

**Groupement hospitalier de territoire
des Alpes du Sud
Convention cadre**



Sommaire

1. RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES - VISAS.....	3
PARTIE I : PROJET MEDICAL PARTAGE DE TERRITOIRE ET PROJET DE SOINS DE TERRITOIRE PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	5
Titre 1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE PARTAGE	5
PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	12
Titre 1. CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	12
COMPOSITION	12
DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	12
OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	13
DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT.....	13
DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES.....	13
Titre 2. ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	14
Titre 3. GOUVERNANCE.....	14
LE COMITE STRATEGIQUE	14
INSTANCE MEDICALE COMMUNE - COMMISSION MEDICALE DE GROUPEMENT	15
Les commissions médicales d'établissement des établissements parties ont choisi de mettre en place une commission médicale de groupement.	15
INSTANCE COMMUNE DES USAGERS	16
COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT.....	16
COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX	17
CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL	17
Titre 4. FONCTIONNEMENT	18
Titre 5. PROCEDURE DE CONCILIATION	18
Titre 6. COMMUNICATION DES INFORMATIONS.....	19
Titre 7. DUREE ET RECONDUCTION	19

1. RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES - VISAS

Vu les articles L 6132-1 à L 6132-6 du code de la Santé Publique instituant les groupements hospitaliers de territoire,

Vu le décret n°2016-524 du 27 avril 2016 relatif à aux groupements hospitaliers de territoire du 27 avril 2016,

Vu l'arrêté portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins de la région Provence Alpes Côte d'Azur

Vu la délibération n°03 du 14 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu la délibération n° 2016_05 du 9 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre hospitalier des Escartons de Briançon relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu la délibération n° 2016-01 du 06 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre hospitalier de Buech Durance relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu la délibération du 08 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre hospitalier d'Embrun relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu la délibération du 25 mai 2016 du conseil de surveillance du Centre hospitalier d'Aiguilles relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu les avis n°01 et 02 du 14 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud

Vu les avis n° 2015_03 et 2016_04 du 9 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre hospitalier des Escartons de Briançon,

Vu les avis du 06 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre hospitalier Buech Durance,

Vu les avis du 08 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre hospitalier d'Embrun,

Vu les avis du 25 mai 2016 du conseil de surveillance du Centre hospitalier d'Aiguilles,

Vu les avis du 23 mai 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud,

Vu l'avis n° 2016_06_01, 2016_06_02 et 2016_06_03 du 8 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre hospitalier des Escartons de Briançon

Vu les avis du 30 mai 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre hospitalier de Buech Durance

Vu les avis du 08 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre hospitalier d'Embrun

Vu les avis du 24 mai 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre hospitalier d'Aiguilles

Vu l'avis n°01 du 02 juin 2016 de la commission des soins infirmiers; de rééducation et médico-techniques du Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud,

Vu l'avis n°2016/01, 2016/02 et 2016/03 du 09 juin 2016 de la commission des soins infirmiers; de rééducation et médico-techniques du Centre hospitalier des Escartons de Briançon,
Vu l'avis n° 01 du 03 juin 2016 de la commission des soins infirmiers; de rééducation et médico-techniques du Centre hospitalier Buech Durance,
Vu l'avis du 23 mai 2016 de la commission des soins infirmiers; de rééducation et médico-techniques du Centre hospitalier d'Embrun,
Vu l'avis du 20 mai 2016 de la commission des soins infirmiers; de rééducation et médico-techniques du Centre hospitalier d'Aiguilles,

Vu les avis du 07 juin 2016 du comité technique d'établissement du Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud,
Vu les avis n° 2016/06-04, 2016/06-05, 2016/06-05 du 09 juin 2016 du comité technique d'établissement du Centre hospitalier des Escartons de Briançon,
Vu les avis du 03 juin 2016 du comité technique d'établissement du Centre hospitalier Buech Durance,
Vu les avis du 07 juin 2016 comité technique d'établissement du Centre hospitalier d'Embrun,
Vu les avis du 24 mai 2016 du comité technique d'établissement du Centre hospitalier d'Aiguilles,

Vu les avis des commissions médicales d'établissement relatifs à la mise en place de l'instance médicale commune,

Vu la concertation avec le directoire du Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud, en date du 06 juin 2016
Vu la concertation avec le directoire du Centre hospitalier des Escartons de Briançon, en date du 09 juin 2016
Vu la concertation avec le directoire du Centre hospitalier Buech Durance, en date du 01 juin 2016
Vu la concertation avec le directoire du Centre hospitalier d'Embrun, en date du 01 juin 2016
Vu la concertation avec le directoire du Centre hospitalier d'Aiguilles, en date du 24 mai 2016

Il est convenu la création d'un groupement hospitalier de territoire dénommé « Groupement hospitalier de territoire des Alpes du Sud ».

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

Titre 1. *ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL DE TERRITOIRE PARTAGE*

Préambule

Conformément à la loi du 26 janvier 2016 et suite à la parution du décret du 27 avril 2016, les établissements hospitaliers du territoire des Hautes Alpes décident de se regrouper au sein d'un Groupement hospitalier de territoire (GHT) pour lequel ils rédigent un projet médical de territoire partagé.

Ce projet médical de territoire partagé constitue le socle de fonctionnement du GHT. Il définit la stratégie du groupement pour offrir une prise en charge graduée aux patients du territoire dans une logique de qualité et de sécurité des soins. Ce projet médical de territoire partagé identifie les filières de prise en charge sur le territoire dans un souci d'égal accès aux soins pour la population. Il indique également l'implantation des plateaux techniques et en garantit leur accès.

La création de ce GHT s'appuie sur les liens de collaboration déjà existants entre les établissements de santé du territoire.

Ces coopérations préexistantes ont été définies progressivement entre les centres hospitaliers et ont pris des formes multiples. Outre l'élaboration de conventions, il est à noter la création de fédérations médicales inter-hospitalières sur le territoire qui ont concerné :

- Le secteur des urgences avec la création de la Fédération médicale inter-hospitalière des urgences
- Le secteur des soins palliatifs avec la Fédération médicale inter-hospitalière des soins palliatifs
- Le secteur des consultations mémoire avec la création d'une Centre mémoire sur le territoire des Hautes Alpes

En 2014, un accompagnement pour la mise en œuvre de coopérations médico-techniques et logistiques a été financé par l'Agence Régionale de Santé (ARS) avec pour objectifs de parvenir à la définition de coopération dans les domaines de la pharmacie, de la biologie, de la blanchisserie et de la restauration. Les conclusions de ce travail ont donné lieu à la création d'un Groupement de coopération sanitaire (GCS) pour les activités de biologie, blanchisserie et restauration et l'extension du GCS Pharmacie déjà existant sur le nord du département des Hautes Alpes à l'ensemble des acteurs du territoire, à l'exception du Centre hospitalier Buech Durance (CHBD).

Par ailleurs, anticipant la nécessité d'un rapprochement entre les établissements hospitaliers, une rencontre entre les membres des Directoires des centres hospitaliers de Briançon et de Gap-Sisteron a été organisée en 2015. Cette rencontre a été suivie de contacts entre les différents acteurs médicaux. Les Centres hospitaliers d'Embrun et d'Aiguilles ont également été associés à des échanges réguliers.

La création du GHT s'inscrit dans un contexte spécifique.

D'abord, la mise en œuvre d'une direction commune entre les établissements du territoire, à l'exception du Centre hospitalier Buech Durance, facilite les relations et les liens entre les établissements et leurs acteurs.

Ensuite, la constitution du GHT sur le territoire est caractérisée par l'intégration du volet psychiatrique dès les premières réflexions, du fait de la présence du Centre hospitalier Buech Durance permettant une représentation des deux volets de la prise en charge des patients à savoir psychiatrique et somatique. L'intégration du volet psychiatrique au sein du GHT se fera dans le respect de la spécificité de cette discipline médicale tant dans son mode d'organisation sectorielle que dans ses modalités humaines d'exercice basées sur la rencontre et la relation thérapeutique.

Les CMP et les CAC restent les structures pivots de l'accueil et de l'égalité de l'accès aux soins de proximité pour la population et les familles. La diversité des structures ambulatoires sur le territoire est nécessaire pour offrir aux patients suivis au long cours une prise en charge graduée.

La qualité des soins en psychiatrie publique tient à ses conditions d'élaboration clinique autour et avec la personne soignée. Ce travail polyphonique nécessite du temps de partage au sein d'équipes soignantes pluri-catégorielles étoffées.

Enfin, le périmètre géographique du groupement est conforme à la proposition de l'ARS PACA formulée sur la base des éléments transmis par la Fédération hospitalière de France (FHF) et correspond à l'ensemble du département des Hautes Alpes. Néanmoins, du fait de la position du site de Sisteron rattaché au Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud, le nord du département des Alpes de Haute Provence est également intégré au périmètre du GHT. A cela s'ajoute également, l'ensemble de la vallée de l'Ubaye actuellement partie intégrante de la zone de régulation du Centre 15 des Hautes Alpes. Enfin, le CHBD est l'hôpital psychiatrique de référence pour toute hospitalisation de personnes mineures pour le département des Alpes de Haute Provence.

Ce périmètre géographique présente des spécificités notables qu'il convient de considérer lors de l'élaboration du projet médical de territoire partagé. Le territoire des Alpes du Sud est une zone très montagneuse, les temps de déplacement entre deux établissements peuvent varier de 40 minutes à 2h hors état des routes (neige, trafic important liée à la saisonnalité...). La zone nord du département est également frontalière de l'Italie.

Cette spécificité est d'autant plus problématique que la démographie médicale sur le département évolue défavorablement. Plusieurs spécialités présentent des difficultés importantes de recrutement qui justifient de favoriser l'attractivité du territoire pour le renouvellement des équipes médicales.

Enfin, l'économie du territoire, axée pour une part importante sur les activités de tourisme, a pour conséquence une augmentation de l'activité des établissements de santé, caractérisée par une saisonnalité pendant les vacances scolaires pendant l'hiver et l'été

Compte tenu des délais impartis pour la constitution du GHT, une méthodologie de travail pour la rédaction du projet médical de territoire partagé et la validation de la convention constitutive a été définie au sein d'une réunion stratégique préfigurant le futur comité stratégique tel que décrit dans la présente convention.

Lors d'une première réunion, il a été proposé de mettre en œuvre une logique participative pour la rédaction du projet médical de territoire partagé. A cette fin, un séminaire regroupant plus de 80 acteurs (présidents et vice-présidents de CME, médecins, chirurgiens cadres de pôle, cadres de santé, équipes de direction) a été organisé le samedi 30 avril 2016 à Embrun. Au cours de ce séminaire, les acteurs ont été amenés à établir un diagnostic des coopérations et difficultés existantes et des liens entre les différents établissements et à définir pour chaque filière et fonctions supports les premières orientations de partenariat à établir.

L'annexe à la présente convention synthétise les débats qui ont eu lieu lors de ce séminaire.

Le comité stratégique a été une seconde fois réuni le 13 mai 2016 pour valider le projet médical de territoire partagé dans sa première version et définir les axes de la gouvernance du GHT.

Enfin, une présentation aux instances, telle que définie dans le décret du 27 avril 2016, a permis de recueillir l'avis de l'ensemble des communautés hospitalières sur le territoire.

Il est prévu que le présent projet médical de territoire partagé soit progressivement complété par les différentes parties pour disposer, au 1^{er} juillet 2017, d'une stratégie commune, finalisée et partagée entre les établissements pour une durée de 5 ans.

Constitué entre établissements hospitaliers dans un premier temps pour répondre aux délais impartis, le GHT des Alpes du Sud entend intégrer progressivement les établissements médico-sociaux, le GCS Hospitalisation à domicile (HAD) et les établissements transfrontaliers italiens sur la base des statuts prévus par la loi (association, parties ou partenaires). Il envisage également l'élaboration de partenariats avec des établissements privés dans la continuité des coopérations existantes et dans le respect de l'intérêt du groupement.

Cette ouverture progressive aux autres structures interviendra au cours du second semestre de l'année 2016.

Enfin, l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille est désignée comme le Centre hospitalier universitaire référent du GHT des Alpes du Sud. A ce titre, des partenariats sont développés dans les différents domaines dont le CHU est référent (missions de recours, recherche, formation...).

Il est à noter que cette relation privilégiée ne remet pas en cause les coopérations existantes et fonctionnelles mises en œuvre avec les centres de référence que sont le CHU de Grenoble et l'Institut Paoli Calmette. Les filières identifiées en particulier dans le cadre de la cancérologie ont vocation à perdurer.

