



PREFET DE L'AUDE

RECUEIL DES ACTES ADMINISTRATIFS

PUBLIÉ LE 17 JANVIER 2017

SPECIAL N ° 8 - JANVIER 2017

SOMMAIRE

DDTM

DDTM-SPRISR

Arrêté préfectoral n° DDTM-SPRISR-2016-035 portant modification de l'arrêté n° DDTM-SPRISR-2016-006 du 18 janvier 2016 relatif à l'attribution d'une subvention de l'État au Syndicat Mixte du Delta de l'Aude « Confortement digues et déversoirs au droit d'enjeux - Études sur ouvrages existants - Ruisseau La Mayral à Armissan » (Modification du plan de financement).....	1
---	---

CENTRE HOSPITALIER DE NARBONNE

CONSEIL DE SURVEILLANCE

SÉANCE DU 16 décembre 2016 – 9h.....	3
Avenant n°1 a la convention constitutive portant sur l'organisation du projet médical partagé par filière du Groupement Hospitalier de Territoire.....	4

CONSEIL DE SURVEILLANCE

SÉANCE DU 16 décembre 2016 – 9h.....	93
Proposition de règlement intérieur du comité des usagers du Groupement Hospitalier de Territoire.....	94



PRÉFET DE L'AUDE

Arrêté préfectoral n° DDTM-SPRISR-2016-035 portant modification de l'arrêté n° DDTM-SPRISR-2016-006 du 18 janvier 2016 relatif à l'attribution d'une subvention de l'Etat au Syndicat Mixte du Delta de l'Aude « Confortement digues et déversoirs au droit d'enjeux – Etudes sur ouvrages existants-Ruisseau La Mayral à Armissan »

(Modification du plan de financement)

LE PREFET DE L'AUDE
Chevalier de la légion d'honneur,

VU l'arrêté préfectoral n° DDTM-SPRISR-2016-006 du 18 janvier 2016 portant attribution d'une subvention de 50 000 euros au Syndicat Mixte du Delta de l'Aude (SMDA) pour l'opération suivante :

« Confortement digues et déversoirs au droit d'enjeux – Etudes sur ouvrages existants-Ruisseau La Mayral à Armissan »

VU la demande du SMDA en date du 08 décembre 2016 sollicitant une modification de l'arrêté sus-visé en raison de la modification du plan de financement (non-intervention de l'Europe),

VU la délibération du comité syndical du SMDA en date du 1^{er} décembre 2016 validant la modification du nouveau plan de financement sans l'intervention de l'Europe,

CONSIDERANT les éléments apportés par le bénéficiaire

SUR proposition de Mme la secrétaire générale de la préfecture de l'Aude,

ARRÊTE

ARTICLE 1 :

Le contenu de l'article 4 de l'arrêté initial est supprimé et remplacé comme suit :

- Le présent arrêté prend effet à la date de sa signature.
- Le bénéficiaire dispose d'un délai de 2 ans, à compter de la notification de l'arrêté initial, pour commencer l'opération. Il doit informer le service responsable cité à l'article 3 de ce commencement d'exécution.
- Le défaut de commencement de l'opération, dans le délai précité, entraîne la caducité du présent arrêté (sauf autorisation de report limitée à un an, par arrêté modificatif, sur demande justifiée du bénéficiaire avant l'expiration de ce délai).
- L'opération devra être terminée dans un délai de quatre ans, à compter de la déclaration de début d'exécution (sauf prorogation accordée par arrêté pour une période ne pouvant excéder quatre ans, en cas de nécessité, justifiée par le bénéficiaire avant l'expiration du délai initial, lié à la complexité du projet ou à des circonstances particulières ne relevant pas de son fait, et à condition que le projet ne soit pas dénaturé).

ARTICLE 2 :

Le troisième alinéa du quatrième paragraphe de l'article 5 de l'arrêté initial (MODALITES DE PAIEMENT / Calendrier des paiements) est modifié comme suit :

« La demande de paiement du solde et les pièces justificatives et factures acquittées des dépenses doivent être impérativement déposées dans les deux mois suivant la fin du délai d'exécution d'opération ».

ARTICLE 3 :

Le premier alinéa de l'article 6 de l'arrêté initial est supprimé et remplacé comme suit :

« L'opération sera réalisée selon le plan de financement décrit dans la délibération du 1er décembre 2016 et les plans de réalisation mentionnés dans les annexes techniques et financières jointes à l'arrêté initial. »

ARTICLE 4 :

Le dernier alinéa de l'article 7.1 de l'arrêté initial est supprimé et remplacé comme suit :

« de dépassement du délai d'exécution de quatre ans, prévu à l'article 4 »

ARTICLE 5 :

Les autres articles de l'arrêté attributif demeurent inchangés.

ARTICLE 6 :

Mme la secrétaire générale de la préfecture de l'Aude, M. le Directeur Départemental des Territoires et de la Mer de l'Aude, M. le Directeur Départemental des Finances Publiques de l'Aude sont chargés, chacun en ce qui les concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera notifié au pétitionnaire, et publié au recueil des actes administratifs de la préfecture.

CARCASSONNE, le 21 DEC. 2016

Le Préfet,
Pour le Préfet et par délégation
La Secrétaire Générale de la Préfecture

Marie-Blanche BERNARD



CONSEIL DE SURVEILLANCE

SEANCE DU 16 décembre 2016

Salle des instances 9h

Le Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de NARBONNE s'est réuni le 16 décembre 2016 dans la salle des instances au 16 rue Rabelais, sous la présidence de Madame Marie-Noëlle GARBAY.

Présents :

Madame Marie-Noëlle GARBAY	Présidente, Adjointe au Maire de NARBONNE
Madame Catherine GOUIRY	Vice-Présidente, Représentante de l'Agglomération du Grand NARBONNE, Maire de Peyriac de Mer
Monsieur Nicolas SAINTE CLUQUE	Représentant le Conseil Général de l'Aude
Maître Didier MOULY	Maire de la Ville de NARBONNE
Monsieur Jean DANÉY DE MARCILLAC	Personnalité qualifiée - Membre désigné par le Directeur Général de l'ARS
Madame Paulette DELANNOY	Personnalité qualifiée - Membre désigné par le Directeur Général de l'ARS
Madame Alice AUVRAY	Personnalité qualifiée - Membre désigné par le Directeur Général de l'ARS
Monsieur Pierre GAILLARD	Personnalité qualifiée désignée par le Préfet de l'Aude
Madame le Docteur Christine SORNAY-SOARES	Représentante de la Commission Médicale d'Etablissement
Monsieur le Docteur Matthias DURAND-ROGER	Représentant de la Commission Médicale d'Etablissement
Madame Patrick RUIZ	Membre élu par la CSIRMT
Madame Dominique LORENZO MACIAS	Représentant les personnels non médicaux (FO)

Assistent avec voix consultative :

Monsieur Olivier ROQUET	Directeur du Centre Hospitalier de NARBONNE
Monsieur Xavier CRISNAIRE	Représentant Mme Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc Roussillon
Monsieur le Docteur Alain PERET	Vice- Président du Directoire, Président de la Commission Médicale d'Etablissement
Madame Nathalie CABROL	Trésorière Principale
Madame Marie-Thérèse BORRAS,	Représentante du Conseil de la Vie Sociale

Invités présents :

Madame Bénédicte POISSON	Directrice Adjointe chargée de la Direction des Finances des Achats et de la Logistique
Madame Marie-Thérèse GANTNER	Coordinatrice Générale des Soins
Monsieur Pascal DAHLEN	Ingénieur en Chef chargé de la Direction de l'Investissement des Ressources Biomédicale et Travaux
Monsieur Jean-Christophe VISEUR	Chef de Cabinet, secrétaire de séance

Absents excusés :

Monsieur Henri MARTIN	Représentant de l'Agglomération du Grand NARBONNE, Maire de Port la Nouvelle
Monsieur le Docteur Jean-Baptiste THIBERT	Personnalité qualifiée - Membre désigné par le Directeur Général de l'ARS
Monsieur le Docteur Laurent KOCNAR	Président du Comité d'Éthique du Centre Hospitalier de NARBONNE
Monsieur Thierry SERRES	Représentant les personnels non médicaux (UNSA)
Monsieur Laurent JALADEAU	Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Aude
Monsieur Christophe VEYSSIERE	Directeur chargé des Ressources Humaines et du Dialogue Social

OBJET : AVENANT N°1 A LA CONVENTION CONSTITUTIVE PORTANT SUR L'ORGANISATION DU PROJET MEDICAL PARTAGE PAR FILIERE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Vu le Code de la Santé Publique notamment ses articles R. 6143-5 et R. 6143-6,

Vu la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients à la Santé et aux Territoires,

Vu la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 107,

Vu le Décret 2010-361 du 8 avril 2010 relatif au Conseil de Surveillance des établissements publics de santé,

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

Vu les arrêtés N° 2010-246 du 3 juin 2010, N° 2011-695 du 26 mai 2011, N° 2012-027 du 20 janvier 2012, N° 2012-131 du 16 février 2012, N° 2012-2223 du 5 décembre 2012, N° 2013-1982 du 10 décembre 2013, N° 2015-1385 du 07 juillet 2015, N° 2016-034 du 20 janvier 2016, N° 2016-341 du 8 avril 2016 de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon portant la composition du Conseil de Surveillance,

Après avoir entendu Monsieur le Directeur,

Sa Présidente entendue

Après avoir délibéré

Le Conseil de Surveillance

VOTE

A l'unanimité « pour » et 1 « abstention »

L'avenant N°1 à la convention constitutive portant sur l'organisation du projet médical partagé par filière du GHT des Centres hospitaliers de :

- Lézignan-Corbières (11),
- Narbonne (11),
- Perpignan (66),
- Port la Nouvelle (11),
- Prades (66).

Tel que présenté en séance et mis en annexe de cette délibération.

(Annexe : avenant N°1 convention constitutive du GHT)

La Présidente,

signé

Mme Marie-Noëlle GARBAY



Avenant 1 - Convention cadre

GHT

Groupement Hospitalier de Territoire

Centres hospitaliers de :

- **Lézignan-Corbières (11),**
- **Narbonne (11),**
- **Perpignan (66),**
- **Port la Nouvelle (11),**
- **Prades (66).**

Le présent avenant annule et remplace **l'article 2** de la convention constitutive signée le 1^{er} juillet 2016.

L'article 2 - **ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE** est remplacé par :

- 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 7 décembre 2012 portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins du Languedoc Roussillon,
- Vu la convention constitutive du GHT des centres hospitaliers Lézignan-Corbières, Narbonne, Perpignan, Port-la-Nouvelle, Prades, du 1^{er} juillet 2016,
- Vu la décision de l'ARS du 31 août 2016, approuvant la convention constitutive du GHT,
- Vu la délibération du **8 décembre 2016 du conseil de surveillance du Centre hospitalier de Prades** relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu la délibération du **13 décembre 2016 du conseil de surveillance du Centre hospitalier de Port la Nouvelle** relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu la délibération du **15 décembre 2016 du conseil de surveillance du Centre hospitalier de Perpignan** relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu la délibération du **16 décembre 2016 du conseil de surveillance du Centre hospitalier de Lézignan-Corbières** relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu la délibération du **du conseil de surveillance du Centre hospitalier de Narbonne** relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu l'avis du **29 novembre 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre hospitalier de Prades**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu l'avis du **7 décembre 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre hospitalier de Lézignan-Corbières**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu l'avis du **12 décembre 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre hospitalier de Port la Nouvelle**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu l'avis du **13 décembre 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre hospitalier de Perpignan**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,

- Vu l'avis du **de la commission médicale d'établissement du Centre hospitalier de Narbonne**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu l'avis du **9 décembre 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre hospitalier de Lézignan-Corbières**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu l'avis du **13 décembre 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du centre hospitalier de Prades**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu l'avis du **15 décembre 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre hospitalier de Port la Nouvelle**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu l'avis du **15 décembre 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre hospitalier de Perpignan**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu l'avis du **de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre hospitalier de Narbonne**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu l'avis du **2 décembre 2016 du comité technique d'établissement du Centre hospitalier de Port la Nouvelle**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu l'avis du **5 décembre 2016 du comité technique d'établissement du Centre hospitalier de Prades**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu l'avis du **8 décembre 2016 du comité technique d'établissement du Centre hospitalier de Lézignan-Corbières**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu l'avis du **14 décembre 2016 du comité technique d'établissement du Centre hospitalier de Perpignan**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu l'avis du **du comité technique d'établissement du Centre hospitalier de Narbonne**, relatif à l'avenant à convention constitutive du GHT relatif aux orientations du projet médical partagé,
- Vu la concertation avec le **directoire du Centre hospitalier de Lézignan-Corbières, en date du 6 décembre 2016,**
- Vu la concertation avec le **directoire du Centre hospitalier de Port la Nouvelle, en date du 12 décembre 2016,**
- Vu la concertation avec le **directoire du Centre hospitalier de Perpignan, en date du 12 décembre 2016,**
- Vu la concertation avec le **directoire du centre hospitalier de Prades, en date du 15 décembre 2016,**
- Vu la concertation avec le **directoire du centre hospitalier de Narbonne, en date**

Partie I

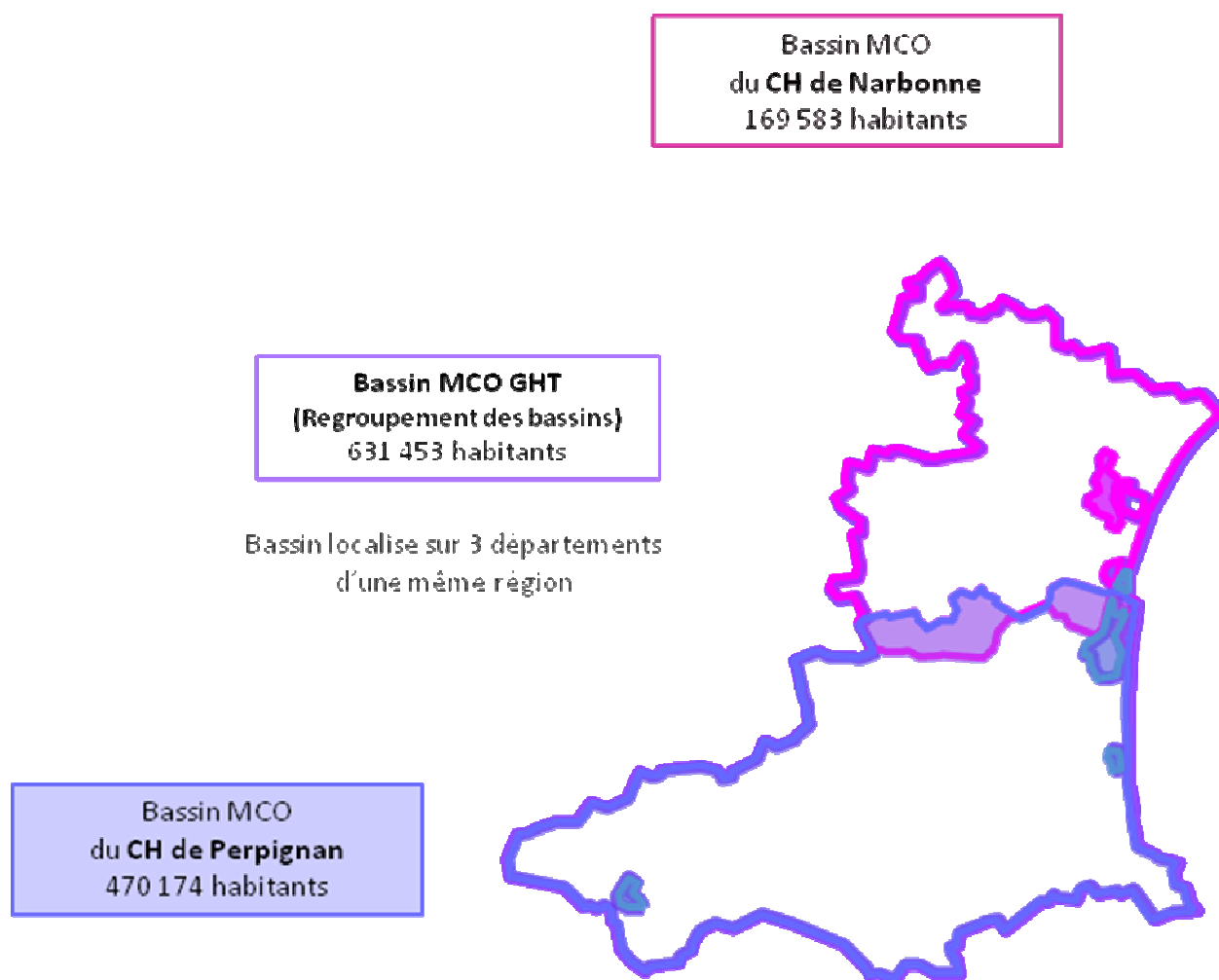
PROJET MÉDICAL PARTAGÉ ET PROJET DE SOINS PARTAGÉ DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Article 2 - PROJET MEDICAL PARTAGE

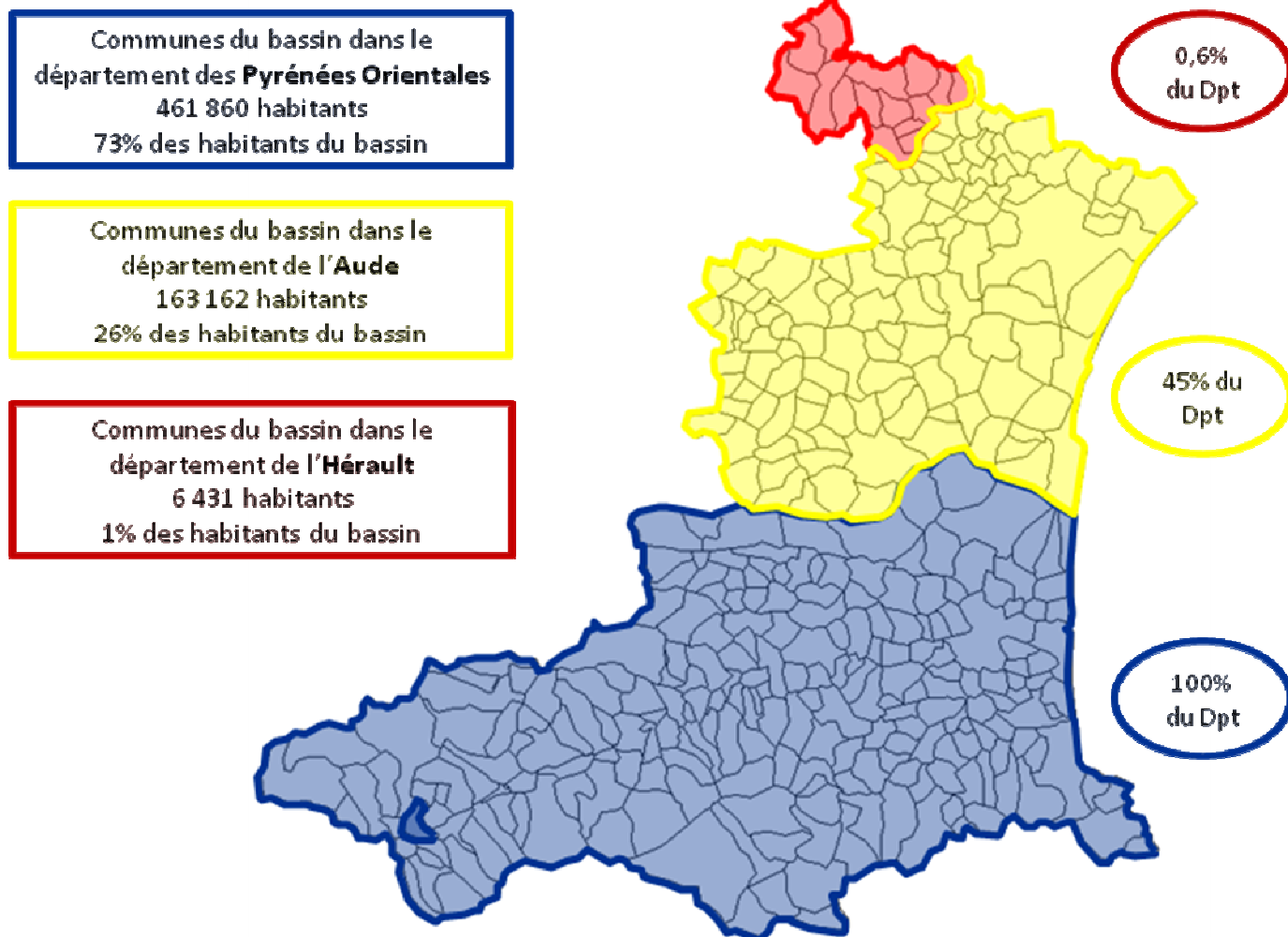
2.1 ELEMENTS DE DIAGNOSTIC

2.1.1

CARTOGRAPHIE DES BASSINS DE RECRUTEMENT EN MCO

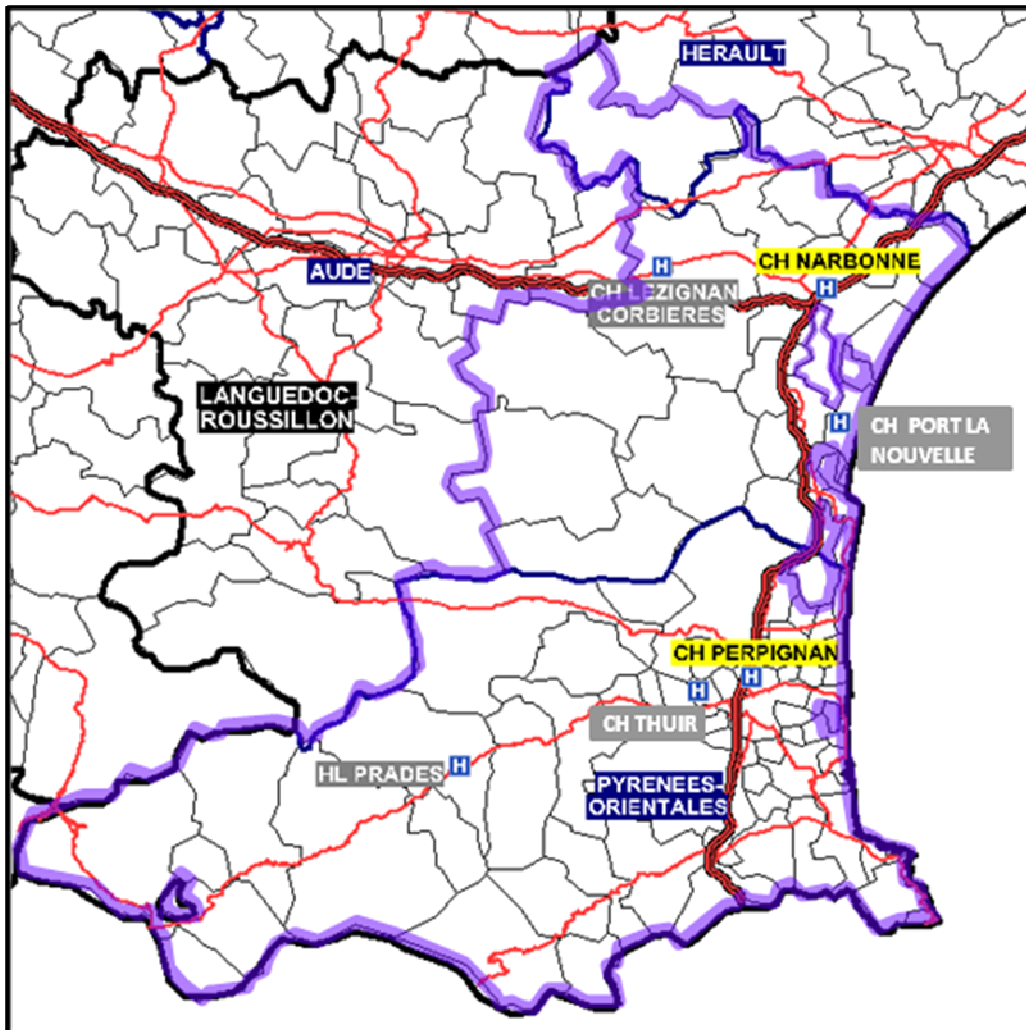


REPARTITION DES COMMUNES SUR LES DIFFERENTS DEPARTEMENTS



Source : Insee, RP 2012

BASSIN DE RECRUTEMENT DU GHT



Les contours du bassin sont directement liés à l'emprise des propres bassins des principaux établissements publics et privés alentours :

Au nord : le CH de Béziers, la Polyclinique Champeau et la Clinique du Dr Cause à Colombiers

Au nord-ouest : le CH de Carcassonne et la clinique Montréal

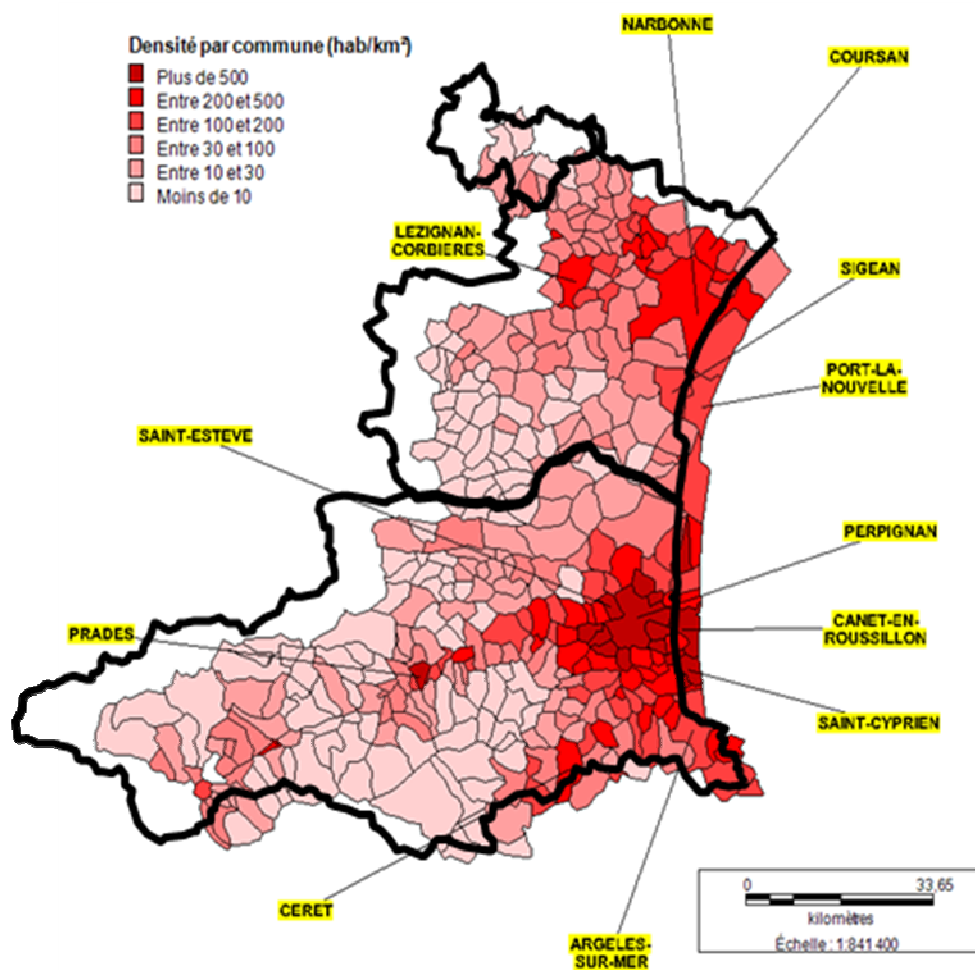
A l'ouest : le CHIC du Val d'Ariège à Foix

Au sud : la frontière espagnole

Au sein du bassin sont aussi présentes les capacités en médecine, SSR et en filière gériatrique du CH de Lézignan-Corbières, du CH de Port-la-Nouvelle, et du CH de Prades.

ETUDE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

DENSITE ET URBANISATION



Source : Insee, RP 2012

Languedoc Roussillon Midi Pyrénées (LRMP)

- 5 626 858 hab. pour 77,4 hab/km² (contre 116,5 hab/km² pour la France)

Pyrénées-Orientales, Aude et Hérault

- Pyrénées-Orientales (111,2 hab/km²) : 2ème département le plus peuplé de la région LRMP derrière la Haute-Garonne
- Hérault (176,6 hab/km²) : 2ème département le plus dense de la région LRMP
- Aude : 59 hab/km²

BASSIN de population des établissements du GHT

- 355 communes
- 631 453 habitants pour une superficie de
- 6 567 km², soit 96 hab/km²
- Perpignan est la commune la plus peuplée du bassin (122 608 habitants), et la plus densément peuplée (770 hab/km²)
- Les communes, à proximité de Perpignan et Narbonne, sont plus densément peuplées

ATTRACTIVITE TOURISTIQUE DE LA REGION LANGUEDOC ROUSSILLON

En 2013, la région Languedoc-Roussillon a enregistré 15 millions de touristes (4ème région touristique française) pour 100 millions de nuitées extra-régionales et 10 millions de nuitées intra-régionales.

