

# PROJET MEDICAL PARTAGE DE TERRITOIRE

*(hors psychiatrie Adultes)*

Groupement Hospitalier de Territoire  
de Tarn et Garonne



## SOMMAIRE

<b>Le Projet Médical Partagé de Territoire de Tarn et Garonne à l’horizon du Nouvel Hôpital4</b>	
<i>EN SYNTHÈSE : lignes de force, ambitions majeures, .....</i>	21
<b>Le Pôle des médecines .....</b>	<b>22</b>
La neurologie et l’Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaire (USINV).....	22
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	32
La filière AVC .....	33
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	42
La cardiologie et l’Unité de Soins Intensifs en Cardiologie (USIC) .....	43
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	52
La pneumologie .....	53
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	63
L’oncologie et l’hématologie .....	64
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	72
La dermatologie.....	73
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	79
La diabétologie, l’endocrinologie et les maladies métaboliques (DEMM).....	80
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	88
Les maladies infectieuses .....	89
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	92
Les soins palliatifs .....	93
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	99
Le parcours du patient douloureux chronique.....	100
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	103
<b>Le Pôle Bloc-Ambulatoire-Anesthésie-Chirurgie et Consultations (BAACC) .....</b>	<b>104</b>
La prise en charge des pathologies digestives .....	104
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	108
Les prises en charge chirurgicales : la chirurgie digestive et la chirurgie orthopédique .....	109
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	121
Focus sur la chirurgie bariatrique.....	122
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	125
Les activités anesthésiques .....	126
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	130
<b>Oncologie gynécologique et mammaire.....</b>	<b>131</b>
Le cancer du sein : consolider une offre publique en Tarn et Garonne.....	131
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	141
Le cancer du pelvis : construire une offre publique en Tarn et Garonne .....	142
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	147
<b>Le Pôle SAMU – urgences - réanimation .....</b>	<b>148</b>
La filière SAMU-SMUR–urgences-UHCD .....	148
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	168
Les soins critiques adultes Réanimation et surveillance continue.....	169
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	184
<b>Le pôle Femme-Parents –Enfants .....</b>	<b>185</b>
La filière Obstétrique – Maternité.....	186
<i>EN SYNTHÈSE .....</i>	192



Centre Hospitalier  
de Montauban



CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL  
CASTELSARRASIN MOISSAC



HOPITAL  
TURENNE



La prise en charge de l'infertilité.....	193
<i>EN SYNTHÈSE</i> .....	195
La pédiatrie et la néonatalogie.....	196
<i>EN SYNTHÈSE</i> .....	201
La psychiatrie infanto – juvénile.....	202
<i>EN SYNTHÈSE</i> .....	211
La filière Oncologique gynécologique .....	212
<b>Le pôle soins médicaux et réadaptation et gériatrie .....</b>	<b>213</b>
Les Soins Médicaux de Réadaptation (SMR) .....	213
<i>EN SYNTHÈSE</i> .....	227
La filière personnes âgées et vieillissement.....	230
<i>EN SYNTHÈSE</i> .....	246
<b>Le pôle Santé Société .....</b>	<b>247</b>
La Filière d'addictologie .....	252
<i>EN SYNTHÈSE</i> .....	256
La filière prévention, dépistage et éducation thérapeutique .....	257
<i>EN SYNTHÈSE</i> .....	266
La filière médecine sociale .....	267
<i>EN SYNTHÈSE</i> .....	274
La filière de soins à domicile .....	275
<i>EN SYNTHÈSE</i> .....	279
<b>Le pôle Médico-Technique .....</b>	<b>280</b>
L'imagerie médicale .....	282
<i>EN SYNTHÈSE</i> .....	283
Le laboratoire .....	284
<i>EN SYNTHÈSE</i> .....	286
La pharmacie .....	287
<i>EN SYNTHÈSE</i> .....	291
La stérilisation .....	292
<i>EN SYNTHÈSE</i> .....	292
L'hygiène et prévention du risque infectieux associé aux soins .....	293
<i>EN SYNTHÈSE</i> .....	294

# Le Projet Médical Partagé de Territoire de Tarn et Garonne à l'horizon du Nouvel Hôpital

## I. Contexte & Enjeux principaux du Projet Médical Partagé de Territoire

Le **Groupement Hospitalier de Territoire du Tarn-et-Garonne (GHT 82)** est composé du :

- Centre Hospitalier de Montauban, établissement support du GHT
- Centre Hospitalier Intercommunal de Castelsarrasin-Moissac (CHIC-CM)
- Centre Hospitalier de Caussade (le Jardin d'Emilie)
- Centre Hospitalier de Négrepelisse (Hôpital de Turenne)
- Centre Hospitalier de Valence d'Agen (le Centre Hospitalier des Deux Rives).

Le projet médical du Groupement hospitalier de Tarn-et-Garonne détermine les priorités, les défis à relever et les engagements des acteurs du territoire au service de la population du département. Dans le contexte de l'avènement du Nouvel Hôpital en 2030, le projet médical de cette période doit assurer la transition et poser les bases du futur établissement.

Ce projet s'inscrit pleinement dans le Projet Régional de Santé 2023 – 2028 de l'ARS Occitanie et le Schéma Territorial de Santé de Tarn et Garonne, dont l'ambition est : « Agir au plus près des besoins de santé ».

### 1. Diagnostic territorial du département de Tarn-et-Garonne

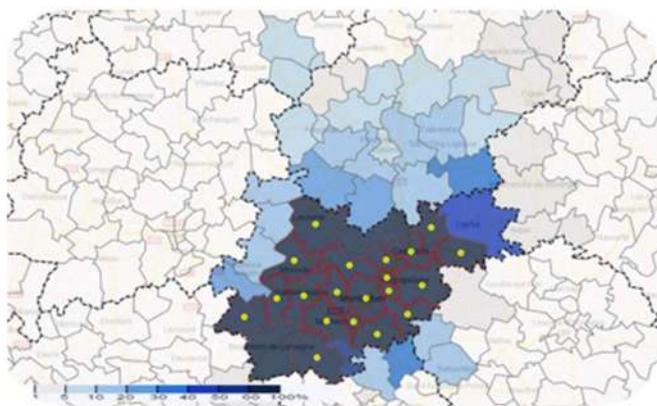
#### a) *Données démographiques, économiques & Enjeux de santé associés*

- Un département de taille modeste, plutôt rural et à la démographie concentrée sur 3 agglomérations

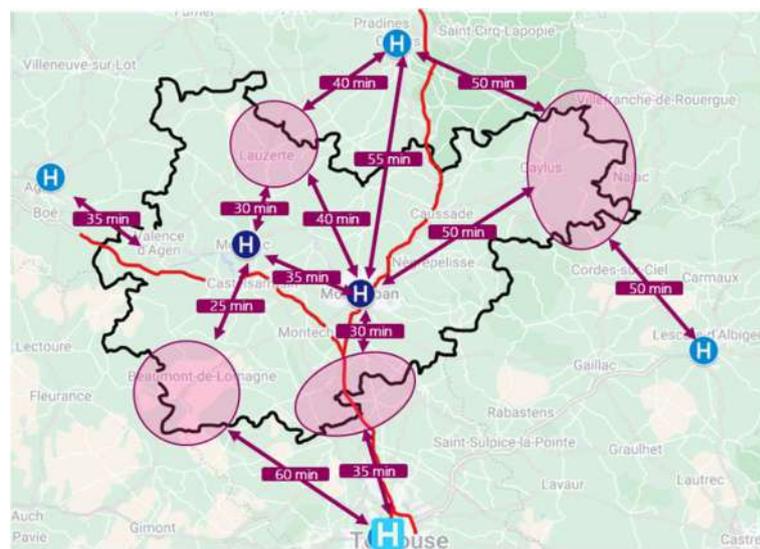
Le Schéma Territorial de Santé de Tarn-et-Garonne rappelle qu'avec une population de **262 000 habitants**, et un territoire géographique de 3 718 km<sup>2</sup> (85ème position de l'ensemble des départements français, hors DOM-TOM), le département est peu peuplé et peu étendu. Il accueille **4% de la population régionale**. Il s'agit d'un territoire plutôt rural, à la démographie concentrée dans 3 agglomérations : Montauban (préfecture du département), Moissac et Castelsarrasin.