Article 1 : Orientations du projet médical de territoire partagé

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

Pour ce faire, le projet médical de territoire partagé du groupement devra répondre aux orientations suivantes :

- Structurer sur le territoire des filières identifiées et reconnues de prise en charge des patients permettant un parcours de soins gradué et cohérent sur le plan somatique et psychiatrique
- Disposer de fonctions supports efficaces bénéficiant à tout établissement du territoire
- Favoriser une organisation efficace de la permanence des soins sur le territoire
- Garantir l'attractivité du territoire pour faciliter les recrutements médicaux, en particulier dans les spécialités particulièrement concernées par les évolutions de la démographie médicale
- Mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins commune à tous les établissements
- Développer les liens de partenariats avec le Centre hospitalier universitaire (CHU) référent du GHT – l'APHM tout en conservant les collaborations existantes avec le CHU de Grenoble et le Centre de lutte contre le cancer régional (CLCC) l'Institut Paoli Calmette

Orientation n° 1 - Structurer sur le territoire des filières identifiées et reconnues de prise en charge des patients permettant un parcours de soins gradué et cohérent

Les établissements parties au GHT identifient six filières de prise en charge sur le territoire :

- Urgences, soins critiques (réanimation, surveillance continue,USIC) et anesthésie
- Chirurgie
- Médecine
- Femme enfant
- Gériatrie
- Psychiatrie

Ces filières font l'objet d'une organisation structurée et graduée qui s'établit autour de :

- l'instauration de consultations avancées,
- l'accès aux avis spécialisés,
- des réponses apportées aux demandes d'hospitalisation (hospitalisation conventionnelle et partielle),
- des réponses apportées aux prises en charge urgentes,
- l'organisation de la sortie du patient en lien avec les structures d'HAD, médico-sociales et sociales

Orientation n°2 - Disposer de fonctions supports efficaces bénéficiant à tout établissement du territoire

Les établissements parties au GHT, conscients de l'enjeu de disposer de fonctions supports efficaces, s'attachent à en garantir le développement et l'accès à tout établissement du territoire. Pour ce faire, les établissements parties au GHT usent de tout moyen permettant d'en faciliter l'accès. Le développement des technologies, en particulier dans le domaine de la transmission des images, de la télémédecine, des systèmes d'information partagés ainsi que l'automatisation des fonctions de stockage et de distribution sont privilégiés.

Les fonctions supports concernées sont :

- Pharmacie
- Imagerie
- Biologie
- Département de l'information médicale

Les systèmes d'information font également l'objet d'une attention particulière au regard des innovations technologiques en cours. L'harmonisation progressive des systèmes d'information est recherchée.

Orientation n°3 - Favoriser une organisation efficace de la permanence des soins sur le territoire

Les établissements parties au GHT cherchent à assurer une permanence des soins complète sur le territoire.

Quand des difficultés sont rencontrées, les établissements s'organisent pour trouver une réponse efficace garantissant la sécurité des prises en charge des patients du territoire.

Orientation n°4 - Garantir l'attractivité du territoire pour faciliter les recrutements médicaux, en particulier dans les spécialités particulièrement concernées par les évolutions de la démographie médicale

La problématique de l'évolution de la démographie médicale est particulièrement prégnante sur le territoire du GHT des Alpes du Sud.

Les établissements du territoire définissent une stratégie commune de recrutement médical. L'organisation d'équipes communes sur le territoire est envisagée dans un second temps en lien avec la publication des textes correspondants.

Orientation n°5 - Mettre en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins commune à tous les établissements

La démarche d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins impulsée dans les établissements parties au GHT doit être progressivement harmonisée et mise en commun.

Pour ce faire, les équipes médicales et paramédicales s'engagent à communiquer plus étroitement sur les évaluations réalisées. L'instauration de démarches communes (staffs, EPP, RMM, RCP...) est également envisagée afin de favoriser l'émergence d'une culture qualité partagée au sein des établissements du GHT.

Orientation n°6 - Développer les liens de partenariats avec le Centre hospitalier universitaire (CHU) référent du GHT – l'APHM tout en conservant les collaborations existantes avec le CHU de Grenoble et le Centre de lutte contre le cancer régional (CLCC) l'Institut Paoli Calmette

Les établissements parties au GHT s'engagent à coopérer plus étroitement avec le CHU référent du GHT – l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille conformément à ses missions :

- De référence et de recours : gradation des soins et prises en charge nécessitant une expertise inexistante sur le territoire du GHT
- D'enseignement et de formations initiales des professionnels médicaux : accueil des médecins internes dans les services agréés
- Gestion de la démographie médicale : postes partagés, recrutement de médecins assistants
- De recherches

La mise en place d'une collaboration privilégiée entre l'APHM et les établissements du GHT ne compromet pas les coopérations déjà existantes et fonctionnelles entre les établissements et le CHU de Grenoble ou l'IPC à Marseille.

Article 2 : Description des filières de prise en charge

- Urgences, soins critiques (réanimation, surveillance continue,USIC) et anesthésie

Une Fédération médicale inter-hospitalière des urgences a été créée en 2008 entre les établissements du territoire. Par ailleurs une convention organisant la prise en charge graduée des patients relevant d'un service de réanimation ou de surveillance continue a été signée. Les équipes du volet psychiatrie interviennent également au sein des différents services d'urgences. Le maillage du territoire est organisé.

L'intensification des échanges, la mise en place de formation commune ou encore la rédaction de protocoles communs apparaissent comme des premières orientations possibles

➤ Chirurgie

Des échanges sont existants entre les équipes de chirurgie des CH de Briançon et de Gap qui ont vocation à être renforcés. Les enjeux de permanence des soins, de consultations avancées ou le partage d'autorisation et d'agrément de chirurgie ont été identifiés comme des priorités.

➤ Médecine

Des modalités de coopération existent sur le territoire avec un maillage territorial en termes de capacités d'hospitalisation mais des manques sont identifiés pour l'accès à certaines spécialités. Des possibilités de coopération dans les domaines de la cardiologie, de la cancérologie ou de la gastro-entérologie sont envisageables dans une logique de gradation des soins.

Le secteur de l'addictologie fait l'objet d'un projet spécifique.

➤ Femme enfant

L'existence d'un réseau régional en périnatalité facilite les échanges entre les différents acteurs du secteur femme enfant. Ce réseau existe également dans le cadre de la pédopsychiatrie (réseau D2P). Le renforcement de la présence des équipes sur le CH d'Embrun et la mise en œuvre de RMM ou staffs communs sont les premières orientations définies par le groupe de travail femme enfant.

➤ Gériatrie

Un projet médical gériatrique de territoire a été rédigé par l'ensemble des gériatres des établissements parties au GHT qui prévoit une prise en charge graduée des patients âgés au plus proche de chez eux en articulant les nécessaires complémentarités et/ou spécificités du territoire.

➤ Psychiatrie

De par le principe de sectorisation, la psychiatrie est représentée sur l'ensemble du territoire et au sein des établissements dédiés à la prise en charge somatique.

Plusieurs propositions ont été envisagées autour des problématiques de l'adolescence et du jeune adulte avec, entre autres, la question de l'interface entre la pédopsychiatrie et la psychiatrie générale.

L'annexe à la présente convention présente le diagnostic réalisé pour chaque filière et définit les premiers axes prioritaires.

La description des filières de prise en charge est complétée par voie d'avenant dans un délai d'un an à partir de la conclusion de la présente convention.

Article 3 : Descriptions des fonctions supports

➤ Biologie

Une coopération est existante dans le domaine de la biologie avec la création, à terme, d'un laboratoire unique sur le territoire du GHT regroupant les laboratoires du CH de Briançon et celui du CHICAS au sein d'un GCS.

➤ Pharmacie

Un projet de coopération est existant sur le territoire concernant le domaine de la pharmacie, structuré au sein d'un GCS. Il comprend notamment la mise en œuvre d'automates de dispensation de médicaments, le développement de la pharmacie clinique au sein des établissements et la généralisation de la délivrance journalière nominative.

➤ Imagerie

Des échanges existent entre les différents établissements, en particulier Embrun et Gap.

Un projet structuré doit être rédigé intégrant les évolutions de la démographie médicale des radiologues hospitaliers, le déploiement de modalités de transfert d'images via le PACS, le lien avec les radiologues libéraux.

L'existence d'une équipe commune territoriale entre les différents établissements doit être envisagée.

➤ DIM

Un médecin DIM de territoire a été identifié permettant de faire le lien entre les différents établissements du territoire en s'appuyant sur les ressources des équipes DIM existantes dans chaque établissement.

L'annexe à la présente convention présente le diagnostic réalisé pour chaque fonction support et définit les premiers axes prioritaires.

La description des fonctions supports est complétée par voie d'avenant dans un délai d'un an à partir de la conclusion de la présente convention.

Article 4 : Projet de soins partagé

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

PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Titre 1. *CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE*

COMPOSITION

Article 3 :

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

- Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud, dont le siège est situé 1, place Auguste Muret BP 101 05007 Gap Cedex
- Centre hospitalier des Escartons de Briançon, dont le siège est situé 24, avenue Adrien Daurelle, 05100 Briançon
- Centre hospitalier Buech Durance, dont le siège est situé Route d'Arzeliers, 05300 Laragne-Montéglin
- Centre hospitalier d'Embrun, dont le siège est 8 Rue Pierre et Marie Curie, 05200 Embrun
- Centre hospitalier d'Aiguilles, dont le siège est situé rue Saint-Jacques, 05470 Aiguilles

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

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

DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Article 4 :

La dénomination du groupement hospitalier de territoire est :

« GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES ALPES DU SUD »

OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Article 5 :

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

Il vise à garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours dans le cadre du projet médical de territoire partagé, prévu au I de la présente convention, élaboré par les établissements.

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

- le schéma directeur du système d'information du GHT
- la fonction achat du GHT
- la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale
- la coordination des plans de formation continue et le développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement
- l'instauration d'un département d'information médicale de territoire

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT

Article 6 :

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire est le Centre hospitalier intercommunal des Alpes du Sud, dont le siège est situé 1, place Auguste Muret BP 101 05007 Gap Cedex

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

DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES

Article 7 :

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

Un établissement partie, associé ou partenaire du présent groupement hospitalier de territoire peut mener des actions de coopérations engagées dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes de droit public ou de droit privé. Les partenariats conclus par les établissements signataires s'exercent dans le respect des actions menées au sein du présent groupement hospitalier de territoire et sont, le cas échéant, mis en conformité avec la présente convention dans un délai de six mois.

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

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

La place spécifique de chaque établissement est prise en compte pour la mise en œuvre de la présente convention. A ce titre, la stratégie du groupement en matière de santé mentale se fait dans le respect des secteurs psychiatriques. Chacun des établissements signataires conserve son mode de financement et perçoit à la tarification des actes réalisés dans le cadre des activités pour lesquelles il est autorisé.

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

Article 8 :

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

- Les hôpitaux des armées et services de santé des armées ;
- Les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile ;
- Les établissements privés.

Article 9 :

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

Le CHU référent du GHT des Alpes du Sud est l'Assistance Publique Hôpitaux de Marseille.

Titre 3. GOUVERNANCE

LE COMITE STRATEGIQUE

Article 10 :

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

Il émet également un avis sur les points suivants :

- EPRD, PGFP et comptes financiers (avis consultatif). Conformément au décret, l'avis est transmis au Directeur général de l'ARS au plus tard huit jours après.
- Questions liées à la gouvernance du GHT (avis consultatif)
- Politique sociale commune (avis consultatif)
- Adhésion à un GCS, GIE, GIP (avis consultatif)

- Demandes ou renouvellement d'autorisations (avis consultatif)
- Contributions du GHT aux travaux de la Conférence de territoire (avis consultatif)
- Système d'information commun (avis consultatif)
- Conventions de partenariats ou d'association du GHT avec le service de santé des armées, les établissements privés et les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile (avis conforme)
- Politique achat commune (avis conforme)
- Fonctions mutualisées (avis conforme)

Composition

Il comprend :

- les directeurs des établissements visés à l'article 1 de la présente convention,
- les présidents des commissions médicales des établissements visés à l'article 1 de la présente convention,
- les vice-présidents des commissions médicales des établissements visés à l'article 1 de la présente convention,
- les présidents des commissions de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques visés à l'article 1 de la présente convention,
- Le président de la commission médicale de groupement
- Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire
- les directeurs délégués du Centre hospitalier des Escartons de Briançon, du Centre hospitalier d'Embrun, du Centre hospitalier d'Aiguilles

Le comité stratégique a la possibilité d'inviter des personnes qualifiées en fonction des sujets à l'ordre du jour.

Fonctionnement

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

Le comité stratégique adopte son règlement intérieur.

INSTANCE MEDICALE COMMUNE - COMMISSION MEDICALE DE GROUPEMENT

Article 11 :

Les commissions médicales d'établissement des établissements parties ont choisi de mettre en place une commission médicale de groupement.

La composition de la commission médicale de groupement et les compétences qui lui seront déléguées seront définies par voie d'avenant dans un délai de deux mois à compter de la signature de la présente convention, après délibération des commissions médicales des établissements.

La commission médicale de groupement adopte son règlement intérieur.

INSTANCE COMMUNE DES USAGERS

Article 12 :

L'instance des usagers du groupement est mise en place dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, par avenant à la présente convention, après avis des commissions des usagers des établissements parties.