2 millions de lits touristiques dont les $\frac{3}{4}$ sont des résidences secondaires.

La grande majorité des touristes se répartie sur la période estivale avec un pic au mois d'août. Un autre pic se dessine également en avril. En décembre et janvier, on retrouve aussi un nombre de touristes supérieurs aux autres mois de l'année.

Les capacités d'accueil sont en très grande majorité sur le littoral.

Source : Les chiffres clés du Tourisme en Languedoc-Roussillon – 2013 – Conseil Régional Languedoc-Roussillon

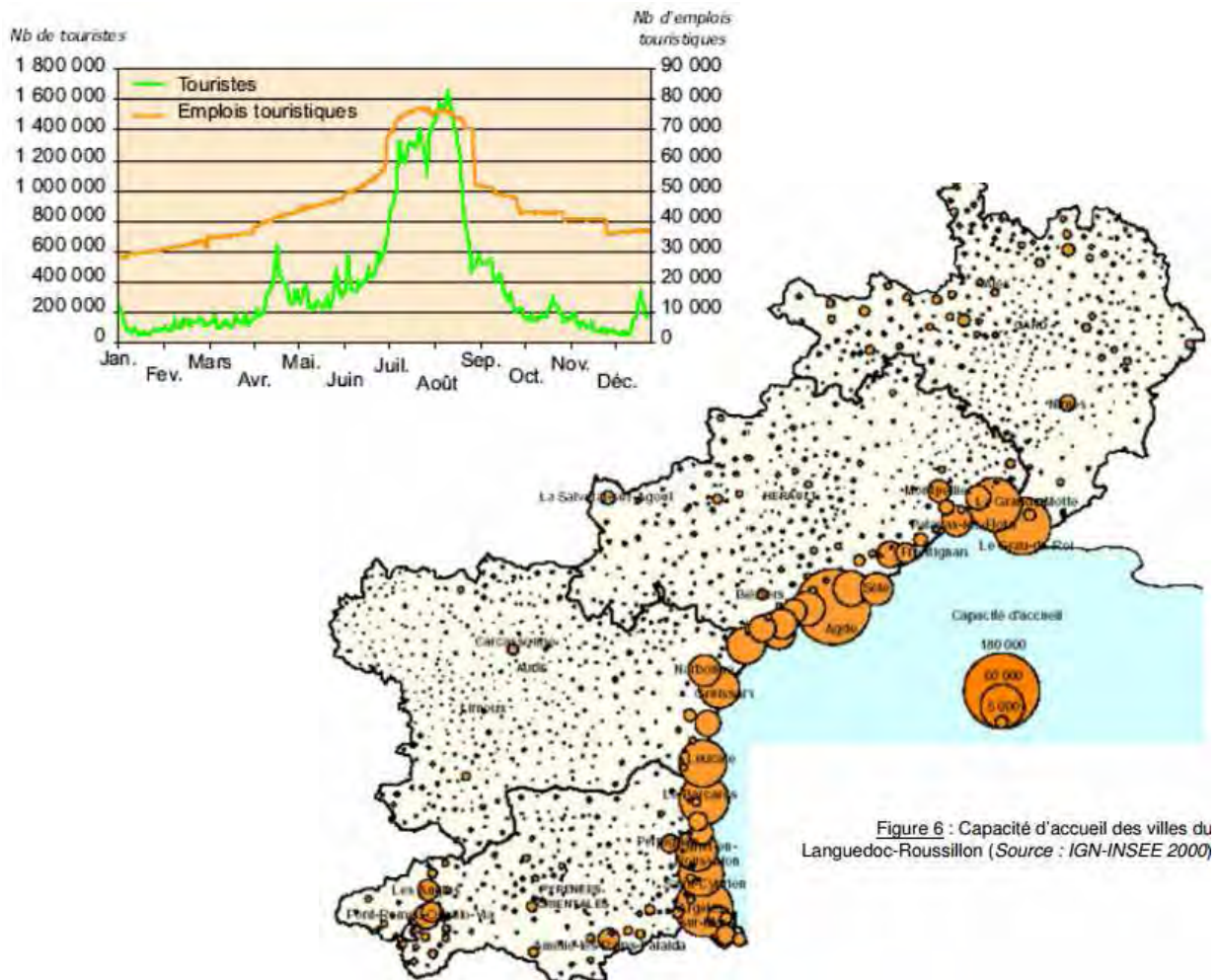
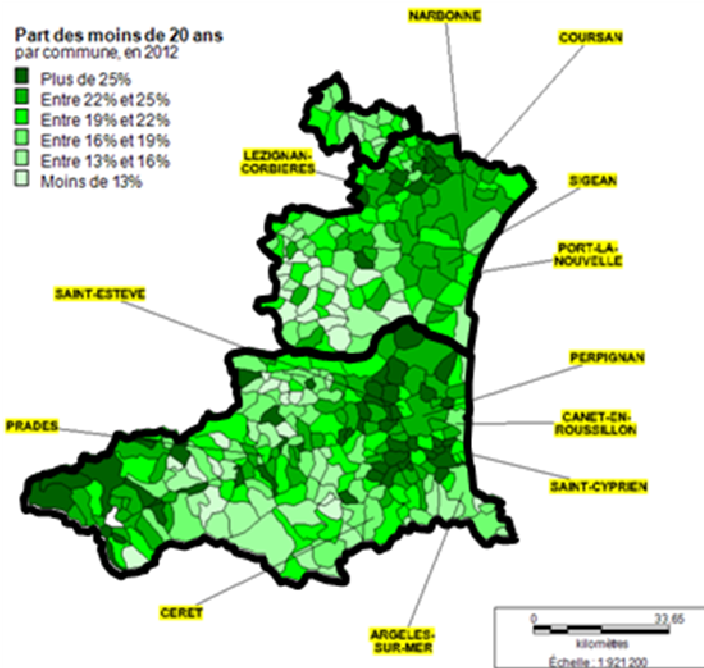


Figure 6 : Capacité d'accueil des villes du Languedoc-Roussillon (Source : IGN-INSEE 2000)

Source : Insee et estimations de la direction du tourisme

STRUCTURE DE LA POPULATION - MOINS DE 20 / PLUS DE 65 ANS



Languedoc Roussillon Midi Pyrénées

♦ Sous représentation des moins de 20 ans avec 22,9% contre 24,4% en France

♦ La part des 65 ans et plus qui représente 20% de la population de la région se situe au dessus de la moyenne nationale (17,5%)

Pyrénées-Orientales, Hérault et Aude

♦ Part des 65 ans et plus supérieure à celle des moins de 20 ans dans les Pyrénées-Orientales (22,8% contre 22,7%) et l'Aude (22,5% contre 22,4%)

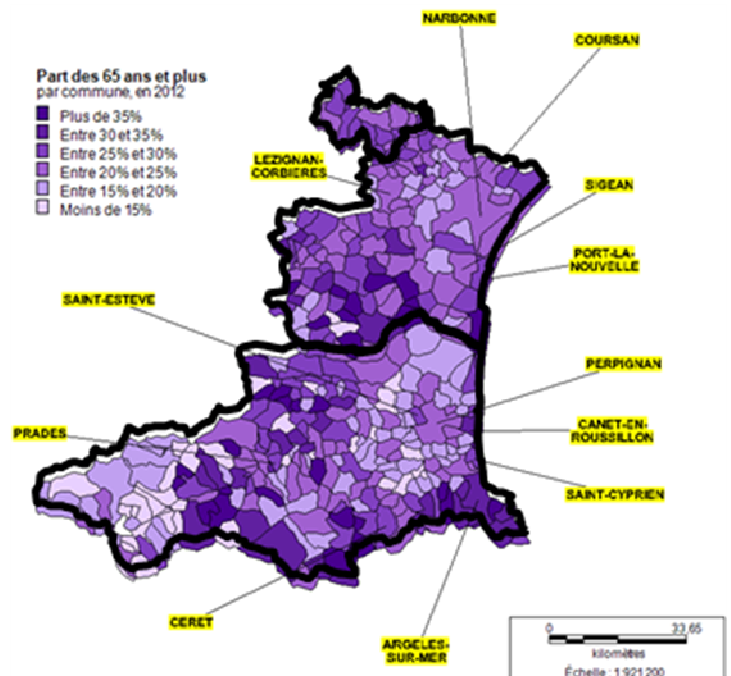
♦ Situation différente pour l'Hérault avec 23,2% de moins de 20 ans et 18,9% de 65 ans et plus

BASSIN :

♦ Sur le bassin, sous représentation des jeunes de moins de 20 ans (22,4%) et sur représentation plus marquée des plus de 65 ans (23%)

♦ Tendances encore plus marquées dans les communes Sud des Pyrénées Orientales : moins de jeunes et davantage de personnes âgées

♦ A l'inverse, dans les communes autour de Perpignan et Narbonne, ainsi que la pointe Ouest des Pyrénées Orientales : une proportion plus élevée de jeunes et une part plus faible de personnes de 65 ans et plus



Source : Insee, RP 2012

INDICE DE VIEILLISSEMENT

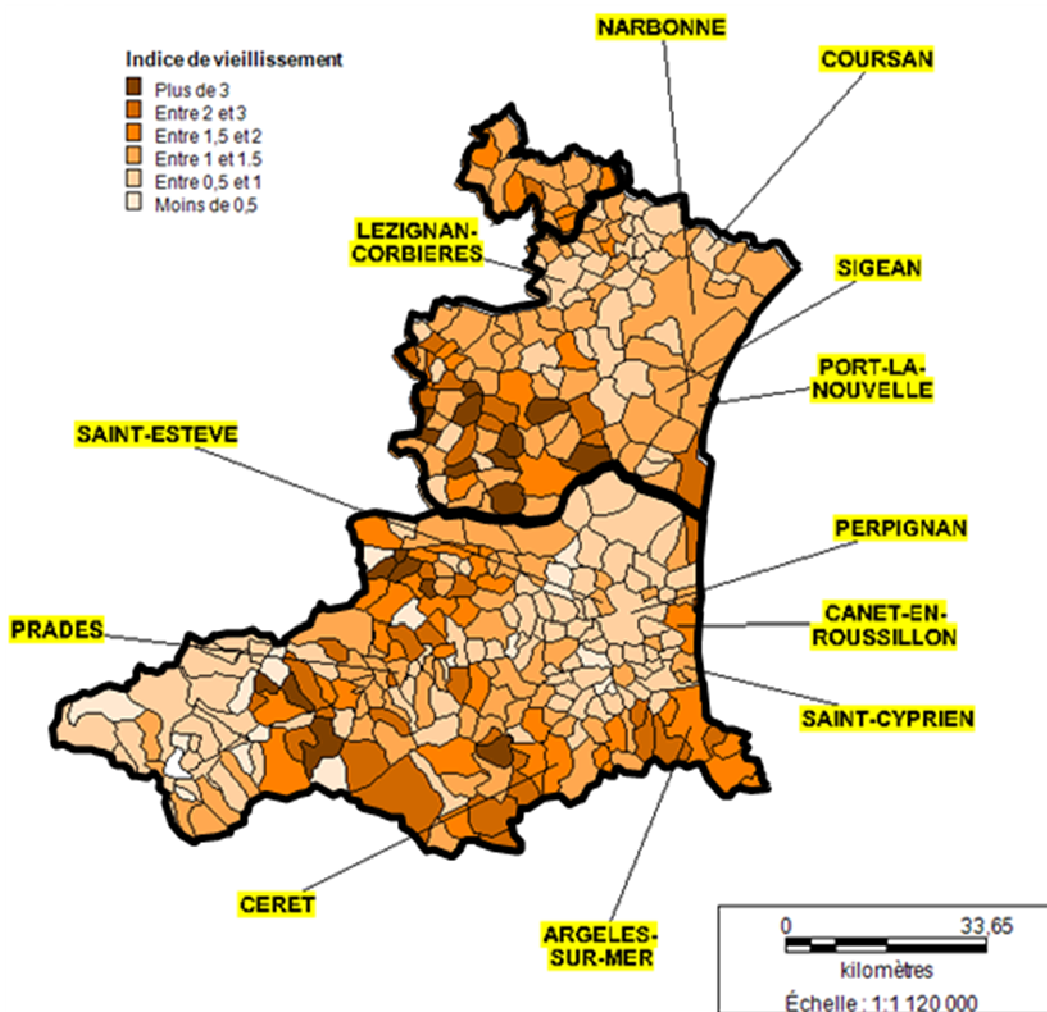
Indice de vieillissement : part des 65 ans et plus sur les moins de 20 ans

- =1 : il y a autant de 65 ans et plus que de moins de 20 ans
- >1 : la part des 65 ans et plus est plus importante que celle des moins de 20 ans
- <1 : inversement, les moins de 20 ans sont plus nombreux que les 65 ans et plus

- Bassin : 1,0
- LRMP : 0,87
- Pyrénées-Orientales : 1,0
- Aude : 1,0
- France : 0,72

- Cet indice décrit la structure de la population. Ainsi, sur le bassin l'indice est au dessus du niveau constaté sur la France, même s'il est hétérogène selon les communes :

- Il est de 1,0 à Narbonne et 0,8 à Perpignan
- Il est de 2,9 à Collioure et 4,6 à Montbolo



Source : Insee, RP 2012

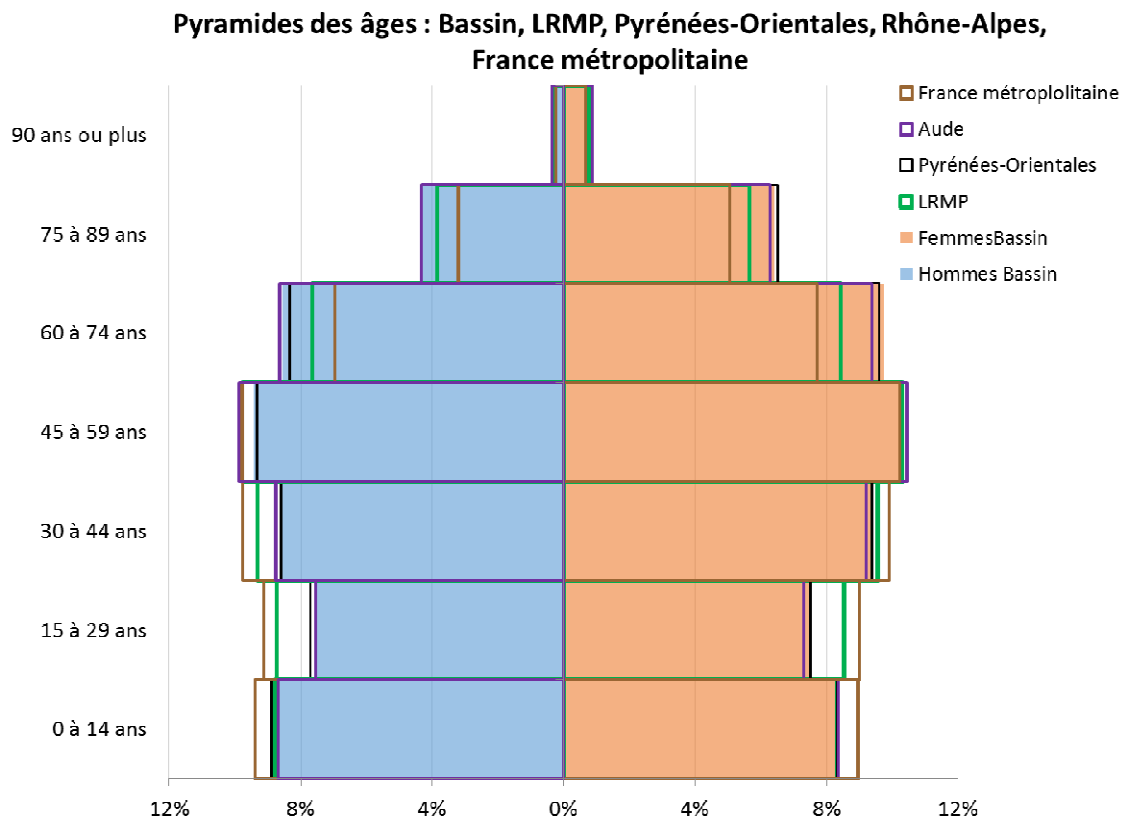
PYRAMIDE DES ÂGES

Deux profils :

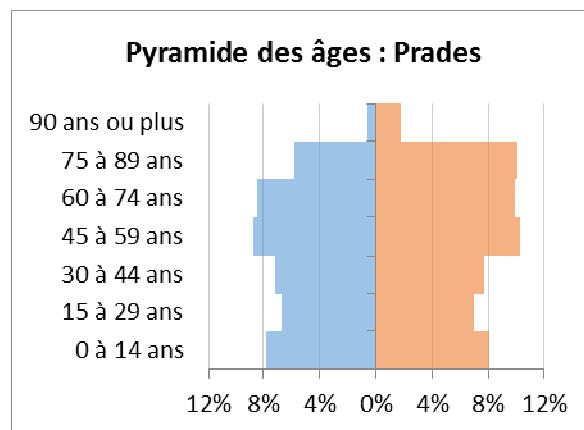
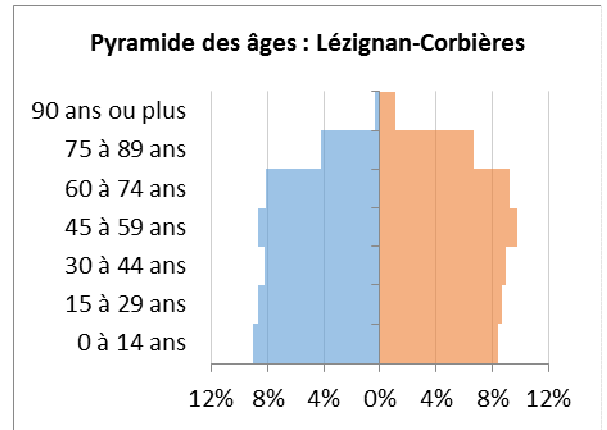
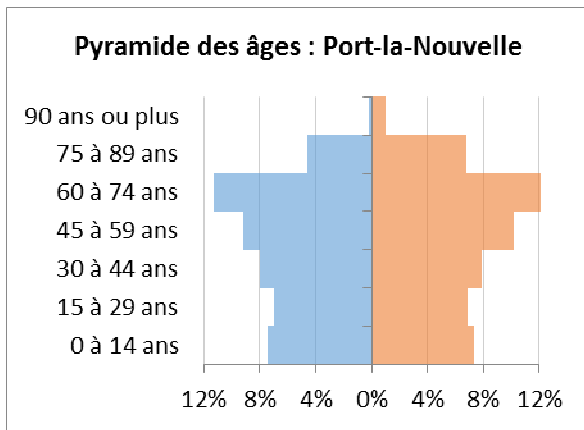
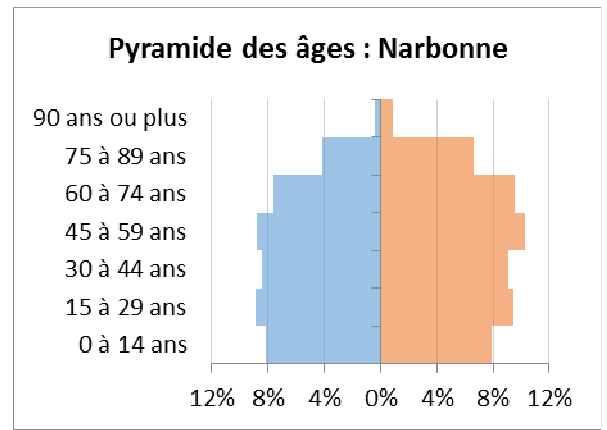
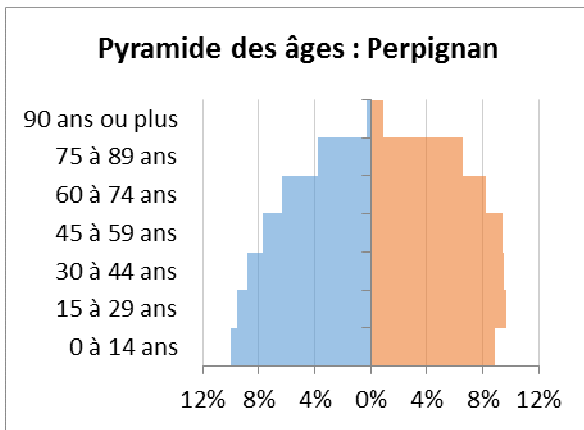
- Bassin / Aude / Pyrénées-Orientales : autant de moins de 44 ans que de 45 ans et plus
- LRMP / France métropolitaine : Plus de moins de 44 ans que de 45 ans et plus (de l'ordre de 55% contre 45%)

On retrouve un trou de génération sur le bassin chez les 15-29 ans, par rapport à la proportion dans la région LRMP ou encore à l'échelle nationale

Entre 60 et 89 ans, la proportion des habitants du bassin est supérieure à celle de la région LRMP et de la France (visible chez les femmes de 75 à 89 ans particulièrement)



Source : Insee, RP 2012



Source : Insee, RP 2012

NATALITE - MORTALITE

LRMP

- Le taux de natalité de la région LRMP est inférieur à celui de la France Métropolitaine mais supérieur aux départements des Pyrénées-Orientales et de l'Aude
- Cette constatation s'explique par la structure de la population : moins de jeunes dans la région LRMP et plus de personnes âgées que sur la France
- Cependant la population de la région LRMP croît plus vite que celle de la France grâce notamment à un solde migratoire (SM) positif (+0,7%) couplé à un solde naturel (SN) lui aussi positif (+0,2%)

Au niveau départemental, tendances plus marquées et donc plus éloignées de ceux de la France

- Pyrénées-Orientales :
 - Taux de natalité : 10,8‰
 - Taux de mortalité : 11,0‰
 - TCAM : 0,9% (SN : 0,0; SM : 0,9) *TCAM = Taux de croissance moyenne annuel*
- Aude :
 - Taux de natalité : 10,7‰
 - Taux de mortalité : 10,8‰
 - TCAM : 0,9% (SN : 0,0; SM : 1)

BASSIN

- Indicateurs de natalité et de mortalité comparables à ceux des deux départements principaux qui le composent
- TCAM très positif et supérieur à tous les éléments du contexte, mais uniquement porté par le solde migratoire (+1,1%)

Taux annuel moyen 2007-2012	Bassin	LRMP	Pyrénées-Orientales	Aude	France
Taux de natalité en ‰	10,8	11,4	10,8	10,7	12,7
Taux de mortalité en ‰	10,9	8,4	11,0	10,8	8,5
Evolution du nombre d'habitants en volume (2012-2007)	+33 372	+255 759	+20 634	+16 567	+1 580 732
TCAM en %	+1,1	+0,9	+0,9	+0,9	+0,5
dû au solde naturel	+0,0	+0,2	+0,0	+0,0	+0,4
dû au solde migratoire	+1,1	+0,7	+0,9	+1,0	+0,1

Source : Insee, RP 2007 et 2012

Les 355 communes du bassin présentent des croissances populationnelles diverses.

14 d'entre elles ont connu une stagnation de la population entre 2007 et 2012

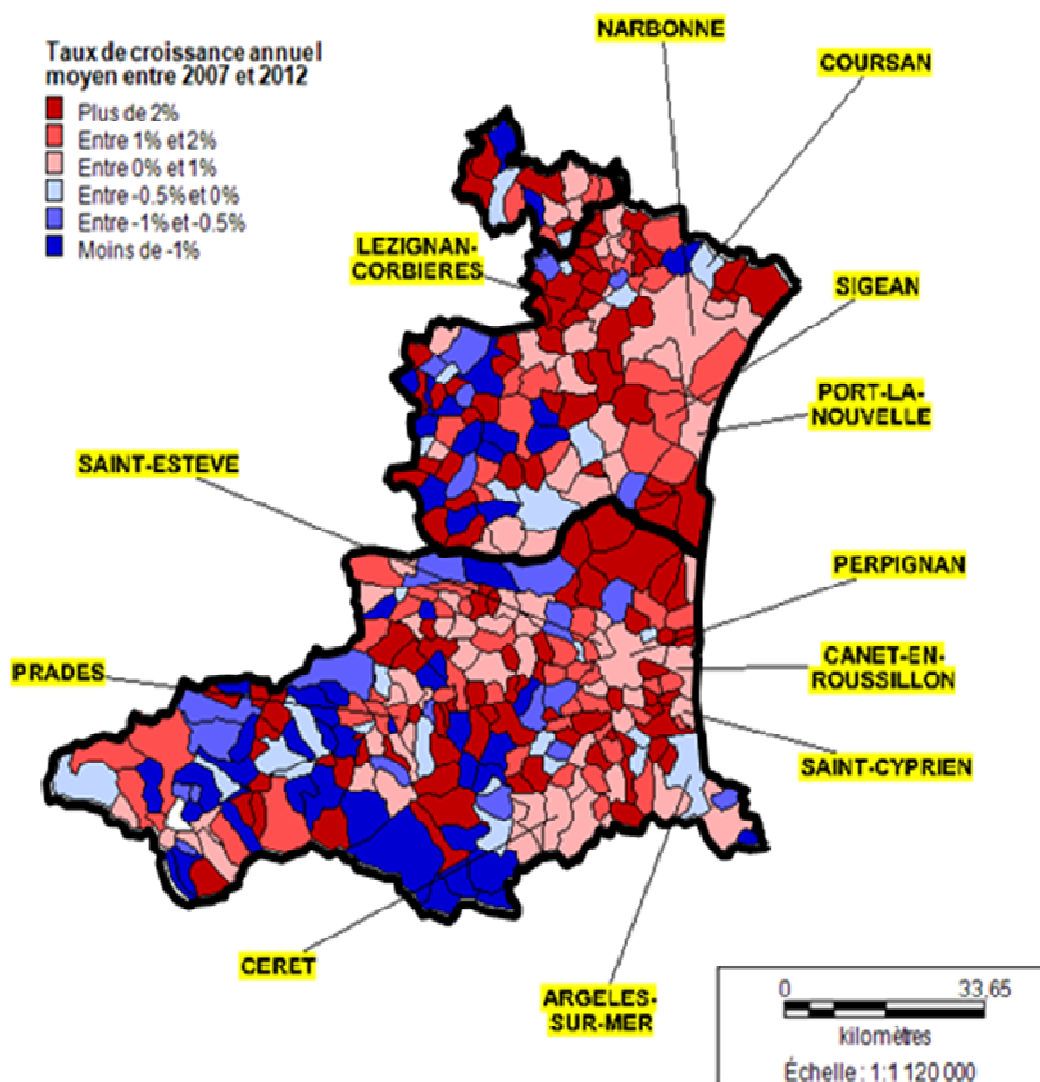
- dont 3 communes avec un solde naturel positif et un solde migratoire négatif
- et 11 avec un solde naturel négatif et un solde migratoire positif

235 d'entre elles ont connu une croissance de la population entre 2007 et 2012 (en rouge):

- croissance portée par un solde migratoire souvent positif
- compensant largement un solde naturel négatif ou s'ajoutant au solde naturel positif

Les 106 autres ont connu une évolution négative (baisse de la population) entre 2007 et 2012 (en bleu):

- dû à un solde migratoire négatif
- non compensé par le solde naturel
- TCAM positif : Perpignan (0,8%), Narbonne (0,2%)



Source : Insee, RP 2012

NATALITE ET FECONDITE

L'indice conjoncturel de fécondité approche les 2 enfants/femme dans les Pyrénées-Orientales et dans l'Aude. Il est de 1,89 enfant/femme pour la région LRMP alors qu'il est de 1,98 enfant/femme en France métropolitaine.

