

Agence Régionale de Santé PACA
M. Claude d'HARCOURT
Directeur Général
132 boulevard de Paris
13002 Marseille

V/ correspondant
Affaire suivie par Alain TESSIER
Tél : 04.91.38.27.48
e-mail : ght.13@ap-hm.fr
JOA/AT/ALL/64-17

Marseille, le 12 juillet 2017

Objet : Avenants n°1 et 2 à la convention constitutive du GHT13

Monsieur le Directeur Général,

Je vous prie de bien vouloir trouver ci-joint, pour approbation, un exemplaire original :

- de l'avenant n°1 à la convention constitutive, relatif au projet médical partagé
- et de l'avenant n°2 à la convention constitutive, relatif au règlement intérieur

du groupement hospitalier des Bouches du Rhône, signés par les 13 établissements parties au groupement et par l'établissement associé, Hôpital d'Instruction des Armées Laveran.
Vous trouverez également une motion du Conseil de surveillance du Centre Hospitalier Edouard Toulouse relative à l'avenant n°1.

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur Général, à l'assurance de ma haute considération.

Le Directeur Général de l'AP-HM,
établissement support du GHT 13



Jean-Olivier ARNAUD



C.H. Edouard Toulouse

**Conseil de surveillance
du 29 juin 2017**

**Motion du Conseil de surveillance, à l'occasion de l'avis
portant sur l'avenant N° 1 à la convention constitutive du
Groupement Hospitalier de Territoire des Bouches-du-Rhône,
portant projet médical partagé du Groupement**

Compte tenu de la spécialisation de l'établissement, la présente motion porte uniquement sur la filière psychiatrie, retenue comme filière prioritaire du GHT.

Le Conseil de surveillance fait part de sa satisfaction que la psychiatrie constitue l'une des filières prioritaires du GHT ; il a pris connaissance avec intérêt des thèmes de travail retenus par les membres des groupes de travail médicaux, qui ont contribué à la rédaction du projet, ainsi que des propositions relatives à chacune des thématiques retenues, dans un contexte de forte contrainte liées à la date limite du 30 juin, fixée par le décret du 27 avril 2016 relatif aux Groupements Hospitaliers de Territoire.

Les psychiatres des groupes de travail, se plaçant sous l'angle de la psychiatrie de secteur, ont considéré le soin d'un point de vue du parcours patient en envisageant les questions de l'amont, de l'hospitalisation et de l'aval comme des étapes essentielles et interconnectées au soin sectoriel. Ils se sont donc dégagés d'un soin basé sur un abord purement symptomatique et se sont situés dans une réflexion globale intégrant l'individu dans sa dimension biopsychosociale.

Si le Conseil de surveillance partage la préoccupation de respecter le délai réglementaire, il est soucieux également que, le reste des dispositions de ce même décret, quant aux principes d'organisation des activités au sein de chacune des filières, puisse également être respecté.

Par ailleurs, le projet médical partagé de la filière psychiatrie ayant vocation à contribuer à la mise en œuvre du futur projet territorial de santé mentale, dans le cadre du projet régional de santé qui sera publié en janvier 2018, il apparaît indispensable au Conseil de surveillance que le projet médical de la filière psychiatrie puisse anticiper cette articulation et ne pas se trouver en décalage avec les objectifs du projet territorial de santé mentale tel qu'un décret en cours de publication les définit, ni avec les préoccupations nationales actuelles concernant la santé mentale et la psychiatrie. A ce titre, la mission d'activité de secteur doit s'analyser dans une perspective d'ouverture aux partenaires du parcours de santé mentale dans leur diversité.

A ce titre, le Conseil de surveillance s'interroge sur les aspects suivants :

- Le renvoi des travaux ultérieurs de la prise en charge somatique, thème qui, d'une part, est l'une des priorités du futur projet territorial de santé mentale ; d'autre part, le lien entre la psychiatrie et les disciplines somatiques était l'un des principaux arguments en faveur de l'intégration des établissements publics de santé mentale dans un GHT polyvalent.



C.H. Edouard Toulouse

- L'absence d'approche de certaines problématiques par bassin de population (y compris une éventuelle réflexion sur la pertinence du découpage des secteurs), qu'appelleraient notamment les données statistiques recueillies par le consultant.
- L'inclusion, dans la thématique relative à la définition des missions socles de secteur, de propositions relatives à une capacité minimum d'hospitalisation temps plein par secteur. Une telle proposition ne peut s'appuyer que sur une réflexion portant sur le parcours amont/aval du patient. Or, la question des patients en séjour long n'est pas traitée ; celle de la réhabilitation psycho-sociale et des liens avec le médico-social et le social est renvoyée à plus tard, alors que la thématique des activités médico-sociales figure dans le décret du 27 avril 2016 comme un item obligatoire du PMP de chaque filière.
- L'absence en psychiatrie générale de perspectives d'ouverture du secteur vers des partenariats aussi essentiels que la médecine de ville, qui assure environ 30 % des prises en charge en matière de maladie mentale, et l'ensemble du dispositif de soins de premier recours (équipes de soins primaires, communautés professionnelles de territoire, plateformes territoriales d'appui)
- Les difficultés liées à la démographie médicale ne sont pas évoquées ; la permanence des soins est citée mais sans perspective d'organisation, bien qu'il s'agisse là aussi d'un item mentionné par le décret ci-dessus.
- La question de la précarité n'est pas traitée, bien qu'elle pèse lourdement sur les organisations de soins en psychiatrie, notamment sur le taux de recours à l'hospitalisation à plein temps.

Le Conseil de surveillance se prononce donc en faveur du projet médical partagé qui lui est soumis, sous réserve que des travaux complémentaires puissent être conduits sans tarder au sein du GHT sur les thèmes cités ci-dessus, sur la base d'une méthodologie associant les Directions d'établissement assurant une activité de psychiatrie. Le sujet de la démographie médicale renvoie à la définition des modalités de mise en œuvre de l'article 8 3° de la convention constitutive, portant sur le rôle spécifique du CHU, dont les modalités seraient à définir rapidement.

Ces travaux complémentaires permettront aux acteurs hospitaliers du GHT de préparer dans de bonnes conditions la constitution de la Communauté psychiatrique de territoire dont le Conseil de Surveillance souhaite la création rapide.



CENTRE HOSPITALIER EDMOND
GARCIN - AUBAGNE



Etablissement Associé

Groupement Hospitalier de Territoire des Bouches du Rhône

Avenant n°1 à la convention constitutive

RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES - VISAS

Vu les articles L 6132-1 à L 6132-6 du code de la Santé Publique instituant les Groupements Hospitaliers de Territoire,

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

Vu l'arrêté du 30 janvier 2012 du directeur général de l'Agence régionale de santé Provence Alpes Côte d'Azur fixant le schéma régional de santé pour la région PACA pour les cinq ans à venir,

Vu la convention constitutive du GHT 13 en date du 30 juin 2016,

Vu l'avis du 07 juillet 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 23 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Salon de Provence relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 29 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier d'Arles relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 10 juillet 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier d'Allauch – Louis Brunet relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 28 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Edmond Garcin - Aubagne relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 27 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier La Ciotat relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 30 juin 2017 du conseil de surveillance de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 30 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Martigues relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 20 juin 2017 du conseil de surveillance des Hôpitaux des Portes de Camargue relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 28 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Valvert relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 29 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Edouard Toulouse relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 6 juillet 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Montperrin relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 27 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Gérontologique Départemental relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis,

Vu l'avis du 22 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier de Salon de Provence,

Vu l'avis du 21 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier d'Arles,

Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier d'Allauch – Louis Brunet,

Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Edmond Garcin Aubagne,

Vu l'avis du 26 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier La Ciotat,

Vu l'avis du 28 juin 2017 de la commission médicale d'établissement de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille,

Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier de Martigues,

Vu l'avis du 13 juin 2017 de la commission médicale d'établissement des Hôpitaux des Portes de Camargue,
Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Valvert,
Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Edouard Toulouse,
Vu l'avis du 12 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Montperrin,
Vu l'avis du 26 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Gériatrique Départemental

Vu l'avis du XX octobre 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis,
Vu l'avis du 22 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier de Salon de Provence,
Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier d'Arles,
Vu l'avis du 22 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier d'Allauch – Louis Brunet,
Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Edmond Garcin - Aubagne,
Vu l'avis de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier La Ciotat,
Vu l'avis du 21 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille,
Vu l'avis du 28 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier de Martigues,
Vu l'avis du 20 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des Hôpitaux des Portes de Camargue,
Vu l'avis du 20 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Valvert,
Vu l'avis du 28 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Edouard Toulouse,
Vu l'avis du 22 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Montperrin,
Vu l'avis du 10 juillet 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Gériatrique Départemental.

Vu l'avis du 4 juillet 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis,
Vu l'avis du 19 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier de Salon de Provence,
Vu l'avis du 27 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier d'Arles,
Vu l'avis du 4 juillet 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier d'Allauch – Louis Brunet,
Vu l'avis du 26 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Edmond Garcin -Aubagne,
Vu l'avis du 19 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier La Ciotat,
Vu l'avis du 20 juin 2017 du comité technique d'établissement de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille,
Vu l'avis du 16 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier de Martigues,

Vu l'avis du 15 juin 2017 du comité technique d'établissement des Hôpitaux des Portes de Camargue,
Vu l'avis du 26 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Valvert,
Vu l'avis du 27 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Edouard Toulouse,
Vu l'avis du 28 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Montperrin,
Vu l'avis du 27 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Gériatrique Départemental.

Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis, en date du 20 juin 2017,
Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier de Salon de Provence, en date du 19 juin 2017,
Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier d'Arles, en date du 14 juin 2017,
Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier d'Allauch – Louis Brunet en date du 6 juin 2017,
Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier Edmond Garcin - Aubagne, en date 21 juin 2017,
Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier La Ciotat, en date du 19 juin 2017,
Vu la concertation du directoire de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, en date du 12 juin 2017,
Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier de Martigues, en date du 26 juin 2017,
Vu la concertation du directoire des Hôpitaux des Portes de Camargue, en date du 12 juin 2017,
Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier Valvert, en date du 13 juin 2017,
Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier Edouard Toulouse, en date du 06 juin 2017,
Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier Montperrin en date du 7 juin 2017,
Vu la concertation du directoire du Centre Gériatrique Départemental en date du 2 juin 2017.

Vu la décision du 20 juin 2016 du Ministère de la Défense portant autorisation pour l'hôpital d'instruction des armées Laveran d'être associé à l'élaboration du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire Bouches du Rhône,

Il est convenu la mise en œuvre du projet médical partagé ci-après :

Préambule

Les établissements membres du GHT13 établissent un projet médical partagé, conforme au projet régional de santé et au schéma régional d'organisation des soins, permettant aux patients du territoire des Bouches du Rhône et de la zone d'attractivité un égal accès à des soins sécurisés et de qualité grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée. Ce projet est conçu pour garantir un accès à une offre de proximité, de référence et de recours.

Son comité stratégique a déterminé 8 filières prioritaires dont le choix s'est appuyé sur des priorités nationales, régionales et sur les besoins exprimés par les établissements membres.

Ces filières portent sur les activités de neuro-vasculaire, d'orthopédie-traumatologie, de psychiatrie, d'accueil des urgences, de pharmacie, d'imagerie et de biologie. La huitième filière, l'activité cardio-interventionnelle sera intégrée ultérieurement au projet médical partagé avec les autres filières de soins devant faire l'objet d'une deuxième vague, prévue au cours du second semestre 2017.

Le projet médical partagé qui fait suite à un travail de diagnostic et à une concertation avec les médecins concernés dans les différents établissements répond aux objectifs déclinés dans la convention constitutive, qui sont :

- Défendre collectivement une ambition de service public de santé et un maillage territorial pour mieux répondre aux besoins de la population
- Favoriser l'attractivité de l'exercice médical et soignant
- Soutenir l'activité des établissements
- Développer ensemble la recherche et l'enseignement

Article 1 :

Le projet médical partagé du GHT 13 se décline en 7 filières selon les orientations stratégiques suivantes :

FILIERE IMAGERIE

1. Remédier à la pénurie de radiologues en améliorant l'attractivité des postes médicaux

Orientations stratégiques

Un lien structurel fort avec l'AP-HM, site de formation des futurs radiologues, apparaît comme fondamental. Les solutions proposées portent sur le travail et l'organisation des effectifs médicaux :

- Le seul moyen d'assurer le fonctionnement dès aujourd'hui et d'envisager un avenir pour les différents services (renouveler ou augmenter le nombre de radiologue) est la mise en place d'un binôme dans chacun des hôpitaux associant un interne et un assistant partagé ;
- Il est donc impératif que chacun des hôpitaux hors AP-HM ait un interne à chaque choix d'interne. L'organisation de ces choix sera adossée à la nouvelle organisation de l'internat avec en particulier les obligations concernant les choix socles. Les internes durant ces choix continueront à suivre les enseignements organisés au CHU. Le coordonnateur du DES est au courant de cette démarche. Il faut que l'ouverture de ces postes soit bien organisée sur les différents sites, dans le respect des contraintes médico-économiques propres à chaque site ;
- La création de poste d'assistants partagés sur chacun des sites est le deuxième élément indissociable et incontournable d'une politique de ressource humaine crédible. L'expérience en cours entre l'AP-HM et le CH de Martigues d'une part, d'Aix d'autre part, s'avère très positive et confirme l'importance de ces postes. Il faut noter que l'augmentation du nombre d'interne en radiologie va nous permettre dès le principe de la création ou du maintien de ces postes de programmer les futurs candidats. Nous proposerons des binômes hôpital général – surspécialité dans tel ou tel service du CHU pour plus de lisibilité. Ces binômes pouvant évoluer dans le temps ;
- Réflexion sur la création de postes de PH partagés. Cette réflexion pourra être menée ultérieurement.

La politique qui porte sur les ressources humaines doit permettre d'améliorer la gestion des effectifs médicaux dans les différents services de façon rapide et permettre à terme d'implantation de jeunes radiologues dans les hôpitaux du territoire.

2. Développer les capacités de transmission des images au service des coopérations

La capacité de transmission des images et de partage entre les différents services des établissements GHT13 apparaît comme un élément essentiel de l'existence et du fonctionnement d'un projet commun en imagerie. Il sera également une pierre angulaire du bon fonctionnement des filières médicales du projet médical partagé du GHT 13.

A. Stockage – archivage des images – PACS :

Orientations stratégiques

L'ensemble des participants considère que la stratégie doit être déclinée en deux étapes :

- 1ère étape : Mise en œuvre très rapide d'un archivage commun de l'ensemble des images produites par les services d'imagerie du GHT13. Cet archivage commun est indispensable pour garantir le travail commun et les coopérations des radiologues du territoire. Il doit bien sûr répondre à toutes les règles de sécurité. Ce stockage commun doit également répondre à des contraintes en termes de volume et respect de la réglementation. Il sera aussi la base du partage des images entre les hôpitaux. A ce stade, chaque hôpital gardera l'outil PACS qui est le sien.

- 2ème étape : Au moment du renouvellement du PACS, les hôpitaux du territoire devront choisir en priorité l'outil commun. Le choix de l'outil pourra être effectué selon les différentes conventions mises au sein du GHT 13. Le CH de Martigues et le CH de La Ciotat souhaitent bénéficier rapidement d'un PACS.

Concernant le Centre Hospitalier d'Arles, deux éléments de réflexion sont fondamentaux :

- il est nécessaire de préserver le fonctionnement avec le CHU de Nîmes qui assure la prise en charge de l'imagerie du CH d'Arles. Il assure à la fois le fonctionnement sur site par la mise à disposition de 3 radiologues au quotidien et la permanence des soins. Le CHU de Nîmes est en cours de changement de solution informatique. Cette évolution pose la question de l'hébergement des données des examens d'imagerie du CH d'Arles et du GCS Imagerie du Pays d'Arles par un hébergeur agréé.
- il faut prévoir impérativement les échanges d'examens d'imagerie entre le CH d'Arles et les hôpitaux du GHT 13 afin que les patients qui se déplacent puissent bénéficier des mêmes fonctionnalités que tous les autres patients au sein du GHT 13. Pour répondre à ce point, si le CHU de Nîmes devient hébergeur de données de santé, le partage avec l'archivage commun du GHT 13 devra être recherché. A défaut et si l'archivage du CH d'Arles est réalisé sur l'archivage commun du GHT 13, il conviendra de trouver une organisation fonctionnelle parfaitement fluide pour la prise en charge de l'imagerie du CH d'Arles par le CHU de Nîmes.

B. Télé-radiologie :

Orientations stratégiques

Le développement de la télé-expertise sur le territoire du GHT 13 apparaît comme essentiel à l'ensemble des établissements. Elle est une fonction importante de l'APHM – hôpital support du GHT13.

Le pôle d'imagerie de l'AP-HM a proposé d'ouvrir des fenêtres de télé-expertise portant sur les surspécialités de la radiologie avec un planning précis qui serait ouvert à tous les hôpitaux publics du territoire. Cette proposition a trouvé un écho extrêmement favorable auprès des différents membres du groupe de travail.

La mise en œuvre pourrait être très rapide mais il faut pour cela déployer l'outil de télé-radiologie disponible et déjà opérationnel aux CH d'Aubagne et de Martigues sur l'ensemble du territoire.

3. Renforcer l'organisation de la permanence de soins à l'échelle du territoire

Orientations stratégiques

La permanence des soins est un sujet majeur pour l'ensemble des acteurs du GHT. Elle repose principalement sur deux éléments :

- Les ressources humaines : il est indispensable de garantir des effectifs médicaux suffisants dans les établissements pour assurer la permanence des soins ;
- La bonne coopération avec les acteurs privés ayant accès au plateau technique : les praticiens libéraux ayant accès à l'imagerie lourde doivent participer à la permanence des soins à hauteur de leur accès au plateau d'imagerie.

Lorsque ces deux critères sont remplis, la permanence des soins est normalement assurée à 95%.

La télé-radiologie constitue une solution résiduelle pour assurer la permanence des soins, et elle est complémentaire des deux pistes précédemment évoquées. Elle passe par deux paliers :

- Le partage d'un outil de télé-radiologie avec un autre hôpital du GHT (déjà disponible dans certains établissements) ;
- L'appel à des sociétés de télé-radiologie privées en dernier recours.

4. Définir une politique territoriale de l'équipement lourd en imagerie

Orientations stratégiques

Les radiologues souhaiteraient que le groupe d'imagerie du GHT13 soit porteur d'une vision globale sur l'ensemble du territoire. Les besoins en imagerie lourde des hôpitaux publics sur l'ensemble du territoire du GHT 13 seraient portés en commun sur la base d'une analyse documentée. Cette base pourrait servir à soutenir la demande d'équipement de certains des membres dans le cadre d'une mission territoriale globale.

FILIERE PHARMACIE

Les pistes de coopération sur la pharmacie s'inscrivent dans une réflexion progressive, par palier, et sont présentées par degré de contrainte croissant. Elles couvrent un périmètre allant du travail intellectuel entre pharmaciens à des pistes de coopération demandant un changement profond des organisations. Quatre enjeux principaux ont ainsi été identifiés :

1. Organiser le partage de bonnes pratiques et la coordination des pharmaciens du territoire ;
2. Développer la formation à l'échelle du territoire ;
3. Développer la permanence pharmaceutique à l'échelle du territoire ;
4. Définir les pistes de coopération sur des activités spécifiques et les conditions de coopération au niveau logistique et outils SI.

1. Organiser le partage de bonnes pratiques et la coordination des pharmaciens du territoire

A. Vers un partage de l'information et des bonnes pratiques entre les pharmaciens du territoire, premier jalon de la coopération

Orientations stratégiques

Le GHT 13 peut être l'espace d'une réflexion commune et d'une capitalisation des travaux des pharmaciens du territoire. Ce dernier peut prendre la forme d'une plateforme de partage de l'information, ainsi que de réunions régulières de la communauté des pharmaciens du territoire.

Concernant le partage de l'information, les pharmaciens du territoire ouvrent un espace de réflexion sur les sujets suivants :

- la veille pharmaceutique : erreurs médicamenteuses, etc...
- les fiches d'informations pour le patient sur les rétrocessions (offre de lieu de rétrocession, horaires d'ouvertures,...mais également un thésaurus de fiches de « bon usage » mises en commun, ...), avoir surtout des pratiques homogènes, les spécialités des médecins, ...
- la conciliation médicamenteuse et la pharmacie clinique
- les documents qualité tels des fiches pratiques préparés dans le cadre des différentes versions de la certification HAS (V2007, V2010, V2014). Cette mutualisation des documents pourra notamment bénéficier aux établissements n'ayant pas encore été visités dans le cadre de la V2014.

NB : La veille sanitaire fait l'objet d'organisations définies nationalement ; il n'y a donc pas lieu d'imaginer une organisation supplémentaire au niveau du territoire du GHT.

Cette plateforme a vocation à permettre le partage de l'information et le dialogue au niveau des pharmaciens du territoire, mais aussi à permettre la retransmission d'une information descendante vers les établissements du GHT.

L'animation de la communauté des pharmaciens du territoire passe également par des groupes de travail thématiques permettant de partager les bonnes pratiques et de formaliser le travail intellectuel entre les PUI du département. Ces derniers se réuniront à une fréquence à définir. A titre illustratif, la conciliation médicamenteuse, la pharmacie clinique ou la rétrocession sont autant de sujets qui pourront faire l'objet d'un groupe de travail, et être mis en perspective avec la politique du territoire. Ces groupes de travail thématiques seront néanmoins à articuler avec les groupes régionaux de l'OMEDIT (groupe chimio, groupe bon usage, etc...).

Dans la même perspective, un comité qualité départemental pourra être mis en place afin de partager les retours d'expérience des certifications.

B. Un partage d'informations fiabilisées au service de rétrocessions en proximité pour les patients

Orientations stratégiques

Des rétrocessions en proximité pour le patient sont nécessaires à l'échelle du GHT, sous réserve de communication des informations nécessaires à la PUI locale et au patient. Dans ce cadre, une connexion au Dossier Patient (DP) porté par l'Ordre des Pharmaciens est souhaitable, et les éléments suivants pourront être partagés entre les pharmaciens du GHT, via la plateforme internet commune :

- La liste des produits disponibles ou du moins la possibilité de joindre la rétrocession pour s'assurer de la disponibilité en temps et en heure.
- La liste des médecins et leur spécialité, avec le numéro RPPS. Cette liste permettra de répondre aux contraintes de contrôle de la spécialité des médecins prescripteurs de rétrocessions, exigées par l'Assurance Maladie ;
- Les fiches d'information et de bon usage à destination des patients pour les rétrocessions ;
- Les fiches avec les horaires des PUI du GHT ;
- Le guide de rétrocession à mettre à jour (avec les rétrocessions dérogatoires réservées à certains praticiens), le but étant d'avoir une attitude commune vis-à-vis de la dispensation

C. Un partage d'informations sur les produits sensibles et coûteux, dans une optique de dépannage-produit et d'optimisation des stocks

Orientations stratégiques

Les pharmaciens du territoire envisagent la création, sur la plateforme commune, d'un fichier recensant les produits sensibles et coûteux, antidotes de chaque pharmacie, ainsi que les produits sur le point de périmer (sur le modèle de sites tels que mapui.fr). Ce fichier peut être utilisé à des fins de dépannage-produit et permet d'éviter le gaspillage des produits sur le point de périmer

2. Mutualiser les formations continues à l'échelle du territoire

Orientations stratégiques

Des formations pourraient être mutualisées à l'échelle du GHT et organisées sur place au sein d'un établissement. Cette formule présente l'avantage d'optimiser les coûts de formation, grâce à une taille critique atteinte au niveau du GHT, et d'éviter les déplacements dans les centres de formation. Dans le même temps, elle permet aux agents des différents établissements du GHT d'échanger entre eux et crée, de ce fait, un terreau favorable aux coopérations.

Le périmètre des formations qui pourront être mutualisées recouvre à la fois les formations continues organisées en interne (ex : formation interne de l'AP-HM aux magasiniers), ainsi que les formations pour lesquelles il est fait appel à des formateurs extérieurs (CNEH et CEFH par exemple). Les sujets de formation pressentis concernent la filière pharmacie (cancérologie, circuit du médicament, douleur, pharmacie clinique) mais peuvent aussi être transversaux.

Le public cible des formations mutualisables est le suivant : pharmaciens, préparateurs, agents de stérilisation, magasiniers ; les formations pourront même être étendues à des PNM hors pharmacie lorsque les sujets sont transversaux (exemple de formations à destination des infirmiers par exemple).

Certaines formations du GHT pourraient également être rendues accessibles aux pharmaciens d'officine. Certains ont notamment exprimé des besoins de formation sur les nouveaux traitements ou les pathologies.

3. Maintenir la permanence pharmaceutique existante à l'échelle du territoire

Orientations stratégiques

Les mutualisations d'astreintes permettant à un pharmacien de prendre des astreintes sur plusieurs établissements en même temps sont impossibles en l'état actuel de la législation. En effet, elles sont limitées par les risques juridiques entourant la responsabilité de l'acte de dispensation, et, en pratique, par l'absence de connaissance des patients des autres CH. Par ailleurs, les mutualisations d'astreintes sont également limitées au regard du travail à réaliser en astreinte et de la distance entre les établissements.

4. Définir les pistes de coopération sur des activités spécifiques et les conditions de coopération au niveau logistique et outils SI

A. Stérilisation : vers une stratégie publique permettant d'éviter la sous-traitance vers les opérateurs privés

Orientations stratégiques

Le GHT est favorable à une stratégie publique permettant d'éviter la sous-traitance vers les opérateurs privés, jugée coûteuse, et d'optimiser les stérilisations des établissements du GHT. Le CH de Martigues se propose de se rapprocher de la plateforme de stérilisation de l'AP-HM, afin d'envisager une éventuelle sous-traitance en interne du GHT au terme de son contrat avec Sterience. En revanche, le CGD est actuellement satisfait de son contrat avec Sterience et souhaite poursuivre cette formule.

Le GHT constitue également une opportunité d'améliorer la réactivité de la stérilisation pour des établissements sous-traitant à des partenaires éloignés ou en dehors du GHT.

B. Nutrition parentérale : un projet de développement de la production de poches au niveau de l'arc méditerranéen et de la région PACA à confirmer

Orientations stratégiques

Dans l'objectif de sécuriser la production de poches de nutrition parentérale au niveau de l'arc méditerranéen et de la région PACA, l'AP-HM a soumis une demande de création d'une unité de poches de nutrition parentérale à l'AP-HM, demande soutenue par l'ARS et actuellement en cours d'instruction devant le COPERMO. Elle constituera un centre référent en nutrition parentérale. Si la demande est acceptée, l'AP-HM pourrait produire des poches pour les CH demandeurs du GHT.

A ce stade, le CH d'Aix souhaite garder son activité de production de poches de nutrition parentérale *in situ* et s'ouvrir à d'autres établissements du GHT 13.

C. Chimiothérapies : une préparation et une dispensation des poches de chimiothérapies en proximité, dans une logique de parcours patient

Orientations stratégiques

Hors évolution majeure dans le futur projet médical de la filière cancérologie, l'organisation des chimiothérapies n'est pas amenée à être modifiée au niveau du GHT à court terme et un schéma de dispensation des chimiothérapies en proximité sur le territoire du GHT est privilégié. Ce choix est motivé par les éléments suivants :

- Le service au patient, qui aurait ainsi la possibilité d'avoir les poches fabriquées au plus près de son domicile et donc une prise en charge plus rapide en HDJ;

- Un parcours gradué du patient sur le territoire, reposant sur un retour en proximité après une prise en charge spécifique en CHU par exemple ;
- La courte durée de stabilité de certaines préparations, est plus propice à une préparation et une dispensation en proximité.

Il convient de noter que cette priorité donnée à la proximité est favorable au taux d'occupation des hôpitaux de jour, le délai entre le « OK chimio » et la livraison de la poche dans le service étant ainsi minimisé.

En outre, une mutualisation à grande échelle de la production des chimiothérapies n'est actuellement pas envisageable, en raison de plusieurs facteurs bloquants ou inconvénients :

- La complexité de l'organisation médicale requise ;
- Une absence de livret thérapeutique commun ;
- Les systèmes d'information : la mutualisation de la production des chimiothérapies nécessite un circuit SI complet partagé entre les différents acteurs : le prescripteur, le pharmacien qui prépare, celui qui dispense et les infirmiers qui administrent, et suppose des besoins de communication des logiciels de chimiothérapie ou mieux un seul et même logiciel partagé (NB : le logiciel CHIMIO de Computer Engineering est celui qui est le plus répandu dans le GHT) ;
- Une logistique difficile à organiser du fait de l'éloignement des différents établissements, et engendrant des coûts de transports significatifs ;
- L'absence d'économies d'échelles dans la production des chimiothérapies, activité peu automatisée actuellement.

Cependant, des rapprochements sont possibles entre certains acteurs du GHT. C'est le cas de Laveran qui envisage de mutualiser la production de ses poches de chimiothérapies avec l'AP-HM.

Ces orientations devront être mises en perspective avec le projet médical de la filière cancérologie (non intégrée dans les filières prioritaires à ce stade).

Par ailleurs, la méthode de contrôle de contamination de surfaces développée par l'AP-HM pourrait être mutualisée au niveau du GHT, pour éviter la sous-traitance.

D. Autres préparations : vers des sous-traitances entre établissements du GHT

Orientations stratégiques

Certaines préparations de médicaments coûteux (injectables) peuvent être centralisées au niveau de la pharmacie si les préparations sont stables dans le temps (ex : anticorps monoclonaux). D'autres, peu standardisées, n'ont pas vocation à être produites de façon mutualisées et continueront à être produites ou commandées localement. C'est le cas des préparations d'anticorps, des toxines botuliques, et d'allergènes injectables. Le CH d'Aix prépare notamment des dilutions d'allergènes, des antibiotiques injectables.

Certaines préparations plus standardisées peuvent néanmoins être mutualisées ou commandées localement. C'est le cas des collyres qui peuvent être commandés à l'AP-HM (site de Sainte Marguerite) plutôt qu'à l'AGEPS.

Le laboratoire de contrôle qualité de l'AP-HM réalise différents contrôles qualité de préparations, qu'il pourra proposer aux établissements du GHT, pour les préparations que ces derniers réalisent.

E. Approvisionnement / achats : une réflexion sur la mutualisation des achats étroitement liée aux orientations du groupe de travail Achats

Orientations stratégiques

Les pharmaciens font part de leur volonté de ne pas multiplier les groupements, pour ne pas démultiplier la charge de travail nécessaire au suivi de chaque groupement (suivi de l'allotissement notamment). Ils perçoivent

notamment un risque sur le projet de rapprochement entre UNI-HA et le GAPAM, en termes de réactivité (notamment sur les nouveaux produits) et de prix (UNI-HA perçu comme plus cher que le GAPAM et que le groupement du Vaucluse, sans compter les cotisations au groupement).

Ainsi, certains pharmaciens ne voient pas l'intérêt financier de quitter un groupement d'achat qui fonctionne bien (GAPAM) et où ils se sont regroupés pour un bénéfice optimal, notamment dans le secteur de la psychiatrie : certains s'interrogent sur les conséquences d'une intégration à UNI-HA en terme notamment de changements intempestifs de marchés avec toutes les contraintes de terrain que cela impose (gestion des armoires de services pour des hôpitaux périphériques démunis en personnel pharmaceutique), des frais de port élevés imposant des seuils de commande importants avec de fortes immobilisations en volume et en valeur, intenables à terme pour leurs petites structures.

Par ailleurs, la réflexion sur les groupements d'achats doit prendre en compte la possibilité d'accès aux dispositifs médicaux (DM). Par exemple, UNI-HA ne permet pas de se fournir sur certains types de DM et notamment des DM Implantables et se concentre surtout sur les médicaments.

De plus, pour faciliter les coopérations diverses, impliquant le circuit des produits de santé, et les dépannages en produits de santé, les pharmaciens du territoire font part de leur besoin impérieux de convergence sur les fichiers produits (le même produit de santé acheté chez le même fournisseur pendant la même période). Cette réflexion pourra également être bénéfique pour l'organisation médicale : les postes partagés ou praticiens mobiles sur plusieurs CH pourraient ainsi conserver leurs habitudes de prescription, notamment au niveau des DM.

F. Dispensation nominative : des projets de robotisation à géométrie variable et à approfondir

Orientations stratégiques

Certains établissements du GHT sont favorables à une robotisation, ce projet étant motivé par des raisons de qualité et sécurité pour le patient (diminution du risque d'erreur) et d'efficacité (couverture de plus de lits en DDN à effectifs constants). Dans ce cadre, un appel d'offres commun pourrait permettre aux établissements intéressés de s'équiper à des prix plus compétitifs qu'en cas d'achat individuel. Cependant, tous sont conscients que la robotisation est coûteuse en consommables et ne permet pas forcément d'économiser du temps de préparateurs.

Au niveau de la robotisation, il est possible de dissocier la préparation des doses à administrer et le sur-conditionnement ou étiquetage. Ainsi, sur le modèle du GHT du Var, de Bordeaux et de Carcassonne, la production des doses unitaires serait mutualisée, et chaque établissement resterait autonome pour gérer sa dispensation. Il convient de noter que ce scénario n'est envisageable que sous réserve de compatibilité des automates de reconditionnement et de dispensation.

5. Favoriser la convergence des systèmes d'information au service des coopérations entre PUI

Orientations stratégiques

La convergence des SI viendra conforter les collaborations entre les pharmacies. Elle permet de simplifier les flux de produits et d'information, notamment sur les dépannages ; elle diminue les risques d'erreur en évitant les ressaisies manuelles ; elle favorise une organisation homogène du travail.

Cette convergence s'entend au niveau des logiciels métiers, sous réserve qu'un serveur d'identification commun soit mis en place. A plus court terme, pour les établissements soumis à un renouvellement de logiciel, les pharmaciens du territoire préconisent une convergence d'outils vers PHARMA et CHIMIO. Ils ont néanmoins des réserves sur PHARMA, qui ne s'interface pas au DPI.

Les pharmaciens du territoire préconisent également un DPI intégrant un logiciel d'aide à la dispensation certifié, interfaçable avec le logiciel de gestion GEF et le logiciel métier.

Enfin, une informatisation des prescriptions des médecins traitants de l'HAD est préconisée, pour éviter les retranscriptions sources d'erreur.

1. Développer des coopérations à géométrie variable dans les diverses familles d'examens, dans une optique de stratégie publique du GHT, permettant d'éviter la sous-traitance vers le privé

Orientations stratégiques

Tous les CH envoient des analyses spécialisées vers le privé et sont volontaires pour les envoyer vers l'AP-HM sous réserve des pré-requis suivants :

- **Pré-requis informatique** : Avec les opérateurs privés, les résultats sont intégrés directement dans le Dossier Patient et leur transmission est facilitée par un serveur de résultats. Un projet de serveur de résultats est envisagé dans le cadre du projet Biogénopole porté par l'AP-HM. Ce serveur devrait être disponible dans le courant de l'année 2017.

Il convient de noter les éléments suivants :

- Les pré-requis informatiques restent suspendus aux orientations du groupe de réflexion sur le SIH,
- Les besoins informatiques sont exprimés dans un cahier des charges commun UNI-HA, en cours de rédaction par l'AP-HM et Toulon. Ce cahier des charges devra mentionner la liaison avec le serveur régional d'identito-vigilance. En cas de concrétisation, le marché UNI-HA sera ouvert à tous et donc aux membres du GHT. Un résultat est attendu pour la fin de l'année 2017.
- **Prise en charge du transport** : les opérateurs privés récupèrent les examens sous-traités en fin de journée auprès des différents établissements.
Une réflexion commune est à mener au niveau du GHT sur l'organisation des transports, dans une optique de simplification et de centralisation des achats (possibilité d'un appel d'offre au niveau du GHT).
Pour simplifier le circuit logistique, la mise en place de deux points de dépôt au sein de l'AP-HM, à l'hôpital Nord et à la Timone, est envisageable en 2018, et le dispatching des analyses au sein des laboratoires de l'AP-HM serait alors pris en charge en interne. La faisabilité d'une prise en charge des transports de prélèvements par l'AP-HM à l'échelle du GHT pourra également être étudiée.
- **Juste facturation** : une réflexion sur des conditions tarifaires plus avantageuses devra être menée entre l'AP-HM et les autres établissements du GHT 13.

Sous réserve des pré-requis sus-mentionnés, certains établissements pourraient envoyer leur biologie spécialisée à l'AP-HM.

Par ailleurs, certaines analyses réalisées par les CH sont faites en vertu d'un principe de service rendu au patient, mais pourraient ne plus être rentables du fait des contraintes d'accréditation : les analyses concernées pourraient également être envoyées à l'AP-HM.

2. Maintenir l'organisation existante de la permanence des soins

Orientations stratégiques

La mutualisation des astreintes de biologiste n'est pas envisagée à ce stade. En effet, même si le biologiste d'astreinte peut donner un avis biologique pour un site qui n'est pas le sien, la mutualisation de la PDS est conditionnée par trois pré-requis complexes :

- L'habilitation des biologistes et techniciens de laboratoire sur les sites pour lesquels ils peuvent être d'astreinte ;
- La validation biologique ;
- La maîtrise informatique.

Le groupe de travail s'accorde donc sur le maintien d'une permanence des soins individualisée au sein de chaque établissement disposant d'un laboratoire fonctionnant 24h/24 : il faut un biologiste d'astreinte identifié et joignable rapidement pour chaque laboratoire fonctionnant 24h/24.

3. Développer la qualité et la coordination à l'échelle du territoire

A. Vers un partage des compétences de métrologie

Orientation stratégique

Des rapprochements sont envisageables entre certains établissements du GHT, pour mettre en commun des métrologues (exemple hors GHT CH d'Aix et de Digne), regrouper les marchés d'externalisation sur la métrologie, ou développer des compétences partagées de métrologie. Un temps partagé à l'échelle du GHT pourrait être envisagé et constituerait au moins un temps plein.

B. Vers un partage des bonnes pratiques entre biologistes médicaux du territoire

Orientations stratégiques

Les biologistes souhaitent mettre en place des groupes d'échange sur la qualité. A titre indicatif, ceux-ci pourraient entre autres traiter des sujets qualité suivants :

- Des retours d'expérience sur l'accréditation et les écarts les plus significatifs ;
- La veille réglementaire sur les exigences du COFRAC ;
- La mise en commun des procédures sur les automates et les procédures d'habilitation du personnel ;
- La représentation vis-à-vis du COFRAC, à même d'augmenter l'influence auprès des instances du COFRAC, notamment quand les méthodes de validation sont identiques.

Ce groupe d'échange pourra également favoriser un partage d'informations entre biologistes du territoire, dans le cadre du renforcement du parcours de soins gradué sur le territoire. A cet égard, l'organisation de staffs au niveau du GHT, sous forme de visioconférences trimestrielles pour présenter des cas, est également envisagée.

4. Développer l'expertise et l'attractivité du territoire

A. Vers un accès des biologistes du territoire aux plateaux techniques du CHU, facteur d'attractivité

Orientations stratégiques

L'accès aux plateaux techniques du CHU constitue un facteur d'attractivité pour les biologistes du territoire, et permet de compenser la diminution de l'activité de certains laboratoires de CH/HIA. Le GHT souhaite donc développer l'accès aux plateaux techniques entre les établissements, et permettre aux biologistes de monter un protocole sur des analyses spécialisées les intéressant. Au même titre que les services de l'AP-HM, les établissements du GHT – CH d'Aix et HIA Laveran – ou des assistants de CH plus éloignés du CHU pourraient être utilisateurs des plateaux techniques de l'AP-HM.

