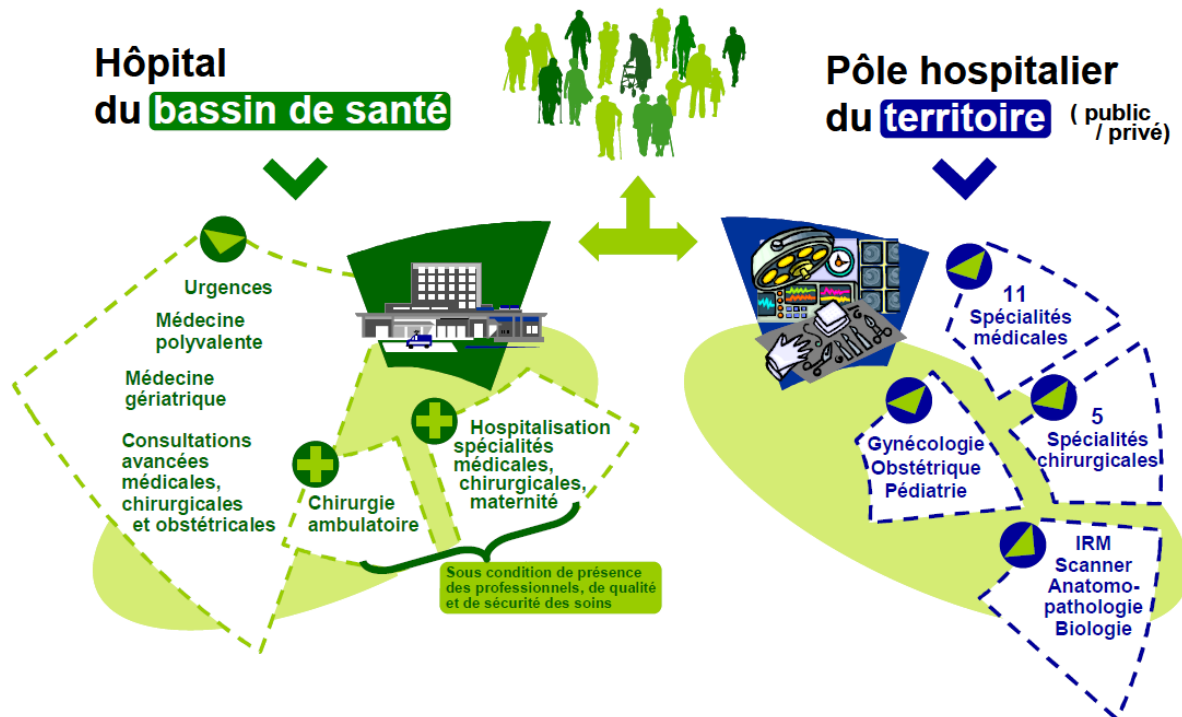
En matière d'organisation des soins, le territoire de santé est le périmètre dans lequel s'organise le recours aux soins spécialisés. Ces soins doivent présenter les mêmes garanties de qualité et de sécurité dans chaque département de la région, en permettant une prise en charge rapide des patients et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

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

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

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

La gradation des soins dans les établissements de santé :



Le PRS précise :

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

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

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

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

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



a) Le territoire et les bassins de santé de la Haute-Garonne

(3) Organisation du territoire en bassins de santé

Du fait d'une densité particulièrement importante au nord du département et des caractéristiques géographiques particulièrement distinctes entre le nord et le sud du territoire de santé, ce dernier compte le nombre le plus important de bassins de santé, au nombre de 6 :

- Nord du Département, 4 bassins de santé : Saint-Jean l'Union au Nord, Villefranche de Lauragais au nord-est, Cornebarrieu au nord-ouest, Toulouse au centre nord ;
- Muret au centre-nord du département ;
- Saint-Gaudens au sud.

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

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

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

- Conduites en lien avec la santé

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

Compte tenu de la part très importante de la population de moins de 25 ans sur ce territoire, la présence de trois universités et de nombreuses écoles supérieures, les données de santé publique spécifiques à la population « jeune » ou étudiante et relatives aux comportements ou à la santé mentale (addictions, alimentation, prévention du mal être et du suicide...) doit faire l'objet d'une attention particulière.

b) Le territoire et les bassins de santé du Tarn

(5) Organisation du territoire en bassins de santé

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



(6) Profil de santé du territoire du Tarn⁴

- Mortalité générale et prématurée

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

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

Dans le Tarn, les maladies de l'appareil circulatoire, les cancers, le diabète et la maladie mentale représentent 81,3% des affections en longue durée sur la période 2008-2010. Le taux d'admission en

⁴ Profil de santé des territoires de santé : Tarn, FNORS-ORS Midi-Pyrénées – Juillet 2013

ALD pour diabète est inférieur au taux national. Le territoire présente des taux d'admission en ALD pour maladies cardio-vasculaires et pour maladie mentale supérieurs aux taux nationaux.

- Conduites en lien avec la santé

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

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

2. Les secteurs psychiatriques

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

Les cartes des secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile sont présentées dans la feuille de route relative à la filière psychiatrie et santé mentale.

3. La démographie professionnelle du premier recours

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

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

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

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

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

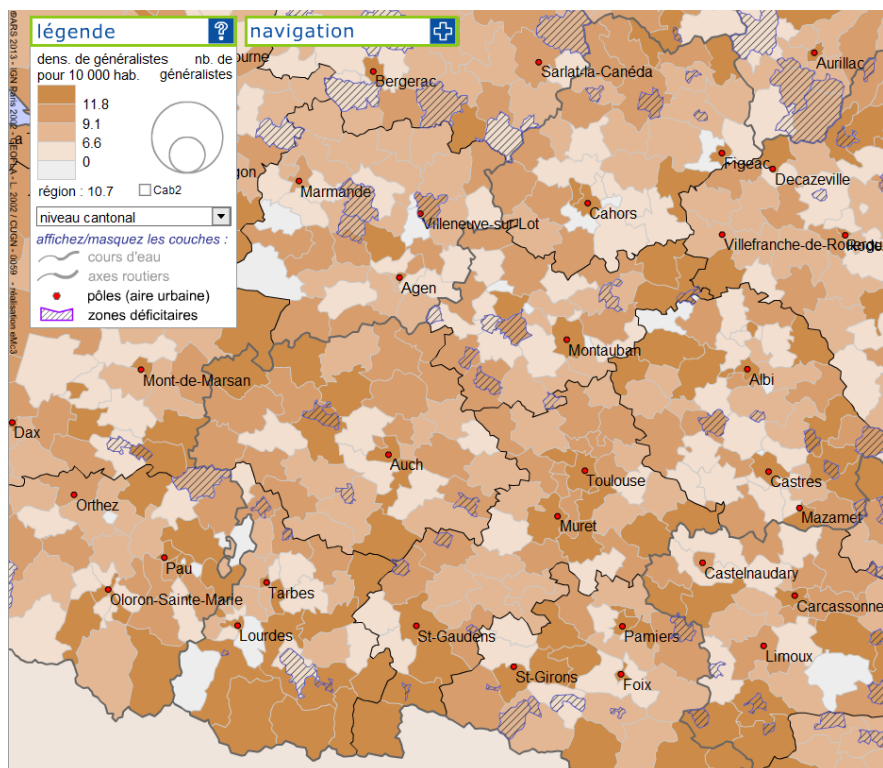
Ces zones sont des *"zones caractérisées par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, en raison des caractéristiques démographiques, sanitaires et sociales de la population, des particularités géographiques de la zone, du nombre et de la répartition des professionnels et des structures de soins et de leurs évolutions prévisibles"*⁵.

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

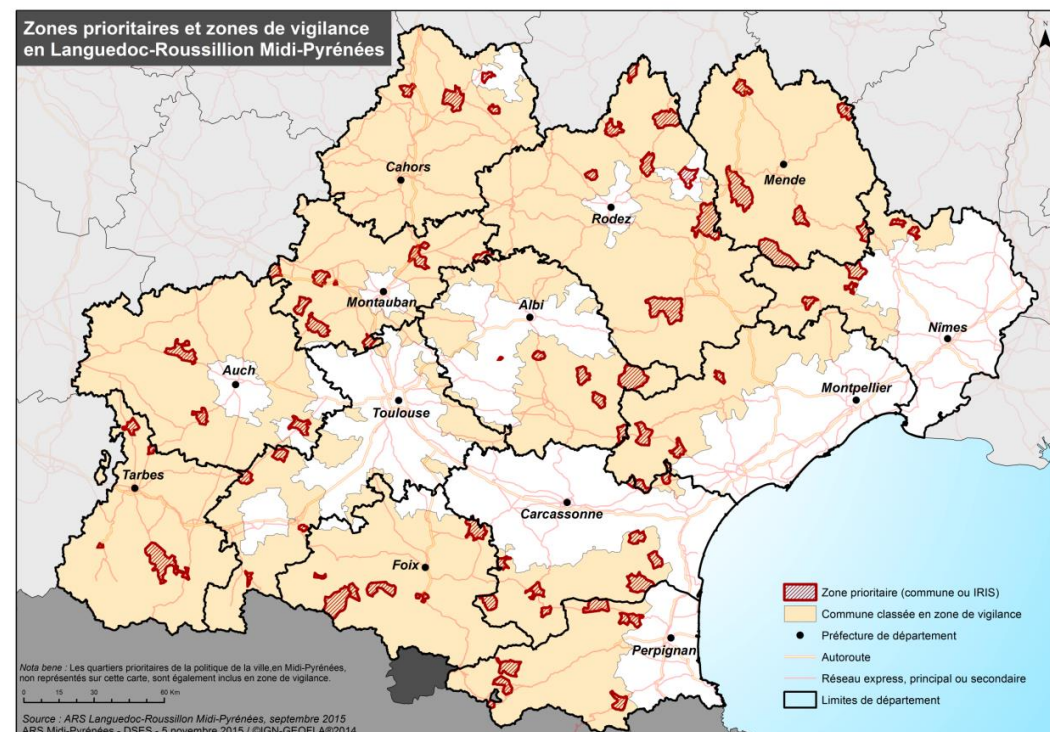
En effet, sur la carte « densité », la densité des médecins généralistes semble tout à fait satisfaisante dans l'extrême sud du département de la Haute-Garonne alors que l'analyse croisée avec d'autres critères fait apparaître ce territoire comme majoritairement situé en zone de vigilance. L'âge des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

⁵ ARS Midi-Pyrénées 2012

Densité des médecins généralistes en nombre pour 10 000 habitants



Zones prioritaires et zones dites de « vigilance »



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

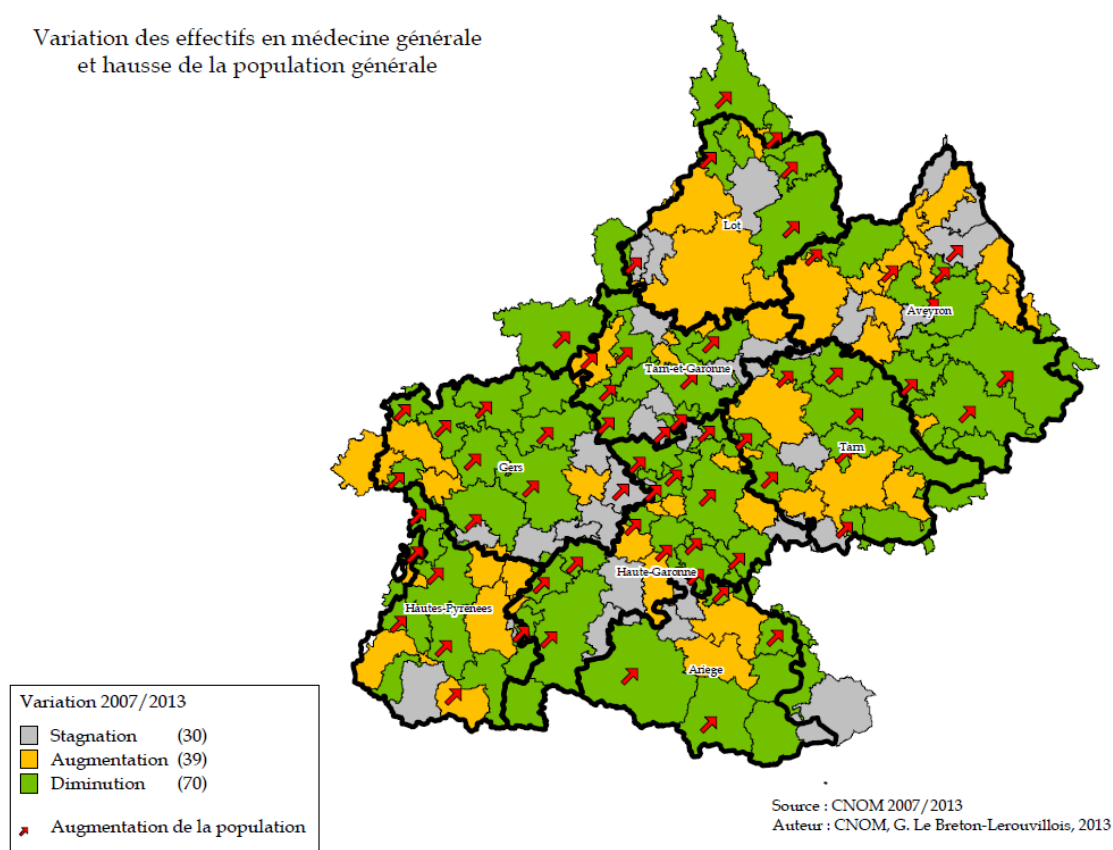
Âge des médecins généralistes libéraux et mixtes par département⁶ :

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

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

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

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



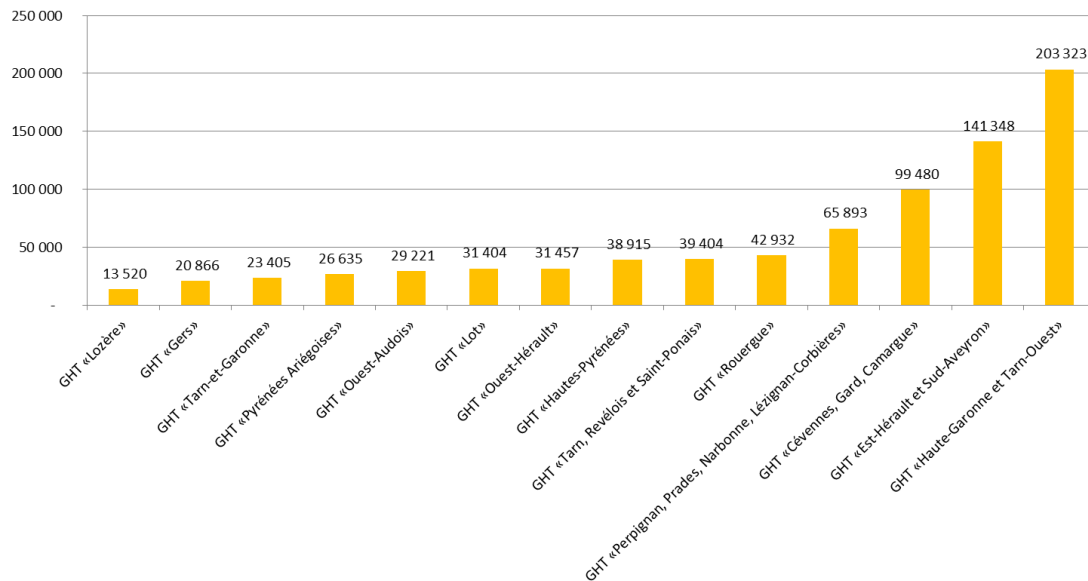
⁶ Rapport « La démographie médicale en Midi-Pyrénées – Situation en 2013 » Conseil National des Médecins
Conseil National de l'Ordre.

C. LE GHT ET SON CONTEXTE CONCURRENTIEL

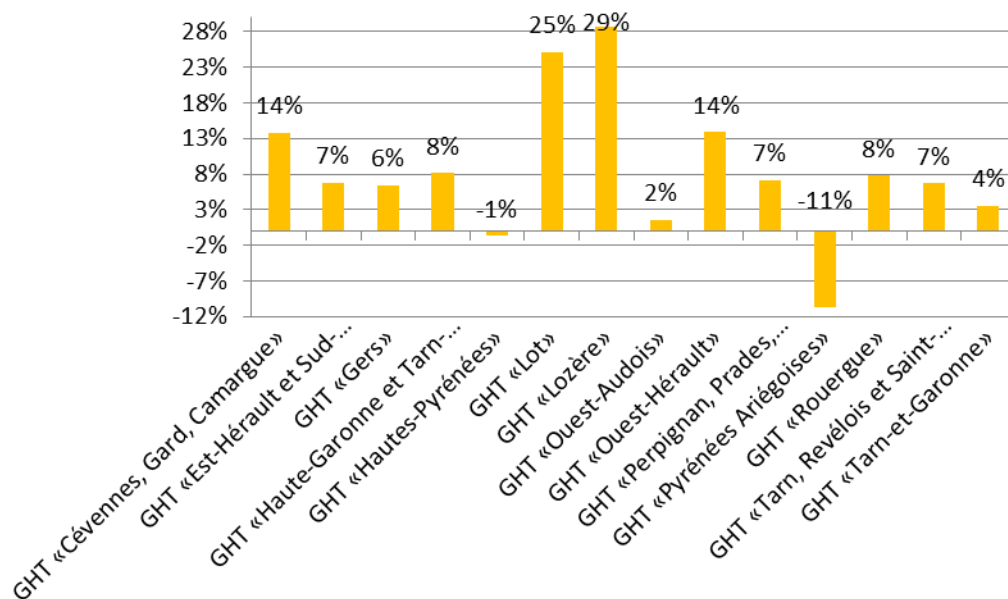
1. La dynamique du GHT

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

Nombre de séjours MCO hors séance – 2015 :



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

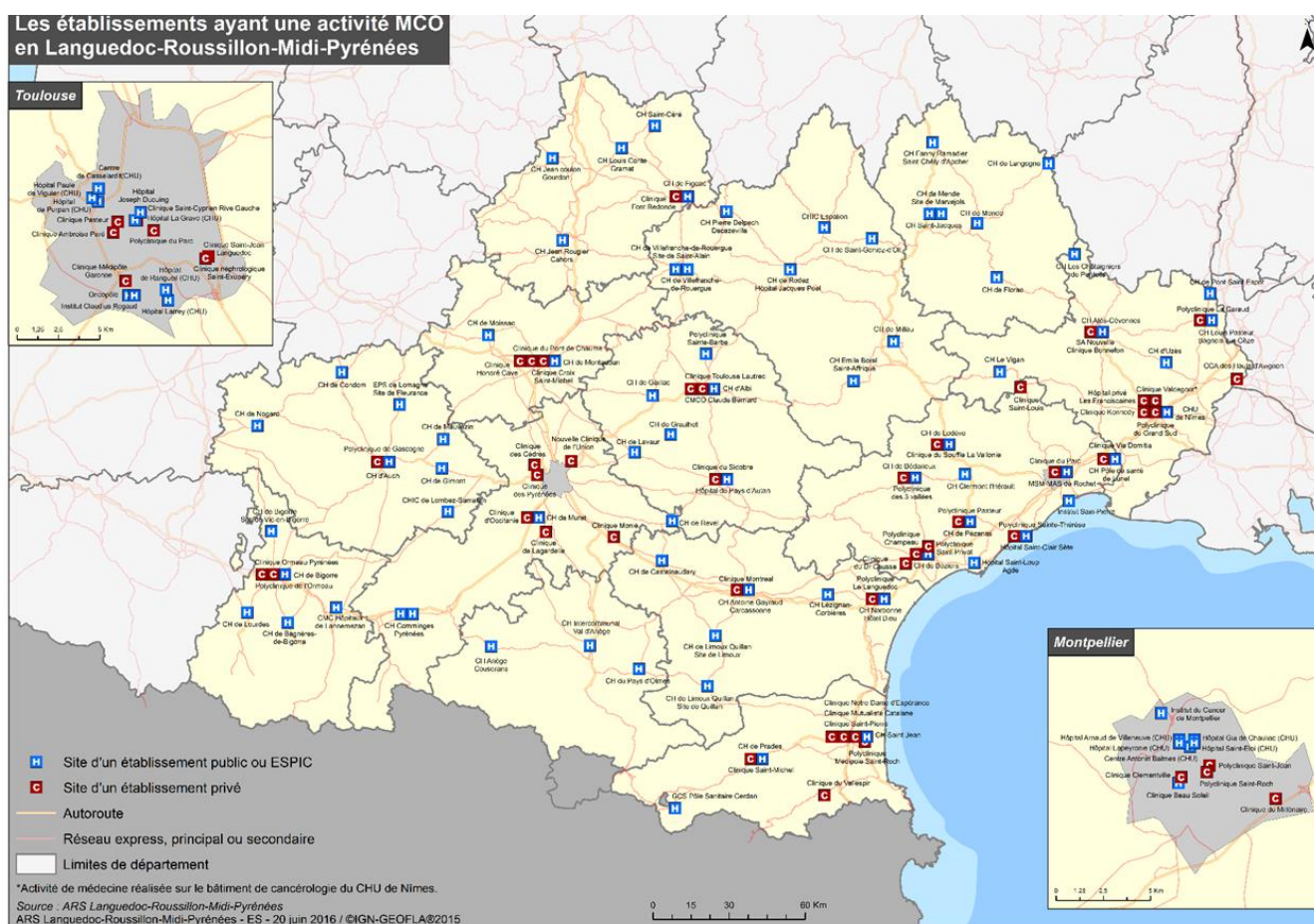


Cette évolution pourrait sembler normale au regard de l'évolution démographique mais compte tenu de l'offre de soins privée particulièrement développée sur le territoire, cette évolution est aussi le signe du dynamisme du groupement.