Des différences apparaissent selon les groupes d'âge de fécondité :

- Fécondité précoce dans les 2 départements avec 0,41 enfant/femme pour les Pyrénées-Orientales et 0,39 enfant/femme pour l'Aude chez les 15-24 ans contre 0,28 enfant/femme en France métropolitaine
- Fécondité moins forte chez les 35-49 avec 0,35 enfant/femme pour l'Aude contre 0,42 enfant/femme en France métropolitaine

Ce qui se traduit par un âge moyen des mères à l'accouchement de 29,1 ans pour les départements des Pyrénées-Orientales et l'Aude contre 29,7 ans pour la région Languedoc-Roussillon et 30,1 ans pour la France métropolitaine

Naissances domiciliées en 2013:

- Aude : 3 436
- Pyrénées-Orientales : 4 914
- LRMP : 62 405

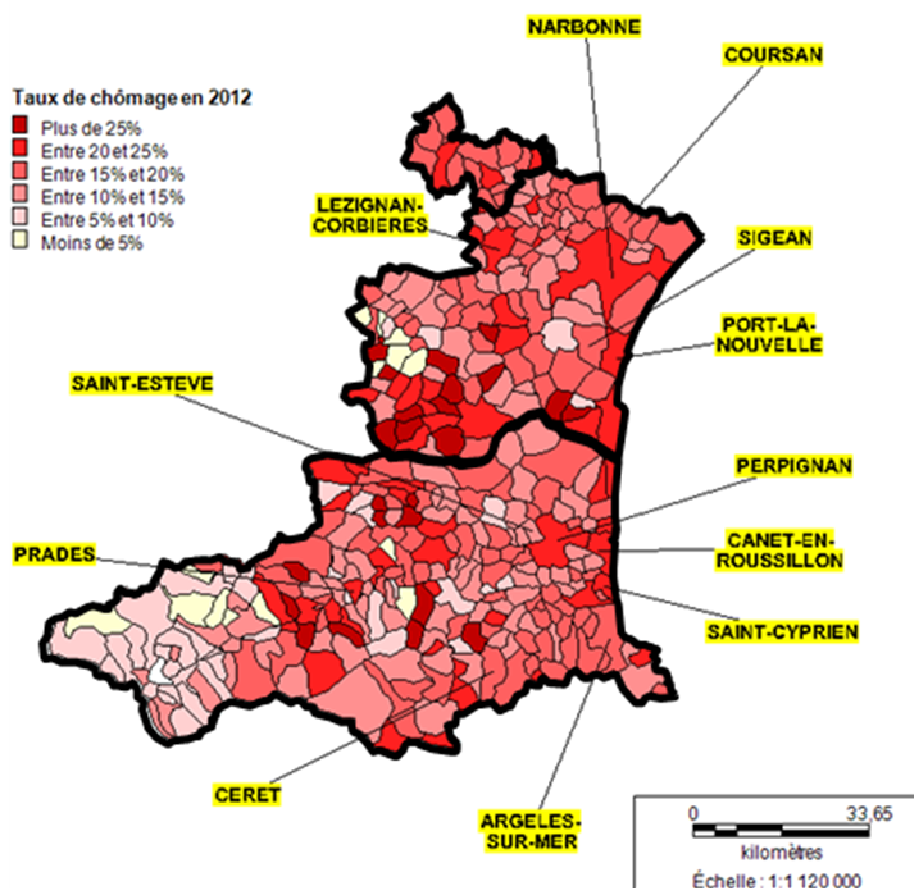
	Ensemble	15-24 ans	25-34 ans	35-49 ans
Pyrénées-Orientales	199	<u>41</u>	120	39
Aude	199	<u>39</u>	125	35
LRMP	189	<u>27</u>	121	40
France métropolitaine	198	<u>28</u>	127	42

Sources : Insee, état-Civil 2013

TAUX DE CHÔMAGE

En 2012, le taux de chômage (au sens du recensement) du bassin est supérieur à celui de la région dont font parties les communes du bassin mais aussi très supérieur à celui de la France (+5,6 points) :

- Bassin : 18,3%
- LRMP : 14,3%
- Pyrénées-Orientales: 18,0%
- Aude: 17,3%
- France : 12,7%



Source Insee, RP 2007 et 2012

REVENUS DISPONIBLES

Médiane du revenu disponible par unité de consommation (2012) :

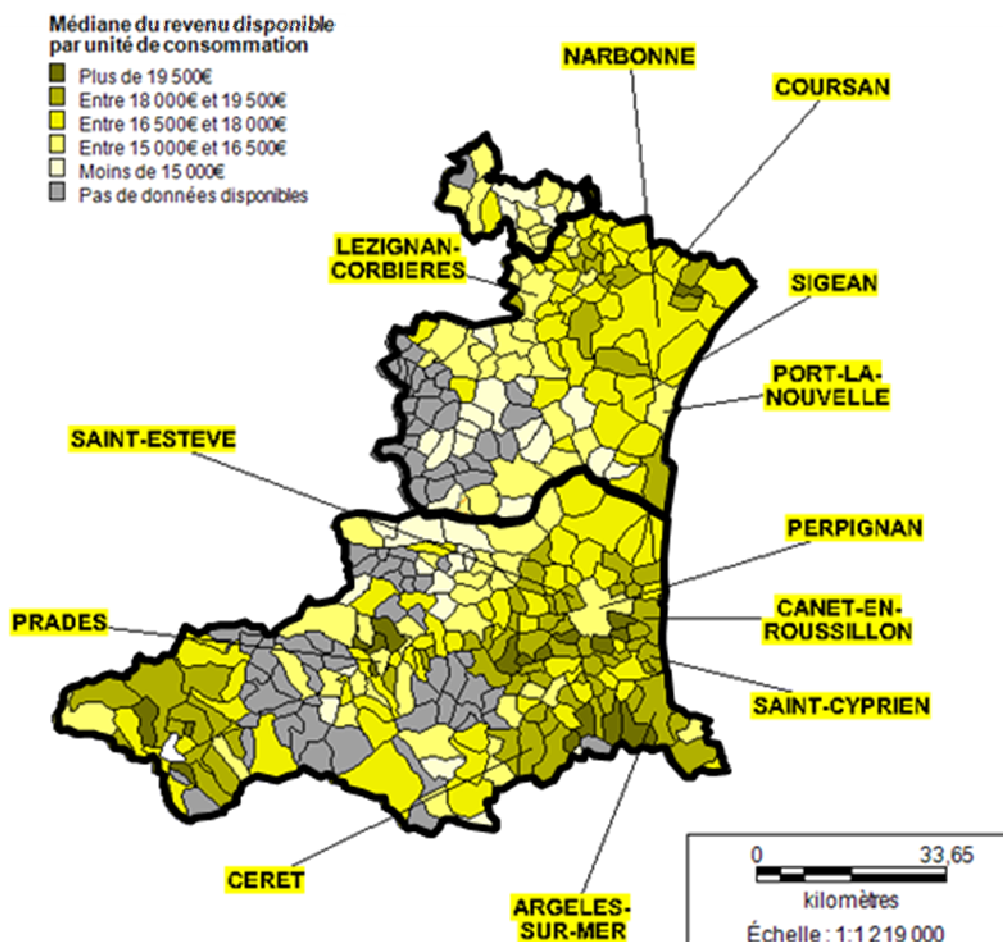
- Bassin : 17 345€
- LRMP : 18 888€
- Pyrénées-Orientales : 17 522€
- Aude : 17 231€
- France : 19 786€

Parts des ménages fiscaux imposés (2012):

- LRMP : 58,8%
- Pyrénées-Orientales : 54,8%
- Aude : 52,9%
- France : 64,0%

Le bassin dans son ensemble présente un revenu médian disponible par unité de consommation inférieur à celui de la région sur laquelle sont réparties les communes et aussi à celui de la France (tiré vers le bas par des communes comme Perpignan : 15 632€ ou encore Lézignan-Corbières : 15 973€).

Les communes situées au sud de Perpignan présentent un revenu médian disponible par unité de consommation plus élevé.



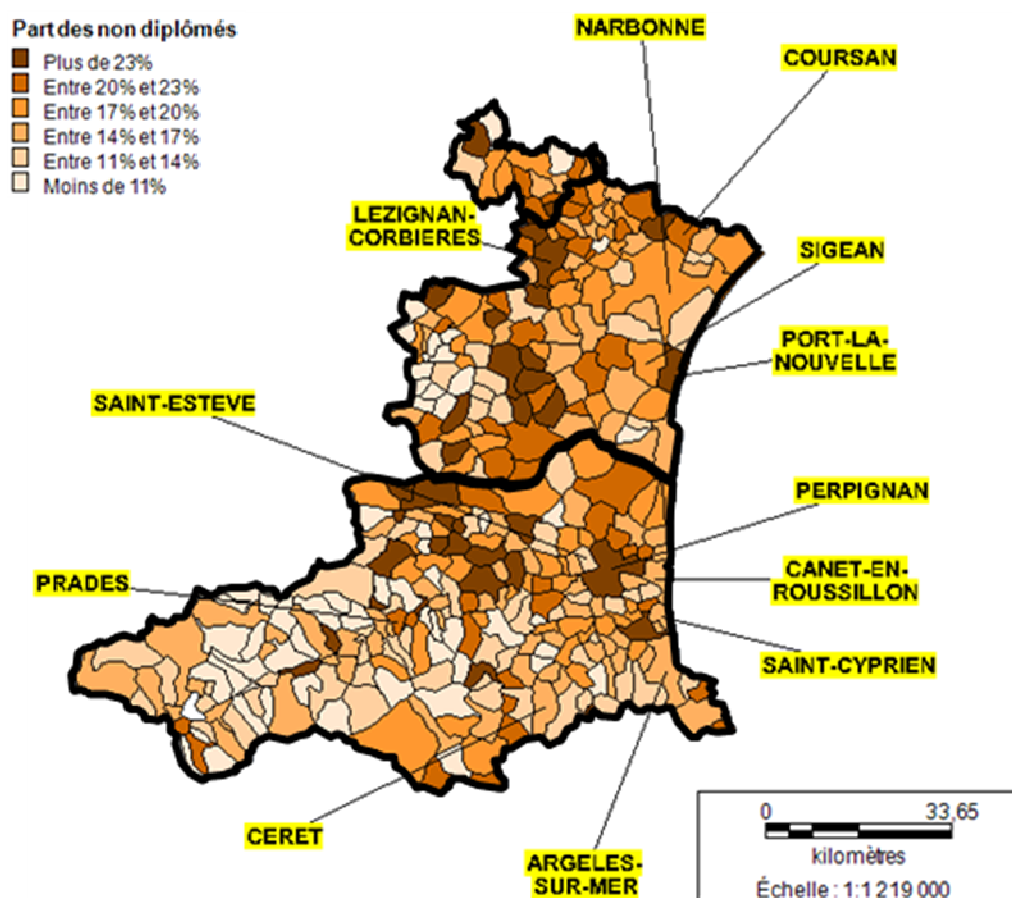
LES NON DIPLÔMÉS

Part des non diplômés (2012) :

- Bassin : 19,3%
- LRMP : 16,3%
- Pyrénées-Orientales : 19,1%
- Aude : 19,4%
- France : 17,2%

La part des non diplômés sur le bassin est plus élevée que celle mesurée dans la région LRMP ou sur la France métropolitaine et donc logiquement comprise entre les 2 départements dont font parties les communes.

- Perpignan (24,9%) : ¼ des habitants n'a pas de diplôme
- Narbonne (20,6%) : 1/5 des habitants



Source Insee, RP 2012

PROJECTIONS DE POPULATION

PROJECTION DE POPULATION A L'HORIZON 2040

Données projetées par Omphale :

- Modèle basé sur les populations départementales par sexe et âge au 1er janvier 2007, issues du recensement de la population
- Applique, pour chaque sexe et âge, des quotients d'émigration entre zones de départ et zones d'arrivée, ainsi que des quotients de fécondité et de mortalité
- Les divers quotients sont déterminés en ne prenant en compte que les tendances de fécondité, mortalité et de migrations départementales observées par le passé

Scénario central, basé sur les hypothèses suivantes :

- La fécondité de chaque département est maintenue à son niveau de 2007
- La mortalité de chaque département baisse au même rythme qu'en France métropolitaine
- Les quotients migratoires entre départements métropolitains, calculés entre 2000 et 2008, sont maintenus constants sur toute la période de projection

Les régions et départements sur lesquels sont réparties les communes du bassin vont voir leur nombre d'habitants s'accroître à l'horizon 2040.

Plusieurs constatations que ce soit la région ou les départements :

- Accroissement de toutes les classes d'âge en volume
- Accroissement plus rapide pour les 65 ans et plus qui se traduit par une augmentation forte de la part (en %) de cette classe d'âge:
 - Languedoc-Roussillon : de 20,1 à 29%
 - Pyrénées-Orientales : de 22,6 à 31,6%
 - Aude : de 22,2 à 31,7%
 - Hérault : de 18,8 à 27,2%

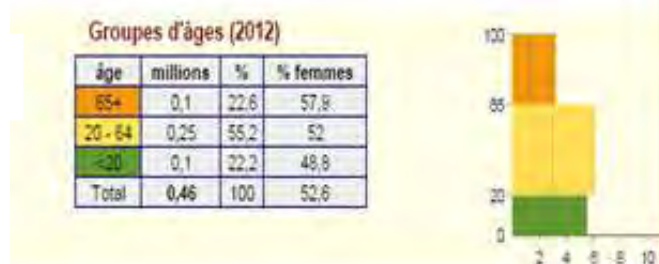
<i>Données projetées Omphale</i>	Population (en millions)	
	<u>2012</u>	<u>2040</u>
<i>Scénario central</i>		
LR	<u>2,69</u>	<u>3,29</u>
<i>Pyrénées-Orientales</i>	<i>0,46</i>	<i>0,56</i>
<i>Aude</i>	<i>0,37</i>	<i>0,46</i>
<i>Hérault</i>	<i>1,06</i>	<i>1,29</i>

PYRAMIDE DES ÂGES

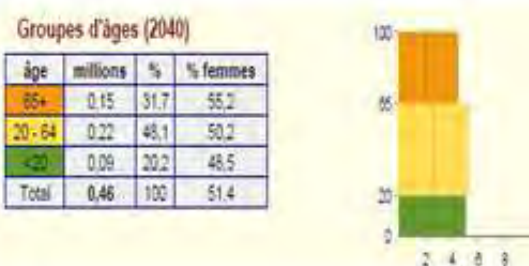
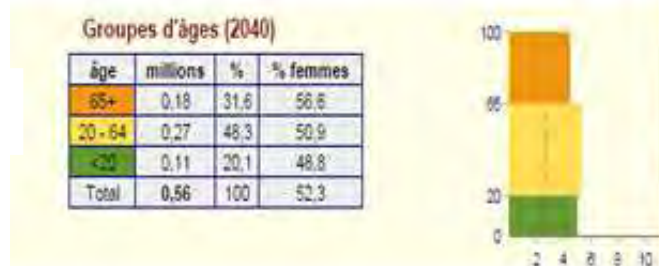
Pyrénées-Orientales

Aude

2012



2040



CROISSANCE DEMOGRAPHIQUE PROJETEE

Il est constaté une certaine homogénéité des projections sur la région et des départements

	Aude	Gard	Hérault	Lozère	Pyrénées-Orientales	Languedoc-Roussillon
Population 2007	345 800	689 800	1 011 200	76 900	437 200	2 560 900
Population 2040	459 000	891 000	1 289 000	94 000	558 000	3 291 000
Taux Croissance annuel moyen 2007-2040 (en%)	+0,9	+0,8	+0,7	+0,6	+0,7	+0,8
Variation annuelle moyenne 2007-2040 (en nombre)	3 400	6 100	8 400	500	3 700	22 100

Source Insee, Repères chiffres - N°8, décembre 2010

ATTRACTIVITE DES PYRENEES ORIENTALES

La croissance du département tient à son attractivité migratoire :

- De + 4 700 habitants par an entre 1990 et 2007
- Il passerait à + 4 300 habitants par an en 2040

Les échanges migratoires demeureraient les plus fréquents avec l'Hérault, l'Aude et la Haute-Garonne (départements limitrophes ou proches au sein de la région LRMP).

Mais l'excédent migratoire le plus élevé concernerait toujours les échanges avec le Nord. Il s'agit principalement de retraités et de familles d'actifs âgés entre 35 et 44 ans. Les retraités seraient d'ailleurs de plus en plus nombreux à s'installer dans les Pyrénées-Orientales.

Au final, les migrations accéléreraient le vieillissement de la population du département avec une part des plus de 60 ans qui s'élèverait à près de 38 % en 2040.

Source Insee, Repères chiffres - N°8, décembre 2010

ATTRACTIVITE DE L'AUDE

La croissance du département tient à son attractivité migratoire :

- De + 3 200 habitants par an entre 1990 et 2007
- Il passerait à + 3 600 habitants par an en 2040

Les échanges migratoires demeureraient les plus fréquents avec l'Hérault, les Pyrénées-Orientales et la Haute-Garonne (départements limitrophes au sein de la région LRMP)

Il s'agit principalement de retraités qui viendraient s'installer dans l'Aude. Au contraire, on basculerait vers un solde migratoire négatif pour les moins de 25 ans.

Mais l'excédent migratoire le plus élevé concernerait toujours les échanges avec les Bouches du Rhône puis viendrait celui avec Paris.

Au final, le nombre de naissances augmenterait faiblement tandis que le vieillissement de la population audoise entraînerait une forte augmentation du nombre des décès.

Source Insee, Repères chiffres - N°8, décembre 2010

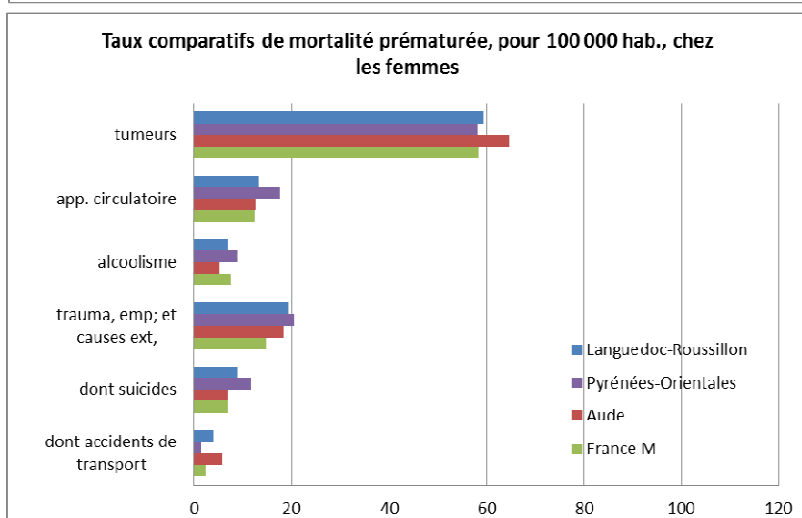
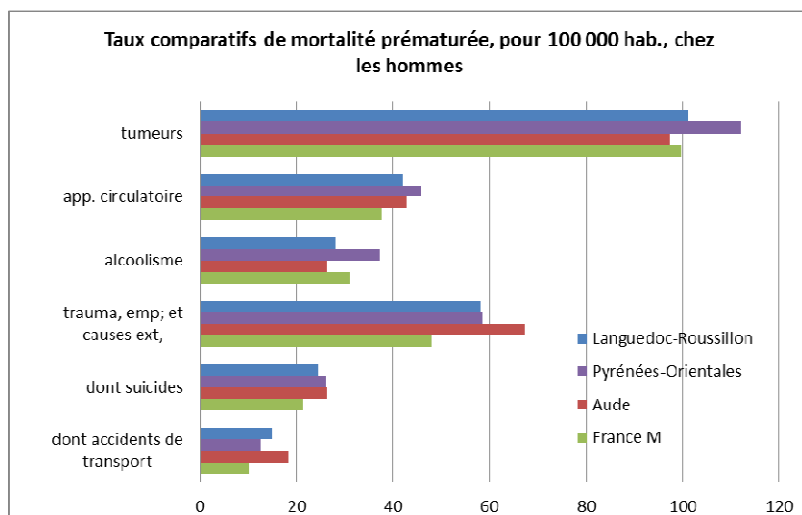
MORTALITE PREMATUREE

On constate que peu importe la cause et peu importe le sexe, les taux de mortalité prématurée sont plus élevés dans les Pyrénées-Orientales que sur l'ensemble de la France métropolitaine.

La mortalité prématurée touche beaucoup plus les hommes que les femmes car quelle que soit la cause, le taux est toujours supérieur chez les hommes :

- Près de 2 fois supérieur pour les tumeurs
- Plus de 3 fois plus important pour les traumatismes, empoisonnement et causes extérieures et pour les maladies liées à l'appareil circulatoire ou encore les suicides
- Et même 4 fois plus élevé, chez les hommes, pour les décès liés à l'alcoolisme (9 fois dans les Pyrénées-Orientales)

Toutes causes confondues, la mortalité prématurée touche 305 hommes pour 100 000 hab. dans les Pyrénées-Orientales contre 270 en France et 135 femmes pour 100 000 hab. contre 124 en France.



Source : Statiss 2014, INSERM données 2009 à 2011

Les taux comparatifs sont les taux que l'on observerait dans la population étudiée si elle avait la même structure d'âge que la population de France métropolitaine

SYNTHESE DU POSITIONNEMENT

Le GHT représente l'offre de soins publique d'un bassin de plus de 630 000 habitants, situé dans la nouvelle région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées.

La population du bassin, dans sa globalité, est vieillissante. Elle dépasse le taux d'accroissement de la France, mais celui-ci est uniquement porté par le solde migratoire à l'inverse du pays porté par le solde naturel. La croissance de la région devrait se poursuivre logiquement jusqu'aux années 2040, même si le rythme de croissance devrait baisser pour atteindre 0,6%/an sur la fin de la période.

L'analyse démographique montre des tendances lourdes, ayant un impact important sur l'activité des établissements de santé qu'il faut intégrer dans le projet médical partagé.

- Croissance de la population due au flux migratoire
- Indice de vieillissement élevé renforcé par le flux migratoire
- Taux de chômage très supérieur à la moyenne nationale et plus élevé que dans la région

Les établissements du GHT doivent faire face à deux enjeux majeurs, vieillissement et précarité dont il faut tenir compte, notamment en renforçant l'offre de soins de proximité.

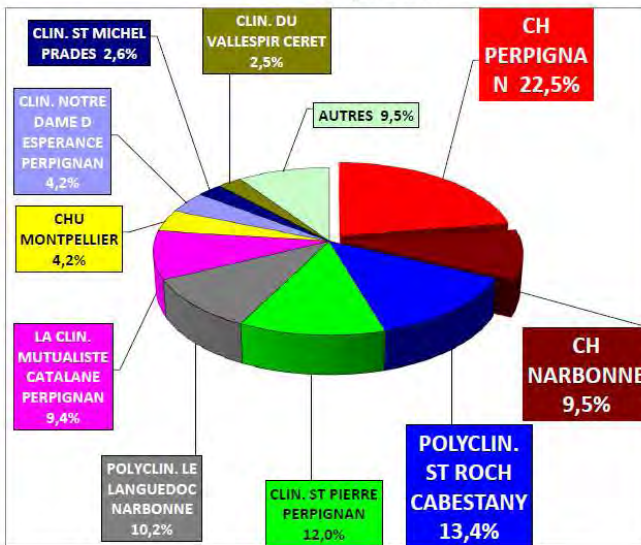
Avec des parts de marchés significatives, les établissements du GHT doivent toutefois conforter leur offre face aux établissements privés des Pyrénées-Orientales (cliniques perpignanaises notamment) et de l'Aude. Les établissements du GHT présentent deux offres sanitaires principales, en nombre, avec des activités réparties entre Perpignan et Narbonne, au prorata de leur propre bassin, dans un rapport un tiers, deux tiers.

2.1.2 PARTS DE MARCHÉ ET POTENTIEL DE DEVELOPPEMENT

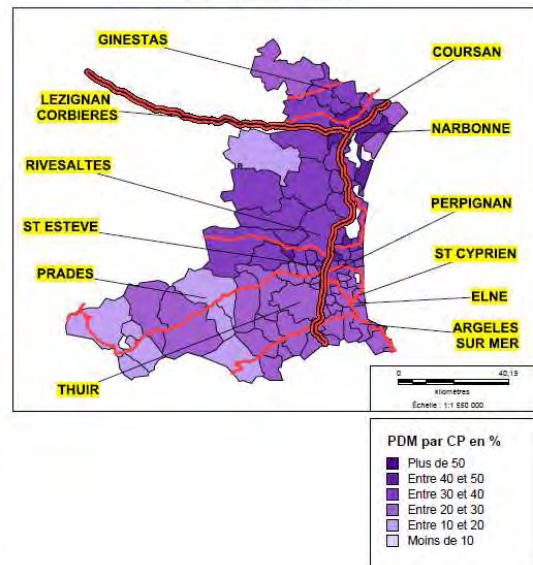
POSITIONNEMENT GLOBAL MCO



Répartition des SEJOURS réalisés par les hab. du bassin selon les lieux d'hospitalisation



Parts de marché par code postal réalisées par les CH de Perpignan et de Narbonne

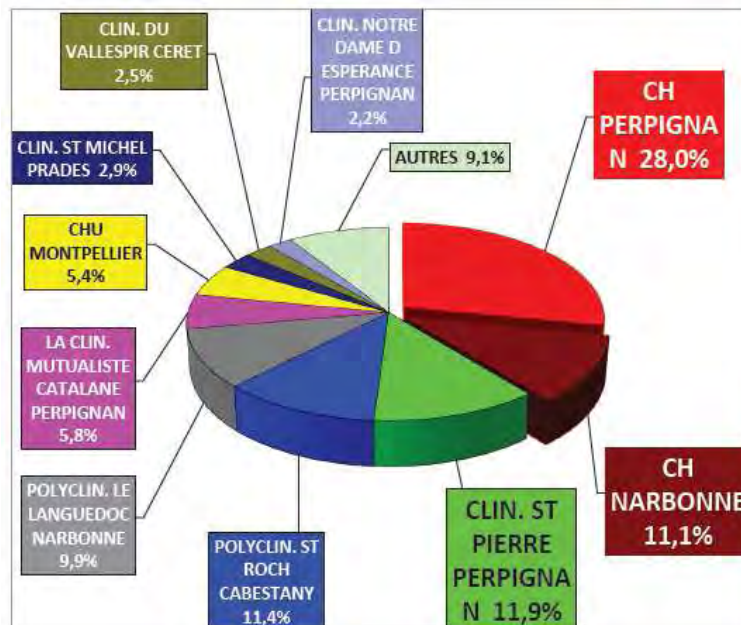


REPONSE EN MEDECINE

99 672 séjours ont été réalisés en un an par les habitants du bassin en médecine court séjour, selon le PMSI. Les fuites hors territoire sont de 12,9% des séjours ; les établissements du GHT Perpignan-Narbonne présentent ainsi une réponse en hospitalisation de médecine de près de 2 patients sur 5 (39,1% des séjours réalisés), dont plus d'un patient sur quatre au CH de Perpignan.

L'activité du privé est globalement moindre, morcelée entre de nombreux établissements et représentée en majorité par la Clinique Saint Pierre (11,9% de parts de marché).

Le CHU de Montpellier est présent à hauteur de 5,4%. La proportion des adressages en CHU est relativement modeste, reflet d'une sollicitation en tant que référent et expert.



Données PMSI 2014

Pour conforter l'attractivité du GHT, et en limiter les fuites vers le secteur privé pour les spécialités les plus concurrentielles, le GHT se doit de faire travailler ses sites en partenariat l'un avec l'autre. Le renforcement de l'offre de chacun des sites, l'adressage plus ciblé d'un site à un autre du GHT sont des pistes pour une meilleure réponse à la population du bassin pour sa prise en charge en médecine.

Le développement des activités s'exercera aussi par augmentation du programmé et une meilleure organisation du non programmé, véritable défi pour fluidifier les filières à partir des urgences.

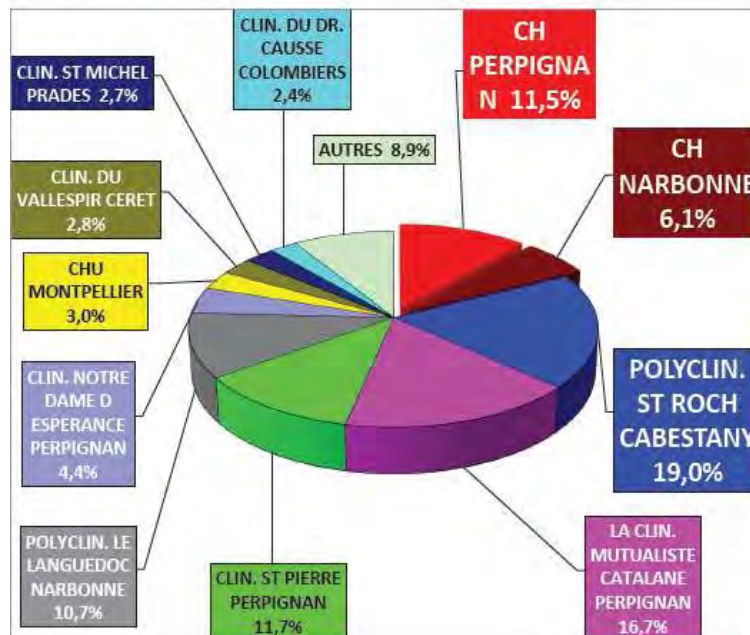
REPONSE EN CHIRURGIE

63 455 séjours ont été réalisés en un an par les habitants du bassin en chirurgie selon la définition de cette discipline dans le PMSI (notion d'actes classants). Les fuites hors territoire sont de 14,4%.

En dehors des établissements du GHT, 2 acteurs principaux sont identifiés : la Polyclinique St Roch Cabestany, et la Clinique Mutualiste Catalane de Perpignan.

La Polyclinique St Roch à Cabestany représente pour le même besoin global de chirurgie, une part de marché à elle-seule de près de 20% (soit un patient sur 5).

Le reste de l'activité est disséminée sur de nombreux établissements, principalement privés.