Les temps de transport en voiture entre les deux aires urbaines du département (Montauban et Castelsarrasin-Moissac) représentent environ 35 minutes. **Les déplacements intra-départementaux sont de durée relativement limitée**, en lien avec la relative petite taille du département. Il faut mentionner la présence d'**agglomérations limitrophes attractives** : Toulouse, au sud du département;

Agen (préfecture du Lot-et-Garonne) à 35 minutes de temps de trajet en voiture de l'Ouest du département. L'extrême Nord-Est du département se trouve à équidistance de Montauban et d'Albi (préfecture du Tarn).



♦ Une zone de recrutement de patients large mais une zone d'attractivité ramassée sur l'intérieur du département



Légende :



## ii. Une croissance démographique continue et supérieure à la moyenne nationale

La ville de Montauban compte 62 000 habitants, tandis que Moissac et Castelsarrasin comptent respectivement 14 000 habitants (recensements de 2021). Le département du Tarn-et-Garonne a connu une **croissance démographique stable de 0,6%** sur la période 2014-2020 (le double de moyenne française : 0,3% sur la même période), mais avec une réalité différente en fonction des secteurs du département. En effet, la croissance est plus dynamique, et repose essentiellement sur un excédent migratoire sur l'axe Toulouse – Montauban et autour de Castelsarrasin et de Moissac.

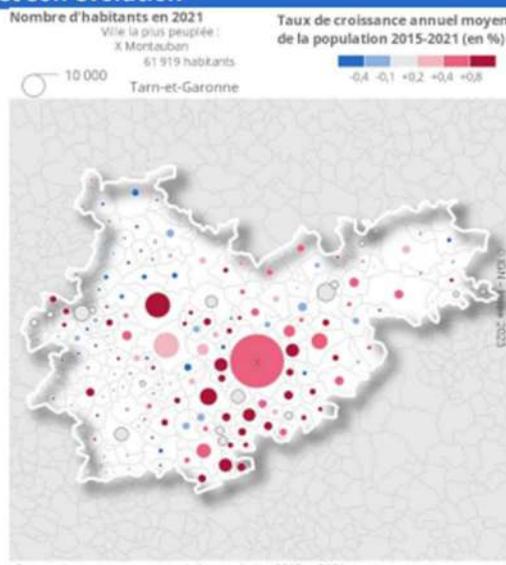
**Le Tarn-et-Garonne est un des seuls départements français dont la croissance démographique devrait se poursuivre jusqu'en 2070.** La projection pour 2050 prévoit un taux de croissance annuel de 0,70%, assuré exclusivement par le solde migratoire, en grande partie expliqué par la croissance de l'agglomération toulousaine voisine, au sud du département.

Source : INSEE

**La population des communes et son évolution**

	Population 2021	Taux de croissance annuel moyen	
		2015-2021 en %	2010-2015 en %
<b>Les plus peuplées</b>			
Montauban	61 919	0,5	1,3
Castelsarrasin	14 178	0,3	1,7
Moissac	13 748	1,5	0,6
Caussade	6 804	-0,1	0,6
Montech	6 650	1,1	2,1
<b>En plus forte croissance*</b>			
Moissac	13 748	1,5	0,6
Saint-Étienne-de-Tulmont	4 029	1,2	1,2
Montech	6 650	1,1	2,1
Labastide-Saint-Pierre	3 792	0,9	-0,4
Grisolles	4 197	0,8	1,9
<b>En plus forte décroissance*</b>			
Lafrançaise	2 852	-0,1	0,2
Caussade	6 804	-0,1	0,6
Valence	5 256	-0,1	0,5

\* parmi les communes de plus de 2 000 habitants  
Source : Insee, recensements de la population 2015 et 2021



Source : Insee, recensements de la population 2015 et 2021

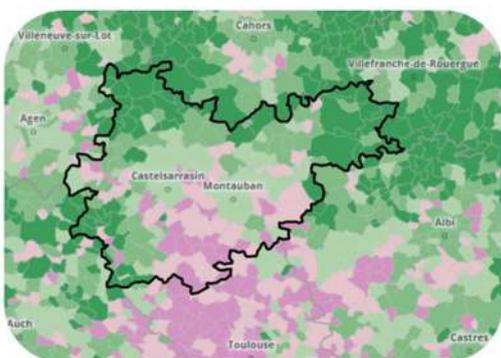
**iii. Un vieillissement de la population et un accroissement de la dépendance**

L'indice de vieillissement de la population est plus faible que celui de la région Occitanie, mais **la population des plus de 65 ans va continuer à progresser**. La part des personnes âgées de plus de 65 ans est aujourd'hui de 22% dans le département (22% en moyenne en Occitanie) et devrait atteindre près de **32 % en 2050**. Elle serait en cela similaire à la moyenne régionale (20,2% en 2013, 29,5% en 2050), mais supérieure à la moyenne nationale (17,5% en 2013, et 27,1% en 2050).

Source : INSEE.

ENJEUX DE SANTÉ POUR LA POPULATION DU TARN ET GARONNE

**UNE POPULATION VIEILLISSANTE PRÉSENTE SURTOUT DANS LES COMMUNES RURALES DU NORD DU DÉPARTEMENT**

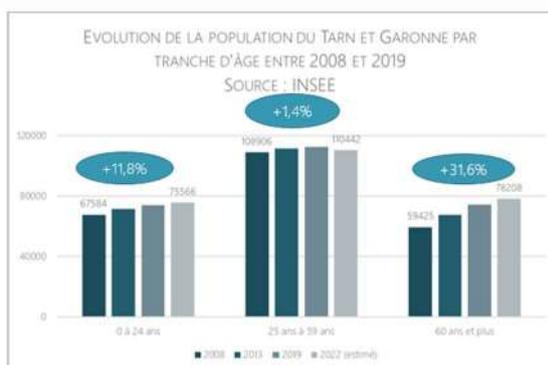


INDICE DE VIEILLISSEMENT SOURCE: INSEE, 2018

- De 0 à 62,1
- De 62,2 à 82,4
- De 82,5 à 105,9
- De 106 à 149,9
- Plus de 150

**Indice de vieillissement** : rapport de la population des 65 ans et plus sur celle des moins de 20 ans.  
Un indice autour de 100 indique que les 65 ans et les moins de 20 ans sont présents dans à peu près les mêmes proportions.

- Une population avec un indice de vieillissement de 91,1 (supérieur à la moyenne nationale : 82,5).
- Un indice de vieillissement davantage marqué au nord
- Cela coïncide avec la carte de densité de population : il y a une plus grande proportion de personnes âgées dans les communes rurales.