2. Le contexte concurrentiel

a) Les implantations et les capacités des établissements de santé sur le territoire

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



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

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

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

Une extraction des données disponibles sur le site « SCORE-Santé », réalisée en date du 14 janvier 2017, pour les capacités (nombre de lits) par grande catégories d'établissements et par départements de l'année 2013 montre que le nombre de lits des hôpitaux publics de la Haute-Garonne représente 39 % de la capacité totale du département, l'hospitalisation privée représentant 61% du nombre de lits recensés.

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

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

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

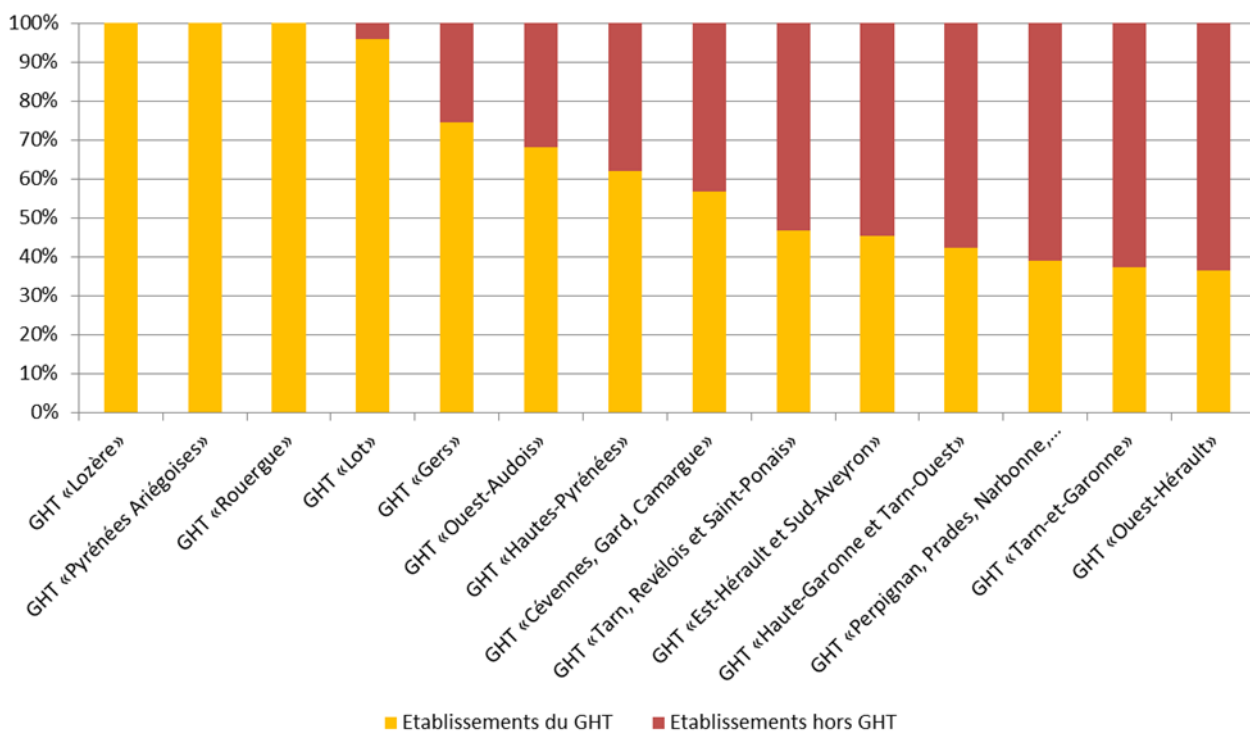
La proportion de lits « SSR » des établissements privés proposant une offre exclusive en SSR représente près 17 % de la capacité totale d'accueil des établissements de la Haute-Garonne et 28% de la capacité totale des établissements privés.

b) Les parts de marché et l'attractivité

Selon la méthodologie utilisée, les parts de marché peuvent être différentes.

(7) Méthodologie basée sur la production en soins des établissements de la zone considérée⁷

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



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

Parts de marché par catégorie de soins MCO en 2015 :

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

⁷ Source : ARS Occitanie – Feuille de route GHT – 22 septembre 2016



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

(8) Méthodologie ATIH basée sur la zone d'attractivité⁸

Ces parts de marché sont calculées selon la méthodologie ATIH basée sur la zone d'attractivité. Cette dernière se définit par les codes géographiques PMSI qui représentent 80% du recrutement total de l'établissement ou du groupe d'établissements.

Le nombre total de séjours MCO hors séances des patients de la zone d'attractivité du GHT s'élève à 378 724 séjours dont 113 701 séjours sont réalisés par le GHT soit 30,02%. Près de 70% des séjours de la zone d'attractivité échappent aux établissements parties du GHT.

Le GHT réalise 192 403 séjours hors séances dont 113 701 séjours pour des patients résidents sur sa zone d'attractivité. Par déduction, il réalise 78 702 séjours pour des patients résidents en dehors de sa zone d'attractivité, ce qui représente 40,90% des séjours hors séances pris en charge par les établissements parties.

Selon cette méthodologie, si les parts de marché du GHT semblent faibles (30,02%), son attractivité est élevée (40,90%). Ces données sont le reflet du caractère singulier de ce GHT et des missions de recours et de référence portées par le CHU de Toulouse.

⁸ Source : ARS – Fiche profil du GHT Haute-Garonne et Tarn Ouest _ cube MCO Diamant – données 2015

IV. Les objectifs médicaux et les orientations stratégiques du GHT

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

Ces orientations stratégiques sont déclinées pour les six filières retenues comme prioritaires et présentées ci-après.

A. CONFORTER L'OFFRE DE SOINS PUBLIQUE SUR LE TERRITOIRE

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

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

B. DEVELOPPER DES PRATIQUES DE SOINS MODERNISEES DANS LE CADRE DE PRISES EN CHARGE GRADUEES

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

1. Les prises en charge ambulatoires

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

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

2. La télémédecine et la télésanté

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

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

C. POURSUIVRE UNE POLITIQUE COMMUNE DE GESTION PREVISIONNELLE DES EFFECTIFS MEDICAUX

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

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

2. La constitution d'équipes médicales territoriales communes

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

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

3. La reconnaissance de la spécificité de la filière de psychiatrie et santé mentale

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

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

4. Les autres filières transversales communes

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

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

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

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

5. Des évaluations communes

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

D. LA RECHERCHE, ENJEU D'INNOVATION ET DE MOTIVATION

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

V. Objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins

Les objectifs Qualité du projet médical partagé du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest reposent sur une mise en commun pragmatique des compétences et des expériences des établissements membres et de leurs professionnels. Elle comporte la création d'un espace d'échanges et de partage de compétences sur les thématiques « qualité – sécurité – relations usagers » au sein du GHT. Progressive et respectant la subsidiarité de ces établissements, la démarche s'inscrit dans la perspective d'une certification V 2019 commune au début des années 20s.

A. LA SECURITE DES SOINS, UNE EXIGENCE PRIORITAIRE

Réduire les risques associés aux soins impose de renforcer, chaque fois que possible, les activités des vigilances sanitaires. La priorité est donnée à deux domaines fréquemment responsables d'événements indésirables. La démarche sera étendue ultérieurement aux autres vigilances et domaines apparentés.

Objectif N° 1 : la prévention et la lutte contre les infections associées aux soins, incluant le bon usage des agents anti-infectieux, en lien avec le CEPIAS.

Objectif N° 2 : la sécurité du circuit des médicaments et dispositifs médicaux, en lien avec l'OMEDIT.

La sécurité des patients repose également sur un dispositif de prévention et de prise en compte des dysfonctionnements et problèmes éventuels lors de leur prise en charge.

Objectif N° 3 : l'animation d'un dispositif partagé et spécifique de signalement et d'analyse des événements indésirables survenus lors du parcours des patients au sein des filières prioritaires définies par le projet médical.

B. LA MUTUALISATION DES RESSOURCES ET DES COMPETENCES EN EVALUATION PERMET DES AUDITS PLUS EFFICACES

La diversité des activités et modalités d'organisation, de fonctionnement et de pratiques des établissements membres du GHT est une richesse. Plus d'une centaine de professionnels ont des compétences, voire une qualification, en matière d'audit. Les nombreuses demandes d'évaluation de la qualité offrent une opportunité d'optimisation et de partage.

Objectif N° 4 : le développement d'une politique d'audit interne, incluant la mutualisation des référentiels appropriés et la pratique d'audits croisés.

C. EVALUATIONS EXTERNES, QUALITE, SECURITE, ATTRACTIVITE

Les recommandations d'amélioration issues des évaluations externes sont, de manière indissociable, une source de qualité et de sécurité pour les patients et d'attractivité pour l'établissement et ses professionnels.

Les visites de certification par la HAS des 7 établissements, selon les modalités V 2014 actuelles, sont relativement regroupées (Janvier 2017 – Février 2018). Sauf improbables visite de suivi complète ou report de visite, le compte qualité suivant sera transmis en 2019. Une visite de certification commune, selon le schéma proposé par la HAS, pourrait donc intervenir en 2021-22.

Afin d'anticiper cette échéance, des analyses de processus « Parcours patient » et des « Patients traceurs » croisés seront conduits dès 2018 pour les filières « urgences et soins critiques (incluant AVC) », « soins de suite et de réadaptation », « personnes âgées et vieillissement », « santé mentale et psychiatrie », « femme-mère-couple, nouveau-né, enfants », et « cancers et soins de support ».

Objectif N° 5 : l'application de la méthodologie de la certification et des indicateurs HAS aux filières prioritaires retenues par le projet médical partagé du GHT.

L'évaluation, l'amélioration et la valorisation de la qualité des conditions d'accueil et de séjour des patients sont complémentaires du soin technique. L'accueil, l'environnement et la propreté, la fonction linge, la restauration, les prestations de service, la culture et le mieux-être, la qualité de la relation sont des domaines essentiels pour les patients et leurs proches. Une démarche spécifique leur est consacrée, afin de mobiliser les équipes des services, de valoriser les professionnels et d'améliorer leur qualité de vie au travail, et de renforcer l'attractivité des établissements.

Objectif N° 6 : la conception et la validation d'un référentiel d'engagement de qualité de service, et l'évaluation externe des structures internes des établissements du GHT par un organisme agréé.

D. QUALITE, FORMATION PERMANENTE ET DEVELOPPEMENT PROFESSIONNEL CONTINU

L'amélioration continue de la qualité et de la sécurité passe par la formation permanente et le développement professionnel continu.

Le volet formation / DPC du programme qualité du GHT est élaboré et révisé chaque année par les responsables de la formation des établissements du GHT, ainsi que ceux du GIPSE. Il inclut le partage de modules « *e-learning* », la participation aux *Conférences thématiques* organisées au sein des établissements membres, des *retours d'expérience* en équipe, ...

Objectif N° 7 : le partage de la politique et des programmes de formation professionnelle dans les domaines de la qualité, de la sécurité des soins et des relations avec les usagers.



E. LES REPRESENTANTS DES USAGERS ET LES MEMBRES DES ASSOCIATIONS DE PATIENTS SONT DES ACTEURS ESSENTIELS DU DISPOSITIF

Le comité des usagers constitue l'espace d'expression des usagers du groupement de territoire. Il est associé aux travaux du projet médical partagé. Il s'intéressera plus particulièrement à l'élaboration de pratiques communes à l'échelle du groupement en ce qui concerne l'accueil, la prise en charge, l'information et les droits des usagers. Il sera associé à l'organisation des parcours de soins.

Le programme de travail annuel arrêté par le comité des usagers pourra notamment comprendre la mise en place des formations communes, le partage de procédures et de modes opératoires, ou l'initiation de réflexions communes sur la place des aidants ou de l'utilisateur au sein des institutions hospitalières.

VI. Objectifs et orientations stratégiques en soins

Le Projet de soins partagé est la déclinaison du Projet médical partagé afin de projeter et de définir les actions à engager dans le champ du soin pour construire une réponse adaptée aux besoins de santé, c'est-à-dire une réponse cohérente, pragmatique, réaliste et applicable.

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 sens à leur exercice professionnel.

Le GHT présente une véritable opportunité pour fonder une communauté de pratiques. Par leur partage, leur analyse et leur comparaison, par leur confrontation aux meilleures références et standards, ces pratiques professionnelles ne pourront que s'enrichir.

Cinq orientations stratégiques en soins ont été identifiées :

1. développer et harmoniser les compétences professionnelles cliniques,
2. positionner l'encadrement au cœur du système de management en soins du GHT,
3. harmoniser et coordonner les activités et supports de soins paramédicaux,
4. évoluer d'une logique soignante tournée vers la personne à une logique soignante au service de la personne,
5. promouvoir et développer la recherche en soins.

Ces grands enjeux stratégiques sont déclinés en objectifs et actions opérationnelles présentés sous forme de tableaux en suivant.

Certaines actions ont été retenues pour une mise en œuvre dès 2017, en cohérence avec les objectifs médicaux du projet médical partagé identifiés pour chacune des filières. Ces actions sont indiquées « priorité 2017 » dans les tableaux.

ENJEU : Développer et harmoniser les compétences professionnelles cliniques.	
Objectif : Favoriser les collaborations paramédicales afin de partager des expertises cliniques. Accompagner les logiques d'excellence de spécialités, vers une logique d'excellence de prises en soins parcours patients	
Actions proposées	- Soutenir la promotion des échanges professionnels des filières identifiées dans le GHT. C'est organiser des temps d'échanges professionnels parcours patients en utilisant tous les moyens modernes de communication. - Partager les actions de formation cliniques existantes. Renforcer la co construction d'actions de formation utiles et pertinentes aux membres du GHT.
Objectif : Contribuer à la mise en place de la modernisation des organisations, organisations de soins et développement de protocoles de coopérations interprofessionnels.	
Actions proposées	- Partager et promouvoir les modèles d'organisation de soins pertinents, adaptés à l'évolution des activités médicales. S'appuyer sur les outils de l'ANAP afin d'harmoniser les organisations de soins. - Coordonner la cartographie des protocoles de coopération à l'échelle du GHT.
Objectif : Développer la stratégie d'attractivité et de fidélisation des compétences rares et des métiers sensibles au regard de leur démographie : repérer, former et coordonner les talents au sein du GHT.	
Action proposée	- Priorité 2017 : organiser la première journée régionale des aides-soignants. La reconnaissance professionnelle, l'évolution des métiers et la modernisation des organisations se construisent avec les professionnels concernés.
Objectif : Soutenir le développement des pratiques avancées.	
Actions proposées	- Priorité 2017, les pratiques avancées contribuent à l'amélioration de l'accès aux soins dans le contexte d'une offre médicale limitée. Elles sont aussi un moyen de contenir les coûts, voire de réduire les dépenses de santé, en améliorant la sécurité et la qualité des soins, en particulier dans le domaine de la prévention. L'objectif est d'éviter les hospitalisations inutiles et les complications médicales. Le développement de rôles avancés infirmiers est aussi souvent considéré comme un facteur d'attractivité et de fidélisation pour les infirmiers, en améliorant les perspectives de carrière. Pour ces raisons la CSIRMT développera un programme de mise en adéquation des projets du GHT avec le repérage des talents au sein du GHT. - Accompagner le développement des consultations paramédicales avancées ciblées dans le PMP, en concertation et en complémentarité avec les professionnels de santé du premier recours

ENJEU : Positionner l'encadrement au cœur du système de management en soins du GHT	
Objectif : Optimiser les expertises managériales des encadrants au sein des établissements parties.	
Actions proposées	- Priorité 2017 : manager les équipes pluridisciplinaires et les projets du service ou du pôle nécessitent de repenser les techniques managériales - Faciliter les échanges professionnels entre pairs. Proposer des outils et des espaces d'échanges : Analyse réflexives managériales, journée de l'encadrement, etc.
ENJEU : Harmoniser et coordonner les activités et supports de soins paramédicaux.	
Objectif : Intégrer les outils HAS de pilotage des parcours patients (chemins cliniques, patients traceurs, approche processus, etc.) dans le pilotage managériale des activités de soins.	
Action proposée	- Priorité 2017, les outils et méthodes proposés par la haute autorité en santé (HAS) sont enseignés dans les écoles de cadres, souvent présentés par le prisme de la sécurité et la qualité des soins. Ils représentent aussi une véritable aide méthodologique dans la conduite de projets avec par exemple, l'approche processus. Ils contribuent à repérer les leviers de management lorsque par exemple, la méthode du « patient traceurs » est appliquée. Former l'encadrement aux outils et méthodes de la HAS, c'est finalement outiller le pilotage des parcours patients
Objectif : Harmoniser l'outil de transmission paramédicale entre les établissements du GHT, pour les partenaires libéraux et pour le patient.	
Actions proposées	- Cartographier les outils existants, Intégrer les recommandations HAS, les usagers et les diffuser. - Coordonner les manifestations paramédicales du GHT : conférences, journée scientifique, etc.
Objectif : Développer les outils de communication moderne entre établissements parties : télé-staffs...	
Action proposée	- Travailler en équipe pluridisciplinaires et multi sites nécessitera de développer un système de communication efficace pour éviter les déplacements source de dépenses et de perte de temps précieux pour chacun. La CSIRMT proposera avec l'aide des directions du système d'information des établissements membres du GHT des solutions techniques adaptées.