Composition

L'instance des usagers comprend :

- Un représentant des usagers de chaque commission des usagers des établissements parties au GHT
- Une personne qualifiée siégeant à la commission des usagers pour chaque établissement parties au GHT

L'instance est présidée par le directeur de l'établissement support.

Fonctionnement

L'instance des usagers adopte son règlement intérieur.

Compétences

L'instance des usagers émet des avis consultatifs sur :

- Le projet médical de territoire partagé et son évaluation
- La politique commune d'amélioration continue de la qualité et sécurité des soins
- Les conditions d'accueil des usagers
- L'évaluation de la satisfaction des usagers

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

Article 13 :

Composition

Les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques d'établissement sont membres de droit de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement au titre de leurs fonctions.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement comprend 16 membres titulaires et 16 membres suppléants élus au sein des CSIRMT de chaque établissement partie au groupement, dont :

- 3 représentants titulaires et suppléants de la CSIRMT du CHICAS
- 2 représentants titulaires et suppléants de la CSIRMT du CH Buech Durance
- 2 représentants titulaires et suppléants de la CSIRMT du CH des Escartons de Briançon
- 1 représentant titulaire et suppléant de la CSIRMT du CH d'Embrun
- 1 représentant titulaire et suppléant de la CSIRMT du CH d'Aiguilles
- Les directeurs des centres de formations IFSI/IFAS du département

Fonctionnement

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement adopte son règlement intérieur.

Compétences

Les compétences déléguées à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement font l'objet d'un avenant adopté dans un délai de six mois à compter de la signature de la présente convention, après délibération des commissions soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements.

COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX

Article 14 :

Composition

Le comité territorial des élus locaux est composé :

- des représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement
- des maires des communes siège des établissements parties au groupement, à savoir Gap, Sisteron, Laragne-Montéglin, Embrun, Aiguilles, Briançon
- du président du comité stratégique
- des directeurs ou directeurs délégués des établissements parties au groupement
- du président de la commission médicale de groupement

Fonctionnement

Le comité territorial des élus locaux adopte son règlement intérieur.

Compétences

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

Il émet des avis consultatifs sur les points suivants :

- Le bilan annuel du projet médical de territoire partagé de territoire
- La politique commune d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins
- Le bilan des contributions du GHT aux travaux de la Conférence de territoire

CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL

Article 15 :

Conformément au décret du 27 avril 2016, la conférence territoriale de dialogue social est composée des membres suivants :

- Alinéa 1°) du décret : Le président du comité stratégique, président de la conférence
- Alinéa 2°) du décret : Chacune des organisations syndicales présentes au sein d'au moins un comité technique d'établissement bénéficie d'un siège au sein de la conférence territoriale de dialogue social.
- Alinéa 3°) du décret : La conférence territoriale dispose de sièges supplémentaires répartis entre les organisations syndicales représentées dans au moins 2 comités techniques d'établissement. Le nombre de siège est fixé à dix et répartis par organisation syndicale sur la base des derniers résultats des élections professionnelles.
- Alinéa 4°) du décret : La conférence territoriale de dialogue social est également composée avec voix consultative des membres suivants : le président de la commission médicale de

groupement ou son représentant, le président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du groupement ou son représentant, autres membres du comité stratégique désigné par son président

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

Titre 4. FONCTIONNEMENT

Article 16 :

Les établissements ou services médico-sociaux et sociaux seront intégrés dans un second temps au sein du GHT des Alpes du Sud.

Article 17 :

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

- le schéma directeur du système d'information du GHT : un groupe de travail réunissant l'ensemble des responsables des systèmes d'information du territoire a été mis en place depuis 2015 pour favoriser l'harmonisation des systèmes d'information des établissements parties au groupement
- la fonction achat du GHT : fait l'objet d'un projet de constitution d'un groupe de travail réunissant les différents acteurs de ce domaine fonctionnel sur le territoire
- la coordination des instituts et écoles de formation paramédicale : un groupe de travail se réunit pour favoriser la coordination de la formation initiale sur le territoire du groupement
- la coordination des plans de formation continue et le développement professionnel continu des personnels des établissements parties au groupement : un groupe de travail doit être mis en place réunissant l'ensemble des acteurs des établissements parties au groupement
- l'instauration d'un département d'information médicale de territoire coordonné par le médecin DIM de territoire en lien avec les ressources existantes dans les établissements.

Titre 5. PROCEDURE DE CONCILIATION

Article 18 :

En cas de litige ou de différend survenant entre les parties au groupement à raison de la présente convention ou de son application, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à des conciliateurs. Chaque établissement impliqué dans le différend désigne un conciliateur.

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

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

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

Titre 6. **COMMUNICATION DES INFORMATIONS**

Article 19 :

La présente convention et tout avenant ultérieur seront communiqués pour information aux établissements parties au groupement dans un délai de un mois suivant leur signature.

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

- la liste de toutes les coopérations dans lesquelles chaque partie est engagée ;
- le projet médical de chaque établissement
- la liste des autorisations détenues par chaque établissement

Titre 7. **DUREE ET RECONDUCTION**

Article 20 :

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

Faits à Gap, le 15 juin 2016,

Yann LE BRAS
Directeur du Centre hospitalier intercommunal
des Alpes du Sud



Yann LE BRAS
Directeur du Centre hospitalier d'Embrun



Yann LE BRAS
Directeur du Centre hospitalier d'Aiguilles



Yann LE BRAS
Directeur par intérim du Centre hospitalier des
Escartons de Briançon



Michel MERCIER
Directeur du Centre hospitalier de Buech
Durance



Annexe à la Convention constitutive du Groupement hospitalier de territoire des Alpes du Sud

La présente annexe synthétise les travaux produits lors du séminaire organisé le 20 avril 2016 qui a réuni plus de quatre-vingt acteurs hospitaliers du territoire du futur GHT.

Les éléments présentés ne sont pas exhaustifs et feront l'objet d'une réflexion approfondie au second semestre de l'année 2016.

Urgences, soins critiques, anesthésie

Coopérations existantes

- Fédération médicale inter-hospitalière des urgences
- Convention organisant la prise en charge graduée des patients relevant d'un service de réanimation ou de surveillance continue
- Maillage territorial organisé par le Centre 15 et SMUR gapençais et briançonnais
- Réseau des prélèvements d'organes et de tissus
- Intervention psychiatre et infirmier psychiatrique du CHBD sur CHICAS et CHE
- Intervention CHBD pour psychiatrie infanto-juvénile

Diagnostic

Les urgences et soins critiques font l'objet de coopérations et collaborations régulières. La gradation des soins et le maillage territorial sont cohérents, facilités par l'organisation des secours et le rôle du Centre 15 sur le territoire, le développement du réseau des médecins correspondants de SAMU et les échanges fréquents entre les différents services des urgences.

Premières orientations

- Réactiver la Fédération médicale inter-hospitalière des urgences
- Postes médicaux partagés (Embrun, Sisteron)
- Formation et staffs communs
- Développement des outils de visioconférence pour faciliter les échanges
- Harmonisation des outils informatiques et des systèmes d'information
- Collaboration envisageable pour les périodes d'activité saisonnière
- Développer les stratégies de télémédecine et de transmissions pour les avis spécialisés médicaux
- Poursuivre le développement du maillage territorial avec les médecins correspondants de SAMU
- Proposer une stratégie de formation continue commune via le CESU 05
- Proposer des formations communes en termes de plan blanc et NRBC
- Redéfinir les périmètres des pôles pour plus grande cohérence entre l'anesthésie et la réanimation
- Accentuer le travail en partenariat avec l'AP-HM sans écarter les liens étroits existants avec le CHU de Grenoble

Chirurgie

Coopérations existantes

- Convention de mise à disposition dans le cadre de consultations avancées sur le site d'Embrun concernant les spécialités : ORL, urologie, orthopédie, viscérale, ophtalmologie
- Convention de coopération pour intervention au bloc opératoire dans le cadre de la prise en charge des cancers dans les spécialités viscérale et urologie

Diagnostic

Plusieurs coopérations sont existantes sur le territoire mais rendues compliquées par la distance entre les deux établissements détenteurs d'une autorisation en chirurgie (CHICAS et CHEB).

Forces	Faiblesses
<p><u>Urologie :</u> Equipes complètes sur CHEB et CHICAS Plateau technique sur deux sites Compétences partagées CS avancées sur Sisteron et Embrun Visioconférence entre les deux équipes Agrément de cancérologie (CHICAS)</p> <p><u>Viscéral :</u> Equipes complètes sur CHICAS et CHEB Coopération sur cancérologie existante (mais à développer) Activité en ambulatoire très développée</p> <p><u>ORL :</u> Volonté de coopération forte entre CHICAS et CHEB et CHE Compétences en ORL, traumatologie, (chirurgie maxillo-faciale) Collaboration avec RA Liens AP-HM et Grenoble (PEC précoces) Accueil des internes venant de Marseille</p> <p><u>Orthopédie :</u> Au CHEB : présence d'un plateau technique complet. Forte saisonnalité Isolement géographique Activité polyvalente et ambulatoire Activité stable</p>	<p><u>Urologie :</u> La coopération existante entre CHEB et CHICAS est à renforcer Fuite de patients Lien avec la médecine de ville insuffisante Eloignement géographique et délais de route entre Gap et Briançon complique les échanges et accès au plateau technique</p> <p><u>Viscéral :</u> Dépendance importante au recrutement de gastro-entérologue, actuellement majoritaire sur la Polyclinique de Gap</p> <p><u>ORL :</u> Pas d'agrément de cancérologie Démographie médicale défavorable (deux départs à la retraite prochainement) Permanence des soins non garantie sur Gap</p> <p><u>Orthopédie :</u> Sur le nord du département : fuite de l'activité « froide » sur la Polyclinique (filiales historiques) Démographie médicale défavorable (pyramide des âges) Sur le CHICAS : maintien des capacités en lits (réduction), pas d'interne</p>

<p>Recrutement en cours nouveau PH pour développement compétences Réalisation chirurgie du rachis et pédiatrique quand prise en charge non urgente Au CHICAS : équipe complète avec une évolution favorable de la pyramide des âges. Activité prothétique en hausse. Activité sur rachis. Permanence des soins garantie. Liens établis avec l'APHM</p> <p><u>Ophthalmo :</u> Activité ambulatoire importante</p>	<p><u>De manière générale :</u> Pas de GPMC pour les praticiens Activité chirurgie infantile insuffisante Eloignement des deux hôpitaux Chirurgie vasculaire uniquement réalisée dans le secteur privé Chirurgie thoracique : trop peu d'activité pour un seul praticien sur le territoire</p>
<p>Opportunités</p> <p><u>Urologie :</u> Partage des autorisations en cancérologie (GHT détenteur ?) Recrutement patients italiens (coopérations vers Italie) Spécialisation au sein de la spécialité (?)</p> <p><u>ORL :</u> Poste d'assistant partagé avec Gap ? Recrutement d'un nouveau PH via l'internat Création d'un poste d'assistant sur Gap ? ...permettant un renforcement de la PDS sur le territoire Lien à établir avec les endocrinologues (pathologie thyroïdienne)</p> <p><u>Orthopédie :</u> Sur le CHEB : Activité en progression en lien avec Italie Stratégie de communication auprès des médecins généralistes Pédiatrie orthopédique/rachis ? Coopération avec CHICAS ?</p> <p><u>Ophthalmologie :</u> Opportunité de l'utilisation des NTI ?</p> <p><u>Viscéral :</u> Potentiel de développement de l'endoscopie digestive sur le CHICAS (bassin 04) Agrément pour chirurgie bariatrique</p> <p><u>De manière générale :</u> Développement de la réhabilitation pré opératoire Développement de l'appareillage auditif pour</p>	<p>Menaces</p> <p><u>Urologie :</u> Concurrence forte de la Polyclinique sur Gap avec cabinet avancé à Briançon</p> <p><u>ORL :</u> Régulation du Centre 15/orientation des patients à partir des urgences</p> <p><u>Orthopédie :</u> Sur le CHEB équipe vieillissante Concurrence de la Polyclinique avec des consultations en ville sur Briançon CS médecine du sport sur le CHEB sans retour</p>

personnes âgées Onco gériatrie Coopération à établir filières chirurgie et gériatrie Développement de staffs communs (visioconférence)	
---	--

Premières orientations

- Mise en place de protocoles et de staffs communs
- Réflexion approfondie à mener sur la permanence des soins sur le territoire
- Possibilité de partager les autorisations, en particulier dans le domaine de la cancérologie à étudier
- Postes partagés/pyramide des âges/attractivité
- Elargir le recrutement aux frontières du GHT (Italie et Nord 04)
- Développer la réhabilitation pré opératoire, en lien avec le CH d'Embrun, au niveau des soins de suite et de réadaptation
- Lien entre la filière chirurgicale et gériatrique (évaluation pré opératoire)
- Prise en charge post opératoire précoces (filières gériatrique et polyvalente)
- Communication à organiser autour de l'organisation de la filière
- Développer l'activité ambulatoire (viscéral et gastro entérologie)
- Liens avec l'AP-HM à développer dans les spécialités thoracique et vasculaire et optimisation des délais de prise en charge (consultation de recours)

Médecine

Coopérations existantes

- Coopérations existantes dans le domaine de la cancérologie (chimiothérapie, radiothérapie, onco-gériatrie)
- Equipe mobile de soins palliatifs sur le territoire
- Coopération en santé publique : addictologie, dépistage, VIH

Diagnostic

Des coopérations existent sur le territoire avec un maillage territorial complet pour l'hospitalisation en médecine.