Il est important de noter que l'indice de vieillissement est bien inférieur à la moyenne nationale dans les zones du sud-est du département correspondant au **bassin de vie jouxtant l'agglomération toulousaine : la part des jeunes de moins de 20 ans est ici favorable**, voire très favorable. Cette zone sud-est du département contribue à faire du département un département relativement jeune, et attractif, malgré la part de personnes âgées plus importante que dans la moyenne nationale.

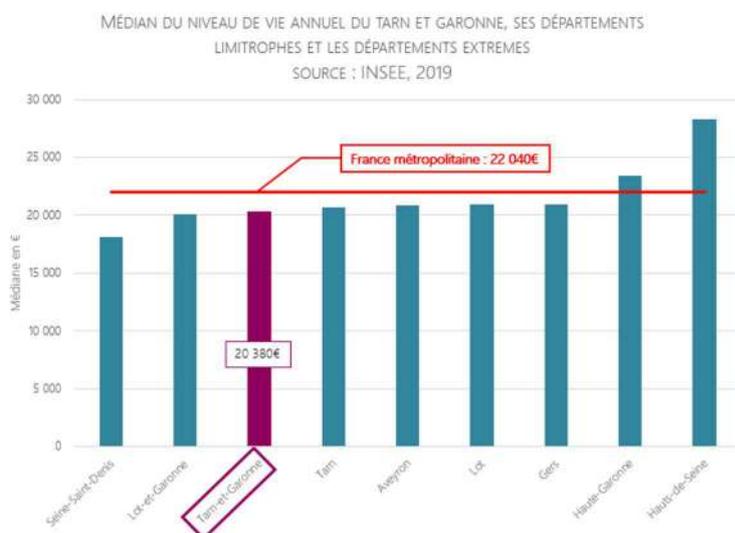
iv. Un niveau de vie moyen plutôt faible

**Le niveau de vie des Tarn-et-Garonnais est l'un des plus faibles des départements français de métropole** (76ème rang des départements de province en 2018).

Le rapport entre la population aux revenus les plus faibles et celle aux revenus les plus élevés (rapport interdécile) en Tarn-et-Garonne est de 3 en 2019 (3,5 pour la France), indiquant une plus faible inégalité de salaires dans ce département, mais contribuant à expliquer son faible médian de niveau de vie annuel.

ENJEUX DE SANTÉ  
POUR LA  
POPULATION DU  
TARN ET GARONNE

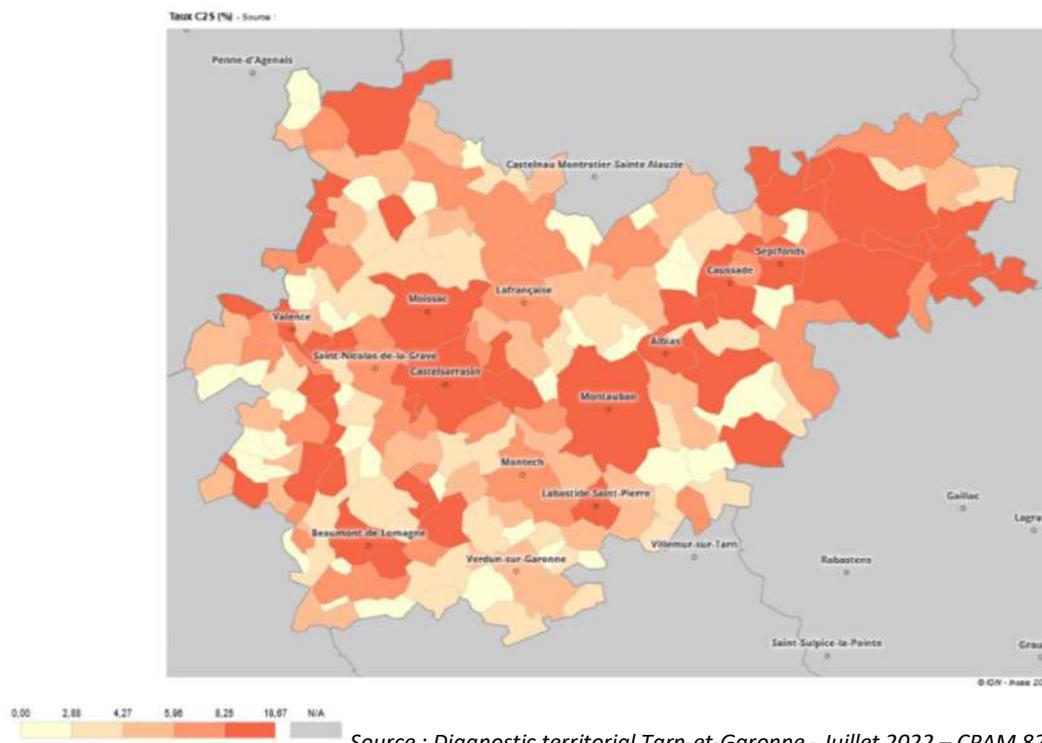
LE TARN-ET-GARONNE FIGURE PARMIS LES RÉGIONS DE FRANCE MÉTROPOLITAINE  
OÙ LA PRÉCARITÉ EST LA PLUS ÉLEVÉE



- ♦ Un niveau de vie parmi les plus faibles des départements en France Métropolitaine
- ♦ Le Tarn-et-Garonne occupe la 15<sup>e</sup> place des départements en matière de pauvreté avec un seuil à 16,4% (contre 14,6% en France Métropolitaine).

Le département se caractérise par un **taux de pauvreté à hauteur de 16%** de la population, légèrement supérieur à la moyenne française (15%) et légèrement inférieur à la région Occitanie (17%).

La carte ci-dessous, émise par la CPAM du 82, présente le taux de bénéficiaires de la Complémentaire Santé Solidaire (C2S).



Bien que le **taux moyen de C2S du département (9,13%)** soit comparable au niveau national (9,53%) et bien inférieur au taux régional (12,04%), certaines zones, dont les deux aires urbaines du département, présentent un taux bien supérieur : **Montauban à 14,59%** de bénéficiaires de la C2S, **Castelsarrasin à 12,31%**, **Moissac à 11,21%**. La Vallée de l'Aveyron, au Nord-Est du département, affiche des taux importants également.

Par ailleurs le département se caractérise par un taux légèrement plus faible (24%) de familles monoparentale qu'au niveau régional (27%) et national (25%), et un taux de chômage de 9% (7% en France et 9% en Occitanie).

Ces facteurs sociologiques sont à prendre en compte dans l'accès aux soins et dans l'offre de soins du territoire.

#### v. Un état de santé général similaire à celui des Français

Le **taux comparatif de mortalité générale en Tarn-et-Garonne entre 2013 et 2017 (920 pour hommes / femmes confondus)** est similaire au taux national (923 en métropole), et supérieur à celui de la région Occitanie (897) qui présente une sous-mortalité, à structure identique par âge.

Sur la période 2013-2017, l'espérance de vie à la naissance en Tarn-et-Garonne était de 82,6 ans, légèrement inférieure à celle de la région Occitanie (82,9 ans) et proche de la moyenne nationale de 82,5 ans.

Sur la même période 2013-2017, on a observé en Tarn-et-Garonne une **surmortalité par maladies cardiovasculaires**, qui ont causé en moyenne plus de 700 décès par an, soit 27% du total des décès : taux comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires de 246,2, vs. 224,2 en région Occitanie et 227,9 en France métropolitaine.