B. Vers une organisation et harmonisation des formations à l'échelle du GHT

Orientations stratégiques

Le GHT est favorable à une mutualisation des formations internes réalisées par des professionnels des CH et à leur harmonisation. S'agissant des formations organisées par des organismes extérieurs, la mutualisation des formations au niveau du GHT pourra permettre d'atteindre une masse critique au sein du GHT.

FILIERE ORTHOPEDIE- TRAUMATOLOGIE

Deux enjeux ont été identifiés pour la filière orthopédie :

- 1) Renforcer la filière publique de prise en charge en ortho-traumatologie dans un contexte de forte concurrence sur le territoire ;
- 2) Soutenir les CHG dont la taille critique des équipes est difficile à atteindre.

Enjeu 1 : Renforcer la filière de prise en charge en ortho-traumatologie dans un contexte

Orientation stratégique n°1 : Définir la répartition des activités entre proximité et recours et développer des pôles d'excellence dans les CH

Développement de pôles spécialisés territoriaux

En complément de l'offre de soins de l'AP-HM, il est proposé d'organiser, sur le territoire, des pôles spécialisés sur certaines prises en charge de recours.

Ces pôles permettront tout à la fois de mieux répondre en proximité aux besoins de la population et de renforcer le positionnement de l'offre publique sur le territoire. Les activités identifiées sont la chirurgie du rachis et la chirurgie de la main.

La réflexion devra être poursuivie pour définir les sites et les compétences nécessaires à leur développement.

Réorganisation de la prise en charge des infections ostéo-articulaires sur le territoire

Il est proposé de réfléchir au développement des prises en charge des infections ostéo-articulaires. En partant de l'activité réalisée et des marges de manœuvre identifiées, une polarisation de ces prises en charge sur un ou deux établissements (en plus de l'AP-HM) pourrait être envisagée. Une réflexion sur le temps de médecin infectiologue doit être amorcée en parallèle et pourrait aboutir à un poste partagé sur le territoire. Cette prise en charge doit être coordonnée avec le centre de référence des infections ostéo-articulaires du Sud-Est au sein de l'IHU Maladies infectieuses à l'APHM.

Développement des consultations avancées en ortho-pédiatrie

Les chirurgiens pédiatriques ont mis en place un maillage territorial. Au regard des besoins territoriaux identifiés, il est proposé de compléter ce dispositif sur un ou des autres sites sous forme de *consultation avancée*. Le besoin de temps médical doit être précisé. A cet égard, le CH d'Aix, qui ne dispose pas de consultations d'ortho-pédiatrie actuellement, est demandeur.

Orientation stratégique n°2 : Partager et harmoniser les pratiques sur le territoire

A. Récupération Rapide Après Chirurgie (RRAC)

Les professionnels s'accordent pour travailler à l'échelle du GHT sur cette démarche qui nécessite une réflexion conjointe entre anesthésistes et chirurgiens. Il faudra également prendre en compte l'ensemble des intervenants (soignants ou non) qui concourent à la prise en charge du patient, de son entrée dans l'établissement jusqu'à son retour au domicile. Il s'agira donc d'appréhender également les conséquences de la RRAC sur l'organisation d'autres métiers (personnels administratifs, secrétaires, IDE, ...).

Les pratiques ou protocoles déjà formalisés au sein des services pratiquant la RRAC seront diffusés aux autres membres du GHT pour servir de point de départ à la réflexion. Une rencontre entre les anesthésistes et les chirurgiens sera organisée pour initier une réflexion territoriale sur le sujet.

B. Ortho-gériatrie

L'organisation d'une réunion avec les gériatres et les chirurgiens orthopédiques des établissements du GHT est proposée afin de permettre l'échange de bonnes pratiques. Il s'agit également de développer potentiellement de nouvelles prises en charges et démarches, comme une consultation gériatrique pré-opératoire par exemple pour identifier les patients fragiles.

Orientation stratégique n°3 : Améliorer la performance des établissements

Les acteurs identifient l'amélioration de la performance de leurs organisations comme un enjeu stratégique de la démarche GHT. L'amélioration de la performance passe par le renforcement des liens avec l'aval (domicile, SSR, ...) et par le développement de l'ambulatoire.

A. Renforcement des liens avec l'aval

Afin d'améliorer les durées de séjours et fluidifier les liens avec l'aval deux actions ont été identifiées :

- Consolider le recours au programme PRADO dans l'ensemble des établissements du GHT. Pour ce faire, les professionnels pourront s'inspirer des expériences positives (AP-HM à l'Hôpital Ste-Marguerite par exemple) et les adapter à leurs spécificités locales. Il est essentiel également de construire ce projet avec les représentants de l'Assurance Maladie afin qu'ils puissent identifier, en fonction de la mission confiée et des compétences nécessaires, les professionnels adaptés ;
- Améliorer les liens vers les structures de SSR en développant notamment des partenariats publics/privés. L'objectif est également de travailler :
 - Sur les règles de liaison/articulation entre les services de chirurgie et S.S.R. (réflexion sur une anticipation de ROR, transmission du dossier médical, passage de médecins rééducateurs en chirurgie, ...) ;
 - Sur les critères d'admission des patients en SSR, en favorisant les patients du GHT

B. Développement de la chirurgie ambulatoire

Afin de développer l'ambulatoire, il est proposé de réfléchir, en complément des réorganisations en cours dans chaque établissement, au développement des prises en charge de la traumatologie notamment des membres supérieurs (chirurgie de la main). Des expériences existent sur le territoire (Arles) et pourraient être partagées, puis adaptées dans d'autres établissements.

Enjeu 2 : Soutenir les CHG dont la taille critique des équipes est difficile à atteindre

Orientation stratégique n°1 : Conforter l'organisation territoriale de l'orthopédie

En lien avec le projet ci-dessus de développement d'activités de recours sur le GHT, il est proposé de développer les postes partagés (assistants, PH). En fonction de l'activité identifiée (rachis, main, ...), une évaluation du potentiel d'activité sera réalisée (consultations et actes chirurgicaux).

A ce stade, il n'est pas proposé de modifier la permanence des soins sur le territoire.

De même, il n'y a pas d'évolution à court terme sur le développement des postes d'interne en périphérie.

1. Orientation stratégique n°1 : Définir une organisation territoriale des ressources médicales en neurologie

La mise en place de postes médicaux partagés doit être envisagée sur le territoire avec une évaluation des besoins des CH et des capacités de l'AP-HM. Ceux-ci devront être financés conjointement par les établissements concernés et s'ajouter aux effectifs actuels, car l'AP-HM n'est pas en mesure à ce jour de déployer des effectifs sur le territoire.

Le développement des temps partagés doit permettre à la fois d'améliorer la qualité de prise en charge des AVC dans les CH périphériques et également de renforcer les liens entre les structures de proximité et de recours et faciliter ainsi les transferts.

2. Orientation stratégique n°2 : Développer les structures de prise en charge dédiées à l'AVC sur le territoire

Des réponses ont été apportées par les établissements de référence avec des projets de développement de leurs capacités d'accueil en unité dédiée à l'AVC :

- L'AP-HM a un projet d'extension de son service à 40 lits (10 lits d'USINV et 30 d'UNV) à l'horizon 2019. Des discussions en cours avec l'ARS pourraient permettre un dimensionnement sensiblement supérieur à 40 lits.
- Au CHI du Pays d'Aix, un projet à l'horizon 2020 doit permettre l'ouverture d'un service comprenant 8 lits d'USINV, 16 lits d'UNV et 16 lits en neurologie. Dans l'attente de la réalisation de ce projet, l'établissement a mis en place une garde de neurologie depuis le 1^{er} janvier 2017 et va ouvrir 4 lits d'USINV.

Le développement à venir du nombre de lits d'USINV et d'UNV permettra d'améliorer la réponse aux besoins actuels, mais cette augmentation risque d'être insuffisante compte tenu des besoins du reste du territoire, des projections épidémiologiques et du rôle de recours de l'AP-HM à l'échelle régionale. Par ailleurs, il convient peut-être de discuter sur la fonction même des UNV et lits de neurologie, dont le rôle est de prendre en charge l'ensemble des AVC et pas seulement ceux pour lesquels une thrombolyse est effectuée. Le risque en procédant autrement est la difficulté des services d'urgence à rediriger ces patients vers des services adaptés.

L'organisation de lits dédiés à la prise en charge des patients atteints d'AVC au sein des hôpitaux périphériques permettrait d'améliorer la prise en charge des patients. Cela pourrait se traduire par l'organisation d'une unité de lieu où seront regroupées l'ensemble des patients atteints d'AVC et où le personnel médical et paramédical (IDE, aide-soignante) serait formé en conséquence. Des consultations neurologiques pourraient également être organisées et la prise en charge du suivi des patients en aval de la phase aiguë est à développer.

Le développement d'une filière « AIT » pourrait permettre également de libérer des lits pour les patients plus sévères. En effet les patients ayant présenté un AIT n'ont aucun déficit neurologique mais nécessitent un bilan étiologique rapide et la mise en route d'un traitement adapté pour limiter le risque de récurrence. Actuellement ces patients peuvent être hospitalisés plusieurs jours pour réaliser un bilan impliquant différentes spécialités (neurologie, radiologie, biologie, cardiologie).

Ce bilan pourrait être réalisé en ambulatoire, par exemple en hôpital de jour. La problématique de la prise en charge des AIT en hôpitaux de jour, organisée à l'heure actuelle dans un établissement du privé, pose problème

en termes d'organisation dans les établissements du GHT13 du fait du personnel médical nécessaire et du problème de codification de la sécurité sociale.

3. Orientation stratégique n°3 : Améliorer le parcours pré-hospitalier du patient victime d'un AVC sur le territoire

Concernant la conférence téléphonique, celle-ci doit nécessairement avoir lieu lorsque le transporteur se trouve déjà au contact de la victime et sa famille. L'échange est alors plus fiable sur les descriptions des symptômes et le diagnostic, il permet aux neurologues de l'UNV de mieux orienter le patient et de préparer son arrivée en hospitalisation.

Malgré une sensibilisation des pompiers du département à la prise en charge des AVC, la mise en place d'une fiche réflexe (fil conducteur des critères de détermination du diagnostic) commune entre le SAMU, le transporteur et le médecin de l'UNV permettrait l'homogénéisation des pratiques et une meilleure qualité de prise en charge pré-hospitalière des patients.

4. Orientation stratégique n°4 : Organiser la prise en charge post aigüe de l'AVC

A. L'articulation entre le court séjour et la rééducation en soins de suite

Afin de fluidifier l'aval de la prise en charge en neurologie, les établissements devront d'une part recenser les lits de SSR existants sur le territoire, selon leur spécialisation (neurologique, polyvalent, gériatrique) et les compétences en rééducation existantes, et d'autre part définir les profils de patients pouvant être pris en charge dans chacune de ces structures.

La proposition de créer une équipe mobile de MPR sur le territoire devra être approfondie. Cette équipe mobile aiderait à l'orientation des patients pour les établissements ne disposant pas de médecins rééducateurs. Il s'agirait d'une équipe pluri professionnelle, composée de médecins, de soignants et de rééducateurs.

B. Les situations cliniques ou sociales des patients qui peuvent être bloquantes à leur orientation vers une structure adaptée

L'objectif est de permettre aux établissements de bénéficier d'un temps d'assistante sociale adaptée à leurs besoins. Ce temps serait dédié à un service ou une unité pour trouver la meilleure structure selon le profil du patient et organiser la sortie des patients.

C. L'organisation du suivi du patient à l'issue de la prise en charge sanitaire

La prise en charge tout au long de la vie suite à un AVC est essentielle, notamment la prévention de la récurrence (prévention tertiaire), dans le cadre d'un retour à domicile avec la mise en place d'un accompagnement médico-social adapté.

Le suivi des consultations post-AVC pour la DGOS permet d'évaluer le volume de patients et de consultations du territoire afin d'organiser les prises en charge en hôpitaux de jour de manière adéquate.

Dans l'optique d'une organisation en hôpital de jour de ces bilans complets, il est nécessaire d'évaluer la file active de patients concernés, les professionnels de santé nécessaires à la prise en charge, le parcours du patient (travail à réaliser conjointement avec l'ARS PACA) et de s'assurer de son adéquation avec la tarification en hôpital de jour avec la CPAM.

FILIERE URGENCES

Les travaux menés ultérieurement devront permettre de définir le schéma territorial des Urgences du GHT 13.

1. Orientation stratégique n°1 : Mettre en œuvre de la réforme du temps de travail des urgentistes

La mise en œuvre de la réforme du temps de travail des urgentistes doit être homogène entre les établissements. Comme le montre l'état des lieux réalisé au sein du GHT la situation est très hétérogène, et il faudra plusieurs années pour une application identique de cette réforme.

Cette réforme permet également d'initier une réflexion commune sur la qualité de vie au travail des urgentistes. Les établissements du GHT s'accordent sur la nécessité d'une homogénéisation à terme des contrats de travail, de manière à éviter la concurrence entre les établissements. Pour ce faire, les établissements ayant appliqué la réforme du temps de travail dans les contrats des urgentistes diffuseront les modèles utilisés dans les autres établissements afin que ceux-ci puissent s'en inspirer (transmis pour les CH de Martigues et CH d'Arles).

La cible est de parvenir à des principes communs d'organisation et à la formalisation d'un contrat de travail type au sein du GHT.

2. Orientation stratégique n°2 : Mettre en place une gestion des lits par établissement

L'objectif est que chaque établissement du GHT déploie la fonction de gestion des lits avec un socle commun. Dans un premier temps, les participants s'accordent sur la nécessité de partager la documentation réalisée au sein de chacun des établissements du GHT : fiches de poste de bed manager ou gestionnaire des lits et/ou des séjours, règles d'hébergement / thésaurus. Les établissements de l'APHM Nord et Timone, le CH Arles et le CH Martigues ont déjà transmis des modèles.

Par la suite, le GHT doit définir une ambition commune de déploiement de la fonction de gestion des lits et/ou des séjours au sein de chacun des établissements. Le socle commun des missions à mettre en place sera à préciser pour une homogénéisation de la fonction sur le territoire.

3. Orientation stratégique n°3 : Développer des filières post-urgences

Il faut permettre aux établissements de s'inspirer de cette filière et de ces bonnes pratiques. De nombreuses filières sont existantes et à renforcer : thrombolyse (AP-HM Nord), colique néphrétique (CH Aix en Provence), médecine du sport, orthopédie, chirurgie viscérale et ophtalmologie (CH Martigues).

En effet l'optimisation de cette filière post urgence permettra de limiter les fuites vers d'autres établissements et les réadmissions précoces aux Urgences.

4. Orientation stratégique n°4 : Identifier les filières de prise en charge

Certaines filières identifiées fonctionnent correctement et font l'objet d'une régulation. Ces filières ne nécessitent pas pour le moment de plan d'action spécifique.

A. Filière SCA

Au regard de l'état des lieux réalisé, il paraît difficile et peu pertinent d'organiser une filière publique, car le principal enjeu reste la proximité et la rapidité de la prise en charge du patient. La régulation intervient exclusivement dans l'intérêt du patient pour que le délai de prise en charge soit le plus court possible.

Cependant, il paraît nécessaire d'utiliser ces filières existantes dans l'organisation des circuits hors urgence et consultations spécialisées. Le développement de la télé-médecine afin d'assurer une homogénéité des soins sur le territoire paraît également une solution à développer entre les établissements.

B. Filière Neurochirurgie

Les praticiens ont identifiés trois actions à mettre en place dans le cadre de la filière neurochirurgie :

- Développer l'utilisation de la télé médecine notamment grâce au recours à un outil commun qui permet de transmettre des images. De plus, l'utilisation d'une application spécifique sécurisée sur téléphone portable pour l'envoi d'images pourrait permettre de faciliter la transmission d'image entre les établissements.
- Améliorer l'accessibilité des praticiens hospitaliers d'astreinte dans les établissements du GHT en communiquant un numéro d'accès direct au service pour les praticiens externes.
- Diffuser le tableau des gardes et astreintes de manière indicative pour que les services externes (AP-HM) puissent identifier rapidement le PH d'astreinte et son binôme de garde.

C. Filière du traumatisé sévère

La régulation adresse les patients à l'AP-HM de manière systématique et plus particulièrement les patients traumatisés sévères instables et critiques. La procédure de prise en charge est claire, fait l'objet d'un registre et de recommandations régionales (Bonnes pratiques fondamentales, ORU PACA 2014) :

- Le centre de traumatologie de référence sur le territoire se situe sur l'hôpital Nord,
- Le plateau technique de la Timone peut être sollicité en cas de défaut de place sur l'hôpital Nord, en cas de proximité du lieu d'accident pour respecter le principe de la « golden hour » et en cas de prise en charge des patients traumatisés sévères pédiatriques.

D. Filière Syndrome Aortique Aigu

Cette filière est relativement simple car régulée à 100%, lorsque le diagnostic est réalisé. L'adressage du patient est alors effectué vers le plateau technique le plus proche et disponible (APHM, CH Saint Joseph ou Clinique Clairval). La régulation a pour principe de proposer le plateau technique se trouvant à proximité du lieu de prise en charge, cet adressage est notamment facilité par un logiciel de géolocalisation utilisé pour les délais d'intervention.

La difficulté rencontrée sur cette filière est l'accès aux plateaux techniques (scanner et échographie d'urgence).

E. Filière AVC

Au regard des lits et places disponibles dans les établissements, il paraît nécessaire de développer les capacités d'accueil et notamment d'avoir une UNV à l'hôpital Nord (AP-HM) considérant le bassin de population. Il convient également d'organiser le retour des patients vers les hôpitaux périphériques suite à une prise en charge dans l'établissement de recours au sein de la filière Stroke.

La notion de filière doit également prendre en compte l'aval des prises en charges hospitalières : il est nécessaire d'avoir des solutions d'aval spécialisées en capacité suffisante pour accueillir les patients des établissements du GHT.

Tout appel pour suspicion d'AVC au SAMU Centre 15 doit imposer un contact téléphonique entre le médecin régulateur et le médecin neurologue de l'UNV la plus proche. Il convient de s'approprier les bonnes pratiques fondamentales sur les filières AVC – ORU PACA 2014.

5. Orientation stratégique n°5 : Améliorer la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Les établissements du GHT doivent finaliser la mise à jour de leur Plan Blanc et réaliser des exercices. En effet, les pratiques des établissements sont perfectibles en termes d'activité : fréquence et thématique (mobilisation des équipes, ouverture des cellules de crises...).

De plus, dans le cadre du GHT, il est pertinent de mettre en place des formations et communications sur l'organisation médicale et logistique en cas de situation sanitaire. A ce titre, une formation pédagogique territoriale et zonale devrait être dispensée avant l'été 2017. Elle intéressera les établissements de santé du GHT (SAU et SMUR compris).

6. Orientation stratégique n°6 : SMUR

Compte tenu des disparités d'organisation, de difficultés pour soutenir l'ensemble des lignes de SMUR et de la réorganisation en cours des SAU, un travail de redéfinition de la sectorisation départementale des SMUR est à envisager au niveau du GHT. Cette réflexion sera à engager avec l'appui des établissements du GHT, de l'ARS PACA et impliquera probablement la réorganisation des secours médicalisés du SDIS.

7. Orientation stratégique n°7 : Assurer la formation des internes

Au 28 avril 2017, aucune validation sur la réforme du 3ème cycle n'a été actée. Les décrets d'application sont prêts (notamment sur l'organisation de l'année socle, des années de perfectionnement) mais ne sont pas encore parus au JORF. Cette validation n'est pas attendue avant fin mai voire début juin 2017.

Les éléments présentés dans l'état des lieux ne sont que des hypothèses de travail et permettent de structurer la réflexion. Cependant, aucune validation définitive n'est intervenue ce qui exclut d'office l'utilisation de ces hypothèses de manière définitive dans la rédaction du Projet Médical Partagé.

Thématique 1 : Définition des missions socles du secteur et de l'inter-secteur

DEFINITION DES MISSIONS SOCLES DU SECTEUR POUR LA PSYCHIATRIE ADULTE

1. Introduction

Le GHT 13 comporte 7 établissements disposant d'une activité de psychiatrie : l'AP-HM CHU de référence, 2 Centres Hospitaliers (CH d'Arles et CH de Martigues), 3 Centres Hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CH Valvert, CH E. Toulouse et CH Montperrin). L'Hôpital d'Instruction des Armées Lavéran, établissement associé au GHT dispose d'un service de psychiatrie. Le Centre Hospitalier d'Allauch participe également au projet médical partagé de la filière psychiatrie au titre de son activité en addictologie.

Dans le cadre du GHT, comme les autres spécialités médicales, la psychiatrie doit construire une graduation des soins au service du patient. La base de l'organisation des soins de psychiatrie en France est constituée par le secteur psychiatrique, qui a mis en place une territorialisation de missions de prévention, de diagnostic, de soins polyvalents, de réadaptation, de réinsertion sociale et de réhabilitation. Ces missions de psychiatrie de secteur sont exposées dans l'article 69 de la Loi de Modernisation du Système de Santé du 26 janvier 2016 qui rappelle l'exigence de la proximité, de l'accessibilité territoriale et financière et de la continuité des soins psychiatriques.

C'est dans cet objectif que les établissements du GHT ont défini 9 thématiques prioritaires, qui leur paraissent critiques pour la définition et la mise en œuvre de la graduation des soins dans le GHT 13. Ce sont :

- 1. **La définition des missions socles du secteur et de l'inter-secteur** parce qu'elles constituent la pierre angulaire de toute l'organisation des soins psychiatriques ;
- 2. **La gériatrie-psychiatrie**, 3. **les activités spécifiques**, 4. **L'hospitalisation des adolescents et des enfants, les TSA, la périnatalité** parce qu'il y a très nettement dans ces domaines une insuffisance de l'offre de soins dans le département et une nécessité de coopération ou de mutualisation pour structurer une offre de niveau II ;
- 5. **Les urgences et la prise en charge de la crise** parce que ce sont des modalités importantes et souvent problématiques d'entrée dans la filière de soins ;
- 6. **Les personnes sous-main de justice** parce que leur prise en charge présente une spécificité liée à l'articulation incontournable avec le système judiciaire et en raison de la prévalence élevée des troubles psychiques dans cette population ;
- 7. **L'addictologie** en raison de la prévalence élevée des problématiques addictives sur le territoire du GHT ;
- 8. **L'enseignement, la formation et la recherche**, comme thématique incontournable dans un GHT dont l'établissement support est un CHU.

La 9ème thématique est celle de la réhabilitation psycho-sociale et des liens avec le médico-social et le social. Lors de la construction de ce premier projet médical partagé, cette question a semblé trop large pour être valablement traitée dans les délais impartis et dans la configuration d'un groupe de travail essentiellement médical. Il a donc été décidé de la développer ultérieurement dans le cadre de la Communauté Psychiatrique de Territoire (CPT).

La problématique de la prise en charge somatique des patients souffrant de troubles psychiques, qui est un véritable problème de santé publique, devra également être prise en compte dans les travaux à venir.

Le présent projet médical partagé de la filière psychiatrie a été élaboré avec le concours des professionnels de santé de l'ensemble des établissements du GHT cités plus haut. Chaque thématique a fait l'objet de plusieurs groupes de travail en 2016 et 2017 puis les réflexions de l'ensemble des groupes ont été synthétisées au cours de trois réunions plénières. Ce PMP constitue la première brique d'une coopération renforcée entre ces établissements et aura vocation à être complété sur d'autres thématiques et en articulation avec les acteurs des prises en charge médico-sociale et sociale, notamment dans le cadre de la constitution de la CPT, prévue dans l'article 69 de la Loi de Modernisation du Système de Santé et dans le décret du 26 octobre 2016.

Le projet de la filière psychiatrie débutera par un diagnostic général de la population desservie, la présentation d'indicateurs de la consommation en soins, d'indicateurs socio-économiques et un état des lieux de l'offre de soins et des équipements. Il est à noter d'ores et déjà que, dans le domaine des soins psychiatriques, le GHT 13 présente une spécificité territoriale. Le secteur libéral y est très notablement sur représenté par rapport au reste du territoire national, en particulier en ce qui concerne le nombre de lits d'hospitalisation privée.

Par la suite, les thématiques prioritaires seront développées en commençant par la pierre angulaire que constitue le secteur psychiatrique.

Pour terminer ce propos liminaire, il paraît aussi important de souligner que le recensement des actes effectués dans la filière psychiatrique étant spécifique, il paraît souhaitable que cette spécificité soit prise en compte dans l'organisation du DIM de territoire au travers de la désignation par le collège des DIM, d'un DIM spécifique à la psychiatrie (adjoint à celui du GHT) qui coordonnerait le recueil des activités de psychiatrie, entre les différents établissements du GHT.

Il paraît aussi important de rappeler le caractère crucial de la confidentialité en psychiatrie et la nécessité de son maintien dans le cadre du développement d'un dossier patient informatisé dont tous les participants reconnaissent l'intérêt pour une discipline qui a la particularité de prendre en charge ses patients sur des sites multiples et dans des modalités de soins diversifiées.

2. Enjeux et problématiques

Principes

La psychiatrie de secteur représente une forme originale d'organisation sanitaire qui permet le maillage de soins diversifiés et de proximité, ayant des missions de prévention primaire, secondaire, de soins et de réinsertion, autour de dispositifs de soins ayant un socle commun.

Principes communs : philosophie des soins

- Accueil et accessibilité : des soins de proximité pour tous et une réponse adaptée à chaque demande
- Une équipe pluridisciplinaire qui aborde le patient de manière «globale» (vie quotidienne, travail, ressources, logement...)
- Unité et continuité des soins : une seule équipe assure la continuité entre hospitalisation et soins ambulatoires
- Importance du travail de synthèse, d'élaboration dans l'équipe lors de réunions pluridisciplinaires

- Accompagnement et engagement : dimension relationnelle du soin, créer la relation, être garant du parcours de soin du patient
- Recherche de l'adhésion aux soins du patient à tous les moments de son parcours
- Créer des liens : environnement du patient, famille, aidants, réseau
- Recherche des dispositifs permettant de limiter au strict nécessaire l'exercice d'une contrainte quelconque
- Articulation avec les disciplines MCO

Missions

La psychiatrie de secteur assure des soins en hospitalisation, mais de façon privilégiée des soins ambulatoires, y compris à domicile, différenciés du temps d'hospitalisation.

3. Orientations stratégiques

La question du financement

Une réflexion sur les missions sociales ne peut faire l'impasse sur la question du budget et des moyens dévolus à la psychiatrie :

- Définir un minimum de moyens par secteur, fondés sur les besoins populationnels
- Garantir la sanctuarisation des budgets psychiatriques

La dotation annuelle de financement de la psychiatrie est actuellement très inégalitaire. Quelques soient les modalités d'ajustement de cette dotation (péréquation ou autre méthodologie), il ne faudrait pas qu'elles aboutissent à la désorganisation des soins dans certains secteurs. Les prises en charge psychiatriques sont soumises à une évaluation portée en premier lieu par les usagers et leurs familles.

Principes généraux en matière de sectorisation psychiatrique

Les principes généraux sont construits autour des notions d'accessibilité, de proximité et de continuité des soins.

La désignation du secteur pour l'ensemble des modalités de soin se fait par l'adresse de la résidence habituelle. Sont considérées comme résidence toutes structures hors du champ sanitaire : EHPAD, MAS, résidence services, foyer logement, MECS, famille d'accueil social, CHRS, hôtel social, meublé, appartement gouverné, partagé, associatif, les internats temps complet. En revanche, ne sont pas considérés comme résidence :

- Les structures du champ sanitaire
- Une adresse uniquement administrative (ex : boîte postale, curateur/tuteur)
- Les établissements pénitentiaires

Règles particulières en matière d'hospitalisation temps plein

Pour que chacun puisse être accueilli, les règles suivantes sont définies pour l'hospitalisation :

- Un patient placé par un secteur dans une structure autre qu'un appartement en nom propre relève, pour son hospitalisation temps plein, du secteur de rattachement de cette structure après une durée d'un an consécutive sans hospitalisation.
- Une organisation spécifique est mise en place pour les patients SDF pour assurer l'accès et la continuité des soins sur l'ensemble des modalités de prise en charge.

Par exemple, pour l'agglomération marseillaise, les patients hors secteur, SDF sont hospitalisés en fonction de leur date de naissance (un patient qui ne pourrait donner sa date de naissance se verrait attribuer la date du jour de son arrivée aux urgences). En cas d'hospitalisation datant de moins d'un an dans un secteur, c'est ce secteur qui continue à assurer la prise en charge en hospitalisation temps plein.

1. Enjeux et problématiques

Principes

- Offrir un maillage diversifié et de proximité ayant des missions de préventions, de soins, de socialisation, et d'accès à l'éducation au sens large (apprentissage, guidances éducatives et parentales).
- Un pôle de psychiatrie infanto juvénile comprend plusieurs structures internes correspondant soit à des filières de soins transversales (dispositif adolescents...) soit au regroupement de plusieurs secteurs. Par conséquent un pôle de pédopsychiatrie couvre un territoire très étendu.

Principes communs : philosophie des soins

- Accueil et accessibilité : des soins de proximité pour tous et une réponse adaptée à chaque demande
- Une équipe pluridisciplinaire qui aborde la prise en charge des enfants, le soutien des parents dans leur environnement quotidien (socialisation, éducation, santé, lutte contre la précarité)
- Continuité des soins
- Renforcer l'articulation avec le médico-social pour éviter les ruptures de parcours
- Importance du travail de synthèse, d'élaboration dans l'équipe lors de réunions pluridisciplinaires
- Importance du travail de réseau :
 - Sur le plan sanitaire :
 - Services de psychiatrie adulte
 - Médecins généralistes, pédiatres
 - Hôpitaux, CHU (services de pédiatrie et d'urgences, CAP, gynépôle, CERTA et service de neuropédiatrie)
 - Centre de santé
 - Consultations spécialisées
 - Orthophonistes, psychomotriciens, kinésithérapeutes, infirmiers libéraux
 - Sur le plan judiciaire : PJJ, protection des mineurs
 - Sur le plan social, scolaire et éducatif : les écoles maternelles, élémentaires, collèges et lycées, (médecins, psychologues scolaire enseignants référents), et AVS structures de halte-garderie, les crèches, les MDS, la CAF, les centres aérés, associations à caractère culturel, sportif et de soutien éducatif et familial.
 - Dans le cadre de la protection de l'enfance : l'ASE, l'AEMO, les foyers, les pouponnières et les familles d'accueil
 - avec les structures médico-sociales : SESSAD, ITEP, IME et CAMPS
 - avec les structures d'accueil associatif
 - avec les associations de soutien parental (TISF)
 - avec la MDPH
 - avec MDA ESJ PAEJ

Missions

- Soins ambulatoires, y compris à domicile

- Soins en hospitalisation

Thématique 2 : Géro-psycho-geriatrie

1. Enjeux et problématiques

La prise en charge spécifique des troubles psychiatriques de la personne âgée est un enjeu actuel, du fait :

- des données démographiques : les personnes âgées de plus de 60 ans représentent 25% de la population des Bouches du Rhône soit 500 000 personnes.
- de la prévalence des pathologies psychiatriques dans cette population

Il existe une spécificité de la clinique, de la prise en charge thérapeutique et des problématiques de vie (retraite, perte d'autonomie, entrée en institution...).

2. Orientations stratégiques

La filière de soins en géro-psycho-geriatrie est à développer afin d'avoir une offre de soins plus homogène sur le territoire des Bouches du Rhône, sans se substituer au dispositif de secteur déjà présent.

En effet, la population âgée nécessite une **facilitation de l'accès aux soins spécialisés**.

Les équipes mobiles permettent ce travail au plus près du lieu de vie du patient que ce soit à domicile ou EHPAD mais ne peuvent assurer à elles seules le suivi. L'UMGP qui fonctionne depuis près de 5 ans a pu mesurer la difficulté d'adresser les patients sur les CMP de secteur. Le territoire d'intervention de ces équipes est également à redéfinir.

On peut proposer définir dans chaque secteur (CMP) adulte, un psychiatre et un infirmier **référent géro-psycho-geriatrie** afin de parfaire le maillage du dispositif, faisant le lien entre équipe mobile spécialisée et équipe de secteur.

La prise en charge en structures ambulatoires type **hôpital de jour** voir CATTP, alternatives à l'hospitalisation sont à développer. Les deux structures déjà existantes sont très proches géographiquement et en dehors de Marseille. Montperrin envisage de relocaliser l'hôpital de jour sur Aix. Le pôle de géro-psycho-geriatrie de Valvert a fait également un projet de centre de soins ambulatoires à Marseille afin de se rapprocher du lieu de vie des patients pris en charge par l'UMGP.

Quant aux **unités d'hospitalisation temps plein**, l'unité de Valvert couvre les besoins des secteurs de l'hôpital. L'unité que devrait ouvrir Montperrin répondra également à cette demande. La nécessité de lits pour répondre aux besoins des autres secteurs marseillais et du reste du département est encore à évaluer.

Le développement des relations avec la filière gériatrique et neurologique est nécessaire du fait des pathologies intriquées dans la population âgée.

La formation des internes, des acteurs de terrain (médico-social) ainsi que la recherche doivent être des axes de travail et de collaboration entre les équipes.

1. Enjeux et problématiques

- La formation des internes nécessite la participation des services non universitaires dans la formation pratique (offre de stages) et théorique, aux côtés des services universitaires
- La formation continue pour les psychiatres et paramédicaux devra être développée. L'ensemble des établissements du GHT doit mutualiser et développer la formation professionnelle et continue, en accord avec les évolutions juridiques et législatives
- Les travaux de recherche sont insuffisamment développés par défaut d'évaluations standardisées.
- Les travaux de recherche sont peu connus des partenaires des autres établissements qui aimeraient en avoir connaissance et y participer
- Inclure les centres hospitaliers de proximité dans les programmes de recherche afin d'élargir les cohortes.

2. Orientations stratégiques

- Pour la formation, il serait intéressant de pouvoir mener une réelle réflexion pour trouver la bonne forme et également réfléchir au contenu de ces enseignements. Une présentation des différents types de psychothérapies pourrait être proposée dans le cadre de la réforme actuelle du 3ème cycle des études médicales.
 - Compte tenu des exigences fortes d'une mutualisation de la formation au sein du GHT, une réflexion incluant la participation des DIM devra être menée
- Pour la recherche les liens avec les centres experts devront être développés de manière à utiliser des outils validés pour répondre aux exigences des différents protocoles de recherche.
- Pour la recherche, nous proposons la création d'un comité scientifique :
 - pour présenter les différents projets en cours, répondre à des appels à projets, développer des protocoles en lien avec les chercheurs, ou valoriser les différents résultats.
 - chaque centre hospitalier désigne deux référents, un psychiatre d'adultes, un pédopsychiatre, qui pourraient participer à ce comité scientifique qui se réunira de manière régulière
 - Il serait intéressant d'y adjoindre un DIM du GHT
 - Ce comité devrait permettre de mettre en synergie nos différentes forces pour élaborer des projets de recherche plus conséquents.

Thématique 4 : Activités spécifiques

1. Enjeux et problématiques

L'enjeu de l'accessibilité de la prise en charge de sismothérapies pour les patients du territoire est identifié.

Les enjeux en pédopsychiatrie sont :

- La pertinence de ces prises en charge spécifiques nous incite à penser leur développement à un niveau plus large afin d'en faire bénéficier un plus grand nombre de patients/familles et ne pas démunir les soins de secteur.
- Un recrutement de personnel sera nécessaire pour maintenir l'activité des UF existantes.

2. Orientations stratégiques

Les participants identifient les orientations suivantes :

- Développer des formations mutuelles sur des activités spécifiques inter-sectorielles ;
- Structurer des activités spécifiques indispensables (consultations post-traumatiques par exemple), qui peuvent être développées par mutualisation entre les secteurs voire entre établissement, en sus des ressources sectorielles. Elles doivent être financées par un budget spécifique ;
- Organiser la prise en charge des sismothérapies sur le territoire ;
- Investir les activités de la douleur et du sommeil suite aux travaux des psychiatres de Montperrin dans les établissements du GHT ;
- Formaliser une filière pour les autistes adultes et pour les patients atteints du syndrome d'Asperger ;
- Envisager le développement de postes médicaux partagés sur le territoire, sur des activités spécifiques.

Une évaluation de l'apport des dispositifs d'activités spécifiques aux services cliniques et à la recherche devra être réalisée.

En ce qui concerne les orientations pédopsychiatriques, il s'agit de développer des consultations spécifiques : autisme, enfants de moins d'un an, trouble des apprentissages, adolescents, syndrome Asperger, TDAH, adoption, dysphorie, thérapie familiale, transculturelles, comportement alimentaire, stress, post traumatique et deuil,...

Thématique 5 : Hospitalisation des adolescents et des enfants, TSA, périnatalité

Sur cette thématique, le projet GHT est décliné en trois populations spécifiques :

- Les enfants et les adolescents
- La périnatalité
- Les troubles du spectre autistique

1. Hospitalisation des enfants et des adolescents

A. Enjeux et problématiques

Le groupe identifie les enjeux suivants :

- Inadéquation de l'Accueil en urgence des adolescents « difficiles ».
- Insuffisance des 4 lits de l'USIA : insuffisant au regard du territoire couvert, délais d'attente dus au manque de solutions d'aval. la clinique des trois cyprès qui ne reçoit plus qu'en programmer. 16 lits ne sont plus mobilisables en situation d'urgence.
- Insuffisance des lits d'hospitalisation de pédopsychiatrie temps plein en particulier dans le secteur public. Pas de lits de pédopsychiatrie pour enfants (moins de 12 ans) dans la région PACA
- Il existe très peu de place en HDJ ado non spécifiques et très peu de places spécifiques TSA ado sur le reste du département en dehors de l'OASIS.
- Problème d'absence de dispositifs de type CATTP et HJ pour adolescents sur le territoire pour proposer des prises en charge ambulatoires plus intensives.
- Manque de moyens pour recevoir en consultations les adolescents en amont et en aval des hospitalisations et donc éviter cet afflux de jeunes qui arrivent en pédiatrie notamment sur Marseille. Délais d'attente trop importants au niveau des CMP.
- Consultations et prise en charge spécifiques (CHU) insuffisantes pour couvrir toutes les demandes spécifiques du département.
- Pas de soins études sur le 13. Obligation d'orienter les adolescents hors du département (cadrans solaires)
- Problématique des jeunes incarcérés : Ouverture du quartier mineur de Luynes. Centre de la Valentine. A Marseille, nécessité du travail d'articulation au temps de l'incarcération, du suivi à la sortie et de l'expertise. Pénurie des experts. Question de constituer un réseau (travail de thèse en cours)
- Problématique des ados difficiles qui présentent souvent des ruptures dans leurs parcours de soins et pour laquelle plusieurs champ ou institutions doivent s'entendre du fait des problématiques psychosociales associées.