ENJEU : Passer d'une logique soignante tournée vers la personne à une logique soignante au service de la personne	
Objectif : S'appuyer sur l'éducation thérapeutique comme vecteur de confiance dans la relation soignant/ soignée, au service d'un projet de soins compris et partagé.	
Action proposée	- Au même titre que le développement des compétences techniques indispensables à la sécurité et à la qualité des soins, développer la posture éducationnelle des professionnels paramédicaux.
Objectif : Renforcer la place des aidants dans l'organisation des soins au quotidien. Les aider à mieux comprendre et connaître le programme de soins de leur proche.	
Action proposée	- Au-delà des recommandations de la HAS, élaborer un plan de communication à destination des usagers les invitant à comprendre et s'approprier les programmes de soins.

ENJEU : Promouvoir et développer la recherche en soins	
Objectif : Coordonner et favoriser l'émergence de projets de recherche au sein du GHT	
Actions proposées	- Créer la plateforme recherche paramédicale du GHT : charte de fonctionnement, moyens de communication, etc. - Organiser la première journée d'études dédiée à la recherche paramédicale.
Objectif : Accompagner les équipes du GHT dans la rédaction de protocoles de recherche	
Actions proposées	- Partager un plan de formation commun à l'ensemble des membres du GHT. - Formaliser le dispositif d'accompagnement des professionnels à la rédaction de protocoles de recherche.
Objectif : Favoriser la diffusion des travaux de recherche	
Action proposée	- Promouvoir et accompagner les professionnels à la rédaction d'articles dans les revues professionnelles et, à la communication scientifique.
Objectif : Favoriser l'utilisation des données probantes dans la pratique professionnelles	
Actions proposées	- Promouvoir l'intégration des données probantes, des recommandations de bonnes pratiques issues des sociétés savantes et des données issues de travaux de recherche en soins dans les protocoles de soins paramédicaux. - Développer les ateliers de lecture critique d'articles scientifiques.

VII. Filière « Urgences et soins critiques (dont AVC) »

A. PERIMETRE D'ETUDE

Le périmètre d'étude concerne la réponse aux « situations d'urgences somatiques » dans une logique territoriale, au-delà des seules structures d'urgences.

1. Les soins non programmés pour des urgences somatiques de l'adulte et de l'enfant.
Les urgences obstétricales et gynécologiques ont été traitées dans la filière « Femme, mère, couple, nouveau-né, Enfants » et les urgences psychiatriques dans le cadre de la filière « Psychiatrie et santé mentale ».
De nombreux échanges ont été organisés avec les groupes de travail des filières « Psychiatrie et santé mentale » et « Femme, mère, couple, nouveau-né, Enfants », ainsi qu'avec les filières « Cancers et soins de support », « Personnes âgées et vieillissement » et « Soins de Suite et de Réadaptation ».
2. Les urgences vitales et les soins critiques d'aval ; les accidents vasculaires cérébraux et les urgences pédiatriques ont fait l'objet d'analyses spécifiques.
3. La prise en charge des urgences somatiques des populations vulnérables a été abordée : patient atteint de pathologie psychiatrique, patient traité pour un cancer, personne en situation de handicap, personnes âgées dépendantes...

Les travaux d'élaboration du PMP sur cette filière se sont concentrés sur :

- l'accessibilité aux soins d'urgence,
- les filières territoriales d'organisation des parcours de prise en charge selon le motif de recours à des soins urgents, dans le respect de la gradation de soins,
- la fluidité des prises en charges,
- la qualité et la sécurité des soins sur l'ensemble du territoire du GHT.

Tous les établissements parties du GHT ont participé à l'élaboration des objectifs présentés, y compris les établissements parties ne disposant pas de structure d'accueil des urgences.

Le périmètre des travaux a volontairement été orienté sur la recherche d'actions d'amélioration des prises en charge non programmées au sein des établissements parties. Pour autant, cette filière doit être appréhendée en intégrant l'ensemble des dispositifs de permanence des soins ambulatoires (PDSA) en vigueur et en particulier les maisons médicales de garde.

L'ensemble des travaux conduits à ce stade pour la filière « Urgences et soins critiques (dont AVC) » sont disponibles en annexe 1 – Feuille de route filière « Urgences et soins critiques dont AVC ».

B. SYNTHÈSE DES ENJEUX, OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA FILIÈRE

ENJEU : Organisation territoriale : accessibilité géographique, lisibilité et coopérations	
Objectif : Améliorer l'accessibilité géographique aux structures d'urgences	
Actions proposées	Une réflexion devra être menée entre le SAMU 31 et les SAMU 81 et 65, en lien avec l'ARS et les dispositifs du premier recours - Evaluer le découpage des zones d'intervention des SMUR en tenant compte des évolutions de la démographie médicale du premier recours, des temps d'accès aux SU et SUP, et des filières d'aval soins critiques des SU décrites dans le document évoqué ci-dessous en objectif « Partager un outil unique de description des parcours en urgence ». - Pour les zones situées à plus de 45mn d'un SU, la mise en place d'une collaboration avec un médecin correspondant du SAMU ne pourra être envisagée que dans le cadre d'un exercice regroupé de médecins généralistes libéraux. - Améliorer la complémentarité et l'interface entre les SU et les dispositifs de permanence des soins mis en place par le premier recours.
Objectif : Rendre fonctionnel le répertoire opérationnel des ressources	
Action	Engagement des établissements parties à renseigner le ROR dans un délai rapide et selon une modalité homogène à l'échelle du GHT, et à le maintenir à jour en tenant compte des organisations intégrées mises en place à l'échelle du GHT. Le ROR sera renseigné par filières et par pathologies.
Objectif : Partager un outil unique de description des parcours en urgence et d'accès aux unités de référence pour les SU, par motif de recours.	
Actions proposées	- Au sein du GHT dans un premier temps avec diffusion du document descriptif des filières par typologie d'urgences comprenant d'une part l'orientation SAMU et les unités d'aval sur site SU et d'autre part, les unités de recours / référence pour les SU des établissements parties du GHT. Avant diffusion, cet outil devra être présenté et validé par les unités de référence MCO concernées. - Ce descriptif sera élargi à l'ensemble des services d'urgences du territoire du GHT (établissements privés).

ENJEU : Parcours spécifiques	
Objectif : Améliorer l'accessibilité aux recours spécialisés par les SU	
Actions proposées	Structurer ou améliorer les relations entre SU et unités de référence du CHU - Notamment l'accessibilité pour les SU du CHCP et de Lavar au recours spécialisé du CHU dans les disciplines MCO suivantes : neurochirurgie, chirurgie thoracique, chirurgie maxillo-faciale, chirurgie vasculaire, endocrino-diabétologie, gastroentérologie, urologie, néphrologie et cancérologie (à noter que la filière cancers et soins de support a aussi retenu cette action dans le cadre de ses travaux). - Traçabilité des recours sollicités par les SU auprès des unités de référence avec un outil technique compatible avec les contraintes des professionnels des SU et celles des professionnels des unités de référence (pas de double saisie informatique...).
Objectif : Accueil et prise en charge des populations en situation de vulnérabilité au sein des services d'urgence du GHT	
Populations concernées et action proposée	- Cet objectif concerne toute personne en situation de vulnérabilité, présentant une difficulté d'accessibilité relationnelle, physique, sociale, ou un contexte médical particulier : patients atteints de troubles psychiatriques, handicap physique et/ou intellectuel, personnes âgées dépendantes, personnes âgées avec troubles cognitifs, obésité majeure, patient traité par ailleurs pour un cancer... - Organiser un accueil adapté à chacune des populations cibles, identifier les personnes ressources au sein de l'établissement du SU pour améliorer ou participer à la prise en charge de ces populations. Des formations spécifiques pourraient être proposées aux personnels des SU, par les personnes ressources ou référents de l'établissement ou du GHT. Des circuits courts seront mis en place après analyse de pertinence.
Objectif : Soins critiques (dont AVC)	
Actions proposées	- Les soins critiques : structurer les soins critiques des CH de Lavar et de Saint-Gaudens en vue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins, notamment la continuité des prises en charge entre les SU et ces unités mais aussi au sein de ces unités, dans le respect des autorisations d'activité actuelles. - Filière neuro vasculaire : structurer le parcours de la personne âgée gériatrique en lien avec les référents en gériatrie du CHU et des CH, et consolider l'organisation et la permanence des soins de la prise en charge neuroradiologique interventionnelle, conformément aux recommandations de l'animation régionale de la filière.
Objectif : Urgences pédiatriques	
Actions proposées	- Adapter le service d'urgence pédiatrique du CHU à l'activité projetée au regard des évolutions démographiques. - Favoriser les retours vers le CH de proximité et poursuivre les actions de maillage territorial. - Mettre en place un circuit court d'accès aux consultations simples non programmées. - Définir une organisation régionale dans le respect de la gradation des soins et des missions de proximité et de référence du SU pédiatrique du CHU.

ENJEU : Fluidité - Qualité – sécurité et risques	
Objectif : Améliorer l'accessibilité aux soins non programmés des patients ou résidents des établissements parties qui ne disposent pas de SU	
Descriptif et actions proposées	Parcours « d'orientation vers le soin non programmé ou la prise en charge en urgence » pour les patients ou résidents des établissements du GHT qui ne disposent pas de SU : Une analyse des recours vers les plateaux techniques d'imagerie et de laboratoire à partir des CH de Muret et de G.Marchant a été réalisée. Il est acté que les orientations actuelles vers les plateaux techniques de proximité des établissements privés ne seront pas remises en cause, dès lors qu'elles satisfont aux besoins et qu'elles satisfont positivement les exigences en matière de qualité et de sécurité des soins.
Objectif : Améliorer la fluidité et l'aval des urgences	
Actions proposées	L'amélioration de la fluidité et de l'aval des urgences sera déclinée selon trois axes : a. La mise en place d'un circuit de « semi-urgence » au sein des consultations de recours avec des plages de consultations dédiées pour l'accueil de consultation « en urgence ». b. Mise en place d'un outil commun au sein du GHT pour les patients et les résidents des établissements parties du GHT. Le retour vers l'unité d'hospitalisation (court séjour, SSR et psychiatrie) ou l'établissement d'hébergement (Muret, Luchon, Graulhet et G.Marchant) devra être réalisé selon les critères établis entre les SU et les établissements selon l'outil commun mis en place au sein du GHT et proposé par le CH de Muret. c. L'identification de « parcours coordonnés de post-urgences » avec pour objectif une amélioration de l'accessibilité au recours pour un suivi optimisé du patient après son passage aux urgences et éviter un nouveau passage.
Objectif : Harmonisation des compétences	
Action proposée au titre du projet de soins	Formation des personnels : disposer d'un socle de commun de formation et pouvoir accéder aux formations proposées par l'ensemble des établissements parties.
Action proposée au titre du projet médical et du projet de soins	Harmonisation des protocoles et mise en place d'une base de données commune et accessible à l'ensemble des établissements parties.

VIII. Filière « Soins de suite et de réadaptation »

A. PERIMETRE D'ETUDE

Le périmètre d'étude concerne les unités de soins de suite et de réadaptation (SSR) polyvalentes et spécialisées des établissements parties et du territoire du GHT.

La sous-filière SSR relative aux unités cognitivo-comportementales est analysée dans le cadre de la filière « Personnes âgées et vieillissement », les objectifs du projet médical partagé relatifs à cette sous-filière des SSR seront aussi précisés dans le cadre de la filière « Personnes âgées et vieillissement ».

L'ensemble des travaux conduits à ce stade pour la filière « Soins de suite et de réadaptation » sont disponibles en annexe 2 – Feuille de route filière « Soins de suite et de réadaptation ».

B. SYNTHÈSE DES ENJEUX, OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA FILIÈRE

ENJEU : Affirmer la stratégie de l'offre de soins de suite et de réadaptation du GHT	
Objectif : Structurer une coordination des soins de suite et de réadaptation à l'échelle du GHT	
Actions proposées	Mettre en place une coordination des SSR à l'échelle du GHT. Cette coordination stratégique doit être portée par un des établissements parties et aura pour objectifs : - la clarification de la stratégie du GHT en matière d'offre publique de soins en SSR, - l'évaluation des besoins en matière de SSR de façon évolutive et prospective dans le cadre du prochain PRS (capacités et orientations – spécialisations), - le pilotage des partenariats.
Objectif : Piloter l'activité de SSR du GHT	
Actions proposées	Mettre en place un groupe de pilotage de l'activité (fluidité et efficience) au sein du GHT qui devra définir les indicateurs de suivi issus de « trajectoire » et d'indicateurs médico-économiques (PMSI MCO, SSR et HAD). Ce groupe de pilotage sera constitué des référents « Trajectoire » des établissements parties et d'un médecin DIM / SSR. - Vérifier la bonne utilisation du dispositif Trajectoire au sein des établissements parties. - Analyser les indicateurs et proposer des actions correctrices à la Coordination SSR du GHT en matière de fluidité notamment - Suivre la mise en œuvre des actions correctrices au sein des unités MCO, des unités SSR du GHT. - Poser le nombre minimal de capacités à détenir pour garantir une fluidité minimale au sein des établissements parties du GHT (ratio lits MCO/lits SSR). - Poser des objectifs aux opérateurs partenaires : HAD, SSIAD et Ehpad mais aussi, SSR privés, avec engagement à prendre en charge aussi des cas complexes, notamment pour ce qui concerne la complexité sociale puis évaluer les partenariats et les engagements des partenaires (unités MCO privées, SSR privés, HAD, SSIAD, EHPAD...). - Qualifier l'activité du GHT en vue de l'obtention de financements complémentaires éventuels sur les thèmes de la coordination des parcours de soins des personnes vulnérables / dépendantes... - Mettre en place un pilotage des parcours de soins : - o par trajectoire avec anticipation de la demande SSR au plus tôt c'est-à-dire dès que l'indication « SSR » est posée et, - o par la préparation de la sortie du SSR dès l'entrée dans la filière MCO

ENJEU : Améliorer la lisibilité de l'offre de soins en SSR du GHT

Objectif : Lisibilité de l'offre de soins de suite et réadaptation du GHT : Créer un document unique

Actions proposées	Créer un document de description de la filière SSR du GHT, selon le modèle du document réalisé par le Gérotopôle pour la description des filières gériatriques dans l'ex Midi Pyrénées, à adapter au SSR. - Ce document devra préciser les orientations des unités SSR du GHT ainsi que les indications des admissions en SSR selon les orientations ou les spécialités des unités SSR du GHT. - Diffuser le document aux unités MCO du GHT, aux partenaires privés, aux HAD, aux structures médico-sociales et aux professionnels de santé du premier recours dans les bassins de santé.
-------------------	---

Objectif : Lisibilité des parcours spécifiques

Actions proposées	- SSR spécialisé en neurologie : réaffirmer les modalités d'orientation en SSR neurologique ainsi que les indications, notamment pour les personnes âgées présentant des comorbidités et victimes d'un AVC : présentation à réaliser au sein des CME et des CSIRMT. - Parcours à structurer sur les filières « orphelines » : patients transplantés, appareillage, institutionnalisation du sujet jeune, onco-hématologie.
-------------------	---

ENJEU : Améliorer la fluidité : coopérations et accès au recours de spécialités	
Objectif : Développer les coopérations et les partenariats	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	Coopérations au sein du GHT : - coordination territoriale des programmes et actions en éducation thérapeutique, - accès privilégié au sein des unités MCO de référence du GHT pour les patients hospitalisés au sein des unités SSR du GHT et définir les modalités de retour en SSR sur la base d'un outil commun au sein du GHT, - développer les activités de recours : recours spécialisés en MCO mais aussi entre les unités de SSR (création d'un répertoire des ressources et compétences rares en SSR), utiliser la télé expertise pour diffuser l'expertise rare et de référence vers les unités dites polyvalentes (téléstaff et télé expertises pour recours spécialisés SSR). Partenariats à développer ou à renforcer : - avec l'HAD et les SSIAD, essentiellement sur deux parcours spécialisés : personnes âgées et affections neurologiques, - avec les opérateurs privés en SSR pour harmoniser les profils de patients entre le secteur public et le secteur privé pour ce qui concerne les SSR polyvalents, les SSR spécialisés personnes âgées polypathologiques, affections neurologiques, locomoteur.
Objectif : Améliorer l'accessibilité et la fluidité au sein des établissements parties	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	- Anticiper les demandes d'admissions en SSR et la préparation de l'aval du SSR dès l'entrée dans la filière (unités MCO). - Mettre en place une coordination des parcours de soins complexes pour chacune des filières, comme cela est mis en place en cancérologie ou pour les personnes âgées.
Objectif : Améliorer l'offre de soins en développant les modalités de prises en charges insuffisantes en SSR	
Actions proposées	- Développer des activités de SSR insuffisantes ou inexistantes au sein du GHT ou en lien avec les partenaires : les SSR spécialisés dans les affections d'onco-hématologie, SSR pour enfant et adolescent, SSR à orientation « patient atteint de pathologie psychiatrique », SSR à orientation cardiologique. - Développer les prises en charge ambulatoire ou alternatives à l'hospitalisation : les hospitalisations à temps partiel (dans les zones urbaines importantes), les HAD SSR, les consultations en SSR (médicales et paramédicales) et un hôpital de jour SSR spécialisé dans les affections neurologiques sur le CHU.

IX. Filière « Personnes âgées et vieillissement »

A. PERIMETRE D'ETUDE

Le périmètre d'étude concerne l'ensemble des épisodes de soins ou de prises en charge de la personne âgée.

De nombreux échanges ont été organisés avec les groupes de travail des filières « Psychiatrie et santé mentale », « Cancers et soins de support », « Urgences et soins critiques dont AVC » et « Soins de suite et de réadaptation ».

Les établissements publics d'hébergement pour personnes âgées dépendantes du territoire d'attractivité du GHT ont été invités à participer aux travaux. Ceux-ci ont porté sur l'ensemble de la filière gériatologique : filière gériatrique sanitaire, offre médico-sociale et soins de premier recours.

Une attention particulière a été portée aux dispositifs facilitant le maintien à domicile, la coordination des parcours et la prévention de la dépendance.

Le groupe de travail a approfondi ses travaux sur la prise en charge des troubles du comportement associés aux maladies neuro dégénératives, l'onco-gériatrie, l'accompagnement de la fin de vie et la recherche clinique.