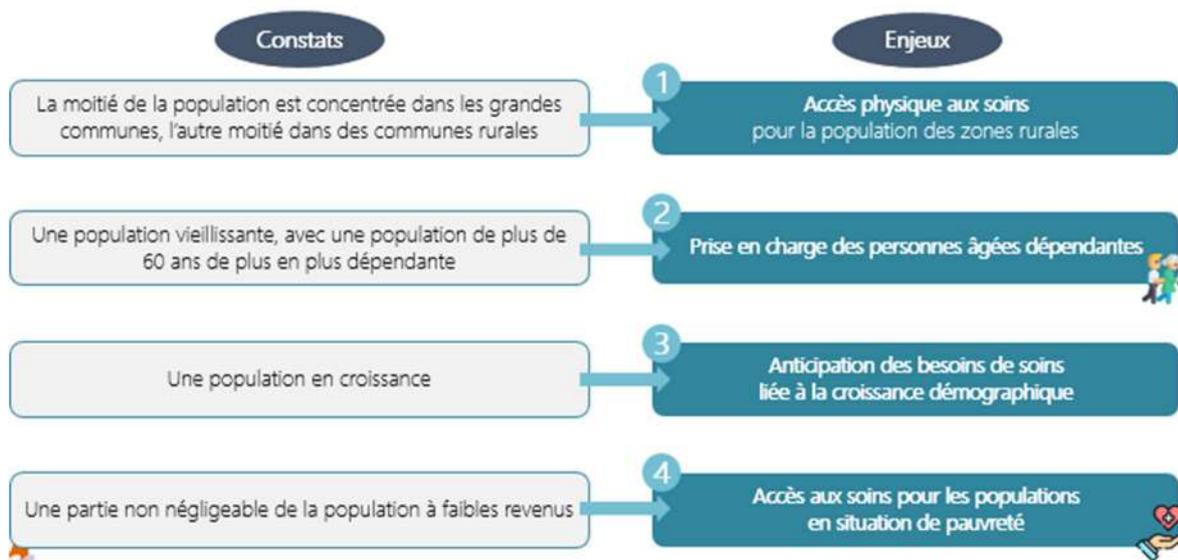
On note en revanche une **sous-mortalité significative par maladies respiratoire**, dans le département comme en région Occitanie : Taux comparatif de mortalité de 57,7 en Tarn-et-Garonne, 62,5 en Occitanie et 64,7 en France métropolitaine. Les maladies respiratoires ont causé 165 décès annuels en moyenne en Tarn-et-Garonne sur la période considérée, soit 6,4% du total des décès.

Le **taux d'incidence des ALD** (Affections de Longue Durée) était, en 2020, significativement plus élevé en Tarn-et-Garonne et en Occitanie qu'au niveau national : **2378 en Tarn-et-Garonne**, 2341 en Occitanie vs. 2252 en France métropolitaine. Il en est de même pour le taux standardisé d'hospitalisation en service de MCO : 258 pour le Tarn-et-Garonne, 252 en Occitanie, 250 en France métropolitaine.

Sources : Inserm/ Insee ; "Portraits de territoire – Tarn-et-Garonne Novembre 2022 – ARS Occitanie"

- vi. Les enjeux territoriaux inhérents aux caractéristiques démographiques et économiques du territoire

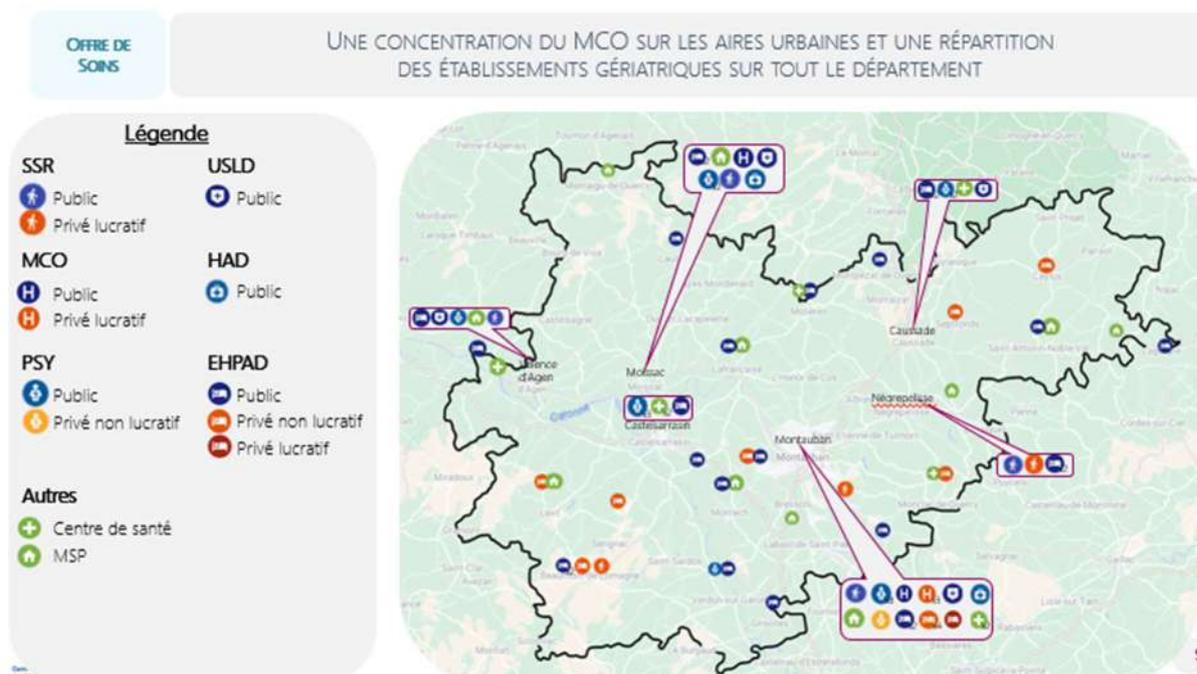
**Les enjeux liés aux caractéristiques démographiques et économiques de Tarn-et-Garonne exposées peuvent donc être résumés en 4 grands sujets**, en échos avec le Projet Régional de Santé 2023-2028 :



**b) Présentation de l'offre de soins du territoire**

**i. Cartographie des structures de soin du département Tarn-et-Garonne**

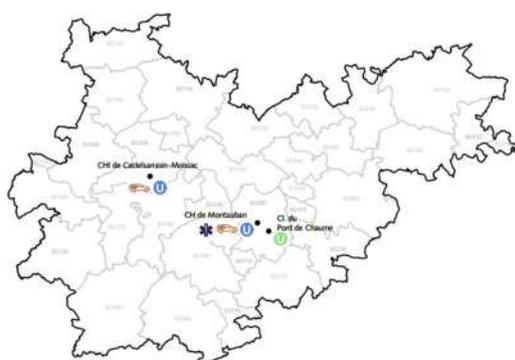
L'offre de soins du Tarn-et-Garonne concentre l'offre en MCO dans les zones urbaines, avec une bonne répartition des établissements gériatriques sur le département.



Le Tarn-et-Garonne comprend 3 Services d'Urgences sur le territoire :

- 2 proposés par des établissements du GHT : le CH de Montauban et le CHIC Castelsarrasin-Moissac (dont les équipes médicales sont intégrées)
- le troisième porté par la clinique privée du Pont-de-Chaume, située à Montauban et faisant partie du groupe de cliniques ELSAN.