B. Orientations stratégiques

Le groupe priorise les orientations stratégiques suivantes :

- Travail sur pédopsychiatrie de liaison dans les différents services de pédiatrie Renfort des équipes de pédopsychiatrie de liaison dans les différents services de pédiatrie ;
- Accueil des adolescents aux urgences : Nécessité de développer des accueils spécifiques en urgence. Besoin de lits de type UHCD pour adolescents et pré-adolescents ;
- Augmenter le nombre de lits de soins intensifs du département : Nécessité de positionner des lits de crise pour le nord du territoire et des lits de crise pour le sud et l'ouest du territoire ;
- Meilleure visibilité pour des lits d'hospitalisation d'aval en temps plein pour les adolescents du département ;
- Augmentation du nombre de lits d'aval en pédopsychiatrie ;
- Développer l'hospitalisation pour enfant au niveau régional ;

- Réflexion régionale sur les hospitalisations de pédopsychiatrie intensives pour adolescents et/ou enfants présentant des décompensations sévères ;
- Développement de l'accueil ambulatoire des adolescents en amont et en aval de l'hospitalisation :
 - Maillage des accueils type « MDA, ESJ PAEJ » sur le territoire ;
 - Améliorer l'attente des premiers accueils en ambulatoire ;
 - Positionnement de Consultations spécifiques avancées sur les territoires en liens étroits avec CHU et CRA ou autres lieux experts (TCA, TSA, TDHA, TCC, etc.) ;
 - Développer les réseaux et le travail transversal sur des prises en charge spécifiques (ex TCA, Asperger, TDHA..) ;
 - Renforcer par des places en HJ spécifique pour adolescents dans tous les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile ;
 - Renforcer les dispositifs intensifs de soin ambulatoire ;
 - Développement dans chaque service ou pôle de pédopsychiatrie d'unités ou de dispositifs transversaux et/ou intersectoriels soutenant la mise en place de dispositifs spécifiques pour les adolescents. (ex : projet du CACC Valvert pour le grand Marseille) ;
- Création d'Unités Mobiles pour aller vers les adolescents qui ont des difficultés à demander des soins, Intérêt de dispositifs mixtes sanitaire et social type RESADOS qui intervient sur Aix auprès de jeunes en rupture de parcours de soin et sous mandat de protection ;
- Soutenir le travail en partenariat :
 - Développer le réseau entre tous les acteurs du champ de l'adolescence (PJJ, Médico-social, éducation nationale, sanitaire, prévention) ;
 - Articulation avec les structures adultes sanitaires et médico-sociales :
 - Pour la prise en charge des 16-25 ans ;
 - Aider à la transition, au passage à l'âge adulte sans rupture de parcours (notamment pour les adolescents suivis par l'aide sociale à l'enfance) ;
 - Articulation avec le social et le médicosocial et les structures privées pour éviter les ruptures de parcours ;
 - Poursuite de la commission COMADO (pilotage ARS/ MDA).

2. Périnatalité

A. Enjeux et problématiques

Les principaux enjeux identifiés :

- Nécessité d'interlocuteurs et de dispositifs de première intention sur tout le territoire et travail en aval des UPB.
- Nécessité de déploiement de dispositifs plus spécifiques et intensifs de PEC ambulatoires et/ ou unité d'Hospitalisation : développement d'UPB, HJ, CATTP
- Sanctuarisation des dispositifs périnatalité au niveau des financements.

- Travail important à mener avec les PMI. Question de mise à disposition de temps psy ? sur quel financement ?
- Nécessité de développer la dimension de prévention.
- Besoin de développer la formation dans le cursus des internes.
- Améliorer l'articulation avec les psychiatres d'adultes.
- Nécessité d'un référent Périnatalité dans chaque secteur de pédopsychiatrie et dans chaque service ou pôle de psychiatrie adulte.

B. Orientations stratégiques

Le groupe priorise les six orientations stratégiques suivantes :

- Nécessité d'UPB sur les différents territoires du département : mise en œuvre d'une deuxième UPB, sur le CHIAP d'Aix en partenariat avec CHM et CD pour le nord du département et Val de Durance ;
- Développer des accueils de proximité type consultations parents bébé dans les CMP ;
- Développer des dispositifs ambulatoires intensifs d'amont et d'aval des UPB : HJ, CATTP, équipes mobiles. Place HJ à créer sur unité Houzel à Edouard Toulouse, projet de dispositif d'aval dans le projet UPB aixois, développement de CATTP parents bébé ;
- Soutenir les interventions de liaison dans chaque maternité avec enjeu de prévention et dépistage et lien avec psy adulte ;
- Sanctuarisation des crédits existants au sein des budgets hospitaliers (hors péréquation ?) ;
- Travail de réseau à structurer : appuis sur dynamique départementale pour aide à structuration du travail de réseau sur chaque territoire et soutien à la formation.

3. Prise en charge des troubles du spectre autistique

A. Enjeux et problématiques

La problématique essentielle est, sur l'ensemble du territoire :

- de poursuivre l'amélioration du dépistage et du diagnostic le plus précocement possible
- tout en garantissant des possibilités de prise en charge en aval : ambulatoires et HJ et en travaillant en articulation entre les structures sanitaires et médicosociales

B. Orientations stratégiques

Le groupe priorise les orientations stratégiques suivantes :

Améliorer le diagnostic et l'évaluation sur l'ensemble du territoire

- Niveau 1 et 2 :
 - Question d'un bilan minimum nécessaire et suffisant pour les diagnostics simples : bilan orthophonique, PEP, CARS ?
 - Liste d'attente pour les CMP, CMPP, CAMSP

- Nécessité de formations d'acteurs ressources dans chaque pôle sous forme de consultations avancées
- Articulation avec les CAMSP et PMI dans un maillage global de dépistage, diagnostic et prise en charge précoce
- Développement des structures ressources de niveau 2 type EREA sur l'ensemble du territoire
- **Niveau 3 :**
 - Articulation ++ du CRA avec les équipes de proximité
 - Construction d'un plan de formation continue avec le CRA pour soutenir les formations permanentes des équipes
 - Question du coût des formations, surtout pour l'ADOS
- **Adultes :** la 1^{ère} mission des Makaras est l'évaluation des adultes avec TSA, à la demande des institutions médicosociales (foyer de vie, FAM, MAS) ou des familles. L'équipe est restreinte et en difficulté pour couvrir toute la région

Améliorer les prises en charge sur tout le territoire et à tout âge

- **Enfants :**
 - Manque de places en HJ enfants
 - Problèmes des adresses en IME : manque de places, refus des patients avec TSA si pas de prise en charge en HJ malgré des moyens alloués pour troubles associés
- **Adolescents :**
 - Manque criant de places en HJ ados
 - Articulation entre le sanitaire et le médicosocial à renforcer (ex : projet IPA entre Montperrin et les Parons pour jeunes adolescents TSA en situation de décompensation)
- **Adultes :**
 - Un budget non pérenne a permis d'étendre les missions des Makaras pour des interventions fonctionnelles dans les lieux de vie des patients. Obtenir pérennisation du budget.

Equipe mobile

- Il s'agit de soutenir les institutions médicosociales et/ou sanitaires recevant les patients avec TSA, quand elles se trouvent en difficulté pour éviter les ruptures de soins.
- Nécessité ++ de couvrir l'ensemble du territoire : extension de l'UMDA ? Autre unité mobile au nord du département ?

Thématique 6 : Urgences et prise en charge de la crise

1. Enjeux et problématiques

Les problématiques dégagées de ce diagnostic sont les suivantes :

- Absence de prévention d'amont de l'urgence et de la crise ;
- Absence de régulation coordonnée efficiente en amont, entre sites assumant la psychiatrie d'une part, et entre système psychiatrique et système d'urgences et de SAMU/SMUR/centre 15 ;

- Difficulté de la gestion d'aval et de l'admission dans des délais raisonnables en hospitalisation : manque de capacités d'hospitalisation publique, avec des différences capacitaires sur les différents établissements du GHT 13, réponse insuffisante du secteur privé à but lucratif.

Les objectifs généraux sont :

- Optimiser la réponse à l'urgence et la crise psychiatrique pour la patientèle ;
- Optimiser la psychiatrie de liaison en MCO ;
- Améliorer les coopérations au sein du GHT 13 ;
- Examiner l'adéquation des lignes de gardes et d'astreinte d'urgence qui nuisent éventuellement au travail hospitalier (repos compensateurs) et l'adéquation du nombre de praticiens hospitaliers sur les différents sites du GHT 13.

2. Orientations stratégiques

L'ensemble des acteurs du groupe de travail de la filière psychiatrique reconnaît que le problème est complexe. La réponse actuelle apportée est globalement correcte par rapport à la population mais des pistes d'amélioration sont possibles. Des solutions peuvent être apportées, puis affinées et ajustées à l'aune des expériences.

En préalable, il est proposé de distinguer 3 bassins populationnels des Bouches du Rhône : sud-est, nord, et ouest, pour lesquels les réponses peuvent être adaptées aux spécificités :

1. Augmenter le nombre de lits de crise sur certains sites, type lits de crise CAP 48 ou lits de crise innovants de plus longues durées mais inférieures à 5 jours. Ce nombre de lits de crise doit être ajusté en fonction du niveau capacitaire en hospitalisation psychiatrique du GHT 13 selon les bassins et du ratio de lits pour 100 000 habitants ;
2. Mettre en place d'une régulation générale en amont devrait pouvoir être possible, au niveau du GHT 13 et en lien avec les urgences MCO et la régulation 15 ;
3. Améliorer la gestion d'aval afin d'éviter des hébergements inter-établissements et des transferts entre services d'urgence ;
4. Renforcer l'accueil pédopsychiatrique (et l'accueil différencié des adolescents notamment) et l'accueil psychiatrique de la personne âgée ;
5. Structurer la psychiatrie de liaison avec un budget dédié, selon les configurations par site (association ou non à la psychiatrie d'urgence).

Thématique 7 : Personnes sous-main de justice

1. Enjeux et problématiques

Les problématiques principales retenues concernant la prise en charge des personnes sous-main de justice concernent les différentes étapes de prises en charge :

- Amont : place et limites du dispositif de soins psychiatriques dans les alternatives à l'incarcération
- Détenus en hospitalisation :

- Evaluation de la répartition des D398 CPP entre les différents hôpitaux ;
- Evaluation des conditions d'accueil des patients détenus en hospitalisation ;
- Ouverture prochaine de l'UHSA ;
- Aval : préparation à la sortie, hébergement et risque de rupture de soins.

2. Orientations stratégiques

Le groupe de travail s'accorde sur les priorités suivantes :

1. Facilitation de l'accès aux soins et à la prévention tout au long du parcours, pour toutes les personnes placées sous-main de justice en milieu pénitentiaire et également en milieu ouvert ;
2. Attention particulière portée :
 - aux populations en situation de vulnérabilité : mineur(e)s, femmes enceintes, mères avec enfant, personnes handicapées, personnes âgées, migrants, personnes LGBTI... ;
 - aux personnes souffrant de pathologies addictives et de pratiques à risque (RDRD), de pathologies psychiatriques, de risque suicidaire et de situations de précarité sociale ;
3. Amélioration :
 - de la continuité des soins et des relais de prises en charge ;
 - de l'accès à la protection sociale (ouverture des droits sociaux) ;
 - de l'accès au logement ;
4. Renforcement de l'offre de soins pour les PPSMJ en obligation ou injonction de soin :
 - Renforcement des moyens des CMP et le cas échéant, développement de soins spécifiques ;
 - Avec formations et supervision (concernant les auteurs de violences sexuelles : recours au CRIAVS) ;
5. Amélioration de la connaissance de l'état de santé des personnes détenues et, bien que plus difficile à implémenter, de celui des PPSMJ en milieu ouvert ; avec un focus particulier sur les addictions et les mineurs (enquêtes en cours) ;
6. Valorisation des expériences de terrain innovantes ;
7. Poursuite et renforcement de la coopération des différents acteurs du champ ;
8. Participation aux travaux du comité de pilotage régional et multipartenarial qui assurera le suivi de l'UHSA et plus généralement la situation des PPSMJ relevant d'une hospitalisation psychiatrique.

Thématique 8 : Addiction

1. Enjeux et problématiques

Les enjeux de la filière addictologie sont les suivants :

- Organiser une filière d'addictologie individualisée, articulant l'offre médico-sociale et hospitalière, avec un financement adapté ;
- Organiser le maillage du territoire, pour une réponse complète aux besoins de proximité (niveau 1) et de recours (niveau 2).

2. Orientations stratégiques

A. Une nécessaire individualisation de l'addictologie, avec une structuration des volets sanitaire et médico-social

Le GHT est favorable à l'individualisation de l'addictologie au sein de la filière psychiatrie, associant le secteur médico-social et sanitaire. Il convient de noter cependant que l'ELSA pour le CH d'Arles n'est pas intégrée au pôle psychiatrie mais au pôle médecine (aucune modification n'est envisagée). Au service de cette activité, le groupe de travail plaide pour des budgets fléchés, pérennes et sanctuarisés sur l'addictologie, afin de remédier au morcellement et au saupoudrage des financements de l'offre actuelle intégrant les financements médico-sociaux et hospitaliers par prise en compte des budgets médico-sociaux et des budgets sanitaires. Cette mesure permettrait de flécher les moyens dédiés à l'addictologie, et de remédier au morcellement des financements actuels.

Cette individualisation de l'addictologie doit permettre de réaffirmer les principes d'anonymat garanti au patient et de gratuité des soins.

B. Une nécessaire structuration de l'addictologie au sein de la filière sur le territoire du GHT

Le GHT est favorable à une structuration complète de l'addictologie sur le territoire et souhaite porter les exigences de couverture des différents niveaux aux trois ou quatre bassins de population identifiés (Marseille, Aix, Martigues avec Arles ou indépendamment).

D'une part, cela passe par la structuration d'une offre d'addictologie de niveau I sur l'intégralité du département. Le CGD, les HPC et Valvert, actuellement sans prise en charge addictologique, devraient donc être dotés d'une offre de niveau I, soit en développant elles-mêmes un dispositif soit par extension d'un service addictologique susceptible de pouvoir assurer ce soin. Il peut s'agir non pas de créer de nouvelles structures lorsqu'il en existe déjà mais d'étoffer l'offre existante afin qu'elle puisse être mise au service de l'ensemble du bassin de population concerné.

D'autre part, cela passe par la structuration d'une offre de niveau II dans tous les bassins de population. Actuellement, il manque une offre de niveau II dans le bassin de Martigues – Arles.

C. Les ELSA, une illustration de l'articulation des moyens au sein de chaque bassin de population

Les ELSA ont pour mission d'aller au lit du malade avec une priorisation des sites d'urgences. Afin de répondre à cette mission, il n'est pas nécessaire d'avoir une équipe sur chaque site d'urgences, mais une équipe coordonnée intervenant sur les sites d'urgences de chacun des bassins de population desservi (Martigues, Aix, Marseille et Arles) donc 4 ELSA.

De même, les autres dispositifs (consultations externes sur les hôpitaux, HDJ, etc...) gagneraient à être organisés de façon transversale sur chaque bassin du territoire.

D. Structuration d'un niveau 3 sur le département

Le GHT souhaite un développement de la recherche et de l'enseignement piloté par l'AP-HM pour l'addictologie et intégrant l'ensemble des acteurs. Se pose la question de l'installation de lits de sevrage complexe. Il convient de noter que l'enseignement proposé sera largement basé sur la pratique, et que le CHU permette une spécificité technique qui ne peut être offerte ailleurs.

E. Vers un renforcement de la Prévention

La réduction des risques et des dommages (RdRD), le repérage précoce des conduites addictives, l'éducation thérapeutique (ETP), la réduction des inégalités d'accès à la prévention (sociales, territoriales) ainsi que la structuration de la prévention font partie des objectifs du GHT 13. Le volet prévention fait partie des missions

des CSAPA qui doivent développer et proposer différents outils pour mettre en place ces missions de prévention.

Les consultations jeunes consommateurs (CJC) constituent une offre supplémentaire d'accès aux soins pour les adolescents, sachant que la problématique à cet âge est justement d'engager une démarche et une demande d'aide. Engager un soin sur le prétexte des conduites à risques est plus acceptable pour des jeunes. De plus, un jeune qui va mal met souvent en avant des problématiques de conduites à risques ou addictives.

C'est une porte d'entrée pour engager des soins psychiatriques ou en santé mentale.

Article 2 : Les travaux relatifs au diagnostic et à la déclinaison opérationnelle de chacune des filières figurent dans le document en annexe.

Fait à Marseille, le 10 juillet 2017

ETABLISSEMENTS PARTIES AU GHT

- Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis
Directeur Joël BOUFFIES

- Centre Hospitalier d'Allauch – Louis Brunet
Directeur Robert SARIAN

- Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
Directeur Général Jean-Olivier ARNAUD

- Centre Hospitalier d'Arles
Directeur Laurent DONADILLE

- Centre Hospitalier Edmond Garcin - Aubagne
Directrice par intérim Florence ARNOUX

- Centre Hospitalier La Ciotat
Directeur Walid BEN BRAHIM

- Centre Gériatologique Départemental
Directeur Jean-Claude PICAL

- Centre Hospitalier Edouard Toulouse
Directeur Gilles MOULLEC

- Centre Hospitalier de Martigues
Directeur Barthélémy MAYOL

- Centre Hospitalier Montperrin
Directeur Pascal RIO

- Hôpitaux des Portes de Camargue
Directeur Laurent DONADILLE

- Centre Hospitalier de Salon de Provence
Directeur Vincent PREVOTEAU

- Centre Hospitalier Valvert
Directeur Robert BRENGUIER

ETABLISSEMENT ASSOCIE AU GHT

Hôpital d'Instruction des Armées Laveran
Médecin-chef Michel GUISET

Fait à Marseille, le 10 juillet 2017

ETABLISSEMENTS PARTIES AU GHT

- Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis
Directeur Joël BOUFFIES



- Centre Hospitalier d'Allauch – Louis Brunet
Directeur Robert SARIAN



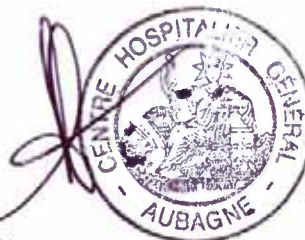
- Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
Directeur Général Jean-Olivier ARNAUD



- Centre Hospitalier d'Arles
Directeur Laurent DONADILLE



- Centre Hospitalier Edmond Garcin - Aubagne
Directrice par intérim Florence ARNOUX



- Centre Hospitalier La Ciotat
Directeur Walid BEN BRAHIM



- Centre Gérontologique Départemental
Directeur Jean-Claude PICAL



Centre Gérontologique Départemental
176 Avenue de Montolivet – BP 50058
13375 MARSEILLE CEDEX

- Centre Hospitalier Edouard-Toulouse
Directeur Gilles MOULLEC



Sur mesure de la mise en œuvre de la
notion à-joint du Comité de surveillance

- Centre Hospitalier de Martigues
Directeur Barthélémy MAYOL



- Centre Hospitalier Montperrin
Directeur Pascal RIO



- Hôpitaux des Portes de Camargue
Directeur Laurent DONADILLE



- Centre Hospitalier de Salon de Provence
Directeur Vincent PREVOTEAU



- Centre Hospitalier Valvert
Directeur Robert BRENGUIER



ETABLISSEMENT ASSOCIE AU GHT

Hôpital d'Instruction des Armées Laveran
Médecin-chef Michel GUISET

Médecin Général GUISET Michel
Spécialiste des hôpitaux des Armées
Médecin Chef de l'H.I.A. Laveran



Etablissement Associé :

Groupement Hospitalier de Territoire
des Bouches du Rhône
Avenant n°2 à la convention constitutive

RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES - VISAS

Vu les articles L 6132-1 à L 6132-6 du code de la Santé Publique instituant les Groupements Hospitaliers de Territoire,

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

Vu l'arrêté du 30 janvier 2012 du directeur général de l'Agence régionale de santé Provence Alpes Côte d'Azur fixant le schéma régional de santé pour la région PACA pour les cinq ans à venir,

Vu la convention constitutive du GHT 13 en date du 30 juin 2016,

Vu l'avis du 07 juillet 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 23 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Salon de Provence relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 29 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier d'Arles relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 10 juillet 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier d'Allauch – Louis Brunet relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 28 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Edmond Garcin - Aubagne relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 27 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier La Ciotat relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 30 juin 2017 du conseil de surveillance de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 30 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Martigues relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 20 juin 2017 du conseil de surveillance des Hôpitaux des Portes de Camargue relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 28 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Valvert relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 29 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Edouard Toulouse relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 6 juillet 2017 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Montperrin relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 27 juin 2017 du conseil de surveillance du Centre Gériatrique Départemental relatif au projet médical partagé du GHT 13,

Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis,

Vu l'avis du 22 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier de Salon de Provence,

Vu l'avis du 21 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier d'Arles,

Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier d'Allauch – Louis Brunet,

Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Edmond Garcin Aubagne,

Vu l'avis du 26 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier La Ciotat,

Vu l'avis du 28 juin 2017 de la commission médicale d'établissement de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille,

Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier de Martigues,

Vu l'avis du 13 juin 2017 de la commission médicale d'établissement des Hôpitaux des Portes de Camargue,

Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Valvert,
Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Edouard Toulouse,
Vu l'avis du 12 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Montperrin,
Vu l'avis du 26 juin 2017 de la commission médicale d'établissement du Centre Gériatrique Départemental

Vu l'avis du octobre 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis,
Vu l'avis du 22 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier de Salon de Provence,
Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier d'Arles,
Vu l'avis du 22 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier d'Allauch – Louis Brunet,
Vu l'avis du 27 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Edmond Garcin - Aubagne,
Vu l'avis de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier La Ciotat,
Vu l'avis du 21 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille,
Vu l'avis du 28 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier de Martigues,
Vu l'avis du 20 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des Hôpitaux des Portes de Camargue,
Vu l'avis du 20 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Valvert,
Vu l'avis du 28 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Edouard Toulouse,
Vu l'avis du 22 juin 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Montperrin,
Vu l'avis du 10 juillet 2017 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Gériatrique Départemental.

Vu l'avis du 4 juillet 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis,
Vu l'avis du 19 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier de Salon de Provence,
Vu l'avis du 27 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier d'Arles,
Vu l'avis du 4 juillet 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier d'Allauch – Louis Brunet,
Vu l'avis du 26 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Edmond Garcin - Aubagne,
Vu l'avis du 19 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier La Ciotat,
Vu l'avis du 20 juin 2017 du comité technique d'établissement de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille,
Vu l'avis du 16 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier de Martigues,
Vu l'avis du 15 juin 2017 du comité technique d'établissement des Hôpitaux des Portes de Camargue,
Vu l'avis du 26 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Valvert,
Vu l'avis du 27 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Edouard Toulouse,
Vu l'avis du 28 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Montperrin,

Vu l'avis du 27 juin 2017 du comité technique d'établissement du Centre Gériatrique Départemental.

Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis, en date du 20 juin 2017,

Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier de Salon de Provence, en date du 19 juin 2017,

Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier d'Arles, en date du 14 juin 2017,

Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier d'Allauch – Louis Brunet en date du 6 juin 2017,

Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier Edmond Garcin - Aubagne, en date 21 juin 2017,

Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier La Ciotat, en date du 19 juin 2017,

Vu la concertation du directoire de l'Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille, en date du 12 juin 2017,

Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier de Martigues, en date du 26 juin 2017,

Vu la concertation du directoire des Hôpitaux des Portes de Camargue, en date du 12 juin 2017,

Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier Valvert, en date du 13 juin 2017,

Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier Edouard Toulouse, en date du 06 juin 2017,

Vu la concertation du directoire du Centre Hospitalier Montperrin en date du 7 juin 2017,

Vu la concertation du directoire du Centre Gériatrique Départemental en date du 02 juin 2017.

Vu la décision du 20 juin 2016 du Ministère de la Défense portant autorisation pour l'hôpital d'instruction des armées Laveran d'être associé à l'élaboration du projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire Bouches du Rhône,

Etant précisé que le présent projet de règlement intérieur a fait l'objet de plusieurs réunions d'un groupe composé de représentants des établissements membres du GHT 13,

Il a été convenu ce qui suit :

Article 1 : La convention constitutive du GHT 13 est modifiée par le présent avenant n°2 qui intègre le règlement intérieur des instances du GHT 13 à ladite convention.

Font l'objet du présent avenant la composition et les compétences de chaque instance ainsi que les modalités de fonctionnement du comité stratégique.

Concernant les modalités de fonctionnement des autres instances, elles feront l'objet d'annexes au présent avenant.

Table des matières

RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES - VISAS.....	2
1. OBJET DU REGLEMENT INTERIEUR DU GHT DES BOUCHES DU RHONE.....	7
2. MODALITES DE FONCTIONNEMENT DES INSTANCES DU GHT DES BOUCHES DU RHONE.....	7
LE COMITE STRATEGIQUE	7
COMPOSITION	7
COMPETENCES.....	7
FONCTIONNEMENT	8
LE COLLEGE MEDICAL	10
COMPOSITION	10
COMPETENCES.....	10
LE COMITE DES USAGERS DE GROUPEMENT	12
COMPOSITION	12
COMPETENCES.....	12
LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUE	13
COMPOSITION	13
COMPETENCES.....	13
LE COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX	15
COMPOSITION	15
COMPETENCES.....	15
LA CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL	16
COMPOSITION	16
COMPETENCES.....	16
3. CONFIDENTIALITE	17
4. MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR.....	17
5. DIFFUSION DU REGLEMENT INTERIEUR	17

1. OBJET DU REGLEMENT INTERIEUR DU GHT DES BOUCHES DU RHONE

Le règlement intérieur du GHT des Bouches du Rhône, a pour objet de fixer l'organisation interne et le fonctionnement du groupement et de ses instances y compris la mise en œuvre de ses modalités de gouvernance.

Le règlement intérieur a été élaboré par le comité stratégique du GHT des Bouches du Rhône qui l'a adopté en sa séance du 29 mai 2017 après consultation des instances du Groupement et conformément à leurs attributions respectives.

2. MODALITES DE FONCTIONNEMENT DES INSTANCES DU GHT DES BOUCHES DU RHONE

LE COMITE STRATEGIQUE

COMPOSITION

Article L.6132-2 II 5° b) + Article R. 6132-10

Le comité stratégique du GHT est composé comme suit :

- les directeurs des établissements membres du groupement
- les présidents des commissions médicales d'établissement des établissements membres du groupement
- les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico techniques des établissements membres du groupement
- le président du collège médical du groupement
- le médecin responsable du département de l'information médicale de territoire
- le directeur de l'unité de recherche et de formation médicale
- Le médecin chef de l'hôpital d'instruction des armées Laveran

Le président du comité stratégique peut se faire assister de toute personne de son choix. A la demande de l'un des membres du comité, il peut y avoir des invités, après acceptation du président.

En cas d'absence ou d'empêchement au comité stratégique, chaque membre peut se faire représenter par une personne de son choix à qui il donne pouvoir écrit pour le représenter es qualité.

Présidence

Le président du comité stratégique est le Directeur Général de l'APHM, établissement support du GHT des Bouches du Rhône.

COMPETENCES

Le Comité stratégique possède trois types de compétences :

- décisionnelles
- il peut être saisi pour avis
- il doit être tenu informé sur certains sujets.

Compétences décisionnelles :

Le comité stratégique du GHT des Bouches du Rhône est chargé de se prononcer sur :

- La préparation puis la mise en œuvre de la convention constitutive, et de ses éventuels avenants,
- La mise en œuvre du projet médical partagé,
- La conduite de la mutualisation de certaines fonctions prévues par la convention constitutive.

Le comité stratégique du GHT des Bouches du Rhône élabore et adopte le règlement intérieur du groupement, après avis des instances du GHT pour les domaines qui les concernent.

Avis :

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

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

Information :

-Le DIM de territoire rend compte au moins une fois par an, de l'activité des établissements parties au comité stratégique du groupement hospitalier de territoire.

-Le comité stratégique du GHT des Bouches du Rhône est informé des avis émis par le collège médical, par la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, et par le comité des usagers de groupement.

FONCTIONNEMENT

Le comité stratégique du GHT des Bouches du Rhône se réunit en séance ordinaire au minimum trois fois par an sur convocation de son président ou à la demande des deux tiers de ses membres. Un calendrier prévisionnel annuel est établi en début d'année et est communiqué aux membres du comité stratégique.

Cette instance est une instance de concertation. Si cette concertation ne permettait pas de recueillir un avis partagé sur les matières qui relèvent de sa compétence, il serait procédé à un vote à main levée. Il pourra être procédé à un vote à bulletin secret à la demande d'un des membres.

- Pour ce qui concerne les sujets qui mettent en jeu le fondement stratégique du GHT, c'est-à-dire faisant l'objet d'un avenant à la convention constitutive, le vote s'exprime par une voix par établissement correspondant à l'unanimité des représentants de l'hôpital au comité stratégique.
- Pour les autres sujets, chaque établissement dispose de trois voix représentées par :
 - Le Directeur de l'établissement ou son représentant
 - Le Président de la CME ou son représentant
 - Le Président de la CSIMRT ou son représentant

Les décisions et avis du comité stratégique sont pris à la majorité qualifiée des deux tiers des membres du comité stratégique.

Il n'est pas institué de quorum.

L'ordre du jour est arrêté par le président du comité stratégique ou par les deux tiers des membres du comité stratégique lorsque la séance a lieu à leur initiative. Dans le 1^{er} cas, les membres du comité stratégique peuvent proposer l'inscription à l'ordre du jour d'une question, libre au président de l'accepter.

Les convocations et l'ordre du jour sont adressés, dans la mesure du possible, au moins sept jours à l'avance aux membres du comité stratégique et aux personnes éventuellement invitées, par mail, ainsi que les documents.

Les séances du comité stratégique ne sont pas publiques.

Un compte rendu de la séance est rédigé et approuvé en début de séance suivante.

Le secrétariat du comité stratégique est assuré par la cellule opérationnelle du GHT 13.

LE COLLEGE MEDICAL

COMPOSITION

La composition du collège médical peut être étendue aux éventuels futurs établissements parties, partenaires ou associés. Un avenant spécifique prenant acte des conséquences de tels rapprochements, serait dès lors pris.

Le collège médical est composé de 29 (ou 28 si le médecin DIM est déjà président de CME ou médecin titulaire désigné par la CME partie) membres de droit suivants :

- Le Président de la commission médicale d'établissement de chaque établissement partie au groupement ou son représentant
- Un membre titulaire, et un membre suppléant en cas d'absence, désigné par la commission médicale de chaque établissement partie, parmi les praticiens titulaires de l'établissement
- Le médecin responsable du département d'information médicale du territoire
- deux membres représentant la communauté médicale de l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran

Ses membres sont désignés par les CME de chaque établissement.

La durée de leur mandat est de même durée que leur mandat électif au sein de la CME des établissements parties.

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

Présidence et vice-présidence du collège médical :

Les membres du Collège Médical élisent leur Président et Vice-président parmi les membres de droit du Collège Médical.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. Seuls les deux candidats ayant eu le plus de suffrages peuvent se présenter. En cas d'égalité de voix, c'est le plus âgé qui se maintient. La majorité relative suffit au troisième tour.

Le Président et le Vice-Président sont issus de deux établissements parties différents.

La durée de leur mandat est fixé à 4 ans, renouvelable une fois, sous réserve de la durée du mandat dans son établissement.

En cas d'empêchement du président, la présidence est assurée par le vice-président.

COMPETENCES

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

Le collège médical joue un rôle important dans le développement d'une culture commune au sein du groupement. A ce titre, il participe activement aux processus de réflexion, de décision, d'évaluation et de suivi. Dans ce cadre, il contribue :

- A l'évaluation des filières de soins
- Au suivi de l'organisation en commun des activités médico-techniques identifiées comme fonctions mutualisées (biologie médicale, imagerie, pharmacie)

- A la stratégie de la politique qualité en prévision de la certification conjointe
- A la stratégie des systèmes d'information convergents dans ses dimensions médicales
- A la coordination de la politique du développement professionnel continu concourant à la réalisation du projet médical partagé du groupement

LE COMITE DES USAGERS DE GROUPEMENT

COMPOSITION

Il comprend :

- Le directeur de l'établissement support qui le préside
- Un membre titulaire, et un membre suppléant en cas d'absence, représentant la commission des usagers (CDU) de chaque établissement et y siégeant en qualité de représentant des usagers.
- Un membre représentant la Commission des Usagers de l'hôpital d'instruction des armées Laveran et y siégeant en qualité de représentant des usagers.
- Le président du collège médical du GHT ou un représentant qu'il désigne parmi ses membres
- Le président de la CSIRMT du GHT ou un représentant qu'il désigne parmi ses membres

Présidence

Le comité des usagers est présidé par le directeur de l'établissement support du groupement.

COMPETENCES

Le comité des usagers du GHT des Bouches du Rhône participe à la réflexion de territoire sur cette thématique.

A ce titre, il est informé du diagnostic de l'offre de soins du groupement, de la priorisation des filières de prise en charge des patients et à l'organisation de la gradation des soins au sein des sites du groupement. Il donne un avis sur le projet médical partagé du groupement. Il est tenu informé, chaque année, de sa mise en œuvre et du bilan dressé par son président. Les avis émis par le comité des usagers sont transmis aux membres du comité stratégique et à chacune des commissions des usagers des établissements parties au groupement.

LA COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUE

COMPOSITION

Tel que le stipule l'article 12 de la convention constitutive

- « *La commission comprend 28 membres* » : 14 membres de droit et 14 membres titulaires ; deux membres invités ; un coordonnateur général des instituts et écoles de formation du GHT et le représentant du collège médical
 - « *Les présidents des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques d'établissements sont membres de droit de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement au titre de leur fonction* »
 - *1 membre titulaire et un suppléant, désignés au sein de chaque CSIRMT des établissements parties au groupement*
 - *1 membre titulaire et un suppléant représentant la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de l'Hôpital d'instruction des armées Laveran* »
 - Le représentant du collège médical du groupement
 - Un coordonnateur général des instituts et écoles de formation du GHT
- Les membres siègent jusqu'à l'échéance de leur mandat, c'est-à-dire quatre ans.
 - Les membres suppléants deviennent titulaires de droit en cas d'absence définitive des membres titulaires pour la durée restante du mandat, dans le respect des résultats des élections et de la composition nominative des CSIRMT des établissements parties au groupement

Présidence

Tel que le stipule l'article 12 de la convention constitutive

« Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement est un coordonnateur général des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques désigné par le directeur de l'établissement support du groupement ; sur proposition des Directeurs de des soins ou Coordonnateurs généraux des soins des établissements parties au groupement »

- Le président est garant :
 - de l'application des dispositions relatives à la tenue des séances, aux avis de la commission ;
 - du déroulement correct des réunions (respect de l'ordre du jour, temps d'échange)
 - de la qualité des travaux ;
 - de l'application du présent règlement intérieur.
 - de la rédaction et diffusion des comptes rendus
- Le président adresse, chaque année, un rapport de l'activité au comité stratégique.

COMPETENCES

Tel que le stipule l'article 12 de la convention constitutive :

« La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques élabore et met en œuvre le projet de soins du groupement en articulation, cohérence et complémentarité avec le projet médical »

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

Les présidents des CSIRMT des établissements parties au GHT ne délèguent pas de compétences à la CSIRMT du GHT.

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques contribue au projet médical partagé

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est consultée pour avis sur :

1^e – La politique d'amélioration continue de la qualité, de la sécurité des soins et de la gestion des risques liés aux soins.

2^e – La recherche et l'innovation dans le domaine des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.

3^e – La politique de développement professionnel continu

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques est informée sur le règlement intérieur du Groupement Hospitalier de Territoire des Bouches du Rhône

LE COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX

COMPOSITION

Il comprend :

- les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils de surveillance des établissements parties au groupement
- les maires des communes sièges des établissements parties au groupement ou leur représentant si ceux-ci ne sont pas membres des conseils de surveillance des établissements parties
- le président du comité stratégique
- les directeurs des établissements parties au groupement ou leur représentant
- du président du collège médical

Présidence

Le CTET élit son président parmi ses membres élus locaux, lors de sa première séance. Il est élu pour une durée égale à celle de son mandat électif, renouvelable une seule fois.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. Seuls les deux candidats ayant eu le plus de suffrages peuvent se présenter. En cas d'égalité de voix, c'est le plus âgé qui se maintient. La majorité relative suffit au troisième tour.

En cas d'empêchement temporaire du président, la présidence du comité territorial des élus locaux est assurée par le vice-président.

Vice-Présidence

Le vice-président du CTET du GHT des Bouches du Rhône est élu parmi ses membres.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. Seuls les deux candidats ayant eu le plus de suffrages peuvent se présenter. En cas d'égalité de voix, c'est le plus âgé qui se maintient. La majorité relative suffit au troisième tour.

Il est élu pour une durée de 4 ans, renouvelable une seule fois.

COMPETENCES

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

LA CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL

COMPOSITION

- Le Président du Comité stratégique
- Un représentant de chaque organisation syndicale représentée dans au moins un comité technique d'établissement d'un établissement partie,
- Des représentants des organisations représentées dans plusieurs comités techniques d'établissement des établissements parties au Groupement (nombre déterminé dans la convention constitutive),
- Président du collège médical du groupement (voix consultative),
- Président de la CSIRMT du Groupement (voix consultative).

Chaque membre de la CTDS qui ne peut être présent à la réunion, y compris son président, peut être représenté par un suppléant de son choix à qui il donne pouvoir écrit pour le représenter es qualité. Ce suppléant peut être membre ou non de la CTDS.

Présidence

Le président de la CTDS du GHT des Bouches du Rhône est le président du comité stratégique

Vice-Présidence

La CTDS du GHT des Bouches du Rhône élit son vice-président parmi les représentants des organisations syndicales qui en sont membres, lors de la première séance.

Le vote a lieu au scrutin uninominal secret et à la majorité absolue. Si cette majorité n'est pas atteinte aux deux premiers tours, un troisième tour est organisé. Seuls les deux candidats ayant eu le plus de suffrages peuvent se présenter. En cas d'égalité de voix, c'est le plus âgé qui se maintient. La majorité relative suffit au troisième tour.

Il est élu pour la durée de son mandat syndical, renouvelable une seule fois.

COMPETENCES

Elle est informée des projets de mutualisation, concernant notamment :

- la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences,
- les conditions de travail,
- la politique de formation au sein du Groupement Hospitalier de Territoire.

3. CONFIDENTIALITE

Chacun des membres se reconnaît tenu à une obligation de confidentialité pour tout fait, information, projet et décision qui appartiennent ou relèvent d'un autre membre, et dont il aura connaissance dans le cadre du GHT des Bouches du Rhône.

Le GHT des Bouches du Rhône et ses membres garantissent que l'ensemble de leurs personnels respectifs sont également soumis à un engagement de confidentialité, notamment concernant les données de santé qui pourraient circuler dans le cadre des services rendus ou obtenus.

Les rapports et documents adressés aux membres, préalablement ou durant les instances du GHT des Bouches du Rhône sont confidentiels.

Les débats ainsi que les comptes rendus qui en rapportent les termes sont également confidentiels.

En outre, cette obligation de confidentialité s'étend à toute personne susceptible d'assister aux réunions des instances du GHT des Bouches du Rhône.

4. MODIFICATION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement est obligatoirement révisé lorsque l'intervention d'un texte législatif ou réglementaire le nécessite. Dans ce cas, le président prend toute disposition utile pour mettre en œuvre la révision.

Il peut aussi être révisé sur proposition du président, ou des deux tiers de ses membres. La révision n'est adoptée que si la majorité qualifiée des 2/3 des suffrages exprimés est obtenue.

5. DIFFUSION DU REGLEMENT INTERIEUR

Le présent règlement intérieur est établi en autant d'exemplaires originaux que d'établissements parties associés et partenaires.

Une copie est adressée pour information au directeur général de l'Agence Régionale de Santé.