Certaines filières comme la cancérologie ou la cardiologie font l'objet d'un focus spécifique.

En addictologie, un projet spécifique a été rédigé.

Forces	Faiblesses
Maillage du territoire pour les lits d'hospitalisation en médecine qui n'existe pas pour le secteur privé sauf en partie à Gap (Clinique des Alpes). Les urgences vont toutes en secteur public	Faible démographie médicale du département Déficit en PH polyvalent CHB et Spécialités médicales peu ou pas représentées au CHB mais aussi en libéral à Briançon
Faible démographie médicale du département qui peut unir plus facilement les praticiens	Découpage des groupes de travail identifiant la spécificité de certaines spécialités ou aspects supports et qui regroupe presque toutes les spécialités médicales ensemble.
Cardiologie : Bonne entente cependant des secteurs privés et publics à Gap ; participation à la PDSE. Possibilité de scintigraphie myocardique.	Déséquilibre de représentation des spécialités médicales entre le sud, le centre et le nord du département.
Oncologie : 2 oncologues dont 1 oncogériatre ; 1 oncologue thoracique et pas d'activité oncologie médicale en privé	Diminution des médecins généralistes Briançonnais et report sur le CHB qui n'a plus qu'un seul PH contractuel polyvalent récemment recruté.
Proximité italienne, recrutement de nombreux praticiens transalpins dont un néphrologue, un endocrinologue, un cardiologue, un endoscopiste digestif au désir de développer l'aspect technique.	Impact temporel si gestion à la fois de la médecine polyvalente et de la spécialité pour le spécialiste (beaucoup au CHB) et de la nécessité d'établir les multiples connexions avec les divers spécialistes pour le polyvalent (par ex. CHE ou Sisteron).
Endocrinologie : 1 endocrinologue hospitalier CHB, très bon niveau expertise notamment pour la thyroïde, les cytoponctions et	Cardiologie : secteur privé cardiologie à Gap (7

<p>échographie thyroïdienne.</p> <p>Présence d'une médecine nucléaire au CHICAS hors scintigraphie iode.</p> <p>Culture et connaissance de la télémédecine déjà très développée au CHE (plusieurs congrès sur place). Coopération SSR Embrun pour les patients embrunais suivis au CHICAS ou au CHB</p> <p>EMSP équipe mobile de soins palliatifs sur tout le département</p>	<p>ETP) et 3 ETP CHICAS et au CHB très longue période d'arrêt du cardiologue avec interruption itérative</p> <p>Cardiologie : non invasive au CHB et USIC au CHICAS mais pas de coronarographie qui influe le recrutement patient et médecin. SCA au CHICAS orienté APHM, Marseille et Aix (Aixom) et SCA du CHB orienté vers CHRUG (réseau RENACOR) sinon Aix (Aixom). CHE en difficulté pour les avis cliniques in situ de spécialiste dont cardiologie pour éviter de déplacer les patients. Enfin biomédical différent avec software différent (holter rythmique par exemple))</p> <p>Gastro-entérologie : Disparition de la PEC médicale au CHB, reste 1 ETP endoscopie digestive et 0,2 ETP consultation MICI ; 3 ETP gastro au CHICAS</p> <p>Oncologie : centre associé par convention au CHICAS, pas d'oncologue et absence de validation juridique d'une compétence de délivrance en chimiothérapie (revoir les nécessités juridiques). Non remplacement du médecin de l'HDJ durant ses congés ou absences. Impact sur la continuité, les chiffres T2A et sur la possibilité de formation du PH en l'HDJ</p> <p>Pneumologie : 2 Pneumologues au CHB dont un dédié à l'HDJ et l'autre en médecine polyvalente pour suppléer au manque de praticiens. Situation qui a abouti à la perte du temps partagé CHB et Rhône Azur Briançon de 0,2 ETP. Arrêt des polysomnographies à Briançon.</p> <p>Endocrinologie : n'est qu'à 0, 6 ETP au CHB avec gestion aussi de la médecine polyvalente limitant la part d'endocrinologie.</p> <p>CHE ; proche mais aussi à distance du CHICAS. Tenir compte de l'absence de plateau radiologie in situ, de l'absence de spécialiste.</p> <p>Biothérapies : accès au médecin référent autorisé à la primo-prescription en gastroentérologie et rhumatologie.</p> <p>Pour tous : facteur temps et distance et accessibilité pour les formations régulières avec</p>
---	--

	<p>les CHU de référence ou de proximité (APHM et CHRUG)</p> <p>Effort et fatigue pour les médecins européens pour travailler au quotidien en langue étrangère non pris en compte sur le plan gestionnaire pur (temps de dictée).</p>
<p>Opportunités</p> <p>Médecine : développer la filière italienne et une patientèle hors T2A pour le moment. Principale filière de recrutement médical actuel étant donné la démographie médicale défavorable</p> <p>Développement d'une filière de recrutement internes italiens au CHB, agrément pour des postes d'internes DES de spécialités au CHICAS, DES médecine générale ou gériatrie CHE</p> <p>Cardiologie : poste partagé CHICAS-CHB pour participation à la PDSE enUSIC. Formaliser le site de la réalisation des ETO, programmer un package d'explorations nécessitant le plateau technique, filière pace maker. La bonne entente CHICAS, libéraux peut aboutir à une coopération non conflictuelle.</p> <p>Gastroentérologie : coopération du praticien du CHB endoscopiste avec le CHICAS. Inversement pouvoir disposer d'une expertise médicale gastroentérologique, hépatologie, MICI sur des séjours partagés sur le même mode que ce qui a déjà été fait en cardiologie durant des deux années.</p> <p>Oncologie : liens CHICAS, CHB par le GHT. Parcours patients partagés avec centre associé, oncologue au centre référent, médecin de ville et spécialiste d'organe)</p> <p>Pneumologie : recentrer les polysomnographies à Gap ou bien en reprendre en partie sur le site CHB-RAZ Briançon nécessaire pour les finances locales?</p> <p>Perte ou disparition des spécificités de spécialités au CHB d'où activité de spécialités niveau 1 et obligation de gradation avec le CHICAS.</p>	<p>Menaces</p> <p>Démographie médicale : disparition des médecins généralistes de ville Embrun et Briançon et report d'une charge médicale vers les CH devenant premier recours de consultation. Or manque de disponibilité</p> <p>Disparition de la filière interne DES médecine générale au CHB</p> <p>Cardiologie : demande des médecins de ville de Briançon aux libéraux de Gap d'une consultation avancée exprimée lors d'une EPU. Faible attractivité de recrutement médical si pas de coronarographie ou pas de temps pour en faire ailleurs. Au CHB cette possibilité vers le CHRUG est limitée depuis la fermeture du tunnel Chambon.</p> <p>Gastro-entérologie : idem possibilité future d'une consultation avancée à Briançon des libéraux de Gap.</p> <p>Oncologie : disparition de l'activité de chimiothérapie sur le CHB si perte de l'agrément, en cas d'arrêt maladie ou si le pneumologue en charge de HDJ décide de reprendre une activité pneumologique plus importante ou dominante notamment lors de l'ouverture du site Rhône Azur accolé au CHB.</p> <p>Risque dans le Briançonnais pour l'activité médicale du fait de la fragilité de la radiologie. La sur mutualisation des PNM induit une perte des compétences relatives aux spécialités dans les services et des possibilités de prise en charge. Influence négative sur les recrutements ultérieurs (type de démographie future)</p>

Premières orientations

- Développement d'une permanence des soins territoriale si astreinte téléphonique, conseils ou télémedecine (transfert d'images ou radiographie, TDM ou d'ECG...), à valoriser financièrement et encadrement juridique
- Formaliser les modalités de prise en charge et de gradation des soins entre les services pour toutes spécialités, en particulier : cardiologie, endoscopies et gastro-entérologie
- Développement des liens centre associé/centre de référence entre CHICAS et CHEB (échanges téléphoniques, visioconférence...) et renforcement des prises en charge patient en cas d'absences sur CHEB/CHICAS
- Développement secteur SSR pour éviter les hébergements dans le cadre des PEC en radiothérapie
- Développement des consultations avancées
- Développement outils de télémedecine
- Développement transfert de compétences (EPU...)
- Formaliser le parcours patients (gradation soins) quand spécialité inexistante sur un site
- Développer des programmes d'éducation thérapeutique sur le territoire
- Développement de protocoles de prise en charge (cardiologie), organisation d'une filière CHEB-CHICAS-CHE-APHM
- Disposer d'outils informatiques harmonisés pour partage des informations
- Clarifier les liens avec le GCS HAD en fonction de son devenir
- Développement liens avec l'APHM : accueil d'internes et agrément des services, visioconférence...

❖ Focus sur l'addictologie

Coopérations existantes

- Coopération entre les CHBD et CHICAS sur le sud du département et CHE et CHEB sur le nord.
- Habitudes de travail en réseau et partenariats avec secteur médico social et associatif et secteur médecin de ville

Diagnostic

L'existence de coopération et la structuration de la filière addictologie en réseau constituent les forces et opportunités de cette prise en charge. Elle se heurte néanmoins à des problématiques de moyens rendant difficiles un égal accès à la prise en charge des addictions.

<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Expérience de la filière - Articulation effective et dès le départ avec le secteur médico-social et la médecine libérale - Visibilité de l'offre de prise en charge en addictologie - Bonne connaissance mutuelle des intervenants 	<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> - Malgré bonne volonté des acteurs, manque une réflexion sur les moyens pour répondre aux objectifs - La configuration du territoire impose une proximité de soins
<p>Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> - La filière permet de faire face à concurrence du secteur médicosocial et privée - Modalités de soins psychiatriques existantes 	<p>Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Difficultés relatives aux moyens pour faire face à la demande

Premières orientations

La filière addictologique sur le territoire s'est structurée selon les référentiels des circulaires des 16 mai 2007 et 28 septembre 2008 relatives à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie et en particulier à la filière hospitalière de soins en addictologie. D'emblée, elle s'est construite en articulant le volet sanitaire au volet médico-social (CSAPA 05 Sud et Nord) et à la Ville (médecins généralistes, pharmaciens...). Le dispositif est gradué en un niveau de proximité (Niveau I) et un niveau de recours (Niveau II).

Initialement, le périmètre de la réflexion, accompagnée par la DtARS 05, englobait les départements des Hautes-Alpes (05) et des Alpes de Haute-Provence (04).

Le référentiel de la filière distingue les structures suivantes.

L'équipe de liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

Par ses missions vers les patients et les personnels des établissements hospitaliers, les ELSA tissent des liens avec l'ensemble des professionnels de médecine, chirurgie, psychiatrie et urgences.

Aucune des ELSA des établissements du territoire ne dispose des moyens définis par le référentiel d'organisation de la filière addictologique hospitalière. La continuité 5j/7 de l'offre et la réalisation de l'ensemble de ses missions ne peuvent être assurées. La multidisciplinarité et la globalité de l'approche addictologique sont entravées par la constitution incomplète des équipes (pas de temps de travailleur social ou diététicien, pas ou peu de temps psychologue).

La construction partagée, d'une ELSA sur le Sud (CHBD – CHICAS) d'une part, et d'une ELSA sur le Nord d'autre part (CHB – CHE), est ébauchée. Mais cette organisation territoriale des interventions ELSA, au Sud et au Nord, bien que nécessaire, accentue la discontinuité de l'offre sur chaque site.

Cette organisation Sud-Nord facilite cependant l'articulation avec l'offre addictologique médicosociale (partagée en CSAPA Sud à Gap et CSAPA Nord à Briançon) et avec les intervenants judiciaires (pour les soins sous contraintes).

A Briançon, l'articulation du parcours des patients de l'hôpital vers les nombreux établissements SSR de proximité fait émerger spécifiquement la pertinence de la création d'une ELSA portée par le CHB et partagée avec les SSR, en particulier le Centre Médical Rhône Azur.

Nous restons insuffisamment efficaces à l'hôpital en matière de prévention des addictions, en particulier le repérage précoce des conduites addictives chez des patients hospitalisés ou consultants pour des motifs autres que l'addiction. Les ELSA ont un rôle fondamental dans le développement de ces actions.

La consultation addictologique hospitalière

Elle est le complément de l'activité de l'ELSA pour les patients hospitalisés et constitue une offre de consultation spécialisée à la population de proximité. Seuls le CHICAS, le CHBD et le CHB disposent d'une consultation hospitalière d'addictologie. Elles ne sont pas toutes en capacité d'une offre addictologique polyvalente (alcool, tabac, drogues...). Le CH d'EMBRUN qui dispose d'un service d'accueil des urgences sollicite la création d'une consultation hospitalière d'addictologie sur son site pour conforter une consultation avancée assurée par le CHB.