**TARN-ET-GARONNE**



**Offre de soins**

- SAMU
- SMUR
- Services d'urgences publics hors CHU
- Services d'urgences privés
- Localisation du site

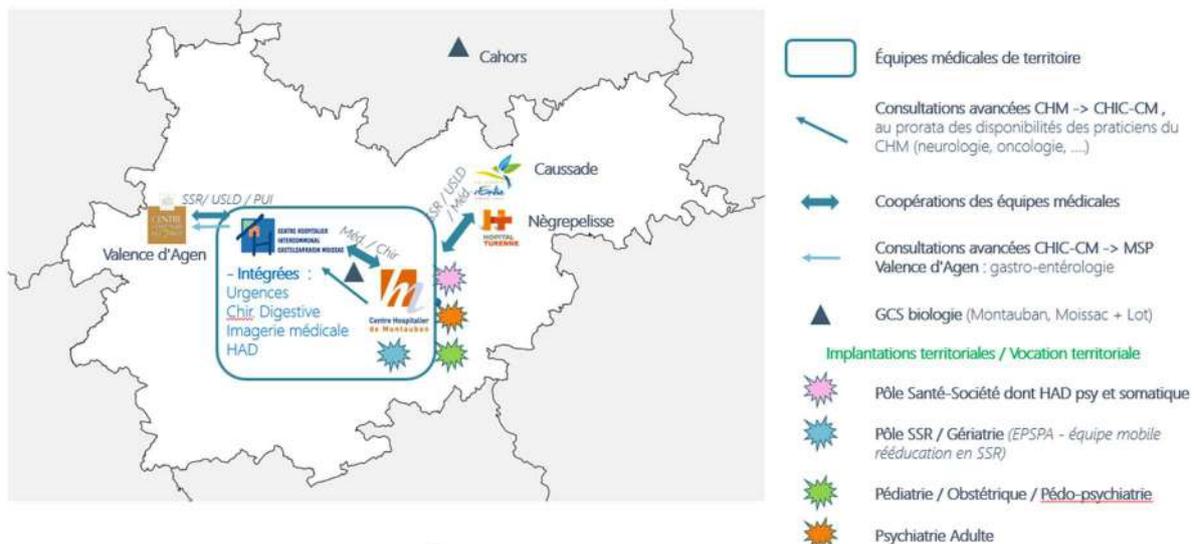


Pour pallier un problème de démographie médicale et d'accroissement du volume de passages aux urgences, **le CHIC de Moissac a mis en place une régulation des accès aux urgences depuis décembre 2021, et le Centre Hospitalier de Montauban a mis en place cet accès régulé depuis le 1er Juillet 2022.** Tous les appels sont régulés par le SAMU. Cette nouvelle organisation a montré ses effets dès l'été 2022, avec plusieurs indicateurs en progression, par exemple une diminution de 37% du nombre de CCMU 1 / jour, et une diminution de 17% des CCMU 2/ jour entre le premier semestre 2022 et l'été 2022 au CH de Montauban. La clinique du Pont de Chaume a suivi régulé également très régulièrement son accès aux urgences.

**Des coopérations existent entre le Centre Hospitalier de Montauban et les autres établissements du GHT, schématisés sur la carte ci-dessous. Ces coopérations restent souvent à l'échelle opérationnelle des équipes médicales. L'intensité des coopérations institutionnelles pourrait être renforcée à partir de toutes ces activités existantes.**

OFFRE DE SOINS

DES COOPÉRATIONS EXISTANTES AVEC LES ÉTABLISSEMENTS DU GHT DONT L'INTENSITÉ POURRAIT ÊTRE RENFORCÉE



**Il existe une convention d'association du GHT avec le CHU de Toulouse (H20), au titre des activités hospitalières et universitaires suivantes :** missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux, missions de recherche, missions de gestion de la démographie médicale, missions de référence et de recours.

Trois établissements de santé du secteur privé lucratif sont présents en MCO à Montauban et ont une zone d'attractivité sur tout le département, et pour certains sur les départements voisins :

- **La clinique du Pont de Chaume**, à Montauban, clinique du groupe ELSAN : 301 lits et places pour hospitalisation conventionnelle et ambulatoire.
- **La clinique Boyé Croix Saint Michel**, 106 lits autorisés, répartis en 51 lits de chirurgie, 24 en chirurgie ambulatoire, 16 en médecine et 15 en obstétrique.
- **La clinique Honoré Cave**, spécialisée en ophtalmologie (2/3 des parts du marché du département en 2021) et en ORL (35% des parts de marchés départementales).

**Le Centre Hospitalier de Montauban et la clinique montalbanaise du Pont de Chaume affichent un nombre équivalent de séjours MCO (hors séances et nouveau-né) en 2022 : 15 886 pour le CH Montauban, et 15 377 pour la clinique du Pont de Chaume. Le CHU Toulouse capte une grande partie des soins extraterritoriaux (8 402 séjours), suivi par la clinique haute-garonnaise des Cèdres (2 359 séjours). Les établissements du Lot-et-Garonne (la clinique Esquirol-St-Hilaire et (1 535) et le Centre Hospitalier Agen-Nérac (1 219 séjours) captent principalement la population de l'Ouest du département du Tarn-et-Garonne.**

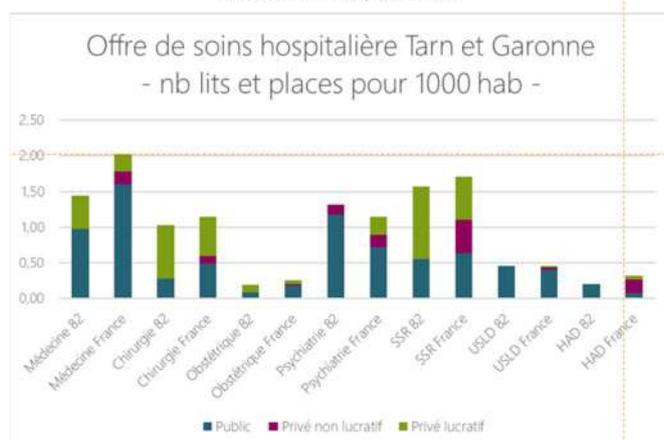
## ii. Offre de soins : un déficit en médecine et en obstétrique

L'observation du nombre de lits et places dans les établissements de santé pour 1000 personnes montre des **capacités en médecine inférieures à la moyenne nationale, avec une sur-représentation du secteur privé lucratif**, et l'absence du secteur privé non lucratif. La chirurgie présente aussi une part majoritaire du secteur privé lucratif. **L'obstétrique présente une capacité plus faible que la moyenne nationale**, en lien avec les bassins de vie à l'Est et au Sud-Ouest du département tournés sur les départements limitrophes du Lot-et-Garonne et de la Haute-Garonne. **Le secteur privé sur la Chirurgie en Tarn-et-Garonne est sur-représenté** par rapport à la moyenne nationale.