L'ensemble des travaux conduits à ce stade pour la filière « Personnes âgées et vieillissement » sont disponibles en annexe 3 – Feuille de route filière « Personnes âgées et vieillissement ».

B. SYNTHÈSE DES ENJEUX, OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA FILIÈRE

ENJEU : Développer les coopérations pour améliorer la fluidité de la filière et sécuriser les prises en charge	
Objectif : Faciliter le recours auprès des services de spécialité des CH et du CHU	
Actions proposées	Faciliter le recours auprès des services de spécialité pour les patients à domicile, en EHPAD, en USLD, en SSR, en court séjour de médecine gériatrique ou à orientation gériatrique. Nécessite de définir et d'organiser les modalités d'accès. - En présentiel : définir un accès « rapide », commencer par le recours au service de spécialité le plus souvent sollicité, identifier un référent dans l'unité spécialisée soit du CH le plus proche, soit du CHU. - La télé expertise (cardiologie, pneumologie, oncologie...). Préalable : définir les modalités d'orientation des demandes : quel requérant, quelles indications ? Structurer et favoriser les recours aux avis psychiatriques (géronto-psychiatrie du CHU) sur l'ensemble du territoire du GHT (CF filière Psychiatrie et santé mentale).
Objectif : Harmoniser les formations, les protocoles et les pratiques professionnelles	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	Le CHU a structuré un ensemble de protocoles et établi un socle solide de formation, qui seront déployés dans les établissements parties. - Définir un socle commun de formation pour les praticiens et les soignants des services de court séjour gériatrique ou à orientation gériatrique pour l'ensemble des établissements parties mais aussi pour des « référents gériatrie » au sein des unités à cibler, formés spécifiquement à la prise en charge en gériatrie, aux pratiques en soins adaptées... - Développer les pratiques avancées IDE pour les bilans de la fragilité et de la dépendance, l'orientation des patients dans la filière... - Harmonisation des protocoles (usage des psychotropes notamment).
Objectif : Développer les alternatives à l'hospitalisation	
Actions proposées	- Les orientations vers une prise en charge en HAD en EHPAD et au domicile personnel du patient, en lien avec les structures HAD partenaires du territoire, doivent être favorisées, - Les quatre établissements MCO du GHT doivent consolider leurs objectifs pour les hôpitaux de jour gériatriques et les projets de développement des hôpitaux de jour en lien avec les troubles du comportement, l'oncogériatrie, les soins palliatifs.

ENJEU : Parcours de la personne âgée	
Objectif : Améliorer l'orientation du sujet âgé hospitalisé et la coordination gériatrique au sein du GHT	
Actions proposées	- Réaffirmer les indications d'une hospitalisation en court séjour gériatrique et en SSR spécialisé PAP auprès des praticiens spécialistes, urgentistes et unités de soins critiques et médecins généralistes. A cet effet, il conviendra de réaliser un document d'information et des informations en CME et en CSIRMT des établissements parties. - Renforcer la coopération entre les équipes de gériatrie et les services de spécialité pour améliorer la coordination de la prise en charge (nécessité de cibler les services MCO les plus concernés) avec les équipes mobiles de gériatrie, la présence de personnels référents en gériatrie au sein des unités de court séjour polyvalentes et de spécialités. - Accompagner les prises en charges gériatriques du sujet âgé en unité psychiatrique.
Objectif : Structurer une organisation territoriale des parcours spécifiques et en améliorer la lisibilité, évaluer les organisations territoriales	
Optimisation des moyens sur les axes retenus	- Etendre les missions des équipes mobiles extra-hospitalières et la structuration des parcours : - o Oncologie : Développer les actions de l'équipe mobile d'oncogériatrie et notamment son activité extra-hospitalière, sur l'ensemble du territoire du GHT : CH de LAVAU/GRAULHET, au CH de SAINT-GAUDENS/LUCHON et au CH de MURET. - o Filière maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : travail sur l'amont et l'aval de l'hospitalisation en UCC avec une équipe mobile, la télémédecine, des hôpitaux de jour..., en cohérence avec la mise en place en 2017 d'une équipe mobile trouble du comportement en EHPAD. L'objectif de cette équipe est d'éviter des hospitalisations, de les préparer si elles sont nécessaires, de diminuer le délai d'admission au sein des unités spécialisées de la filière comportementale et d'optimiser le fonctionnement de la filière. - Personnes handicapées vieillissantes : recensement des structures dédiées et identification d'objectifs spécifiques. Cette action doit être priorisée au niveau régional, avec des moyens complémentaires dédiés dans le cadre du prochain PRS. - Coordination au niveau territorial des projets en matière d'éducation thérapeutique et aides aux aidants de patients atteints de la maladie d'Alzheimer.
Objectif : Améliorer l'accessibilité aux soins non programmés du sujet âgé dans tous les hôpitaux du GHT	
Actions proposées	- L'organisation de la prise en charge aux urgences du sujet âgé et de la gestion du post-urgence (CF filière urgences). - Le développement de l'accès aux consultations non programmées dans tous les hôpitaux du GHT.

ENJEU : Promouvoir l'innovation organisationnelle et des pratiques	
Objectif : Développer les pratiques avancées	
Actions proposées au titre du projet de soins	Développement des pratiques avancées IDE et AS : - promouvoir l'action menée par le Gérontopôle relative aux bilans de la fragilité réalisés par les IDE du premiers recours, formées par les équipes de référence du CHU, - oncogériatrie : IDE « autonomes », spécialisées dans la prise en charge de la personne âgée atteinte d'un cancer. Exerçant en lien avec le médecin traitant, l'oncologue référent et les professionnels de ville, elles restent sous la responsabilité du médecin gériatre. Le déploiement d'IDE de pratiques avancées doit ainsi permettre de faciliter l'accès à l'évaluation gériatrique pour tout patient âgé atteint d'un cancer quel que soit le lieu de prise en charge initial dans le GHT, - maladies d'Alzheimer et maladies apparentées : les IDE de l'équipe mobile réaliseront une évaluation gériatrique globale explorant les différents domaines fonctionnels, cognitif, nutritionnel, psychologique et social des résidents et proposeront des actions ciblées à mettre en place sur le lieu de vie, prépareront les hospitalisations si nécessaire..., en lien avec le médecin traitant et le neuro-gériatre ou le psycho-gériatre de l'UCC de référence, - accompagnement des unités d'hospitalisation : - o pratiques avancées IDE : réalisation des bilans de la dépendance et aide à l'orientation d'aval du sujet âgé dépendant hospitalisé en soins critiques par les IDE formées en pratiques avancées en gériatrie, - o référents IDE gériatrie et sujet âgé dans les unités de spécialités.
Objectif : Intégrer l'usage de la téléexpertise et de la téléconsultation comme un outil de prévention secondaire	
Description de l'objectif	Développement de la télémédecine « en routine » (prévention secondaire), téléconsultations, télé expertises et « téléformations » : - des médecins traitants ou équipes des Ehpad, des USLD et des SSR (spécialisés et polyvalents), - vers et avec les équipes spécialisées en gériatrie des CH de proximité et du CHU, dans le respect de la gradation des soins. (usage de la télémédecine en routine et en prévention des décompensations)
Objectif : Recherche	
Axes prioritaires	Mettre en place une équipe territoriale de recherche clinique pour développer les inclusions dans les projets relatifs aux axes suivants : - prévention, - troubles de la mémoire, maladies d'Alzheimer, - oncogériatrie.

X. Filière « Psychiatrie et santé mentale »

La convention constitutive du GHT a prévu que l'élaboration du projet médical partagé pour la filière psychiatrie et santé mentale était déléguée aux trois établissements parties à la CPT préfiguratrice de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest.

La CPT, qui est appelée à réunir « les établissements du service public hospitalier autorisés en psychiatrie » (décret 26 octobre 2016), a accepté, au cours du premier semestre 2017, l'adhésion de nouveaux membres :

- le CH de Muret,
- plusieurs établissements privés de santé participant au service public hospitalier : association Route Nouvelle (centre de postcure), association Après (centre de postcure), ARSEAA (pôle guidance infantile), établissement MGEN (hôpital de jour),
- l'association ASEI (Agir, Soigner, Eduquer, Insérer).

Certains de ces établissements ont pu participer à l'élaboration du projet médical partagé.

Par ailleurs, la CPT s'apprête à collaborer avec plusieurs services médico-sociaux intervenant sur son territoire.

Le CH de Lannemezan va être également associé aux travaux de la CPT, au cours du second semestre 2017 (cf courrier du 15 février 2017 de la directrice générale de l'ARS). Les axes de travail sont en cours de définition.

Les travaux d'élaboration du projet médical partagé de cette filière ont été confiés à l'assemblée médicale de la CPT. Le projet médical partagé pourra par ailleurs servir de socle aux futurs projets territoriaux de santé.

L'assemblée médicale s'est efforcée à définir un socle fondateur d'objectifs et d'actions communs aux établissements de la CPT. Ces objectifs viendront nourrir les travaux à conduire pour l'élaboration des contrats territoriaux de santé mentale.

A. PERIMETRE D'ETUDE

Le périmètre d'étude concerne l'ensemble des épisodes de soins ou de prises en charge dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale pour les adultes et les enfants et adolescents.

Une attention particulière a été portée afin de garantir la cohérence des travaux conduits sur cette filière avec les filières « personnes âgées et vieillissement », « urgences et soins critiques dont AVC » et « soins de suite et de réadaptation ».

- Un médecin généraliste du CH Gérard MARCHANT a participé aux travaux de la filière « urgences et soins critiques » afin de mieux coordonner et articuler les aspects psychiatriques et somatiques dans le cadre de l'urgence.
- Les liens étroits entre la gériatrie et la géronto-psychiatrie seront renforcés notamment dans le cadre de la déclinaison opérationnelle des actions identifiées en faveur de la prise en charge des personnes âgées : patient psychiatrique vieillissant nécessitant une prise en charge somatique de gériatre, patient gériatrique développant une pathologie psychiatrique, patient présentant des troubles du comportement...

L'ensemble des travaux conduits à ce stade pour la filière « Psychiatrie et santé mentale » sont disponibles en annexe 4 – Feuille de route filière « Psychiatrie et santé mentale ».

B. SYNTHÈSE DES ENJEUX, OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA FILIÈRE

ENJEU : Fluidité des parcours et coopérations entre les acteurs	
Objectif : Lisibilité de l'organisation de la prise en charge et des intervenants en psychiatrie et santé mentale	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	L'amélioration de la lisibilité des différents intervenants des secteurs sanitaire, médico-social et social sur le territoire est indispensable à la coordination des parcours et à la coopération entre les acteurs. - Réaliser une « cartographie » qui précise les orientations spécifiques de chacune des structures sanitaires, médico-sociale et sociale en précisant le niveau de recours / gradation : secteur, territoire, régional. - Diffuser cet outil à l'ensemble des intervenants et aux médecins généralistes, spécialistes libéraux, psychologues libéraux...
Objectif : Renforcer les coopérations, reconnaître les spécificités, partager les expertises	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	Développer les dispositifs de collaboration avec le secteur hospitalier privé, la psychiatrie libérale et la médecine du premier recours, avec le soutien de l'ARS et de l'URPS des médecins libéraux. - Renforcer la complémentarité entre le secteur hospitalier public et le secteur hospitalier privé en identifiant les particularités de chacun des deux secteurs ainsi que les spécificités des établissements. - Soutenir et renforcer la réactivité de la médecine de premier recours : faciliter les diagnostics précoces, l'accès au recours vers le psychiatre ou l'équipe référents, développer la prévention secondaire... - Partager un outil unique de « Plan personnalisé de soins et de projet de vie ». - Augmenter et promouvoir le recours à l'HAD psychiatrique ainsi que l'offre d'HAD psychiatrique. - Développer des pratiques avancées pour les professionnels. Renforcer les coopérations entre le sanitaire et le médico-social. - Equipe territoriale de psychiatrie partagée par les établissements médico-sociaux, développer les stages de formation croisés. - Développement de la télé expertise et de la téléformation entre les structures / établissements.
Objectif : Améliorer la coordination du parcours de soins	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	- Créer une trame unique de « Plan personnalisé de soins et projet de vie » sur l'ensemble du territoire d'attractivité du GHT. - Développer la fonction de coordonnateur de parcours (« case-manager »). - Développer le soutien aux aidants. - Respecter et promouvoir les droits des patients et favoriser l'acquisition des compétences.

ENJEU : Améliorer l'accessibilité aux soins

Objectif : Améliorer l'accessibilité aux soins de psychiatrie	
Actions proposées au titre du projet de soin et du projet médical	Soins non programmés : cette action concerne les structures d'urgence et les structures ambulatoires. - En lien avec la filière psychiatrie et le SUP de Toulouse, harmoniser les organisations au sein des SU MCO ainsi que les modalités de prises en charge des 15 – 16 ans et des soins sans consentements, renforcer les liens avec le SAMU. - Adapter les organisations des CMP pour augmenter les capacités d'accueil en consultation non programmée. - Favoriser les admissions directes en hospitalisation conventionnelle et de jour, à partir des CMP (vers les secteurs public et privé). - Développer les actions identifiées en vue de fluidifier l'aval des urgences psychiatriques (intervention de crise). - Poursuivre la montée en puissance du dispositif départemental réactif pour adolescents de la Haute-Garonne, accompagné par l'ARS. Couverture territoriale et recours en psychiatrie : - création d'un nouveau secteur de psychiatrie générale sur l'agglomération toulousaine, renforcer les CMP, augmenter les lits de soins actifs, - amélioration de la couverture territoriale au sein de chaque secteur, développement de la télé expertise, - création d'une équipe territoriale de recours psychiatrique pour les établissements médicaux-sociaux.
Objectif : Améliorer l'accessibilité aux recours spécialisés somatiques pour les patients de la filière psychiatrie et santé mentale	
Actions proposées	- Vérifier la réalisation de bilans médicaux somatiques réguliers pour tous les patients de la file active de la filière. - Organiser l'accessibilité en présentiel par spécialité somatique de référence : organiser le recours, le retour patient, l'envoi du CR... - Développer la téléconsultation et la télé expertise de recours somatique (avis en cardiologie, neurologie, pneumologie, endocrinologie...). - Mettre en place un suivi médical spécifique et coordonné des enfants de parents atteints de pathologie psychiatrique. - Améliorer l'orientation et l'admission en unités de soins de suite et de réadaptation des patients de la filière psychiatrique qui nécessite une prise en charge rééducative somatique.
Objectif : Améliorer les parcours spécifiques	
Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical partagé	Cinq parcours spécifiques ont été identifiés : - transition enfance / adolescence / âge adulte, - soins en milieu pénitentiaire, - conduites addictives, - le sujet âgé, - les sujets handicapés Psychiques ou psycho moteurs.

ENJEU : Développer la réhabilitation psycho-sociale (RPS)

Objectif : Création d'une plateforme territoriale ambulatoire de RPS

Actions proposées au titre du projet de soins et du projet médical	Cette plateforme, portée par la CPT serait un centre de référence, complémentaire du centre de RPS intra hospitalier de G.Marchant à destination des patients hospitalisés en séjours longs. Elle aurait une vocation territoriale (territoire couvert par la CPT) et serait mise en œuvre grâce à une mutualisation des compétences, sous réserve de l'obtention de financements complémentaires.
--	--

Objectif : Développer la RPS en intra et en extra hospitalier

Actions proposées	- Anticiper la RPS dans les parcours de soins. - Développer de nouvelles modalités d'hospitalisations dédiées à cette prise en charge, sous réserve d'une reconnaissance et d'un financement spécifiques et définir les indications d'orientation vers ces unités. - Renforcer la RPS réalisée par les structures médico-sociales ainsi que les liens avec les bailleurs sociaux et les employeurs des bassins de vie. - Développer les solutions de logements avec accompagnement sanitaire (maison-relais, logement avec ou sans colocation, avec recours aux baux glissants...).
-------------------	--

XI. Filière « Femme-mère-couple-nouveau-né, enfants »

A. PERIMETRE D'ETUDE

Au regard des autres filières prioritaires retenues, et de façon à garantir une cohérence globale de la déclinaison opérationnelle du projet médical partagé, le périmètre d'étude a été délimité comme suivant :

- l'obstétrique, la gynécologie médicale, la néonatalogie, la réanimation pédiatrique, et les urgences obstétricales et gynécologiques sont incluses dans les travaux de cette filière,
- les cancers de la femme et les cancers pédiatriques sont traités dans le cadre de la filière « Cancers et soins de support »,
- les urgences pédiatriques et le post-urgence pédiatrique sont traités dans le cadre de la filière « Urgences et soins critiques dont AVC »,
- les SSR spécialisés « enfants et adolescents » sont traités dans le cadre de la filière « Soins de suite et de réadaptation ».

Le périmètre d'étude de cette filière est particulièrement étendu et regroupe différentes « sous-filières » : la femme, la mère, le couple, le nouveau-né et l'enfant.

Chacune d'elle est appréhendée selon différentes approches :

- approche populationnelle,
- approche organisationnelle pour les plateaux techniques (blocs, urgences...)
- approche par spécialités ou disciplines (obstétrique, néonatalogie, pédiatrie, gynécologie médicale...).

Enfin, cette filière concentre de très fortes tensions relatives à la démographie professionnelle sur trois disciplines : les obstétriciens, les pédiatres et les anesthésistes-réanimateurs.

Dans ce contexte, les travaux conduits pour définir les objectifs et les actions à mettre en œuvre dans le cadre du projet médical partagé et du projet de soins partagé, ont été prioritaires pour se concentrer sur la périnatalité, sans préjudice des travaux conduits en propre à l'échelle du CHU pour restructurer la filière de la néonatalogie (des soins standards à la réanimation) au sein de la maternité et la consolidation de la réanimation pédiatrique spécialisée.

Les activités de périnatalité sont normées par le régime des autorisations en trois niveaux de gradation des soins :

- maternité de niveau I, dite maternité de proximité
- maternité de niveaux II, dites de recours, elles-mêmes classées en deux niveaux de gradation des soins
 - o maternité de niveau IIa disposant d'une unité de néonatalogie
 - o maternité de niveau IIb disposant d'une unité de néonatalogie et de soins intensifs en néonatalogie

- maternité de niveau III, dites de référence, disposant d'une unité de néonatalogie, de soins intensifs en néonatalogie et d'une réanimation pédiatrique ou néonatale.

Au-delà de cette gradation des soins, le réseau régional MATERMIP regroupe les trente-deux maternités et les trois centres périnataux de proximité de l'Occitanie Ouest, ainsi que les deux maternités de Carcassonne.

Les missions du réseau Maternip s'appuient sur les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé. Ces missions sont inscrites dans une charte qui définit et régit l'ensemble des engagements mutuels des professionnels, à savoir :

- l'harmonisation de la prise en charge des femmes enceintes et/ou de leur enfant au sein de toutes les maternités de l'ex région Midi-Pyrénées qui mettent en commun leurs moyens et leurs compétences;
- la formation de tous les professionnels de la naissance (obstétriciens, pédiatres, sages-femmes, puéricultrices) dans le souci de développer une culture commune, d'harmoniser les protocoles de prises en charge et de faire progresser la qualité des soins au niveau de toutes les maternités;
- l'amélioration de la communication entre les acteurs du réseau et le grand public.