Le CH d'Aiguilles ne dispose ni d'une consultation d'addictologie, ni d'une ELSA.

L'ELSA et la consultation addictologique hospitalière constituent la réponse de proximité pour chaque établissement, leur renforcement est nécessaire sur chaque site.

Des lits d'hospitalisation complète pour sevrages simples

Des hospitalisations pour sevrages simples sont assurées dans les CH (CHICAS – CHB – CHE - CHBD) sans qu'il existe de lits addictologiques dédiés.

Les hospitalisations sont le plus souvent non programmées, faisant suite à un recours urgent. Il est souhaitable de renforcer l'intervention des ELSA dans chaque établissement pour mieux accompagner ces sevrages, augmenter la fréquence de leur programmation et les inscrire dans un projet de soins addictologiques plus efficient.

Les attentes au CH d'Aiguilles sont à évaluer.

Le CHICAS, le CHBD et le CHB disposent de places d'hôpital de jour pouvant permettre une activité d'hôpital de jour addictologique. Mais le référentiel d'organisation de l'HDJ impose de disposer de compétences spécifiques qui ne pourraient être obtenues que par le renforcement des ELSA.

Nous n'avons pas l'expérience des sevrages alcooliques simples en HAD mais certaines ELSA soulignent l'intérêt de cette offre de soins et l'expérimentent, intermédiaire entre le sevrage ambulatoire et le recours hospitalier. Une réflexion doit être menée sur notre territoire.

Des lits d'hospitalisation complète pour les soins résidentiels complexes

Le Centre d'Addictologie d'Arzeliers (CHBD) accueille les patients relevant de soins résidentiels complexes. Ils proposent des soins résidentiels addictologiques spécifiques et spécialisés en comorbidités psychiatriques. Il constitue un centre de référence de grande qualité et son attractivité dépasse le département avec un recrutement sur le 05, le 04, la région et au-delà.

À Digne-les-Bains (04), le centre hospitalier dispose d'une unité d'hospitalisation pour soins complexes et sevrage simple.

Aujourd'hui, nous ne disposons pas d'un Centre d'Addictologie Universitaire Régional pouvant constituer un centre de référence de recours, d'enseignement et de formation (Niveau III).

Il n'y a pas de flux de patients à organiser vers un plateau technique pour les soins addictologiques, l'offre de proximité doit être privilégiée. Les moyens techniques nécessaires à chaque site sont élémentaires (éthylomètre, analyseur de Co, détection sanguine, urinaire ou salivaire des substances psychoactives...). Les échanges entre professionnels par visio-conférence doivent être développés.

La construction de la filière addictologique sur notre territoire est avancée selon un schéma pertinent et fonctionnel mais avec des moyens trop modestes pour permettre un accès aux soins pour tous et à proximité dans chaque bassin de vie. Pourtant, les conséquences de la consommation excessive d'alcool restent, en France, un problème majeur de santé publique et représente un coût hospitalier considérable (3.6% de l'ensemble des dépenses hospitalières en 2012 – BEH 24-25).

Femme enfant

Coopérations existantes

- Existence d'un réseau régional Périnatal facilitant les échanges entre les équipes sur le territoire
- Gradation des soins organisée entre les mater niveau I du CHEB et II A du CHICAS
- Consultations avancées sur le site d'Embrun (pédiatrie, gynécologie-obstétrique)
- Réseau de prise en charge pour la psychiatrie infantile existant (réseau D2P)

Diagnostic

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none">- Monopole sur l'activité obstétricale et pédiatrique, quasi-monopole sur l'activité gynécologique- Réseau déjà existant pour la périnatalité : réseau périnatal Méditerranée, qui regroupe PACA est Ouest et Corse- Mise en place dans les 2 pôles du Dispositif de prévention précoce périnatale, permettant un lieu de réflexions et des prises en charge multidisciplinaires de situations médico psycho sociales complexes.- Convention pour la pédopsychiatrie avec le centre Corto maltèse permettant une collaboration effective et efficace<ul style="list-style-type: none">-Expérience réussie de formations communes destinée aux sage-femme (présentations dystociques en 2014)- Au CHICAS effectifs médicaux satisfaisants en gynécologie obstétrique et recrutement programmé en pédiatrie- Effectifs sage femmes sur le territoire- Maintien de consultations avancées sur le centre périnatal d'Embrun en gynécologie obstétrique réalisées par le CHICAS et le CHB	<ul style="list-style-type: none">- Eloignement des établissements qui se sur ajoute à un contexte géographique et climatologique peu favorable en hiver- Eloignement de Marseille CHU de référence et tendance des deux établissements à faire appel au CHU de Grenoble (proximité pour CHB et relationnel estimé plus facile pour CHICAS et CHB)- Effectifs médicaux insuffisants et difficile à stabiliser au CHB en pédiatrie et en gynécologie- obstétrique- Pas de dossier commun entre CHICAS et CHB, un dossier informatique commun entre le CP d'Embrun et le CHB mais pas de transfert de dossier possible.- Consultations avancées insuffisantes sur Embrun, toutes spécialités confondues- Articulation pédo-psychiatrique un peu difficile au CHB pour les soins d'urgence

<p>en bonne entente entre eux et avec la sagefemme du centre périnatal (CP) malgré la pénurie médicale</p>	
<p>Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> - Création de coopérations entre les établissements dans le but d'améliorer l'attractivité des postes à Briançon - Renforcement des coopérations avec le CP d'Embrun pour occuper le territoire embrunais : <ul style="list-style-type: none"> • consultations avancées en pédiatrie, gynécologie obstétrique. • pour les échographies obstétricales au départ du praticien en poste : 3 sagefemmes du chicas et une sagefemme du CHEB sont formés aux échographies obstétricales • remplacement de la sage-femme du CP par une sage- femme du GHT lors de ses congés - Renouvellement des formations in situ communes - Choix d'un dossier médical commun informatique et en réseau sur tout le GHT - Réalisation RMM communes et à terme de staff commun par visio conférences 	<p>Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Effectifs médicaux du CHB en gynéco obstétrique et en pédiatrie - Sur Embrun, depuis fin Mars Installation d'un gynécologue avec une activité libérale en particulier chirurgicale détournée vers la clinique

Premières orientations

- Réseau à créer avec la mise en œuvre de protocoles communs
- Développer les activités sur le site d'Embrun : soutien à la consultation sagefemme, développement des échographies, mise en place de protocole de transfert
- Mise en place de RMM communes
- Amélioration de la visioconférence et staff commun en visioconférence à organiser
- Maintien sur le territoire de l'activité en concurrence avec le privé
- Harmoniser les outils informatiques pour bénéficier d'outils commun

Gérontologie

Coopérations existantes

- Equipe mobile de gériatrie sur le territoire
- Centre mémoire Hautes Alpes (intervention sur l'ensemble des sites et Vallée de l'Ubaye)
- Recours à l'Unité cognitivo-comportementale (vocation départementale)
- Projet de mise en place de consultations d'onco-gériatrie site d'Embrun
- Maillage territorial complet
- Groupe de travail des gériatres et élaboration d'un projet territorial

Diagnostic

Plusieurs coopérations existent sur le territoire en gériatrie avec des échanges réguliers entre les médecins gériatres du territoire.

Forces	Faiblesses
<p><u>CHEB :</u> Dispositif d'hébergement important (EHPAD : 54 +USLD : 30), UPG (dossier non abouti) + unité psycho gériatrique : 6 places en EHPAD + 6 places en USLD</p> <p><u>CHE :</u> Synergie ++ sur le territoire Filière gériatrique complète Population âgée en augmentation 15 para médicaux formés à la gérontologie Consultations avancées</p> <p><u>CHA :</u> Articulation sanitaire médico sociale + articulation psy bien rodée Partenariat avec Embrun Locaux rénovés Couverture médicale PH + libéraux MDS</p> <p><u>CHICAS :</u> Capacité d'hébergement importante (142 lits sur Gap +53 lits sur Sisteron) Filière complète : consultation mémoire, évaluation gériatrique+ consultation onc gériatrique</p>	<p>Pas d'équipe mobile de gériatrie intra et extra hospitalier sur le briançonnais</p> <p>Sur le territoire et l'embrunais plus spécifiquement : manque de capacité en SSR G 14 lits pour 12 de CS Faiblesse budgétaire Architecture obsolète Absence d'imagerie Nbre de lits de CS</p> <p><u>CHICAS :</u> Equipe mobile de gériatrie : ne sort pas 20 lits de SSR insuffisant Projet ortho gériatrie non validé</p> <p><u>CHBD :</u> Projet en phase de déploiement donc fragilité dans le parcours le temps de stabiliser le dispositifs (qq mois)</p> <p>De manière générale : Disparités des effectifs PH sur le territoire et le bassin de population, les EHPAD Pb de distances entre les établissements</p>

<p>HDJ = 5 places Plateau technique +++ SSR gériatrique 12 places 10 lits dans UCC territoriale Locaux neufs (sauf Sisteron) Proximités des lits USLD et EHPAD Prise en charge maladie d'Alzheimer et troubles apparentés développée : UHR de 12 lits sur les 50 à Gap US salle snoezelen PASA à Sisteron ASG : formation pour tout le territoire : sensibilité gériatrique sur tout le territoire Bons rapports avec les spécialités d'organes</p> <p>CHBD : Forte population de PA, taux de remplissage élevé Capacités en lits (Unité Chabre : 50 EHPAD + 12 SSR + 5 médecine ; Unité Buech : 25 lits EPHAD + 25 lits USLD) Projets de SSR géronto psy + UHR + EHPAD (dont temporaires) + accueil de jour + USLD Groupe de travail en cours avec ARS et CD Réponse proximité du bassin de population sud Compétences en psy et pharmacie clinique très développées Développement de l'accueil de jour et de l'UHR Appui du dispositif par le psy</p>	
<p>Opportunités</p> <p>Ortho gériatrie : intérêt par rapport au court séjour Dossier pour lits en hébergement temporaire (facilité par l'arrivée d'un cardiologue) Unité de psychiatrie Télémédecine en EHPAD Développement d'un EMG sur le briançonnais</p> <p>CHICAS : Projet de vidéo /télémédecine avec les EHPAD</p> <p>CHBD Equipe mobile spécialisée (PA) SSR de 12 places Projet d'hébergement temporaire</p>	<p>Menaces</p> <p>Situation financière compliquée sur trois établissements (CREF pour CHICAS et CHEB, PRE pour CHE) Démographie médicale défavorable et difficultés de recrutement médical</p> <p>Sur CHICAS : Perte de l'unité de soins palliatifs mais reconnaissance de 4 lits en SSR HDJ gériatrique en commun avec l'HJD commun HJD peut utilisé par les autres CH (utile pour bilan sur une journée) Capacité médiocre pour les SRR</p>

Premières orientations

- Développement d'une EMG sur le Briançonnais
- Développement de consultations avancées (onco gériatrie, dermatologie)
- Mise en place d'une commission d'admission commune territoriale avec un ROR médico social
- Adapter la capacité des SSR d'Embrun et de Gap
- Etudier le besoin d'une unité de psycho gériatrie
- Développement d'une unité de SSR géronto-psychiatrie
- Etudier la possibilité d'une astreinte IDE de nuit pour les urgences en EHPAD sur le territoire
- Favoriser le développement des spécialisations du médico-social
- Liens avec le CHU : demande d'agrément pour internes
- Démarche qualité commune
- Equipe géronto qualité transversale
- Fluidité à organiser pour l'admission des PA en EHPAD en lien avec SSR et courts séjours

❖ Projet médical gériatrique de territoire

Synthèses des réunions du 16 Avril 2015 et du 21 Mai 2015
Dr Olivier GUILLEM

Présents :

16/4/2015 : Drs Assemat Carlier-Geniaux Deffaux Guillem Jeanblanc et Lutzler

21/5/2015 : Drs Assemat Aste Blazkova Carlier-Geniaux Deffaux Gaillard Guillem Lambert Lavernhe et Lutzler

25/11/2105 : Drs Aste, Aubras, Blanchet, Durieux, Guillem, Lambert, Lutzler et Mme Avena

Contexte :

Des informations venant des Directions CHICAS, CH Embrun et CH de Briançon, et de l'ARS laissent penser qu'un projet médical de territoire toutes disciplines devra être formalisé à échéance mi-septembre.

Même si les CREF des CH de Briançon, et du CHICAS sous tendront des coopérations à mettre en place, les complémentarités à développer ou à consolider, il nous paraît important qu'un projet médical territorial gériatrique soit un élément structurant du probable futur GHT.