### OFFRE DE SOINS

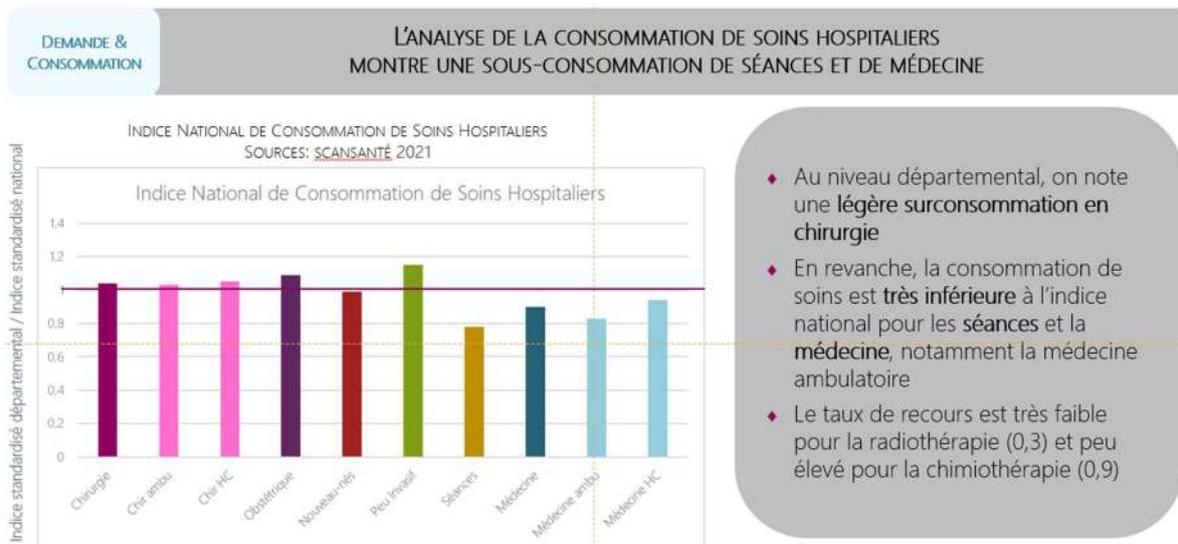
### DES CAPACITÉS EN MÉDECINE INFÉRIEURES À LA MOYENNE NATIONALE

NOMBRE DE LITS ET PLACES DANS LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ POUR 1 000 PERSONNES  
DANS LE TARN ET GARONNE, SELON LES ACTIVITÉS  
SOURCES: SAE 2021, INSEE 2021



- ♦ **Médecine** : Des capacités inférieures à celles de la France métropolitaine, une sur-représentation du privé lucratif et l'absence du secteur privé non lucratif.
- ♦ **Chirurgie** : La chirurgie est particulièrement prise en charge par le privé sur le département.
- ♦ **Obstétrique** : Une plus faible capacité qu'en France métropolitaine. Ceci est cohérent avec le taux de fuite de 37% sur l'agglomération toulousaine et le CH d'Agen (bassins de vie).

Ce déficit en capacité de médecine peut être un des facteurs expliquant que la consommation de soins est très inférieure à l'indice national pour les séances, et la médecine, notamment la médecine ambulatoire. L'ambulatoire reste donc à développer sur le territoire. On remarque un taux de recours très faible pour la radiothérapie (0,3) et peu élevé pour la chimiothérapie (0,9).



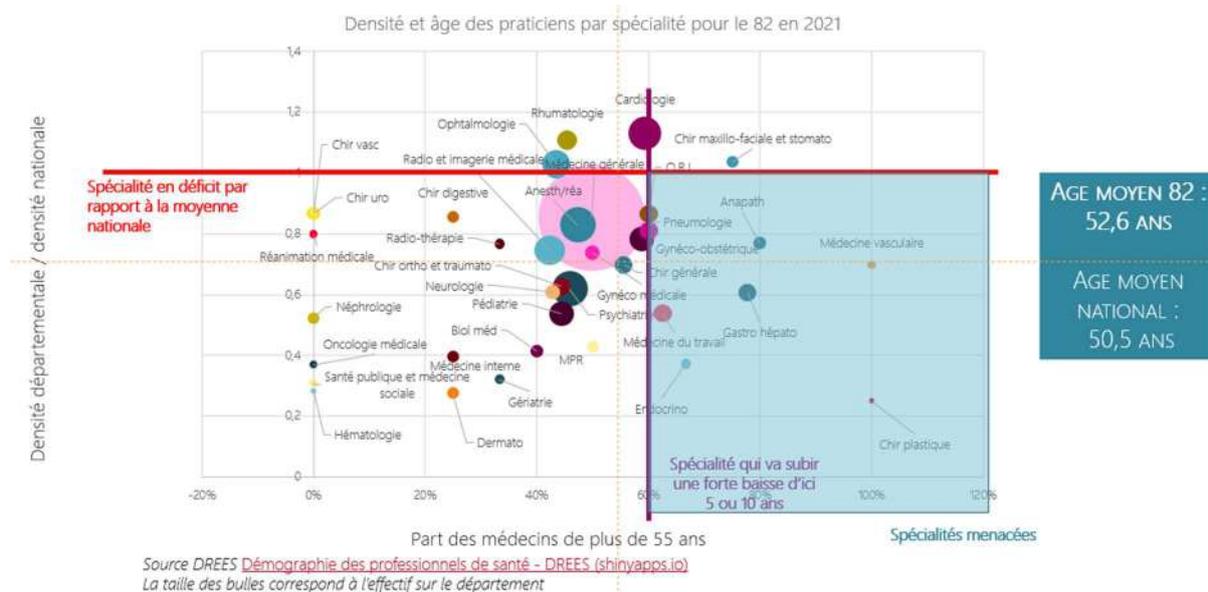
**En chirurgie à l'échelle du département, le nombre de blocs opératoires du département semble assez satisfaisant en regard des besoins de la population et du nombre de séjours en chirurgie (non ambulatoire et ambulatoire) : 15,7 salles d'intervention ou exploration pour 100 000 habitants, similaire au taux national (hors DROM) de 15,1. Comme précédemment évoqué, l'offre du secteur privé lucratif est relativement plus représentée en Tarn-et-Garonne qu'en moyenne en France (hors DROM).**

Par ailleurs, **en SMR Adultes, le territoire du Tarn-et-Garonne offre une densité comparable à la moyenne nationale : 1,6 lits et places SMR Adultes pour 1000 habitants (1,7 en moyenne nationale).** L'offre se répartit entre secteur public et secteur privé lucratif. Aucune offre de SMR pour enfants n'existe dans le département, ni d'offres de SMR adultes en Respiratoire, Affections d'oncohématologie et Brûlés.

- iii. Densité en professionnels de santé : une situation préoccupante en termes de ressources médicales, mais une bonne représentation des infirmiers libéraux

**La densité médicale en Tarn-et-Garonne est inférieure à celle de la moyenne française pour une majorité de disciplines.** La cardiologie et la rhumatologie représentent deux exceptions notables à cette assertion.

L'âge moyen de la population médicale du Tarn-et-Garonne (52,6 ans) est de 2,1 ans supérieur à la moyenne nationale (50,5 ans). La gastro-hépatologie et dans une moindre mesure l'endocrinologie, sont les spécialités hospitalières les plus à risque dans les années à venir en termes de démographie médicale.



On remarque des **difficultés d'attractivité du département pour les professionnels de santé**, quels qu'ils soient.

- **Focus sur la médecine de ville**

**14,3% de la population assurée du Tarn-et-Garonne n'avait pas de médecin traitant en 2021**, soit 26 436 assurés sans médecin traitant. Ce taux est plus élevé que la moyenne nationale de 11%. Les zones urbaines du Tarn-et-Garonne affichaient des taux élevés : 14,1% pour la commune de Montauban, et ~17% pour la commune de Moissac, tout comme le Nord-Est du département (Vallée de l'Aveyron), la zone au Nord de Lafrançaise (Nord du département) et les environs de Castelsarrasin.