La collaboration du réseau MATERMIP avec des réseaux d'amont et d'aval participe à l'amélioration de la prise en charge de la grossesse :

- travail en collaboration avec la Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- surveillance à domicile par les sages-femmes libérales
- développement du réseau d'aval P'titMip de surveillance du nouveau-né à risque et d'accompagnement des familles.

Les trois maternités du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest adhèrent à ces deux réseaux.

En conséquence, pour ces activités, le projet médical partagé n'a pas à définir la gradation des soins ni à veiller à une harmonisation des protocoles et des compétences puisque ces objectifs sont définis par le régime des autorisations et les travaux menés par les réseaux de santé auxquels participent les professionnels du GHT.

Pour autant, la description de la filière ci-dessous met en évidence de fortes tensions sur l'activité de périnatalité et de pédiatrie au sein de chacun des établissements parties. Le projet médical partagé et le projet de soins partagé du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn, ont pour objectif de permettre de lever les difficultés rencontrées par les établissements parties en réorganisant les activités et les ressources, dans le respect du cadre réglementaire des autorisations d'activité de soins, des décrets de compétences des professionnels et des travaux conduits par les réseaux de santé.

L'ensemble des travaux conduits à ce stade pour la filière « Femme-mère-couple-nouveau-né, enfants » sont disponibles en annexe 5 – Feuille de route filière « Femme-mère-couple-nouveau-né, enfants ».

B. SYNTHÈSE DES ENJEUX, OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA FILIÈRE

ENJEU : Renforcer les activités de périnatalité du GHT, en proximité et sur le CHU	
Objectif : Renforcer les ressources médicales en gynécologie-obstétrique	
Actions proposées	Il sera créé une fédération médicale inter établissements de périnatalité entre le CHU, le CH de Lavar et le CH Comminges Pyrénées. - Sur le CHU, mise en place d'une seconde ligne de garde. - Sur le CH CP, objectif d'augmentation des effectifs d'obstétrique à 4 praticiens ce qui permettra de sécuriser la permanence des soins et de mettre en place des consultations avancées en gynécologie sur Luchon. Dans l'attente, les équipes du CHU pourront participer à la permanence des soins à raison d'un week-end par mois (vendredi, samedi, dimanche), et proposer des consultations avancées de chirurgie gynécologique et des consultations en échographies morphologiques. - Sur le CH de Lavar, maintien du dispositif actuel pour ce qui concerne la périnatalité. Un soutien sera mis en place sur les activités d'anesthésie-réanimation en lien avec la maternité. L'objectif de l'augmentation des effectifs à 4 obstétriciens est aussi posé. - Sur les trois établissements, l'élargissement des compétences des professionnels de la maïeutique sera mise en œuvre conformément à leur décret de compétences, de façon harmonisée sur le GHT, ce qui permettra de fluidifier la filière sur le CHU et d'augmenter les files actives sur les centres de proximité, en libérant du temps médical. Une évaluation des actions mises en œuvre sera réalisée au premier semestre 2019, en amont de l'ouverture du nouveau site du CHCP, et la création d'un pôle inter établissement sera étudiée. Ces actions seront sécurisées par la réorganisation des soins critiques sur les sites de Lavar et de Saint-Gaudens (cf filière urgences et soins critiques).
Objectif : Améliorer la prise en charge du nouveau-né dans les centres de niveau I	
Actions proposées	- L'installation d'unité kangourou (2 lits) sur le CHCP et sur le CH de Lavar en vue de valoriser et de sécuriser les pratiques existantes sera étudiée (photothérapie intensive par tunnel, antibiothérapie intraveineuse, prise en charge de nouveau-nés vulnérables). - La lisibilité des pratiques en soins du nouveau-né réalisées sur les deux CH de proximité sera améliorée : identifier les activités réalisées, les décrire et les faire connaître. - Les protocoles entre les deux maternités de niveau 1 seront harmonisés et les indications de transfert seront précisées, dans le respect des préconisations des réseaux régionaux.
Objectif : Augmenter l'activité des centres de proximité	
Actions proposées	Il sera proposé aux patientes suivies sur le CHU, dont la situation clinique le permet et qui sont résidentes des bassins de santé de Saint-Gaudens ou du Tarn Ouest, d'être suivies sur la maternité de proximité.

ENJEU : Renforcer les activités médicales de proximité	
Objectif : Développer les coopérations avec les professionnels libéraux en maïeutiques	
Actions proposées	- Développer le dispositif PRADO en liens avec les libéraux sur les bassins de Saint-Gaudens et de Lavar. - Organiser des rencontres régulières entre les professionnels hospitaliers et les professionnels libéraux, des soirées de formations, d'échanges de pratiques, d'harmonisation de protocoles..., spécifiquement sur les bassins de Saint-Gaudens et de Lavar. - Orienter les patientes vers ces professionnels pour les prises en charge de suivi en gynécologie médicale ou proposer aux professionnels libéraux d'assurer des consultations hospitalières.
Objectif : Renforcer les liens entre le CHU et les centres de proximité pour la prise en charge des enfants	
Actions proposées	- Améliorer le retour d'information d'un enfant transféré vers le CHU à J+1 du transfert, le courrier de sortie du CHU devra être aussi adressé à l'établissement « adresseur » de proximité, les pédiatres des centres de proximité auront accès aux protocoles du CHU. - Renforcer les effectifs de pédiatrie en proximité, développer la télé expertise entre le CHU et les CH, développer les formations continues par les pédiatres spécialistes du CHU ou par les pédiatres des CH, à destination des médecins généralistes des bassins de vie où il n'y a pas de pédiatre en exercice libéral.

ENJEU : Finaliser les travaux à conduire sur la filière femme, mère, couple, nouveau-né, enfant	
Objectif : Appréhender la sous-filière « enfant » dans sa globalité	
Actions proposées	Au-delà des différents objectifs posés dans le cadre des filières « urgences pédiatriques », « soins de suite et de réadaptation », « cancers et soins de support », « psychiatrie et santé mentale », mettre en place un groupe de travail dédié à la sous-filière « pédiatrie », de la naissance à l'âge adulte, et qui concernera toutes les spécialités ou tous les épisode de soins : les urgences somatiques et psychiatriques, le post-urgence pédiatrique, les soins critiques, les maladies chroniques, les soins de suite et de réadaptation, la psychiatrie et la santé mentale...
Objectif : Améliorer l'accès à l'orthogénie	
Actions proposées	Le renforcement des équipes médicales, l'élargissement des activités confiées aux sages-femmes, le développement des coopérations avec les professionnels de santé libéraux, doivent permettre de renforcer l'accès à l'orthogénie sur l'ensemble du territoire du GHT.

XII. Filière « Cancers et soins de support »

A. PERIMETRE D'ETUDE

Le périmètre des travaux conduits sur cette filière concerne tous les cancers et les soins de support, à l'exception de l'oncogériatrie traitée dans le cadre de la filière personnes âgées et vieillissement. Les propositions faites sur cette thématique ont néanmoins été présentées et validées par le groupe de travail de la filière « Cancers et soins de support ».

Les cancers de la femme et les cancers pédiatriques sont traités dans le cadre de cette filière ; une interface sera mise en place avec les porteurs de la filière « Femme, mère, couple, nouveau-né, enfants ».

Au regard des liens spécifiques entre le CHU et l'Institut Claudius Régaud dans le cadre du fonctionnement et de l'animation de l'institut universitaire de cancérologie de Toulouse (IUCT), un représentant de ce dernier a participé aux travaux de la filière.

L'organisation de l'accès aux soins en urgence de proximité pour un patient traité dans le cadre d'un cancer a été abordée en lien avec la filière « Urgences et soins critiques ».

L'ensemble des travaux conduits à ce stade pour la filière « Cancers et soins de support » sont disponibles en annexe 6 – Feuille de route filière « Cancers et soins de support ».

B. SYNTHÈSE DES ENJEUX, OBJECTIFS ET ACTIONS DE LA FILIÈRE

ENJEU : Améliorer l'accessibilité aux soins	
Objectif : Renforcer l'offre de soins et développer les activités de proximité	
Actions proposées	- Améliorer le recours aux soins en hématologie par le renforcement de la structure actuelle et ou par l'ouverture d'une nouvelle structure. Cette action doit être associée au développement des activités réalisées en proximité en relais de l'équipe de référence (chimiothérapies injectables et support transfusionnel). - Sur le bassin de Saint-Gaudens, au CH CP, renforcer les activités d'oncologie et de chirurgie cancérologique existantes, développer les prises en charge de proximité notamment en hématologie, évaluer l'opportunité de développer de nouvelles activités. - Sur le bassin du Tarn Ouest, CH de Lavar : développer certaines prises en charges spécifiques en onco-gériatrie et pour les chimiothérapies orales si l'évolution du régime des autorisations prévue dans le Plan Cancer N°3 le permet ; évaluer l'opportunité de développer de nouvelles activités notamment dans le relais en proximité, des prises en charge en hématologie.
Objectif : Renforcer les ressources médicales	
Actions proposées	- Développer des actions de formation auprès des médecins généralistes des bassins de Saint-Gaudens et de Lavar par les praticiens de référence, ciblées sur l'hématologie et l'oncologie médicale, notamment en vue du développement en proximité des chimiothérapies injectables en hématologie, des support transfusionnels et des chimiothérapies orales. - Maintenir une offre locale de primoprescription de chimiothérapie au CH CP en s'appuyant sur les oncologues actuellement présents, puis en envisageant une consultation avancée en fonction de l'évolution de l'offre médicale locale. - Développer les formations en cancérologie pour les spécialistes d'organe au CHU et au CHCP, voire au CH de Lavar. - Développer la télé expertise entre les établissements du GHT.
Objectif °: Améliorer la lisibilité de l'offre de soins du GHT et de l'ICR	
Actions proposées	- Réaliser une cartographie lisible et synthétique des filières et des prises en charge entre les établissements. - Diffuser cette cartographie aux usagers, associations, secteur médico-social, professionnels du premier recours, unités polyvalentes et spécialisées des établissements.

ENJEU : Coordination des parcours : Améliorer la sécurité des prises en charge et la continuité des soins

Objectif : Structurer la gestion de l'urgence en cancérologie

Actions proposées
au titre du projet
de soins et du
projet médical

- Définir les critères « d'urgence » en cancérologie par les équipes de référence.
- Mettre en place un groupe de travail avec des urgentistes du GHT, qui ont aussi identifié cette action dans les travaux de la filière urgences et soins critiques.
- S'assurer de la diffusion et de la connaissance par les patients et les aidants des numéros de téléphones dédiés à ces situations.
- Structurer la communication et la gestion des résultats biologiques, identifier les informations médicales nécessaires aux urgentistes, favoriser la communication des dossiers patients, l'orientation des patients vers le SU le plus adapté, puis l'accueil, la prise en charge et l'aval des SU.

Objectif : Développer les soins de support et garantir la continuité du projet de soins palliatifs

Actions proposées
au titre du projet
de soins et du
projet médical

- Diffuser l'expertise du DISSPO de l'IUCT- Oncopôle vers les CH de proximité : formations des personnels des CH de proximité et téléconférences pluri professionnelles et multi disciplinaires en soins de support avec avis du Département Interdisciplinaire de Soins de Support pour le patient en onco-hématologie de l'IUCT- Oncopôle vers les CH de proximité.
- Harmoniser les outils et les procédures relatifs à la démarche palliative et aux droits des patients en fin de vie et, renforcer les formations des personnels sur ces axes.
- Adapter l'offre de soins en soins palliatifs du CHU de Toulouse, en adaptant les capacités d'accueil en unité spécialisée et dans les lits identifiés de soins palliatifs.
- Evaluer l'offre en lits identifiés de soins palliatifs sur les bassins de Saint-Gaudens et du CH de Lavaur.

Objectif : Faciliter l'accès aux soins de suite et de réadaptation

Actions proposées
au titre du projet
de soins et du
projet médical

- Développer les soins de suite et de réadaptation spécialisés en onco-hématologie sur le territoire.
- Définir les profils des patients orientés en unités de SSR.
- Développer les prises en charge SSR en HAD avec les partenaires du GHT.

XIII. Les activités organisées en commun par les établissements parties

Dans le cadre du plan national d'accompagnement à la mise en œuvre des GHT, l'ANAP a retenu le GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest pour organiser un retour d'expérience sur les activités de biologie et d'imagerie.

A. IMAGERIE MEDICALE

L'organisation des activités d'imagerie médicale s'appuie sur les recommandations de l'ANAP en matière d'élaboration d'un projet médical partagé d'imagerie.

La mise en place d'une organisation mutualisée depuis le mois de mai 2014 entre le CH de Lavar et le CHU a inspiré le développement de l'organisation en cours de déploiement, en lien avec les cabinets locaux de radiologie, entre le CH Comminges Pyrénées et le CHU et qui a présidé à l'ouverture d'une IRM au printemps 2017 à Saint-Gaudens.

1. Les activités d'imagerie dans le GHT

Le CHU, le CH de Lavar et le CH Comminges Pyrénées disposent de services d'imagerie.

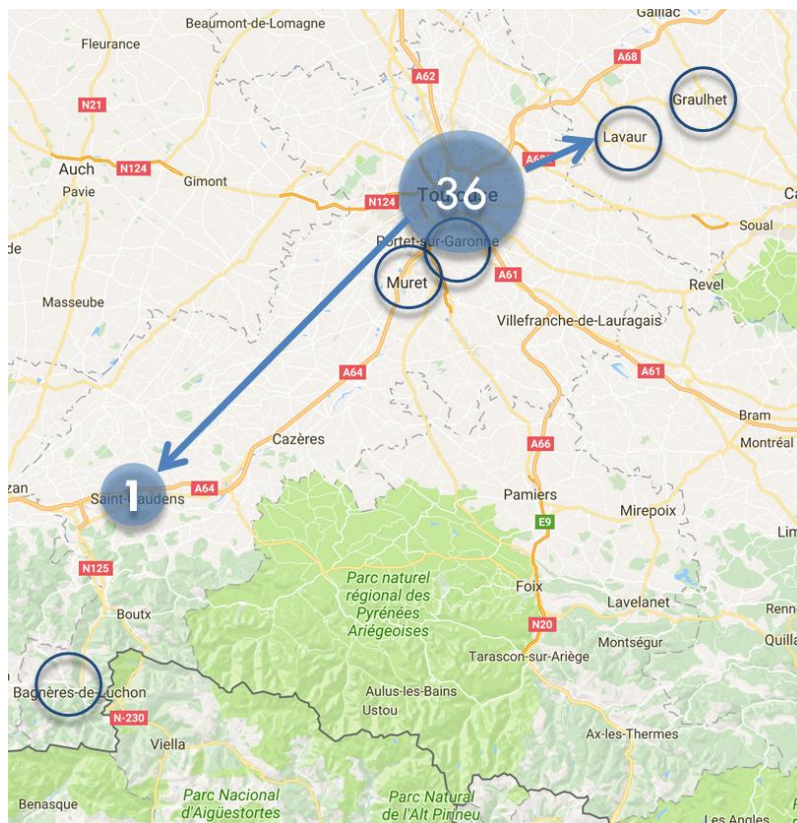
Les CH G. Marchant et de Muret orientent leurs patients vers les cabinets libéraux, les cliniques les plus proches ou le CHU, selon la situation clinique du patient et la nature de l'examen souhaité.

Il n'y a pas de cabinet libéral de radiologie ni sur Luchon, ni sur Graulhet. Les hôpitaux de Luchon travaillent en télé radiologie avec le CH CP de Saint-Gaudens. Le CH de Graulhet oriente les patients vers les services hospitaliers publics les plus proches, ou privés pour ce qui concerne Albi.

L'équipe médicale de radiologie du CHU est composée de 36 ETP et assure les activités du CHU et du CH de Lavar (1 ETP de praticien hospitalier, 1 assistant à temps partagé et 1 interne). Par ailleurs, le CHU met 1 ETP de praticien hospitalier à disposition du CHCP qui dispose par ailleurs d'un radiologue.

Les personnels non médicaux des services de radiologie des CH de Lavar et de Saint-Gaudens sont employés par les CH.

La carte ci-dessous représente la localisation des établissements parties du GHT.



2. Le modèle « intégré » de la coopération entre le CHU et le CH de Lavar

La continuité et la permanence des soins en Imagerie médicale au Centre Hospitalier de Lavar reposait jusqu'en 2012 étaient assurées par deux praticiens hospitaliers titulaires.

Ces deux radiologues partis en retraite en 2012 n'ont pas pu être remplacés.

Dans ce contexte, le CH de Lavar a sollicité le CHU de Toulouse en fin d'année 2011 en vue d'engager un nouveau dispositif de partenariat dans le domaine de l'imagerie. En mai 2012, deux postes de radiologues ont pu être redéployés au CHU pour assurer cette nouvelle mission du CHU à la fois en période diurne avec une couverture sur place et en période de permanence des soins (PDS) par l'intermédiaire de la téléradiologie.

Pour assurer la continuité de la prestation en Imagerie sur le site du CH de Lavar, une présence sur place des radiologues du pôle d'Imagerie médicale du CHU de Toulouse est assurée et organisée tout au long de l'année, en partage avec un cabinet libéral, soit 4 jours par semaine 52 semaines par an.

Concernant les échographies urgentes, le protocole entre le CH de Lavar et le CHU de Toulouse prévoit que les patients nécessitant un examen échographique en urgence soient transférés au CHU dans le respect des principes du libre choix des patients ou de la personne habilitée à le représenter.

Sont plus particulièrement concernées les urgences pédiatriques ou les urgences urologiques (par exemple en cas de suspicion de torsion testiculaire).

Ainsi sont présents les lundi, mercredi, jeudi et vendredi sur le site du CH de Lavour :

- un radiologue sénior du CHU,
- un assistant partagé,
- un interne,
- une vacation hebdomadaire est assurée par un mammographe du CHU.

La journée du mardi est assurée par un cabinet de radiologie privée.

La présence d'une activité d'imagerie sur le CH de Lavour tous les jours de la semaine s'est traduite par une très forte augmentation d'activité. Le nombre d'examens scannographiques est passé de 2.000 forfaits techniques en 2012 à 9.000 en 2016, dont 85% pour des patients externes.

Les scanners réalisés se font avec ou sans injection, sous la responsabilité du radiologue présent en période diurne et sous la responsabilité de l'urgentiste en période de PDS.

L'offre accessible au CH de Lavour a également permis de développer une certaine spécialisation au cours de la semaine :

- Lundi : imagerie ostéo-articulaire assurée par les radiologues du CHU de Toulouse
- mardi : journée assurée par les radiologues privés
- mercredi : imagerie viscérale assurée par les radiologues du CHU de Toulouse
- jeudi : neuro-imagerie assurée par les radiologues du CHU de Toulouse
- vendredi : imagerie ostéo-articulaire ou viscérale assurée par les radiologues du CHU de Toulouse

L'activité de scannographie porte en moyenne sur une trentaine de dossiers par jour.

Les radiologues du CHU de Toulouse considèrent que l'activité de proximité au CH de Lavour est essentielle en termes de santé publique ; elle a permis de diagnostiquer des cas cliniques très avancés.