Fait à Marseille, le 10 juillet 2017

ETABLISSEMENTS PARTIES AU GHT

- Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis
Directeur Joël BOUFFIES

- Centre Hospitalier d'Allauch – Louis Brunet
Directeur Robert SARIAN

- Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
Directeur général Jean-Oliver ARNAUD

- Centre Hospitalier d'Arles
Directeur Laurent DONADILLE

- Centre Hospitalier Edmond Garcin - Aubagne
Directrice par intérim Florence ARNOUX

- Centre Hospitalier La Ciotat
Directeur Walid BEN BRAHIM

- Centre Gériatrique Départemental
Directeur Jean-Claude PICAL

- Centre Hospitalier Edouard Toulouse
Directeur Gilles MOULLEC

- Centre Hospitalier de Martigues
Directeur Barthélémy MAYOL

- Centre Hospitalier Montperrin
Directeur Pascal RIO

- Hôpitaux des Portes de Camargue
Directeur Laurent DONADILLE

- Centre Hospitalier de Salon de Provence
Directeur Vincent PREVOTEAU

- Centre Hospitalier Valvert
Directeur Robert BRENGUIER

ETABLISSEMENT ASSOCIE AU GHT

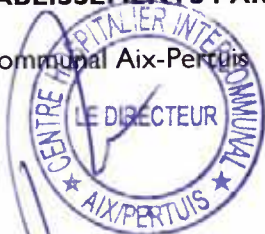
Hôpital d'Instruction des Armées Laveran

Médecin-chef Michel GUISET

Fait à Marseille, le 10 juillet 2017

ETABLISSEMENTS PARTIES AU GHT

- Centre Hospitalier Intercommunal Aix-Pertuis
Directeur Joël BOUFFIES



- Centre Hospitalier d'Allauch - Louis Brunet
Directeur Robert SARIAN



- Assistance Publique - Hôpitaux de Marseille
Directeur général Jean-Oliver ARNAUD

[Handwritten signature]



- Centre Hospitalier d'Arles
Directeur Laurent DONADILLE

[Handwritten signature]



- Centre Hospitalier Edmond Garcin - Aubagne
Directrice par intérim Florence ARNOUX



- Centre Hospitalier La Ciotat
Directeur Walid BEN BRAHIM



- Centre Gérontologique Départemental
Directeur Jean-Claude PICAL

[Handwritten signature]

Centre Gérontologique Départemental
176 Avenue de Montolivet - BP 50058
13375 MARSEILLE CEDEX

- Centre Hospitalier Edouard Toulouse
Directeur Gilles MOULLEC



- Centre Hospitalier de Martigues
Directeur Barthélémy MAYOL



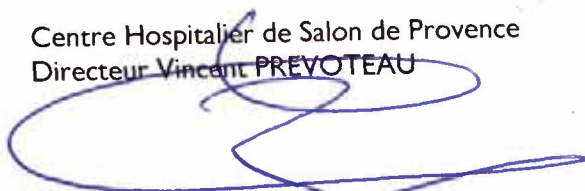
- Centre Hospitalier Montperrin
Directeur Pascal RIO



- Hôpitaux des Portes de Camargue
Directeur Laurent DONADILLE



- Centre Hospitalier de Salon de Provence
Directeur Vincent PREVOTEAU



- Centre Hospitalier Valvert
Directeur Robert BRENGUIER



ETABLISSEMENT ASSOCIE AU GHT

Hôpital d'Instruction des Armées Laveran

Médecin-chef Michel GUISET

Médecin Général GUISET Michel
Spécialiste des hôpitaux des Armées
Médecin Chef de l'H.I.A. Laveran

Projet médical Partagé du Groupement Hospitalier de Territoire des Bouches-du-Rhône (GHT 13) - ANNEXES

Table des matières

FILIERE IMAGERIE	4
1. Remédier à la pénurie de radiologues en améliorant l'attractivité des postes médicaux	4
2. Développer les capacités de transmission des images au service des coopérations	5
3. Renforcer l'organisation de la permanence de soins à l'échelle du territoire	6
4. Définir une politique territoriale de l'équipement lourd en imagerie	7
FILIERE PHARMACIE	8
1. Organiser le partage de bonnes pratiques et la coordination des pharmaciens du territoire	8
2. Mutualiser les formations continues à l'échelle du territoire	9
3. Maintenir la permanence pharmaceutique existante à l'échelle du territoire	9
4. Définir les pistes de coopération sur des activités spécifiques et les conditions de coopération au niveau logistique et outils SI	9
5. Favoriser la convergence des systèmes d'information au service des coopérations entre PUI	14
FILIERE BIOLOGIE MEDICALE	15
1. Développer des coopérations à géométrie variable dans les diverses familles d'examens, dans une optique de stratégie publique du GHT, permettant d'éviter la sous-traitance vers le privé	15
2. Maintenir l'organisation existante de la permanence des soins	17
3. Développer la qualité et la coordination à l'échelle du territoire	17
4. Développer l'expertise et l'attractivité du territoire	18
FILIERE ORTHOPEDIE TRAUMATOLOGIE	20
1. Diagnostic	20
2. Coopérations existantes	21
3. Les enjeux	21
Enjeu 1 : Renforcer la filière de prise en charge en ortho-traumatologie dans un contexte de forte concurrence sur le territoire	21
Enjeu 2 : Soutenir les CHG dont la taille critique des équipes est difficile à atteindre	28
FILIERE NEURO-VASCULAIRE	29
1. Diagnostic du territoire sur la filière AVC	29
2. Orientation stratégique n°1 : Définir une organisation territoriale des ressources médicales en neurologie	32
3. Orientation stratégique n°2 : Développer les structures de prise en charge dédiées à l'AVC sur le territoire	33
4. Orientation stratégique n°3 : Améliorer le parcours pré-hospitalier du patient victime d'un AVC sur le territoire	33
5. Orientation stratégique n°4 : Organiser la prise en charge post aigüe de l'AVC	33
FILIERE URGENCES	36
1. Diagnostic	36
2. Orientation stratégique n°1 : Mettre en œuvre de la réforme du temps de travail des urgentistes	41
3. Orientation stratégique n°2 : Mettre en place une gestion des lits par établissement	42
4. Orientation stratégique n°3 : Développer des filières post-urgences	43

5. Orientation stratégique n°4 : Identifier les filières de prise en charge	44
6. Orientation stratégique n°5 : Améliorer la gestion des situations sanitaires exceptionnelles	45
7. Orientation stratégique n°6 : SMUR	45
8. Orientation stratégique n°7 : Assurer la formation des internes.....	46
FILIERE PSYCHIATRIE.....	47
1. Diagnostic général	47
2. Thématiques prioritaires	54
Thématique 1 : Définition des missions sociales du secteur et de l'inter-secteur.....	54
Thématique 2 : Gériatrie-psychiatrie	59
Thématique 3 : Formation enseignement recherche	59
Thématique 4 : Activités spécifiques	60
Thématique 5 : Hospitalisation des adolescents et des enfants, TSA, périnatalité	62
Thématique 6 : Urgences et prise en charge de la crise	67
Thématique 7 : Personnes sous-main de justice	69
Thématique 8 : Addiction.....	71
Conclusion générale de la filière	72

1. Remédier à la pénurie de radiologues en améliorant l'attractivité des postes médicaux

Etat des lieux

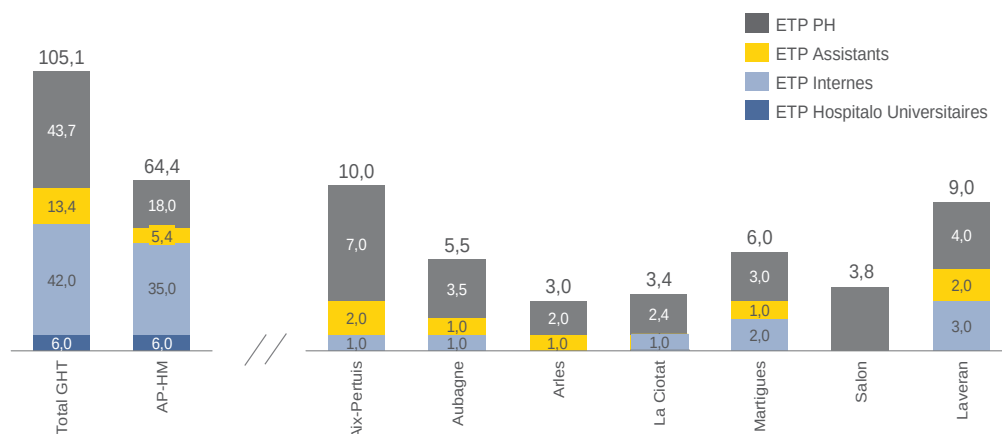
Il est apparu lors de l'analyse des besoins de l'ensemble des hôpitaux du territoire que les effectifs médicaux radiologiques constituent un sujet très important voire critique pour certains d'entre eux.

Au sein du GHT, sept établissements possèdent un service d'imagerie médicale armé par des radiologues internes :

- L'AP-HM ;
- Le CH du Pays d'Aix ;
- Le CH de Martigues ;
- Le CH de Salon de Provence ;
- Le CH de La Ciotat ;
- Le CH d'Aubagne ;
- L'HIA Lavéran.

En leur sein, de nombreux postes sont vacants, et les effectifs de radiologues seniors sont souvent insuffisants pour assurer la permanence des soins, voire pour assurer l'encadrement des internes. Le graphique ci-dessous présente les effectifs médicaux de radiologue au sein des établissements du GHT :

Figure 1 : ETP médicaux rémunérés en 2016



Il convient de noter les éléments suivants :

- Au CH d'Arles, le personnel indiqué correspond à du personnel mis à disposition par le CHU de Nîmes et non à du personnel propre de l'établissement
- Au CH d'Aubagne, les 3,5 ETP praticiens hospitaliers (PH) correspondent à 2 PH titulaires, 1 PH attaché-associé, et 1 mi-temps avec 4 vacations.
- Au CH de La Ciotat, l'effectif médical est composé de 2,4 ETP sénior (4 PH temps partiel) et 1 ETP interne.

Pour remédier à la pénurie des radiologues, des coopérations ont déjà été mises en œuvre :

- Au CH d'Allauch, l'interprétation est réalisée par l'HIA Lavéran depuis l'été 2016

- Au CH d'Arles, le service d'imagerie fonctionne avec du personnel médical mis à disposition par le CHU de Nîmes dans un fonctionnement tournant (présence sur site assurée avec une équipe dédiée spécialisée dans des champs pointus (coro-scanners, ponctions sous scanner, neuroradiologie, échographies spécialisées...) qui se succède au cours de la semaine mais il s'agit désormais toujours de la même équipe.

Déclinaison opérationnelle

- Création d'au moins un poste d'interne à chaque choix dans chacun des hôpitaux du GHT13 (hors CHU). Ces créations ne pourront être honorées que dans le respect des contraintes économiques de chacun des établissements concernés ;
- Création d'un poste d'assistant partagé pérenne dans chacun des hôpitaux du GHT13 (hors CHU) ;
- Investiguer la possibilité de financement des postes d'assistants partagés par l'ARS, l'AP-HM et le CH.

Concernant la spécificité du CH d'Arles, il convient d'organiser une rencontre spécifique entre le CH d'Arles, le CHU de Nîmes et l'AP-HM pour définir une stratégie de coopération entre ces établissements.

2. Développer les capacités de transmission des images au service des coopérations

La capacité de transmission des images et de partage entre les différents services des établissements GHT13 apparaît comme un élément essentiel de l'existence et du fonctionnement d'un projet commun en imagerie. Il sera également une pierre angulaire du bon fonctionnement des filières médicales du projet médical partagé du GHT 13.

A. Stockage – archivage des images – PACS :

Etat des lieux

Le PACS est actuellement installé entre le CH d'Aubagne et l'AP-HM. On notera que ni le CH de Martigues, ni le CH de la Ciotat n'ont de PACS. Ils souhaitent en bénéficier rapidement.

Déclinaison opérationnelle

La mise en œuvre urgente d'un archivage commun sur les structures existantes et fonctionnelle installées à l'AP-HM, hébergeur données de santé agréé et déjà opérationnelle sur le CH d'Aubagne.

Une collaboration avec le groupe de travail travaillant sur les systèmes d'information est indispensable pour la mise en place de cet archivage commun des images base du partage.

B. Télé-radiologie :

Etat des lieux

La télé-radiologie regroupe deux aspects très différents : La télé-expertise d'une part, et la permanence des soins d'autre part. L'outil de télé-expertise est installé actuellement entre le CH de Martigues et l'AP-HM, ainsi qu'entre le CH d'Aubagne et l'AP-HM.

Déclinaison opérationnelle

Déployer rapidement l'outil de télé-radiologie disponible et déjà opérationnel aux CH d'Aubagne et de Martigues dans tout le territoire du GHT13.

La télé-expertise pourra être mise en place grâce à un planning de « vacations de télé-expertise » défini entre les praticiens. Ce dernier permettra aux CH demandeurs d'un avis d'avoir de la visibilité sur la disponibilité des

radiologues. Une étude des modalités fonctionnelles et de financement dans les autres territoires nationaux sera réalisée.

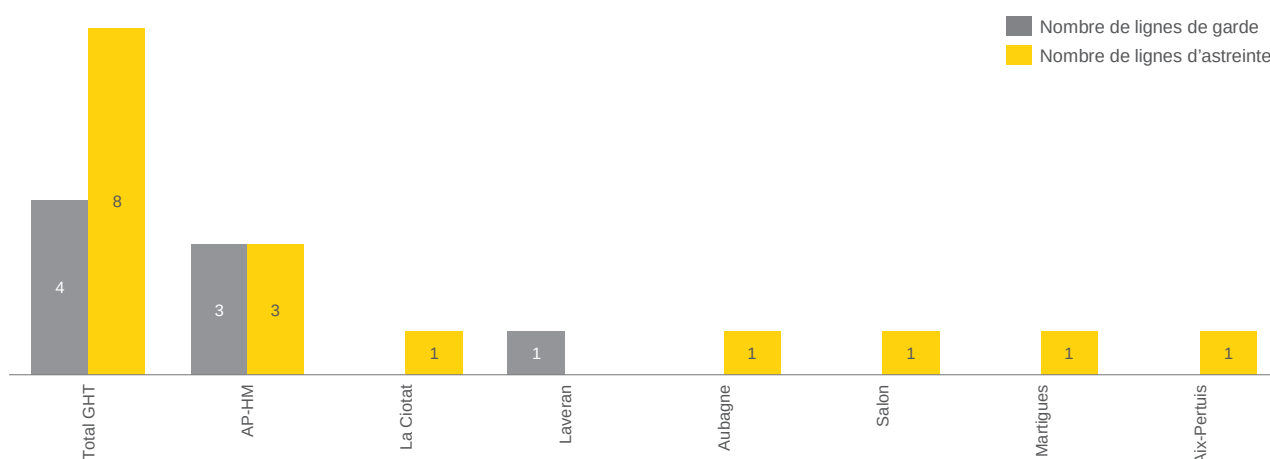
Une collaboration avec le groupe de travail travaillant sur les systèmes d'information est également à prévoir pour un déploiement rapide et tout à fait faisable de la solution déjà déployée sur Aubagne et Martigues.

3. Renforcer l'organisation de la permanence de soins à l'échelle du territoire

Etat des lieux

L'organisation actuelle de la permanence des soins est décrite dans le graphique suivant :

Figure 2 : Nombre de gardes et astreintes



Il convient de noter les éléments suivants :

- A l'APHM, sur les 3 lignes de garde, une est senior et 2 sont juniors ;
- Le CH Arles n'a pas de ligne de garde ou d'astreinte sur site mais bénéficie de la télé-radiologie avec le CHU de Nîmes ;
- Le CH Martigues a une garde en semaine à partir de 20h30 mutualisée avec l'AP-HM. Une ligne d'astreinte est assurée en interne par l'un des 4 radiologues, et est doublée par un faisant fonction d'interne.
- Quant au CH d'Arles, il est nécessaire de préserver le fonctionnement avec le CHU de Nîmes qui assure la prise en charge de l'imagerie du CH d'Arles. Il assure à la fois le fonctionnement sur site par la mise à disposition de 3 radiologues au quotidien et la permanence des soins.

Le CHU de Nîmes est en cours de changement de solution informatique. Cette évolution pose la question de l'hébergement des données des examens d'imagerie du CH d'Arles par un hébergement agréé.

Il faut prévoir impérativement les échanges d'examens d'imagerie entre le CH d'Arles et les hôpitaux du GHT 13 afin que les patients qui se déplacent puissent bénéficier des mêmes fonctionnalités que tous les autres patients au sein du GHT 13. Pour répondre à ce point, si le CHU de Nîmes devient HDS, le partage avec l'archivage commun du GHT 13 devra être recherché. A défaut et si l'archivage du CH d'Arles est réalisé sur l'archivage commun du GHT 13, il conviendra de trouver une organisation fonctionnelle parfaitement fluide pour la prise en charge de l'imagerie du CH d'Arles par le CHU de Nîmes

Certains établissements bénéficient de la participation des libéraux pour la permanence des soins, du fait de conventions de co-utilisation des équipements avec ces derniers (cas de l'AP-HM, des CH d'Aubagne, de La Ciotat), de GIE présents sur site (cas des CH d'Aix et de Martigues), ou d'un GCS (cas du CH d'Arles).

Déclinaison opérationnelle

Il est nécessaire de mettre en place une politique forte pour que les radiologues libéraux, notamment du fait de la problématique de la rémunération, qui ont accès à l'imagerie lourde participent à la PDS à hauteur de leur pourcentage d'accès, comme cela est prévu dans le cadre des autorisations le plus souvent.

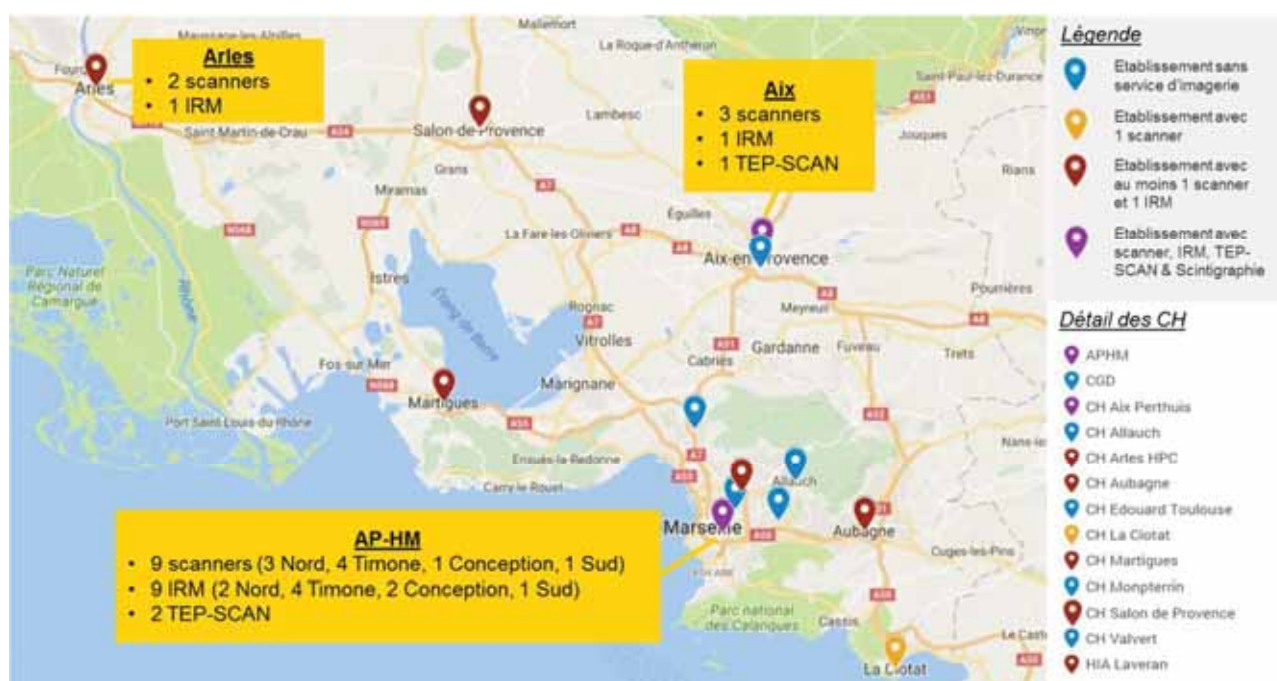
Il est nécessaire de formaliser clairement les conditions de rémunération des libéraux participant à la permanence des soins. Ils doivent être rémunérés dans les mêmes conditions que les praticiens hospitaliers.

4. Définir une politique territoriale de l'équipement lourd en imagerie

Etat des lieux

La cartographie des équipements lourds d'imagerie du GHT est représentée ci-après.

Figure 3 : Cartographie des équipements lourds d'imagerie du GHT



Déclinaison opérationnelle

Les renouvellements futurs d'autorisation d'équipements lourds d'imagerie devraient donner lieu à une réflexion territoriale collective, en lien avec l'ARS.

Les pistes de coopération sur la pharmacie s'inscrivent dans une réflexion progressive, par palier, et sont présentées par degré de contrainte croissant. Elles couvrent un périmètre allant du travail intellectuel entre pharmaciens à des pistes de coopération demandant un changement profond des organisations. Quatre enjeux principaux ont ainsi été identifiés :

1. Organiser le partage de bonnes pratiques et la coordination des pharmaciens du territoire ;
2. Développer la formation à l'échelle du territoire ;
3. Développer la permanence pharmaceutique à l'échelle du territoire ;
4. Définir les pistes de coopération sur des activités spécifiques et les conditions de coopération au niveau logistique et outils SI.

1. Organiser le partage de bonnes pratiques et la coordination des pharmaciens du territoire

A. Vers un partage de l'information et des bonnes pratiques entre les pharmaciens du territoire, premier jalon de la coopération

Etat des lieux

A ce jour, il n'existe pas d'outil formalisé au niveau du département pour partager l'information ou capitaliser sur les travaux faits entre les pharmacies du territoire. Seule la plateforme de l'OMEDIT PACA centralise quelques documents utiles (documents imposés par le CBU, procédures de chimiothérapies, bulletins des centres de pharmaco-vigilance, etc...), mais de façon ponctuelle.

Déclinaison opérationnelle

Les documents à mutualiser au sein du GHT seront partagés sur une plateforme internet commune à tous les pharmaciens. Il sera possible d'y déposer les documents et d'y dialoguer. Les prochaines étapes pour préparer la mise en place de la plateforme sont les suivantes :

- la centralisation des documents existants dans un premier temps ; via une plateforme du type mapui.fr à laquelle tous les membres ont accès et peuvent enrichir la documentation et échanger.
- la structuration des documents et des données ;
- la validation de la démarche par l'OMEDIT.

B. Un partage d'informations fiabilisées au service de rétrocessions en proximité pour les patients

Etat des lieux

Faces aux exigences des contrôles Assurance Maladie sur les rétrocessions, certaines PUI du GHT n'acceptent que les rétrocessions des praticiens de leur hôpital. En effet, l'Assurance Maladie exige que les PUI contrôlent le numéro RPPS, la spécialité et compétence des médecins prescripteurs de rétrocessions, exercice rendu difficile lorsque les médecins sont issus d'établissements extérieurs.

C. Un partage d'informations sur les produits sensibles et coûteux, dans une optique de dépannage-produit et d'optimisation des stocks

2. Mutualiser les formations continues à l'échelle du territoire

Déclinaison opérationnelle

La mise en place de formations mutualisées à l'échelle du territoire passe par les étapes suivantes :

- Recensement des besoins en formation des différents établissements au niveau de la plateforme internet partagée ;
- Inscription des CH aux formations intéressant leur personnel.

Les coûts de formation pourront être partagés entre les établissements participant à la formation, au prorata du nombre de participants.

3. Maintenir la permanence pharmaceutique existante à l'échelle du territoire

Etat des lieux

Face aux difficultés à pourvoir les gardes et astreintes ou à l'absence de permanence pharmaceutique dans certains établissements, deux types de dispositifs ont été mis en place :

- Des astreintes mutualisées entre établissements proches : ce dispositif permet à un pharmacien de prendre des gardes sur plusieurs établissements, tels que le CH de la Ciotat et le CH d'Aubagne. En revanche, le pharmacien concerné n'est d'astreinte que pour un établissement à la fois. Il est payé à l'astreinte et est remboursé pour ses déplacements.
- Des conventions de dépannage, établies a priori entre les pharmaciens des établissements concernés, existent :
 - Entre le CH d'Aubagne et les cliniques aux alentours : Le pharmacien d'astreinte du CH d'Aubagne est susceptible d'être appelé par la clinique pour du dépannage en médicament (après transmission systématique de l'ordonnance). Ce dispositif a été mis en place à la demande de l'ARS et est entériné par une convention validée par l'ARS.
 - Entre les Hôpitaux-Sud et le CH d'Allauch / le CHS de Valvert : des conventions permettent à ces deux établissements sans permanence pharmaceutique de bénéficier de dispensations pharmaceutiques urgentes (pour tous produits pharmaceutiques) en dehors des heures ouvrables de leur pharmacies après contact direct entre le médecin de garde de l'établissement demandeur et l'interne en pharmacie de garde des Hôpitaux-Sud. L'acheminement du médicament est assuré par un coursier de l'établissement demandeur et le produit utilisé est ensuite restitué à l'identique. Aucune compensation financière n'est prévue pour l'établissement prêteur ou *a fortiori* l'AP-HM.

Malgré l'argumentation par les parties concernées de la continuité de service public dans le cadre du soin en situation d'urgence mettant en jeu du personnel médical engageant ses responsabilités, la question a été posée de savoir si le dépannage en médicaments d'un pharmacien d'un établissement public « A » à un médecin d'un établissement public « B » est licite : cela demande pour certains une analyse juridique quant à la responsabilité pharmaceutique..

Déclinaison opérationnelle

Les pharmaciens du territoire ont prévu de vérifier la légalité ou non des dispositifs de dépannage, auprès de l'inspection de la pharmacie à l'ARS et de juristes.

4. Définir les pistes de coopération sur des activités spécifiques et les conditions de coopération au niveau logistique et outils SI

A. Stérilisation : vers une stratégie publique permettant d'éviter la sous-traitance vers les opérateurs privés

Etat des lieux

Les établissements du GHT se caractérisent par des situations diverses quant à leur stérilisation :

- Des établissements ont une stérilisation in situ : AP-HM, le CH d'Aix, le CH d'Arles, le CH d'Aubagne, le CH de La Ciotat, le CH de Salon ;
- Des établissements ont sous-traité leur stérilisation à d'autres CH du GHT (CHS de Montperrin au CH de Salon, CH d'Allauch au CH d'Aubagne, HPC au CH d'Arles) ou hors GHT (l'HIA Laveran à l'HIA Sainte-Anne), ou à Sterience (CGD et CH de Martigues) ; par ailleurs, le CH d'Aix sous-traite sa stérilisation basse température à l'AP-HM.
- Le CH de La Ciotat a constitué un GCS de moyen avec la clinique de la Ciotat pour la stérilisation ;
- Les établissements n'ayant pas de besoins de stérilisation : CHS Edouard Toulouse et Valvert.

Figure 4 : cartographie des stérilisations du GHT et de leur organisation



S'agissant des établissements disposant d'une stérilisation *in situ*, aucun problème de mise aux normes n'a été signalé et le renouvellement courant de certains équipements a été assuré à l'AP-HM à Arles et est en cours à Salon. Il est à prévoir en 2022 pour Aix.

Par ailleurs, les établissements du GHT se sont individuellement organisés pour améliorer la capacité de réponse de leur stérilisation face aux situations sanitaires exceptionnelles. Ainsi, en cas d'afflux massif de blessés et de dysfonctionnement sur leurs équipements, chaque établissement a une convention de dépannage (sauf ceux sous-traitant vers le privé), et a mis en place une procédure accélérée de stérilisation (ex : suppression de la pré-désinfection), avec un aménagement possible des horaires d'ouverture de la stérilisation. Les conventions de dépannage recensées sont les suivantes :

- CH d'Aix : convention avec le CH de Salon ;
- CH d'Aubagne : convention avec la Timone ;
- CH d'Arles : convention avec le CH de Salon ;

- CH de Salon : convention avec le CH d'Arles ;
- AP-HM : dépannage interne entre les deux plateformes de stérilisation.

Déclinaison opérationnelle

L'AP-HM dispose de deux sites de production, un à la Timone et la plateforme logistique de Mourepiane qui produit pour les sites de Sainte-Marguerite, Conception et Nord, qui ont tous deux une capacité de production suffisante pour absorber la stérilisation d'autres établissements. Une étude d'opportunité pourra être réalisée pour le CH de Martigues et l'HIA Lavéran.

Les divergences ou l'absence de logiciels de traçabilité en stérilisation (ex : OPTIM et autres) constituent une contrainte à prendre en compte pour les mutualisations de stérilisation.

B. Nutrition parentérale : un projet de développement de la production de poches au niveau de l'arc méditerranéen et de la région PACA à confirmer

Etat des lieux

Hormis le CH d'Aix, tous les autres établissements se fournissent auprès d'industriels (poches avec AMM ou poches à façon).

Pour les poches à façon, la dépendance à un façonnier unique et localisé à Montpellier, constitue une situation à risque.

Déclinaison opérationnelle

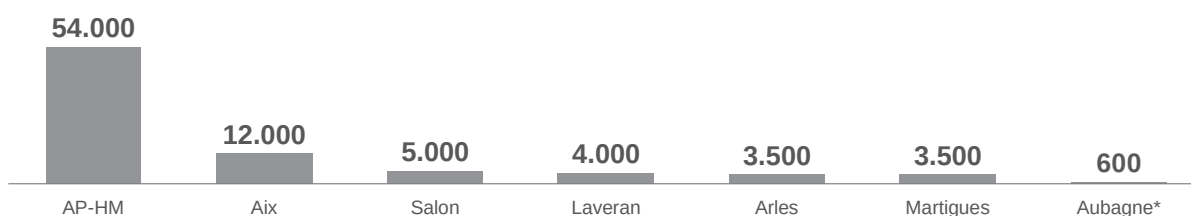
L'organisation de la production de poches de nutrition parentérale au sein du GHT 13 sera à compléter après la décision du COPERMO sur la création d'une unité de poches de nutrition parentérale à l'AP-HM. Si cette dernière était validée, une réflexion sur l'opportunité d'intégrer les besoins du GHT au niveau de l'AP-HM pourra être menée.

C. Chimiothérapies : une préparation et une dispensation des poches de chimiothérapies en proximité, dans une logique de parcours patient

Etat des lieux

Sept établissements possèdent une URCC sur le territoire du GHT : l'AP-HM, Aix, Salon, Arles, Martigues, et Aubagne. Le graphique ci-après récapitule les volumes annuels de productions de préparations de chimiothérapies.

Figure 5 : Nombre de poches de chimiothérapies produites par an



*+ sous traitance de 400 poches auprès de la Casamance

Hormis Aubagne (besoin de mise aux normes de la zone à atmosphère contrôlée (ZAC), les URCC en place sur le GHT sont fonctionnelles voire neuves et bien sûr aux normes. Dans l'attente de ses travaux de mise aux normes, l'URCC d'Aubagne sous-traite une partie des poches (préparation des cytotoxiques) à la clinique de la Casamance. Autrement, toutes les URCC du territoire ont indiqué avoir des marges d'augmentation de leur production de poches.

Par ailleurs, certains établissements du GHT ont conclu des conventions de dépannage, à l'instar de Salon qui se dépanne auprès d'Arles (à requalifier en convention réciproque en cas de panne de l'un des deux établissements). Mais la plupart (l'AP-HM, le CH d'Aix et le CH d'Arles) ont des procédures de dépannage internes, avec des hottes ou isolateurs en back-up.

La compétence et technique de contrôle de contamination de surfaces par les cytotoxiques a été développée en interne par l'AP-HM. Elle pourra être proposée aux établissements qui souhaitent mener une campagne de détection (intra GHT et hors GHT).

Déclinaison opérationnelle

En raison des renouvellements d'équipements récents dans les établissements préparant des chimiothérapies, ce sujet sera à approfondir ultérieurement

D. Autres préparations : vers des sous-traitances entre établissements du GHT

Etat des lieux

Les « autres préparations » recouvrent deux types de préparation :

- Les préparations stériles : les préparations d'anticorps en indications non anticancéreux, autres injectables et collyres. Elles sont produites par l'AP-HM, le CH de Salon, le CH d'Aix et l'HIA Laveran.
- Les préparations non stériles : les besoins sont inégaux et varient entre 15 préparations magistrales et/ou hospitalières annuelles à 250 par site.

Déclinaison opérationnelle

Afin de faciliter l'identification des pistes de coopération sur les autres préparations, l'AP-HM diffusera un catalogue des préparations disponibles, avec les prix, ainsi que le catalogue des contrôles qualité réalisés par le laboratoire de contrôle et de la qualité (SCQIP, AP-HM).

E. Approvisionnement / achats : une réflexion sur la mutualisation des achats étroitement liée aux orientations du groupe de travail Achats

Etat des lieux

L'ensemble des établissements du GHT est adhérente à un groupement d'achats et ces derniers dépassent souvent le cadre départemental :

- Une majorité d'entre eux ont adhéré au GAPAM (CH d'Aubagne, CH d'Allauch, HPC, CH Edouard Toulouse, CHS Montperrin, CGD Montolivet, CHS Valvert, CH Martigues) ;
- Le CH d'Aix et l'AP-HM sont adhérents d'UNI-HA ;
- Le CH d'Arles et de Salon sont adhérents au groupement d'achats du Vaucluse ;
- L'HIA Laveran est adhérent au RESAH IDF ;
- Le CH de La Ciotat est adhérent du CAHPP Public.

Déclinaison opérationnelle

Les orientations stratégiques sus-mentionnées doivent être abordées en lien avec le GT achat. A ce titre, il est souhaitable que la filière PUI soit représentée au sein du GT achat par des pharmaciens se fournissant auprès de chacun des groupements présents sur le GHT (un représentant du GAPAM, un représentant d'UNI-HA, un représentant du groupement du Vaucluse).

Notons que la politique du médicament et des DMS d'un établissement dépasse le cadre du groupe GHT pharmacie car c'est une mission de la CME; elle est, de plus, étroitement liée à la politique achat.

F. Dispensation nominative : des projets de robotisation à géométrie variable et à approfondir

Etat des lieux

Certains établissements du GHT pratique la dispensation nominative, journalière ou hebdomadaire, du traitement complet, sur quasiment 100% de ses lits :

- Les HPC, le CH d'Allauch, le CH d'Edouard Toulouse, le CH de Valvert et le CHS de Montperrin couvrent 100% de leurs lits en dispensation nominative ;
- Le CH d'Aubagne couvre 95% de ses lits en dispensation nominative et le CH d'Arles en couvre 96,4% ;
- L'HIA Laveran, les CH d'Aix, de la Ciotat, de Salon et de Martigues couvrent entre 77% et 88% de leurs lits en dispensation nominative ;
- Le CGD couvre actuellement 20% de ses lits en dispensation nominative et vise 100% de lits couverts au terme du déploiement de son projet de dispensation à délivrance nominative.

Le graphique ci-après récapitule les lits et places couverts par dispensation nominative, hors places de prison.

Figure 6 : Nombre de lits et places couverts par dispensation nominative du traitement complet (hors places d'unité sanitaire des centres de détention)



Le reconditionnement des doses unitaires et la dispensation y sont faits de façon manuelle, excepté à Aix et au CGD. Ces deux établissements disposent de robots de dispensation : celui du CH d'Aix assure la DDN automatisée sur 395 lits (sur un total de 738 en DDN) ; celui du CGD a été déployé de façon progressive depuis juin 2016 et vise une DDN automatisée sur l'ensemble de ses lits à terme. Les capacités de ces deux robots sont actuellement saturées. D'autre part, l'AP-HM a un projet d'achat de robots de dispensation nominative (en cours de validation) : le premier serait positionné sur le site de la pharmacie du Sud, et serait dimensionné pour prendre en charge les lits des hôpitaux sud de l'AP-HM et places de la prison des Baumettes.(2000).

De plus, le CH d'Arles gère deux USMP sur son territoire.

Déclinaison opérationnelle

Le déploiement d'une robotisation unique partagée se heurte à plusieurs contraintes :

- La lourdeur des marchés pour l'équipement ;
- La contrainte de validation de prescription ;
- Le pré-requis informatique d'harmonisation des SI en cas de mutualisation de robots ;
- Le nombre de doses à préparer pour l'ensemble du GHT.

Le projet de robotisation n'est pas mature en l'état, et un groupe de travail automatiser pourra permettre de partager les bonnes pratiques et retours d'expérience. Il pourra bénéficier de l'expérience du CH d'Aix et du CGD en matière de robotisation, et lancer les études économiques qui pourront permettre de statuer sur l'opportunité d'une robotisation.

5. Favoriser la convergence des systèmes d'information au service des coopérations entre PUI

Etat des lieux

Les établissements du GHT se caractérisent par une diversité de logiciels métiers, DPI et GEF, récapitulée dans le tableau ci-après :

Etablissement	DPI	Logiciels métiers Pharmacie	GEF
La Ciotat	CROSSWAY	M-Pharma (4e trim. 2016)	Magh2
Aubagne	AXIGATE	Pharma, CHIMIO	Magh2
Allauch	OSIRIS	Pharma -> Osiris	Magh2
H Portes de Camargue - Tarascon	Rien	DISPORA0	AGFA
Arles	ACTIPIDOS	Pharma, CHIMIO	Magh2
Salon	DXCARE	DXCARE, CHIMIO, SEDISTOCK (DMI), ICCA (REA), PHARMASERVEUR (basculer vers SEDISANG MDS), ADVANCE STE	AGFA
Edouard Toulouse	CARIATIDES	Genois	AGFA
Montperrin	CARIATIDES	Genois	Magh2
CGD	OSIRIS	Rien, mais robot avec myunidose	Magh2
Valvert	CARIATIDES	Cariatides	Magh2
Aix	DXCARE	DXCARE, Injetiq, Cessio, UcsaMed, Sédistock, Kalitech	Magh2
AP-HM	AXIGATE	Pharma, Chimio, Cimaïse	Magh2
Martigues	CROSSWAY	Asclepios, Image Phama (SQLI), changement pour M-pharmacie (MAINCARE)	GEF
Laveran	CROSSWAY	Pharma	SGIM

Par ailleurs, sous l'impulsion du conseil de l'ordre des pharmaciens, le dossier patient pharmaceutique est en cours de déploiement.

Déclinaison opérationnelle

L'informatisation de la prescription des médecins traitants de l'HAD est à aborder en réunion RAC (RAQ pour responsables assurance qualité) ou en groupe de travail thématique des pharmaciens du territoire (à créer, voir 1.A).

1. Développer des coopérations à géométrie variable dans les diverses familles d'examens, dans une optique de stratégie publique du GHT, permettant d'éviter la sous-traitance vers le privé

Etat des lieux

L'ensemble des établissements du GHT possède un laboratoire de biologie médicale in situ, excepté le CH de Montperrin, le CH de Valvert, les Hôpitaux des Portes de Camargue (HPC), le Centre Gériatrique Départemental de Marseille (CGD) et l'hôpital d'Allauch :

- Le CH de Montperrin envoie ses analyses au CH d'Aix ;
- Les HPC envoient leurs analyses au CH d'Arles ;
- Les CH de La Ciotat et d'Aubagne ont constitué un GCS laboratoires ;
- Le CH de Valvert envoie ses analyses au CH d'Aubagne ;
- Le CGD sous-traite ses analyses à un prestataire privé et est satisfait de la qualité de service ;
- L'hôpital d'Allauch envoyait sa biologie dans un laboratoire privé et a tout récemment décidé de la transmettre au CH Laveran.