Le projet médical territorial gériatrique se constitue sur la base du parcours de soin du patient âgé. Le socle commun, validé par tous, est une **prise en charge graduée des patients âgés au plus proche de chez eux en articulant les nécessaires complémentarités et/ou spécificités sur notre territoire.** Il est indispensable de définir et de **réaffirmer la zone de proximité comme le niveau d'expertise en gérontologie** avec sur notre territoire de santé trois bassins principaux autour des villes de GAP EMBRUN BRIANCON et deux bassins associés autour des villes de BARCELONETTE et de SISTERON.

Il faut préciser que les patients sont gériatriques car généralement âgés de soixante-quinze ans et plus, caractérisés par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque majeur de dépendance, et par

l'intrication fréquente de pathologies neurodégénératives et/ou somatiques et de problèmes sociaux surajoutés.

La prise en compte de la fragilité s'intègre dans cette prise en charge. « La fragilité est un syndrome clinique. Il reflète une diminution des capacités physiologiques de réserve qui altère les mécanismes d'adaptation au stress. Son expression clinique est modulée par les comorbidités et des facteurs psychologiques, sociaux, économiques et comportementaux. Le syndrome de fragilité est un marqueur de risque de mortalité et d'événements péjoratifs, notamment d'incapacités, de chutes, d'hospitalisation et d'entrée en institution. L'âge est un déterminant majeur de fragilité mais n'explique pas à lui seul ce syndrome. La prise en charge des déterminants de la fragilité peut réduire ou retarder ses conséquences. Ainsi, la fragilité s'inscrirait dans un processus réversible » (Rolland 2011)

Le système hospitalier territorial doit pouvoir répondre aux besoins spécifiques des personnes âgées, poly pathologiques et fragiles dans un continuum de prise en charge, sans rupture, au fur et à mesure de la gradation des soins requis.

Il intègre cette particularité territoriale populationnelle articulée avec le secteur médico-social avec des coopérations déjà existantes de longue date formelles (Centre Mémoire Alpes Nord, réseau...) ou informelles (oncologie gériatrique, soins de suite gériatrique...)

Les besoins de santé spécifiques des personnes âgées de notre territoire peuvent être affinés par des analyses croisées des données PMSI, INSE, TIH, ORUPACA, BDHF, Base de données CPAM CNAM, SNIRAM (les bases PMSI ne sont pas toujours un bon reflet des besoins) mais ils ne prennent pas bien en compte l'isolement médico-sanitaire et social que connaît beaucoup de cantons.

Réunion avec les DIM des établissements, interface avec la direction (Mr LEBRAS) et l'ORUPACA GIP (Mr VIUDES) pour mise à disposition des données et explications des informations au niveau des différents centres hospitaliers. (MAJ 25/11)

Il faut privilégier des soins de proximité dès lors que le plateau technique et les ressources humaines le permettent en raisonnant à partir de l'existant ou des installations prévues dans le prochain SROS. La gériatrie hospitalière est présente sur les trois centres hospitaliers (CHICAS, CH EMBRUN et CH BRIANCON).

L'identification d'un court séjour gériatrique est nécessaire sur les trois établissements équipés d'un SAU.

Actuellement identifié sur le CHICAS et sur Embrun, il existe un secteur gériatrique au sein du service de médecine sur le CH de Briançon

Pilotes Drs ASTE GUILLEM LUTZLER TRILLAT

En amont du court séjour gériatrique, les équipes mobiles de gériatrie doivent consolider ou développer certaines actions :

Plateforme de prévention et d'évaluation avec la mise en place des consultations fragilité (survalorisation de la consultation avec la CPAM)

Interventions sur les services d'urgences comme les services de spécialités, avec une coordination indispensable avec les filières gériatriques et l'extrahospitalier.

Objectifs : dépister et limiter les chutes et les fractures, réduire la dénutrition et dépister les affections bucco-dentaires, réduire la iatrogénie et la polymédication dans les établissements de soin et en ambulatoire, dépister précocement les troubles cognitifs et accompagner les familles (articulation avec le Centre Mémoire Alpes Nord), prévenir et dépister les actions de maltraitance, les situations d'isolement médicosocial.

Création d'une astreinte journée assurée par les gériatres des équipes mobiles de gériatrie du territoire. Cette astreinte est dédiée au centre 15 pour un soutien sur l'orientation et la prise en charge des patients âgés en utilisant des algorithmes sur l'orientation des patients gériatrique.

Gestion anticipée des places disponibles pour les patients gériatriques à l'échelle du territoire permettant d'améliorer un parcours de soin parfois complexe.

Développement de la télémédecine à l'ensemble du territoire

Une équipe mobile existe sur gap et embrun, n'existe pas sur Briançon

Mise en place nécessaire

Missions des EMG à clarifier pour être en interface avec la plateforme territoriale d'appui PTA

Perspective d'une EMG de gérontopsychiatrie à discuter

Pilotes Dr DEFFAUX Dr ASTE et Médecins de l'EMG

Le parcours de soin des patients âgés nécessite parfois l'accès à des filières spécifiques

Une organisation en parcours est déjà en place pour les patients présentant des maladies neurodégénératives et la neurologie comportementale

Elle s'appuie sur le Centre Mémoire Alpes Nord (consultations sur Briançon, Embrun, Aiguilles, Barcelonnette, Gap, Sisteron) un service de neuro psycho gériatrie avec un secteur court séjour, une unité cognitivo comportementale, une RCP territoriale de neuropsychogériatrie en visioconférence ...

Pilotes Drs ASSEMAT ASTE LAVERNHE LUTZLER et MARTIN

Une réflexion commune avec la psychiatrie publique doit être recherchée pour définir les articulations avec ce secteur (besoins spécifiques de patients présentant des pathologies psychiatriques et qui vieillissent, orientation des patients parfois confuse entre psychiatrie et la neuropsychogériatrie)

Travailler les articulations EMG/ EMG psychogériatrie

Pilotes Drs ASTE, BARRET, BLAZKOVA, JEANBLANC, LEFORT, LUCHE

La prise en charge des patients âgés atteints de cancer se structure progressivement. Les coopérations avec les CH de Briançon et d'Embrun, embryonnaires, peuvent se consolider pour permettre l'accès à une prise en charge spécifique et adaptée au patient gériatrique fragile.

Elle s'appuie sur les courts séjours gériatriques des trois hôpitaux pour les soins généraux, le court séjour gériatrique et l'hôpital de jour gériatrique du CHICAS pour les soins spécifiques (soumis à des critères d'autorisation), une RCP territoriale d'oncologie gériatrique hebdomadaire en visioconférence.

Une RCP UCOG PACA régionale d'oncologie gériatrique est formalisée.

Une consultation avancée mensuelle d'oncologie gériatrique doit se mettre en place en 2016 sur Embrun, la consultation sur Briançon nécessite des analyses complémentaires.

Pilotes Drs GUILLEM et GAILLARD Dr RICHOU et LEBRUN (HAD)

Certaines articulations avec d'autres spécialités sont à mettre en place :

Sur le CH EMBRUN, il existe des consultations avancées en chirurgie viscérale, urologie, orthopédie, gynécologie, cardiologie, ophtalmologie, ORL, Neurologie

Des consultations avancées de gastro-entérologie, de pneumologie, d'oncologie seraient utiles

Sur le CH de BRIANCON, des consultations avancées en cardiologie et en oncologie seraient nécessaires

Les RCP thématiques gériatriques par visioconférence peuvent encore optimiser les parcours de soins sans déplacer les patients mise en place pour l'oncogériatrie, en cours d'étude pour la gériatrie polyvalente et la neuropsychogériatrie

Pilotes Drs GUILLEM JEANBLANC BLAZKOVA Dr PORTIER Dr JANG

En aval du court séjour gériatrique,

L'HAD est sollicitée pour des retours à domicile précoce dans certaines situations

L'articulation avec le réseau Symbiose et le développement des gestionnaires de cas consolide les retours à domicile fragiles.

Les soins de suite et de réadaptation gériatriques permettent la prise en charge de patients complexes.

Le CHICAS (Gap-Sisteron), le CH Buech-Durance (Laragne) et le CH Embrun disposent d'un SSR avec :

- au CHICAS 30 lits SSR gériatrique, dont 10 lits d'unité cognitivo-comportementale et 4 lits identifiés soins palliatifs, sur le site de Gap et 27 lits SSR polyvalent sur le site de Sisteron
- au CHBD : 12 lits SSR polyvalents avec une orientation à définir
- au CHE : 20 lits SSR polyvalents et 14 lits SSR gériatriques

Le CH Briançon ne dispose pas de lits de SSR mais a engagé un rapprochement de locaux avec l'UGECAM qui dispose de lits sur Gap et Briançon, Convention avec Chantours et Montjoy

Le groupe de travail médico-administratif dans le cadre de la préparation du schéma régional SSR a défini les orientations souhaitées par les établissements pour la révision du SROS suivantes :

Le projet d'établissement 2012-2016 du CHICAS prévoit une orientation sanitaire du pôle de gérontologie sur le site de Gap, avec l'abandon progressif des capacités médico-sociales au bénéfice d'opérateurs spécialisés dans ce type de prise en charge. 40 lits de SSR gériatriques étaient souhaités. L'établissement en dispose de 30 (cf.supra) et est donc demandeur de 10 lits supplémentaires pour couvrir des prises en charge dites « lourdes » non effectuées à ce jour, y compris par les ESPIC existants sur le bassin gapençais (neurologie-AVC, onco-hématologie...). Le CHICAS peut renoncer à 32 lits d'EHPAD en contrepartie.

Il semble intéressant de mettre en place un secteur d'orthogériatrie, SSRG spécialisé sur le postopératoire immédiat 10 lits rattachés au SSRG au CHICAS ainsi que des admissions très précoces dans les deux autres SSRG.

Une augmentation des capacités SSR sur le sud du département au détriment de la concentration historique dans le nord (Briançon) est souhaitée de façon générale, pour se conformer à la répartition géographique de la population (attendre une décision du SROS)

Sur le site de Sisteron, le maintien des capacités existantes d'un SSR polyvalent (27 ou augmentation à 30) est souhaité.

CHBD

L'établissement a une autorisation pour création d'une unité dérogatoire de 12 lits de SSR polyvalent à orientation psychogérontologique, avec adossement à la filière psychiatrique.

CH Embrun

L'établissement souhaite conserver 34 lits de SSR. Un projet médical est en cours d'élaboration prévoyant l'adossement de ces lits aux deux filières existantes, polyvalente (passage souhaité de 20 à 17 lits) et gérontologique (passage souhaité de 14 à 17 lits).

Pilotes Drs AUBRAS, LAMBERT ANDRIAMANJAY DEFFAUX

Les unités de soins de longue durée

Il existe à ce jour 25 lits installés au CH Buech Durance (Laragne), 50 lits au CHICAS site de Gap et 30 lits au CH d'embrun et 30 lits au CH de Briançon

Les unités de soins de longue durée (USLD) accueillent et prennent en charge des personnes présentant une pathologie organique chronique ou une poly pathologie, soit active au long cours, soit susceptible d'épisodes répétés de décompensation, et pouvant entraîner ou aggraver une perte d'autonomie. Les situations cliniques susmentionnées requièrent un suivi médical rapproché, des actes médicaux itératifs, une permanence médicale, une présence infirmière continue et l'accès à un plateau technique minimum.

Les USLD prennent en charge des patients qui ont des besoins de soins et d'accompagnement soit à l'issue d'un séjour dans un établissement de santé ou dans un établissement médico-social, soit directement du domicile.

L'articulation avec les EHPAD du territoire peut s'optimiser avec la mise en place de la télémédecine et des visioconférences thématiques.

L'expérience du CH d'EMBRUN et les appels à projets peuvent permettre d'envisager un soutien territorial aux EHPAD par télémédecine.

Cela nécessite de préciser par convention les conditions de ce soutien (cette approche ne peut pas remplacer le médecin coordinateur de l'EHPAD ni le médecin traitant)

Pilotes Drs ANDRIAMANJAY BLAZKOVA CARLIER LUTZLER DEFFAUX SATGE SORREL

La télémédecine peut aussi s'appliquer au suivi de pathologie chronique (insuffisance cardiaque, insuffisance rénale, rechute précoce de certain cancer...) cette dimension est en cours de développement et encore à l'état de projet.

Le centre hospitalier d'Embrun possède déjà une expertise sur des formations universitaires décentralisées (DU ...) par visioconférence et divers projets de télémédecine déjà en place.

Les trois centres hospitaliers sont membres du réseau d'investigateurs en recherche clinique gériatrique PACA OUEST

Les visioconférences thématiques (staff) intéressent de nombreuses structures ssr du territoire (riovert la durance barcelonnette, briançon)

Principes généraux retenus par ailleurs :

Le partenariat des équipes gériatriques sur le territoire n'est pas une fin en soi mais peut être un moyen à condition d'en définir précisément les limites et les impossibilités, les intérêts ou l'absence d'intérêt dans une logique de service rendu gagnant/gagnant.

Le dossier médical informatisé commun doit être considéré, de même que la télémédecine et la visioconférence, comme des incontournables qui permettront une meilleure communication entre les équipes médicales et des gains de temps substantiels.