Du point de vue du CH de Lavour, le maintien d'une présence de radiologues sur place pendant la période diurne a permis de développer très fortement l'activité externe et d'offrir une palette d'examens radiologiques à la population de Lavour et de ses environs qui était globalement réticente à se déplacer vers des sites plus lointains. Par ailleurs, l'offre hospitalière se distingue de l'offre de ville par sa diversité, favorisant ainsi une plus grande attractivité.

Du point de vue des équipements, l'adossement du CH de Lavour au CHU de Toulouse a conduit au renouvellement des échographes à l'identique de ceux en place au CHU. Le remplacement du scanner actuel sera géré en lien avec le renouvellement des scanners programmés au CHU sur le site de Rangueil.

3. Les orientations stratégiques du GHT en imagerie

Le CHU de Toulouse et le CHCP ont mis en place un dispositif comparable autour de l'IRM, ouverte depuis le mois de mai 2017 sur le CHCP. Trois journées sont assurées sur place par les radiologues du CHU et deux journées le sont par des radiologues privés. Un fonctionnement intégré par le CHU au sein du CHCP sera mis en œuvre par jalons successifs et sous des modalités à valider : prise en charge par le secteur public au 1er janvier 2018 de l'activité d'imagerie actuellement réalisée par le cabinet privé, puis prise en charge de l'activité actuellement réalisée par le radiologue PH temps plein du CHCP à son départ à la retraite (2019).

L'évolution des besoins des établissements distants du CHU, réclamant une présence radiologique sur place, a conduit à faire évoluer, en lien avec le Doyen, les effectifs pour la formation des internes. De même, une augmentation du nombre d'assistants hospitaliers a également été organisée de sorte à proposer plus de postes pour compenser les mises à disposition des établissements mais également pour permettre au CHU de Toulouse d'être concurrentiel par rapport au secteur privé toulousain très dense et actif.

Plus globalement et au-delà des coopérations intégrées mises en place et des actions de renforcement des effectifs d'interne en formation en radiologie, les axes du projet médical d'imagerie au sein du GHT, sont :

- le développement de la télé radiologie en lien avec l'espace numérique régional en santé,
- l'harmonisation de la stratégie de renouvellement des équipements et la préparation de la convergence d'un schéma directeur des systèmes d'information des activités d'imagerie, dans le respect de la subsidiarité des établissements parties,
- la création d'une fédération d'imagerie médicale inter hospitalière, qui a vocation, à terme, à se transformer en pôle d'imagerie inter établissements porté par le GHT.

B. BIOLOGIE MEDICALE

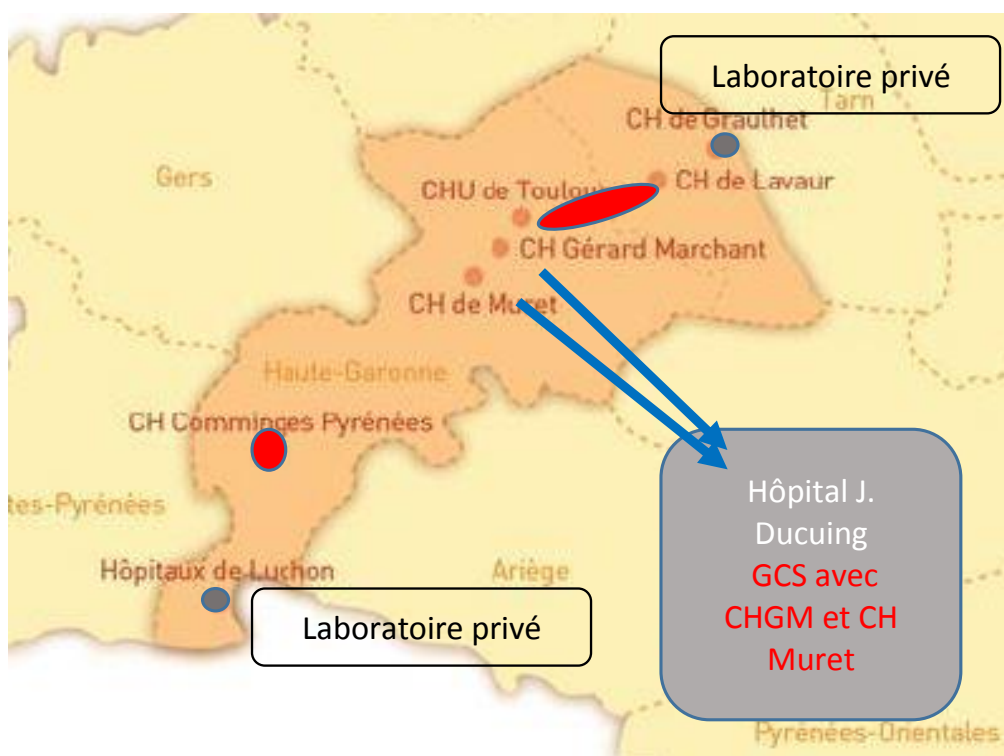
Les travaux conduits s'appuient sur l'organisation mutualisée mise en place au mois de novembre 2015 avec l'intégration du laboratoire de Lavour dans le pôle biologie du CHU. Cette organisation a été qualifiée « d'expérience réussie » en matière d'organisation territoriale et fait l'objet d'une monographie réalisée par le l'ANAP.

Indépendamment des travaux conduits avec l'ANAP, la démarche d'accréditation COFRAC engagée par les laboratoires de biologie, structure les organisations fonctionnelles et les outils des laboratoires.

1. Description des activités de biologie du GHT

Le GHT compte deux laboratoires de biologie médicale : le laboratoire de biologie du CHU qui dispose d'une antenne sur le site du CH de Lavour depuis novembre 2015 et le laboratoire du CH Comminges-Pyrénées (CHCP) sur Saint-Gaudens.

La biologie du CH de G. Marchant et du CH de Muret est réalisée par le laboratoire de l'Hôpital Joseph Ducuing. La biologie des Hôpitaux de Luchon et du CH de Graulhet est réalisée par des laboratoires privés.



a) Le laboratoire de biologie médicale du CHU de Toulouse

Il est structuré en plateaux techniques multidisciplinaires sur quatre sites : Purpan, Rangueil, Langlade et Laval. La majorité des activités de biologie est localisée sur le site de Purpan au sein de l'Institut Fédératif de Biologie.

L'activité est d'environ 250 000 000 B/BHN dont 66% pour les patients hospitalisés, 17% pour les patients externes, 14% pour les activités subsidiaires, 3% pour les activités diverses.

L'équipe médicale est constituée 150 biologistes (72 ETP hospitaliers). Les effectifs du personnel non médical représentent 425 ETP.

Le Laboratoire de Biologie Médicale est accrédité selon la norme ISO 15 189 pour plus de 80% des examens, ISO 22 870 pour la biologie délocalisée et ISO 17 025 pour l'hygiène

b) Le laboratoire du CHCP

Il a une activité polyvalente :

- Hématologie : hématologie cellulaire, hémostase, immuno-hématologie ;
- Biochimie : biochimie générale et spécialisée, pharmacologie et toxicologie ;
- Microbiologie : sérologie infectieuse, bactériologie, parasitologie-mycologie, virologie.

Le laboratoire soustraite les examens biologiques qu'il ne réalise pas à des laboratoires sélectionnés.

En plus de l'activité biologique, le laboratoire du CHCP gère les activités de dépôt de sang et d'hygiène hospitalière.

L'équipe médicale est constituée de 4 biologistes pour 3,6 ETP répartis sur les activités de laboratoire, de la banque de sang et d'hygiène. Pendant la période transitoire de préparation du départ à la retraite d'un biologiste, une assistante à temps partagé avec les laboratoires de bactériologie et parasitologie –mycologie du CHU renforce l'équipe du CHCP à hauteur de 0,6 ETP.

Les effectifs du personnel non médical représentent 18.8 ETP auxquels s'ajoute le cadre de santé qui encadre aussi l'équipe opérationnelle d'hygiène et les personnels affectés à l'unité fonctionnelle de la banque du sang. Ces deux unités disposent de personnels dédiés.

Le laboratoire du CHCP est rattaché au pôle médico-technique.

En 2015, le laboratoire a été accrédité sur les activités d'immuno-hématologie et d'hémostase et sur l'intégralité du système de management de la qualité. En 2017, il étend son accréditation aux sous-domaines de la biochimie et de la microbiologie. L'objectif de l'établissement est d'atteindre l'accréditation de plus de 70% des actes du laboratoire en 2017 et en totalité pour 2020.

2. Les orientations stratégiques du GHT dans le champ de la biologie

Après analyse des marchés en cours, des coûts de prestation et de la qualité des services rendus, il a été décidé de ne pas remettre en cause l'organisation des activités de biologie des établissements parties réalisées par des structures privées. Cette décision sera réévaluée de façon régulière.

L'organisation en commun des activités de biologie concerne les laboratoires des établissements parties : le laboratoire du CHU et le laboratoire du CHCP, les activités de Lavaur étant déjà intégrées dans le laboratoire de biologie du CHU.

Les deux laboratoires du GHT sont très différents, par leur taille, leurs activités et leur organisation.

Le laboratoire du CHU est un pôle de biologie composé de laboratoires spécialisés couvrant toutes les spécialités. C'est un laboratoire de référence régionale. Les biologistes sont spécialisés et, pour une grande partie, sous statut hospitalo-universitaire. La permanence des soins est organisée par spécialité avec le concours des internes en biologie médicale.

Le laboratoire du CHCP est un laboratoire polyvalent : les biologistes sont polyvalents, la permanence des soins est polyvalente.

L'organisation projetée des activités de biologie dans le GHT s'appuie d'une part sur la reconnaissance des spécificités de chacun des deux laboratoires et d'autre part, sur une dynamique partagée en matière de démarche qualité.

Le projet médical de biologie partagé prévoit la création d'une fédération de biologie médicale inter hospitalière (FBMIH) en vue d'intensifier les relations et les échanges, dans le respect des missions de chacune des deux entités, de leurs organisations et de leur engagement respectif dans les démarches d'accréditation et de maîtrise des coûts de fonctionnement.

Concrètement, le projet médical commun, porté par la FBMIH, prévoit différents axes :

- sous-traitance de certaines activités vers le CHU et liaison informatique commune,
- maîtrise des coûts
- retours d'expérience et audits croisés dans les démarches qualité / accréditation
- formation et recherche.

a) Sous-traitance d'activités vers le CHU

La sous-traitance des examens de niveau 3 sera préférentiellement réalisée par le CHU. Cette orientation permettra au CHU d'augmenter le volume d'activité des analyses spécialisées et au CHCP de diminuer les coûts de la sous-traitance. Une amélioration des délais de rendu est également attendue.

Pour faciliter cette sous-traitance, une liaison informatique a été mise en place. Déjà fonctionnelle, elle permet à la fois une prescription des demandes et la réception des résultats.

b) Maîtrise des coûts

La maîtrise des coûts sera recherchée selon trois axes : les achats, le développement des activités externes, la poursuite des réflexions et évaluations relatives à l'organisation des sous-traitances pour chacun des établissements et notamment les hôpitaux de Luchon et le centre hospitalier de Graulhet.

La réflexion sur la possibilité d'achats groupés a été lancée, en lien avec le groupe de travail de la fonction achat mutualisée du GHT. La démarche tient compte des contraintes de chaque laboratoire en termes de volumes de prescription, de niveaux de spécialisation, de panels d'examens réalisés et d'exigences des services de soins de chaque établissement.

Le développement des activités externes de biologie sera favorisé par l'amélioration de l'accessibilité horaire et la visibilité de l'offre proposée par les laboratoires hospitaliers.

c) Accréditation

La démarche d'accréditation est propre à chacun des deux laboratoires. Pour autant, un échange sur l'ensemble des activités en lien avec l'accréditation est nécessaire.

La réalisation d'audits croisés et de sous-traitance des activités de métrologie au CHU sera favorisée.

d) Formation et recherche

Une réflexion sur la possibilité de formations médicales dispensées par le CHU est amorcée. Les thèmes abordés pourront concerner les innovations techniques ou scientifiques, les prestations de conseils, la juste prescription, l'interprétation de résultats...

L'organisation de formations adaptées aux besoins des techniciens du laboratoire du CHCP est aussi prévue.

Le laboratoire du CHCP pourra participer à des programmes de recherche initiés par les équipes hospitalo-universitaires de biologie du CHU. Ce dernier apportera l'expérience et l'expertise pour mener à bien les projets de recherche. Le CHCP permettra pour sa part d'augmenter le nombre d'inclusions potentielles et fournit un équipement technique différent de celui du CHU.

En synthèse, la fédération de biologie médicale inter hospitalière est le prolongement d'une collaboration dont la dynamique est déjà bien engagée. Cette dynamique se fonde sur le respect mutuel, la solidarité et la complémentarité.

La Fédération de biologie médicale inter hospitalière a pour objectifs :

- une amélioration continue de la qualité des résultats de biologie pour une prise en charge optimale des patients,
- une amélioration de la maîtrise des coûts pour chaque laboratoire,



- un partage des savoirs et des savoir-faire dans les domaines de la biologie et de la qualité,
- une amélioration du service médical rendu par le biais de conseils adaptés pour une juste prescription,
- une émulation intellectuelle qui favorise les innovations techniques et scientifiques et la recherche clinique.

Cette démarche intégrera les résultats des travaux engagés autour de l'avenir du laboratoire du GCS associant l'hôpital J. Ducuing, le CH G. Marchant et le CH de Muret, et de la reprise de son activité par le CHU.

C. PHARMACIE HOSPITALIERE

Les analyses, les activités de chacune des PUI ainsi que les travaux conduits et les orientations stratégiques retenues, sont présentées de façon détaillée en annexes 7.

1. Cadre réglementaire et principes majeurs de construction du projet

Depuis les vingt dernières années, les activités confiées aux pharmaciens hospitaliers se sont accrues, gestion des médicaments dérivés du sang, stérilisation des dispositifs médicaux, fabrication des anticancéreux, contrat de bon usage, application de l'arrêté du 6 avril 2011 et système de management de la prise en charge des médicaments...

Une évolution majeure de ces activités est en cours avec le déploiement de la « pharmacie clinique » désormais inscrite dans les missions des pharmacies hospitalières depuis la parution de l'ordonnance 2016-1720 du 15 décembre 2016. .

Face à l'extension des missions, aux exigences accrues de qualité de production et aux contraintes budgétaires, il a été décidé de repenser l'ensemble des organisations des activités des pharmacies à usage intérieur (PUI) au sein du GHT afin de garantir des conditions optimales de qualité et sécurité des soins.

Le projet pharmaceutique partagé fait partie intégrante du projet médical partagé du GHT. Ses principaux objectifs sont d'optimiser les activités des pharmacies hospitalières dans une logique de gradation des soins et de déployer les activités de pharmacie clinique au plus près des patients et des équipes médicales et soignantes. Il constitue une déclinaison du projet du « Collectif pharmacie hospitalière » en Midi-Pyrénées, créé à la fin de l'année 2014 et soutenu par l'ARS et la FHF au sein de la région Occitanie.

Pour répondre à ces objectifs, trois niveaux opérationnels ont été identifiés :

- Niveau 1, au sein de toute pharmacie, quels que soient sa taille et ses moyens : développement de la mission « pharmacie clinique ». Il s'agit des différentes activités auprès des patients hospitalisés ou des patients ambulatoires.
- Niveau 2, au sein du GHT : mutualisation d'activités de production. Il s'agit de bénéficier de certaines infrastructures ou équipements afin d'optimiser les activités d'achat et d'approvisionnement en produits pharmaceutiques et les activités de production (doses unitaires, reconstitution des anticancéreux, stérilisation).
- Niveau 3, supra GHT : les activités concernées sont la pharmacotechnie hors cancérologie injectable et les contrôles analytiques des chimiothérapies anticancéreuses qui nécessitent des équipes et/ou des équipements très spécialisés.

2. Description des activités des PUI du GHT

a) La pharmacie clinique

La pharmacie clinique inclut la conciliation médicamenteuse des traitements, l'analyse pharmaceutique de la première prescription hospitalière et si nécessaire des suivantes, l'optimisation thérapeutique, l'éducation thérapeutique notamment pour les patients présentant des pathologies chroniques, la continuité ville – hôpital par un partage d'informations avec les pharmaciens d'officine, travail en lien avec eux sur l'observance des patients et l'optimisation des traitements en fonction des effets indésirables ou de l'inefficacité.

b) Achat – approvisionnement

Au sein du GHT, une particularité est rencontrée : les établissements périphériques sont membres du Groupement Garonne (groupement d'achat de produits de santé incluant tous les établissements publics de l'ex Midi-Pyrénées), le CHU gère ses achats individuellement.

Au sein du CHU de Toulouse, l'approvisionnement en produits de santé est géré par une plateforme logistique «Logipharma» qui gère également l'approvisionnement des produits généraux.

c) Pharmacotechnie, hors chimiothérapie

Le champ de la pharmacotechnie hors chimiothérapie regroupe la notion de fabrication de médicaments stériles ou non stériles hormis la fabrication d'anti-cancéreux stériles et de préparations radiopharmaceutiques. Il ne se réduit pas seulement à la fabrication de médicaments mais inclut l'ensemble du processus de préparation de médicaments : validation pharmaceutique de la faisabilité de la préparation, fabrication proprement dite, contrôles (visuels, pondéraux, analytiques), libération des lots et dispensation.

d) Chimiothérapie anticancéreuse

La production de chimiothérapies va mobiliser le pharmacien pour les actions répertoriées ci-après.

- Analyser les prescriptions ;
- Superviser la préparation des doses ;
- Contrôler les préparations ;
- Enregistrer les données de prescription de médicaments hors GHS et sous ATU ;
- Gérer des médicaments expérimentaux ;
- Maîtriser les environnements de préparation aseptique ;
- Maîtriser la protection du personnel ;
- Participer à l'activité de recherche clinique.

e) Stérilisation

L'activité de stérilisation des dispositifs médicaux réutilisables est une activité placée sous responsabilité pharmaceutique. C'est une activité optionnelle, soumise à autorisation qui ne concerne que certaines PUI du GHT.

f) Rétrocessions

Certains établissements de santé disposant d'une PUI peuvent être autorisés, par l'ARS, à dispenser des médicaments aux patients non hospitalisés (patients ambulatoires). Ces médicaments sont «rétrocédés» par les PUI à ces patients.

g) Essais clinique / ATU

Certains établissements sont amenés à réaliser des essais cliniques sur des médicaments en phase de développement clinique. Ces essais sont souvent centralisés au niveau du CHU.