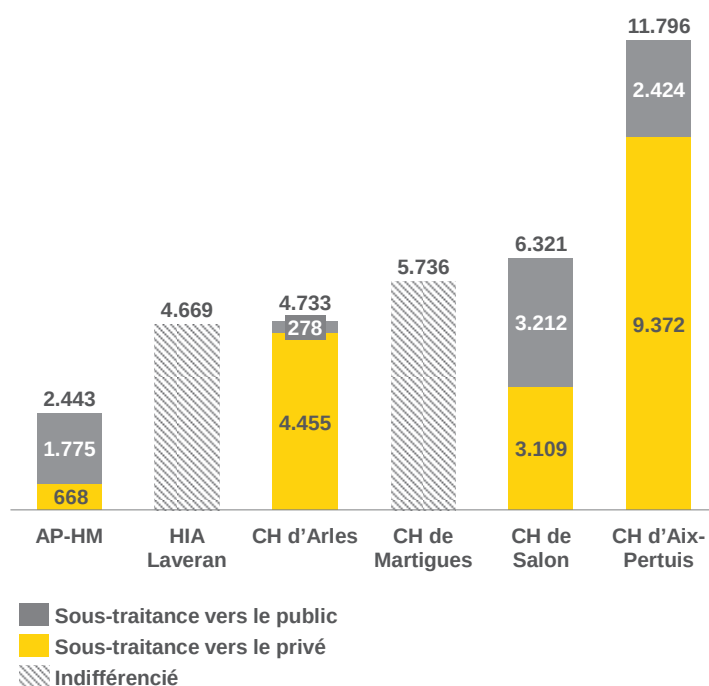
L'ensemble des laboratoires présente une offre de biologie médicale plus ou moins large, synthétisée dans le tableau ci-après.

	AP-HM	HIA Laveran	CH Salon	CH Arles	CH Martigues	CH Aubagne	CH Aix	CH Edouard Toulouse	CH La Ciotat	CGD	CH Allauch
Biochimie générale et spécialisée (BIOCHBM)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Pharmacologie-Toxicologie (PHARMACOSTPBM – TOXICOBM)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Génétique constitutionnelle (GENMOLBM)	✓	✓									
Génétique somatique (GENMOLBM)	✓	✓									
Hématocytologie (HEMATOBM)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Hémostase (COAGBM)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Immuno-hématologie (IMMUNOHEMATOBM)			✓						✓		
Auto-immunité (AUTOIMMUNOBM)	✓	✓	✓		✓		✓				
Allergie (ALLERGBM)	✓	✓	✓				✓				
Immunologie cellulaire spécialisée et histocompatibilité	✓	✓									

	AP-HM	HIA Laveran	CH Salon	CH Arles	CH Martigues	CH Aubagne	CH Aix	CH Edouard Toulouse	CH La Ciotat	CGD	CH Allauch
(groupage HLA; ICELHISTOBM)											
Spermiologie diagnostique (SPERMIOBM)	✓										
Activités biologiques d'AMP (AMPBIOBM)	✓				✓						
Sérologie infectieuse (ISEROBM)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Bactériologie (BACTH)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		
Parasitologie Mycologie (PARASITOMYCO)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓		✓		

Au sein de ces laboratoires, la sous-traitance vers le privé est très développée ainsi que le montre le graphe ci-après.

Figure 7 : Nombre d'actes sous traités par laboratoire



NB : les données ne sont pas disponibles sur les CH non représentés

Il convient de noter les éléments suivants :

- En hématologie : les CH d'Aubagne et de la Ciotat envoient une partie de l'hématologie et de l'hémostase spécialisée vers le privé ; le CH de Martigues envoie les myélogrammes à l'IPC, du fait de RCP communes (cas d'Arles) ; l'HIA Laveran envoie les phénotypes au CERBA ;

- En biochimie : le CH d'Aix envoie les analyses spécialisées au Cerba pour des raisons de transport.
- Le CH d'Arles réalise la lecture des myélogrammes tandis que les analyses d'hématologie spécialisée (immunophénotypage, biologie moléculaire ...) sont sous traitées à l'IPC ou au CHU de Nîmes en fonction de la disponibilité du chauffeur, du jour de prélèvement ou du choix du prescripteur.

Une sous-traitance publique est néanmoins déjà structurée sur le territoire : l'AP-HM est sollicitée par plusieurs établissements de longue date : le CH d'Aix pour des analyses d'hémostase spécialisée, le CH de Martigues pour quelques examens de génétique, l'HIA Laveran pour des phénotypages. L'AP-HM est sollicitée par tous les établissements du GHT et sur tout type d'activité spécialisée.

Déclinaison opérationnelle

Les biologistes du territoire ont pour objectif d'étudier les pré-requis à la coopération :

- Concernant la prise en charge du transport, un groupe de travail spécifique à la logistique a été constitué. Il a pour objectif de définir un cahier des charges sur la prise en charge du transport. Ce dernier pourra permettre de sélectionner un prestataire de transport et donner de la visibilité à l'ARS sur les besoins du GHT. Il convient de noter les éléments suivants :
 - La logistique constitue une thématique transversale à plusieurs groupes de travail (PUI notamment) ;
 - La réglementation en matière de transport est différente d'une discipline à l'autre, et devra être prise en compte ;
 - Les transports intra-AP-HM sont exclus du périmètre de réflexion, étant pris en charge directement par l'AP-HM.
- Concernant les pré-requis informatiques et de facturation, l'AP-HM devra faire un retour au groupe de travail.

Le périmètre des coopérations concernées (nature d'examens pouvant être envoyés à l'AP-HM dans chaque CH) reste à déterminer par chacun. Il n'est pas fixé, et répond au principe de « coopérations à géométrie variable ».

2. Maintenir l'organisation existante de la permanence des soins

Etat des lieux

L'ensemble des CH est organisé en astreinte et pas en garde de biologiste. L'AP-HM a des gardes d'internes en plus.

Pour l'instant, les CH sont tous à même d'assurer leur astreinte (effectifs > 3 ETP) et ne signalent pas de difficultés particulières de démographie médicale. La perspective de mutualisation de la ligne d'astreinte sur les CH d'Aubagne et de La Ciotat n'a pas encore abouti, du fait des contraintes informatiques et d'habilitation.

3. Développer la qualité et la coordination à l'échelle du territoire

A. Vers un partage des compétences de métrologie

Etat des lieux

Actuellement, cette fonction coûteuse est tantôt externalisée (cartographie externalisée pour le CH d'Aubagne et le CH de La Ciotat par exemple), tantôt internalisée (cas du CH d'Aix organisé avec le CH de Digne, et de l'AP-HM).

Déclinaison opérationnelle

Chaque CH doit définir la quotité de temps de métrologue dont il a besoin et l'organisation cible devra être arbitrée notamment en fonction des coûts. Afin de faciliter la mise en place des coopérations sur la métrologie, un sous-groupe métrologie piloté par le CH d'Aix a été constitué

B. Vers un partage des bonnes pratiques entre biologistes médicaux du territoire

Etat des lieux

Divers groupes d'échange sur la qualité existent déjà à une échelle autre que celle du GHT, à l'instar de l'ORBHEM (Organisation des Biologistes Hospitaliers de l'Est Méditerranéen) ou du club des RAQ de CHU (2 réunions par an).

De plus, une coordination entre l'AP-HM et des réseaux de CH du territoire est formalisée via des staffs en visioconférences trimestrielles. Ces dernières permettent d'organiser des protocoles de prise en charge, mais tous les établissements du GHT n'y participent pas, faute d'information.

Déclinaison opérationnelle

Le groupe d'échange pourra préciser les sujets qu'il souhaite partager entre les biologistes du territoire.

Par ailleurs, il procèdera au recensement des staffs et temps d'échanges infra-GHT, inter-GHT ou hors GHT et communiquera les informations aux biologistes du territoire, afin de leur permettre d'y participer s'ils le souhaitent.

Enfin, afin de faciliter la coordination des biologistes du territoire, il est envisagé de mettre en place un référent et numéro unique par site.

Il convient de noter que la qualité n'est pas une demande des GHT voisins.

4. Développer l'expertise et l'attractivité du territoire

A. Vers un accès des biologistes du territoire aux plateaux techniques du CHU, facteur d'attractivité

Etat des lieux

Des coopérations ont été mises en place, pour aménager un accès aux plateaux techniques du CHU aux biologistes des CHG / HIA à des fins de recherche et de formation. Ainsi, l'AP-HM donne accès à ses plateaux techniques spécialisés à deux biologistes de Laveran deux jours par semaine. Ils sont affectés à chaque fois à un secteur spécialisé de l'AP-HM et ont été habilités. Ce dispositif est formalisé par une convention de mise à la disposition.

Déclinaison opérationnelle

Les directions procéderont en deux temps :

- Affiner les besoins de l'ensemble des établissements en matière d'accès aux plateaux techniques ;
- Définir les modalités juridiques.

Il convient de noter deux éléments :

- la mise en place de ce dispositif est plus difficile dans les CH, où les effectifs ne permettent pas toujours de libérer des biologistes des activités sur les plateaux techniques du CHU ;
- Si ce projet répond à une attente forte des cliniciens, il est difficile à mettre en œuvre pour les CH éloignés du CHU, tels qu'Arles.

B. Vers une organisation et harmonisation des formations à l'échelle du GHT

Etat des lieux

A ce jour, seules des formations universitaires sont mutualisées à l'échelle du GHT. Les techniciens de laboratoire sont formés auprès d'organismes externes, avec un budget externe.

Déclinaison opérationnelle

Afin de faciliter l'organisation et l'harmonisation des formations à l'échelle du GHT, un sous-groupe formation, piloté par l'AP-HM, et constitué du CH de La Ciotat, du CH d'Aix et de l'HIA Laveran, recensera les besoins des formations. Il devra également définir le processus de recensement des besoins de formation.

1. Diagnostic

Caractéristiques de l'offre de soins

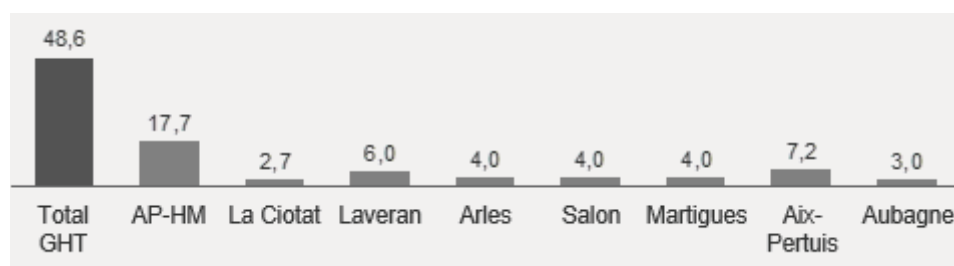
Lits et places installés										
	Total GHT hors lits partagés	Allauch	AP-HM	La Ciotat	Lavérin	Aubagne	Arles	Salon de Provence	Martigues	Aix- Pertuis
Nb de lits d'HC / HDS	215	0	163	32*	50	25	35	14	41	41
Nb de places d'HC	28	0	14	0	12	10	6	14	15	0

* lits partagés avec une autre filière

- CH Aix en Provence : le nombre de lits du service de chirurgie ambulatoire (lits partagés) va doubler dans les prochains mois. Par ailleurs les places d'UCA sont des places partagées avec d'autres spécialités, selon les besoins ;
- CH Aubagne : 25 lits HC et 10 places d'UCA dont 95% d'orthopédie ;
- AP-HM : 136 lits HC Adultes et 27 lits HC en Ortho Pédiatrie ;
- CH Martigues : 41 lits (29 HC et 12 HDS) partagés avec l'ensemble des spécialités de la filière chirurgicale ;
- CH La Ciotat : 32 lits mutualisés de chirurgie (viscéral, urologie, traumatologie, gynécologie) ;
- CH Arles : 35 lits de chirurgie dont 14 lits d'orthopédie et 10 lits d'HDS mutualisés entre l'ensemble des spécialités de la filière chirurgicale et 6 places de chirurgie ambulatoire mutualisées pour l'ensemble de la chirurgie.

Ressources médicales et permanence des soins

Le diagramme ci-dessous reprend le nombre d'ETP médicaux rémunérés en 2015 dans les établissements du GHT en orthopédie.



Le diagramme ci-dessous montre le nombre de gardes et astreintes par établissement sur l'ensemble du territoire.



2. Coopérations existantes

Des filières de coopérations existent déjà entre les établissements du GHT :

- CH de Martigues : 1 PH partagé et 1 assistant partagé avec l'AP-HM (ortho-pédiatrie, ortho-adulte) ;
- CH Aix : 1 assistant partagé avec l'AP-HM ;
- CH Salon : 1 assistant temps plein à partir de 2017 ;
- HIA Lavérans : 1 assistant temps plein ;
- CH Arles : vacation d'ortho-pédiatrie avec l'AP-HM. 1 assistant partagé avec le CHU de Nîmes et une vacation de chirurgie du rachis avec le CHU de Nîmes.

Les internes font également le lien entre les différents services du GHT, puisqu'ils sont encouragés à réaliser un semestre dans un hôpital de proximité.

De plus, des coopérations existent au-delà du GHT avec le CH d'Avignon, le CH de Toulon et l'HIA de Sainte Anne. De même, en chirurgie pédiatrique des coopérations existent avec les CH d'Avignon, Brignoles, Manosque et Toulon.

3. Les enjeux

Deux enjeux ont été identifiés pour la filière orthopédie :

- 1) Renforcer la filière publique de prise en charge en ortho-traumatologie dans un contexte de forte concurrence sur le territoire ;
- 2) Soutenir les CHG dont la taille critique des équipes est difficile à atteindre.

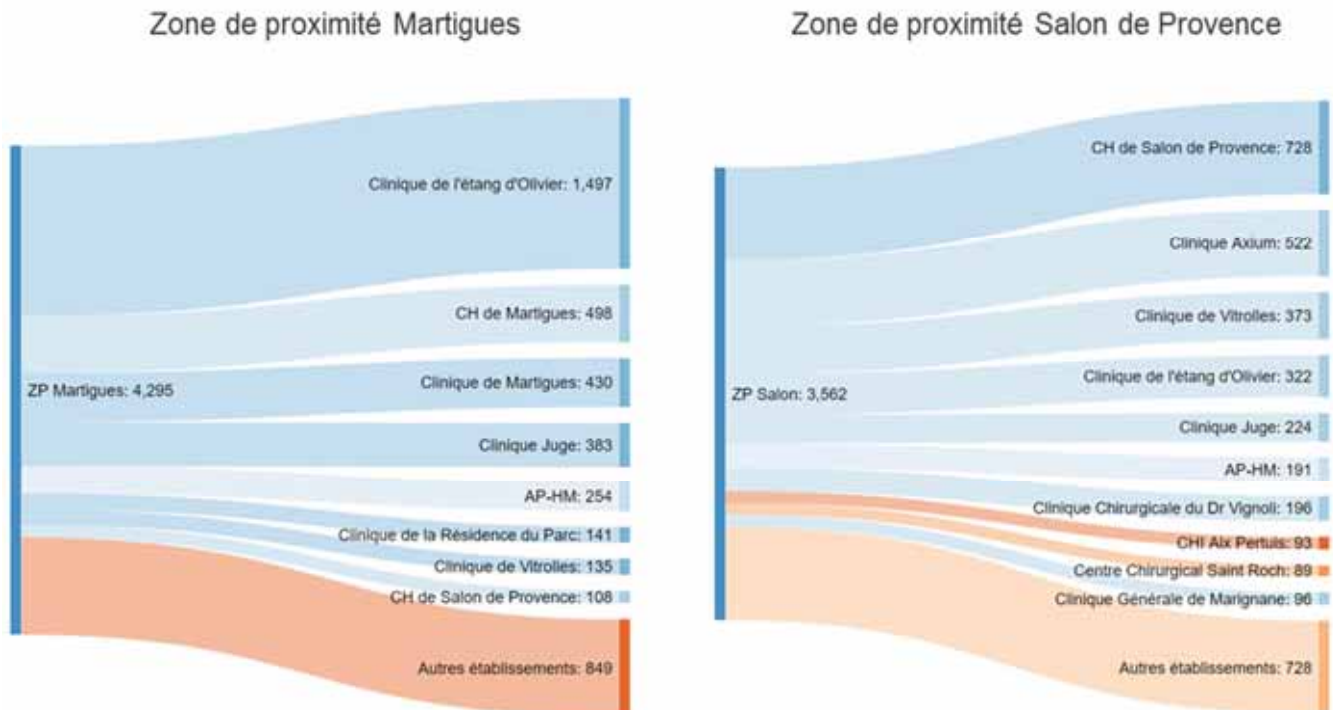
Enjeu 1 : Renforcer la filière de prise en charge en ortho-traumatologie dans un contexte de forte concurrence sur le territoire

Orientation stratégique n°1 : Définir la répartition des activités entre proximité et recours et développer des pôles d'excellence dans les CHG

Etat des lieux

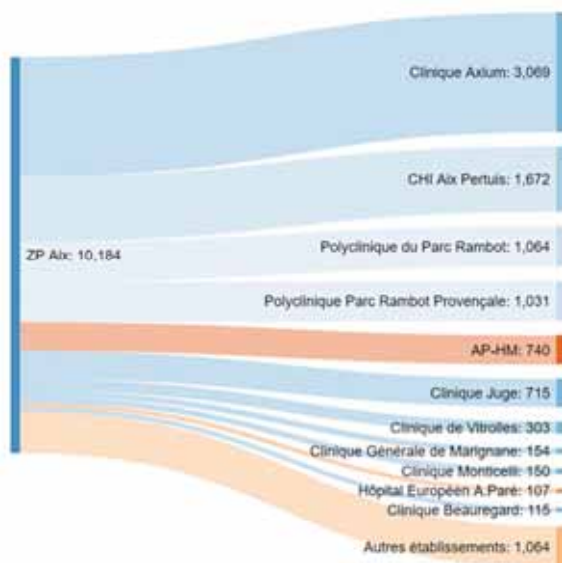
L'activité de chirurgie orthopédique et traumatologique est très concurrencée sur le territoire

Sur l'ensemble de l'activité chirurgicale, les parts de marché du GHT varient de 16% sur la zone de proximité d'Arles à 32% sur la zone de proximité d'Aubagne-La Ciotat.

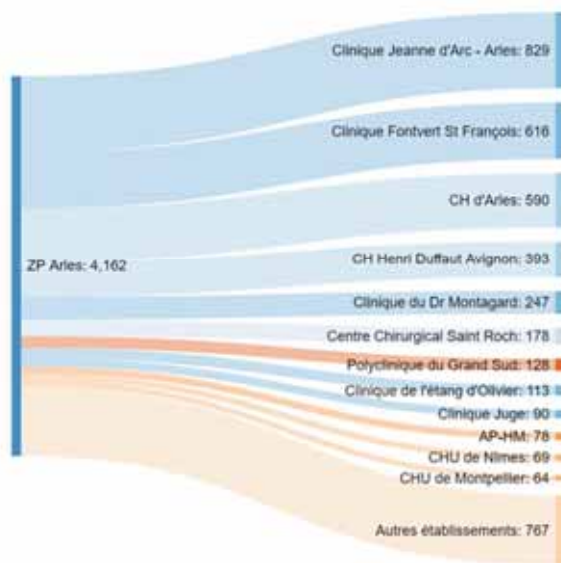


Sur les zones de proximité du CH d'Aix, de Salon et de Marseille, le GHT réalise 28% de l'activité et 20% sur celle de Martigues.

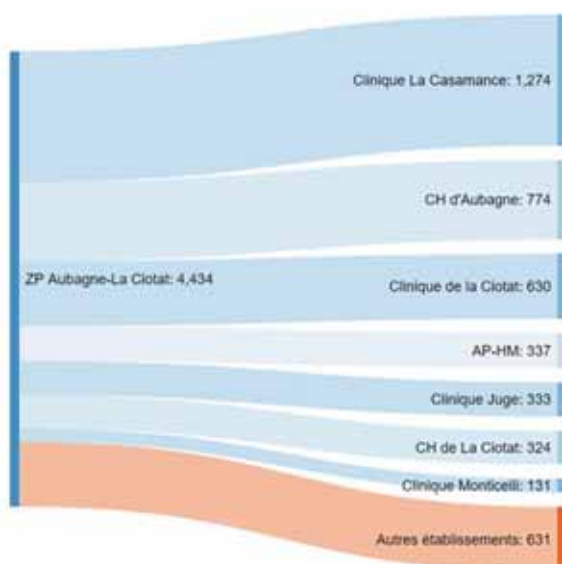
Zone de proximité Aix en Provence



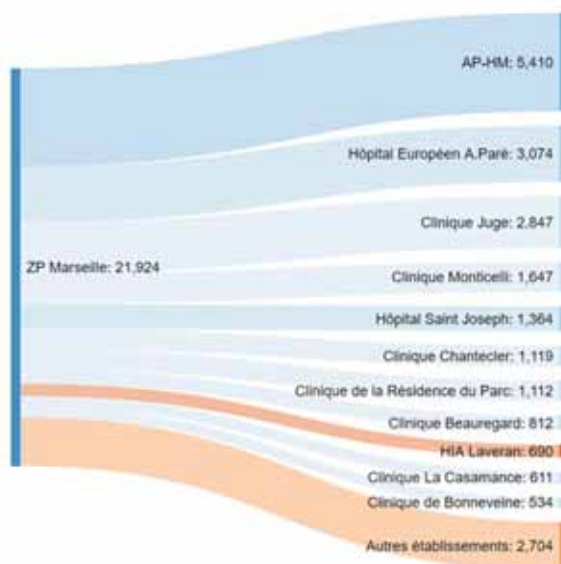
Zone de proximité Arles



Zone de proximité Aubagne – La Ciotat



Zone de proximité Marseille



Les principaux concurrents sont :

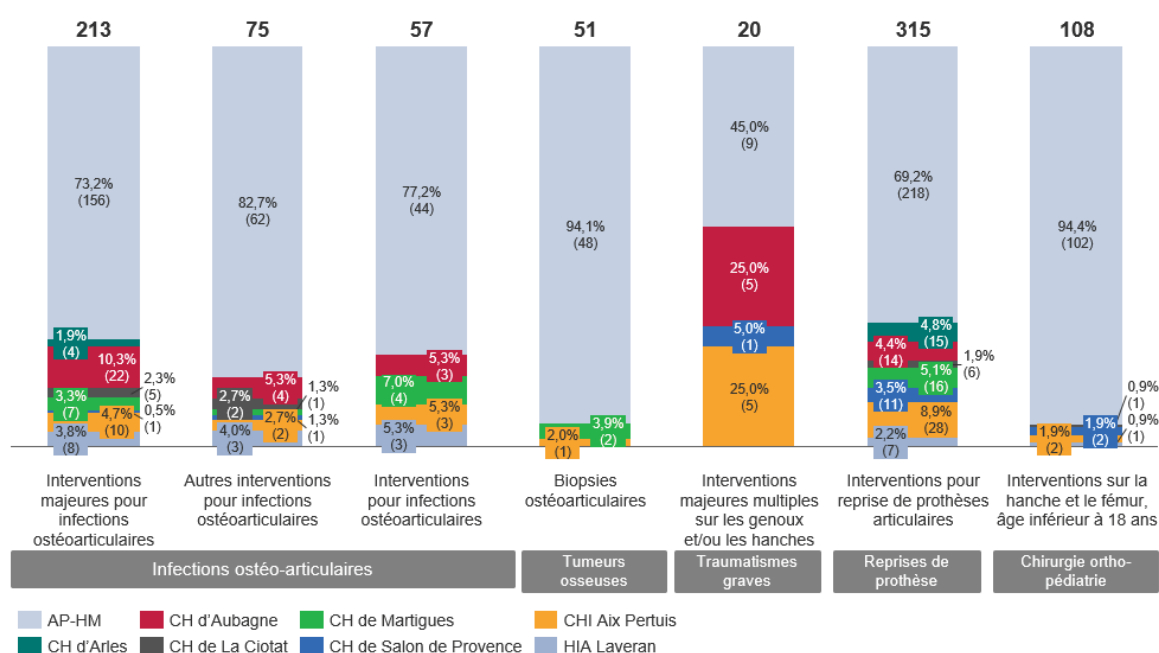
- La clinique Axiom sur les zones de proximité d'Aix et de Salon ;
- L'hôpital Européen et la clinique Juge sur la zone de proximité de Marseille ;
- La clinique de La Casamance sur la zone de proximité d'Aubagne – La Ciotat ;
- La clinique de l'Etang sur la zone de proximité de Martigues ;
- La clinique Jeanne d'Arc sur la zone de proximité d'Arles.

Focus sur l'activité de recours

Les actes identifiés comme activités de recours sont les suivants :

- Chirurgie du rachis ;
- Infections ostéo-articulaires ;
- Traumatismes graves/multiples ;
- Chirurgie cancéreuse ;
- Reprises de prothèses ;
- Chirurgie ortho-pédiatrique ;
- Certains actes chirurgicaux sur la main (Interventions non mineures sur la main, autres interventions sur la main, interventions sur la main ou le poignet à la suite de blessures).

Activité de recours d'orthopédie



Sur certaines activités de recours, l'articulation entre établissements du GHT est satisfaisante, avec un positionnement très clair de l'AP-HM : cancérologie, traumatismes graves, orthopédie pédiatrique.

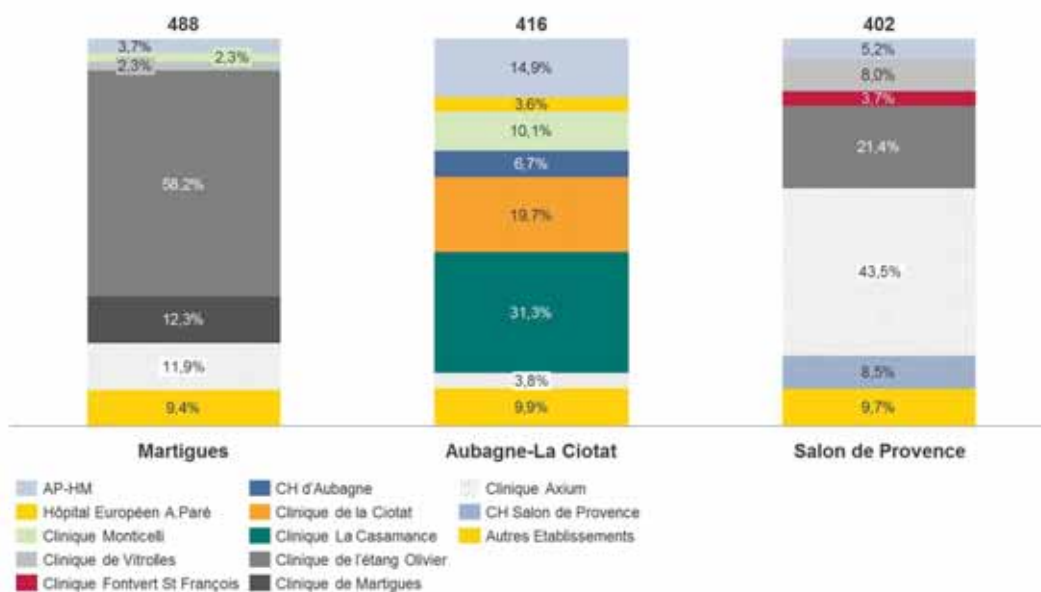
Pour les infections ostéo-articulaires, la spécialisation d'un site sur cette prise en charge dépend de la présence d'infectiologue dans l'établissement. L'AP-HM, Aix, Laveran et Aubagne disposent de cette expertise et constituent les établissements ressources du territoire. Le CH d'Arles dispose également de 0,4 ETP d'infectiologie.

Concernant les interventions pour reprise de prothèses articulaires, elles sont réalisées dans l'hôpital de prise en charge initiale ou non.

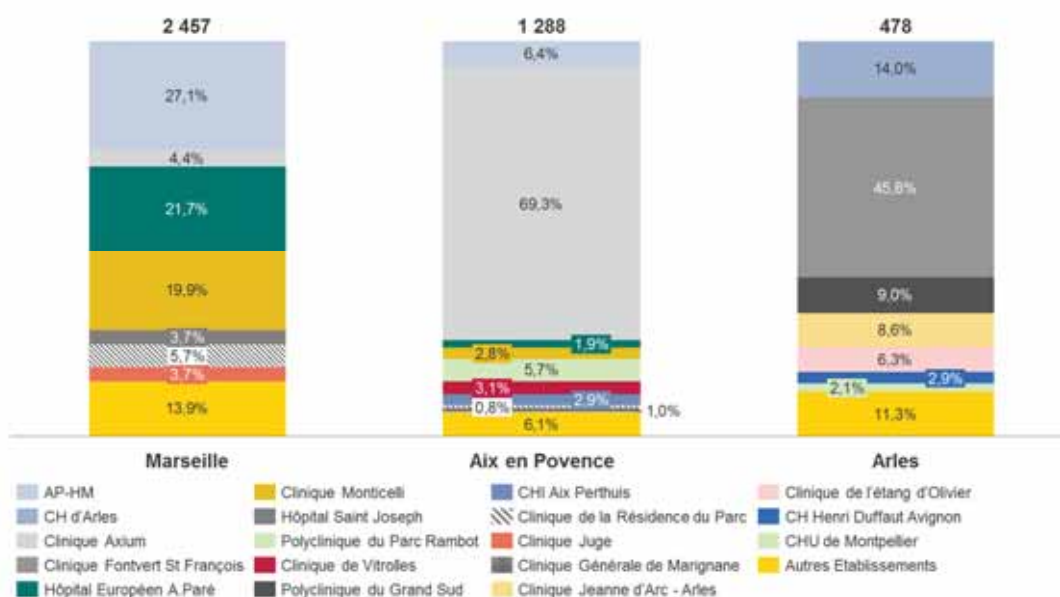
L'activité de recours sur la chirurgie de la main est très concurrencée. Si l'AP-HM réalise 27% de l'activité sur sa zone de proximité, la clinique Axiom réalise près de 70% des parts de marché sur la zone de proximité d'Aix et près de 44% sur celle de Salon.

C'est la clinique Fontvert qui est en situation de leadership sur la zone de proximité d'Arles (46% de parts de marché), la clinique de La Casamance sur la zone de proximité d'Aubagne – La Ciotat (31% de parts de marché) et la clinique de l'Etang sur la zone de proximité de Martigues (près de 60% de parts de marché).

Activité main

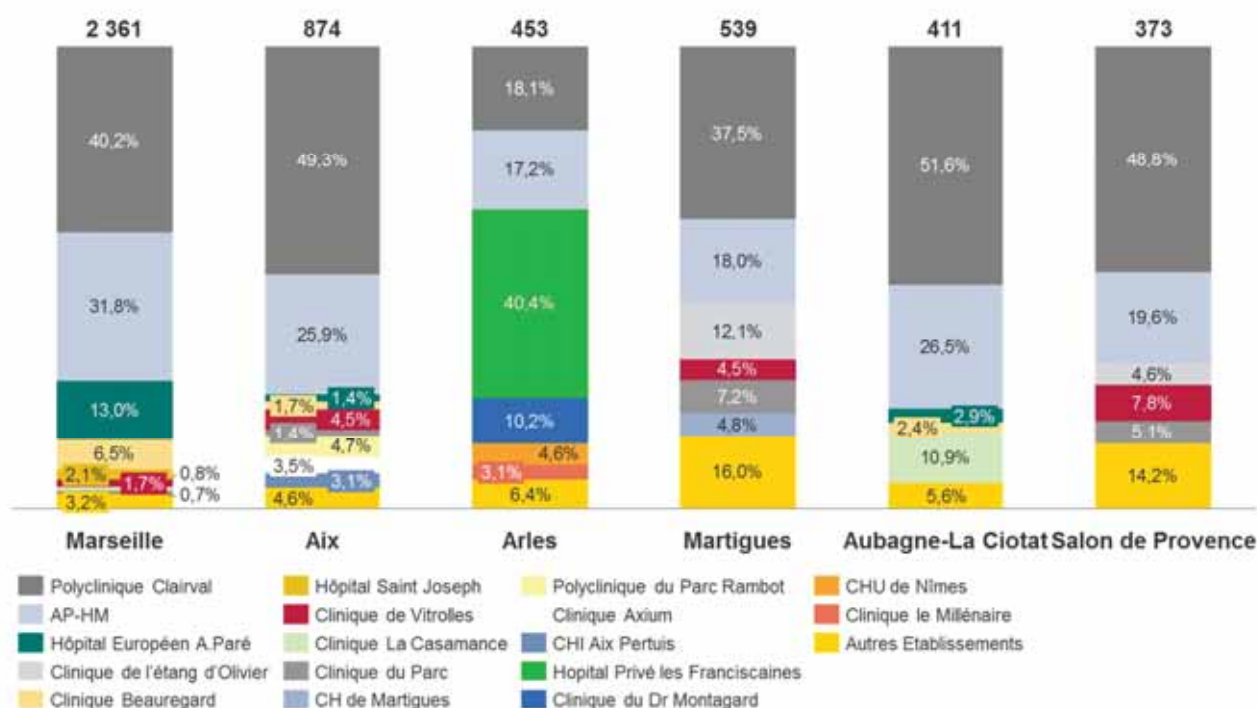


Activité main



Sur la chirurgie du rachis, la présence de l'AP-HM est plus significative, même si la clinique Clairval est leader sur toutes les zones de proximité (à l'exception d'Arles).

Activité Rachis



Orientation stratégique n°2 : Partager et harmoniser les pratiques sur le territoire

A. Récupération Rapide Après Chirurgie (RRAC)

Etat des lieux

La RRAC est peu développée dans les établissements du GHT, en dehors de l'hôpital Ste-Marguerite à l'AP-HM. Cette démarche constitue cependant une opportunité du point de vue de la qualité et de la sécurité des soins, de la réponse aux besoins de soins de la population et aux attentes des patients.

Le CH d'Arles a obtenu une subvention pour la mise en place de la RRAC pour les Prothèses Totales de Hanche et de Genou, ce programme de RRAC est en train d'être mis en place.

B. Ortho-gériatrie

Etat des lieux

L'appui de gériatres, en complément de la prise en charge chirurgicale pour les patients âgés se développe sur le territoire. Les gains attendus sont nombreux :

- Meilleure qualité de soins : évaluation gériatrique, adaptation des traitements médicamenteux, meilleure préparation de la sortie ;
- Amélioration de la performance : hospitalisations plus courtes et mieux valorisées (meilleur codage des comorbidités).

La prise en charge des patients âgés d'orthopédie au sein des établissements repose sur le passage d'un gériatre dans le service de chirurgie, avec des spécificités en fonction des sites :

- L'HIA Lavéran a mis en place une équipe mobile de gériatrie qui permet de réaliser une d'évaluation de l'état du patient et de conseiller l'équipe du service sur la prise en charge et l'orientation du patient ;
- AP-HM Timone : prise en charge du patient âgé dans le service par l'équipe mobile de gériatrie ;
- AP-HM Nord : les patients restent hospitalisés dans le service d'orthopédie – traumatologie avec le déplacement de gériatres en orthopédie si besoin ;
- AP-HM Sud : un PH de gériatrie est affecté à 20% de son temps dans le service d'orthopédie ;
- CH Martigues : le service d'orthopédie bénéficie de l'intervention des médecins gériatres de l'unité de court séjour gériatrique. Les patients âgés d'orthopédie sont parfois pris en charge dans le service de gériatrie (20 lits) lorsqu'ils ont besoin d'une prise en charge spécifique ;
- CH Aubagne: un gériatre prend en charge les patients dans le service d'orthopédie et une équipe mobile de gériatrie intervient en complément ;
- CH Salon : la filière gériatrique est bien organisée dans l'établissement et apporte son expertise aux patients d'ortho-traumato sous la forme d'une équipe mobile ;
- CH Aix : des difficultés d'accès à l'expertise gériatrique, qui pourraient s'amplifier à partir du mois de juin avec le déménagement (et l'éloignement) du service de gériatrie. Le service souhaite disposer d'un temps médical dédié pour la prise en charge des patients âgés (assistant).
- CH d'Arles : une équipe mobile de gériatrie intervient en appui des équipes tant en médecine, qu'en chirurgie et aux urgences.

Orientation stratégique n°3 : Améliorer la performance des établissements

Les acteurs identifient l'amélioration de la performance de leurs organisations comme un enjeu stratégique de la démarche GHT. L'amélioration de la performance passe par le renforcement des liens avec l'aval (domicile, SSR, ...) et par le développement de l'ambulatoire.

A. Renforcement des liens avec l'aval

Etat des lieux

L'amélioration des durées de séjour nécessite une meilleure articulation avec l'aval (retour à domicile, SSR). Actuellement, les constats sont les suivants :

- L'AP-HM a développé un partenariat privilégié avec 2 structures SSR localisées sur le site de Sainte-Marguerite qui s'engagent à accueillir 50% des patients en provenance de l'AP-HM. En parallèle, le programme PRADO a été mis en place pour permettre un retour anticipé des patients au domicile. La montée en charge de ce dispositif est significative avec une augmentation de prise en charge de près de 70% (267 patients en 2015, 451 patients en 2016).
- Le CH de Martigues rencontre quelques difficultés d'adressage des patients en SSR, mais compte sur l'installation prochaine d'une structure SSR (80 lits) en proximité de l'établissement pour apporter une réponse satisfaisante aux besoins de la population.
- L'HIA Lavéran a un partenariat satisfaisant avec Allauch.
- Le CH d'Arles fonctionne également avec le PRADO pour les Prothèses Totales de Hanche, les Prothèses Totales de Genou, et les fractures du col du fémur afin de diminuer le recours au SSR.

Par ailleurs, les acteurs prévoient une évolution à la baisse du recours au SSR sur certains actes (prothétiques notamment) avec un développement de prises en charge ambulatoires (ou en HdJ) du fait :

- De l'évolution des techniques chirurgicales (voir RRAC ci-dessus) ;
- De l'attente de l'ARS et de l'Assurance Maladie (ententes préalables, ...) ;
- De la mise en place de dispositif alternatif (PRADO).

Le retour d'expérience sur la mise en place du programme PRADO est assez hétérogène entre les établissements du GHT. L'efficacité de ce dispositif dépend de l'équipe mobilisée, notamment du représentant de l'Assurance Maladie et de son articulation avec le centre hospitalier (cadre soignant du service).

B. Développement de la chirurgie ambulatoire

Etat des lieux

Le développement de l'ambulatoire pour l'orthopédie et la traumatologie est une démarche engagée dans chaque établissement. Les organisations mises en place varient au sein des établissements : zone de prise en charge dédiée ou non, bloc spécifique, etc.

Enjeu 2 : Soutenir les CHG dont la taille critique des équipes est difficile à atteindre

Orientation stratégique n°1 : Conforter l'organisation territoriale de l'orthopédie

Etat des lieux

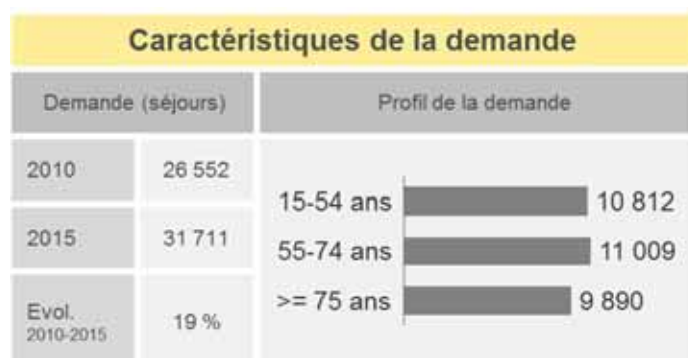
Bien que le département des Bouches du Rhône soit attractif, quelques établissements du GHT présentent une fragilité du point de vue de la démographie médicale. Si, dans l'ensemble, il y a au moins 4 ETP par établissement, certains sites disposent de 3, voire moins de 3 ETP médicaux.

Cette situation interroge quant au maintien de la permanence des soins sur ces sites et, par ailleurs, diminue l'attractivité de ces établissements pour le recrutement de nouveaux praticiens. Le site de La Ciotat apparaît comme le plus fragile du GHT.

La question de la démographie médicale passe également par la présence d'internes de spécialité dans les services des CH du territoire.