Données PMSI 2014

La part du non programmée est difficile à développer par elle-même. Sans grande concurrence, cette partie devra être préservée, à travers des liens avec les adresseurs de premiers secours, ambulanciers, centre 15. De fait, l'objectif est de reprendre de l'activité sur la partie programmée

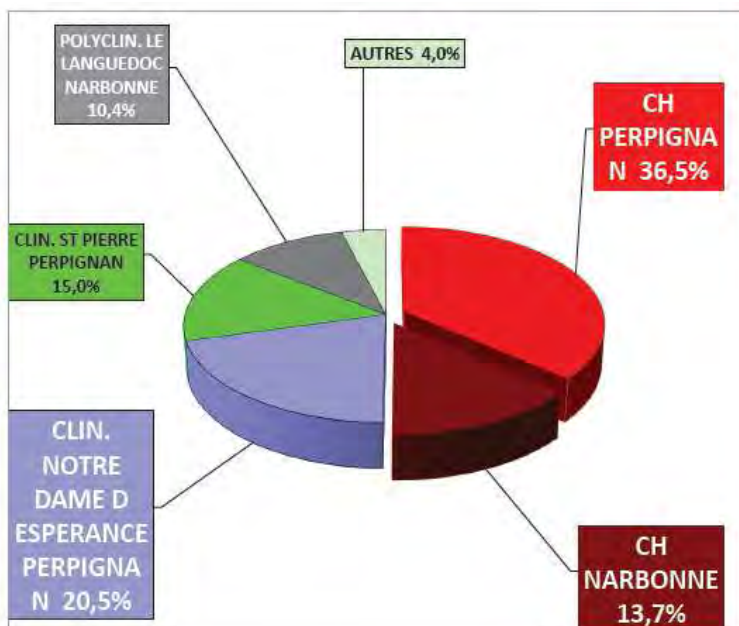
REPONSE EN OBSTETRIQUE

11 404 séjours ont été réalisés en un an par les habitants du bassin en obstétrique (hors nouveau-nés). Il s'agit des hospitalisations pour accouchements mais aussi du pré partum et de l'IVG.

Les établissements du GHT Perpignan-Narbonne présentent une part de marché de 50,2%. La concurrence la plus forte sur le bassin est représentée par la Clinique Notre Dame de l'Espérance (20,5%).

Les fuites hors bassin sont de 3,9%.

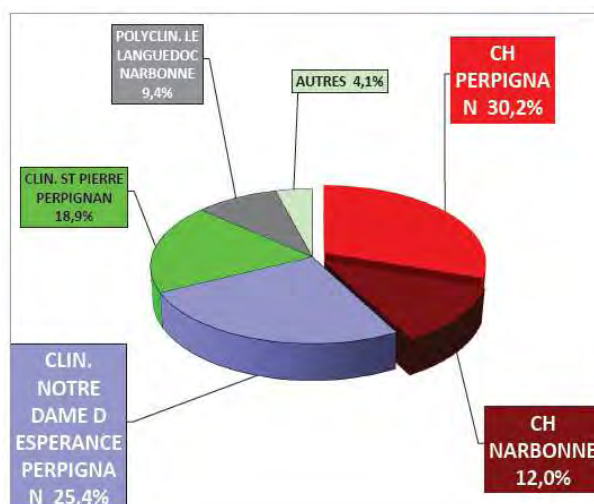
OBSTETRIQUE



Données PMSI 2014

Parmi la population du bassin, près de 6 500 nouveau-nés naissent par an ; plus de 2 sur 5 au sein du GHT (principalement à Perpignan).

NOUVEAUX-NES



Nouveau-nés

CHIRURGIE AMBULATOIRE

Deux indicateurs prévalent actuellement en termes de chirurgie ambulatoire :

- La part globale de l'ambulatoire par rapport à l'ensemble de l'activité de chirurgie. Pour rappel, l'objectif national est d'atteindre 50% des prises en charge, non compris les actes d'endoscopie.
- La part d'ambulatoire pour des gestes marqueurs dument répertoriés. Ici, l'objectif national est de 85%.

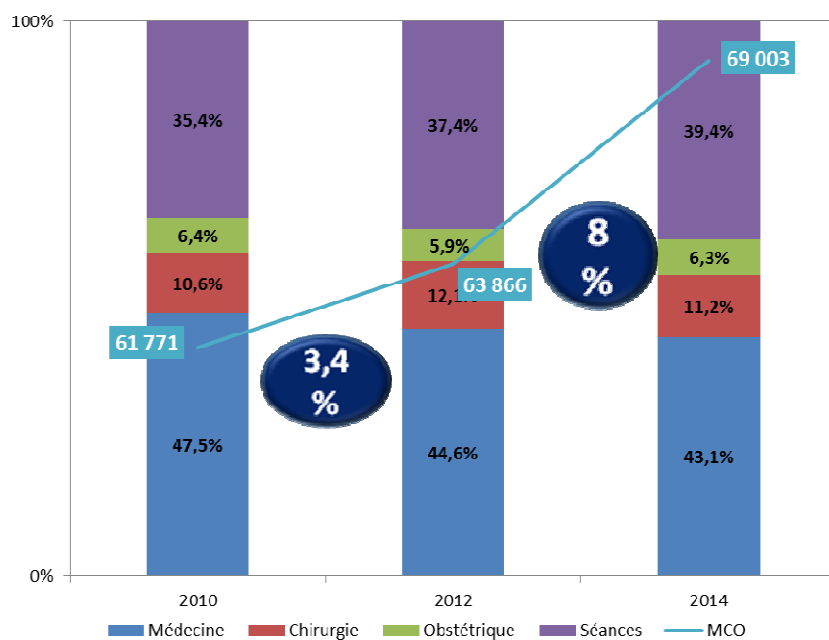
Le GHT Perpignan-Narbonne est en léger retard sur l'objectif national pour ce second indicateur. Le CH de Perpignan affiche un taux de 76% et celui de Narbonne, un taux de 80%, d'ambulatoire pour des gestes marqueurs dument répertoriés. La moyenne des établissements publics est de 72% la même année.

Le Projet Médical Partagé devra proposer des organisations qui favorisent une augmentation de la part ambulatoire. Ceci implique d'offrir une véritable alternative à la population qui se tourne aujourd'hui principalement vers le secteur privé pour ces actes programmés et de courte durée de prise en charge.

2.1.3 ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS

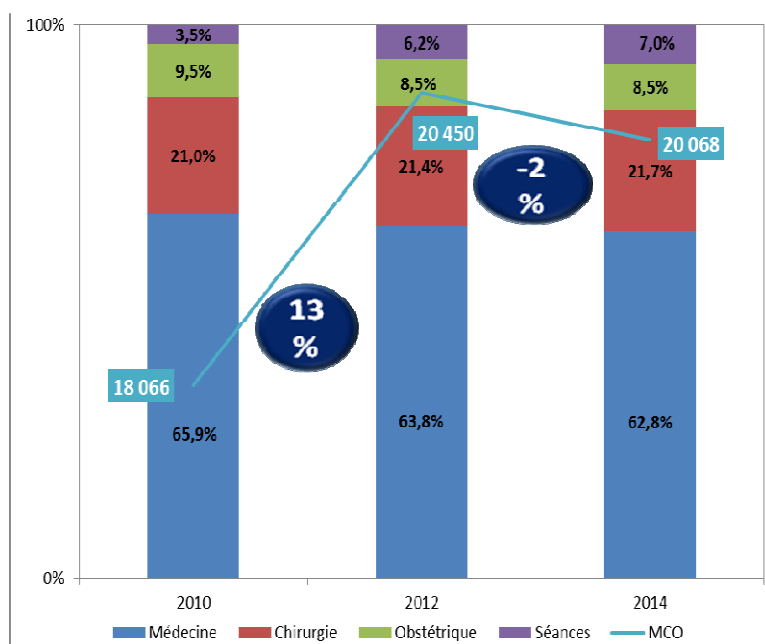
ENTREES ET VENUES - NOMBRE DE SEJOURS ET SEANCES 2010-2014

Perpignan : +11,7% en quatre ans



**Evolution France public
MCO 2010-2014
2,1% par an**

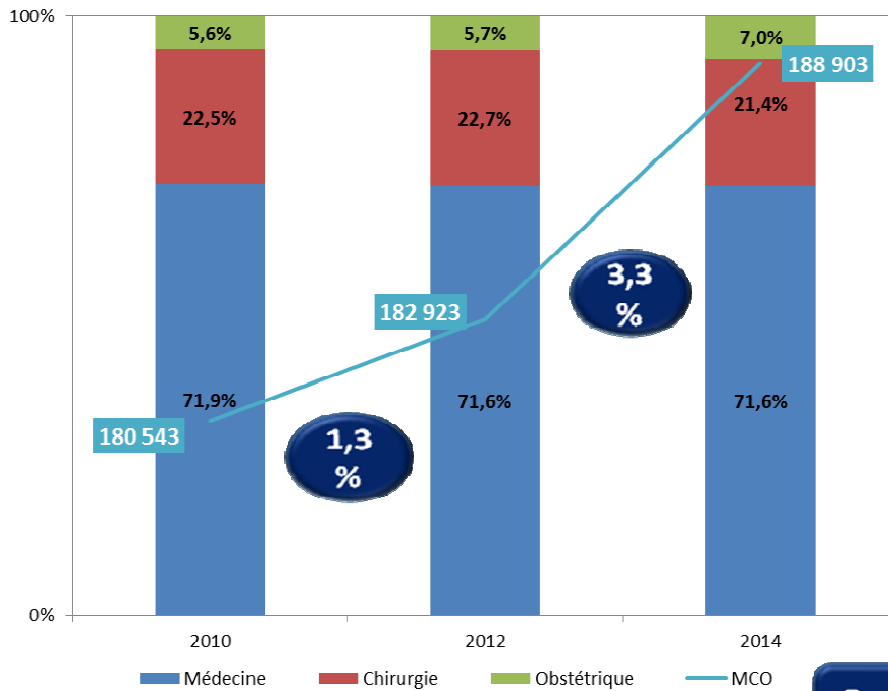
Narbonne : +11%



**TCAM
Taux de croissance annuel moyen
Bassin 1,1% France 0,5%**

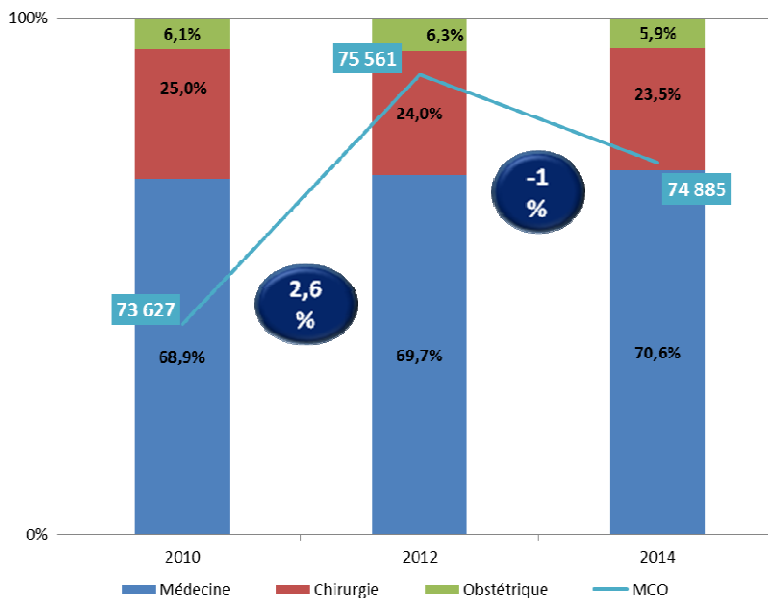
LES JOURNEES - 2010-2014

Perpignan : +4,6% en quatre ans



Evolution public MCO 2010-2014
0,2% par an

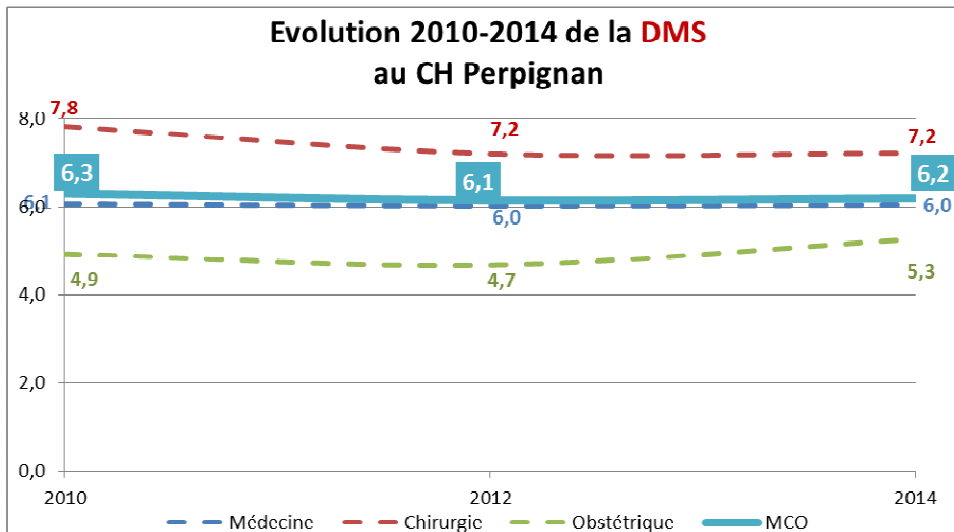
Narbonne : 1,7%



Evolution France public Médecine 2010-2014
0,6% par an

LES DMS - 2010-2014

Perpignan : -2% en quatre ans



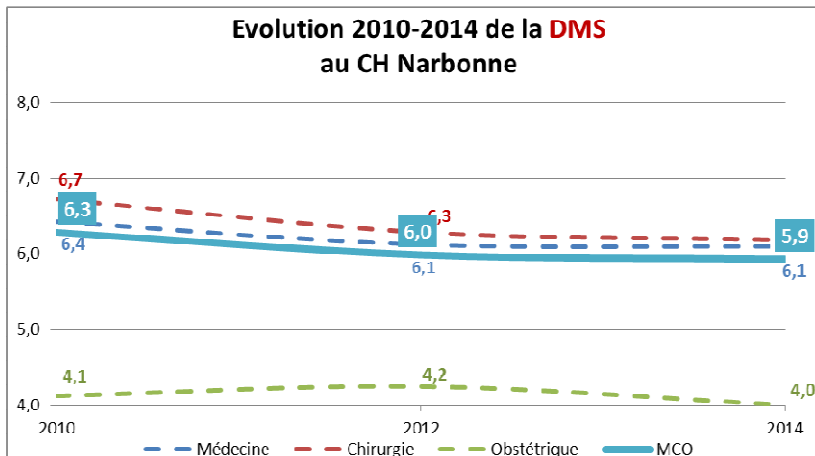
France Public 2014

6,2

6,9

4,5

Narbonne : -6%

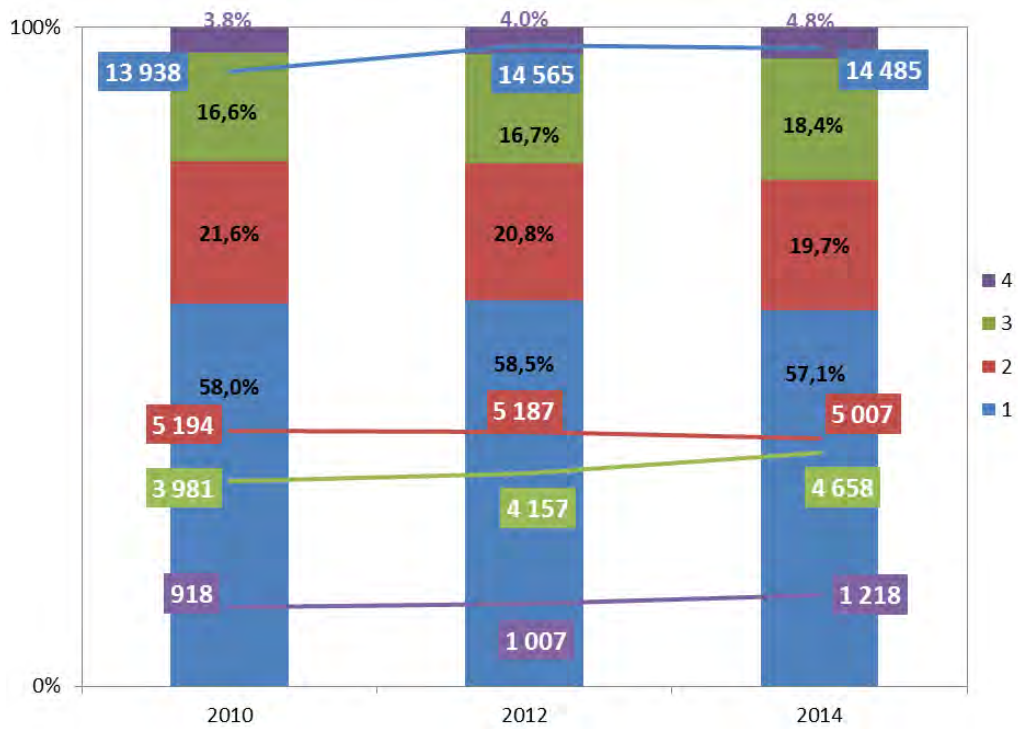


**Evolution public MCO 2010-2014
-0,6% par an**

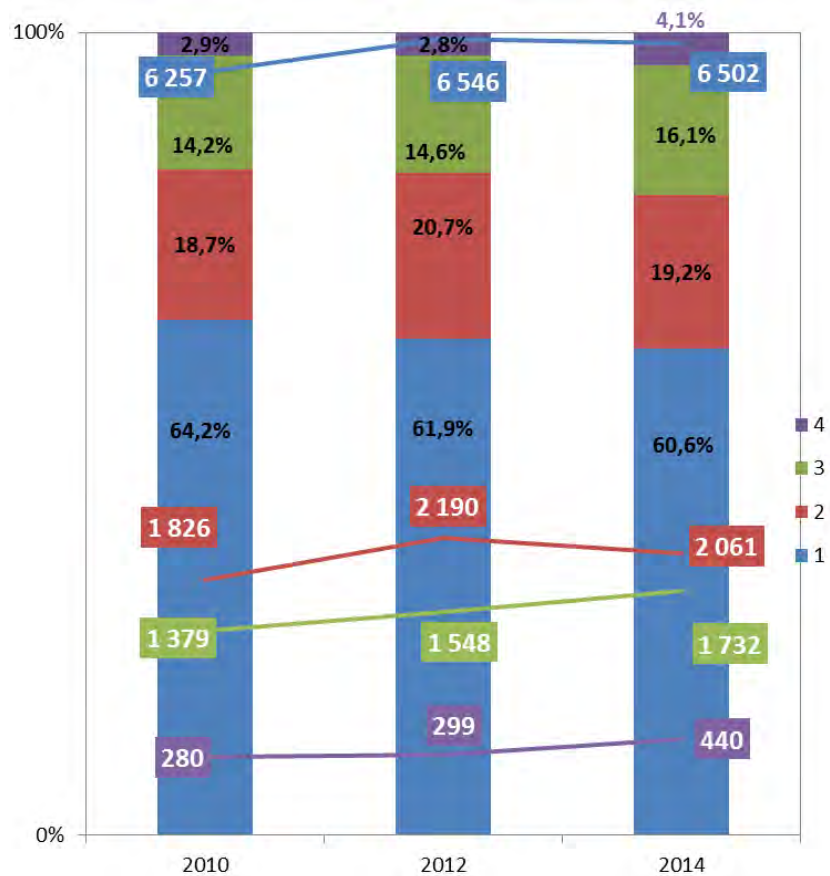
**Evolution France public
Médecine 2010-2014
-0,6% par an**

NIVEAUX DE SEVERITE - TOUS ÂGES

Perpignan



Narbonne



EVOLUTION 2010-2014 - SEJOURS ET PATIENTS

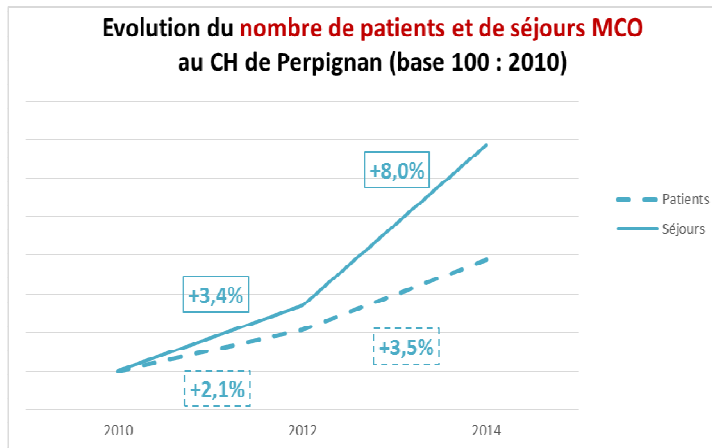
CH Perpignan	2010	2012	2014	Evolution 10-14
Nombre de <i>séjours</i> de Médecine	29 340	28 507	29 735	1,3%
Nombre de séjours de Chirurgie	6 568	7 720	7 761	18,2%
Nombre de <i>séjours</i> d'Obstétrique	3 981	3 777	4 344	9,1%
Nombre de <i>séances</i>	21 882	23 862	27 163	24,1%
TOTAL <i>séjours</i> MCO	61 771	63 866	69 003	11,7%
Nombre de <i>patients</i> MCO	29 296	29 918	30 978	5,7%

CH Narbonne -	2010	2012	2014	Evolution 10-14
Nombre de <i>séjours</i> de Médecine	11 913	13 051	12 601	5,8%
Nombre de <i>séjours</i> de Chirurgie	3 802	4 378	4 352	14,5%
Nombre de <i>séjours</i> d'Obstétrique	1 719	1 746	1 709	-0,6%
Nombre de <i>séances</i>	632	1 275	1 406	122,5%
TOTAL <i>séjours</i> MCO	18 066	20 450	20 068	11,1%
Nombre de <i>patients</i> MCO	13 773	15 050	14 699	6,7%

EVOLUTION 2010-2014 - MCO

CH Perpignan

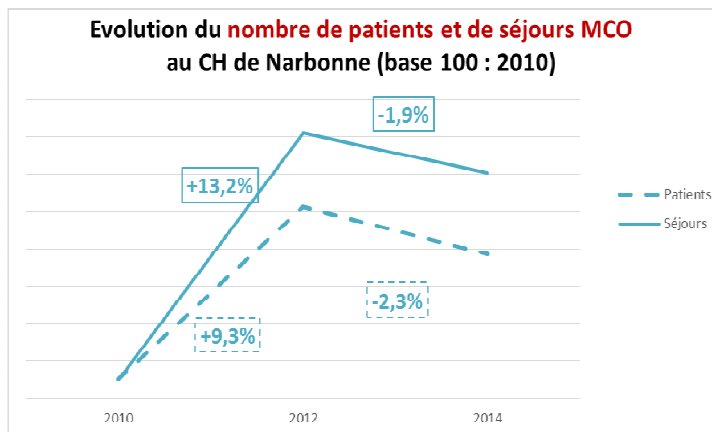
+5,7% de **patients** en quatre ans
+11,7% de **séjours** en quatre ans



CH Perpignan - Tous âges	2010	2012	2014
Nombre de patients MCO	29 296	29 918	30 978
Nombre de séjours MCO	61 771	63 866	69 003

CH Narbonne

+6,7% de **patients** en quatre ans
+11,1% de **séjours** en quatre ans



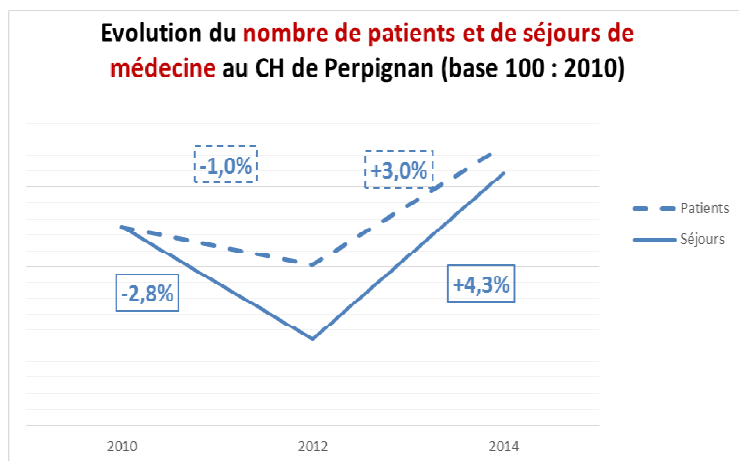
CH Narbonne - Tous âges	2010	2012	2014
Nombre de patients MCO	13 773	15 050	14 699
Nombre de séjours MCO	18 066	20 450	20 068

EVOLUTION 2010-2014 - MEDECINE

CH Perpignan

+2,0% de **patients** en quatre ans

+1,3% de **séjours** en quatre ans

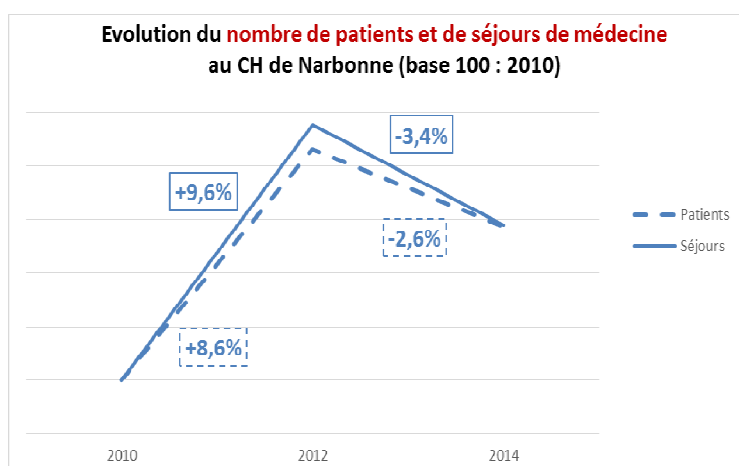


CH Perpignan - Tous âges	2010	2012	2014
Nombre de patients Médecine	21 127	20 922	21 553
Nombre de séjours Médecine	29 340	28 507	29 735

CH Narbonne

+5,7% de **patients** en quatre ans

+5,8% de **séjours** en quatre ans



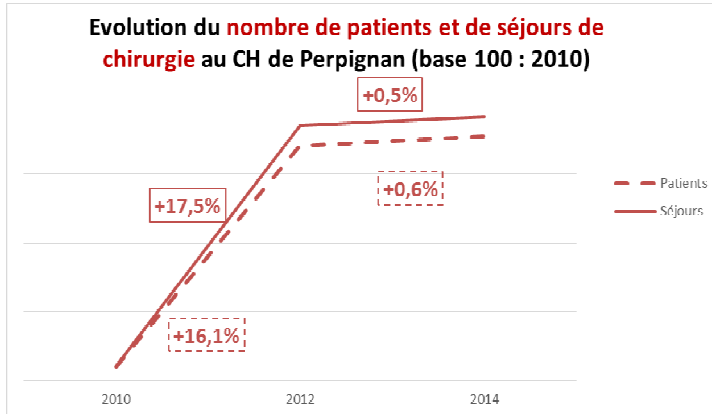
CH Narbonne - Tous âges	2010	2012	2014
Nombre de patients Médecine	9 410	10 221	9 951
Nombre de séjours Médecine	11 913	13 051	12 601

EVOLUTION 2010-2014 - CHIRURGIE

CH Perpignan

+16,8% de **patients** en quatre ans

+18,2% de **séjours** en quatre ans

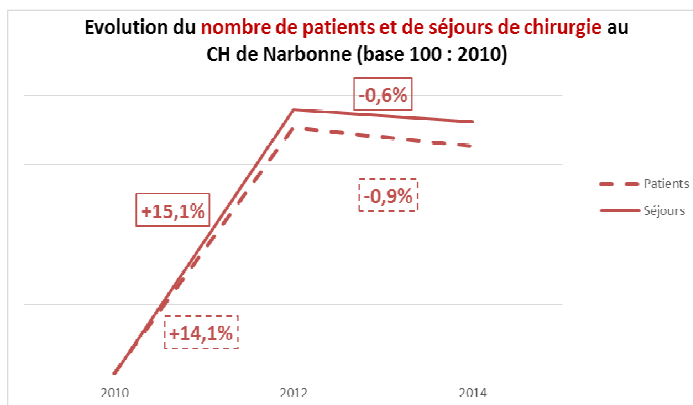


CH Perpignan - Tous âges	2010	2012	2014
Nombre de patients Chirurgie	5 929	6 882	6 924
Nombre de séjours Chirurgie	6 568	7 720	7 761