De même, certains établissements peuvent délivrer des médicaments qui n'ont pas encore d'autorisation de mise sur le marché (AMM) et qui peuvent, à titre exceptionnel, faire l'objet d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) délivrées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) si elles sont destinées à traiter des maladies graves ou rares, en l'absence de traitement approprié, lorsque la mise en œuvre du traitement ne peut être différée.

h) Recherche

Le pôle Pharmacie du CHU de Toulouse structure une activité de recherche centrée sur l'optimisation de la prescription médicamenteuse chez la personne âgée tant pour les patients hospitalisés que pour les patients relevant des soins primaires. Il travaille en étroite collaboration avec le Gérotopôle et au sein du GHT, il cherche à fédérer l'ensemble des acteurs pharmaciens notamment dans le cadre de l'équipe territoriale Vieillesse et Prévention de la Dépendance.

i) Les ressources humaines dans les PUI du GHT

	Nbre de PH en ETP	Nbre d'assistants en ETP	Nbre de Personnel administratif en ETP	Nbre de magasiniers	Nbre de préparateurs en ETP	Nbre d'internes en etp	Astreinte	Permanence par Pharmacien	Coût remplaçant par an	Coût astreinte par an
Luchon	1,3	0,0	0,0	0,0	1,50	0,0	NON	NON	20 753	
Marchant	2,6	0,0	2,0	0,0	5,20	2,0	OUI	OUI	0	23 000
Muret	1,00	0,60	0,00	0,00	2,40	0,00	NON	NON	14 400	0,00
St Gaudens	3,8	0,5	2,4	1,0	9	0	OUI	OUI	0	NC
Graulhet	0,5	0,0	0,0	0,0	2,00	0,0	NON	NON		0,0
Lavar	1,8	0,0	1,0	1,0	4,80	0,0	NON	NON	0	
CHU de TOULOUSE	22,58	20,80	15,05	46,85	58,41	28,00	OUI	OUI	0	NQ

3. Les orientations stratégiques du GHT dans le champ de la pharmacie

a) Création d'une fédération médicale de pharmacie inter hospitalière

La fédération médicale de pharmacie inter hospitalière permettra de décliner les objectifs et les orientations stratégiques du projet médical partagé dans le champ de la pharmacie, dans le respect de l'autonomie de chacune des PUI ; elle permettra de donner de la lisibilité au projet du GHT au sein des établissements ainsi que de garantir la cohérence des actions mises en œuvre sur l'ensemble du territoire.

b) Enjeux, objectifs et actions par activité

(1) Pharmacie clinique

ENJEU : Améliorer la sécurité des prises en charge et la continuité des soins	
Objectif : Accroître la présence de l'équipe pharmaceutique dans les services de soins	
Actions proposées	- Optimiser l'analyse pharmaceutique (tendre vers le niveau 3 de la SFPC). - Déployer la conciliation médicamenteuse afin de sécuriser les points de transition (entrée-sortie) du patient. - Accompagner les équipes cliniques dans des actions plus spécialisées telles que l'éducation thérapeutique.
Objectif : Renforcer le lien ville-hôpital	
Actions proposées	- Développer la conciliation médicamenteuse en lien avec les médecins traitants et les pharmaciens d'officine. - Multiplier les bilans de médication en gériatrie réalisés par les pharmaciens d'officine (coordination, tutorat...).
Objectif : Structurer un réseau de pharmaciens cliniciens sur le GHT	
Actions proposées	- Former les pharmaciens hospitaliers pour déployer la pharmacie clinique dans chaque établissement en fonction des filières représentées. - Identifier des pharmaciens hospitaliers référents pour chaque spécialité médicale en cas de besoin d'un avis. - Assurer la coordination et participer à la formation des pharmaciens d'officine pour déployer la pharmacie clinique en soins primaires.

(2) Référencement – achats – approvisionnements

ENJEU : Harmonisation de la politique de gestion des produits de santé au sein du GHT	
Objectif : Harmonisation de la politique de référencement	
Action proposée	Organiser une coordination des COMEDIMS.
Objectif : Mettre en place une politique d'achat commune	
Action proposée	Coordonner les achats des 7 établissements du GHT en tenant compte des travaux de rapprochement avec le groupement d'achat Garonne.
Objectif : Optimiser l'approvisionnement des CH du GHT par la plateforme Logipharma après optimisation de l'espace de stockage (livraison dans les PUI ou directement dans les services de soins, mise à disposition de doses unitaires)	
Actions proposées	- Rationaliser les méthodes d'approvisionnement dans chaque PUI. - Se doter d'une plateforme en produits de santé commune.

(3) Pharmacotechnie hors chimiothérapie

ENJEU : Regrouper l'ensemble des activités de pharmacotechnie du territoire sur un site unique (CHU)	
Objectif : Permettre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins	
Actions proposées	- Proposer des équipements et des technologies qui permettent l'accès à des processus de préparation plus performants, notamment concernant le contrôle des matières premières et de la production finalisée. - Assurer le suivi d'une formation continue de qualité du personnel avec la constitution d'une équipe disposant d'un effectif suffisant pour assurer une flexibilité en cas de congés, de formation ou d'absence imprévue. - Mettre à disposition des PUI du territoire des pharmaciens experts disposant d'un temps dédié à cette activité.
Objectif : Améliorer l'efficacité	
Actions proposées	- Préparer des doses standards par le développement des préparations hospitalières. - Permettre une meilleure adaptation aux fluctuations d'activités notamment en matière de volumes et de délai de fabrication par une capacité de production plus importante. - Amortir les investissements (travaux, achats de nouveaux équipements) réalisés pour la mise en application des bonnes pratiques de préparation et ainsi assurer la pérennité de l'unité des préparations pharmaceutiques. - S'engager dans une démarche qualité avec la certification de l'unité des préparations pharmaceutiques.

(4) Chimiothérapies

ENJEU : Améliorer l'accessibilité aux soins	
Objectif : Permettre les administrations de chimiothérapies anticancéreuses au CHCP aux patients du bassin du Comminges	
Actions proposées	- Evaluer les besoins et les coûts matériels et humains de la PUI. - Réaliser une étude de sous-traitance de la préparation des chimiothérapies par la PUI de l'IUCT. - Garantir des délais courts entre l'arrivée du patient à l'hôpital de jour et l'administration de sa chimiothérapie.
Objectif : Contribuer à l'égalité des soins sur le territoire	
Actions proposées	- Demander des autorisations pour pouvoir administrer des chimiothérapies en essais cliniques au CHCP. - Réaliser une sous-traitance avec la PUI de l'IUCT (centre investigateur) pour les produits en essais cliniques.

ENJEU : Améliorer la sécurité de prise en charge médicamenteuse en oncologie	
Objectif : Développer la pharmacie clinique en oncologie	
Action proposée	- Développer la conciliation médicamenteuse des patients sous chimiothérapie anticancéreuse.
Objectif : Sécuriser la fabrication des chimiothérapies injectables	
Action proposée	Instaurer le contrôle analytique des chimiothérapies injectables.
Objectif : Améliorer le lien ville/hôpital	
Actions proposées	- Réaliser une rencontre avec les soignants médicaux et pharmaciens. - Sécuriser les nouvelles prises en charge des chimiothérapies per os en conciliant les patients lors des hospitalisations et en informant les soignants de ville. - Développer le conseil et l'éducation thérapeutique sur les chimiothérapies per os.

(5) Stérilisation

ENJEU : Trouver des solutions de back up adaptées à chaque structure	
Objectif : Mise en place de solutions de dépannage	
Actions proposées	- Réaliser une cartographie. - Définir une convention type.
Objectif : Harmonisation des pratiques	
Actions proposées	- Harmoniser la composition de boîtes. - Etablir les cahiers des charges. - Réaliser une base documentaire commune, une foire aux questions et des audits croisés. - Rendre possible les prêts/échanges de matériel et/ou achats/ventes de matériel d'occasion.

XIV. Permanence des soins et situations sanitaires exceptionnelles

A. SCHEMA TERRITORIAL DE LA PERMANENCE DES SOINS

Le projet médical partagé du groupement comprend un schéma territorial de la permanence des soins. Il est établi en cohérence avec le projet régional de santé et son volet dédié à la permanence des soins des établissements de santé (PDES) ; il fixe par ailleurs un cadre coordonné pour les plans des gardes et astreintes des établissements parties au groupement.

L'organisation des gardes et astreintes médicales des établissements parties présente les caractéristiques suivantes :

- Des plans des gardes et astreintes qui sont reconnus au sein du schéma-cible régional de la PDES adopté en 2012 par l'agence régionale de santé Midi-Pyrénées. Le schéma-cible concerne les établissements relevant des activités de médecine, chirurgie et obstétrique. La psychiatrie n'a pas été intégrée au schéma-cible régional de la PDES. Les plans des gardes et astreintes figurent en annexes 8. Ils sont détaillés par établissement, par spécialité et par type de tableau (garde senior sur place ; astreinte opérationnelle, de sécurité ou forfaitisée ; garde d'interne).
- L'implantation des autorisations d'activité ainsi que des disciplines et spécialités se traduit par des coopérations entre établissements publics de santé, d'une part, entre établissements publics et privés, d'autre part. Le schéma-cible régional et les travaux préparatoires au volet PDES du projet régional de santé prévoient à titre d'exemple pour le centre hospitalier Comminges-Pyrénées, pour l'ORL et l'urologie, un adressage au CHU et à la clinique d'Occitanie en période de permanence des soins.
- Sur la base des coopérations médicales préexistantes et des opportunités offertes par la télé radiologie, des organisations mutualisées ont été adoptées en imagerie. Les astreintes d'imagerie du centre hospitalier de Laval sont assurées à distance par le CHU et ses trois services de radiologie depuis 2012. Une organisation mutualisée est de même mise en place avec l'institut Claudius Regaud, établissement partenaire du groupement, depuis l'ouverture de l'IUCT-Oncopole sur le site de Langlade. Le projet médical partagé prévoit une organisation également mutualisée de la permanence des soins en imagerie pour le centre hospitalier Comminges-Pyrénées d'ici 2019 et l'ouverture du site unique regroupé.

Un groupe de travail spécifique sera constitué sous l'égide du collège médical afin d'élaborer, à partir des acquis cités précédemment, un schéma territorial de la permanence des soins. Il sera composé à partir des commissions de l'organisation et de la permanence des soins (COPS) et des directions des affaires médicales des établissements parties. Ce groupe de travail examinera la cohérence et la complémentarité des plans des gardes et astreintes médicales des différents établissements en



prenant notamment en compte le périmètre des activités autorisées ainsi que les impératifs liés aux délais d'intervention et aux distances kilométriques.

Ce groupe de travail sera mis en place à l'issue des démarches qui ont été prioritairement engagées au cours du premier semestre 2017 dans le cadre du projet médical partagé (filières prioritaires et activités médico-techniques organisées en commun).

Des adaptations impératives ont d'ores et déjà identifiées (doublement de la garde sénior d'obstétrique du CHU, révision des lignes de garde sénior de pédiatrie du CHU...).

B. ORGANISATION DE LA REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

La réponse aux situations sanitaires exceptionnelles est déclinée par les opérateurs de soins dans les plans blancs des établissements de santé dans le cadre de l'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (schéma ORSAN). ORSAN est destiné à identifier les adaptations à prévoir dans l'organisation de l'offre de soins pour faire face aux situations pour lesquelles la réponse implique la mobilisation de ressources sanitaires extraordinaires. Elaboré à partir du projet régional de santé de la région Occitanie, il a pour objet de planifier la montée en puissance progressive et coordonnée du système de santé au cours d'événements exceptionnels. Dans ce cadre, le CHU de Toulouse assure un rôle d'établissement pivot qui se décline dans différentes missions vis à vis des établissements sanitaires de la région :

- mission de recours en cas de saturation des capacités d'accueil d'un établissement, spécialement dans les unités critiques comme la réanimation ou les blocs opératoires,
- mission de renfort et de projection pour venir étoffer des ressources et compétences nécessaires (équipes de réanimation, équipes chirurgicales, stérilisation),
- mission de formation pour permettre la préparation à des risques particuliers (risques NRBC-E) ou nouveaux (formation au damage control suite aux attentats de Paris de novembre 2015).

L'ensemble de ces missions s'exercent dans le cadre du groupement hospitalier de territoire mais également dans un cadre élargi à l'Occitanie et concernent les établissements publics et privés.

Un autre volet issu des retours d'expérience des attentats de novembre 2015, associe plus étroitement deux membres du GHT. Il concerne le renforcement de l'organisation du soutien médico-psychologique en cas de situation sanitaire exceptionnelle, notamment en cas d'attentat. Le CHU de Toulouse a formalisé une annexe de son plan blanc, appelée plan blanc psychiatrique, qui associe la cellule d'urgence médico-psychologique départementale (CUMP) et les équipes psychiatriques et psychologiques du centre hospitalier Gérard Marchant et du CHU de Toulouse. Ce plan blanc prévoit un dispositif de soutien gradué destiné aux victimes, à l'entourage des victimes, aux impliqués et aux équipes hospitalières.

XV. Les conditions d'association du CHU aux autres GHT

Le CHU associe les établissements partie au groupement, au même titre que les établissements support des huit GHT qui lui sont rattachés, aux quatre missions spécifiques qui lui confiées : enseignement et formation, recherche clinique et innovation, gestion prévisionnelle de la démographie médicale, activités de recours et de référence.

Ces missions sont assurées dans le cadre de la convention hospitalo-universitaire et du partenariat étroit qui est établi avec les facultés de santé de l'université Paul SABATIER. Les doyens des quatre facultés de santé (facultés de médecine de Toulouse-Purpan et de Toulouse-Rangueil, faculté de pharmacie et faculté de chirurgie dentaire) sont membres des instances stratégiques du GHT, collège médical et comité stratégique.

1. Recherche, innovation, formation

a) Les enjeux du développement de la recherche et de l'innovation dans une stratégie de groupe de l'hospitalisation publique

Le développement de la recherche dans les établissements publics de santé permet d'améliorer l'accès de tous à l'innovation diagnostique ou thérapeutique.

C'est une opportunité pour renforcer l'attractivité des carrières médicales et soignantes. C'est aussi le meilleur gage de l'amélioration des pratiques et des organisations professionnelles : la recherche permet de questionner et de faire évoluer sans cesse les pratiques professionnelles.

Enfin la recherche est un outil de cohésion d'équipe, rassemblant des personnes qui vont partager dans un environnement donné un intérêt à agir.

Les CHU, depuis plusieurs années, ont organisé l'activité de recherche clinique avec leurs différents partenaires industriels et institutionnels. Ils ont accumulé de l'expérience, des outils, du savoir-faire et des expertises dans ce domaine. Depuis 2007, le CHU de Toulouse a engagé des travaux de partage de compétences, de communication, d'information et d'animation avec plusieurs établissements du territoire de la région Occitanie Ouest. Il entend les poursuivre et les amplifier, en lien étroit avec l'université Paul SABATIER et ses facultés de santé, en mettant à profit le levier des groupements hospitaliers de territoire.

Les CHU assurent la mission de pivot de l'animation territoriale des activités de recherche en santé en raison de la triple mission qui leur est confiée et de leur rôle d'interface entre les soins et la recherche fondamentale.

L'intégration d'un volet recherche dans chaque projet médical partagé du GHT en association avec le CHU du territoire a pour but de préciser les articulations et le soutien apporté par le CHU à l'émergence ou à la consolidation des activités de recherche.

Concrètement, le CHU entend prendre plusieurs initiatives en cohérence avec les travaux conduits sous l'égide du GIRCI « SOHO » :

1. consolider les ressources territoriales dédiées à la recherche clinique en cancérologie et en gériatrie,
2. faire évoluer sa gouvernance de ses activités de recherche et d'innovation, en intégrant les nouvelles opportunités créées par les GHT,
3. élargir et faciliter l'accès des professionnels des établissements publics de santé à l'offre de service du CHU,
4. participer à l'élaboration du nouveau projet stratégique dédié à la recherche et à l'innovation du CHU pour la période 2018/2022,
5. fixer collectivement des objectifs partagés en matière d'augmentation du nombre d'inclusions dans des protocoles institutionnels ou industriels.

Pour la psychiatrie et la santé mentale, il convient de soutenir et de renforcer les travaux de recherche à travers la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale.

b) La constitution d'un espace dématérialisé dédié à la recherche clinique de territoire

A cet effet, le CHU de Toulouse crée un espace dématérialisé dédié à la recherche clinique de territoire pour la rencontre des établissements, d'une part, pour la professionnalisation des services support, d'autre part.

Cet espace dématérialisé porte l'ambition d'un maillage territorial agile, dynamique, moderne et ouvert.

Il s'agit d'un espace ouvert aux établissements partie au GHT de la Haute Garonne et du Tarn Ouest, ouvert également aux centres hospitaliers des autres GHT de la région Occitanie Ouest associés au CHU, dans lequel les établissements trouveront :

- une offre de services autour de la recherche clinique- organisée par le CHU de Toulouse avec une implication progressive des établissements,
- un espace de communication (échanges- forum –FAQ foire aux questions),
- une vitrine pour tous les partenaires de la recherche avec les bilans des actions, les projets emblématiques, des témoignages de porteur de projets, de patients.

c) Une offre de service différenciée

Le CHU propose une offre de service différenciée aux établissements partie au GHT dans les quatre domaines suivants :

(1) En matière d'information

- Organisation de Journées d'information : « Les Journées de la Recherche Clinique ».

- Diffusions d'informations – veille et diffusion des appels à projets recherche.
- Mise en place de permanences en visio-conférence- participation aux groupes de travail régionaux et nationaux.
- Accès pour les personnels médicaux hospitaliers aux revues et à la documentation scientifique de l'université Paul-Sabatier grâce à l'élargissement de la convention qui est établie depuis 2012 entre le CHU et le service central de documentation de l'université.

(2) En matière de communication

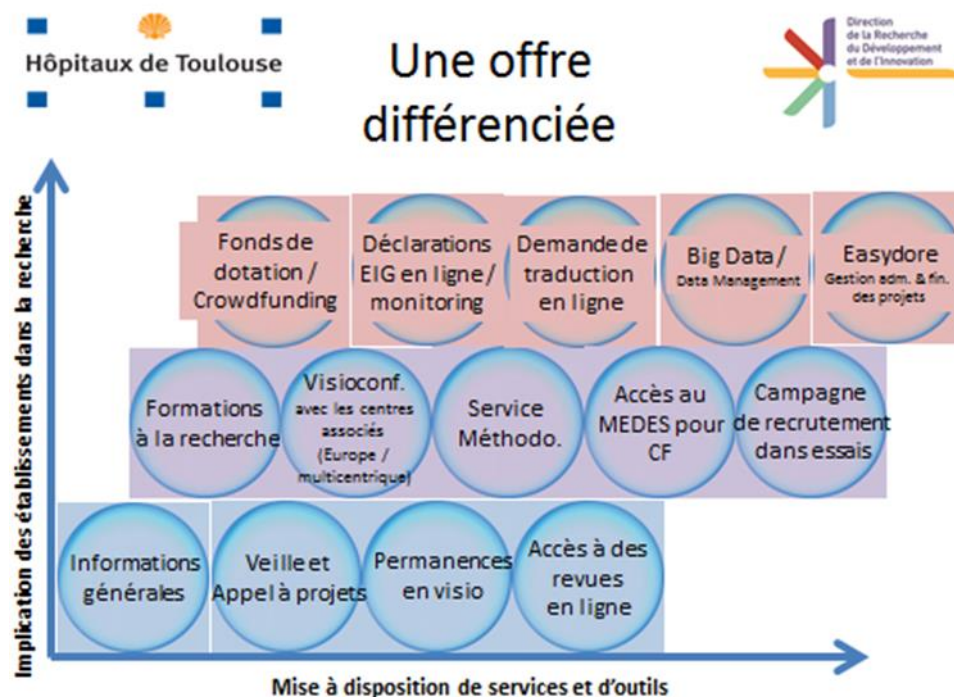
- Plaquettes de présentation de l'activité de Recherche Clinique des établissements.
- Demandes de traductions d'articles.