1. Diagnostic du territoire sur la filière AVC

Caractéristiques des besoins et de l'offre de soins



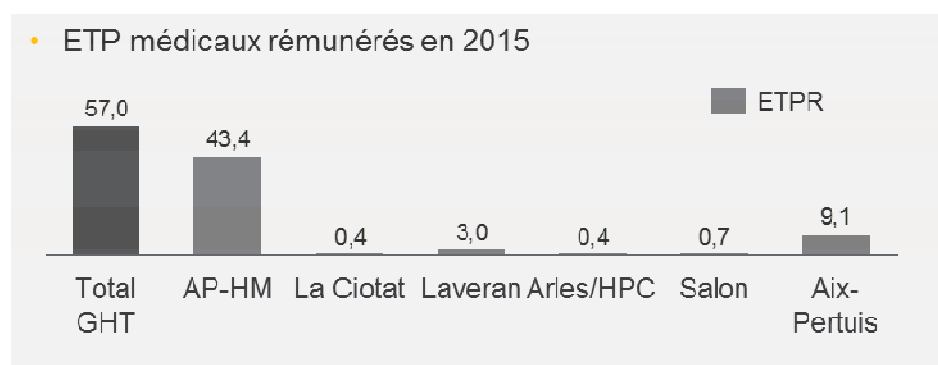
La demande globale en neurologie est en forte augmentation entre 2010 et 2015, en effet le volume d'activité a augmenté de 19%.

Seuls les établissements d'Aix en Provence et de l'AP-HM disposent de lits spécialisés UNV et USINV :

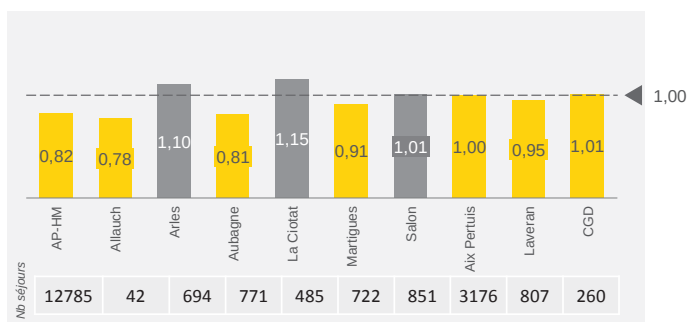
- L'AP-HM dispose de 18 lits d'UNV et de 8 lits d'USINV ;
- Le CH d'Aix en Provence dispose de 2 lits d'USINV et de 10 lits d'UNV.

Dans les autres établissements du GHT, les pathologies neuro-vasculaires sont prises en charge dans des services non spécialisés (médecine interne, médecine polyvalente, gériatrie...). La prise en charge de l'AVC est réalisée en premier lieu au sein des SAU avant que le patient soit transféré dans le service compétent.

Le service de neurologie de l'HIA Lavéran a fermé ses portes en janvier 2017 suite au départ du dernier praticien.



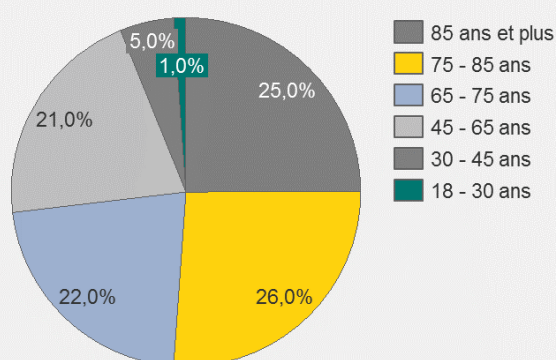
La prise en charge des patients en neurologie au sein des différents établissements du GHT semble efficiente puisque les IP-DMS pour les séjours médicaux de neurologie sont sensiblement inférieurs à 1 sur la quasi-totalité des établissements du GHT (cf. graphique ci-dessous).



Activité AVC sur la région PACA

Les urgences de la région PACA ont enregistré 13 682 passages pour AVC (ce qui correspond à 1% du nombre de passages total).

• Répartition par âge des patients pris en charge aux urgences pour AVC

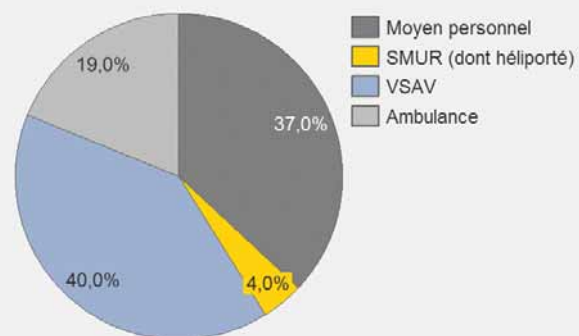


L'âge moyen du patient pris en charge pour AVC est de 72,2 ans.

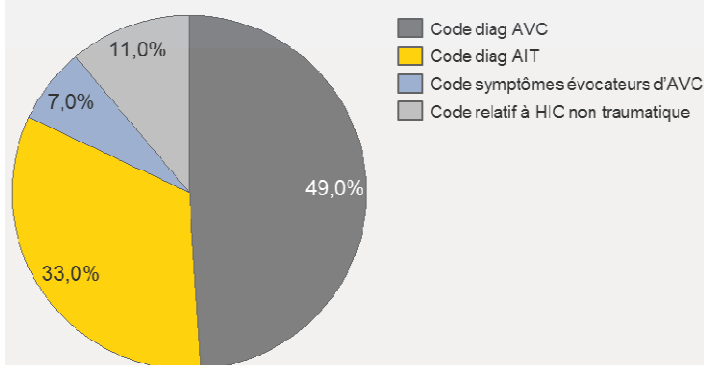
Plus de la moitié des patients pris en charge pour un AVC sur la région PACA ont plus de 75 ans. Les moins de 30 ans représentent moins de 10% des AVC pris en charge (6%).

La plupart des patients arrivent suite à une régulation SAMU. Environ un tiers des patients arrivent par leur propre moyen dans les services d'urgence de la région.

• Mode de transport (arrivée aux urgences)



• Diagnostic principal



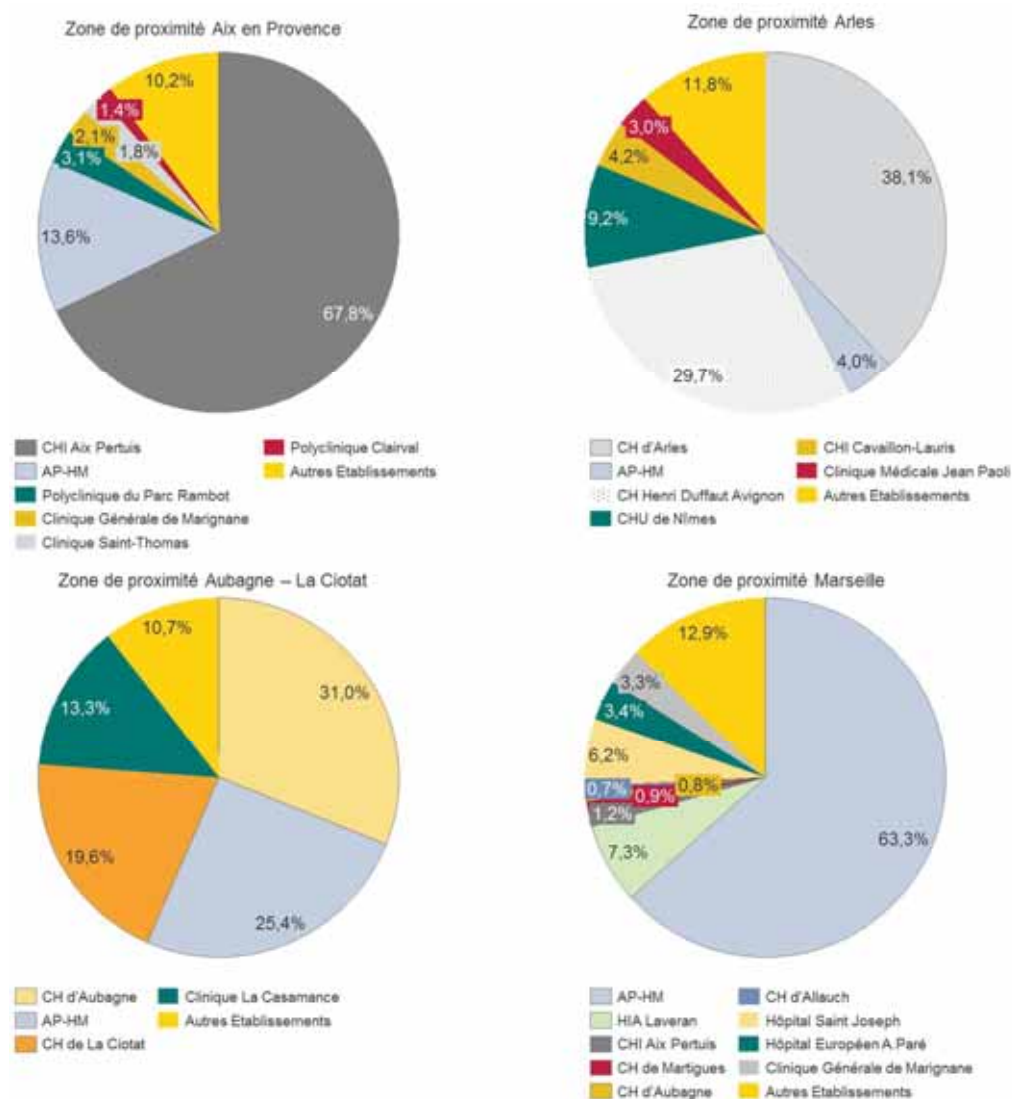
En 2016, au sein des urgences neuro-vasculaires, les AVC sont les situations cliniques les plus fréquentes (49%), suivis des AIT avec 33% (données : services d'urgences de la région PACA – Panorama ORU PACA).

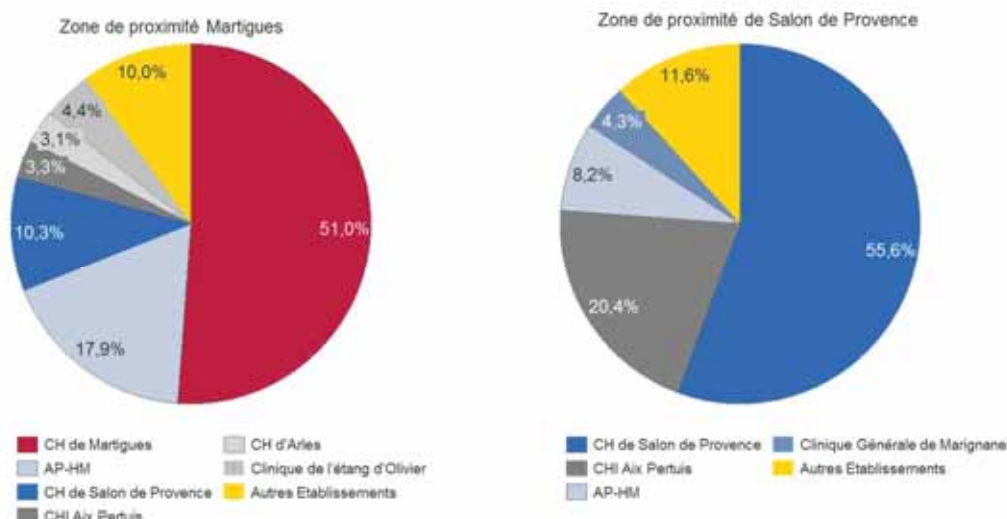
Les analyses de parts de marché sur les zones de proximité montrent le rôle central des établissements du GHT dans la prise en charge des pathologies neuro-vasculaires (AVC, AIT) avec près de 8 patients sur 10 pris en charge au sein du GHT :

- Zone de proximité de l'AP-HM et de l'HIA : 74% de parts de marché pour le GHT
- Zone de proximité d'Aubagne-La Ciotat : 76% de parts de marché pour le GHT
- Zone de proximité d'Aix : 81% de parts de marché pour le GHT
- Zone de proximité de Salon : 84% de parts de marché pour le GHT
- Zone de proximité de Martigues : 86% de parts de marché pour le GHT

La situation d'Arles est un peu différente. Compte tenu de son positionnement géographique et de l'urgence diagnostique et thérapeutique de ces pathologies, les patients de cette zone de proximité sont peu orientés sur le GHT (42%), mais plutôt vers le CH d'Avignon (30%) ou le CHU de Nîmes (9%).

Répartition des prises en charge des AVC par Zone de Proximité





Les enjeux et pistes identifiés pour la filière neuro-vasculaire concernant en premier lieu les difficultés de démographie médicale rencontrée sur le territoire, puis la nécessité de développer les structures de prises en charge dédiées à l'AVC.

Ensuite, la réflexion a été conduite en reprenant les différentes étapes du parcours du patient : le pré-hospitalier, l'hospitalisation puis la prise en charge post phase aigüe.

2. Orientation stratégique n°1 : Définir une organisation territoriale des ressources médicales en neurologie

Etat des lieux

L'ensemble des établissements du GHT est confronté à une insuffisance de recrutement de neurologues. A court terme, le problème de démographie médicale s'accroîtra du fait de l'arrêt de cette spécialité à l'HIA Lavéran en janvier 2017.

La situation est critique dans certains centres hospitaliers qui ne disposent pas d'expertise de neurologue, comme le CH de Martigues bien que 50% des AVC du territoire soient adressés vers leur SAU. Le développement de postes partagés en neurologie sur le territoire permettrait d'assurer une meilleure qualité de prise en charge des patients victimes d'un AVC, à la fois pour la prise en charge aigüe mais également pour le suivi des patients.

Certains CH disposent de praticiens en temps partagé comme le CH de Salon de Provence avec le CH du Pays d'Aix. Au CH d'Aubagne un praticien libéral réalise des vacations ; au CH de La Ciotat un praticien intervient une demi-journée par semaine.

Le déficit concerne également les professionnels de rééducation : médicaux (médecins MPR) et paramédicaux (kinésithérapeute, orthophoniste), ainsi que les effectifs de neuroradiologie (1,5 ETP à l'AP-HM) dans un contexte d'augmentation du recours à la thrombectomie.

Ces difficultés constituent une réelle perte de chance pour les patients des territoires périphériques sur la phase aigüe comme en phase de rééducation-réadaptation.

Pour le CH d'Arles, le partenariat en place avec le CHU de Nîmes est satisfaisant.

3. Orientation stratégique n°2 : Développer les structures de prise en charge dédiées à l'AVC sur le territoire

Etat des lieux

Le manque de lits dédiés à la prise en charge neuro-vasculaire sur le territoire (UNV, USINV, UP-AVC) ne permet pas de prendre en charge tous les patients victimes d'un AVC dans une structure adéquate, comme le prévoient les recommandations nationales. Ainsi certains patients, même à l'AP-HM sont pris en charge pour un AVC au sein des SAU ; alors que les UNV accueillent en priorité les patients pour thrombolyse ou thrombectomie.

Ainsi pour le SAU de la Timone, 5 patients en moyenne sont accueillis tous les jours pour AVC / AIT avec une durée moyenne de prise en charge de plus de 18 heures. Au CH d'Aix en Provence, 40% des AVC ne sont pas hospitalisés en neurologie, mais dans les autres services de médecine ; un suivi neurologique est assuré par les médecins du service.

De plus, l'UNV de l'AP-HM est l'UNV de recours pour les établissements d'Aix en Provence, d'Avignon et de Toulon et elle assure la prise en charge aigüe des patients en UNV et en USINV avant de les réadresser dans leur établissement d'origine. Cette position de recours est également consommatrice de temps médical.

Le déficit en structure d'accueil dédiée à l'AVC constitue une perte de chance pour les patients car il a été démontré que l'amélioration de l'état du patient victime d'un AVC était meilleure en UNV que dans une autre unité d'hospitalisation.

Il convient également de noter qu'une prise en charge des AIT en hôpital de jours a été mise en place au sein de structures privées. Ainsi des patients qui arrivent par les Urgences au CH de La Ciotat ou de Salon en AIT sont reconvoqués en hôpital de jour à La Casamance. Si l'organisation de cette prise en charge des AIT en HDJ est pertinente au niveau du GHT et permettrait de libérer des lits pour les patients AVC, elle poserait néanmoins des problèmes d'organisation dans les établissements du GHT13, du fait du personnel médical nécessaire et d'un problème de codification de la sécurité sociale.

4. Orientation stratégique n°3 : Améliorer le parcours pré-hospitalier du patient victime d'un AVC sur le territoire

Etat des lieux

Le SAMU 13 assure la régulation et l'orientation des patients victimes d'un AVC sur le département ; celui-ci est confronté à une augmentation des AVC notamment des personnes âgées et à des difficultés d'orientation des patients vers des unités dédiées.

Concernant l'orientation des patients, une conférence téléphonique avec le régulateur du SAMU, le transporteur (SMUR, Pompiers) et le médecin de l'UNV est systématiquement organisée, afin d'adresser le patient dans la structure disponible la plus adaptée. Cet échange est moins efficace lorsqu'il est réalisé avec le témoin ou la famille.

De plus, la prise en charge des patients âgés non thrombolysables peut poser des difficultés : ces patients ne peuvent pas systématiquement être admis en UNV et sont admis aux urgences avec des délais de prise en charge parfois longs. L'orientation vers un service de gériatrie peut également allonger le parcours au SAU de ces patients.

5. Orientation stratégique n°4 : Organiser la prise en charge post aigüe de l'AVC

La prise en charge post aigüe de l'AVC pose trois problématiques sur le territoire :

- 1) L'articulation entre le court séjour et la rééducation en soins de suite
- 2) Les situations cliniques ou sociales des patients qui peuvent être bloquantes à leur orientation vers une structure adaptée
- 3) L'organisation du suivi du patient à l'issue de la prise en charge sanitaire (retour à domicile, hébergement en EHPAD).

A. L'articulation entre le court séjour et la rééducation en soins de suite

Etat des lieux

CH d'Aix en Provence : l'établissement dispose de 14 lits de rééducation neurologique. En revanche d'autres structures de SSR en proximité ne disposent pas toujours des équipes spécialisées nécessaires à la prise en charge de patients en post-AVC

AP-HM : le maillage paraît bon sur le territoire quantitativement et qualitativement et l'articulation avec les partenaires est satisfaisant.

Le CH d'Allauch rappelle l'existence de ses unités de SSR polyvalent avec des ressources suffisantes en personnel de rééducation (kiné, ergothérapeutes, ...). Ces structures semblent insuffisamment sollicitées par les établissements du GHT (notamment l'AP-HM), à l'exception de Lavéran qui a structuré une filière d'aval du MCO.

Les autres établissements s'appuient souvent sur des SSR non spécialisés.

L'inscription des patients en SSR repose sur le ROR qui est décrit comme très chronophage par les praticiens de MCO car il nécessite de nombreuses ressaisies d'informations du Dossier Patient, souvent réalisé par les praticiens faute de temps d'assistante sociale. Ainsi, l'utilisation du ROR n'est aujourd'hui pas systématique, les données ne sont pas mises à jour et l'adressage des patients est encore fréquemment réalisé par téléphone ou fax.

B. Les situations cliniques ou sociales des patients qui peuvent être bloquantes à leur orientation vers une structure adaptée

Etat des lieux

Plusieurs situations peuvent être source de rupture dans la fluidité des parcours :

- Les problèmes sociaux (absence ou fragilité de l'aidant familial, ...) ;
- Les patients jeunes (18-60 ans) avec un handicap important du fait du manque de places dans les structures médico-sociales (MAS, FAM) ;
- Les patients présentant d'autres comorbidités (psychiatriques essentiellement, poly-pathologiques).

La sortie des patients du court séjour vers une solution d'aval est également tributaire des services sociaux. La présence d'une assistante sociale affectée à un service de neurologie est indispensable pour fluidifier et accélérer les sorties des patients.

Ces sorties de patients semblent moins problématiques pour les patients âgés de plus de 60 ans car ils sont orientés vers les EHPAD.

C. L'organisation du suivi du patient à l'issue de la prise en charge sanitaire

Etat des lieux

Les CH d'Aix en Provence, l'AP-HM et l'HIA Lavéran disposent de consultations en Médecine Physique et Réadaptation, mais les délais de consultation peuvent parfois être très longs jusqu'à 6 mois. Pour les autres

établissements, cette activité de suivi est réalisée par les structures privées ce qui est un problème de relai pour le suivi.

Afin d'assurer le suivi du patient, l'organisation d'une prise en charge pluridisciplinaire (neurologue, médecin MPR, kiné, orthophoniste, psychologue) en hôpital de jour paraît une solution pertinente. Ces hôpitaux de jour pourraient accueillir des patients en post-AVC.

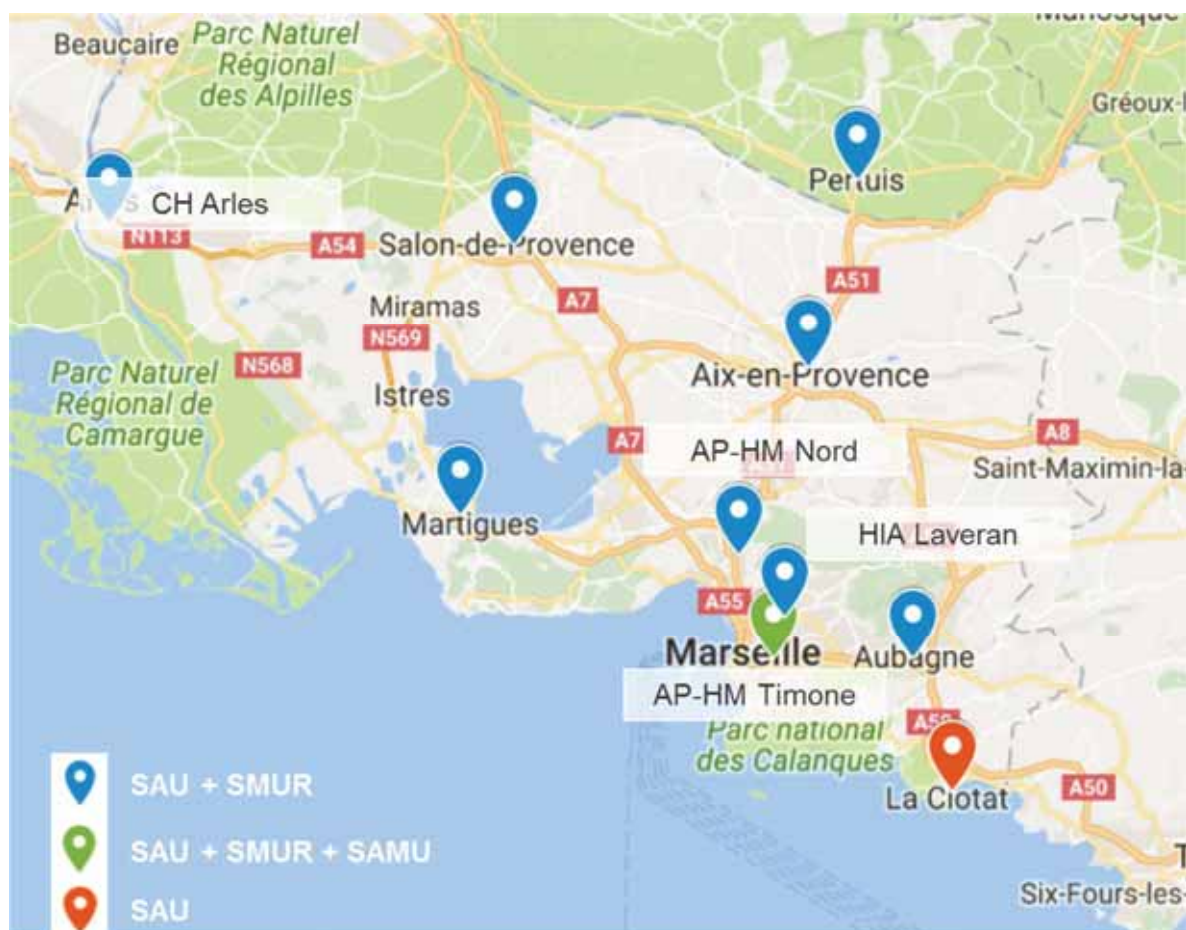
Aujourd'hui, les patients peuvent être hospitalisés plusieurs jours pour réaliser un bilan avec différents professionnels de santé. Un autre frein est mis en avant par les praticiens : celui de la valorisation financière d'une telle activité, qui risquerait d'être déclassée en consultations (circulaire frontière).

Cependant, la prise en charge pluridisciplinaire dans le suivi des patients AVC est difficilement organisable dans une unité de temps quand il s'agit de consultations pluridisciplinaires entre médecins MPR et neurologue par exemple.

Les travaux menés ultérieurement devront permettre de définir le schéma territorial des Urgences du GHT.

1. Diagnostic

Cartographie de la répartition des SAU, SAMU et SMUR sur le territoire



Panorama de l'activité des SAU

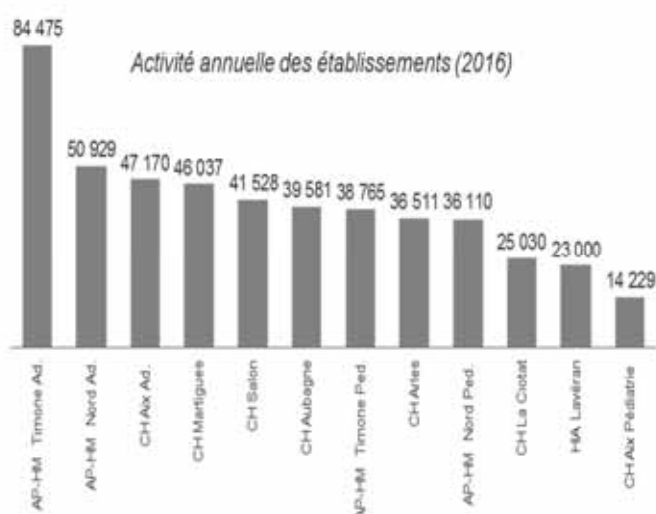
8 établissements sur le territoire du GHT disposent d'une activité de SAU, pour un total de 483 365 passages en 2016. Trois établissements du GHT disposent de lits dédiés aux prises en charge pédiatriques : Les CH d'Aubagne, Aix en Provence et l'AP-HM.

La répartition des lits d'UHCD et de lits médicaux post-urgences est la suivante :

Nombre de lits (2016)

	AP-HM	La Ciotat	La Ciotat	Aubagne	Aix	CH de Provence	CH de Provence	CH de Provence
Le nombre de lits est de 33+4 ou 5 lits PED	33+4 ou 5 lits PED	4	10	3 Ai + 1 PED	4	8	8 UNCD	38+4 PED

Source: données établissements

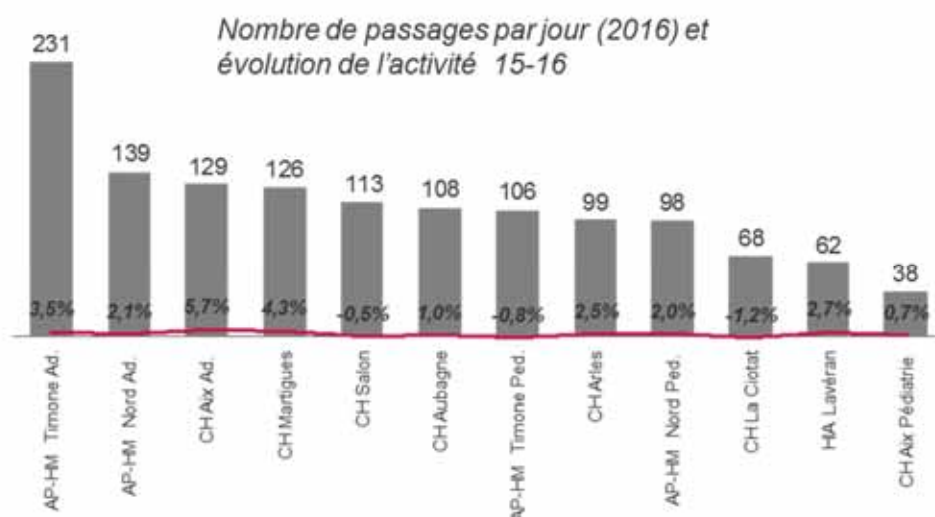


Le taux de passages aux urgences dans les Bouches du Rhône (Nombre de passages aux urgences/ Population du territoire) est de 33%, légèrement inférieur à la moyenne régionale PACA de 36%.

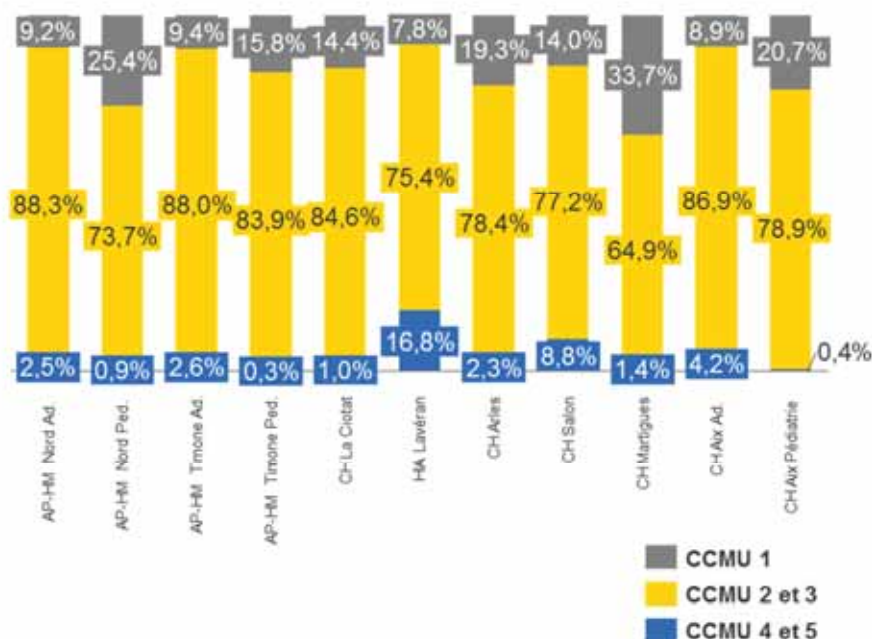
Tous les départements de la région enregistrent une hausse d'activité en 2016 (+2,8% sur la région), les Bouches du Rhône enregistrent une augmentation de 1,2%. (Source Panorama ORU PACA)

L'évolution du nombre de passages dans les services d'urgence entre 2015 et 2016 est variable entre les établissements : de - 1,2% (CH La Ciotat) à +5,7% (CH du Pays d'Aix en Provence, service adulte).

(Source Panorama ORU PACA & données établissements)



Répartition des prises en charge par niveau CCMU (2016)



Les prises en charge des CCMU 1 représentent 16% des patients sur le GHT tandis que les CCMU 2 & 3 représentent 80% des prises en charge. L'HIA Laveran a le taux de prise en charge des actes CCMU 4 & 5 le plus élevé : 16,8% des patients pris en charge au SAU.

Source : ORU PACA

Point d'attention : Les taux de CCMU du CH de Salon & de l'HIA sont faussés par la prise en compte de la gravité à l'admission au lieu de la CCMU basées sur des échelles différentes

CCMU1: Etat clinique jugé stable

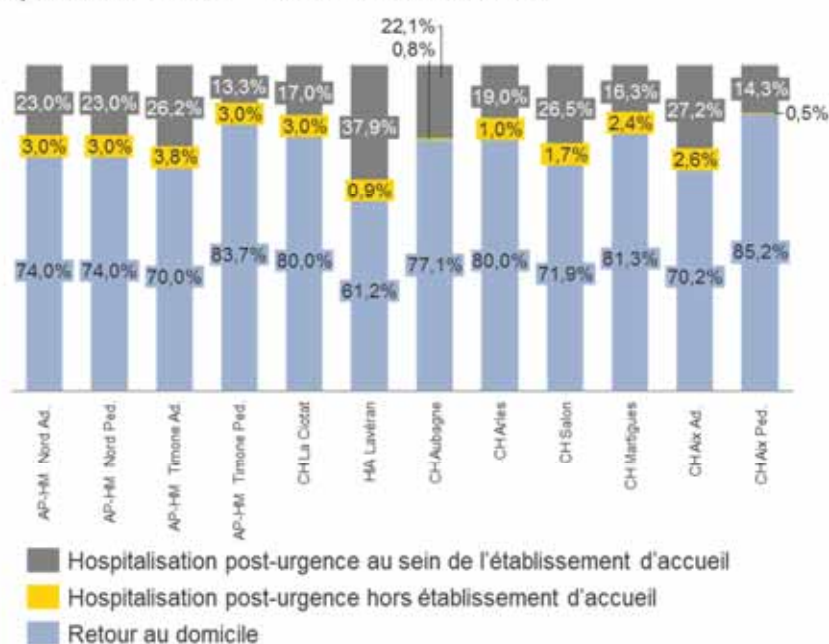
CCMU4: Situation pathologique engageant le pronostic sans gestes de réanimation immédiat

CCMU5: Pronostic vital engagé. Prise en charge comportant la pratique de manœuvres de réanimation

Le retour à domicile concerne plus de 75% des patients pris en charge dans les SAU du territoire.

L'hospitalisation post-urgence hors établissement d'accueil est multi factorielle : convenance du patient, défaut de capacité d'aval ou défaut de plateau technique. Ce transfert concerne moins de 3% des patients pris en charge sur le territoire.

Devenir des patients (2016)



Source : PANORAMA ORU PACA pour APHM Timone, HIA Laveran CH Arles et CH Salon
Données praticiens pour APHM Nord, CH La Ciotat, CH Aubagne, CH Martigues et CH Arles

Panorama de l'activité du SAMU

Le département des Bouches-du-Rhône comporte 1 Centre de régulation du SAMU.

L'activité du SAMU a augmenté tant en termes d'appels que de dossiers de régulation :

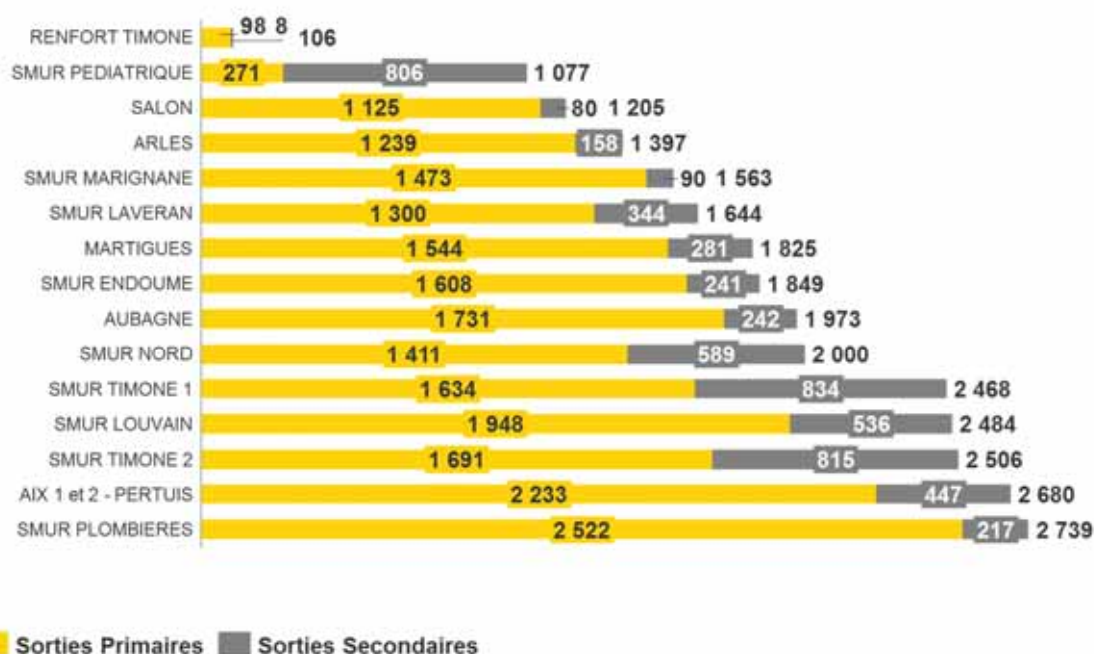
- + 6,3% de dossiers de régulation SAMU entre 2015 et 2016 et + 8,7% de sorties SMUR Primaire Pédiatrique, +12% de sorties SMUR Secondaires ;
- + 1,5% du nombre d'appel au SAMU : 754 443 appels au SAMU en 2016 contre 743 627 appels en 2015. Le SAMU reçoit en moyenne 2 066 appels quotidiennement, la barre des 3300 appels quotidiens a été franchie à la fin de l'année 2016.

Panorama de l'activité SMUR

Le département des Bouches du Rhône comporte :

- 7,5 lignes SMUR réparties sur le territoire (hors Marseille) :
 - 1,5 ligne à Aix ;
 - 1,5 ligne à Martigues ;
 - 1,5 ligne à Aubagne ;
 - 1 ligne à Arles ;
 - 1 ligne à Salon ;
 - 1 ligne à Marignane (SDIS convention AP-HM) ;
- 10 lignes de SMUR sont à Marseille :
 - 5 lignes SMUR AP-HM dont 1 pédiatrique (3 à Timone, 1 à Nord, 1 à Lavéran) ;
 - 3 lignes SMUR conventionnées (BMPM, convention APHM) ;
 - 1 base HéliSMUR sur Timone ;
 - 1 base HéliSMUR sur Marignane (Dragon 131).

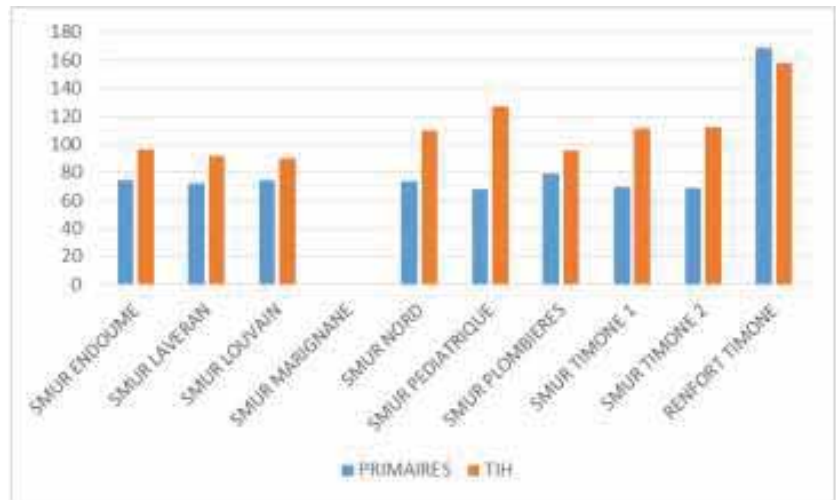
Activité des SMUR en 2016 (nombre de sorties)



Source: activité TSMUR département 13, 2016. Transmise par le Pr Kerbaul

Temps moyen des sorties SMUR (en minutes)

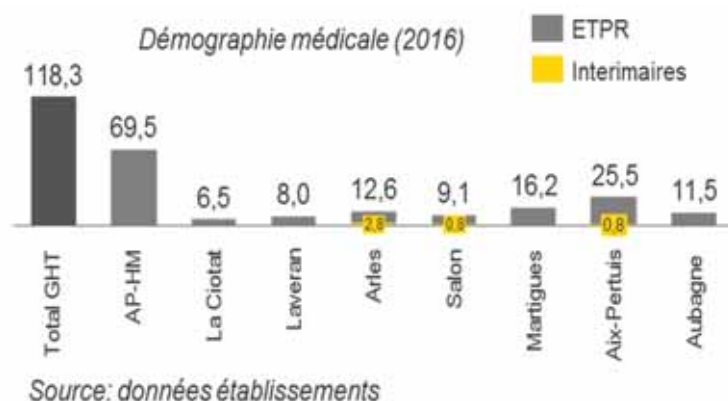
Le temps d'activité moyen quotidien pour les SMUR est de 8 heures 42 minutes contre 7 heures en 2016. La durée globale d'activité des SMUR hospitaliers a augmenté de 8% entre 2015 et 2016 : plus de 359 heures de fonctionnement en plus sur l'année. Comme le montre le graphique ci-dessous, la durée moyenne d'intervention des SMUR est assez disparate entre les établissements. De plus, ces durées d'interventions diffèrent entre les interventions primaires et secondaires.