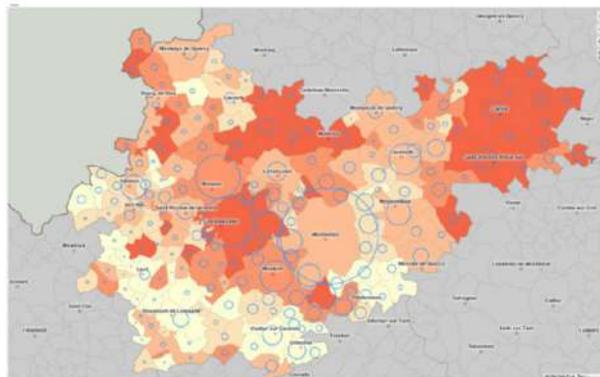
**Le taux de population sans médecin traitant a diminué en 2022, passant à 12%** (11% en région Occitanie) mais **42% des médecins généralistes sont âgés de plus 60 ans en 2022**. Le vieillissement des médecins accentue le problème de faible densité médicale, alors même que le vieillissement de la population majore le besoin en soins.

**La densité en médecins généralistes du Tarn-et-Garonne est la plus faible des départements de la région**. En 2022 3,39 consultations du médecin généraliste par an et par habitant, vs. 3,87 en Occitanie (source : *Accessibilité Potentielle Localisée*).

**2 OFFRE DE SOINS**

**UN FORT TAUX DE POPULATION ASSURÉE SANS MÉDECIN TRAITANT EN TARN-ET-GARONNE, Y COMPRIS DANS LES ZONES URBAINES**

Assurés sans médecin traitant, dont le médecin traitant a cessé son activité ou rattaché à un médecin traitant fictif, Novembre 2021



14,3% de la population assurée du Tarn-et-Garonne sans médecin traitant, soit 26 436 assurés.  
==> Moyenne nationale : 11%

- o Commune de Montauban : 14,1%
- o Commune de Moissac ; ~17%
- Taux les plus forts d'assurés sans médecin traitant
  - o Nord-Est du département (partie nord-est de la CPTS Vallée de l'Aveyron)
  - o autour de Castelsarrasin
  - o au nord de Lafrançaise.



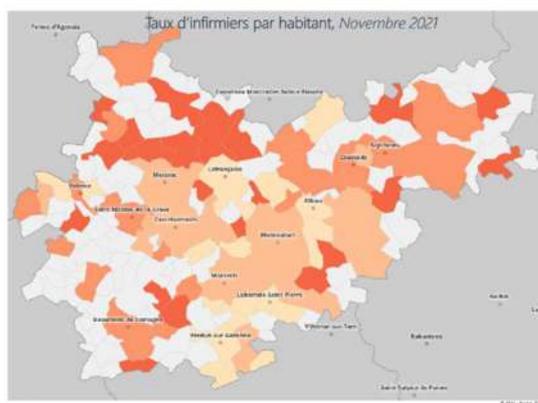
SOURCE : CPAM 82 – DIAGNOSTIC TERRITORIAL - JUILLET 2022

10

**Le Tarn-et-Garonne est en revanche mieux doté en infirmiers libéraux que la moyenne du territoire national, avec un taux d’infirmiers par habitant de 0,22% (identique à la moyenne régionale, la moyenne nationale étant de 0,15%). La répartition des ressources sur le territoire semble assez harmonieuse. L’on peut noter toutefois quelques zones blanches communes avec le déficit de médecins généralistes, au Sud-Ouest du département, à l’extrême Nord-Ouest, et dans les territoires au Nord de Caussade / Septfonds.**

**2 OFFRE DE SOINS**

**LE TARN-ET-GARONNE EST MIEUX DOTÉ EN INFIRMIERS LIBÉRAUX QUE LA MOYENNE NATIONALE, ET PROFITE D’UNE RELATIVEMENT BONNE RÉPARTITION GÉOGRAPHIQUE DES RESSOURCES**



Taux d’infirmiers par habitant du Tarn-et-Garonne : 0,22%,  
- Moyenne nationale : 0,15%  
- Moyenne régionale : 0,22%

577 infirmiers dans le département du Tarn-et-Garonne

110 communes sur les 195 du Tarn-et-Garonne n’ont aucun infirmier (0%).

Une meilleure répartition des infirmiers libéraux sur le territoire, mais quelques zones blanches communes avec le déficit de médecins généralistes :

- Sud-Ouest du département
- Nord-Ouest du département
- Nord de Caussade / Septfonds



SOURCE : CPAM 82 – DIAGNOSTIC TERRITORIAL - JUILLET 2022

17

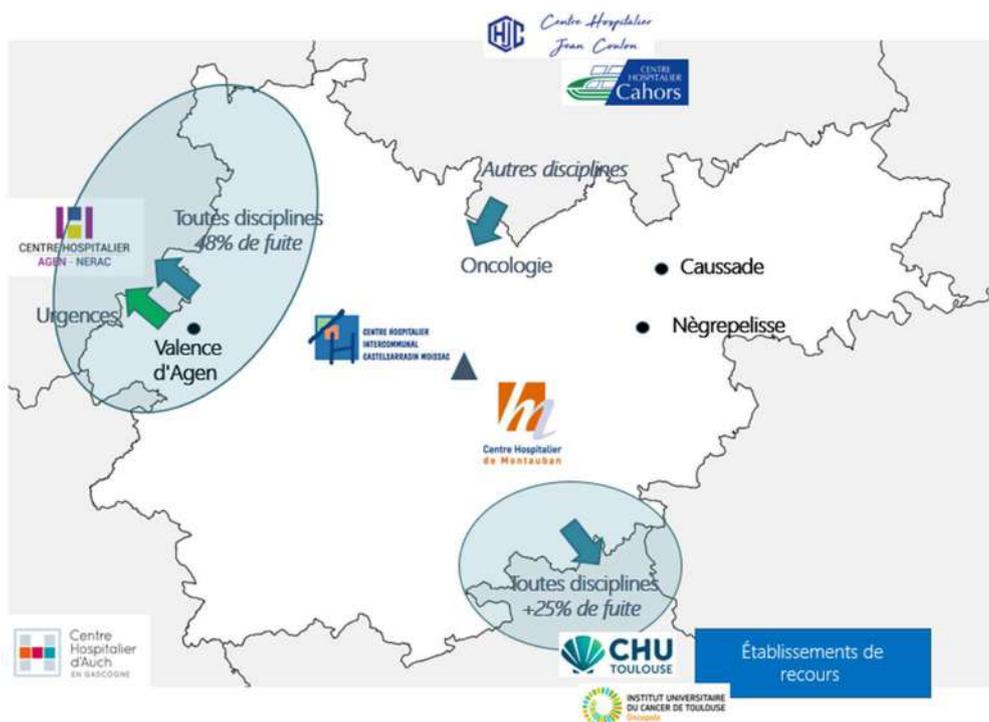
**A ce jour en Tarn-et-Garonne, 5 CPTS (Communautés Professionnelles Territoriales de Santé) sont identifiées dans le département.**

Une inter-CPTS s’est également constituée en 2021, pour fluidifier et faciliter le dialogue institutionnel et assurer la coordination des acteurs. Ces structures constituent un des outils pour le développement du lien Ville / Hôpital sur le département, qui reste à renforcer et densifier dans les années futures.

**c) Des taux de fuites conséquents et des captations d'activité parfois subies**

La présence de bassins de vie, l'un à l'extrême Est du département tourné vers Agen dans le Lot-et-Garonne, et l'autre dans le Sud-Ouest du département faisant partie de la grande agglomération toulousaine, expliquent des taux de fuite conséquents vers les établissements de ces territoires limitrophes : 48% de taux de fuite (toutes disciplines confondues) vers le Lot-et Garonne pour les habitants de l'extrême Est du département en 2021, 25% de taux de fuite (toutes disciplines) vers les établissements toulousains et haut-garonnais pour les habitants du Sud-Ouest du département.