(3) En matière de formation

- Formation en e-learning ou accès préférentiels à des formations organisées par le CHU.

(4) En matière de soutien aux projets de recherche clinique, d'accès aux compétences et aux expertises

- Ouverture des appels à projets –régionaux et locaux à la participation des établissements.
- Aide au montage de projet /accès à des compétences – expertises (Méthodologie/Vigilance).
- Aide dans l'élaboration des conventions – accès aux structures gestionnaires des « honoraires investigation », aide aux campagnes de recrutement.
- Aide au recrutement des Techniciens ou Attachés de Recherche Clinique TRC ou ARC.



d) Les indicateurs de l'impact des actions en matière de recherche clinique et d'innovation

Les actions conduites permettront d'adopter pour chaque établissement, dans un cadre contractualisé avec le CHU, un certain nombre d'objectifs dans les domaines suivants :

- nombres de visites, nombres de consultations sur l'espace dématérialisé,
- nombre d'études institutionnelles, industrielles et taux d'inclusion annuel des établissements,
- nombre de projet portés ou en collaboration avec des médecins du CHU,
- nombre de projets accompagnés au montage par le CHU et les structures « expert »,
- nombre de personnes formées à FORMEDEA ou à d'autres formations du CHU,
- nombre de journées d'information co organisées,
- nombre de diffusions d'information vers les établissements de santé,
- nombre de patients inclus dans les essais cliniques établissements de santé.

e) Les enjeux et les objectifs en matière d'enseignement et de formation

Le CHU développe au profit des établissements du GHT, dans le cadre de son partenariat avec les facultés de santé de l'université Paul SABATIER, une politique de maillage territorial pour organiser l'enseignement et la formation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques. Le CH&U promeut ainsi l'accueil des internes en stage au sein des établissements de santé. Il suscite, en lien avec la réforme du troisième cycle des études médicales, l'agrément universitaire des terrains de stage pour les internes dans le cadre des actions qui sont animées par les doyens des facultés et les coordonnateurs de DES.

Le CHU développe également une politique de maillage territorial et de mise en réseau pour la formation des personnels paramédicaux et des autres personnels hospitaliers. Il développe cette politique d'ouverture en lien avec le conseil régional de la région Occitanie, d'une part, avec l'université Paul SABATIER et ses facultés de santé, d'autre part, au travers notamment du pôle régional de formation aux métiers de la santé (PREFMS), des 12 écoles et instituts de formation qui y sont regroupés sur le site de la Cartoucherie et du centre de simulation ItSims sur le site de Purpan. La coordination des écoles et des instituts de formation est ainsi d'ores et déjà une réalité pour les établissements parties au GHT.

Le projet médical partagé intègre enfin pour ses six filières prioritaires un nombre important d'objectifs et d'actions qui portent sur l'amélioration de la formation des personnels et des patients ainsi que sur l'identification de nouvelles compétences et de nouveaux métiers.

2. Consultations avancées portées par le CHU

Le CHU met en place des consultations avancées afin d'assurer une activité de proximité, au plus près du domicile des patients, dans un nombre important et croissant de spécialités et de surspécialités qui sont absentes au sein des établissements qui relèvent du champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique.

Ces consultations avancées peuvent s'élargir à la réalisation sur site par les praticiens du CHU d'actes de chirurgie ou de médecine ambulatoire. Elles peuvent enfin préparer et préfigurer le développement de nouvelles activités portées dans le cadre du schéma régional et du régime des autorisations.

Des consultations avancées ont été établies de longue date dans le cadre du partenariat qui, initié en 2009 avec le centre hospitalier de Laval, s'est élargi et amplifié au cours des années. Le CHU organise ces activités dans les spécialités suivantes : chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie digestive, chirurgie urologique, chirurgie plastique, ophtalmologie, néphrologie, pneumologie et allergologie, neurologie.

Le CHU développe également des consultations avancées, dans le cadre d'une démarche plus récente, au centre hospitalier Comminges-Pyrénées. Il s'agit de la néphrologie et de l'ORL et, dans le cadre de réflexions favorisées par le projet médical partagé, de la gastro-entérologie et de la gynécologie médicale.

3. Equipes territoriales

a) Les équipes mobiles territoriales

Le groupement hospitalier de territoire comprend des équipes mobiles et souhaite favoriser leur développement dans le cadre du projet médical partagé. Il s'agit des équipes mobiles actuellement portées par le Gérotopôle, le CHU et son pôle gériatrie (équipes mobiles de gériatrie, d'oncogériatrie et de soins palliatifs).

Des projets d'équipes mobiles « hors les murs » sont envisagés, à partir des équipes préexistantes du CHU, pour l'hygiène hospitalière pour le sud du territoire du groupement (Muret voire Saint-Gaudens) ainsi que pour l'infectiologie et l'ensemble des établissements du territoire.

b) Les équipes médicales territoriales

Le groupement hospitalier de territoire comprend des équipes médicales territoriales composées notamment de postes de praticien hospitalier à temps partagé avec le CHU. Il s'agit en particulier avec le centre hospitalier de Laval de la gynécologie-obstétrique, de la pédiatrie, de la cardiologie, de la radiologie et de l'hygiène hospitalière. C'est également le cas à titre d'illustration entre le centre hospitalier de Muret et le CHU pour l'information médicale (poste de PH à temps partagé pour le DIM).

Conformément au projet médical partagé, les équipes médicales territoriales préexistantes vont s'élargir aux autres établissements du groupement et dans le même temps à d'autres disciplines et spécialités (pharmacie hospitalière et imagerie en particulier). Il sera constitué, en fonction de l'état d'avancement du projet médical partagé, de la demande des praticiens des spécialités et de l'avis des instances, de fédérations médicales inter hospitalières (FMIH) ou de pôles inter établissements (PIE).

Les praticiens qui exercent ces activités partagées seront éligibles au nouveau régime indemnitaire (prime d'exercice partagé en substitution de l'actuelle indemnité multi sites).

XVI. Synthèse des objectifs par filières et perspectives

Le GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest propose une offre de soins très large du fait des missions spécifiques de ses établissements parties qui comptent un centre hospitalier universitaire, deux hôpitaux généraux, un centre hospitalier spécialisé et des centres hospitaliers de proximité.

Les autorisations d'activité détenues par les établissements parties couvrent la quasi-totalité de l'offre de soins à l'exception de certains soins de suite et de réadaptation spécialisés et de la radiothérapie. Toutefois, cette activité est proposée par l'IUCT, associant l'Institut Claudius Regaud et le CHU de Toulouse.

Les missions spécifiques de chacun de ses établissements parties ainsi que leur localisation géographique respective excluent tout risque de « concurrence » au sein du GHT au regard des autorisations d'activité de soins.

A. SYNTHÈSE DES OBJECTIFS PAR FILIÈRES

Les travaux conduits ont permis d'identifier des thématiques transversales à différentes filières ou aux établissements parties.

Pour chaque filière, des objectifs de structuration de parcours cibles ont été proposés afin d'améliorer l'accessibilité et la fluidité en proximité ou concernant le recours aux spécialités ou aux unités de référence régionale, en associant les établissements sanitaires privés, le secteur médico-social et les professionnels libéraux.

1. Accessibilité aux soins

Bien que le GHT propose la quasi-totalité des activités de soins, des difficultés en termes d'accessibilité aux soins de proximité ou de recours ont été identifiées. Ces difficultés sont multifactorielles : la progression de la population, les tensions relatives à la démographie professionnelle, les cloisonnements excessifs liés à l'organisation structurelle des activités en MCO, SSR, Psychiatrie, soins de longue durée et dans le champ médico-social...

En vue d'améliorer l'accessibilité aux soins, les objectifs suivants ont été identifiés :

- nécessité de renforcer, au sein du GHT :
 - l'offre de soins de référence en hématologie, par une augmentation des capacités,
 - les urgences pédiatriques médico-chirurgicales,
 - la permanence des soins en obstétrique du centre de niveau 3, par une seconde ligne de garde,

- l'offre de périnatalité des centres de niveau 1 de Lavar et de Saint-Gaudens, par une adaptation des ressources médicales et des prises en charge,
- l'offre de recours en psychiatrie, sur l'ensemble du territoire d'attractivité du GHT, selon des modalités adaptées aux situations locales : création d'un nouveau secteur sur Toulouse, augmentation des moyens des CMP sur le Tarn et le Sud de la Haute-Garonne, augmentation du nombre de lits actifs,
- absence d'offre de soins :
 - en soins de suite et de réadaptation spécialisée en onco-hématologie sur le territoire du GHT (et de l'Occitanie Ouest),
 - en soins de proximité de gynécologie médicale et de pédiatrie sur certains bassins de santé, en particulier sur le bassin de Luchon,
- insuffisance des prises en charge hospitalières ambulatoires en soins de suite et de réadaptation spécialisées (cardiologie, neurologie, personnes âgées poly pathologiques...) et en gériatrie,
- amélioration de l'accès aux soins MCO et SSR somatiques pour les patients atteints de troubles psychiatriques.

2. Continuité et fluidité des prises en charge

Les objectifs du PMP visent à améliorer la continuité et la fluidité des prises en charge selon les orientations suivantes :

- amélioration de la lisibilité de l'offre de soins : cancérologie, psychiatrie, SSR,
- ré adressage du patient vers la structure de proximité, en relais de l'unité de référence en hématologie et en cancérologie, vers les CH de Saint-Gaudens et de Lavar,
- développement des soins de support et continuité des soins palliatifs,
- anticipation des orientations du patient en SSR, en HAD et en EHPAD,
- harmonisation des pratiques : urgences et soins critiques, SSR, obstétrique, pédiatrie, gériatrie, soins de support et soins palliatifs,
- diffusion des expertises vers les acteurs du premier recours en gériatrie, psychiatrie, cancérologie,
- organisation de l'accès aux avis spécialisés pour les personnes âgées dépendantes, les patients suivis en psychiatrie, les patients hospitalisés en SSR.

3. Coordination et structuration des parcours de soins

Par nature, les projets médicaux partagés influencent la coordination et la structuration des parcours de soins au sein des territoires :

- redéfinition des zones d'intervention des SAMU et des SMUR pour les zones « limitrophes » (Tarn et Haute-Garonne ou Hautes-Pyrénées et Sud de la Haute-Garonne), en tenant compte des filières d'aval de soins critiques, notamment pour les AVC,
- innovations des organisations :

- création d'unité de soins de suite et de réhabilitation de psychiatrie,
- développement des pratiques avancées en soins infirmiers dans les unités de spécialités (neurologie et cardiologie en première intention),
- création d'équipes territoriales en onco-gériatrie et pour les maladies neurodégénératives,
- structuration de parcours spécifiques au sein du GHT :
 - situation d'urgence des patients traités en onco-hématologie,
 - patient âgé poly pathologique dont le patient âgé poly pathologique présentant un AVC (quelle unité de prise en charge et parcours de soins à l'issue de l'UNV ?),
 - prise en charge en urgence des populations vulnérables (circuit adapté, appel aux personnes ressources selon la situation du patient).

4. Coopérations entre les acteurs

L'évolution des besoins de santé en raison de l'augmentation de la population et de la part des personnes présentant une pathologie chronique ou assimilée, associée à une densification des prises en charge et à une diminution des professionnels de santé, impose aux acteurs de coopérer :

- renforcement de la pluri disciplinarité et diffusion de l'expertise :
 - soutien des unités de spécialités par les gériatres pour les patients âgés et présentant des comorbidités,
 - renforcement des échanges entre le CHU et les centres hospitaliers en pédiatrie, CH Comminges-Pyrénées et CH de Lavar,
 - amélioration du recours auprès des unités de référence pour les services d'urgences des établissements généraux,
 - développement des activités de pharmacie clinique,
 - développement de la réhabilitation psycho-sociale,
- utilisation d'outils communs entre les professionnels des établissements parties en première intention puis avec les partenaires :
 - psychiatrie et santé mentale : « plan personnalisé de soins et projet de vie »,
 - urgences et soins critiques : cartographie des parcours patients selon le motif de recours aux urgences,
 - urgences et centre de proximité ou EHPAD : « modalités du retour du patient vers son lieu de vie »,
 - soins palliatifs : directives anticipées et désignation de la personne de confiance,
- développement des coopérations avec les professionnels libéraux :
 - en maïeutique,
 - en médecine générale, pour les personnes âgées et les patients atteints de pathologie psychiatrique en première intention, notamment par le développement des usages de la télémédecine et de formations ad hoc,
 - en psychiatrie et santé mentale,
- développement des partenariats avec les établissements privés ou associatifs :
 - en SSR : pédiatrie, personnes âgées et cardiologie en première intention,

- en psychiatrie : identification des offres spécifiques des établissements partenaires et renforcement des collaborations dans une logique de complémentarité,
- en gériatrie : avec les établissements d'HAD et les établissements médico-sociaux.

5. Optimisation des ressources et des plateaux techniques

La raréfaction des ressources couplée à la complexité croissante des prises en charge nécessite d'optimiser les organisations pour pouvoir répondre aux objectifs du projet médical partagé dans le respect des équilibres financiers des établissements :

- création de fédérations médicales inter hospitalières, voire de pôle inter établissements à terme, avec une définition précise des impacts attendus en termes d'optimisation des ressources et d'amélioration de la qualité : obstétrique, pharmacie hospitalière, biologie médicale et imagerie médicale,
- structuration de la coordination des SSR à l'échelle du GHT et pilotage de l'activité SSR.

B. PERSPECTIVES

1. Poursuite de la dynamique engagée

La mise en œuvre des objectifs des activités de biologie, d'imagerie et de pharmacie hospitalière est déjà engagée et sera poursuivie.

Les objectifs des six filières prioritaires ont été déclinés en plans d'actions pour l'année en cours et l'année 2018.

a) Représentativité des usagers

Il sera proposé aux représentants des usagers et aux associations de patients, de participer aux travaux pour chacune des six filières et aux choix de nouveaux objectifs.

Afin de faciliter l'association des usagers, le GHT pourra proposer :

- des formations communes et des auditions d'experts aux représentants des usagers,
- de développer la démarche de prise en compte dans l'avènement des nouvelles organisations médico-soignantes de « l'expérience patient »,
- d'étudier le projet d'obtention d'un label qualité pour les services des établissements qui composent le groupement qui s'engageront dans des démarches spécifiques d'écoute et de qualité de la prise en charge des patients,
- de créer un espace électronique d'échange permanent avec les usagers des établissements du GHT qui ne substituerait pas aux échanges à nouer avec chacun des établissements, avec l'idée d'orienter cette communication sur les parcours de prise en charge et/ou les difficultés rencontrées en amont et en aval de l'admission dans l'établissement...



Au-delà des filières déjà documentées, d'autres filières pourront être analysées et viendront compléter le périmètre couvert par le projet médical partagé dans sa version actuelle. Les usagers et les établissements d'HAD seront associés.

b) Participation des établissements partenaires et associés

(1) Association des établissements d'HAD à l'élaboration du PMP

A l'issue d'une présentation sur l'état d'avancement des travaux d'élaboration du PMP, réalisée lors de la première réunion de travail avec les établissements d'HAD publics et privés en mai 2017, les échanges ont permis d'identifier cinq axes de travail communs.

1. Rappeler les indications d'une hospitalisation en HAD ainsi que les contraintes des conditions de fonctionnement des HAD, particulièrement pour ce qui concerne les SSR, les soins palliatifs et les prises en charge somatiques des patients atteints de pathologies psychiatriques.
2. Anticiper l'orientation vers une prise en charge en HAD en Ehpad, dès l'admission en court séjour.
3. Mettre en place des outils uniques et des procédures harmonisées pour ce qui concerne les directives anticipées et la désignation de la personne de confiance avec une centralisation partagée de leur archivage par les différents intervenants autour du patient.
4. Préciser les critères d'admission des situations complexes en HAD (groupe de travail médecins coordonnateurs et cadres de santé hospitaliers).
5. Améliorer les modalités d'admission et les interfaces entre les structures.
Les modalités d'organisation des soins et les interfaces entre les structures conventionnelles et les HAD devront être précisées et adaptées (anticipation indispensable de l'adaptation des prescriptions médicamenteuses et des modalités de dispensation des produits au regard d'une organisation des soins différente entre une unité d'hospitalisation conventionnelle et une organisation en HAD, nécessité de prévoir une ré hospitalisation conventionnelle en cas de décompensation qui ne pourrait être traitée à domicile et en préciser les modalités).

Ces axes pourront être précisés et déclinés en actions concrètes, des indicateurs de suivis devront être définis pour permettre d'objectiver et d'évaluer les améliorations attendues.

(2) Comité des établissements partenaires et associés

La réunion d'installation du comité du 9 juin 2017 a permis de rappeler le cadre des groupements hospitaliers de territoire, de présenter l'état d'avancement des travaux du PMP à date et de poser les principes de fonctionnement du comité.

- Si les GHT n'ont pas pour mission la régulation territoriale de l'offre de soins, ils peuvent, avec leurs partenaires et associés, être force de proposition pour améliorer et organiser la réponse de l'offre de soins aux besoins de la population.
- Le projet médical partagé du GHT de la Haute-Garonne et du Tarn Ouest n'a pas pour objectif de fragiliser les filières spécifiques et construites de longues dates avec ses partenaires ; au contraire, il ambitionne de consolider les filières qui fonctionnent et de structurer de nouvelles filières, dans une logique de complémentarité des établissements et sur la base de besoins identifiés au sein du GHT.

Afin de donner une réalité opérationnelle à ce comité, les actions suivantes ont été convenues :

- le GHT organise à compter de septembre des réunions spécifiques aux six filières, chaque établissement partenaire ou associé pouvant y participer selon son choix et les missions de son établissement,
- une réunion de synthèse sera organisée dans la configuration plénière du comité à l'issue de ces réunions pour enrichir le projet médical partagé. Cette réunion permettra d'identifier les nouvelles filières qui pourraient être organisées en complémentarité avec les établissements partenaires et associés.

2. Modalités de suivi, d'adaptation et d'évaluation du PMP

Le projet médical partagé ne peut pas être conçu comme un document destiné à rester figé. Il conviendra en particulier d'actualiser le projet médical partagé au regard des nouvelles exigences du Schéma Régional de Santé. Il importera également de tirer les conséquences des résultats des travaux d'évaluation des premiers programmes d'action qui auront été engagés.

A ce titre, le projet médical partagé fera l'objet d'un dispositif formalisé d'évaluation régulière associant l'ensemble des établissements parties du GHT : les processus de décision d'adaptation du PMP seront conformes à la gouvernance du groupement, dans le respect des missions de chacune des instances et de leur règlement intérieur.

Ce dispositif d'évaluation devra aussi permettre au GHT de s'assurer que les projets médicaux des établissements parties sont bien conformes aux orientations du projet médical partagé du GHT.