Démographie médicale

L'activité d'Urgences concentre une part importante des effectifs médicaux du GHT, du fait du poids de la permanence des soins. L'AP-HM concentre la grande majorité des ETP & gardes du territoire.

La population médicale est relativement jeune, mais avec des enjeux à venir sur la démographie médicale et le renouvellement des équipes



2. Orientation stratégique n°1 : Mettre en œuvre de la réforme du temps de travail des urgentistes

Etat des lieux

La mise en œuvre de la réforme du temps de travail des urgentistes est un enjeu majeur. Tous les établissements du GHT sont concernés par l'application du décret, qui doit permettre de réduire la pénibilité du travail et améliorer la qualité et la sécurité des soins délivrés.

La circulaire de décembre 2014 ainsi que les instructions de juillet 2015 relatives à la réforme du temps de travail des urgentistes sont organisées en deux temps :

1) Obligations de service

Les obligations de service sont décomposées comme suit:

- Le travail clinique posté : prise en charge des patients dans le cadre d'une fonction faisant l'objet d'une relève organisée (accueil et prise en charge des patients, régulation médicale au SAMU,...) ;
- Les activités non postées, cliniques ou non : mission à vocation collective et institutionnelle (staffs, codage, recherche) et formation des praticiens.

2) Décomposition du temps de travail

Les obligations de services sont limitées à 48 heures. Les effectifs cibles doivent permettre la répartition horaire suivante:

- Le travail clinique posté : 39h/ semaine en moyenne lissée sur quatre mois ;
- Les activités non postées : elles sont forfaitisées et contractualisées entre le praticien, le chef de service et le chef de pôle.

Le niveau d'avancement des établissements du GHT est hétérogène dans l'application de cette réforme :

- Mise en application effective :
 - CH Arles : application des 39h effective au 1^{er} janvier 2017. Si des modifications d'effectifs sont intervenues suite à des départs, les contrats sont néanmoins signés et validés sur le temps de travail posté (contrats tripartites : chef de pôle, chef de service et praticien) ;
 - CH Martigues : La direction s'est engagée au 1^{er} janvier 2016 dans l'application de la réforme à 39h : les contrats sont formalisés, signés et le TTA payé en conséquence depuis. 16,2 ETP travaillent en moyenne 41 à 42h par semaine ;
 - CH La Ciotat : Mise en place des 39 h effective depuis le 1^{er} janvier 2016, les contrats sont signés. Le recrutement de deux ETP en novembre 2016 permet depuis cette date l'application stricte des 39 heures et l'absence de TTA.
- Mise en application en cours :
 - CH Salon de Provence : les contrats doivent être signés dans les prochaines semaines. Un enjeu d'ETP est cependant important dans ce SAU : la mise en œuvre de la réforme implique la rémunération de 16,7 ETP tandis que l'effectif actuel est de 7 ETP et 5 en juin 2017. L'équipe est en grande difficulté malgré l'appui de la direction de la CME ;
 - CH Aix en Provence : les contrats ont été formalisés depuis le 1^{er} septembre 2016 sur la base de 44h postés. La signature de nouveaux contrats à 39h postés est subordonnée aux résultats des travaux qui seraient menés dans le cadre du GHT13. Cependant, l'effectif cible nécessaire pour l'application des 39h est également très loin d'être atteint : 40 ETP nécessaire (19 au CH d'Aix et 11 à Pertuis) pour 16,9 actuels (11,5 ETP au CH d'Aix et 5,4 à Pertuis) ;

- AP-HM : la mise en place des 39h est en cours, avec un déploiement progressif sur 3 ans (2017 à 2019). Pour le SAU de l'hôpital Nord, la maquette organisationnelle affiche 18 ETP pour une cible à 19 ETP. Pour le SAU de la Timone, elle est de 29 ETP pour une cible à 31,6 ETP. Pour le SAMU, elle est de 23,7 ETP pour une cible à 34,2 ETP. Enfin pour le SMUR pédiatrique, elle est de 3,5 ETP pour une cible à 5,3 ETP.
- Pas d'application à date :
 - CH Aubagne : les contrats ne sont pas signés car l'application des 39h n'est pas possible au regard des effectifs. Dans l'optique de recrutement de 2 assistants et d'un PH en remplacement, la mise en œuvre de la réforme sera engagée. Le service fonctionne actuellement avec le système des 48h rémunérées puis par les heures supplémentaires.
 - HIA Laveran : à date, aucune action n'est engagée pour la mise en application des 39h. La maquette organisationnelle affiche 8 ETP médicaux complétée par du temps de réservistes. Le temps de travail hebdomadaire est de 44h hebdomadaires pour les médecins militaires, lissées sur l'année.

3. Orientation stratégique n°2 : Mettre en place une gestion des lits par établissement

Etat des lieux

La gestion de lits au sein des établissements doit permettre de fluidifier l'aval des services d'urgence et de faciliter la recherche des lits. Les démarches d'accompagnement engagées au niveau national, notamment par l'ANAP, ont permis d'identifier les principales actions à déployer :

- Favoriser les sorties le matin ;
- Disposer de visibilité sur les lits disponibles / occupés ;
- Mettre en place une Durée Prévisionnelle de Séjour ;
- Anticiper la sortie / l'aval ;
- Développer des alternatives à l'HC (UCA / HDJ) ;
- Définir des règles d'hébergement (programmation et déprogrammation) ;
- Piloter les séjours longs.

Ces actions doivent permettre aux établissements du GHT d'établir un socle minimal commun à mettre en place concernant la gestion des lits.

L'avancement et la mise en œuvre de la gestion des lits est disparate au sein du GHT.

Alors que dans certains établissements la gestion des lits est effective :

- CH Arles : un travail de gestion des lits a été entrepris avec l'ANAP. Ce projet concerne la mise en place d'un gestionnaire des lits sur l'établissement et sur l'ensemble du parcours patient. Un cadre de santé en journée est dédié à cette organisation sous la responsabilité de la directrice des soins. La CACNP (Commission des Admissions et des Consultations Non Programmées) fonctionne relativement bien pour l'hospitalisation des patients dans d'autres services, hors situations exceptionnelles. Une problématique existe néanmoins en réanimation où il n'y a plus de lits dédiés en soins continus, l'embolie de ces lits bloque les urgences (souhait d'augmentation du capacitaire en soins critique) ;
- HIA Laveran : un bed manager a été mis en place fin 2015. Il réalise trois états des lieux des lits dans la journée ce qui est une véritable plus-value dans la gestion des lits au regard du fort taux d'occupation des lits. La nuit, le médecin de garde prend le relais pour adresser les patients des urgences dans les

services : ces règles d'hébergements doivent être formalisées. La CACNP ne se réunit qu'à la demande en cas de tension ;

- CH Martigues : Un gestionnaire des lits est en place depuis 2003, c'est un cadre qui occupe la fonction la journée tandis que le cadre de garde en est chargé durant la nuit et les WE. La CACNP s'est réunie une première fois en 2017 ;
- CH La Ciotat : La gestion des lits est effectuée par le cadre de santé des urgences et l'équipe IDE avec un point des lits réalisé au minimum 3 fois par jour. Le système fonctionne. Les services d'aval sont régulièrement sensibilisés à la problématique et la coopération est bonne ;
- AP-HM, Nord : L'hôpital dispose d'un bed manager également. Cette personne a formalisé un thésaurus avec des règles d'hébergement. Ce n'est pas une fonction de placement de patient dans les services, la fonction va plus loin.

Celle-ci est partielle dans d'autres établissements :

- CH Aix en Provence : des règles d'hébergement sont mises en place progressivement malgré une CACNP qui ne s'est pas réunie depuis avril 2016. De plus, le poste de cadre destiné à la gestion des lits sera supprimé en juin 2017 mais la fonction continuera à être exercée ;
- AP-HM, La Timone : Un poste de bed manager est effectif depuis un an, cependant il n'y a pas de relais hors heures ouvrées. La nuit, aucun hébergement n'est possible en médecine et les patients restent en UHCD. L'hôpital dispose également d'une CACNP locale.
- CH Salon de Provence : L'établissement ne dispose pas à ce jour de CACNP ni de bed manager. Toutefois, un dispositif de gestion des lits a été organisé au dernier semestre de l'année 2016, suite à une recommandation de la Haute Autorité de Santé. Celui-ci s'appuie sur une organisation et une implication des cadres de santé de l'Etablissement qui suivent à partir d'un outil informatique récemment déployé la disponibilité des lits en temps réel. Cette organisation permet d'établir et de transmettre, a minima deux fois par jour, un document faisant état, unité par unité, des lits disponibles. D'autre part, une procédure hôpital en tension, qui renforce ce dispositif, est validée et appliquée.

Et un établissement n'a aucun dispositif de gestion de lits :

- CH Aubagne : la direction ne souhaite pas mettre en place de gestionnaire de lits. La CACNP fonctionne de manière ponctuelle notamment pour ouvrir et fermer des lits selon les périodes (gestion des lits d'aval, hôpital en tension...).

4. Orientation stratégique n°3 : Développer des filières post-urgences

Les participants ont identifié comme nouvel enjeu le développement de filières post urgences. En effet, les filières concernant les urgences vitales sont déjà très structurées alors que les filières de post-urgences semblent pertinentes à développer.

Etat des lieux

Trois établissements ont mis en place une filière de prise en charge post-urgence. Ces filières interviennent à différents niveaux impliquant différents acteurs :

- AP-HM : création d'une filière post-urgence vasculaire et AIT le patient quitte les urgences avec un rendez-vous de doppler veineux pour le lendemain ou le surlendemain ;
- CH d'Arles : envoi des prescriptions par les praticiens aux secrétaires du service d'imagerie qui s'occupent ensuite de prendre le rendez-vous avec le patient ;

- CH de La Ciotat : le patient repart des urgences avec son rendez-vous post-urgence / consultations avancées non seulement pour le scanner mais également avec le spécialiste.

5. Orientation stratégique n°4 : Identifier les filières de prise en charge

Certaines filières identifiées fonctionnent correctement et font l'objet d'une régulation. Ces filières ne nécessitent pas à date de plan d'action spécifique.

A. Filière SCA

Etat des lieux

Certains établissements sont capables de prendre en charge de manière autonome leurs patients sur l'ensemble de la filière SCA, c'est le cas notamment des hôpitaux de la Timone et Nord (AP-HM) qui disposent du plateau technique adapté.

L'adressage des patients arrivant directement dans les hôpitaux de proximité est hétérogène selon les conventions entre les établissements et selon la position géographique. Ainsi, les CH sollicitent majoritairement l'hôpital Nord en première intention, puis des établissements privés (la clinique Beauregard, l'hôpital St Joseph, la clinique de Marignane, la clinique de la Casamance). En raison de sa position géographique sur le département, le CH d'Arles sollicite le CHU Nîmes ou le CH d'Avignon. Cet adressage théorique varie selon la disponibilité sur les plateaux techniques de coronarographie.

La régulation du SAMU Centre 15 adresse les patients selon le principe de disponibilité des plateaux techniques de coronarographie les plus proches. Seule la situation dans laquelle le patient est déjà connu d'une équipe peut faire exception au principe, à condition de ne pas augmenter significativement les délais de transport. En effet, dans la mesure du possible (délai de la prise en charge et disponibilité du plateau), la régulation favorise un adressage dans l'établissement où le patient est connu.

Le délai moyen entre l'appel et la prise en charge d'un patient présentant un SCA avec sus décalage du segment ST vers un plateau de coronarographie est d'environ 54 minutes (pour des recommandations à 90 / 120 minutes).

B. Filière Neurochirurgie

Etat des lieux

Les établissements de recours en neurochirurgie du GHT 13 sont l'APHM Nord, l'APHM Timone puis la clinique Clairval. Pour la neurochirurgie pédiatrique, les patients sont orientés vers la Timone. Le CH d'Arles adresse ses patients vers le CHU de Nîmes.

Les difficultés rencontrées sont d'une part de réussir à joindre rapidement un praticien sénior à l'AP-HM pour les praticiens des CH et d'autre part de trouver des places d'hospitalisation sur le territoire

C. Filière du traumatisé sévère

Etat des lieux

La régulation adresse les patients à l'AP-HM de manière systématique et plus particulièrement les patients traumatisés sévères instables et critiques. La procédure de prise en charge est claire, fait l'objet d'un registre et de recommandations régionales (Bonnes pratiques fondamentales, ORU PACA 2014) :

- Le centre de traumatologie de référence sur le territoire se situe sur l'hôpital Nord,

- Le plateau technique de la Timone peut être sollicité en cas de défaut de place sur l'hôpital Nord, en cas de proximité du lieu d'accident pour respecter le principe de la « golden hour » et en cas de prise en charge des patients traumatisés sévères pédiatriques.

D. Filière Syndrome Aortique Aigu

Etat des lieux

Cette filière est relativement simple car régulée à 100%, lorsque le diagnostic est réalisé. L'adressage du patient est alors effectué vers le plateau technique le plus proche et disponible (APHM, CH Saint Joseph ou clinique de Clairval). La régulation a pour principe de proposer le plateau technique se trouvant à proximité du lieu de prise en charge, cet adressage est notamment facilité par un logiciel de géolocalisation utilisé pour les délais d'intervention.

La difficulté rencontrée sur cette filière est l'accès aux plateaux techniques (scanner et échographie d'urgence).

E. Filière AVC

Etat des lieux

La filière AVC doit prendre en compte toutes les étapes de la pathologie : du diagnostic à la réhabilitation.

Les capacités d'accueil ne sont pas en nombre suffisant considérant le nombre de patients pris en charge dans les établissements du GHT. A l'hôpital de la Timone, 5,1 AVC régulés arrivent chaque jour en moyenne pour 1,7 ou 1,8 places disponibles. La capacité d'accueil ne semble pas être en adéquation avec les besoins du territoire, cela affecte également la qualité et la sécurité des soins. En effet, si le patient n'est pas inclus dans la filière « Stroke », il peut rester jusqu'à 24 heures aux urgences.

De plus, les patients en provenance des hôpitaux périphériques pris en charge dans la filière Stroke redescendent ensuite aux urgences de la Timone.

Développer une filière AVC sur le GHT permettrait de désengorger les urgences des hôpitaux de référence, cependant cela nécessite d'avoir les moyens nécessaires pour mettre en place cette filière. Par exemple, le CH de Salon de Provence rencontre des difficultés d'accès à une IRM ce qui est une réelle perte de chance pour le patient.

6. Orientation stratégique n°5 : Améliorer la gestion des situations sanitaires exceptionnelles

Etat des lieux

La gestion des situations sanitaires exceptionnelles est également hétérogène selon les établissements :

- Les CH d'Arles, Salon, La Ciotat et l'APHM ont réactualisé leurs Plan Blanc en 2016 ;
- Cette réactualisation est permanente pour le CH de Martigues et l'HIA Laveran ;
- Les CH d'Aubagne et d'Aix sont en cours de réactualisation.

Corollairement, les établissements ne sont pas alignés sur la tenue de leurs derniers exercices :

- 2016 pour le CH d'Aubagne, CH Aix en Provence et l'AP-HM ;
- 2017 pour l'HIA, le CH Martigues et La Ciotat (prévision) ;
- Une réunion inopinée de la cellule de la crise a eu lieu en 2016 au CH d'Arles.
- Aucun exercice n'a été réalisé par le et de Salon.

7. Orientation stratégique n°6 : SMUR

Etat des lieux

Actuellement, 10 lignes SMUR sont positionnées à Marseille (dont une ligne pédiatrique et deux lignes hélicoptérées) et 7,5 lignes SMUR sont réparties sur le territoire. Leur activité diffère en nombre de sorties, entre 1 100 et 2 700 par an en 2016 pour les sorties primaires et secondaires) ainsi que leur organisation RH avec des activités dédiées ou partagées avec les SAU.

8. Orientation stratégique n°7 : Assurer la formation des internes

Etat des lieux

En novembre 2017, le DES de médecine d'urgence va être mis en place. Le CNU de médecine d'urgence vient d'être officiellement créé début mai 2017.

La formation passera de 2 à 4 ans et cela contribue à la reconnaissance de la médecine d'urgence en tant que spécialité médicale. La formation sera organisée en trois phases : socle, perfectionnement et autonomisation.

La région PACA a obtenu 37 postes d'internes répartis entre Marseille (25) et Nice (12) afin d'assurer le renouvellement des médecins urgentistes.

Les groupes de travail ont rendu leurs travaux en janvier 2017 mais sont encore en attente d'un retour de la part du ministère. La mise en place opérationnelle de la formation reste à définir. Une ossature de la maquette organisationnelle est connue mais il n'y a pas encore de validation :

- Année socle : choix entre un service d'urgence et un service de médecine interne avec un rapport avec le post urgence
- Deuxième et troisième années : choix de stages entre un service SAMU/SMUR, réanimation, urgence pédiatrique et un service semi-libre (proposition de services potentiels)
- Quatrième année : Année tutorisée

Des interdépendances existeront forcément avec d'autres DES, notamment avec la médecine générale ou la gériatrie (l'une ou l'autre spécialité a un passage en médecine d'urgence durant la formation).

Il est essentiel d'organiser l'accueil des internes (urgentiste d'une part et de médecine générale d'autre part) : garder une capacité d'accueil et surtout une attractivité pour les jeunes praticiens. Les SAU du GHT doivent se structurer ensemble : journée d'accueil, livret, suivi de l'interne durant toute la durée de son stage, carnet d'objectif, participation au staff de manière périodique, suivi de la formation et formation au sein du service.

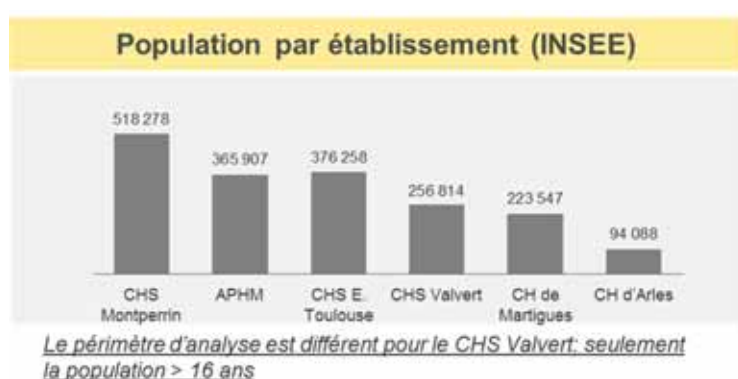
Aussi dans l'accueil des internes, il est important de prendre en compte la mise en place des 39h clinique ainsi que les cas de maternité et congés maladie.

1. Diagnostic général

A. Caractéristiques de la population desservie

Indicateurs socio-économiques

Les populations desservies par les différents établissements sont d'importance très variable dans un rapport de 1 à 5 (entre les secteurs rattachés à Arles et ceux de Montperrin).



L'INSERM a élaboré un indicateur agrégé de la précarité sociale : l'indice de défavorisation social (FDEP)

Si le score des Bouches du Rhône est comparable au score national, la situation des zones d'intervention de chaque établissement est plus contrastée. Le territoire desservi par le CHS Edouard Toulouse est particulièrement défavorisé socialement avec un score de 2,4.

	Score FDEP09
FRANCE METROPOLITAINE	0,0
93 - PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR	-0,1
13 - BOUCHES-DU-RHONE	0,0
Territoire du CHS Montperrin	-0,9
Territoire de l'AP-HM	-1,1
Territoire du CHS E. Toulouse	2,4
Territoire du CHS Valvert	-0,7
Territoire du CH de Martigues	0,2
Territoire du CH d'Arles	0,9

Le détail des indicateurs utilisés permet d'apporter des éléments d'analyse complémentaire et confirme la fragilité des patients domiciliés sur le territoire du CHS E. Toulouse sur toutes les variables étudiées.

	Revenu médian par unité de consommation dans le ménage	Pourcentage de bacheliers dans la population de plus de 15 ans	Pourcentage d'ouvriers dans la population active	Taux de chômage
FRANCE METROPOLITAINE	18 796 €	41%	24%	11%
93 - PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR	18 219 €	42%	20%	13%
13 - BOUCHES-DU-RHONE	18 104 €	42%	20%	14%
Territoire du CHS Montperrin	20 416 €	48%	18%	11%
Territoire de l'AP-HM	19 904 €	51%	13%	13%
Territoire du CHS E. Toulouse	11 627 €	30%	26%	24%
Territoire du CHS Valvert	20 227 €	44%	17%	11%
Territoire du CH de Martigues	18 656 €	37%	24%	13%
Territoire du CH d'Arles	16 268 €	36%	25%	15%

Indicateurs de morbidité

Psychiatrie adulte : Consommation de soins psychiatriques

a. Hospitalisation temps plein : un recours supérieur à la moyenne nationale

On observe un recours à l'hospitalisation à temps plein significativement **supérieur (57%)** à la moyenne nationale sur les Bouches du Rhône (tous lits d'hospitalisation confondus, publics et privés). Cette surconsommation est particulièrement élevée pour les patients résidant sur les secteurs rattachés au CHS E. Toulouse.



Tx de recours à l'hosp. temps plein en journées pour 1 000 hab.	18 à 59 ans	60 ans et plus	Total général
FRANCE METROPOLITAINE	355	277	332
PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR	493	309	431
13 - BOUCHES-DU-RHONE	579	390	522
Territoire du CHS Montperrin	444	301	403
Territoire de l'AP-HM	646	472	591
Territoire du CHS E. Toulouse	1 001	702	921
Territoire du CHS Valvert	482	322	429
Territoire du CH de Martigues	356	252	324
Territoire du CH d'Arles	385	186	316

b. Hôpital de jour : un recours aux soins légèrement supérieur à la moyenne nationale

Le recours aux soins en HDJ est **légèrement supérieur à la moyenne nationale (+8%)** (tous lits d'hospitalisation confondus, publics et privés).



Tx de recours HDJ en journées pour 1 000 hab.	18 à 59 ans	60 ans et plus	Total général
FRANCE METROPOLITAINE	77	41	66
PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR	77	44	66
13 - BOUCHES-DU-RHONE	81	51	72
Territoire du CHS Montperrin	50	36	46
Territoire de l'AP-HM	71	40	61
Territoire du CHS E. Toulouse	104	49	89
Territoire du CHS Valvert	116	97	109
Territoire du CH de Martigues	97	50	82
Territoire du CH d'Arles	29	17	24

c. Soins ambulatoires : un recours aux soins supérieur à la moyenne nationale

Le recours aux soins ambulatoire est **supérieur à la moyenne nationale (+26%)**. Ce recours est particulièrement élevé pour les patients résidant sur les secteurs rattachés au CH d'Arles et au CHS E. Toulouse. Dans cette analyse, les soins ambulatoires recouvrent les CMP, les VAD, les équipes mobiles et les CATTP.



Pédopsychiatrie : Consommation de soins psychiatriques

a. Hospitalisation temps plein : un recours inférieur à la moyenne nationale

Le niveau de recours à l'hospitalisation à temps plein pour enfants est sur le département **inférieur à la moyenne nationale de 12%**, peut-être en lien avec le taux d'équipement inférieur à la moyenne nationale :

- Le recours le plus faible est sur les secteurs du CHS E. Toulouse
- Le recours le plus élevé est sur le nord du département, sur les zones d'intervention du CHS de Montperrin.



b. Hôpital de jour : un recours aux soins inférieur à la moyenne nationale

Un recours aux soins en HDJ **inférieur à la moyenne nationale (-14%)**.

Un recours particulièrement bas pour les patients résidant sur les secteurs rattachés au CH de Montperrin, d'Arles, de Martigues et d'E. Toulouse.



Tx de recours HDJ en journées pour 1 000 hab.	0 à 17 ans
FRANCE METROPOLITAINE	80
PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR	73
13 - BOUCHES-DU-RHONE	68
Territoire du CHS Montperrin	42
Territoire de l'AP-HM	101
Territoire du CHS E. Toulouse	61
Territoire du CHS Valvert	91
Territoire du CH de Martigues	56
Territoire du CH d'Arles	44

c. Soins ambulatoires : un recours aux soins supérieur à la moyenne nationale

Le niveau de recours aux soins ambulatoires en pédopsychiatrie est sur le département **9% supérieur à la moyenne nationale**, particulièrement sur les zones d'intervention de CH de Valvert et d'Arles.

Dans cette analyse, les soins ambulatoires recouvrent les CMP, les VAD, les équipes mobiles et les CATTP.

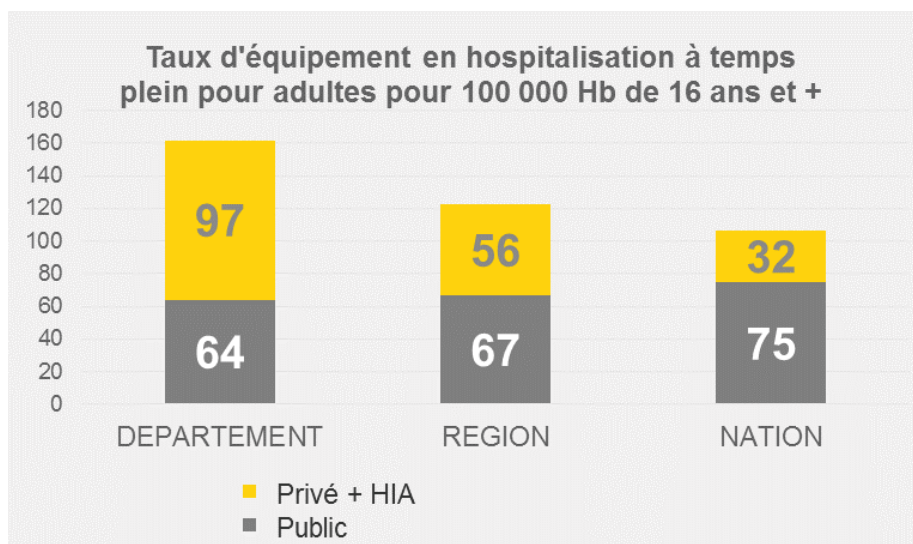


Tx de recours aux soins ambulatoires en actes / 1 000 hab	0 à 17 ans
FRANCE METROPOLITAINE	358
PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR	368
13 - BOUCHES-DU-RHONE	387
Territoire du CHS Montperrin	399
Territoire de l'AP-HM	235
Territoire du CHS E. Toulouse	343
Territoire du CHS Valvert	610
Territoire du CH de Martigues	243
Territoire du CH d'Arles	549

B. Caractéristiques de l'offre de soins :

Psychiatrie adulte

Tous les établissements du GHT proposant une offre de soins en psychiatrie adulte sont autorisés pour la prise en charge des soins sans consentement, sauf l'HIA Lavéran.



Le taux d'équipement est de 52% supérieur à celui de la nation, mais on observe :

- un sous-équipement de 14% de l'offre publique
- un suréquipement de 205% de l'offre privée

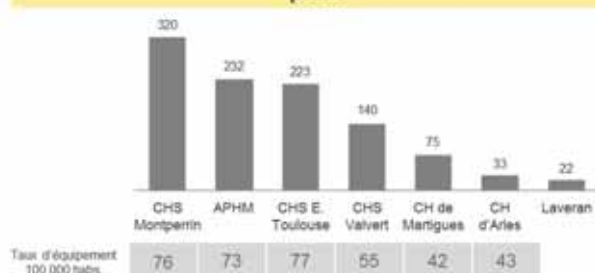
Ce taux masque des écarts infra-départementaux importants, avec notamment une capacité très importante de l'hospitalisation privée sur Marseille.

1 - Zone d'intervention en psychiatrie générale
2 - Lits privés

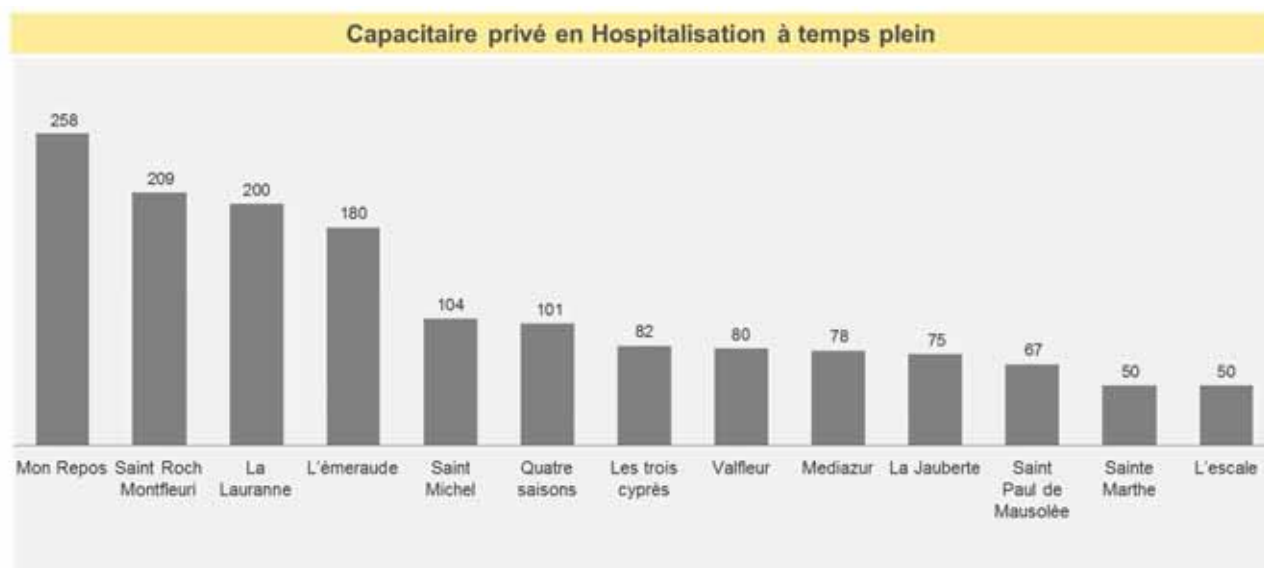


Territoire	Capacité publique	Capacité d'offre privée sur le territoire
Territoire du CHS Montpellier	320	275
Territoire de l'AP-HM	232	438
Territoire du CHS E. Toulouse	223	50
Territoire du CHS Valvert	140	654
Territoire du CH de Martigues	75	50
Territoire du CH d'Arles	33	
TOTAL	1 023	1 534

Capacitaire du GHT en hospitalisation à temps plein



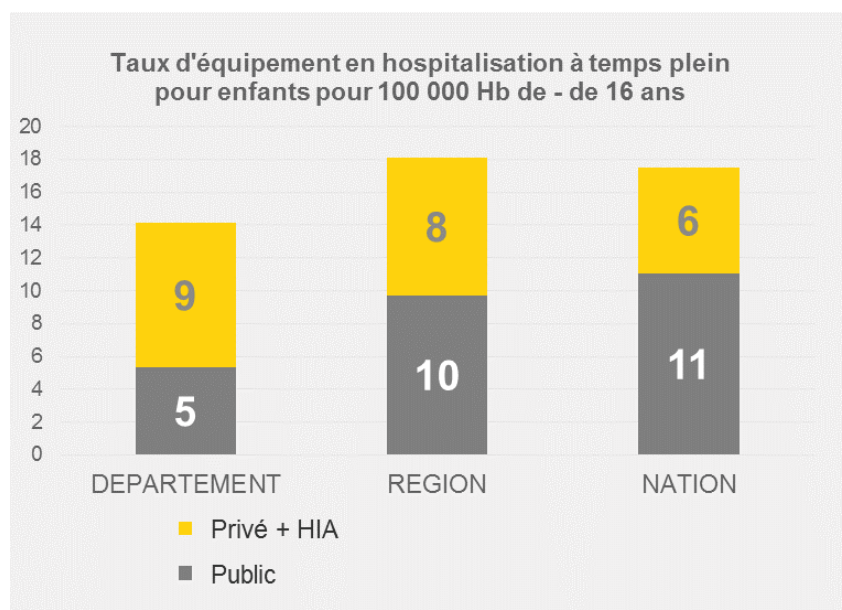
Le capacitaire des hospitalisations à temps plein présenté ci-après pour les établissements du GHT et pour les structures privées concerne la psychiatrie adulte.



Pédopsychiatrie

Les taux d'équipement du département sont inférieurs à la moyenne nationale :

- de 19% en lits d'hospitalisation temps plein ;
- de 19% en places d'hôpital de jour.



Offre de soins libérale

Le nombre de **psychiatres libéraux** pour 100 000 habitants est 2 fois plus élevé que la moyenne nationale.

La répartition sur le territoire n'est pas homogène. C'est la ville de Marseille qui polarise l'essentiel de cette ressource. Vient ensuite Aix en Provence. La densité médicale à l'ouest du département est plus basse que la moyenne nationale.

	Nombre de psychiatres libéraux pour 100 000 habitants
FRANCE METROPOLITAINE	10
93 - PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR	16
13 - BOUCHES-DU-RHONE	20
CHS MONTPERRIN	17
MARSEILLE INSECABLE	30
APHM (HORS MARSEILLE)	
CHS EDOUARD TOULOUSE (HORS MARSEILLE)	5
CENTRE HOSPITALIER VALVERT	12
CENTRE HOSPITALIER DE MARTIGUES	3
CENTRE HOSPITALIER JOSEPH IMBERT	9
CHS MONTFAVET	8

Offre de soins médico-sociale

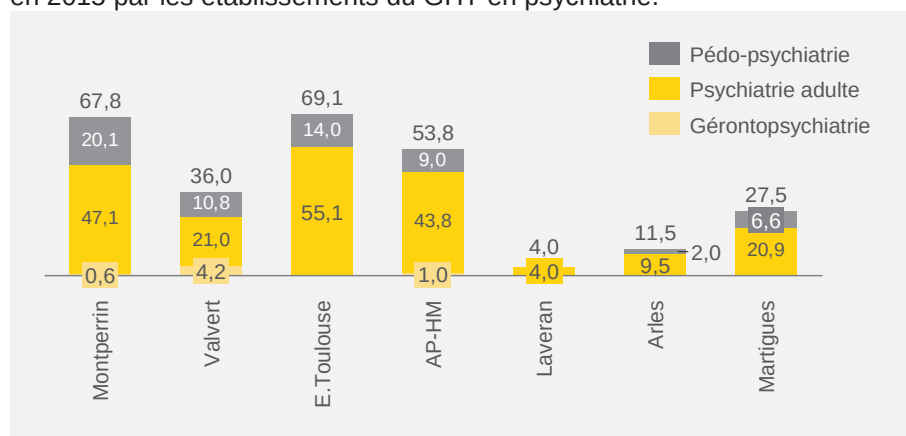
Le département des Bouches du Rhône dispose d'un taux d'équipement en places de FAM et de MAS inférieur de 19% à la moyenne nationale. Le nombre de places dédiées au handicap psychique n'est pas disponible en région PACA.

Chez les enfants, le constat est le même. Le nombre de places en IME et en ITEP est, dans les Bouches du Rhône, inférieur de 24% à la moyenne nationale.

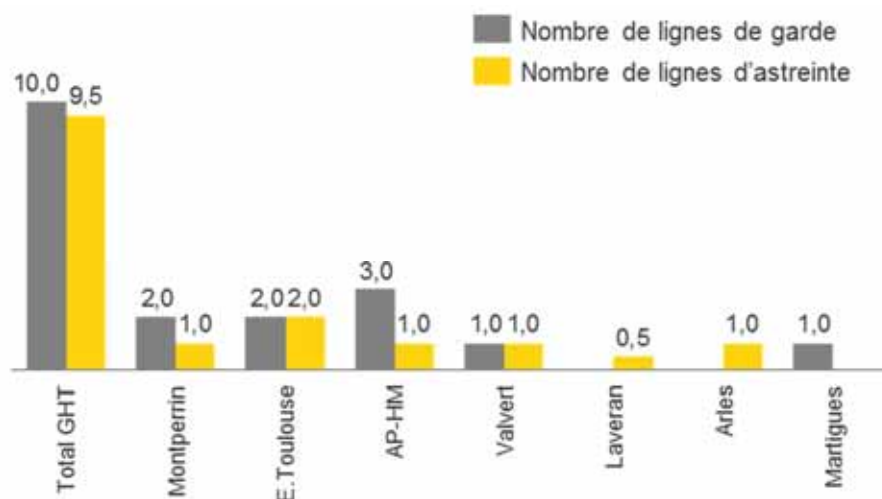
	Taux d'équipement pour 100 000 habitants de 16 ans et plus		Taux d'équipement pour 100 000 habitants de moins de 16 ans	
	Places médico-sociales (MAS + FAM)	Dont places dédiées au handicap psychique	Places médico-sociales (IME + ITEP)	Dont places dédiées au handicap psychique
FRANCE	85	23	664	218
PROVENCE-ALPES-COTE-D'AZUR	80	NC	523	NC
13 - BOUCHES-DU-RHONE	68	NC	507	NC

Ressources médicales et permanence des soins

Le diagramme ci-dessous reprend le nombre d'ETP médicaux rémunérés (avec assistants et sans internes) en 2015 par les établissements du GHT en psychiatrie.



Le diagramme ci-dessous montre le nombre de garde et astreinte par établissement sur l'ensemble du territoire.



2. Thématiques prioritaires

Thématique 1 : Définition des missions socles du secteur et de l'inter-secteur

DEFINITION DES MISSIONS SOCLES DU SECTEUR POUR LA PSYCHIATRIE ADULTE

Etat des lieux et contexte

Les professionnels de la psychiatrie souhaitent rappeler les principes suivants :

- Réaffirmer la spécificité de la psychiatrie et le caractère central et fondateur du secteur dans l'organisation des soins en psychiatrie
- Défendre la diversité des philosophies de soins
- Eviter l'hospitalo-centrisme
- Réaffirmer l'importance de l'élaboration d'un projet médico soignant partagé.

1. Déclinaison opérationnelle

A. Les dispositifs adultes

Les soins ambulatoires

a. CMP : pivot du secteur

Le CMP assure les missions d'accueil, de prévention, d'évaluation clinique, de diagnostic, d'orientation, de soin, de suivi et de psychothérapie. Il permet la prise en charge d'une grande diversité de pathologies et garantit l'accessibilité de tous les patients du secteur.

La mise en œuvre des missions du CMP est assurée par une équipe pluridisciplinaire dédiée. Ses missions sont réalisées en lien avec les partenaires dans le cadre d'un travail de réseau.

Les engagements sont les suivants :

- Pouvoir organiser un premier entretien d'accueil dans un délai maximum d'une semaine ;
- Répondre aux demandes de consultations non programmées ;
- Ouverture tous les jours du lundi au vendredi.

Les moyens proposés doivent permettre d'assurer la permanence des soins. Ils sont définis comme suit :

- Prise en compte des disparités géographiques et des temps de transport; parfois 2 CMP par secteur ;
- Moyens humains minimaux : 5 ETP IDE, 1 ETP secrétaire, 2 ETP psychologue, 2 ETP médecin psychiatre, 1 ETP assistante sociale, 0,5 ETP de cadre de santé ;
- Des locaux adaptés.

b. CATTP

L'organisation sectorielle doit prévoir l'installation d'un CATTP par secteur. Le CATTP propose, notamment un accueil non programmé spontané.

Les soins en hôpital de jour

Les missions de l'hôpital de jour sont les suivantes :

- Un hôpital de jour par secteur distinct de l'unité temps plein, situé dans le secteur ;
- 10 à 15 places minimum et jusqu'à 20 places. Une souplesse d'organisation est ensuite laissée à chaque structure ;
- Des soins contractualisés, couvrant un large éventail d'indications allant de soins intensifs alternatifs à l'hospitalisation temps plein jusqu'au soutien d'une stabilisation ;
- Aide à la réhabilitation et à la réinsertion sociale et/ou professionnelle.