CH Narbonne

+13,1% de **patients** en quatre ans

+14,5% de **séjours** en quatre ans



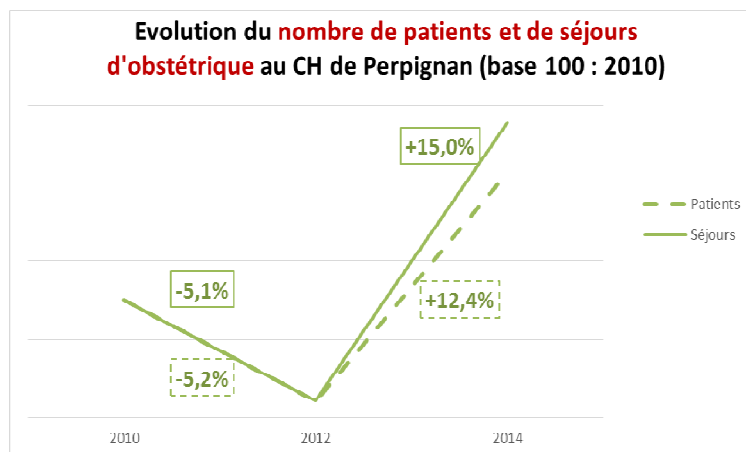
CH Narbonne - Tous âges	2010	2012	2014
Nombre de patients Chirurgie	3 467	3 957	3 920
Nombre de séjours Chirurgie	3 802	4 378	4 352

EVOLUTION 2010-2014 - OBSTETRIQUE

CH Perpignan

+6,5% de **patients** en quatre ans

+9,1% de **séjours** en quatre ans

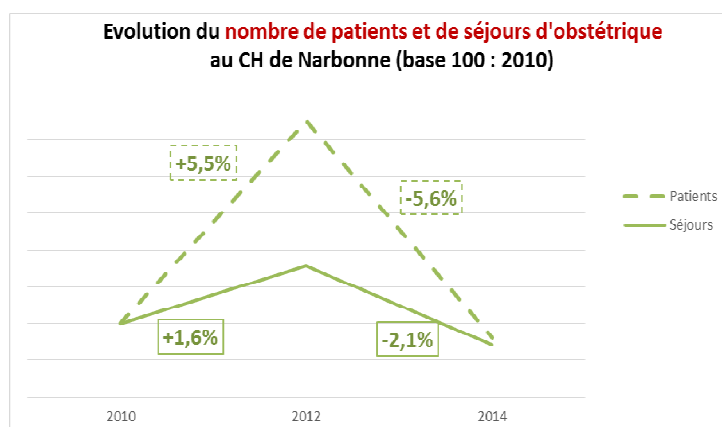


CH Perpignan - Tous âges	2010	2012	2014
Nombre de patients Obstétrique	3 420	3 243	3 644
Nombre de séjours Obstétrique	3 981	3 777	4 344

CH Narbonne

-0,4% de **patients** en quatre ans

-0,6% de **séjours** en quatre ans



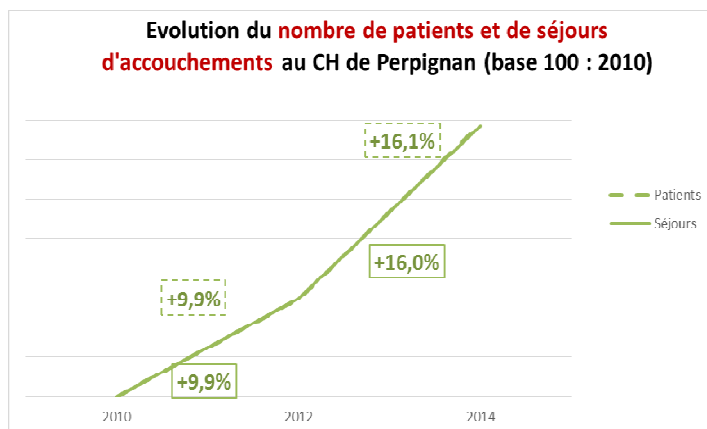
CH Narbonne - Tous âges	2010	2012	2014
Nombre de patients Obstétrique	1 486	1 568	1 480
Nombre de séjours Obstétrique	1 719	1 746	1 709

EVOLUTION 2010-2014 - ACCOUCHEMENTS

CH Perpignan

+27,6% de **patients** en quatre ans

+27,4% de **séjours** en quatre ans

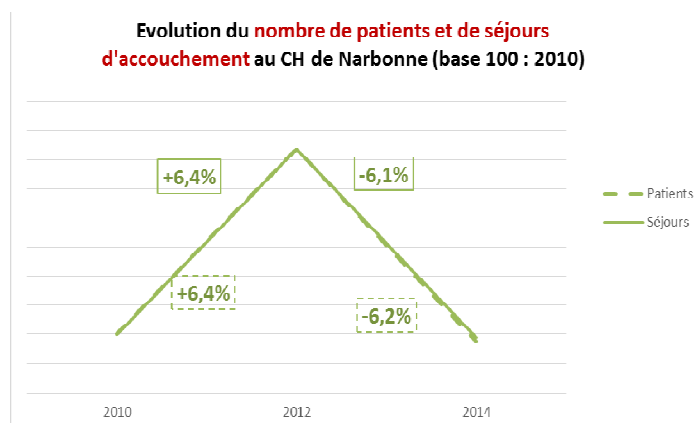


CH Perpignan	2010	2012	2014
Nombre d'accouchements	1 494	1 642	1 904
Taux de césarienne	22,8%	20,6%	20,4%

CH Narbonne

-0,2% de **patients** en quatre ans

-0,1% de **séjours** en quatre ans



CH Narbonne	2010	2012	2014
Nombre d'accouchements	832	885	831
Taux de césarienne	19,7%	22,8%	19,7%

2.2 ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE

2.2.1 PREAMBULE

Le GHT a pour objet de permettre aux établissements parties de mettre en œuvre une stratégie territoriale de prise en charge commune et graduée du patient, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Le projet médical partagé constitue le socle de la réponse à cet objectif.

L'enjeu est de coordonner l'action des équipes médicales, pour une plus grande attractivité du secteur public, auprès des professionnels comme de la population. Au-delà du cadre formel du projet médical partagé, c'est la volonté des équipes médicales de travailler ensemble qui assurera le succès de la démarche.

Les orientations du projet médical partagé présentées dans la convention constitutive ont été construites sur l'axe de coopération existant depuis plusieurs années entre les centres hospitaliers de Narbonne et de Perpignan.

Les établissements de Lézignan-Corbières, Port-La-Nouvelle et Prades s'inscrivent dans ces perspectives de filières coordonnées, en aval par le renforcement d'une offre de proximité soutenue par des lits de médecine, par l'organisation de consultations avancées et le partage de temps médical lorsque les effectifs des centres hospitaliers de Perpignan et de Narbonne le permettent, et par leur positionnement sur une offre de soins en amont de l'hospitalisation de court séjour, sur les soins de suite et la filière gériatrique.

Le développement de la coopération entre les cinq établissements du GHT s'articule autour de trois axes.

2.2.2 STRUCTURATION DES ORIENTATIONS DU PROJET

Le premier axe met en avant le challenge que représentent le groupement et son organisation. Il se décline plus spécifiquement selon trois activités phares pour le territoire :

- La prise en charge coordonnée de l'ensemble des filières « tête et cou », associées à la neurologie et la neurochirurgie
- La réponse organisationnelle en cancérologie
- L'essor de la recherche menée par les équipes médicales des différents sites

Ce sont dans ces activités que les équipes envisagent des coordinations fortes, avec adressages mutuels, privilégiant l'offre publique, pour une couverture optimisée, tant de la permanence que de la continuité de prise en charge.

Le deuxième axe s'appuie sur l'intérêt organisationnel que représente le GHT. Il s'adresse plus largement à l'ensemble des composants du GHT, dans leur réponse clinique comme médico technique.

La dimension clinique est plus spécifiquement explorée pour les urgences, les soins chauds, la filière femme mère enfant, la filière gériatrique, la médecine interne et infectieuse.

Tous les aspects médico-techniques sont aussi concernés : la PUI, les laboratoires, l'imagerie, l'anesthésie, la qualité, l'hygiène, l'hémovigilance.

L'organisation entre les différents membres du GHT doit aussi favoriser une meilleure coordination dans le développement des projets en matière de l'HAD, des SSR, des soins palliatifs, de l'addictologie, de l'éducation thérapeutique, en privilégiant l'offre publique. Les moyens pour y parvenir comprendront l'utilisation renforcée de la télémédecine. La synthèse, l'accompagnement et le suivi seront aussi appuyés par le DIM.

Le troisième axe se compose des développements mutuels attendus grâce au GHT, à partir des filières reconnues sur Perpignan et/ou Narbonne. Il se décline pour les filières cœur et poumon, la filière digestive, l'uro-néphrologie, l'endocrinologie, la filière locomoteur.

2.2.3

LE PREMIER AXE COMME CHALLENGE POUR LES ETABLISSEMENTS

Le premier challenge pour le GHT et ses composants, est construit autour d'équipes médicales référentes dans les domaines de la **neurologie, neurochirurgie et la sphère « tête et cou »**.

- En neurochirurgie, avec des consultations pluridisciplinaires organisées entre les établissements de Perpignan, Narbonne et Port-la-Nouvelle, notamment pour la prise en charge du rachis et de la spasticité.
- En neurologie, avec deux équipes coordonnées, à même de soutenir l'activité USINV de part et d'autre, doublé d'un adressage privilégié sur Perpignan pour répondre au projet « Thrombectomie ».
- Et pour l'ensemble ORL, maxillo facial et reconstruction, ophtalmologie, à partir d'équipes de territoire par spécialité. Ces activités se conçoivent par renforcement des temps actuels du Centre hospitalier de Perpignan et avec mise à disposition de temps partagés pour réaliser des consultations avancées et des actes de chirurgie ambulatoire au bénéfice des établissements du GHT.

La cancérologie représente le deuxième challenge du GHT. Elle se doit d'être confortée dans tous les domaines, pour une réponse locale et territoriale publique dans un souci de qualité constant. Elle se traduit par la volonté de tendre vers des RCP pour les spécialités du Centre hospitalier de Narbonne, associées à celles réalisées sur Perpignan. Le développement de visio conférences est envisagé pour de meilleurs échanges entre les équipes, au-delà même des simples temps de RCP. L'objectif est de préserver autant que faire se peut, les autorisations de chirurgie sur chaque site et au mieux les développer au regard des fuites constatées notamment en ORL ou en urologie.

Le troisième challenge est celui de la **recherche** dans une vision de territoire pour un bassin de 650 000 habitants, ce qui permet des potentiels supérieurs au regard des volumes plus conséquents. Il conforte l'essor souhaité de la cancérologie et ses autorisations, avec de nombreux protocoles de Perpignan et de Narbonne qui pourraient être proposés aux patients

des établissements parties au groupement. Le projet Recherche va aussi au-delà, pour inscrire les établissements du GHT comme promoteurs et participants potentiels de programmes de plus en plus nombreux, nationaux, régionaux, de laboratoires. Il s'appuie sur l'unité de recherche clinique existante, à élargir au bénéfice de tous, avec des programmes de recherche divers, menés au long court, où déjà 4 spécialités sont principalement impliquées : hématologie, cancérologie, néphrologie, infectieux, et les apports médico techniques de l'anatomo-pathologie, les pharmacies, les biologistes.

Dans son prolongement, il est entendu le développement de la formation continue et de la bibliographie, avec mutualisation des coûts pour une ouverture favorisée au catalogue de l'université, en accès up to date, avec les abonnements aux revues diverses, au bénéfice de tous les médecins des différents sites.

2.2.4

DEUXIEME AXE : L'INTERÊT ORGANISATIONNEL DU GHT

L'organisation coordonnée entre les équipes prévaut dans ce deuxième axe. Elle met en avant la gradation des prises en charge, comme par exemple le niveau 1 de la maternité du Centre hospitalier de Narbonne, et le niveau 3 de celle du Centre hospitalier de Perpignan. Les liens qui existent avec les autres établissements, hors GHT, sont à pérenniser lorsqu'ils apportent toute satisfaction, comme par exemple la réponse de niveau 2 de la maternité de Béziers pour les populations de la part Est du territoire, proche de cet établissement.

Des actions complémentaires sont évoquées, à l'image du développement d'un CESU pour le GHT, ou pour préciser les filières et simplifier les parcours, notamment entre les SAMU de Carcassonne et de Perpignan.

En gériatrie, les orientations visent à favoriser la collaboration entre les équipes de gériatres, de même qu'à accroître la communication entre la ville, les associations, les centres hospitaliers et l'HAD. Il est souligné dans le projet l'importance de la place des hôpitaux de Lézignan-Corbières, Port-la-Nouvelle et Prades dans la filière gériatrique.

La médecine interne et infectieuse complète par ses actions déjà déployées, le souhait d'un développement organisationnel fort, à l'échelon du GHT. La réponse pour une antibio référence au lit du patient, la tenue de staffs communs en télé-médecine, le suivi des patients VIH et immuno déprimés du territoire, font partie des aspects à promouvoir.

Les coopérations pour l'ensemble des activités médico techniques font également partie du projet, dès lors qu'elles apportent une plus-value qualitative et efficiente. Des études complémentaires seront donc à mener pour proposer des choix éclairés, entre la promotion de l'offre publique et les équilibres entre partenaires actuels publics ou privés.

De nouveaux équilibres seront aussi à rechercher en matière d'offre de soins publics en HAD, ou de SSR, pour en faciliter le développement sur l'ensemble du territoire.

2.2.5

TROISIEME AXE / LES DEVELOPPEMENTS MUTUELS

Les développements mutuels entre équipes de spécialité ont pour objectif le renforcement des accès aux avis médicaux, avec échanges en télé-médecine, et aux adressages de patients pour limiter l'absence de réponse au sein des établissements membres du groupement. Ils concernent plus spécifiquement les filières médico chirurgicales de prises en charge. Ils confortent les éléments des axes précédents, notamment les activités soumises à autorisation et seuil.

Dans les différentes spécialités d'organes, les liens renforcés doivent favoriser l'essor d'actes interventionnels ou opératoires, de part et d'autre au sein du GHT. Faire mieux connaître ce que chacun est à même de réaliser comme explorations ou actes, dans toutes les disciplines, fait aussi partie de cet axe, là encore pour promouvoir l'attractivité de l'hôpital public.

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

2.3 - ORGANISATION D'UNE OFFRE DE SOINS GRADUEE - FILIERES PRIORITAIRES

1^{er} axe - Challenges pour les établissements

- ➔ Urgences et soins critiques - prise en charge de l'AVC
- ➔ Cancérologie

2^{ème} axe - Intérêt organisationnel du GHT

- ➔ Femme - mère - enfant - obstétrique et nouveaux nés
- ➔ Gériatrie
- ➔ Addictologie
- ➔ Consultations avancées
- ➔ HAD

3^{ème} axe - Développements mutuels

- ➔ Santé mentale et psychiatrie

1^{ER} axe Challenges pour les «établissements »

2.3.1 URGENCES ET SOINS CRITIQUES - PRISE EN CHARGE DE L'AVC

CONTEXTE GENERAL

En France, on estime à environ 150 000 le nombre de nouveaux séjours AVC par an (soit 1 toutes les 4 minutes). Cette maladie constitue la première cause de handicap acquis de l'adulte, la seconde cause de démence et la troisième cause de mortalité après les cancers et l'infarctus du myocarde.

La lutte contre les accidents vasculaires cérébraux a fait l'objet d'un plan national d'actions.

Le diagnostic régional (Languedoc-Roussillon) préparatoire au plan stratégique de santé a mis en évidence que le département des Pyrénées-Orientales enregistre une mortalité par AVC très élevée, et particulièrement avant 65 ans.

SITUATION ACTUELLE DES ETABLISSEMENTS DU GHT

LES STRUCTURES

➤ LES SERVICES DE NEUROLOGIE ET USINV

♦ Centre hospitalier de Perpignan

La filière neurologique inclut donc, outre le plateau technique d'urgences et réanimation, le service de neurologie (dont l'UNV), le service de neurochirurgie et le service de MPR/HDJ dépendant de l'ASCV (association prendre soin de la personne en côte vermeille et vallespir) et installé sur le site de l'hôpital (voir 3).

Un certain nombre des patients de cette filière peuvent en outre être accueillis dans les différents services de médecine, dont la médecine gériatrique et la médecine polyvalente. Ils peuvent également être admis directement en neurochirurgie (AVC hémorragiques surtout). Le taux de passage direct dans ces services (hors UNV) est de 28%, taux globalement stable sur les cinq dernières années.

Données d'activité année 2015

▪ *Service de neurologie*

Capacité		Nb de séjours - RUM	Nb de journées brut des RUM	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation
HC	30	1 751	10 726	6,13	97%
HJ + HS	8	1 418	1 563	1,10	70%

- *Unité de soins intensifs neuro-vasculaires*

Capacité		Nb de séjours - RUM	Nb de journées brut des RUM	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation
USINV	8	1 212	2 530	2,09	83%

En 2015, 1 408 patients ont été admis au centre hospitalier de Perpignan pour AVC, dont 72% sont passés par l'USINV.

- *Equipe médicale*
 - ETP autorisés : PH = 10
 - ETP présents (oct 2016) : PH= 9,6 + PA (attaché) = 0,1
 - Permanence des soins : garde sur place

♦ Centre hospitalier de Narbonne

Le Centre hospitalier de Narbonne a pris en charge 465 AVC en 2015, 249 le premier semestre 2016 avec 37 thrombolyse intraveineuses depuis le début de l'année (01/01-30/11/2016).

Actuellement, tous les patients victimes d'AVC sont suivis en consultation ou au sein du SSR F. Vals (Port-la-Nouvelle) dans le cadre d'une consultation mensuelle effectuée par l'un des neurologues du centre hospitalier. Les patients dirigés vers d'autres SSR sont revus après leur sortie du SSR en consultation au CH de Narbonne. Des consultations post-AVC couplées à une évaluation neuropsychologique sont mises en place.

La filière neurologique inclut le service d'hospitalisation classique de Neurologie (16 lits), le service d'Unité de soins intensifs neurovasculaires (4 lits) depuis Novembre 2014, le plateau de consultation et plateau technique (EEG, EMG, toxine), l'accès à l'hospitalisation de semaine et de jour des Médecines.

L'USINV est couplée à l'USIC (6 lits) pour une capacité totale de 10 lits.

- *Service de neurologie*

Capacité		Nb de séjours RUM	Nb de journées brut des RUM	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation
HC	16	738	5 704	7,73	97%
HJ + HS		536	747	1,39	

- *Unité de soins intensifs neuro-vasculaires*

Capacité		Nb de séjours RUM	Nb de journées brut des RUM	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation
USINV	4	254	931	3,67	64%

En 2015, 465 patients ont été admis au centre hospitalier de Narbonne pour AVC, dont 77% ont eu une prise en charge en cardiologie ou en neurologie ; UHCD très réactive également 11% des cas.

- *Equipe médicale*
 - ETP autorisés : PH = 5
 - ETP présents (oct 2016) : PH : 4.9.
 - Permanence des soins : astreinte opérationnelle 7J /7, 24 h /24.

➤ LES STRUCTURES D'AVAL

♦ Centre hospitalier Francis Vals de Port-la-Nouvelle - SSR neuro

Le Centre Hospitalier Francis Vals dispose de 40 lits et de 10 places de jour de soins de suite et de réadaptation (SSR) et une autorisation d'exercice dans les deux spécialités suivantes : appareil locomoteur et système nerveux.

La neurologie représente 30% de l'activité en termes de patients admis, mais **38,11%** en nombre de journées (6113 sur un total de 16039).

Pour les AVC le centre F. Vals en a accueilli 78 en 2015, 52 ayant été pris en charge en hospitalisation classique et 26 en HDJ.

La quasi-totalité des patients atteints d'AVC provient du service de neurologie du CH de Narbonne, quelques patients provenant du CHU de Montpellier après y avoir été adressés par le CH de Narbonne pour thrombectomie.

Le centre dispose de 2 médecins MPR, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, d'un orthophoniste, d'un neuropsychologue-psychologue, d'un enseignant en activités physiques adaptées. Les équipements sont conformes à ceux requis par les sociétés savantes et les tutelles pour l'exercice des 2 spécialités autorisées.

Outre le SSR, Le CH F.Vals dispose d'un EHPAD de 60 places et de 50 places de service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) dont 5 places destinées aux personnes handicapées vieillissantes.

♦ Centre hospitalier de Narbonne

Le Centre hospitalier de Narbonne a mis en œuvre une autorisation d'activité pour 30 lits de SSR gériatrique. Bien qu'il ne s'agisse pas de lits spécialisés pour la filière neurologique, cette unité est partie intégrante de la prise en charge pour les patients âgés présentés d'autres pathologies.

♦ Centre hospitalier de Prades

Le secteur sanitaire du centre hospitalier de Prades est constitué de 20 lits de MCO polyvalents, de 20 lits de SSR et de 20 lits d'USLD. Le nombre de patients atteints d'AVC admis en MCO est marginal et sont admis en USLD des patients ayant séjourné en USLD. Le service SSR est donc le seul impliqué dans la filière AVC.

Données d'activité année 2015

- *Service de SSR gériatrique*

Capacité	Nb de SSRHA	Nb de journées	Durée moyenne de séjour	Taux d'occupation
HC	20	7436	32.31	96.99%
Filière AVC	10	493	49.3	

En 2015 dans le service de SSR du centre hospitalier de Prades la filière AVC représente 4.55% des patients admis et 6.71 % des journées réalisées.

- *Equipe médicale*
 - ETP autorisés : PH = 1
 - ETP présents (oct 2016) : PH = 0.3 + PA (attaché) = 0.7
 - Permanence des soins : astreintes

COLLABORATIONS EXISTANTES ENTRE LES ETABLISSEMENTS DU GHT

- *Connaissance et coopération entre les équipes de neurologie de Narbonne et Perpignan*

Le projet de reconnaissance de l'unité neuro vasculaire au Centre Hospitalier de Narbonne n'a été rendu possible que par le travail de partenariat étroit engagé entre les deux équipes depuis plusieurs années. Avant l'ouverture de l'UNV, un système de téléfibrinolyse et de visio consultation entre les deux établissements permettait de traiter les patients narbonnais par fibrinolyse IV. Plus récemment, cette collaboration s'est traduite par la reconnaissance d'une mission médicale de coordination du plan AVC sur le territoire du GHT financée par l'ARS.

Par ailleurs et depuis de nombreuses années, il existe des Consultations multidisciplinaires de la spasticité mensuelles au CH de Narbonne avec un médecin de MPR du Centre Hospitalier de Port-la-Nouvelle, un Neurochirurgien du CH de Perpignan, un chirurgien orthopédique et un neurologue du CH Narbonne. Le traitement de la spasticité par Toxine est réalisé sur place.

Il faut noter la création de l'association de France AVC 66-11 en 2006, seule antenne de la Fédération nationale France AVC sur l'ancienne région LR.

Enfin il existe un lien privilégié du CH de Narbonne avec le service de Neurochirurgie du CH de Perpignan pour avis et prise en charge de patients. Cette collaboration nécessite d'être renforcée, en particulier pour la filière de prise en charge neurochirurgicale de patients admis au SAU de Narbonne.

- *Lien entre Narbonne et Port-la-Nouvelle*

Concernant les AVC la filière établie entre le service de neurologie du CH Narbonne et le SSR du CH F. Vals de Port la nouvelle fonctionne bien et il convient de la maintenir, pour la prise en charge des patients atteints d'AVC, mais aussi en développant des ateliers d'éducation thérapeutique communs aux deux services et en améliorant le suivi des malades hémiplegiques au-delà de la phase post ictale par la mise en place des consultations

pluridisciplinaires de suivi, effectuées conjointement par les médecins neurologues du CH de Narbonne et les médecins MPR du centre F. Vals, comme cela est recommandé dans le plan AVC.

La collaboration entre le service de neurologie du CH Narbonne et le SSR du CH F. Vals de Port la nouvelle se concrétise en outre par l'intervention des médecins MPR au sein de l'UNV du CH de Narbonne, par l'intervention régulière d'un neurologue et d'un neuropsychologue du CH Narbonne au CH F. Vals et par la participation des médecins du CH F. Vals à la consultation mensuelle de Spasticité se déroulant au CH de Narbonne. Ainsi :

- Consultation de Neurologie au CH de Port la Nouvelle -SSR neurologie à la fréquence de 1 demi-journée/mois
- Consultations MPR de Port-la Nouvelle au CH de Narbonne à la fréquence de 2 demi-journées par semaine pour avis inter-services, consultations externes MPR, bilans uro-dynamiques
- Organisation de journées portes ouvertes Grand public de l'AVC par les équipes de l'USINV du CH Narbonne et du SSR Neuro CH de Port la Nouvelle (déjà 3 journées ont été réalisées)
- Cette collaboration s'élargit également à l'Organisation de journées portes ouvertes Grand public sur la Sclérose en plaques par les équipes de Neurologie du CH de Narbonne, du SSR Neuro de Port-la-Nouvelle et CHU de Montpellier.

LES AUTRES STRUCTURES D'AVAL

LE GCS « PÔLE SANTE DU ROUSSILLON »

Le GCS entre le centre hospitalier de Perpignan et l'ASCV est la structure support de l'opération de transfert des structures SSR de Cerbère (centre Bouffard Vercelli), Banyuls et Arles-sur-Tech sur le site du centre hospitalier, à échéance de 3 ans. Le centre Bouffard Vercelli dispose d'une autorisation de SSR spécialisé dans les affections du système nerveux.

Son installation prochaine sur le site hospitalier améliorera la gestion du flux d'aval des patients et permettra le développement de l'hospitalisation de jour en SSR. Depuis juin 2016, l'ASCV a d'ailleurs installé dans les locaux du service de médecine Physique et Réadaptation du centre hospitalier, un hôpital de jour de 10 places.

La collaboration se décline sous la forme

- Consultation de Neurologie au centre Bouffard-Vercelli à la fréquence de 2 journées/mois (1 journée/mois à compter de 2017)
- Consultations des médecins MPR au CH de Perpignan à la fréquence de 5 demi-journées par semaine pour avis inter-services, consultations externes MPR.
- RCP hebdomadaires communs
- Organisation d'1 à 2 journées annuelles destinées au Grand public , lors des journées nationales (fin octobre) ou mondiales (en mai) de l'AVC, en collaboration avec France AVC 66-11.

LES STRUCTURES D'AVAL DU SECTEUR PRIVE LUCRATIF

Le centre hospitalier de Perpignan a passé des conventions de partenariat avec les structures SSR du département des Pyrénées-Orientales, notamment sur la filière neurologique avec le centre hélio le Floride (Le Barcarès), la clinique la Pinède (Saint Estève), le centre mer-air-soleil (Collioure).

La collaboration est comparable, à savoir

- Consultation de Neurologie au centre Bouffard-Vercelli à la fréquence de 2 journée/mois (1 journée/mois à compter de 2017)
- RCP hebdomadaires communs.

LA PLACE DU CHU

Etablissement recours pour les prises en charge complexe (thrombectomies...)

Création d'une Fédération Médicale Inter Hospitalière (FMI) portant sur la neuroradiologie interventionnelle entre le centre hospitalier de Perpignan et le CHU de Montpellier, en juillet 2016 et mise à disposition du Professeur BONAFE par le CHU.

LES OBJECTIFS DU PMP

AMELIORER LE SUIVI DU PATIENT

Ce projet a été développé dans le cadre de l'appel à projets lancé par l'ARS en août 2016 sur les consultations d'évaluation pluri-professionnelle post-AVC.

Le projet porte sur la création d'une consultation d'évaluation pluri professionnelle post Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC) et de suivi des AVC et des Accidents Ischémique Transitoires (AIT), sur le centre hospitalier de Perpignan, en partenariat avec le centre Bouffard Vercelli.

Un projet de même nature est porté par le partenariat entre les centres hospitaliers de Narbonne et de Port-la-Nouvelle. La conception de ce projet a été réalisée en cohérence avec celui déposé par le Centre Hospitalier de Perpignan.

Il propose une méthodologie d'organisation du suivi des patients post AVC/ AIT (recensement des patients, registre partagé, équipe de coordination).

Son objectif est d'apporter une réponse graduée de consultations d'évaluation et de suivi des patients victime d'AVC ou d'AIT, selon leurs besoins de prise en charge.

Concernant les centres hospitaliers de Narbonne et de Port La Nouvelle ces consultations de suivi seront organisées à partir du service de neurologie du CH de Narbonne pour tous les patients atteints d'AVC ayant été hospitalisés en UNV et/ou en neurologie, adressés en centre de rééducation privés, en centre de rééducation gériatrique ou étant retournés directement au domicile. Pour les malades pris en charge en rééducation au CH F. Vals, les consultations de suivi pourront se dérouler au centre F. Vals pour les malades résidant dans le bassin de

population de Port La Nouvelle et dans le service de neurologie du CH de Narbonne pour les autres.

Les patients accueillis en rééducation en service SSR du centre hospitalier de Prades ont plus de 75 ans et sont domiciliés sur le territoire du Conflent. Malgré le petit nombre de patients suivis en post AVC le SSR de Prades fait partie de la filière car ces patients sont majoritairement adressés par le service de neurologie du Centre hospitalier de Perpignan. Le service peut logiquement s'intégrer dans l'organisation du suivi des patients.