Ces technologies permettent aussi d'envisager des formations équipes délocalisées (gains de temps, de déplacement)

La gestion territoriale hospitalière administrative gériatrique peut être une piste cohérente dans un futur plus lointain (directeur des soins communs, cadre supérieur commun ...)

Toutes ces coopérations territoriales nécessiteront de consolider les équipes par des nouveaux métiers IDE spécialisée en gérontologie (DU Master)

Le partenariat avec les structures hospitalo-universitaires référentes pour certaines filières patients (Rhône Alpes réseau RENAU ...)

Méthode et analyses complémentaires :

Réunion mensuelle avec l'ensemble des gériatres du territoire de santé

Calendrier prévisionnel

Demande par établissement au DIM/ARS des requêtes sur les flux, taux de fuites des différents bassins avec analyse des diagnostics principaux – Attractivité nombre de passage urgences + 75 ans, données CPAM nombre ALD 30 par pathologies chez les + de 75 ans

Sollicitation des pilotes de chaque groupe de travail une restitution courte (10/15 lignes) sur une déclinaison opérationnelle

Synthèse février 2016 avec les directions ARS DIM et équipes médicales gériatriques et psychiatriques date à fixer avec DGHT et ARS

Avec données opérationnelles et activités (nombre de place/lit nombre d'entrée taux occupation taux de prise en charge DMS taux de recours, % admission directe : court séjour, ambulatoire, ssr, cs externe)

Réunion finale mai 2016 avec référente gériatrique et oncologique régionale

Psychiatrie

Coopérations existantes

- Sectorisation de la psychiatrie permet un maillage sur le territoire complet
- Interventions et collaborations nombreuses avec hôpitaux généraux avec intervention urgences du CHE et CHICAS, réseau D2P psychiatrie infanto juvénile CHICAS
- Lien avec addictologie et équipe ELSA CHICAS
- Convention CHEB/CHBD sur les urgences

Diagnostic

La sectorisation de la psychiatrie permet une couverture sur le territoire avec la présence de conventions et collaborations entre hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques.

Forces <ul style="list-style-type: none">- Permanence et continuité des soins- Maillage territorial des acteurs de la santé mentale avec le réseau médicosocial- Prise en charge ambulatoire dans le cadre de la sectorisation- Prise en charge des Urgences et soins non programmés organisée, convention avec les urgences pour le CHEB.- Articulation des différents services : pédopsychiatrie/psy adultes /addictologie et des deux établissements CHEB/CHBD- Pour le CHEB, convention interne avec l'équipe ELSA.- Réponse aux situations sanitaires exceptionnelles organisée- Pharmacie clinique au CHBD- Organisation en pôle de la psychiatrie du CHEB.- Equipe de liaison IDE 24/24, intra hospitalière.- Convention avec les SSR privés du secteur du CHEB.	Faiblesses <ul style="list-style-type: none">- Pas d'organisation en pôle de psychiatrie au CHBD- Organisation Gérontopsychiatrie /Gériatrie- Pas de structure dédiée à la prise en charge spécifique des adolescents et jeunes adultes.- Absence effective d'une équipe de liaison de pédopsychiatrie sur le CHEB.- Lien APHM- Centre de référence- Pas de possibilité de prise en charge rapide pour la sismothérapie- Pas d'interne en psychiatrie- Dimensionnement de l'extra hospitalier non adapté à la file active dans l'évolution actuelle pour le CHEB.- Pas d'organisation départementale pour la prise en charge spécifique des personnels des différents centres hospitaliers hors secteur lors d'un besoin de soins psy.
Opportunités <ul style="list-style-type: none">- Organisation d'un pôle de psychiatrie au CHBD- Equipe mobile de Gérontopsychiatrie	Menaces <ul style="list-style-type: none">- Déploiement de projet concurrentiel secteur privé sur le nord du département, impactant l'ensemble du département.

<ul style="list-style-type: none"> - Lien contractualisé avec le CHU de Grenoble pour le CHEB. - Pour le CHEB : création d'une structure extra hospitalière, correspondant aux besoins actuels et futurs, fonctionnant 7/7 : création HDJ de crise, augmentation du nombre d'appartements en ACT, mise en place d'un CAC, création d'une structure d'hébergement médico social adossée à la structure extra hospitalière. - Pour le CHEB maintien d'une activité et d'une présence à l'hôpital général. 	<ul style="list-style-type: none"> - Fragilité des équipes médicales
--	---

Premières orientations

Voir projet ci-dessous

Au-delà de la description de l'existant dans le 05 pour l'offre de soins de la filière psychiatrie, on peut noter que le territoire de la pédopsychiatrie dépasse le cadre départemental du 05.

Les liens des établissements de soins en psychiatrie avec les acteurs de la solidarité territoriale sont anciens et nombreux, pour la prise en charge de patients en souffrance psychique et parfois sociale. Ces liens permettent également de favoriser la prévention par l'orientation précoce et adaptée des personnes en difficulté psychique.

Permanence et continuité des soins

Les soins en psychiatrie sont depuis une cinquantaine d'année définis territorialement dans une logique de « secteur » au sein duquel les patients peuvent bénéficier de soins adaptés à l'évolution de leur maladie (soins ambulatoires, hospitalisation à temps complet, dispositifs de réhabilitation type appartements thérapeutiques. Cette expression territoriale du soin pour des patients souvent en difficulté sociale amène à un partenariat ancien avec les solidarités locales et les institutions qui les portent.

De ce fait, des liens nombreux dans un réseau d'acteurs associatifs et publics sont le propre du terrain dans lequel se construit la conduite thérapeutique autour des patients malades psychiques.

Liens notamment avec le secteur-médico-social de l'enfance et du handicap, mais aussi avec les établissements sanitaires.

Des liens institutionnels également avec l'éducation nationale, la justice, la police, les élus....

Il n'existe pas d'offre de soins privée en psychiatrie sur le 05, excepté le SSR psychiatrique de la fondation Edith Seltzer.

- Permanence des soins :

Présence d'un psychiatre d'astreinte H 24 pour les urgences du CHICAS, dans la journée pour le CHEB, complété avec une convention avec les urgences pour l'accueil de nuit. Un infirmier de liaison 24/24 au CHEB, le matin et samedi au CHICAS Gap.

Astreinte le wk d'un infirmier en pédopsychiatrie pour le département (intervention domicile, lieux d'hospitalisation éventuels, foyers etc..) non fonctionnel sur le secteur 05-G02.

Convention avec le CH Embrun du CMP en journée et de l'astreinte du CHICAS aux autres moments. Les praticiens urgentistes et psychiatres se rencontrent régulièrement.

Une organisation particulière avec le site de Laragne (adultes) existe pour pallier l'absence d'HTC le weekend en pédopsychiatrie dans le cadre d'une poursuite des soins si nécessaire en hospitalisation sur le CHBD en pavillon entrant. Sur le CHEB, les enfants sont hospitalisés en pédiatrie et par défaut prise en charge par l'équipe de liaison adultes.

La connexion entre la psychiatrie générale et la pédopsychiatrie est à parfaire.

- 2 secteurs de psychiatrie générale :

- G02 secteur de Briançon- CHEB :

- °1 CMP avec déplacements réguliers à Guillestre, à venir CH d'Aiguilles et La Grave
- °1 CATT
- °1 Hôpital de jour, dont une journée par semaine est consacrée à l'accueil des personnes âgées
- °lits HTC au CHEB, lits espace de crise, lits hospitalisation de nuit au CHEB.
- °appartements thérapeutiques à Briançon
- °consultations interservices Urgences, ELSA, MCO, et secteur EHPAD et USLD du CHEB.
- ° Groupe d'éducation thérapeutique, animé par 2 infirmières, pharmacien et diététicienne.
- ° Médico-social et réseaux : MDA, Maison des solidarités, Service de prévention de la ville de Briançon, Maisons de quartiers, Associations de formation et d'insertion (CRP, Centre de coordination de Rhone-Azur, ...), Associations d'insertion par l'activité économique(CPIE,)

- G01 secteur 05 (hors secteur Briançon) - CHBD :

1) Service de psychiatrie adulte

- °4 CMP (Gap, Laragne, Veynes,Embrun, 1CAC (centre d'accueil de crise : activité de CMP urgente, lien PASS à Gap),
- ° 1 Hôpital de jour
- °lits HTC à Laragne, accueil départemental de SPSC
- °appartements thérapeutiques Laragne et Gap
- °PASS Psychiatrie : CADA, Maison des solidarités, Service de prévention de la ville de Gap, Maisons de quartiers, Associations de formation et d'insertion (CPE,GRETA...), Associations d'insertion par l'activité économique(La Petite Ourse, Les Environneurs...)
- °Participation aux soins délivrés par l'UCSA aux détenus, pour les soins en psychiatrie
- °convention avec toutes les EHPAD du secteur

2) service addictologie

- ° HTC 25 lits
- °ELSA (consultation possible en psy adulte)
- °dans la filière addictologie des Hautes-Alpes (05) et des Alpes de Haute Provence (04)

3) Activité de pharmacie clinique

- °Consultations individuelles patients au sein des services (Psychiatrie adulte, Addictologie)
- °Groupe d'éducation thérapeutique animé par le pharmacien et un infirmier autour du médicament
- °Travail clinique pluridisciplinaire auprès des équipes dans les trois services
- °Information, formations au sein du CHBD, (institutionnel : COMEDIMS, Formation continue aux soignants et dans les services)
- °Consultation commune Psychiatres et/ou Généralistes (analyse pharmaco-clinique)

Il existe une vraie problématique de recrutement pour les médecins psychiatres dont l'effectif n'est jamais tout à fait suffisant. Il pourrait être intéressant de créer un poste partagé dédié aux adolescentes et jeunes adultes.

- 1 inter secteur de pédopsychiatrie –CHBD

°pour l'HTC (8 lits enfants/ados en hospitalisation de semaine) sur Gap pour les départements du 04 et 05

°3 HDJ enfants (Laragne, Gap, Briançon) et des CATTP (Laragne, Gap, Embrun, Briançon)

Pour HTC et HJ, le CHBD dessert également l'inter secteur de pédopsychiatrie du 04

°4 CMP (0-18 ans), Gap, Laragne, Embrun, Briançon avec accueil en CATTP des enfants 0-6 ans à Gap et Laragne

° Pour les CMP de Gap, Laragne et Embrun travail de consultation et d'orientation pour les adolescents en partenariat avec la MDA (réseau maison des adolescents des hautes alpes)

°1 CMP Ados 16-18 « le Mikado » à Gap en partenariat avec la psychiatrie générale

Projet d'un HJ pour la tranche d'âge des 16/20 ans suivi dans le CMP Ados pour amélioration des PEC et relais de projet de soins chez les 16-20 ans en fonction des problématiques, besoin commun

Consultations externes, consultations avancées :

La construction d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie est à l'étude pour l'ensemble du territoire au CHBD.

Projet d'une réunion de concertation pluridisciplinaire entre psychiatres du G01-CHBD et gériatres du CHICAS

Projet de consultations avancées au CH d'Aiguilles et de consultations externes à La Grave, pour le CHEB.

Prise en charge ambulatoire

Les CMP sont les structures pivot du soin en psychiatrie pour la psychiatrie générale comme pour la pédopsychiatrie.

Le soin ambulatoire est celui délivré par les HJ et les CATTP (centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, ateliers thérapeutiques) généralement inclus dans l'offre de soins des CMP.

Plateaux techniques

En psychiatrie, le personnel et les structures constituent l'essentiel du plateau technique, avec les médicaments. Les effectifs qualifiés doivent rester en nombre suffisant afin de conduire les projets thérapeutiques pour chaque patient dans tous les secteurs du département 05.

Une unité de soins HTC en addictologie, associée à une ELSA (équipe de liaison et de soutien en addictologie) dont le CHBD est support par une convention avec le CHICAS. Au CHEB, la présence de la psychiatrie dans l'hôpital général permet un lien étroit avec ELSA et les lits de MCO.

Une pharmacie clinique participe aux soins au CHBD, par intervention au sein des unités des trois services (adultes, pédopsychiatrie, addictologie), pour une information éclairée.

Il manque aux deux secteurs de psychiatrie générale un accès facile et rapide à un plateau spécialisé pouvant pratiquer la sismothérapie.

A étudier avec le CHICAS, ou avec les centres de référence, ou même l'hospitalisation privée ?

Urgences et soins non programmés

Conventions avec les établissements conventionnés et possédant un SAU

Soins dans le cadre de la psychiatrie de liaison

Les CMP et le CAC sont des structures hors hôpital qui peuvent également recevoir les urgences psychiatriques.

La réactivité est généralement adaptée, par habitude des situations limite en psychiatrie.

Le projet du CHEB est la création d'un CAC

Réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

CUMP, en partenariat CHEB/CHBD depuis 2015.

Pas seulement, interventions rapides si nécessaire avec une grande réactivité (ex lycée pour le CHBD)

Ceci nécessite-t-il un conventionnement plus formalisé ?

Prise en charge médico-sociale

Les liens de la psychiatrie et du secteur médicosocial sont historiques.