Pour assurer ces missions, l'hôpital de jour dispose d'une équipe pluridisciplinaire dédiée et de locaux adaptés.

Les soins en hospitalisation temps plein

Chaque secteur doit disposer d'une offre d'hospitalisation temps plein de 30 à 35 lits minimum par secteur adulte, d'un dimensionnement maximum de 25 lits par unité.

Comme pour le dispositif ambulatoire, l'hospitalisation temps plein permet l'accessibilité de tous les patients et assure la prise en charge d'une grande diversité de pathologies. Ces soins sont assurés par une équipe pluridisciplinaire dédiée, articulée aux autres unités du secteur. Cette équipe veille à la pertinence des indications d'hospitalisation, ainsi qu'au respect des droits des patients (notamment au respect de leur dignité).

Les équipements proposés doivent être suffisants et le personnel formé afin de supprimer la contention physique et de diminuer le recours à l'isolement et de favoriser la liberté de circulation des patients.

Enfin, des lits d'adolescents doivent être accessibles et mutualisés.

Définition des missions socles du secteur pour la psychiatrie infanto juvénile

1. Etat des lieux et contexte

Les professionnels de la psychiatrie souhaitent rappeler les principes suivants :

- Spécificité de la psychiatrie infanto juvénile
- Soutenir la proximité territoriale
- Développer la diversité des modalités d'offres de soins
- Développer la psychothérapie
- Elaborer un projet médico soignant partagé
- Restaurer le secteur comme outil pivot d'articulation entre les différents acteurs du soin en pédopsychiatrie

2. Orientations stratégiques

A. Les dispositifs

Les soins ambulatoires

a. CMP : pivot du secteur

- Pluridisciplinarité : équipe dédiée
- Accessibilité à tous
- Diversité des pathologies traitées
- Missions : accueil, prévention, évaluation clinique, diagnostic, orientation, soin, suivi
- Action de lien et de partenariat; travail de réseau
- Les engagements
 - Répondre aux demandes de consultations urgentes
 - Ouverture tous les jours du lundi au vendredi
- Les moyens : doivent permettre d'assurer la permanence des soins
 - Prise en compte des disparités géographiques et des temps de transport; et du maillage territorial (implantation des CMPP.)
 - Moyens humains minimaux : 1 ETP secrétaire, 2 ETP psychologue, 1.5 ETP pédopsychiatre, 1 ETP assistante sociale, 1 ETP d'infirmier, 1 ETP de psychomotricien, 1 ETP d'éducateur spécialisé, 1 ETP d'éducateur de jeunes enfants, 1 ETP d'orthophoniste, 1 ETP d'enseignant spécialisé, 0,5 ETP de cadre de santé
 - Des locaux décentes permettant un accueil des patients, des partenaires et une organisation des soins pour tous.

b. CATTP

- Un CATTP par secteur permettant l'accueil et le soin des patients en amont ou en aval des autres structures de soins dans le parcours du patient.
- Nécessité de locaux et de moyens humains dédiés. Actuellement la limitation de cette modalité de prise en charge est liée au fait qu'il n'existe ni l'un ni l'autre.

Hôpital de jour

- Missions
 - Un hôpital de jour par secteur question de places enfants et adolescents

- 10 places
- Des soins intensifs, pour les enfants nécessitant des prises en charge pluri hebdomadaires et pluridisciplinaires soutenues, en individuel ou en groupe, (TSA, TED, retard global de développement).
- Accompagnement de l'enfant à la socialisation.
- Accompagnement parental soutenu.
- Moyens
 - Une équipe pluridisciplinaire dédiée selon les recommandations de l'HAS bénéficiant de formations régulières à haut niveau de qualification.
 - Des locaux adaptés.

Les soins en hospitalisation temps plein et séjours thérapeutiques CF enjeu 6

Les dispositifs médico-sociaux portés par le sanitaire : ex CAMSP la Rose Marseille....

Les dispositifs construits en partenariat par convention. (SESSAD APAR, MDA13nord, RESADOS, CAMPS Salon et Pertuis, services de pédiatrie et maternité, partenariat PJJ, éducation nationale...)

B. La question du financement

- Une réflexion sur les missions socles ne peut faire l'impasse sur la question du budget :
 - Définir un minimum de moyens par secteur fondés sur les besoins populationnels (nombre d'habitants, précarité de la population).
 - Garantir la sanctuarisation des budgets de la psychiatrie infanto-juvénile.
 - La dotation annuelle de financement de la psychiatrie est actuellement très inégalitaire. Quelques soient les modalités d'ajustement de cette dotation (péréquation ou autre méthodologie), il ne faudrait pas qu'elles aboutissent à la désorganisation des soins dans certains secteurs. Repenser une répartition équilibrée des moyens entre le sanitaire et le médico –social afin que le secteur puisse avoir la place d'acteur pivot sur un territoire donné.

C. Principes généraux en matière de sectorisation psychiatrique

Les principes généraux sont construits autour des notions d'accessibilité, de proximité et de continuité des soins permettant aux patients d'accéder facilement aux soins, et au réseau local de mieux fonctionner.

- La désignation du secteur pour l'ensemble des modalités de soin se fait :
 - Par l'adresse de la résidence habituelle

3. Déclinaison opérationnelle

Conclusion

Le secteur de psychiatrie infanto juvénile est l'organisation territoriale de base qui permet d'assurer les soins et l'émergence de projets innovants. Actuellement un grand nombre de moyens sont dédiés à l'évaluation et au diagnostic de pathologies spécifiques. L'intérêt d'un diagnostic précoce étant de proposer une prise en charge précoce, un équilibre doit être trouvé pour permettre une accessibilité aux soins, une fois le diagnostic établi.

L'absence de structures d'amont et d'aval pour un grand nombre d'enfants, ne permet pas de proposer une réponse satisfaisante au public. De ce fait, les CMP sont amenés à proposer des offres de soins parfois insuffisantes pour ces enfants-là, et ne peuvent plus répondre à des pathologies qui pourraient évoluer de manière favorable avec des soins de plus courte durée. Par exemple plusieurs arrondissements du centre-ville de Marseille n'ont ni CAMSP, ni CATTP, ni Hôpital de Jour

Les orthophonistes ont déserté l'hôpital, ce qui a de graves conséquences dans les soins proposés ; sur le secteur libéral elles sont peu nombreuses sur certains secteurs et la problématique non résolue de la « double prise en charge » a entraîné un arrêt des suivis pour un grand nombre d'enfants.

Les prises en charge libérales en psychomotricité ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie, et de ce fait imposent un recours trop fréquent et contestable sur le plan éthique : faire entrer les enfants dans le champ du handicap pour soutenir financièrement les prises en charge en psychomotricité.

Le champ de la pédopsychiatrie a pour mission d'éviter les ruptures de parcours et en ce sens les missions socles du CMP sont de rester référents des prises en charge jusqu'à un relais pérenne s'il s'avère nécessaire par les structures adaptées.

Face à l'accroissement des besoins, des moyens et qualifications requis pour répondre à des besoins de plus en plus spécifiques, il est essentiel que la pédopsychiatrie ne soit pas considérée comme une spécialité d'intérêt « secondaire », car elle a pour mission la prévention des pathologies des adultes en devenir.

A ce titre il est fondamental de la doter des moyens nécessaires pour garantir l'accomplissement de ses objectifs.

Conclusion générale

Le secteur psychiatrique est l'organisation territoriale de base qui permet d'assurer les soins et l'émergence de projets innovants. A ce titre, il a toute sa place dans la logique de territoire et de parcours de soins promue par les GHT.

Thématique 2 : Géro-psycho-geriatrie

1. Etat des lieux et contexte

Partout en France, des structures spécialisées se développent. Le département des Bouches du Rhône est fortement sous doté. En effet, à ce jour, seul le CH Valvert a développé une filière de soins complète, comprenant : une unité d'hospitalisation temps plein spécialement dédiée de 21 lits, un hôpital de jour de 25 places et un CMP de la personne âgée, situés à Aubagne. L'UMGP (unité mobile géro-psycho-geriatrie) créée en 2012 a complété le dispositif et couvre l'ensemble du territoire marseillais.

Dans les autres établissements, l'offre de soins est limitée :

- Le CH Montperrin a un hôpital de jour de 11 places situé à Gardanne
- Le CH E. Toulouse n'a pas de dispositif dédié mais assure une consultation à l'EHPAD St Georges
- L'AP-HM a une demi-journée de consultation spécialisée hebdomadaire intersectorielle
- Le CH d'Arles a un dispositif d'infirmiers référents dans chaque CMP qui se rend dans les établissements pour personnes âgées

Dans ce contexte, chaque établissement a fait des projets afin de développer l'offre de soins sur son territoire :

- Le CH Valvert a déposé un projet il y a un an, afin de développer l'action de l'UMGP auprès des personnes âgées en situation de précarité
- Montperrin projette l'ouverture prochaine d'une unité d'hospitalisation de 23 lits et la création d'une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie afin de compléter le dispositif
- Le CH E. Toulouse doit déposer un projet d'équipe mobile
- Le CH de Martigues a présenté également un projet d'équipe mobile
- L'AP-HM a un projet conjoint avec la Gériatrie de centre de consultation et hôpital de jour à visée d'évaluation dans le domaine de la dépression du sujet âgé. L'AP-HM a déposé un projet d'équipe mobile en 2011, ainsi qu'un projet de dépistage et PEC des dépressions du sujet âgé à Sainte-Marguerite, avec une aide aux aidants.

Thématique 3 : Formation enseignement recherche

1. Etat des lieux et contexte

De nombreux travaux de recherche sont réalisés au sein des services de psychiatrie universitaire et non universitaires sur des thématiques très diversifiées. Néanmoins une plus grande lisibilité est nécessaire pour nos tutelles. C'est la raison pour laquelle nous avons proposé deux grands axes à savoir les neurosciences d'une part et les sciences humaines/santé publique d'autre part, sachant que chaque praticien est bien évidemment libre d'avoir d'autres collaborations en fonction de ses intérêts et de ses thématiques.

1. Etat des lieux et contexte

Les activités spécifiques se déclinent en trois axes :

- Centres experts : schizophrénie, bipolaire, dépressions résistantes, Asperger, CRA, dysphories de genre. Ces centres, labellisés, peuvent avoir des antennes
- Activités spécifiques : surdité et psychiatrie, stress post-traumatique, réalité virtuelle, TMS et sismothérapie, précarité (working first et housing first), réhabilitation psycho-sociale (en complément de la réhabilitation de secteur, et qui sera développé dans la CPT)
- Le Centres de Ressources pour les Intervenants de la Région auprès des Auteurs de Violences Sexuelles (CRIR AVS).

Parmi les différentes activités, les sismothérapies sont pour tous les participants une modalité thérapeutique devant bénéficier à l'ensemble des patients du département, dans des conditions de proximité raisonnables ; se pose donc la question du nombre d'implantations géographiques nécessaires ou d'une possibilité d'équipe mobile avec des moyens spécifiques en sus des moyens de la sectorisation.

Concernant la TMS, aucune source de financement n'est actuellement dédiée.

La douleur et le sommeil sont des activités entrant dans le cadre des activités spécifiques pour lesquelles les psychiatres doivent se positionner et investir ce champ d'activité ; les psychiatres de Montperrin ont déjà largement contribué à cela et pourraient aider à monter d'autres structures de ce type

Enfin, les centres de psychothérapies spécifiques pourraient être développés sous condition d'attribution de budget.

Pour la pédopsychiatrie : Des personnels des pôles Infanto-Juveniles ont acquis des compétences nécessaires à différentes pratiques de consultations spécifiques réalisées dans leurs UF respectives et parfois fléchées dans des consultations spécialisées élargies

2. Orientations stratégiques

Les orientations stratégiques en pédopsychiatrie sont voir support collège médical :

- Pour l'AP-HM, Pr POINSO :
 - Consultations spécifiques autisme (CRA) et consultations troubles du développement pour les 2-4 ans ;
 - Consultations spécifiques pour les enfants de moins d'un an ;
 - Consultations troubles des apprentissages ;
 - Consultation Gilles de la Tourette ;
 - Consultations TDAH.
- Pour l'AP-HM, Pr DA FONSECA :
 - Consultations spécialisées adolescents ;
 - Consultations syndrome d'Asperger ;
 - Consultations TDAH ;

- Troubles du comportement alimentaire ;
- Troubles du sommeil ;
- Refus scolaire anxieux.
- Pour Valvert :
 - Consultations adoption nationale et internationale ;
 - Consultations dysphorie de genre chez l'enfant et l'adolescent ;
 - Consultations EMDR enfants/familles ;
 - Consultations thérapie familiale analytique.
- CH Edouard Toulouse :
 - Consultations familiales ;
 - Consultations transculturelles ;
 - Consultations troubles du comportement alimentaire ;
 - Consultations stress post-traumatique et du deuil ;
 - Consultations soins autour des habiletés sociales ;
 - Consultations troubles des apprentissages ;
 - Consultations attentives de détection et prise en charge précoce des troubles de l'attachement ;
 - Accès prioritaire et prise en charge précoce des enfants de deux ans présentant un TSA en CMP ;
 - Renforcement CAMSP pour les dépistages, diagnostics et l'accompagnement précoce des TSA.
- CH Montperrin :
 - Projet de développement de consultations à fin de bilan (exemples : TSA, TCA, troubles des apprentissages, troubles psycho-développementaux) et de prise en charge spécialisée (consultations pour sourds et malentendants, consultations psycho-trauma, EMDR, thérapie familiale, psychodrame).

Sur cette thématique, le projet GHT est décliné en trois populations spécifiques :

- Les enfants et les adolescents
- La périnatalité
- Les troubles du spectre autistique

1. Hospitalisation des enfants et des adolescents
--

A. Etat des lieux et contexte

Les professionnels de la psychiatrie souhaitent rappeler les principes suivants :

- Limite d'âge non définie et variable selon les structures, les adolescents sont parfois entre la psychiatrie infanto-juvénile et la psychiatrie adulte.
- Des besoins et des moyens hétérogènes sur le territoire, nécessité de réseau et de partenariat.
- Accueil des situations se font soit dans les services de pédiatrie avec équipement hétérogène des équipes de pédopsychiatrie de liaison soit dans les services de psy adultes avec des conditions d'hospitalisation et des modalités de prises en charge inadaptées (chambre d'isolement pour « protection »)
- Hospitalisation de pédopsychiatrie temps plein :
 - Une unité d'accueil intensif et d'urgence : 4 lits opérationnels de crise pour adolescents sur l'hôpital Nord/ Edouard Toulouse USIA
 - deux structures publiques (CHM Oxalis 10 lits, APHM espace Arthur 10 lits (dont 5 TCA)
 - trois structures privées (Escale 12 lits, Trois cyprès 16 lits, Serena 10 lits)
 - Unité régionale de la CIPAD à Nice ressource pour évaluations de situations complexes mais pas de prises en charge de soins
- Hospitalisation de jour
 - deux HJ ado sur le département : HJ albatros à Marseille, HDJ ado par'adox Salon 5 pl.
 - Un HDJ ado à l'AP-HM spécialisé dans refus scolaire anxieux couvrant le Grand Marseille
 - Un seul HDJ spécifique pour adolescents avec TSA : l'OASIS sur Valvert (accueil des adolescents des secteurs de Valvert.)
- Dispositifs pour consultations spécifiques adolescents : CMP ado Aix, CMP ado vieux port, CAPA Arles, CS ado, MDA, ESJ, etc.)
- Existence de lieux d'accueils et de prévention pour adolescents MDA ESJ PAEJ
- Travail du comité ado 13 COMADO (pilote par le CD 13 et l'ARS) avec des acteurs du champ de l'adolescence pour orienter les besoins sur le département, notamment sur les articulations entre sanitaire, structures sociales, médico-sociales et autres et sur la prise en charge des adolescents difficiles.
- Consultations ciblées au niveau du CHU : Prises en charge des TCA, CS Asperger, Cs TDHA, HJ pour refus scolaire anxieux, troubles du sommeil etc...

B. Déclinaison opérationnelle

Les participants identifient 9 déclinaisons opérationnelles :

- Renfort des équipes de pédopsychiatrie de liaison dans les différents services de pédiatrie : appel à projet ARS fin 2016 avec mise en œuvre courant 2017.
- Création de lits de type UHCD pour adolescents et pré-adolescents.
- Création de lits de crise pour le nord et le sud du territoire
- .Augmentation du nombre de lits publics en pédopsychiatrie pour ado et enfants
- Création de places en HDJ spécifique pour adolescents dans tous les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.
- Améliorer l'attente des premiers accueils en ambulatoire
- Développer des Consultations spécifiques
- Création d'Unités Mobiles ados
- Poursuite du travail de réseau

2. Périnatalité

A. Etat des lieux et contexte

Des actions en périnatalité sont mises en place sur plusieurs territoires, pour la plupart sur des actions de proximité de type ambulatoire. On note cependant une hétérogénéité en termes de type de dispositifs et de ressources engagées notamment du fait que peu de crédits spécifiques ont été alloués à ces prises en charge. Les actions se font sur les ressources propres de certains CMP qui ont identifié pour certains des temps et accueils spécifiques à minima.

- **CH VALVERT**
 - Unité parents BB fermée il y a deux ans faute de budget. Travail de périnatalité se fait sur les CMP.
 - Travail avec la PMI. Inscription des Psy adultes et de sages-femmes également.
 - Participation de la psychiatrie adultes et de la pédopsychiatrie aux staffs de la maternité d'Aubagne.
- **CH Ed. TOULOUSE**
 - Consultations de proximité de périnatalité dans les CMP (pôle infanto-juvénile et psychiatrie adulte)
 - Création d'une unité de psychiatrie périnatale (unité Didier Houzel pôle infanto juvénile), dispositif d'accueil plus intensif en périnatalité mais nécessité de créer 2 places en HJ.
 - Articulation avec la psychiatrie adulte (prendre davantage en compte la parentalité)
 - Lien avec l'UPB et les maternités du secteur
 - Travail avec les PMI (réunions et possibilité de consultations conjointes)
 - Travail avec l'ASE à développer autour des placements séquentiels

- Psychiatrie de liaison et participation au staff médicopsychosocial (hôpital Nord) assurée par l'équipe Didier Houzel (à moyens constants).
- **CH MONTPERRIN**
 - Consultations parents bébé fonctionnent dans certains CMP enfants sur les ressources propres avec commission de périnatalité sectorielle sur le territoire salonnais.
 - Intervention de l'équipe passerelle (pédopsychiatrie de liaison) au sein de la maternité et de la pédiatrie au CH de Salon. Possibilité de suivis et de VAD à la sortie.
 - Intervention à la maternité de Vitrolles : 4 demi-journées de psychologues sur projet en convention.
 - Intervention à la maternité de Salon et d'Aix de la liaison adultes rattachée aux Cap 48.
 - Deux réseaux de proximité : SFERE à Salon et Réseau de périnatalité aixois
 - Projet d'UPB avec 2 places de TP et 3 places HJ en pédiatrie à AIX. Projet porté par pédiatrie d'Aix (service du Dr Rimet), psychiatres du Cap 48 et pédopsychiatrie du CHM et Conseil départemental.
 - Travail en lien avec les PMI.
- **APHM**
 - UPB : 2 places en hospitalisation de semaine et 2 places en HJ. Ouvert du lundi au vendredi et consultations parents Bébé
- **CH ARLES**
 - Création il y a 37 ans, sur des moyens du CMP enfant, d'une consultation psychologique en maternité à raison de deux demi-journées par semaine.
 - Actuellement les interventions de la psychologue sont de 7 demi-journées par semaine voire plus si nécessaire (864 consultations en 2016).
 - Un groupe de périnatalité a été mis en place depuis plusieurs années avec un médecin pédopsychiatre référent, le Dr Pin-Perrault, une assistante sociale et une infirmière du CMP enfant. Il se réunit 1 fois toutes les 6 semaines. Des Visites à domicile sont effectuées dans les situations difficiles en lien avec la PMI.
 - Les liens avec les obstétriciens libéraux et les sages-femmes libérales sont fréquents ainsi qu'avec l'Association Maison d'Accueil.
 - Par ailleurs, le réseau avec la MDS fonctionne suite à la convention passée avec l'hôpital depuis le 27 septembre 2016
- **CH MARTIGUES**
 - Une psychologue travaille à mi-temps sur la maternité depuis de très nombreuses années. Ce travail s'articule autour de la prise en charge des grossesses à risque, permettant d'accompagner les mamans lorsqu'elles sont hospitalisées à la maternité, et ensuite le travail peut se poursuivre au niveau de la pédiatrie en néonatalogie. Il y a au niveau de la pédiatrie un pédopsychiatre qui travaille pour les enfants de 0 à 6 ans, pouvant accompagner les parents et les enfants et faire des liens entre la néonatalogie et les Camps du service.
- **RECAPITULATIF**

	Cs de proximité	Unité parents BB	Réseau de périnatalité de proximité	Travail avec PMI	Liaison en maternité
<u>Valvert</u>	oui	non		oui	Participation aux staffs de la maternité d'Aubagne
<u>Ed. Toulouse</u>	oui	Unité de psychiatrie périnatale ambulatoire (Didier Houzel)		oui	liaison et participation au staff hebdomadaire (CHU Nord)
<u>APHM</u>	oui	2places TP de semaine et 2 HJ		oui	
<u>Montperrin</u>	Oui sur certains cmp Miramas Salon Lambesc Aix Cézanne	En projet avec le CHIAP	Réseau Aixois financé, Réseau SFERE salon	oui	Maternité de Salon (CAP 48 et passerelle) Maternité CHIAP (cap 48) Maternité Vitrolles (4 demi-journées de psychologue
<u>Martigues</u>	oui			oui	Psychologue à maternité de Martigues
<u>Arles</u>	oui		oui	oui	Oui à travers le groupe périnatalité

3. Prise en charge des troubles du spectre autistique

A. Etat des lieux et contexte

Le contexte est la commande faite aux acteurs : dépistage, diagnostic, intervention précoce

Dispositifs d'évaluation

Cf. 3^{ème} plan autisme :

NIVEAU 1 : Diagnostic simple : toute équipe multidisciplinaire faisant un diagnostic formalisé, CR écrit

NIVEAU 2 : équipe formée à des diagnostics plus complexes et pouvant utiliser ADOS et ADI : CAMSP formés, EREA, CMPP/ CMP formés

NIVEAU 3 : Diagnostic de recours = CRA

- L'évaluation doit être diagnostique et fonctionnelle et réalisée par une équipe pluridisciplinaire
- Les CMP (proximité ++) sont légitimes pour le diagnostic, l'évaluation et le début de la prise en charge
- Certains CAMSP ont eu des moyens spécifiques pour les diagnostics précoces
- Articulation avec les PMI qui ont développé les évaluations du 24^{ème} mois en partenariat avec le CRA
- Manque d'EREA sur le territoire : seulement deux EREA existantes: celle de Valvert/Edouard Toulouse et l'EREA spécialisée Asperger à l'AP-HM
- CRA : diagnostic et évaluation des cas complexes et mission fondamentale de formations des équipes à l'évaluation
- Les Makaras : unité d'évaluation et diagnostic de l'autisme à l'âge adulte a une mission régionale (PACA) et située à Valvert

1. Dispositifs de prise en charge

- Structures ambulatoires : CMP, CMPP, CAMSP en 1^{ère} ligne
- Hôpital de jour pour enfants des secteurs mais liste d'attente donc maintien en amont de prise en charge insuffisante sur les CMP et difficulté d'orientation en aval (IME)
- Un seul HJ spécifique pour adolescents et jeunes adultes avec TSA : l'Oasis pour les secteurs de Valvert.
Par ailleurs, très peu d'HJ adolescents non spécifiques aux TSA (HJ Albatros Marseille, Par'adox à Salon, HJ AP-HM : refus scolaire anxieux)
- SESSAD APAR (en partenariat avec Montperrin et Edouard Toulouse), SESSAD TED de la Marsiale (Site Esperanza), SESSAD TED de Plombières
- Ouverture récente d'un service médico-social pour l'insertion pro/TSA, DEFI PRO pour les 16-25 ans (10 places à l'AP-HM)
- Liens à développer avec les services adultes

Unités mobiles

- UMDA qui couvre le territoire du grand Marseille (Valvert, Edouard Toulouse et AP-HM) et travaille en articulation avec les structures sanitaires, médicosociales et les familles pour tenter d'éviter les ruptures de soins
- A noter, un service (Service Evaluation et Soins de l'Autisme) s'est créé au sein du Pôle Infanto-Juvenile et Soins de l'Autisme de Valvert regroupant l'UMDA, l'EREA, les Makaras et l'Oasis, ce service

propose un accompagnement, une évaluation et des soins pour la population TSA tout au long de la vie.

B. Déclinaison opérationnelle

- Place centrale du CRA pour le développement d'une politique globale de formation aux outils de l'évaluation et aux modalités d'intervention précoce ;
- Renforcement de l'équipe d'EREA existante et nouvelle(s) EREA pour couvrir l'ensemble du territoire
- Développer une unité de prévention et de prise en charge pour bébés et jeunes enfants à risque autistique en partenariat avec la PMI (projet UMDA) ;
- Projet de développement d'équipe mobilisable pour situations complexes entre CHM et IME Colombier ;
- Renforcement des HJ enfants et développement des HJ adolescents afin de couvrir l'ensemble du territoire ;
- Soutenir les dispositifs mixtes sanitaires et médicosociaux pouvant répondre à des besoins de prise en charge intensives et séquentielles au niveau départemental (type projet IPA) ;
- Elargissement du territoire de l'UMDA : au départ de l'UMDA existante ou 2^{ème} UMDA ?
- Projet d'élargissement des missions de l'UMDA : intervention thérapeutique in situ dans les institutions médicosociales, sanitaires et familles ;
- Projet d'un centre de consultations spécialisées et soins ambulatoires intensifs type CATTP (psychiques et somatiques) pour les adolescents présentant un TSA pour le grand Marseille (nouveau projet de transformation de l'hôpital de jour Oasis du CH Valvert) ;
- Elargissement des missions des Makaras (Unité Mobile de l'Autisme Adulte du CH Valvert) : intervention fonctionnelle dans les lieux de vie de ces patients. Télémédecine ;
- Nécessité de travailler sur les articulations (HJ CAMSP IME SESSAD PMI...) des parcours de soin : intérêt des communautés psychiatriques de territoire.

Thématique 6 : Urgences et prise en charge de la crise

1. Etat des lieux et contexte

Seuls les établissements publics apportent une réponse à l'urgence et la crise sur le département 13. Les établissements privés à but lucratif ne répondent pas à la gestion des urgences et des crises ni à la psychiatrie de liaison alors que leur capacité d'hospitalisation est largement supérieure.

L'organisation des urgences psychiatriques au sein des établissements du GHT 13 est diverse :

- Certains sites répondent 24H/24 (CAP 48 d'Aix en Provence, CAP 48 du CHU Nord, Unité d'accueil des urgences psychiatriques CHU Conception, Urgences CH Martigues, Urgences CH Arles), certains sites ne possèdent pas de garde (CH Aubagne, CH Salon, CH La Ciotat : présence quotidienne des infirmiers psy en journée et passage d'un psychiatre tous les jours sauf le dimanche). L'HIA Laveran, quant à lui, a un psychiatre d'astreinte et bénéficie de la présence quotidienne d'un infirmier de psychiatrie dédié au service de psychiatrie.

- Certains sites possèdent des lits de crises (8 lits sur CAP 48 Aix, 3 lits sur le CAP 48 de Salon, 8 lits et 1 CI sur CHU Nord, 7 lits et 1 CI sur CHU Conception), certains sites utilisent plus ou moins les lits UHCD de manière parfois très limitée en fonction des disponibilités MCO (CH Martigues, CH Arles, CH Salon, CH La Ciotat), un site, le centre d'accueil, de crise et de consultations (CH Valvert) dispose de 8 lits mais sans contrainte, un site enfin prévoit de se doter de 6 à 8 lits de crise (projet CH Martigues).
- Certains sites (CH de Martigues, par exemple) ont développé un système de consultation post-urgence et de rappel post-tentative de suicide pour prévenir la récurrence. Mais la consultation post-urgence ne doit pas se substituer à un défaut de prise en charge sectorielle trop éloigné dans le temps.
- Il existe aussi une disparité du nombre de praticiens hospitaliers selon les sites, de la présence ou non d'internes DES, et une grande disparité en personnel soignant non médical.

Un débat a été tranché au sein du grand Marseille (AP-HM, CH E Toulouse, CH Valvert) sur le maintien de 2 sites (CHU Nord assumé par CH E Toulouse, et UAUP du CHU Conception).

Tous les sites assument la réception de toute urgence et crise psychiatrique : troubles anxieux, troubles de l'humeur, troubles psychotiques, troubles addictifs, troubles psychologiques liés à des pathologies organiques, troubles comportementaux, etc.

Tous les sites assurent la réception et l'orientation vers les services d'hospitalisation des patients en soins sans consentement, à l'exception de certaines admissions directes en service d'hospitalisation (parfois problématiques) de patients en SDRE (ex hospitalisation d'office).

Tous ces sites organisent non seulement des admissions en hospitalisation publique (sans contrainte et sous contrainte (sauf l'HIA Lavéran) mais orientent aussi énormément vers l'hospitalisation privée pour diverses raisons (niveau capacitaire d'hospitalisation insuffisant, refus d'admission en public à cause de la stigmatisation, refus d'admission en public pour dégradation de la qualité hôtelière, etc.)

Certains sites assurent la réception, quel que soit l'âge (enfants, adolescents, adultes, personnes âgées). Le CAP de Salon ne reçoit que des majeurs. Celui d'Aix reçoit des adolescents par dérogation dans les cas où les troubles du comportement ne permettent pas l'hospitalisation en pédiatrie.

Certains lieux assument directement la psychiatrie de liaison sans moyens spécifiques (CH la Ciotat, CHS Montperrin et CH Martigues) à partir du dispositif d'accueil d'urgence alors que d'autres lieux ont une psychiatrie de liaison distincte (CHU Nord, CHU Conception, CH Arles).

A noter que certains patients séjournent trop longtemps dans les lits de crise, par absence de solution d'aval dans le système d'hospitalisation.

2. Déclinaison opérationnelle

La déclinaison opérationnelle pour la thématique Urgences est la suivante :

- Augmenter le nombre de lits de crises type CAP 48 ou plus innovants (et/ou créer) selon les sites et bassin de population – Nécessité de dégagements budgétaires spécifiques tant en investissement qu'en exploitation donc augmentation de la DAF fléchée.
- Mettre en place une régulation centre 15 psychiatrique qui se régulerait avec un référent par bassin de population : Bouches du Rhône sud, Bouches du Rhône nord, Bouches du Rhône ouest. – organiser un référent pour les 3 bassins de population. Deux options sont identifiées :
 - Avoir une régulation psychiatrique au centre 15 (assumée par des psychiatres, ou des infirmiers psychiatriques aguerris, ou encore une autre solution) ;

- Ou avoir des psychiatres référents disponibles sur les sites d'hospitalisation (connaissant les possibilités spécifiques) pour bascule téléphonique vers eux par le centre 15 ;

La réflexion sur la régulation doit permettre d'harmoniser à l'échelle du territoire :

- Les hospitalisations en SDRE (ex hospitalisation d'office) : accueil direct dans les unités d'hospitalisation après vérification de la disponibilité d'accueil par la régulation centre 15 et de la présence d'un certificat médical de compatibilité avec une hospitalisation en psychiatrie, ou passage par les centres d'urgence, si nécessité de bilan somatique, avec une admission en hospitalisation en moins de 24 heures par exemple ;
- Les règles d'accueil sectoriel des SDF et des « hors secteurs » pour chaque bassin populationnel ;
- Augmenter le nombre de lits d'hospitalisation selon les établissements (voir également les missions socles des secteurs et leur équipement – Budgets spécifiques en sus, notamment en investissement) ;
- Créer la fonction de responsable administratif de l'hospitalisation sur chaque établissement habilité à recevoir des patients psychiatriques ;
- La filière psychiatrique du GHT 13 devra ensuite travailler à un accueil spécifique des adolescents et des sujets âgés.

Thématique 7 : Personnes sous-main de justice

1. Etat des lieux et contexte

Le projet médical du GHT13 concernant les PPSMJ sera adossé au Projet Régional de Santé (PRS2) en cours d'élaboration et à une politique nationale santé – justice : programme national d'actions dit Stratégie santé des PPSMJ, piloté par le ministère de la santé, visant à promouvoir la santé des personnes placées sous-main de justice et à réduire les inégalités sociales de santé.

Définition

Par population placée sous-main de justice (PPSMJ), on entend :

- les personnes confiées par l'autorité judiciaire à l'administration pénitentiaire (personnes détenues, personnes en aménagement de peine et personnes suivies au titre d'une mesure en milieu ouvert) ;
- ainsi que l'ensemble des mineurs et jeunes majeurs suivis par la Protection Judiciaire de la Jeunesse, qu'ils soient détenus, placés ou suivis au titre d'une mesure de milieu ouvert.

Concerne donc le milieu dit fermé et le milieu dit ouvert.

Organisation des soins

Chaque établissement pénitentiaire est lié par convention à un hôpital et les soins délivrés aux personnes détenues doivent être d'une qualité équivalente à ceux dispensés en population générale, au moyen d'un dispositif de soin gradué.

Pour ce qui concerne les soins psychiatriques, on distingue 3 niveaux de soins :

Niveau 1 Soins ambulatoires sur site (type CMP ou CATTP)

- Niveau 2** Recours régional en milieu pénitentiaire, en SMPR, pour des soins intensifs et/ou spécifiques en hôpital de jour avec hébergement
- Niveau 3** Recours régional en milieu hospitalier, en UHSA, pour l'hospitalisation à temps complet avec ou sans consentement, et dans l'attente du déploiement complet du programme UHSA, en secteur de psychiatrie générale (de rattachement ou de domiciliation)

Concernant la prise en charge des addictions, chaque établissement pénitentiaire bénéficie de prestations délivrées par un CSAPA référent ou dédié.

La répartition des structures existantes dans le GHT 13 est la suivante :

Etablissement de santé de référence	Dispositif de soins	Etablissement pénitentiaire
CH Montperrin	DSP : niveau 1 pourvu d'un CMP et CATTP CSAPA Référent	CP Aix-Luynes : MA hommes et quartier mineurs CD Salon de Provence : hommes condamnés + spécialisés dans l'accueil des AICS
APHM	SMPR : niveau 1 DSP pourvu d'un CMP et d'un CATTP et niveau 2 HJ avec hébergement de 39 places (hommes adultes) à vocation régionale PACA Ouest (ouverture mai 2017) CSAPA dédié UHSA : niveau 3 : 60 lits hospitalisation à temps complet avec et sans consentement (hommes, femmes, mineurs) à vocation régionale PACA et Corse (ouverture septembre 2017)	CP Baumettes : MA hommes, MA et CD femmes, quartier mineurs, nursery EPM La Valentine : mineurs Ensemble des 17 établissements pénitentiaires de la région PACA - Corse
<u>Particularité régionale</u>		
CH Montfavet	DSP : niveau 1 pourvu d'un CMP et CATTP CSAPA Référent	MC Arles : hommes condamnés à de longues peines CD Tarascon : hommes condamnés

Montperrin, Montfavet, APHM accueillent en hospitalisation à temps complet en SDRE des personnes détenues mais c'est le cas également d'Edouard Toulouse et de Valvert au titre de la sectorisation ou du tour des SDF ainsi que de Martigues qui participent à l'accueil des SDRE bien que n'ayant pas de prison dans leur aire géographique de compétence.

Concernant les publics en milieu ouvert : l'accès aux dispositifs de droit commun est privilégié.

Existence d'un centre de consultations spécifiques au CH Montperrin pour la prise en charge des auteurs de violences.

1. Etat des lieux et contexte

A. Une offre double, sanitaire et médico-sociale

Les dispositifs spécialisés en addictologie sont répartis entre le secteur médico-social (CSAPA, CJC, CAARUD, associations) et le secteur sanitaire (consultations hospitalières, ELSA, hôpitaux de jour, lits d'hospitalisation complète). La filière addictologie pose donc la question de la structuration des relations entre le volet hospitalier et médico-social.

B. Une offre sanitaire graduée sur le territoire, qui peut être complétée pour répondre aux besoins de la population

Conformément à la Circulaire DGS/6B/DHOS/O2 no 2007-203 du 16 mai 2007 relative à l'organisation du dispositif de prise en charge et de soins en addictologie, la filière hospitalière publique en addictologie est structurée de façon graduée, en plusieurs niveaux :

- Des hôpitaux de niveau I, qui assurent les réponses de proximité (ELSA, Consultations, y compris les sevrages simples) : CH d'Arles, CH Aix, CH de Salon, CH de Martigues, CH de La Ciotat, CH d'Aubagne, CH Edouard Toulouse, HIA Laveran ;
- Des hôpitaux de niveau II, niveau de recours spécifiquement addictologique qui propose des prises en charge spécialisées (niveau 1 + sevrages et soins résidentiels complexes (HTP, HJ, SSR en MCO ou psychiatrie) : CH Montperrin, l'AP-HM, CH d'Allauch. Les principaux bassins de populations des Bouches du Rhône sont ainsi tous dotés d'une offre de niveau II, à l'exception de Martigues ;

Bassin de population	Offre de niveau 2
Marseille	AP-HM CH Allauch + Clinique Saint Barnabé dans le secteur privé habilité
Aix	CH Montperrin
Martigues	Pas d'offre

- Des structures de recours régionales, dites de niveau III, qui assurent des missions d'enseignement et de formation, de recherche, de coordination régionale : il n'y en a aucune dans les Bouches-du-Rhône.

L'offre du GHT 13 en addictologie se caractérise donc par les éléments suivants :

- L'ensemble des établissements du GHT est au moins de niveau I, à l'exception du CGD, des HPC et de Valvert. ;
- L'ensemble des bassins de population du GHT possède une offre de niveau II, excepté Martigues ;
- Le département des Bouches du Rhône n'est pas doté d'une offre de niveau III (centre d'addictologie universitaire régional implanté dans les CHU).

Conclusion générale de la filière

En conclusion, et pour synthétiser cet exposé des 8 thématiques développées pour la filière psychiatrie, il est nécessaire de souligner les points saillants suivants :

- Le secteur de psychiatrie est et doit rester la pierre de voute de l'organisation des soins en psychiatrie. Il est le garant de leur accessibilité, de leur cohérence et de leur continuité. Il constitue le niveau I de la graduation des soins dans la filière de psychiatrie ;
- L'équipement de soins sur le territoire de santé en psychiatrie est globalement sous doté par rapport à la prévalence des pathologies psychiatriques et l'est particulièrement dans les domaines de la prise en charge des personnes âgées, des enfants et des adolescents ;
- Certaines modalités de soins, les urgences, la prise en charge des addictions et de personnes sous-main de justice doivent être renforcées dans leur organisation et dans leur dispositifs ;
- Le déploiement des activités spécifiques, le renforcement de la formation, de l'enseignement et de la recherche trouvent une opportunité à ne pas manquer dans la mise en place du GHT ;
- Il est fondamental d'individualiser et de préserver les budgets alloués aux activités de la filière psychiatrique ;
- La mise en œuvre des projets sus-décrits va nécessiter la mobilisation de moyens nouveaux.

Ce projet médical partagé n'est bien sûr qu'un premier pas qui indique des axes à développer, des objectifs à poursuivre et travailler ensemble. Il est loin de balayer tous les champs de la psychiatrie, et ne traite pas en particulier la question de l'articulation avec les soins somatiques au sein du GHT ou dans le cadre du dispositif de soins primaires. Il a donc vocation à être à la fois élargi et approfondi et à trouver dans les prochains mois ses déclinaisons opérationnelles, dont certaines n'ont pu qu'être esquissées dans ce texte.