DEVELOPPER L'ACTIVITE DE NEURO RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE SUR LE CH DE PERPIGNAN

Dans le cadre du prochain SSIOS ou SROS, le centre hospitalier de Perpignan déposera une demande d'autorisation pour l'activité de NRI, en collaboration avec le CHU de Montpellier. Cette collaboration se traduit d'ores et déjà par la création d'une FMI et la mise à disposition par le CHU d'un neuroradiologue interventionnel, chargé d'assurer la formation de plusieurs radiologues du centre hospitalier de Perpignan et d'organiser la préparation des équipes et du fonctionnement à l'arrivée de cette nouvelle activité.

Par ce projet, le centre hospitalier de Perpignan deviendrait centre de recours du territoire couvert par le GHT, pour les thrombectomies mécaniques.

Dans le cadre de la prise en charge en phase aigüe des AVC, le CH de Narbonne adresse actuellement les patients au CHU de Montpellier pour la réalisation de thrombectomie. Cette filière sera orientée vers le CH de Perpignan dès la mise en œuvre de l'autorisation d'activité. En effet la proximité de l'établissement apportera une rapidité de prise en charge supplémentaire aux patients.

Par ailleurs, dès à présent, la mise en place de stents carotidiens pour certains profils de patients (< 70 ans), peut être proposée sur Perpignan, pour les patients du CH de Narbonne.

RENFORCER LA POLITIQUE DE L'AVAL

Le renforcement de la politique d'aval sur le centre hospitalier de Prades passe par une augmentation du nombre de lits de SSR. Cinq lits supplémentaires permettraient d'améliorer le taux et les délais d'admission des patients dont ceux de la filière AVC. En effet la liste d'attente est en moyenne de 15 personnes et toutes les demandes, en particulier celles de patients résidant en Conflent, ne sont pas satisfaites. Cela supposerait un réajustement du temps médical avec une majoration de 0.25 ETP.

DEVELOPPER LE RECOURS A L'HAD

Sur le CH de Perpignan, l'antériorité des filières SSR amenaient à privilégier le recours à ces structures en aval du CH. Le recours à l'HAD se faisait donc à la marge jusqu'en 2015, même pour les patients correspondant au profil. L'évolution du fonctionnement de l'HAD permet aujourd'hui un retour à domicile avec une prise en charge de l'HAD.

RENFORCER LA PREVENTION ET L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

Au CH F. Vals 10 membres du personnel (représentant différentes fonctions au sein de l'établissement) ont été formés à l'éducation thérapeutique et une infirmière est détentrice du DU d'éducation thérapeutique. Un programme d'éducation thérapeutique ayant pour objet « la prévention des récurrences d'AVC » a été élaboré et sera soumis à l'ARS avant la fin de l'année 2016. Ce programme s'adressera à tous les patients atteints d'AVC rééduqués au CH F. Vals mais aussi aux patients victimes d'AVC pris en charge en UNV du CH Narbonne et retournés directement à leur domicile. Des ateliers communs avec le service de neurologie du CH de Narbonne, qui développe un programme sur la même thématique, sont prévus.

Si le programme reçoit l'agrément de l'ARS il devrait être mis en œuvre au cours du premier semestre 2017.

Au CH de Narbonne, un projet d'éducation thérapeutique dans le cadre de la filière AVC est en cours d'élaboration, avec la mise en place d'ateliers transversaux regroupant les équipes de l'USINV du CH de Narbonne et du SSR Neuro de Port-la-Nouvelle.

L'hôpital de Prades a reçu en 2012 un agrément pour un ETP sur la prévention des maladies cardio-vasculaires et a réalisé un cycle d'ETP. Mais, faute de personnel disponible le dispositif n'a pas été poursuivi. La politique de relance de cet ETP est à définir au sein du GHT sachant que dans le Conflent la population cible existe et que les liens avec les médecins traitants sont opérationnels.

Dans les PO, l'éducation thérapeutique se décline sous la forme d'un programme de prévention de chutes lancé depuis plusieurs années sur le centre Bouffard Vercelli et d'un programme de prise en charge de la tension artérielle et des facteurs de risques vasculaires débutant en 2016 sur le CH de Perpignan: 2 Médecins et 2 IDE du service de neurologie y participent, la formation des IDE est mise en place lors d'un PHRC du CHU de Lille (CEOPS, Pr Bordet).

PROJECTION SUR DES PROGRAMMES COMMUNS AUX CH DE NARBONNE ET DE PERPIGNAN

Le GHT est l'occasion d'harmoniser des projets communs aux 2 établissements : leur finalisation est en cours. Citons sans les détailler, les principaux projets:

- 1 Extension des lits d'USINV de Narbonne (2lits) et Perpignan (4 lits)
- 2 Amélioration des délais de prise en charge des phases aiguës : harmonisation par un programme régional de « tracker » pre et intra-hospitalier
- 3 Structuration d'une filière « SOS AIT »
- 4 Filière et parcours patients cardio-neuro-vasculaires : Dépistage de l'ACFA, Fermeture de l'auricule (en partenariat avec la clinique St Pierre), ...
- 5 Laboratoire d'électrophysiologie sur le CH de Perpignan (EMG des sphincters, échographie musculaire...)
- 6 Consultation multidisciplinaire de la spasticité et toxine au CH de Narbonne (spasticité, MA et glandes salivaires)
- 7 Consultation multidisciplinaire céphalée/migraine, cs neuromusculaire et cs troubles de l'apprentissage de l'enfant sur le CH de Narbonne.

2.3.2 CANCEROLOGIE

CONTEXTE GENERAL

En France, près de 355 000 personnes ont un diagnostic de cancer chaque année. On estime à environ 150 000 le nombre annuel de décès dus au cancer. Le risque de décéder d'un cancer a toutefois diminué notablement grâce aux diagnostics plus précoces et aux progrès thérapeutiques, plus d'une personne sur deux guérit après un diagnostic de cancer. Cette donnée générale masque de grandes inégalités entre les patients, en fonction de la localisation du cancer et du stade de la maladie au moment du diagnostic. *Référence : troisième plan cancer 2014 -2019.*

Dans l'ex région Languedoc-Roussillon, 16 000 cas de nouveaux cancers sont diagnostiqués par an. Les enjeux du traitement du cancer définis par le SROS LR adopté en 2012 concernent la prévention primaire ; la qualité des équipes et plateaux techniques dans une approche de gradation des soins ; la dynamique du réseau régional et des 3C de territoire ; l'accompagnement des malades au travers une meilleure coordination ville-hôpital.

Le projet régional de santé LR a souligné le positionnement particulièrement défavorable du département des Pyrénées-Orientales sur le plan de la mortalité prématurée (avant 65 ans) liée aux cancers. Cette situation résulte notamment du fort indice de vieillissement et de facteurs de risque spécifiques dus aux addictions et à l'obésité. Le département est classé 93^{ème} sur 96 quant à la fréquence dans la population du cancer de la trachée, des bronches et du poumon.

SITUATION ACTUELLE DES ETABLISSEMENTS DU GHT

LES STRUCTURES

➤ DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

♦ Centre hospitalier de Perpignan

Depuis l'ouverture du nouvel hôpital, le CHP a mené une politique visant à développer et structurer les activités de dépistage et de traitement du cancer, par :

- Le renforcement des équipes médicales et chirurgicales
- La création d'un service d'oncologie et l'extension du service d'hématologie, avec un hôpital de jour mutualisé de 25 places
- Le développement qualitatif et quantitatif des équipements du plateau technique d'imagerie (2 IRM - 2 SCAN), de médecine nucléaire (2 PET SCAN dont 1 en cours d'installation), de biologie et d'anatomo-pathologie
- La mise en œuvre des techniques d'ablation des tumeurs par radiofréquence.

Cette politique s'est traduite par une forte augmentation d'activité en cancérologie. Selon les données publiées par HOSPIDIAG pour 2015, le CHP a désormais, sur sa zone d'attractivité, la part de marché en hospitalisation de cancérologie la plus importante (35,2% - clinique Saint-Pierre 20%, clinique Saint Roch 18%) des séjours de cancérologie (hors séances de chimiothérapies). Il arrive également en tête des parts de marché pour les séances de chimiothérapie avec 53,3% (clinique Saint Pierre 38,9%).

Les taux de fuite vers Montpellier et Toulouse (CHU et Centres anticancéreux) sont inférieurs à 10% pour la cancérologie hors séances et de 7% pour les séances de chimiothérapie, avec une tendance à la baisse.

Nombre de séjours avec un code cancer				
	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	Total
2011	50 262	9 456	3 843	63 561
2012	51 845	10 052	3 776	65 673
2013	53 344	10 002	4 220	67 566
2014	56 665	10 065	4 344	71 074
2015	58 852	10 109	4 255	73 216
évolution 2015/2011	17%	7%	11%	15%

Chimios	2011	2012	2013	2014	2015
Chimiothérapie (total)	789	950	1004	1025	1097
Chimiothérapie (ambu)	706	857	902	922	980
Total	1495	1807	1906	1947	2077

Entre 2011 et 2015, le nombre de chimiothérapies a augmenté de 39%.

Le CHP est autorisé à pratiquer toutes les activités de chirurgie des cancers soumises à autorisation de l'ARS : pathologies mammaires, digestives, urologiques, gynécologiques, ORL et maxillo-faciales, thoraciques.

Type de chirurgie cancéro.	2011	2012	2013	2014	2015	Seuil annuel
Sein	226	195	231	206	204	30
Digestif	95	67	85	85	107	30
Urologie	44	35	39	54	27	30
Thorax	48	42	34	55	64	30
Gynécologie	44	53	39	47	38	20
ORL	30	37	34	43	51	20

En 2015, un des praticiens urologues, dans le cadre de sa formation (robot) transférait ses patients sur le CHU de Montpellier, ce qui explique la diminution constatée. La baisse sur la gynécologie en 2015 est corrélée à l'absence de longue durée d'un des gynécologues.

Le CHP est membre du réseau ONCO-PO et ONCO-LR. Ses praticiens participent aux Réunions de Coordination Pluridisciplinaires (RCP).

♦ Centre hospitalier de Narbonne

- *Chimiothérapies :*

Chimiothérapies pour cancer	2015	2014	2013	2012	2011
Nb de séances de chimiothérapie pour cancer	826	729	797	690	523
Chimiothérapies hors séances	67	93	99	75	57
Total	893	822	896	765	580

Entre 2011 et 2015, le nombre de chimiothérapies a augmenté de 54%.

- *Chirurgie des cancers :*

Le CHN est autorisé à pratiquer les activités de chirurgie des cancers de l'appareil digestif et des cancers gynécologiques. L'activité est ciblée selon les critères de la méthode INCa de calcul des seuils (fiche d'actualisation de Mai 2011) :

Type de chirurgie en cancérologie	2011	2012	2013	2014	2015	Seuil annuel
Digestif	40	33	48	31	40	30
Gynécologie	24	38	38	40	34	20

Le Centre Hospitalier de Narbonne a pour partenaire essentiel :

- Pour les activités de référence le Centre Hospitalier de Perpignan
- Pour la radiothérapie : ONCONDOC à Béziers
- Pour les soins de suite : le SSR polyvalent du groupe KORIAN situé dans l'établissement « Les 4 Fontaines »

Ces filières ne sont pour l'instant pas formalisées, la priorité étant le renforcement de l'offre de soins et sa pérennité sur l'établissement de santé.

◆ Centre hospitalier de Prades

Le centre hospitalier de Prades accueille des patients atteints de pathologie cancéreuse dans les secteurs MCO et SSR. Cela représente 4.6% de l'activité en MCO et 5.6% de celle en SSR. La provenance des patients est le domicile en MCO, les médecins intervenant sur ce service étant les médecins généralistes de Prades, le CH de Perpignan et la clinique Saint Pierre en SSR.

Les prises en charge consistent en des suivis de chimiothérapie ou des suites opératoires en SSR, des soins pour pathologies intercurrentes ou des répités en MCO. Tous les types de pathologies sont retrouvés avec une prédominance des atteintes du système nerveux et des hémopathies.

Capacité Filière cancéro 2015	MCO HC 20		SSR HC 20	
	Nb de séjours	Nb de journées	Nb de séjours	Nb de journées
	18	299	14	443

◆ Centre hospitalier de Port-la-Nouvelle

Le centre hospitalier de Port-la-Nouvelle accueille des patients atteints de pathologie cancéreuse dans le secteur SSR. Cela représente 4.2% de l'activité.

La provenance des patients est le CH de Narbonne et la polyclinique du Languedoc.

COLLABORATIONS EXISTANTES ENTRE LES ETABLISSEMENTS DU GHT

➤ TEMPS MEDICAL EN ONCOLOGIE DE PERPIGNAN DEPLOYE SUR NARBONNE

Le centre hospitalier de Perpignan met à disposition du centre hospitalier de Narbonne 1 ETP de praticien hospitalier sur l'oncologie.

Le Centre Hospitalier de Narbonne souhaite constituer une véritable équipe sur el site en capacité de prendre en charge cette activité à la fois en consultation, en hôpital de jour et en hospitalisation complète. Cette montée en charge doit se faire dans le cadre d'une coopération qui devra demeurer forte avec le CH de Perpignan qui restera l'établissement de référence et de recours.

LA PLACE DU CHU

Les tumeurs rares et de l'enfant sont orientées vers le CHU.

LES OBJECTIFS DU PMP

RENFORCER L'OFFRE PUBLIQUE SUR LE NARBONNAIS

Le Centre Hospitalier de Narbonne entend conforter son offre :

- En consultation : il est nécessaire de disposer d'une offre de consultation tous les jours, que ce soit pour des externes mais aussi pour les avis internes.
- En Hôpital de jour : l'offre actuelle est très dépendante de la présence des oncologues qui peuvent être détachées ; elle doit devenir pérenne pour garantir une prise en charge régulière.
- En hospitalisation complète : l'établissement a dans un premier temps identifié 4 lits dont l'occupation était proche de 100% ; la progression de l'activité incitait à identifier 6 lits mais la mise en œuvre n'a pas été retenue dès lors qu'il n'existait pas une équipe constituée en mesure d'assurer la continuité voire la permanence de la prise en charge.
- Dans les champs d'autorisation : le CH de Narbonne souhaite obtenir l'autorisation dans le domaine de l'urologie ; il a fait la démonstration que les fuites actuelles sur d'autres pôles de santé éloignés justifiaient une offre sur le Narbonnais, en partenariat avec le CH de Perpignan.

MIEUX STRUCTURER LA PRISE EN CHARGE CHIRURGICALE ENTRE PERPIGNAN ET NARBONNE

- Thoracique : développer l'activité de Perpignan par renforcement des adressages de Narbonne
- ORL et urologie : existence d'un potentiel d'activité pour un développement sur les 2 sites et orientation des interventions lourdes sur Perpignan.
- Chirurgie digestive, gynécologique, sein : ces activités sont à conforter sur chacun des deux sites.
- Radio fréquence

ORGANISER LES RCP DU CH DE NARBONNE AVEC CELLES DE PERPIGNAN

Projet RCP commune 11/66 pour les cancers du foie.

PROMOUVOIR LES EXPERTISES DES DEUX SITES SUR L'ONCO GERIATRIE

Des consultations d'onco gériatrie sont organisées sur Narbonne et Perpignan.

Le Centre Hospitalier de Narbonne comporte dans son équipe de gériatres 3 médecins qualifiés en oncogériatrie. Une consultation spécifique existe. Elle est sollicitée par les médecins du bassin de santé Narbonne - Lézignan.

RENFORCER LA POLITIQUE DE L'AVAL

◆ Centre hospitalier de Prades

Les soins palliatifs représentent 7.28% de l'activité en SSR et 1.1% de celle de MCO bien que le service ait 3 lits dédiés aux soins palliatifs. Ce chiffre est sous-estimé du fait que le soin palliatif est le plus souvent déclaré en cours d'hospitalisation la pathologie principale codée étant alors la pathologie causale déclarée à l'entrée.

Capacité Soins palliatifs 2015	MCO HC 20		SSR HC 20	
	Nb de séjours	Nb de journées	Nb de séjours	Nb de journées
	12	72	17	541

◆ Centre Hospitalier de Narbonne

7 lits sont dédiés aux soins palliatifs au sein du CAC (service) de médecine polyvalente-court séjour gériatrique (MCO). L'activité relevant de cette unité était la suivante en 2015 :

Séjours	200
Journées	2 135
DMS	10,7
Tx occup.	84% (100%)

L'occupation des lits se répartit entre 84% de journées relevant des soins palliatifs et 16% d'hébergement pour les 2 autres UF du CAC, médecine polyvalente et court-séjour gériatrique, soit au total une occupation pleine -100%- de l'unité.

L'activité en journées représente 3,7% de l'activité totale de Médecine, 2,7% du MCO et 1,3% de l'ensemble du centre hospitalier (y/c Psychiatrie, Long-séjour).

◆ Centre hospitalier de Perpignan

L'établissement dispose de 8 lits identifiés en soins palliatifs (LISP).

Un projet de création d'une unité de soins palliatifs (USP) de 10 lits en partenariat avec la clinique Saint Pierre n'a pu à ce jour se concrétiser faute de solution architecturale.

DEVELOPPER LE RECOURS A L'HAD

L'HAD de Perpignan a démarré une activité de chimiothérapie transcutanée en lien avec le service d'hématologie.

En ce qui concerne le centre hospitalier de Prades des retours au domicile sont régulièrement organisés avec l'antenne HAD de Prades tant en cancérologie qu'en soins palliatifs.

DEVELOPPER LA RECHERCHE CLINIQUE

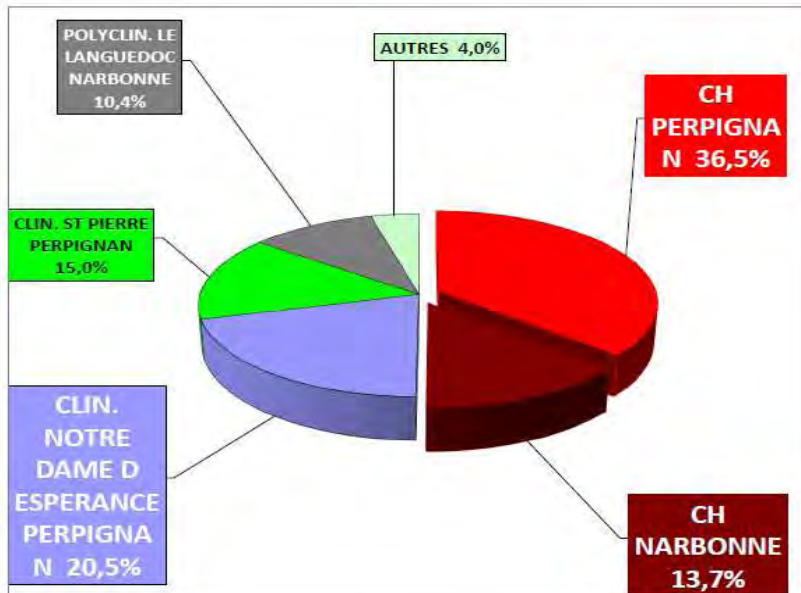
ORGANISER LA LOGISTIQUE DES CHIMIOETHERAPIES ENTRE PERPIGNAN ET NARBONNE

Le CH de Carcassonne réalise actuellement la reconstitution des cytostatiques pour les chimiothérapies réalisées à Narbonne. Dans un souci de cohérence avec le fonctionnement médical, il pourrait être envisagé de transférer cette activité sur Perpignan. Une évaluation des conditions matérielles, informatiques et en personnel sera menée en 2017.

2^{EME} axe Intérêt organisationnel du GHT

2.3.3 FEMME - MERE - ENFANT - OBSTETRIQUE ET NOUVEAUX NES

CONTEXTE TERRITORIAL DU GHT

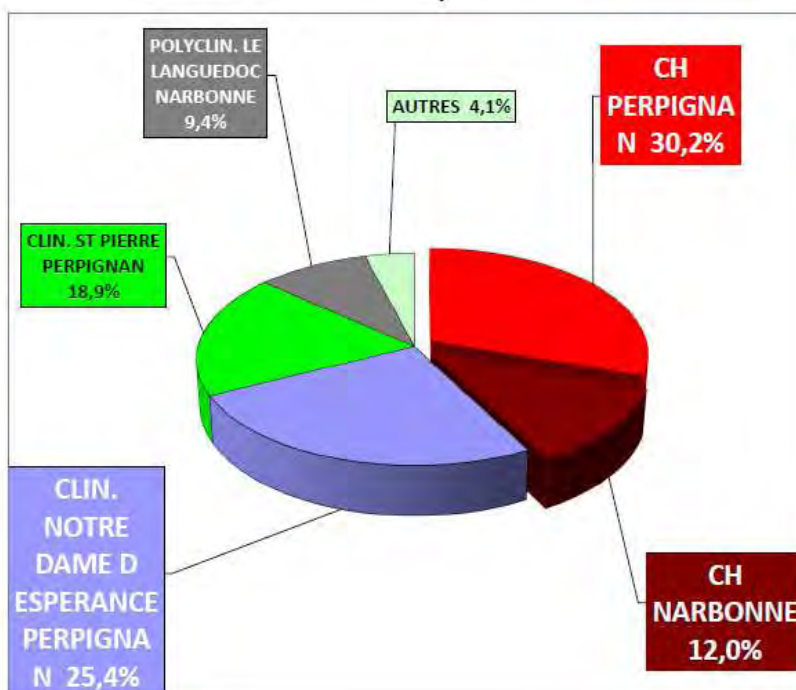


Obstétrique

11 404 séjours bassin

Fuites : 3,9%

PMSI
2014



Nouveau-nés

6 415 séjours bassin

Fuites : 4,1%

PMSI
2014



SITUATION ACTUELLE DES ETABLISSEMENTS DU GHT

LES STRUCTURES DU GHT

La maternité du centre hospitalier de Perpignan est de niveau 3, celle de Narbonne de niveau 1. Comme indiqué dans le graphique précédent, ces deux établissements réalisent 50% des séjours en obstétrique, l'autre moitié de l'activité étant pour l'essentiel répartie entre les 3 cliniques du territoire, le taux de fuite est peu important.

Le nombre d'accouchements sur le centre hospitalier de Perpignan a fortement augmenté depuis le transfert du service dans les nouveaux locaux de l'hôpital, début 2013, il avoisine aujourd'hui les 2000 accouchements annuels.

Près de 900 accouchements sont réalisés sur le centre hospitalier de Narbonne.

Le centre hospitalier de Perpignan est actuellement confronté aux incertitudes liées à l'évolution de l'activité des maternités privées de la ville qui enregistrent 3000 accouchements par an et qui sont engagées dans un projet de regroupement sur un des deux sites. Cette restructuration et l'absence de plateau technique (urgences, imagerie, labo) sur le site d'accueil peut amener un report d'activité sur le centre hospitalier. L'infrastructure du bloc obstétrical de l'établissement ne permettra pas de répondre à cette demande supplémentaire.

Le centre hospitalier de Narbonne est une maternité de niveau 1, mais qui bénéficie malgré tout de la présence d'un pédiatre sur place la journée (qui travaille dans le service de pédiatrie générale de l'hôpital). Ce pédiatre est en astreinte la nuit et se déplace pour tout accouchement pathologique nécessitant une intervention pédiatrique. De plus la maternité de Narbonne est actuellement en sous effectif médical pour son service de gynécologie obstétrique, puisque seuls deux praticiens y travaillent à temps plein, et se partagent les gardes. La difficulté de recrutement fragilise la situation avec le risque à court terme de ne plus être en capacité de faire face à la permanence des soins. Les praticiens de Perpignan, également en difficulté de personnel médical à l'heure actuelle, ne peuvent malheureusement pas amener un soutien pour la permanence des soins.

Le centre hospitalier de Narbonne dispose d'un service de pédiatrie générale accueillant tout type de pathologie pour les enfants après la période néonatale immédiate. Des liens sont établis entre les pédiatres des deux établissements pour la prise en charge des enfants et le transfert d'un service vers l'autre pour des nécessités de soins ou des problèmes de place (surtout en période de pics d'activité, c'est-à-dire pendant la période d'épidémie hivernale et pendant les vacances d'été).

COLLABORATIONS EXISTANTES ENTRE LES ETABLISSEMENTS DU GHT

Le positionnement géographique de Narbonne fait que les transferts de parturientes pour le niveau 2 sont répartis entre Perpignan et Béziers. Le niveau 3 est orienté sur Perpignan.

L'établissement de référence pour les deux maternités est le CHU de Montpellier.

Le centre hospitalier de Narbonne est une maternité de niveau 1, qui travaille en étroite collaboration avec le centre hospitalier de Perpignan via la CROP (Cellule Régionale d'Orientation Périnatale) pour la prise en charge des grossesses à risque et des nouveaux nés nécessitant une hospitalisation en néonatalogie. En effet les schémas d'organisation sanitaire priorisent le transfert des patientes issues de la maternité de Narbonne vers le CH de Perpignan pour la prise en charge des grossesses pathologiques nécessitant une hospitalisation en niveau 3. Lorsque les bébés nés à Narbonne ont besoin d'une prise en charge en réanimation néonatale, ils sont dirigés vers le service de néonatalogie du CH de Perpignan, dans la mesure où le SAMU de Perpignan est en capacité d'aller les chercher et de les prendre en charge. La situation devient plus compliquée lorsque le SAMU 66 est indisponible car le relais est alors le SAMU pédiatrique 34 qui préfère ramener l'enfant vers Montpellier, même si la CROP a fléché le transfert sur Perpignan. Le relais de Narbonne peut être le service de néonatalogie de Béziers si l'enfant relève d'un niveau 2.

Pour les enfants plus grands, la collaboration entre les centres hospitaliers de Perpignan et de Narbonne existe déjà et se renforce de plus en plus. En effet les deux services de pédiatrie générale des deux hôpitaux travaillent ensemble dans la prise en charge des patients nécessitant une hospitalisation en fonction des places disponibles. De plus certains pédiatres de Perpignan ont des compétences poussées dans une sous spécialité de la pédiatrie et proposent d'aller sur le site de Narbonne pour proposer des consultations dans cette spécialité aux enfants du Narbonnais leur évitant ainsi un trajet jusqu'à Perpignan pour la prise en charge. C'est ainsi qu'une consultation délocalisée de diabétologie pédiatrique au CH de Narbonne par un pédiatre de Perpignan est en train d'être étudiée. Cela permettra aux enfants diabétiques de bénéficier d'une prise en charge conforme aux dernières recommandations (insulinothérapie par pompe à insuline), sans avoir à venir systématiquement à Perpignan. La mise en place de la pompe et l'éducation thérapeutique ce feront quant à elles sur Perpignan. Il en est de même de la collaboration pour toutes les pathologies d'hémo-onco-pédiatriques et d'allergologie pédiatrique.

LES OBJECTIFS DU PMP

AMELIORER L'ORGANISATION DES TRANSFERTS SUR PERPIGNAN

Un travail en commun des équipes médicales d'obstétrique, impliquant le SAMU 66, doit être engagé pour définir des procédures de transfert in utero et en réanimation néonatale. L'objectif final est de pouvoir hospitaliser une mère et/ou son enfant dans un service adapté à ses soins et le plus proche de son domicile.

DEVELOPPER UNE OFFRE HAD « nouveaux-nés » sur le CH DE PERPIGNAN et le CH de NARBONNE

La précarité d'une partie importante de la population de l'Aude et des Pyrénées-Orientales a des retentissements sur la prise en charge des nouveaux-nés en sortie des services de

néonatalogie, avec des conséquences préjudiciables sur l'évolution de la santé de ces enfants et les potentialités de handicap.

L'HAD pourrait constituer un relais de prise en charge et d'évaluation des risques sanitaires et sociaux. Sa mission couvrirait également la prévention des situations à risques et l'éducation des familles.

Il s'agit d'une vision large du rôle de l'HAD intégrant un volet social important.

En effet, de plus en plus de situations familiales complexes et très précaires obligent les néonatalogues en collaboration avec les services de PMI et les services sociaux à hospitaliser les nouveaux nés dans le seul but d'évaluer les capacités maternelles et les mises en place du lien mère enfant. Un relais HAD néonatale permettrait de suivre ses familles dans leur milieu propre et de leur proposer une prise en charge médico-sociale adaptée à leur environnement et à leur situation. Cela permettrait probablement d'éviter des mesures radicales comme les placements provisoires en pouponnière et en famille d'accueil.

2.3.4 GERIATRIE

CONTEXTE GENERAL

En Languedoc-Roussillon, près de 20 % de la population totale est âgée de 65 ans ou plus et 10 % âgée de 75 ans ou plus.

La population du Languedoc-Roussillon est globalement plus âgée que la population de métropole. À l'horizon 2030, si les tendances récemment observées par l'Insee se prolongeaient, la population de 65 ans ou plus de la région s'élèverait à 820 000 habitants représentant 25 % de la population totale.

En Languedoc Roussillon, le nombre de jours moyen d'hospitalisation par personne et par an est de 7 jours à 75 ans et de 10 jours après 85 ans.