Une MAS (maison d'accueil spécialisée) autisme à Laragne au CHBD, et à terme un FAM (foyer d'accueil médicalisé) pour un hébergement des patients « historiques ».

Une unité d'HTC à Laragne (l'Edelweiss) est l'unité référente en tant que relais des structures médicosociales pour des urgences ou des séjours de courte durée.

Collaborations du CHBD formalisées avec conventions:

Le CHICAS : site de Gap, de Sisteron, le CH Embrun, le CH Briançon ; la Fondation Edith SELTZER dans le cadre de la Résidence d'Accueil PARAMAR à Laragne ; Le Service de santé des armées site de Gap ; La Source à saint Léger Les Mélèzes dans le cadre du SSR ; l'APPASE 05 dans le cadre des commissions d'attribution du service Intégré d'Accueil et d'Orientation ; L'Association Marionnettes des Alpes (association d'insertion sociale et professionnelle par la création culturelle) dans le cadre d'un financement FIR prévention ; L'Association pour la Sauvegarde de l'Enfance et de l'Adolescence (ADSEA 05) dans le cadre du FAM « Chaudefeuille » à Gap.

Collaborations du CHBD actives sans conventions :

UDAF 05 dans le cadre de suivi de situations : rencontres bimensuelles ; MDPH dans le cadre des Equipes Pluridisciplinaires d'Evaluation (EPE) : participation mensuelle ; La Cordée (Centre d'Accueil

jour/nuit de l'APPASE) intervention hebdomadaire et rencontre mensuelle ; La Petite Ourse à Gap (Association d'insertion professionnelle par l'activité économique) : rencontre bimensuelle ; L'ESAT la Source (ADAPEI) à Gap rencontre mensuelle ESAT- bimensuelle FAM ; l'Association CALHAURA dans le cadre de la résidence sociale et pension de famille « Les Tamaris » à Gap : rencontre bimensuelle.

Conventions au niveau du CHEB

Convention avec le CH Aiguilles, avec les structures médico-sociales du secteur Mas des Roseaux, FAM de Chantoiseau, Foyers de vie, ESAT.

Nécessité d'un travail d'élaboration plus précis sur le parcours de soins des enfants pris en charge simultanément dans par le service de pédopsychiatrie et les secteurs médicosociaux (IME, ITEP, SESSAD) ainsi que sur le CAMPS et CMPP

Formaliser les liens régulier par conventions

Nécessité de la création d'une structure d'accueil des patients psychiatriques stabilisés dont l'autonomie ne permet plus un retour dans la cité, sur le secteur du CHEB.

Lien avec l'AP-HM

A concrétiser par rapport aux prises en charge des patients.

Demande réitérée mais non acceptée d'interne en spécialité psychiatrie

Convention avec Rhône Alpes, dans le cadre du RENAU (à l'étude) pour le CHEB

Amélioration de la qualité et sécurité des soins

En pédopsychiatrie comme en psychiatrie générale, améliorer les liens avec les centres de référence : conventions de soins, de consultations spécialisées, visioconférences entre praticiens.

Dans le cadre de la DRH et prévention des RPS (risque psychosociaux) une recherche est à mener pour une convention de soins pour les agents de l'ensemble des établissements du département (éviter un éloignement trop grand et une promiscuité trop forte dans un département peu peuplé) lorsqu'ils se trouvent en situation de souffrance psychique.

Biologie

Coopérations existantes

- Suite à un appel d'offre, le CHICAS réalise la biologie pour le CHBD
- Réflexion débutée en 2014 pour la création d'un laboratoire hospitalier unique sur le territoire entre les CHEB et CHICAS (audit) et création d'un GCS en cours

Diagnostic

Une dynamique de coopération est à l'œuvre sur le territoire, en témoigne la constitution d'un GCS biologie. Il est néanmoins à noter que l'activité de biologie du CH d'Embrun n'est pas intégrée.

Forces <ul style="list-style-type: none">- Projet de coopération existant- Contacts et réunions réguliers- Adhésion des acteurs et des communautés médicales au projet- Les grandes lignes du projet sont rédigées et ont été posées- Accord de principe pour maintenir de la biologie de qualité sur l'ensemble des sites.- Répartition des analyses- Equipe commune pour que tout fonctionne sur l'ensemble des sites	Faiblesses <ul style="list-style-type: none">- SIH et SIL qui ne sont pas communs, outils non partagés- Eloignement et problématique en termes logistiques (transport)- Contrainte COFRAC- Vieillessement PH biologistes sur Gap- Système de management de la qualité différent.- Contrainte COFRAC : Cout financier insupportable pour l'accréditation 100% en 2020 si pas de mutualisation.- Seulement 2 biologistes sur le site de Briançon (écart objectifé par le COFRAC) dont 30% sur transfusion PSL
Opportunités <ul style="list-style-type: none">- Equipe de biologistes de territoire- COFRAC : amélioration de la qualité et harmonisation et rapprochement induit- Maintien de l'activité CHBD- Contact pour rapprochement avec biologistes privés (bactériologie, légionnelle), solidification des installations- Collaboration avec APHM pour certaines analyses (biologie spécialisée)- Pas de déplacement de personnel envisagé- Intégration de l'activité d'Embrun (cf. : travail Orgadyne) ?	Menaces <ul style="list-style-type: none">- Si pas de recrutement = équipe vieillissante- Acteurs historiques partant à la retraite, dilution des engagements et de la connaissance des projets- Recherche d'investissement au niveau matériel (spectromètre de masse)- Financement incertain pour les projets relatifs à SIL, matériel,...

Premières orientations

- Création d'un laboratoire unique sur le territoire, sous la forme d'un GCS
- Ré internalisation d'analyses spécialisées
- Liens à développer avec l'APHM sur : biologie spécialisée, formation internes/assistants
- Logiques d'équipements identiques
- Harmonisation des SIL et procédure qualité (COFRAC, audits croisés)

Pharmacie

Coopérations existantes

- Volonté de coopération débutée en 2011 et soutenue par l'ARS
- Extension du GCS PUI du nord du département pour intégration de tous les acteurs et projets d'automatisation, pharmacie clinique et délivrance journalière, à l'exception du CHBD
- Coopérations nombreuses avec acteurs du secteur médicosocial et GCS HAD

Diagnostic

La pharmacie fait l'objet d'un important travail de réflexion pour la mise en œuvre d'une coopération sur l'ensemble du territoire. L'extension du GCS Pharmacie sur le nord du département a marqué une étape importante, qui reste à confirmer.

<p>Forces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Astreintes communes partagées sur le sud et le nord du département. - Chaque PUI a les mêmes contraintes, normes et obligations : donc possibilité de modéliser les organisations. -Rôle transversal : implication des pharmaciens dans toutes les instances : qualité gestion des risques. -Proximité avec les équipes. -Polyvalence sur les fonctions d'approvisionnement et expertise par filière patient -Direction commune : stratégie de groupe -Périmètre du GHT -GCS Hautes Alpes -Groupement d'achat GAPAM - Rétrocessions sur CHE 	<p>Faiblesses</p> <ul style="list-style-type: none"> -Taille des PUI -Distance entre chaque PUI -Stocks communs non centralisés -Spécialisation par rapport aux exigences réglementaires et métiers (stérilisation, chimio...) -Un SIH non homogène
<p style="text-align: center;">Opportunités</p> <ul style="list-style-type: none"> -Autonomie des PUI dans le cadre de la permanence des soins -Formaliser le rôle de référents métiers en sus de la polyvalence dans les domaines de la pharmaco- technie, de la stérilisation... -Evolution des métiers -Développement de la pharmacie clinique 	<p style="text-align: center;">Menaces</p> <ul style="list-style-type: none"> - Taille des PUI face aux obligations gestion des risques et aux normes réglementaires (conciliation médicamenteuse, certification, vérification des prescriptions...) L'ordonnance sur les PUI à venir

<p>-Harmonisation des pratiques avec modélisation des présentations et formes galéniques des médicaments par filières pour faciliter les prescriptions sur les filières du GHT</p> <p>-Elaborer un livret thérapeutique partagé vers un livret thérapeutique commun</p> <p>- Automatisation des doses unitaires partagée avec un accompagnement financier de l'ARS, sur une organisation reposant sur le CHB et le CHICAS. Cette organisation reste à affiner</p> <p>-Sécurisation du circuit du médicament en commun</p> <p>-Maitrise des dépenses</p>	<p>Résistance au changement</p> <p>Logistique transport à gérer et à maîtriser au niveau économique</p> <p>Nécessiter de créer des postes et de redéfinir les effectifs cibles des équipes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ingénieur informaticien - Logisticien - Pharmacien
---	---

Premières orientations

- Autonomie des sites mais en prenant en compte la permanence des soins entre les sites
- Spécialisation métiers et polyvalence
- Actualisation des conventions existantes
- Améliorer la coordination entre le secteur libéral et hospitalier
- Réorganisation des rétrocessions, en particulier pour la patientèle en santé mentale
- Valoriser les consultations d'éducation thérapeutique effectuées par les pharmaciens
- Accentuer la dimension pharmacie clinique et l'obligation de la conciliation médicamenteuse sur les sites du GHT
- Automatisation des doses unitaires,
- Redéfinir les approvisionnements dans le cadre du GCS
- Préparation de tous les antibiotiques injectables en dose unitaire
- Mutualisation et harmonisation des pratiques et des investissements au niveau du GHT quand cela est possible : spectrophotomètre pour l'isolateur et lieu de stockage centralisé pour les stérilisations
- Harmonisation des sets pour le bloc
- Centralisation des préparations magistrales
- Formaliser de façon définitive l'intégration de la gestion de l'approvisionnement et de la sécurisation du circuit du médicament des antennes HAD du territoire par les PUI du GHT antenne Nord et antenne sud
- Développement de la dispensation pour tous les établissements médico-sociaux public du territoire.
- Développement des liens avec l'APHM : partage et gestion des stocks d'antidotes, partage des stocks d'antiviraux, achat à référencer pour certaines molécules particulières, élaboration d'un projet pour la prise en charge des internes de cinquièmes cycles.
- Coopération sur le système qualité gestion des risques : COMEDIMS, CLUD, CLAN, CLIN, COVIGERIS, vigilances, au niveau du GHT
- Elaboration de RMM, CREX et voir EPP en commun.

Imagerie

Coopérations existantes

- Temps médical partagé sur Embrun
- Mini PACS entre Gap et Sisteron
- Coopération en cours avec les radiologues libéraux

Diagnostic

Plusieurs coopérations sont existantes sur le territoire mais rendues compliquées par la distance entre les deux établissements détenteurs d'une autorisation en chirurgie (CHICAS et CHEB).

Forces Equipe basée sur Gap, position centrée entre les hôpitaux entre Sisteron et Embrun, déplacements possibles Attractivité du plateau technique, renforcée par arrivée de la 2 ^e IRM sur Gap Création d'un GIE, lien avec les radiologues libéraux, augmentation de la cohésion sur Gap Contacts positifs avec les radiologues libéraux	Faiblesses Equipe vieillissante, départ à la retraite Equipe CHICAS seule équipe hospitalière du territoire (absence de radiologues publics sur Briançon et bientôt sur Embrun) Délai d'attente important pour examens Manque d'activité interventionnelle
Opportunité Télé-radiologie réponse partielle (hors permanence et pendant permanence) PACS commun sur ensemble du département Formation MERM et urgentistes sur échographies urgences ?	Menaces Départ des radiologues CH Embrun Recrutement difficile Permanence des soins difficile à garantir Pas de radiologues hospitaliers sur le Nord du département Peu de radiologues libéraux sur Briançon (seulement 4, départs prochains en retraite)

Premières orientations

- Activités sur les sites de Sisteron et d'Embrun
- Projet de télé-imagerie à développer, déploiement du PACS et partage d'images
- Harmonisation des protocoles et procédures
- Accueil interne (agrément en cours d'obtention pour le CHICAS)
- Développement compétences urgentistes et MERM sur les échographies d'urgence
- A termes, possibilité d'une équipe Gap/Briançon commune avec un radiologue sur CHEB adossé au CHICAS

Département de l'information médicale

Coopérations existantes

- Rencontres et échanges entre les médecins DIM du territoire

Diagnostic

Des échanges existent sur le territoire entre les médecins DIM des établissements.
La constitution d'un département de l'information médicale sur le territoire a été anticipée.
La difficulté réside aujourd'hui dans l'accès à l'information médicale hors grandes données accessibles depuis les plateformes publiques (Hospidiag...).

Premières orientations

- Création d'un département de l'information médicale territoriale, s'appuyant sur les ressources des DIM de chaque établissement
- Acquisition d'outils informatiques permettant d'obtenir une information complète sur l'activité des établissements du territoire avec, plus spécifiquement, l'analyse des parcours patients, actuellement indisponibles
- Harmonisation des pratiques dans un souci d'amélioration de la qualité et échange de bonnes pratiques sur l'activité codage
- Maintien des organisations internes actuelles des DIM dans les établissements