Sur la grande région, près de 600 000 personnes âgées de 75 ans et plus aujourd'hui et plus de 1 million en 2040 (soit 16% de sa population totale), 90% des 75 ans et plus vivent à domicile et 22% des 85 ans et plus vivent en collectivité.

D'après l'OMS, les troubles mentaux constituent l'une des premières causes de morbidité chez le sujet âgé et ils représentent les 3/5èmes des sources d'incapacité liées au vieillissement.

SITUATION ACTUELLE DES ETABLISSEMENTS DU GHT

LES STRUCTURES

	CH PERPIGNAN	CH PRADES	CH NARBONNE	CH LEZIGNAN	CH PORT LA NOUVELLE
Court séjour gériatrique	40		18	39	-
HOPITAL DE JOUR et/ou unité d'évaluation gériatologique	PROJET 2020	RESEAU GERONTO	OUI au sein de l'hôpital de jour des médecines	Non	Oui
EMGEH	PROJET 2017	Non mais RESEAU GERONTO	DEPUIS 2004	Non	Non
CS AVANCEE GERIATRIQUE	OUI	Antenne du CHP	OUI	OUI	Projet Antenne du CH Narbonne
CONSULTATION MEMOIRE	OUI		OUI		
SSR gériatrique	40	20	Projet d'équipe mobile de rééducation avec CH PLN	29	Projet d'équipe mobile de rééducation avec CHN
UCC	10		Projet		
USLD	200	20	90	30	-
UHR	-	20	20 (agrément non demandé)	-	-
EHPAD	120 dont 30 PHV	100	84	189	60
ACCUEIL TEMPORAIRE	0		Projet		
AJT	12	15	12	-	-
SSIAD/ESA	90/10	100/10	50/0 Pour l'ESA copromoteur avec le CH de LEZIGNAN CORBIERES	95/10	50/0
HAD		15		10	Projet antenne du CHP ou CHL
EMSP			Oui par un partenariat interne solide avec l'équipe du CH de Narbonne		
Réseau gériatologique	Réunions interprofessionnelles régulières Souhait de constituer un réseau géronto (cf projet pôle)	Oui	Convention réunissant l'ensemble des EHPAD du bassin de santé Narbonne – Lézignan.		

➤ DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

◆ Centre Hospitalier de Perpignan

Le CHP a constitué une filière gériatrique, quasi complète.

Cette filière gériatrique hospitalière constitue une organisation territoriale et coordonnée de l'offre hospitalière. Elle facilite la lisibilité et l'accessibilité de l'offre spécialisée en gériatrie, à ses partenaires sanitaires, sociaux et médico-sociaux sur son bassin de proximité. Elle participe à la dynamique de coopération hospitalière sur son territoire, en favorisant les échanges entre établissements face à des enjeux comme l'accès aux soins urgents, l'expertise gériatrique, la prévention de la iatrogénie et la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées. Enfin, elle renforce la dynamique de collaboration entre les acteurs d'un même territoire de manière à garantir aux personnes âgées des parcours appropriés à leurs besoins.

La filière gériatrique du CHP comprenant :

- 40 lits de Médecine Gériatrique
- 40 lits de Soins de Suite et Réadaptation Gériatriques (SSRG)
- 1 Equipe Mobile de Gériatrie Intra Hospitalière (EMGIH) intervenant sur le CHP dans les unités d'hospitalisation non gériatriques et notamment aux urgences

Des consultations mémoire et gériatriques :

- Une consultation Mémoire labellisée à Perpignan étendue sur le territoire par des consultations Mémoire avancées sur Céret (EHPAD), Prades (Hôpital local), Err (Clinique Joseph Sauvy), Argelès sur mer (locaux du CLIC)
- Des Consultations Gériatriques (dont avancées sur Prades)
- Des Consultations d'Oncogériatrie

Des interventions au domicile :

- 90 places de SSIAD sur le territoire de Perpignan Nord et Bompas
- Une ESA de 10 places (Equipe Spécialisée Alzheimer) installée et adossée au SSIAD
- Une astreinte IDE de nuits pour les EPHAD partenaires

Des structures d'Hébergement et d'accueil au Centre de Cure Médicale Pour Personnes Agées (CCMPPA) :

- 58 lits d'EHPAD sur 90 lits autorisés (gestion déléguée au GCSMS du Centre de Gérontologie du Roussillon depuis novembre 2015)
- Un Accueil de Jour Thérapeutique Alzheimer « l'Oiseau Blanc » de 12 places (gestion déléguée au GCSMS du Centre de Gérontologie du Roussillon)

- 200 lits d'USLD
- 30 lits de Personnes Handicapées Vieillissantes (PHV) en cours d'installation à Thuir (gestion déléguée au GCSMS du Centre de Gérontologie du Roussillon)

Le Pôle de gériatrie a développé des partenariats pour compléter son offre de soins :

- Une UCC (Unité Cognitivo-Comportementale) de 10 lits en projet commun avec l'USSAP installée sur le site de Banyuls sur mer
- Une MAIA sur le territoire Perpignan Nord PO créée en co-projet avec le CHS de Thuir et la Mutualité Française (convention constituée et déléguée au GCSMS INTEGR'ACTION)
- Une équipe expérimentale chargée de la coordination des acteurs sanitaires, sociaux et médicaux-sociaux d'un territoire dans l'élaboration d'un parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie sur le territoire Perpignan Nord PO constituée fin 2016, dont le CHP déteint l'autorisation et dont l'exploitation est déléguée au GCSMS INTEGR'ACTION.
- « Développement du SPASAD » en collaboration avec le CCAS de la ville de Perpignan, l'Association Joseph SAUVY et le SSIAD du CHP afin de coordonner l'accompagnement, le soin et la prévention auprès des usagers.

Les projets du pôle en cours:

- Mise en place d'une équipe mobile gériatrique Extra hospitalière
- Création d'un Hôpital de Jour d'Evaluation Gériatrique (création prévue horizon 2019)

Le CHP se positionne dans le diagnostic et l'évaluation des personnes âgées et la prévention de la dépendance.

Avec le vieillissement, les fragilités et les pathologies chroniques apparaissent entraînant une réduction des capacités de la personne, de son autonomie et menant peu à peu à la dépendance.

Le repérage des personnes âgées fragiles de 65 ans et plus, une meilleure compréhension des difficultés médicales, sociales et comportementales permettent de mettre en place des interventions.

Dans ce but, le CHP s'appuie sur différentes structures et équipes médicales et sociales :

L'équipe mobile de gériatrie intra hospitalière : Elle a vocation à dispenser des avis nécessaires à la bonne prise en charge des personnes âgées fragilisées dans l'ensemble des services non gériatriques, y compris aux urgences. Médecins et infirmières sont ainsi disponibles 5 jours sur 7 pour répondre au plus vite aux demandes. L'équipe de l'EMG propose en collaboration avec le médecin et l'équipe du service qui l'ont sollicitée, une évaluation gériatrique, des adaptations thérapeutiques, la réalisation d'examens spécifiques, un projet de soin personnalisé et éventuellement l'orientation qui lui paraît la plus adéquate.

L'équipe mobile de gériatrie extra hospitalière : En projet au CHP, une équipe pluridisciplinaire, composée d'un gériatre, d'un infirmier et d'un assistant social évalue la personne âgée dans son milieu de vie. L'évaluation est menée dans le cadre de vie habituel de la personne que ce soit son domicile ou un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), en présence le plus souvent de ses aidants habituels.

Cette évaluation permet une photographie multidimensionnelle de la situation à domicile, elle permet d'envisager des alternatives à l'hospitalisation en évitant notamment le passage aux urgences, elle permet d'aider à anticiper les situations de crise, elle propose des solutions d'adaptation de l'environnement. Grâce à un partenariat avec les secteurs de psychiatrie, une évaluation pluridisciplinaire peut être menée de manière conjointe dans les cas les plus complexes.

Unité soins et hospitalisation d'urgence est une unité d'hospitalisation de courte durée (3 à 5 jours) s'adressant aux personnes âgées de plus de 75 ans en provenance du service des Urgences de l'hôpital, selon des critères définis après avis d'un médecin gériatre. Une prise en soins pluridisciplinaire et globale sera proposée dans l'objectif de favoriser un retour au lieu de vie habituel.

Pendant cette courte hospitalisation, une évaluation gérontologique standardisée (autonomie, nutrition, locomotion, mémoire, détection de troubles sensoriels...) est réalisée afin de dépister les éventuelles fragilités et d'orienter la personne vers une prise en charge personnalisée.

Une attention particulière est apportée à la situation sociale de la personne hospitalisée grâce à la présence d'une assistante sociale dans le service.

La mise en place des astreintes infirmières de nuit avec mutualisée avec des EHPAD : les EHPAD ont des difficultés à faire intervenir les médecins traitants en leur sein et doivent faire face à des situations complexes le soir et le week-end faute de pouvoir solliciter du personnel soignant de garde. Ces situations sont génératrices de recours inopportuns aux urgences.

Mise en place depuis novembre 2015 avec une augmentation progressive du nombre de lits d'EHPAD, l'objectif est d'une part assurer la continuité des soins la nuit et ne pouvant être différé au lendemain en EHPAD par des astreintes IDE (régulations téléphoniques et déplacements sur site éventuellement, 7j/7 de 20h à 6h) et d'autre part, éviter des hospitalisations évitables voire faciliter des retours au domicile.

Les IDE répondent aux interrogations en soins du personnel de l'EHPAD et prodiguent les soins nécessaires à partir de motifs définis par convention. Les IDE permettent également de faire le relais avec le personnel médical (SOS médecins ou Centre 15) si besoin.

L'Hôpital de jour gériatrique, en projet au CHP pour 2019 proposera une journée d'hospitalisation pour aider le médecin de ville à poser ou confirmer le diagnostic de son patient. Des bilans mnésiques, des bilans de chutes, des évaluations médico-psychologiques, des évaluations neuropsychologiques, etc., seront réalisés. Cette structure permettra également de dispenser des soins techniques complexes ou requérant une surveillance spécifique (pansements complexes, transfusions sanguines ponctuelles ou itératives). Le patient bénéficiera de l'intégralité de l'infrastructure du centre hospitalier ainsi que des compétences de ses équipes pluridisciplinaires : plateau technique (biologie spécialisée IRM, radiographies, échographies), consultations spécialisées, équipe spécialisée dans le domaine de la gériatrie et composée de médecins, infirmières, neuropsychologue, cadre de santé, secrétaire.

◆ Centre hospitalier de Narbonne

Le CHN dispose d'une filière gériatrique active et cohérente, reconnue sur le territoire de santé de l'est-audois.

Cette filière gériatrique comprend :

- 25 lits de Court Séjour Gériatrique
- 1 unité Mobile de Gériatrie Intra-Hospitalière
- 1 secteur d'hospitalisation de jour (fragilité et oncogériatrie)
- 30 lits de Soins de Suite et Réadaptation Gériatriques
- 50 places de Service de Soins Infirmiers à domicile
- 90 lits d'Unité de Soins de Longue Durée
- 84 lits d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes, dont
- 18 places de Pôle d'Activités et de Soins Adaptées
- 20 lits de secteur sécurisé pour patient dément, déambulant
- Un accueil de jour pour patient Alzheimer « Auxilia » de 12 places
- Des consultations mémoire, gériatriques et onco-gériatriques

Les projets du pôle en cours sont :

- Création de 2 lits d'Hébergement temporaire en transformant 2 lits d'EHPAD u en obtenant une extension de l'autorisation d'activité
- Transformation de 4 lits en « lits identifiés de soins palliatifs », 2 sur le SSR, 2 sur l'USLD
- Transformation d'une partie du secteur sécurisé en Unité Cognitive et Comportementale (10 ou 20 lits)
- Augmentation des capacités du SSIAD de 50 à 60 places (transformation en partie en SPASAD ?)
- Renforcement de l'activité de consultation gériatrique et consultations mémoires
- Création d'une Hospitalisation de Jour SSR
- Structuration de la filière gérontologique locale pour la mise en place d'une « Equipe Territoriale Vieillesse et Prévention de la Dépendance » en partenariat avec le Gérontopôle de Toulouse et l'ARS
- Ouverture sur l'extra-hospitalier :
 - Consultations avancées en maisons de santé pluriprofessionnelle en s'appuyant sur les partenariats existants (Tuchan)
 - Consultations avancées de Gériatrie sur les Hôpitaux de Lézignan-Corbières, Port-La-Nouvelle
 - Equipe Mobile de Gériatrie Extrahospitalière
 - Etudier avec les partenaires du CH et des autres CH la possibilité de création d'une Unité Mobile de Géronto-Psychiatrie
- Création d'un « plateau de gériatrie ambulatoire » regroupant les activités d'accueil de jour, consultations, HDJ SSR, HDJ dépistage des fragilités, dans le cadre de

l'ETVPD, regroupement des acteurs de la filière locale gériatrique (SSIAD, CLIC, MAIA..)

L'apport du CHN dans la GHT, pour la filière gériatrique consistera en un appui logistique, médical et médico-social, pour le développement des partenariats concernant :

- Les équipes mobiles extrahospitalières, de Gériatrie et Géro-nto-Psychiatrie
- Les consultations avancées dans les CH et les maisons de santé
- La coordination de la prise en charge hospitalière et d'hébergement des PA porteuses de symptômes Psycho-comportementaux Associées aux Démences
- La mutualisation de la réponse aux demandes spécialisées (téléphoniques ou non) des acteurs extrahospitaliers, libéraux ou EHPAD
- Développer la communication entre les Gériatres des différents CH.

COLLABORATIONS EXISTANTES ENTRE LES ETABLISSEMENTS DU GHT

➤ **TEMPS MEDICAL EN GERIATRIE DE PERPIGNAN DEPLOYE SUR PRADES**

Depuis 2009, des consultations mémoire hebdomadaires sont organisées à l'Hôpital local Prades avec la mise à disposition de temps de gériatre et de neuropsychologue dans les conditions définies par convention.

LES OBJECTIFS DU PMP

REPÉRAGE DE LA FRAGILITÉ AFIN D'ÉVITER LES HOSPITALISATIONS ET AMÉLIORER PERTINENCE DU RECOURS À L'HOSPITALISATION

Il s'agit de développer tous les circuits « courts et directs » de prise en charge au sein du territoire afin d'éviter le passage aux urgences et à l'hôpital. Il s'agit par ailleurs de favoriser les prises en charge à domicile y compris par le développement d'hébergements non médicalisés ou de services à domicile.

- Développement des unités post urgence gériatriques et de l'évaluation gérontologique ambulatoire
- Développement d'une structure d'hébergement de gérontopsychiatrie

Une dizaine de situations complexes annuelles sont prises en charge par le Centre Hospitalier avec difficultés et qui pourraient être anticipées.

Il s'agit de personnes handicapées, âgées de moins de 60 ans pour lesquelles il est difficile de trouver des solutions d'hébergement pérennes. Les difficultés rencontrées sont dues aux profils des patients souvent psychotiques chroniques ne pouvant vivre seuls avec des parcours de vie souvent complexes - en ruptures familiales et professionnelles, sans domicile fixe, désocialisé ou sans aidant- associées à des pathologies neuro-dégénératives (AVC, Parkinson, SEP, Alzheimer,...) et d'autres pathologies lourdes (VIH, Cancers,..) qui présentent des séquelles graves d'alcoolisme et d'addictions.

Leur prise en charge nécessaire est pluridisciplinaire médicale, paramédicale, sociale avec des problèmes sociaux administratifs qui entraînent des démarches longues et complexes incompatibles avec un séjour hospitalier.

L'hôpital psychiatrique n'accueille plus ce type de patient, les structures d'accueil d'urgence (lit halte santé) ne sont pas adaptées, les établissements types MAS ou FAM ont des délais d'attente très longs et ne sont pas toujours en capacité en compétence et en matériel pour accueillir ces personnes. Ces patients sont alors accueillis en EHPAD avec dérogation d'âge mais la cohérence avec la moyenne d'âge de 85 ans est souvent très délicate.

Une structure spécifique avec une coordination des soins, un appui à l'autonomie, un accompagnement éducatif et occupationnel permettrait un lieu de vie adapté et sûr pour ces patients

- Développement des Unités externalisées en support aux Médecins Traitants en vue de les aider dans l'évaluation globale de leurs patients et de dépister la fragilité, de leur proposer des actions d'améliorations (arrêt ou modifications de thérapeutiques, mise en place d'aides, mise en place d'actions de prévention...). L'objectif étant d'éviter l'aggravation de l'état de santé des personnes et mettre en place des actions correctrices chez les personnes fragiles (réversibilité de la fragilité).

DÉVELOPPEMENT DE L'ONCOGÉRIATRIE

- Améliorer la connaissance des travaux OncoPO
- Faire connaître l'offre d'onco-gériatrie existante sur le territoire
- Diffuser les plaquettes existantes sur l'oncogériatrie
- Réaliser une information en CME de chaque ES par les référents onco-gériatrie de leur établissement
- Inciter à la consultation gériatrique en suivant les RCP auprès des gériatres des ES
- Obtenir des financements pour les évaluations d'onco-gériatrie

DÉVELOPPEMENT DE LA TÉLÉMÉDECINE

Il s'agit de mettre en place d'un réseau de télémédecine afin d'améliorer la qualité et la sécurité de la prise en charge des personnes âgées vivant en EHPAD en renforçant l'accessibilité à une expertise et/ou une prise en charge médicalisée.

Les téléconsultations spécialisées et la télé-expertise doivent permettre de lutter contre la fragmentation du parcours de santé de la personne âgée, de favoriser la coordination des soins, de limiter l'isolement des professionnels intervenant notamment en EHPAD et de réduire les déplacements/transferts de la personne âgée, au moyen d'une articulation des ressources des territoires.

- Identifier les besoins en matière de gériatrie et Télémédecine
 - Identifier les types de consultation à proposer : dermatologie/plaies chroniques (pour diagnostic, proposition traitement, suivi), orthopédie, gériatrique (chutes, décompensation situation globale), cardiologie, ophtalmologie, neurologie
 - Identifier les acteurs demandeurs et offreurs
- Réponse appel à projet Télémédecine
- Accompagner le déploiement de l'offre par le partage d'expérience

MISE EN PLACE D'UN PÔLE DE FORMATION EN GÉRONTOLOGIE

- Le partage et la diffusion des connaissances auprès des équipes pluridisciplinaires de Gériatrie permettent d'améliorer les pratiques
- La iatrogénie hospitalière est souvent sous-estimée et une prise en charge adaptée et rapide grâce à l'intervention des équipes est fondamentale
- Des cycles de formation sur les bonnes pratiques gériatriques ouvertes aux structures Sanitaires et Médico-sociales permettraient d'améliorer mais aussi d'homogénéiser les pratiques de soins
- De même, des formations en vue du repérage des Personnes Agées en Risque de perte d'autonomie (PAERPA) doivent être intégrées et diffusées en intra et extra-hospitalier en y associant les soignants libéraux et les intervenants à domicile

2.3.5 ADDICTOLOGIE

EN ATTENTE

2.3.6 CONSULTATIONS AVANCEES - OUTILS DE CONSTRUCTION DES FILIERES

CONTEXTE GENERAL

La mise en place de consultations avancées entre les établissements du GHT est un axe essentiel de la gradation des soins, du développement des filières de prise en charge des patients et du renforcement des liens entre les équipes médicales et paramédicales des établissements du GHT.

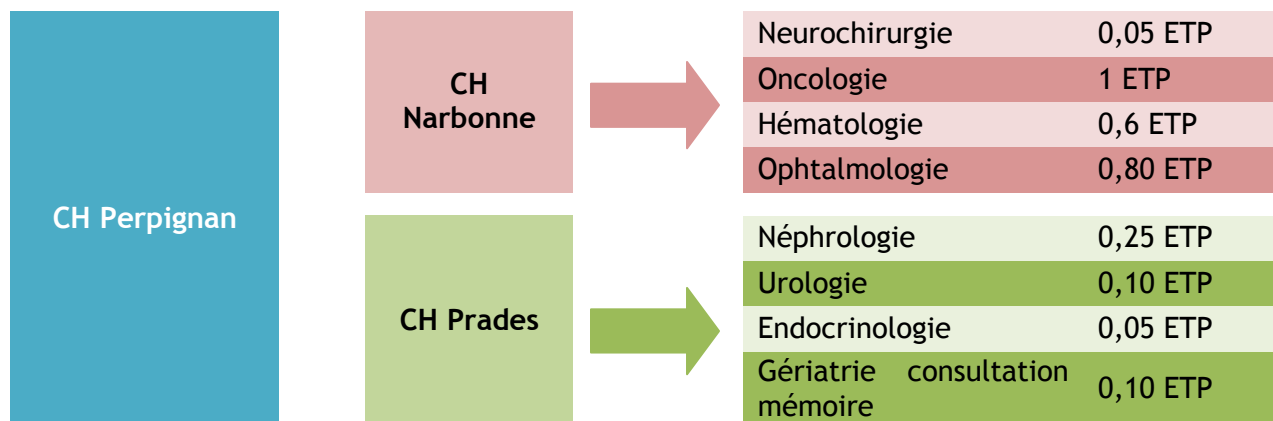
Elle répond également aux objectifs d'amélioration de l'accessibilité des soins, notamment pour les personnes âgées et les populations en situation de précarité.

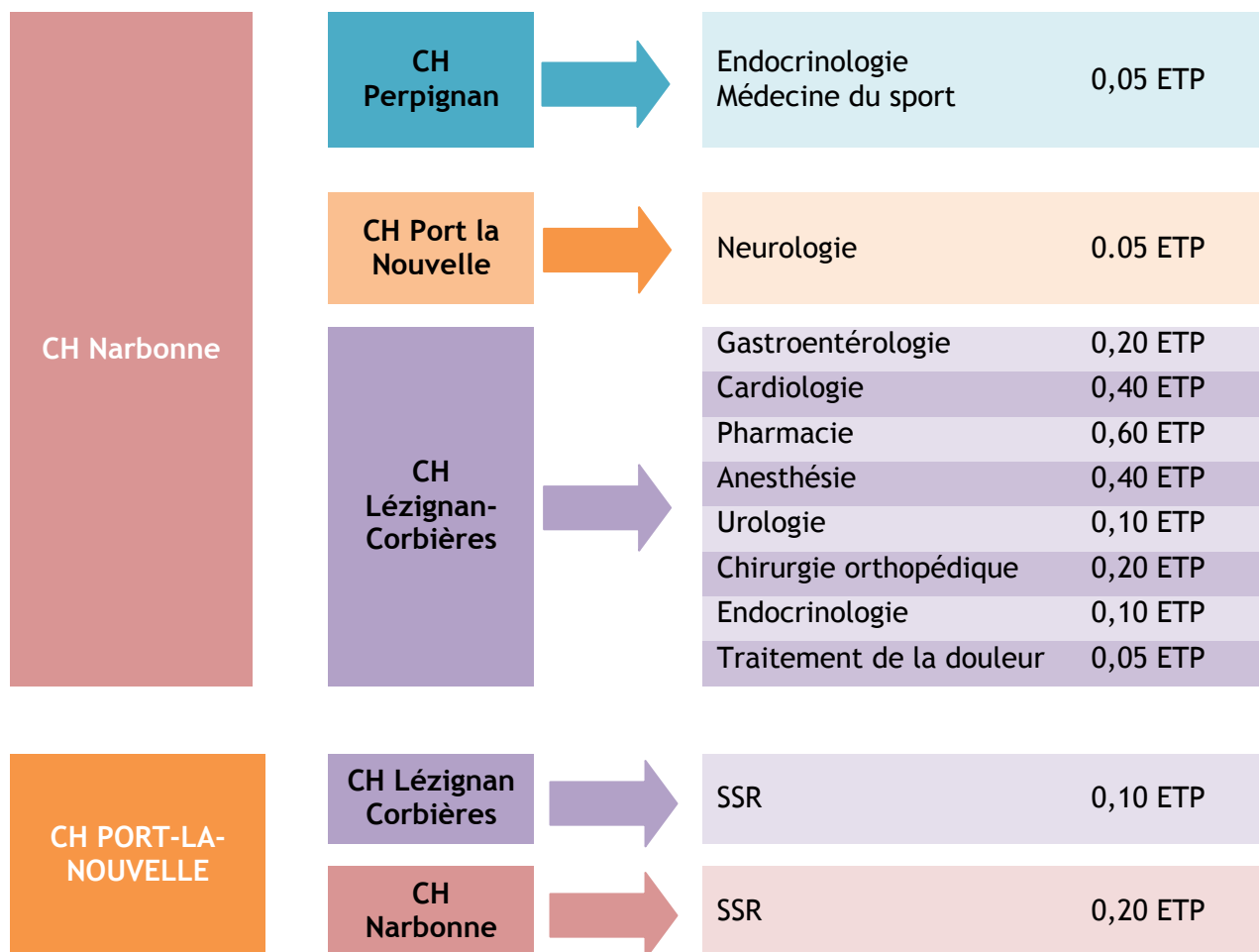
Si le principe d'organisation de consultations avancées est un élément clé du partenariat entre les établissements du GHT, en pratique il faut prendre en compte les contraintes qui peuvent freiner leur développement, comme la démographie médicale, l'effectif médical doit être suffisant pour couvrir la demande, et le manque d'attractivité pour les médecins d'une activité partagée sur plusieurs sites.

SITUATION ACTUELLE DES ETABLISSEMENTS DU GHT

Les conventions de mise à disposition de temps médical existant entre les établissements du GHT

Sont les suivantes :





LES OBJECTIFS DU PMP

DÉVELOPPER LES CONSULTATIONS AVANCÉES, DANS LE CADRE DES FILIÈRES GRADUÉES DE PRISE EN CHARGE

Les consultations avancées qui se sont créées spontanément entre les établissements depuis plusieurs années prennent pleinement leur sens dans une politique médicale de GHT.

Les consultations avancées peuvent constituer une réponse aux difficultés de recrutement sur certaines spécialités médicales. Il est moins difficile de conforter les effectifs médicaux d'une équipe déjà constituée et d'assurer une prise en charge sur les établissements géographiquement proches que de recruter un praticien seul de sa spécialité dans un établissement.

En organisant une prise en charge graduée des patients, les consultations avancées diminuent le flux des consultations des établissements de recours et leur permettent un recentrage sur les prises en charge les plus complexes.

Le rapprochement géographique du médecin spécialiste facilite également les liens avec la médecine de ville.

La demande de consultations spécialisées de proximité est très forte : consultations mémoire, onco-gériatrie, endocrinologie-diabétologie, dermatologie, gynécologie Elle s'accroît du fait de la diminution de l'offre de soins de la médecine de ville.

La satisfaction de cette demande peut être difficile dans l'immédiat, compte tenu de l'insuffisance de l'effectif médical sur certaines disciplines.

Pour cette raison, le développement des consultations avancées ne doit pas aboutir à un « émiettement » du temps médical, ce qui serait contreproductif. Il ne s'agit pas uniquement d'une mise à disposition de temps médical, mais bien de la constitution de filières graduées et coordonnées de prise en charge, renforçant l'offre de soins de proximité et confortant l'activité de recours des établissements d'origine des praticiens.

En ce sens, certaines de ces consultations avancées doivent être organisées sous la forme d'une prise en charge pluridisciplinaire des patients.

FAVORISER L'ORGANISATION DE CONSULTATIONS PLURIDISCIPLINAIRES

Depuis plusieurs années, une consultation pluridisciplinaire est organisée sur la filière neurologique entre les praticiens de Narbonne et de Perpignan et ceux de Port-la-Nouvelle. Ainsi, les deux praticiens de médecine physique et de réadaptation du CH de Port-la-Nouvelle interviennent au Centre Hospitalier de Narbonne pour participer au suivi des malades pris en charge en Unité Neuro-Vasculaire et aux consultations multidisciplinaires sur la spasticité avec les neurologues du CH de Narbonne et les neurochirurgiens du CH de Perpignan, pour répondre aux demandes d'avis de médecine physique et de rééducation et pour la réalisation de bilans urodynamiques.

Ce type d'organisation doit être poursuivi sur la filière neurologique et étendu à d'autres filières, sous forme de consultations ou dans le cadre d'hôpital de jour.

Citons à titre d'exemples :

- La prise en charge des patients en situation de handicap
- Le suivi des malades hémiplésiques au-delà de la phase post ictale
- La prise en charge des malades atteints de sclérose en plaques , en phase initiale et en phase plus tardive
- La prise en charge de maladies chroniques (insuffisance respiratoire ...)
- La prise en charge des douleurs

METTRE EN PLACE DES ÉQUIPES MOBILES

Les équipes mobiles en rassemblant les expertises médicales et paramédicales peuvent être le support de consultations et de soins pluridisciplinaires et offrir des perspectives de développement de l'ambulatoire.

Par exemple :

- Equipe mobile de rééducation

De nombreuses affections générant un handicap imposent une évaluation de celui-ci afin de proposer des solutions adaptées.

Une approche holistique du patient et de ses incapacités, comme elle est menée par la médecine de rééducation, aboutit à l'élaboration d'un projet rééducatif et au-delà à un véritable projet de vie compatible avec le handicap et les aspirations du patient.

Le développement de consultations spécialisées permettrait d'offrir à des patients en situation de handicap ce type d'approche afin d'optimiser les possibilités du patient, de faciliter son maintien à domicile. Ces consultations pourraient être prises en charge par une « **équipe mobile de rééducation** » composée de médecins MPR et d'ergothérapeutes destinée à orienter la prise en charge des patients en liaison avec les médecins traitants et les intervenants paramédicaux libéraux.

- Equipe mobile de gériatrie extra-hospitalière (EMGEH)

L'objectif est d'améliorer la prise en charge de la personne âgée au domicile et de retarder l'entrée dans la dépendance. Il s'agit aussi de diminuer les hospitalisations évitables.

L'EMGEH aurait une mission de prévention (dépistage de la fragilité, élaboration d'un projet personnalisé de soins, repérage des personnes âgées en rupture dans leur parcours de soins, prévention des problématiques sociales) et une mission de prise en charge (évaluation gériatrique et ergothérapique, avis complémentaire spécialisé si besoin).

L'EMGEH pourrait intervenir au domicile, en EHPAD, en SSR non gériatriques, dans les structures de soins médico-chirurgicales.

INTÉGRER LA TÉLÉMÉDECINE DANS L'ORGANISATION DES CONSULTATIONS SPÉCIALISÉES

Comme indiqué précédemment, le temps médical est le facteur clé du développement des consultations spécialisées.

Le recours à la télémédecine peut apporter une réponse et s'inscrire pleinement dans un projet de mise en commun des expertises médicales entre les établissements du GHT.

La télé imagerie est aujourd'hui bien intégrée dans la filière neurologique, elle pourrait bénéficier à d'autres activités d'urgence (cardiologie, polytraumatisés...) et être également développées sur des consultations programmées.

2.3.7 HAD

CONTEXTE GENERAL

L'Hospitalisation à Domicile est un des pivots du virage ambulatoire, axe prioritaire de plan triennal de maîtrise des dépenses d'Assurance maladie.

L'HAD a également un rôle important à développer dans la gradation de l'offre de soins.

L'objectif national est le doublement de l'activité d'hospitalisation à domicile d'ici 2018, soit 30 à 35 patients en HAD par jour, pour 100 000 habitants, ce qui à l'échelle du territoire couvert par le GHT représente de 180 à 210 places.

Le champ d'intervention des HAD est appelé à se diversifier en relais de l'activité de court séjour, chimiothérapies, addictologie, sorties précoces de chirurgie et de SSR.

SITUATION ACTUELLE DES ETABLISSEMENTS DU GHT

L'HAD DU CENTRE HOSPITALIER DE PERPIGNAN

Le territoire de santé qui correspond au département des Pyrénées-Orientales comporte deux structures autorisées d'HAD :

- HAD du centre hospitalier de Perpignan : 60 places
- MEDIHAD (clinique MEDIPOLE - Cabestany) de 30 places + 15 places sur une antenne à Céret (a priori non installée).

Les zones d'intervention respectives des deux HAD ont été définies sur les cantons des Pyrénées-Orientales, mais les villes de Perpignan et de Cabestany sont des zones partagées. Sur ces zones partagées, le principe est qu'à la sortie de l'établissement de santé, le patient est suivi par l'HAD rattachée à cet établissement.

Les relations entre les deux structures d'HAD sont bonnes et il n'y aura pas de difficulté pour associer MEDIHAD aux réflexions sur les filières de prise en charge.

Le service d'HAD du CHP fait partie du pôle des urgences. Il est formé de 2 unités fonctionnelles, HAD Perpignan (30 places) et antenne de Prades (15 places). Par ailleurs, une HAD obstétricale de 15 places a été autorisée au CHP, son fonctionnement est intégré au pôle Femme-enfant.

➤ Données d'activité

Sur les cinq dernières années et jusqu'en fin 2015, l'HAD a connu une diminution constante de son activité. En cela, l'hospitalisation à domicile du centre hospitalier de Perpignan n'a pas échappé aux difficultés de positionnement et de gestion des HAD, quelles soient autonomes ou dépendant d'un établissement de santé, soulignées par plusieurs rapports nationaux (IGAS, cour des comptes...). Un travail de réorganisation et de repositionnement dans le parcours patient de l'HAD a été entrepris fin 2015. Une augmentation de plus de 20% est aujourd'hui constatée dans le nombre de journées en HAD.

HAD						
	Places	Nombre de journées		Evolution %	Nombre moyen de patients par jour	
		sept-15	sept-16		sept-15	sept-16
Perpignan	30	5 659	7 057	25%	20,7	25,8
Prades	15	2 101	2 252	7%	7,7	8,2
Obstétrique	15	1 077	1 295	20%	3,9	4,7
	60	8 837	10 604	20%	32,3	38,7

Ces données sont un encouragement à poursuivre les actions menées sur l'HAD de Perpignan, par l'ouverture vers des prises en charge innovantes (addictologie, chimiothérapies transcutanées, sorties précoces de chirurgie) et le développement des partenariats avec les EHPAD et autres structures médico-sociales.

Une réflexion doit également être menée sur les potentiels de l'antenne de Prades et le dimensionnement de l'HAD obstétrique.

L'HAD DU CENTRE HOSPITALIER DE LÉZIGNAN - CORBIÈRES

Sa capacité est de 10 places.

LES CENTRES HOSPITALIERS DE NARBONNE ET DE PORT-LA-NOUVELLE

Il n'existe pas d'offre publique sur ce secteur. L'HAD gérée par la polyclinique du Languedoc ne fait pas l'objet d'échanges réguliers avec le CH de Narbonne pour en évaluer la réponse aux besoins de cet établissement et préparer conjointement les évolutions à prévoir au regard des projets médicaux en cours (développement de la chirurgie à récupération rapide en orthopédie ; diminution générale de la DMS ; ...). Cette absence de dialogue ne permet pas de développer la culture de l'HAD dans l'ensemble des secteurs de l'établissement.

Compte tenu de cette difficulté, le CH de Port-la-Nouvelle se propose soit de constituer le site d'une annexe de l'HAD du CH de Perpignan, soit de solliciter une autorisation en propre afin de répondre aux demandes d'HAD émanant du CH de Narbonne. L'expérience du CH de Port-la-Nouvelle en matière de SSIAD constituerait un atout pour ce site, le cas échéant.

LES OBJECTIFS DU PMP

REpondre A LA DEMANDE DES CENTRES HOSPITALIERS DE NARBONNE ET PORT-LA-NOUVELLE

Quelle que soit la nature juridique de l'autorisation, structure nouvelle ou antenne d'une HAD existante sur Perpignan ou Lézignan-Corbières, il est important de développer une hospitalisation à domicile publique couvrant la demande de ces établissements.

Cette nouvelle HAD doit fonctionner de manière très étroite avec les services du Centre Hospitalier de Narbonne :

- Participation aux stafs de certaines unités de soins les plus concernées par cette forme de prise en charge post hospitalisation pour anticiper les demandes et les inscrire dans le mode de prise en charge en HAD
- Partage des informations sur les suites des soins en HAD et l'évaluation qui en est faite à la fois par les équipes médicales et de soins des deux structures
- Partage des informations sur des besoins de formation ou d'information sur les nouvelles techniques de prise en charge de patients par les deux établissements de soins
- Partage d'information sur des protocoles de soins mis en place au sein du CH de Narbonne et pouvant avoir des conséquences dans l'organisation des soins en HAD

INSCRIre LES HAD DU GHT DANS LES PERSPECTIVES NATIONALES D'EVOLUTION DE L'HOSPITALISATION A DOMICILE

Ces perspectives d'évolution sont larges et diversifiées :

- Interventions dans les structures médico-sociales
- Intégration dans le parcours de prise en charge post SSR
- Développement de prise en charge innovante.

ASSOCIER LES STRUCTURES PRIVEES HAD A L'ELABORATION DU PMP

L'article L 6132-1 - VI du code de la santé publique dispose que les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile et qui ne sont pas parties à un GHT sont associés à l'élaboration du projet médical partagé du GHT situé sur leur aire géographique d'intervention.

Dans la phase 3 du projet médical partagé, les structures du groupe « Médipôle partenaires » seront conviées à participer aux réflexions du PMP.

3^{EME} Axe Développements mutuels

2.3.8 SANTE MENTALE ET PSYCHIATRIQUE

CONTEXTE GENERAL

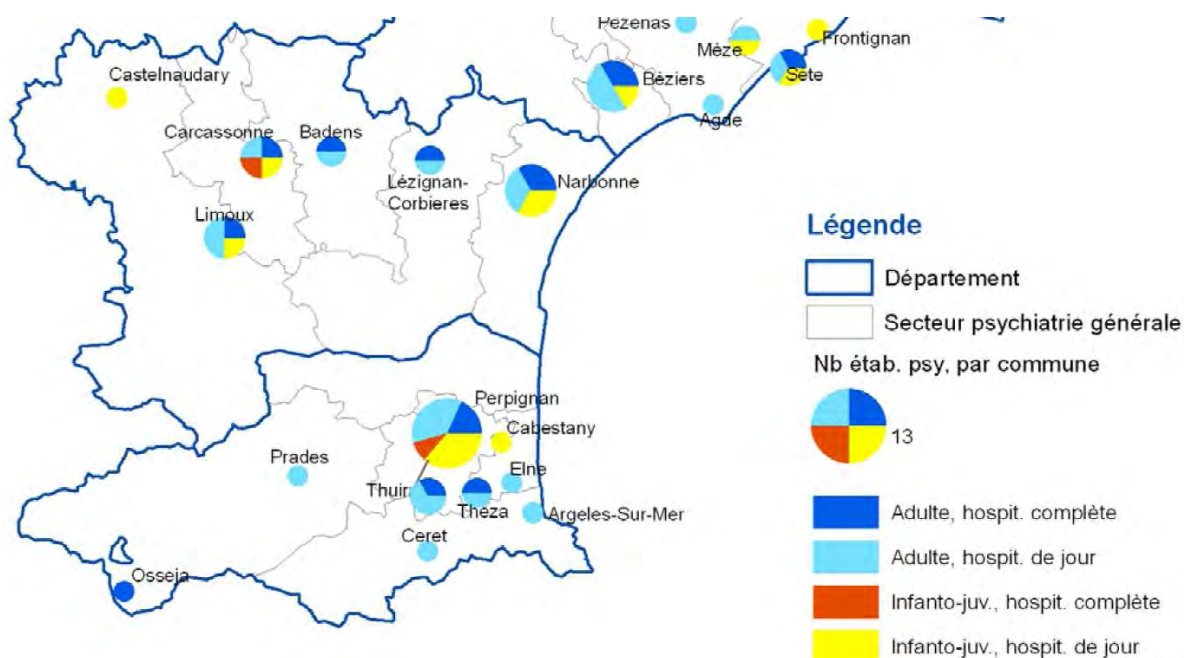
Les caractéristiques socio - démographiques du territoire du GHT, précarité et chômage d'une part, vieillissement de la population d'autre part, constituent des facteurs aggravants pour le repérage et le suivi des patients.

La grande vulnérabilité d'une partie de la population renforce la nécessité d'une coordination efficace des structures de prise en charge somatique et psychiatrique autour de différents axes dont :

- Le repérage et la prise en charge des situations de crise dans la filière « urgences »
- La prise en charge psychiatrique des personnes âgées
- La prise en charge des adolescents
- Le développement des alternatives à l'hospitalisation
- L'accessibilité aux soins des populations isolées géographiquement et/ou socialement.

SITUATION ACTUELLE DU TERRITOIRE DU GHT

Offre sanitaire AUDE et PYRENEES-ORIENTALES



Psychiatrie générale	France	LR	Aude	PO
Taux d'équipement sanitaire pour 1 000 habitants de plus de 16 ans	1,21	1,71	1,22	1,74
Taux de recours hospitalier en psychiatrie adulte (nombre de séances / séjours pour 10 000 habitants)	4 820	5 089	4 213	5 276
Pédopsychiatrie	France	LR	Aude	PO
Pédo-psychiatrie taux d'équipement sanitaire pour 1 000 enfants de 0 à 16 ans	0,93	0,92	0,84	1,02
Taux de recours hospitalier de pédopsy (nombre de séances/séjours pour 10 000 habitants)	1 652	1 414	1 562	1 270

Aude

Sur l'Aude, l'offre de soins est répartie entre le centre hospitalier de Narbonne et deux structures hors territoire du GHT la clinique Miremont et l'USSAP de Limoux dont une partie des activités est délocalisée sur Carcassonne, Castelnaudary et Lézignan-Corbières.

Le Pôle de Psychiatrie de l'Hôpital de Narbonne et l'USSAP sont en partenariat depuis des années dans la continuité des soins et le partage des Urgences. Cette synergie publique/privée déjà créée devrait faire l'objet d'une Communauté Psychiatrique de Territoire. Le Pôle de Psychiatrie s'est coordonné autour de :

La Psychiatrie adultes qui comprend :

- un service ouvert de 35 lits
- un service fermé de 14 lits
- deux Hôpitaux de Jour dont un spécialisé dans les troubles addictifs
- deux CMP et CATT
- des appartements thérapeutiques
- psychiatrie de liaison sur l'Hôpital Général et prise en charge des Urgences psychiatriques

L'Addictologie fait l'objet d'un investissement solide et ancien par la Psychiatrie du Narbonnais avec filière de soin et systémie inter-Pôles. En plus d'un Hôpital de Jour spécifique de lits dédiés, nous gérons une Equipe de Liaison en Soins Addictologiques (ELSA).

La Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent s'articule autour de deux Hôpitaux de Jour et de deux CMP, d'une prise en charge d'enfant et d'adolescent sur 4 lits de Pédiatrie, est très active avec des thérapeutiques innovantes notamment par rapport à l'autisme. Un projet de reconstruction du service est en cours. Les hospitalisations de jeunes patients plus difficiles se font sur l'UDASPA (USSAP).

Pyrénées-Orientales

Quatre établissements sont autorisés, le CHS de Thuir, la clinique du Pré à Théza, la clinique psychothérapique du Roussillon à Perpignan, la clinique Sensévia (Osséja).

Le CHS de Thuir a été autorisé par l'ARS à ne pas être établissement partie au GHT pour une période de cinq ans. La coopération entre le CHS de Thuir et le CH de Perpignan concerne la prise en charge des urgences psychiatriques sur le site du CHP.

Ainsi l'activité psychiatrique aux urgences du centre hospitalier de Perpignan est assurée par un psychiatre du CHS de Thuir 24H/24 et le CAC 48 du CHS est installé sur le site de l'hôpital. Le centre hospitalier de Perpignan a mis à disposition du CHS un terrain afin de permettre la reconstruction du CAC 48, actuellement implanté dans des locaux vétustes, ainsi qu'une unité pour adolescents.

Il existe également un protocole de coordination sur le Centre pénitentiaire de Perpignan. Des coopérations sont également passées avec la clinique du Pré et la clinique du Roussillon, notamment pour la prise en charge coordonnée des addictions.

La clinique Sensévia d'Osséja est en demande de partenariat.

Le centre hospitalier de Prades et le CHS de Thuir ont signé une convention pour l'intervention de l'Equipe Mobile de Gérontopsychiatrie en EHPAD.

LES OBJECTIFS DU PMP

AFFIRMER LA NECESSITE DE CONFORTER LES EQUIPES MEDICALES DE MANIERE PERENNE

Le groupement hospitalier de territoire doit devenir un élément d'attractivité pour le recrutement des professionnels médicaux et non médicaux exerçant en psychiatrie. En effet l'intégration de ces professionnels dans un environnement pluridisciplinaire est un facteur de motivation pour assurer des recrutements.

DEVELOPPER LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE DES PERSONNES ÂGÉES

Les enjeux démographiques rappelés précédemment nécessitent l'anticipation de la réponse à un besoin fortement évolutif.

La prise en charge des personnes âgées et la coordination avec les EHPAD se font par le biais de consultations sur place ou à la Clinique, d'hospitalisations programmées pour diagnostique ou séjour de rupture et de visites infirmières voir psychiatres dans les établissements ; deux lits sont destinés aux personnes âgées en Psychiatrie B dans le cadre de ses missions.

Le Centre Hospitalier de Narbonne n'a pas été attributaire de moyens pour mettre en place une équipe mobile de psychogériatrie qui a été dévolue à un autre établissement. Hors dans le cadre de la sectorisation d'une part mais aussi des liens forts qui existent entre les EHPAD et l'établissement, le service de psychiatrie est fortement sollicité pour assurer des interventions sur les différents sites, sans exclusive entre les établissements publics ou

privés. Ce dispositif permettrait de compléter l'organisation médicale et soignante du secteur.

AMELIORER LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS

Sur les Pyrénées-Orientales, l'ouverture d'une Maison pour Adolescents sous la coordination du Réseau ADO 66, et avec la participation des pédiatres du centre hospitalier de Perpignan, permettra une meilleure structuration de cette prise en charge, pour faire face, là aussi, à un besoin grandissant.

La Maison des Adolescents de l'AUDE existe depuis 2012. Elle est gérée par une association composée de 4 membres fondateurs : l'ASM USSAP, le CH de Narbonne, le CH de Carcassonne et l'Association Narbonnaise des Activités Adaptées (ANAA). Elle couvre la totalité du Département. Il lui a été adossé depuis le début de l'année 2016 une équipe mobile (EMILIA) destinée d'une part à la prise en charge des cas complexes et d'autre part à la prévention du risque suicidaire.

Sur l'Est Audois la coordination entre les Psychiatres du service de Pédopsychiatrie et les Psychiatres d'adultes du Centre Hospitalier de Narbonne amène à une prise en charge accrue des adolescents. Un de nos pédopsychiatres s'est plus particulièrement impliqué dans cette problématique et a été à l'initiative des 4 lits sur le Centre Hospitalier de Narbonne en partenariat avec l'équipe du service de Pédiatrie. Cette organisation vise à pallier aux difficultés d'admission dans l'unité spécialisée située à Carcassonne et dont les capacités sont régulièrement saturées.

POURSUIVRE ET RENFORCER LE PARTENARIAT ENTRE LES DIFFERENTES STRUCTURES DE L'AUDE ET DES PYRENEES-ORIENTALES

Pour l'AUDE la priorité est de construire la Communauté Hospitalière de Territoire. Il sera proposé qu'elle soit composée avant tout par le CH de Narbonne et l'ASM USSAP (pour le secteur 4), ce qui permettra de couvrir un territoire correspondant au Grand Narbonne et au Lézignanais.



CONSEIL DE SURVEILLANCE

SEANCE DU 16 décembre 2016

Salle des instances 9h

Le Conseil de Surveillance du Centre Hospitalier de NARBONNE s'est réuni le 16 décembre 2016 dans la salle des instances au 16 rue Rabelais, sous la présidence de Madame Marie-Noëlle GARBAY.

Présents :

Madame Marie-Noëlle GARBAY	Présidente, Adjointe au Maire de NARBONNE
Madame Catherine GOUIRY	Vice-Présidente, Représentante de l'Agglomération du Grand NARBONNE, Maire de Peyriac de Mer
Monsieur Nicolas SAINTE CLUQUE	Représentant le Conseil Général de l'Aude
Maître Didier MOULY	Maire de la Ville de NARBONNE
Monsieur Jean DANÉY DE MARCILLAC	Personnalité qualifiée - Membre désigné par le Directeur Général de l'ARS
Madame Paulette DELANNOY	Personnalité qualifiée - Membre désigné par le Directeur Général de l'ARS
Madame Alice AUVRAY	Personnalité qualifiée - Membre désigné par le Directeur Général de l'ARS
Monsieur Pierre GAILLARD	Personnalité qualifiée désignée par le Préfet de l'Aude
Madame le Docteur Christine SORNAY-SOARES	Représentante de la Commission Médicale d'Etablissement
Monsieur le Docteur Matthias DURAND-ROGER	Représentant de la Commission Médicale d'Etablissement
Madame Patrick RUIZ	Membre élu par la CSIRMT
Madame Dominique LORENZO MACIAS	Représentant les personnels non médicaux (FO)

Assistent avec voix consultative :

Monsieur Olivier ROQUET	Directeur du Centre Hospitalier de NARBONNE
Monsieur Xavier CRISNAIRE	Représentant Mme Le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc Roussillon
Monsieur le Docteur Alain PERET	Vice- Président du Directoire, Président de la Commission Médicale d'Etablissement
Madame Nathalie CABROL	Trésorière Principale
Madame Marie-Thérèse BORRAS,	Représentante du Conseil de la Vie Sociale

Invités présents :

Madame Bénédicte POISSON	Directrice Adjointe chargée de la Direction des Finances des Achats et de la Logistique
Madame Marie-Thérèse GANTNER	Coordinatrice Générale des Soins
Monsieur Pascal DAHLEN	Ingénieur en Chef chargé de la Direction de l'Investissement des Ressources Biomédicale et Travaux
Monsieur Jean-Christophe VISEUR	Chef de Cabinet, secrétaire de séance

Absents excusés :

Monsieur Henri MARTIN	Représentant de l'Agglomération du Grand NARBONNE, Maire de Port la Nouvelle
Monsieur le Docteur Jean-Baptiste THIBERT	Personnalité qualifiée - Membre désigné par le Directeur Général de l'ARS
Monsieur le Docteur Laurent KOCNAR	Président du Comité d'Éthique du Centre Hospitalier de NARBONNE
Monsieur Thierry SERRES	Représentant les personnels non médicaux (UNSA)
Monsieur Laurent JALADEAU	Directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de l'Aude
Monsieur Christophe VEYSSIERE	Directeur chargé des Ressources Humaines et du Dialogue Social

OBJET : PROPOSITION DE REGLEMENT INTERIEUR DU COMITE DE USAGERS DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Vu le Code de la Santé Publique notamment ses articles R. 6143-5 et R. 6143-6,

Vu la Loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux Patients à la Santé et aux Territoires,

Vu la Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, article 107,

Vu le Décret 2010-361 du 8 avril 2010 relatif au Conseil de Surveillance des établissements publics de santé,

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

Vu les arrêtés N° 2010-246 du 3 juin 2010, N° 2011-695 du 26 mai 2011, N° 2012-027 du 20 janvier 2012, N° 2012-131 du 16 février 2012, N° 2012-2223 du 5 décembre 2012, N° 2013-1982 du 10 décembre 2013, N° 2015-1385 du 07 juillet 2015, N° 2016-034 du 20 janvier 2016, N° 2016-341 du 8 avril 2016 de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon portant la composition du Conseil de Surveillance,

Après avoir entendu Monsieur le Directeur,

Sa Présidente entendue

Après avoir délibéré

Le Conseil de Surveillance

VOTE

A l'unanimité « pour » et 1 « abstention »

La proposition de règlement intérieur du Comité de Usagers du GHT des Centres hospitaliers de :

- Lézignan-Corbières (11),
- Narbonne (11),
- Perpignan (66),
- Port la Nouvelle (11),
- Prades (66).

Tel que présenté en séance et mis en annexe de cette délibération.

(Annexe : proposition de règlement intérieur du Comité des Usagers du GHT)

La Présidente,

Signé

Mme Marie-Noëlle GARBAY

Document préparatoire à l'élaboration du :

REGLEMENT INTERIEUR

GHT

Groupement Hospitalier de Territoire

Centres hospitaliers de :

- **Lézignan-Corbières (11),**
- **Narbonne (11),**
- **Perpignan (66),**
- **Port la Nouvelle (11),**
- **Prades (66).**

JUILLET 2016

X - LE COMITE DES USAGERS

Composition

Les membres du comité des usagers

Les membres du Comité des Usagers du GHT seront désignés par les établissements membres du GHT ; ils seront choisis parmi les membres de chaque CDU mentionnés à l'article R1112-81 – I CSP.

Le comité comprend les membres permanents suivants :

- Le représentant légal de l'établissement support du GHT, président du comité ou la personne qu'il désigne à cet effet ;
- Le Directeur de chaque établissement membre du GHT,
- Cinq présidents ou vice-présidents des CDU,
- Cinq médiateurs membres des C.D.U
- L'ensemble des représentants des usagers, titulaires et suppléants, membres des C.D.U

Chaque membre du comité des usagers dispose d'un suppléant qui participe, en son absence, aux séances du comité.

Pour la première période de fonctionnement du comité des usagers, le mandat des membres prendra fin à la dernière date de renouvellement des Commissions Des Usagers des établissements parties au groupement.

Par la suite, la durée du mandat sera de trois ans. Le renouvellement du comité des usagers du GHT se faisant concomitamment au renouvellement des Commissions Des Usagers des établissements.

Le mandat est renouvelable.

Le mandat des membres du comité des usagers est lié au mandat qu'ils exercent dans leur établissement ; la perte de ce mandat entraîne la perte du mandat au comité des usagers.

Lorsqu'un membre titulaire du comité des usagers démissionne ou perd son mandat, il est remplacé par son suppléant jusqu'à nomination du titulaire. L'établissement concerné procède à la désignation d'un nouveau suppléant.

Les invités au comité des usagers

- Peuvent être invités aux séances du comité des usagers, selon l'ordre du jour à traiter :
 - Le représentant légal des établissements, parties au GHT ou leur représentant,
 - Le président de la Commission Médicale d'Etablissement ou le représentant qu'il désigne parmi les médecins membres de cette commission,
 - Un représentant de la Commission du service de soins infirmier, de rééducation et médico techniques
 - Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire ou son représentant,

- Le praticien coordonnateur des risques associés aux soins de chaque établissement parti au GHT, ou son représentant,
- En fonction des points inscrits à l'ordre du jour, le président du comité des usagers peut inviter toute personne, en raison de son expertise, à participer aux débats du comité et notamment les professionnels appartenant à :
 - un établissement partie au groupement ;
 - un établissement ou une structure associé ou partenaire du groupement.

Compétences

Le comité des usagers anime la réflexion de territoire de groupement liée :

- au respect des droits des usagers,
- à l'amélioration de la qualité de l'accueil des personnes malades, et de leurs proches
- à la prise en charge médicale de l'utilisateur.

Missions du comité des usagers :

- Favoriser le partage de la culture Qualité ;
- Dans son domaine de compétences, le comité des usagers est informé des actions et initiatives conduites en faveur de l'amélioration de la qualité, dans les établissements du groupement ; il propose à l'ensemble du GHT la généralisation des bonnes pratiques.
- Coordonner les actions communes ;
A partir des expériences et des pratiques des commissions des usagers des établissements membres, le comité des usagers peut :
 - ✓ proposer des actions coordonnées à l'échelle du groupement et développer une dynamique de résolution .
Dans le cadre de réclamations ou plaintes communes à plusieurs établissements du GHT, un travail conjoint d'analyse et de traitement sera réalisé.
 - ✓ Initier et animer des actions de communication touchant, entre autres, au droit des patients ; ceci dans le cadre de projets nationaux ou régionaux portés par l'ARS.
- Mutualiser les ressources ;
 - ✓ Faire bénéficier le groupement des acquis de compétences dans les domaines de la relation à l'utilisateur et de la médiation.
 - ✓ Encourager les échanges d'expériences, plus particulièrement dans le domaine de la médiation.

✓ Favoriser le partage des moyens humains en fonction des difficultés rencontrées temporairement par un établissement membre du GHT.

- Créer une dynamique de formation
En mettant à disposition du groupement les moyens et structures d'accueil de formation et d'information existants : Réseau RMES, plans de formation des établissements membres, actions de formation spécifiques...

Le président du comité des usagers coordonne les actions du comité et assure le suivi de sa mise en œuvre et son évaluation.

Le comité des usagers est tenu informé, chaque année, de la progression des actions mises en œuvre, dans son domaine de compétences, 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.

Fonctionnement

Présidence du comité des usagers

Le comité des usagers est présidé par le directeur de l'établissement support du groupement ou par la personne qu'il désigne à cet effet.

Nombre de séances et convocations

Le comité des usagers se réunit au moins deux fois par an :

- Une séance plénière d'échange et d'élaboration du projet pluriannuel d'activité et sur le bilan d'activité du comité,
- Une séance restreinte réunissant, au moins, les Directeurs, les Présidents et Vice-Présidents des commissions des usagers des établissements membres du groupement et tout autre membre, conformément à l'article R 1112-81 – I C.S.P

Le comité se réunit sur convocation de son président, conformément à un ordre du jour établi.

L'ordre du jour est arrêté par le président, après concertation et sur proposition des membres du comité et adressé, au moins sept jours à l'avance, à l'ensemble des membres.

Les séances ne sont pas publiques.

Le comité des usagers émet des avis et des recommandations.

Secrétariat du comité des usagers

Il est assuré par l'établissement support .

Un relevé de conclusions signé par le président du comité des usagers du G.H.T est établi pour chaque séance et envoyé aux membres du comité ; il est communiqué, pour actions éventuelles, aux commissions des usagers des établissements parties au groupement.