Les difficultés rencontrées par le département voisin du Nord, le Lot, en termes de démographie médicale, occasionnent des captations d'activité pour les établissements Tarn-et-garonnais. On note par exemple la prise en charge par les établissements Tarn-et-garonnais, en 2021, de plus de 30% des patients du Sud du Lot en chimiothérapie et radiothérapie, en lien avec les carences récentes de l'offre de soin dans leur département (fermeture récente de l'oncohématologie, absence d'oncopathologie au Centre Hospitalier de Cahors). D'autres difficultés récentes, ou incertitudes, en termes de démographie médicale dans Lot (en gynécologie, obstétrique, chirurgie orthopédique) devraient se traduire par une augmentation de la prise en charge de patients du Lot dans les prochains mois, mais ne s'observent pas dans les chiffres 2021.



**2. Synthèse des enjeux territoriaux**

Ce diagnostic territorial réalisé sur les aspects démographiques, économiques, sanitaires permet de dégager des enjeux territoriaux pour le département du Tarn-et-Garonne :

- **Garantir un accès aux soins équitable en tout point du territoire, dans une perspective d'adaptation aux évolutions démographiques** (croissance continue et vieillissement de la population) **et aux caractéristiques économiques de la population** (existence d'une

- proportion non négligeable de foyers aux faibles revenus) : adaptation ou renforcement de l'offre, dispositifs d' "aller-vers" les publics peu mobiles, vulnérables ou précaires ;
- **Garantir une offre de soins publique en consolidant certaines filières chirurgicales, en valorisant le GHT et en renforçant les équipes territoriales**, dans un contexte de concurrence forte avec le secteur privé ;
  - **Adapter les prises en charge :**
    - o **À la typologie des patients** (forte proportion de patients âgés polyopathologiques) ;
    - o **À l'évolution des pratiques : Développer l'ambulatoire, tirer profit des nouvelles technologies de télémédecine** (téléexpertise, téléconsultations...).
  - **Intensifier les collaborations entre les établissements du GHT pour assurer une prise en charge au plus près du domicile du patient**, notamment sur les filières Gériatrie et SMR ;
  - **Assurer un continuum dans les parcours-patients en améliorant les liens avec l'Amont et l'Aval**, en renforçant les liens et la coordination Ville / Hôpital / Médico-social, et les collaborations entre les secteurs public et privé ;
  - **Développer la Prévention et la Promotion de la Santé**, notamment pour des publics vulnérables susceptibles de renoncer aux soins ;
  - **Renforcer l'attractivité et la fidélité des professionnels médicaux et non médicaux des établissements du GHT.**

## II. Le projet médical partagé de territoire : ambitions

### 1. Des ambitions à la hauteur de l'exigence de préparation du Nouvel Hôpital, en lien avec les stratégies nationales et régionales

#### i. Des ambitions alignées sur l'objectif du Nouvel Hôpital

Le projet médical partagé de territoire 2024-2030 ambitionne de préparer et d'accompagner le Centre Hospitalier de Montauban et le Groupement Hospitalier de Territoire de Tarn-et-Garonne à l'arrivée du Nouvel Hôpital de Montauban, en 2031. Il concerne donc une période cruciale pour les acteurs du GHT, pour assurer les conditions de succès de cette transition et du déménagement à venir.

Le périmètre du projet médical partagé correspond à celui du nouvel hôpital ; il ne comprend donc pas la psychiatrie Adultes qui porte toutefois un projet de Post-Urgence Psychiatrique Adultes pour fluidifier la filière depuis les urgences.

#### ii. Une cohérence avec les stratégies régionales et nationales

Le Projet Médical Partagé du territoire 2024-2030 s'inscrit dans la continuité du précédent, portant sur la période 2017-2021, qui affichait l'ambition forte de décliner l'offre de soins territoriale par filières, assurées par des équipes médicales territoriales, afin de renforcer la lisibilité dans la prise en charge publique des patients.

Les consultations réalisées dans le Tarn-et-Garonne dans le cadre du Conseil National de la Refondation (CNR) Occitanie fin 2022 ont synthétisé les enjeux du département de la manière suivante, cités dans le Schéma Territorial de Santé du Tarn-et-Garonne pour 2023-2028 :

- Le développement de l'aller-vers (équipes mobiles, actions "hors les murs") et de l'ambulatoire sur le soin et en prévention, pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire
- Le développement de la coordination (via le dispositif d'appui à la coordination et les contrats locaux de santé en projet) dans une perspective territoriale
- Le développement des coopérations ville - hôpital - médico-social
- Le développement de l'attractivité médicale et paramédicale du territoire

**Les actions envisagées dans ce sens par le CNR s'articulent autour de 4 éléments majeurs :**

1. La prévention
2. La continuité et la permanence des soins
3. L'accès aux soins, pour une égalité de traitement, dont pour les publics âgés, précaires ou vulnérables
4. L'attractivité et la fidélisation des métiers

Le **Projet Régional de Santé Occitanie 2023 –2028**, et sa transcription locale du Schéma Territorial de Santé du Tarn-et-Garonne, englobent ces éléments ainsi que les enjeux identifiés grâce au diagnostic territorial du Tarn-et-Garonne, via leur **ambition "Agir au plus près des besoins de santé"** et les 6 engagements associés :

1. Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie
2. Accompagner chaque personne pour lui permettre d'être actrice de sa santé
3. Renforcer l'accès pour tous à une prise en charge adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble des territoires
4. Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge
5. Promouvoir et garantir la qualité, la sécurité et la pertinence des prises en charge et des accompagnements
6. Soutenir l'attractivité des métiers de la santé

Ces 6 engagements du PRS 2023-2028 correspondent bien aux **4 axes de la Stratégie Régionale des Investissements Ségur en Occitanie** :

1. Lutter contre les inégalités d'accès à la santé, élément de base de la stratégie,
2. Contribuer à la réponse aux priorités de santé publique régionales : prévention, prise en charge des maladies chroniques, diagnostic précoce et prise en charge des cancers, soins urgents et non programmés, soins critiques, consolidation des moyens d'aval de l'hospitalisation et pour le retour au domicile, toutes formes organisées et coordonnées de prévention et prise en charge du vieillissement, toutes formes de prise en charge de la santé mentale et de la psychiatrie,
3. Comblent les retards et réparer les inadaptations de l'offre de santé,
4. Assurer l'articulation territoriale des investissements structurants : être porté par un projet de santé de territoire, amélioration et fluidification des parcours patient, meilleure coordination entre acteurs de santé hospitaliers, libéraux et médico-sociaux, équipes territoriales de professionnels et de filières professionnelles, contribution à favoriser la présence médicale et

soignante sur l'ensemble des territoires, consolidation du maillage hospitalier et médico-social du territoire.

## 2. Une organisation par filières de soins

Les activités de soins du GHT s'organisent en filières, dans une logique de gradation des soins entre les sites, avec l'offre de ville, et avec les établissements de recours.

Les filières de soins visent à rendre plus visibles les portes d'entrée **pour les patients et les professionnels de santé libéraux**, et à permettre aux autres acteurs du système de santé d'accéder aux compétences des établissements de santé **dans le cadre d'un parcours de soins ville-hôpital coordonné**.

Les principes structurant les filières de soins et l'articulation ville – hôpital reposent sur :

- un accès rapide à une consultation « Première fois » ;
- un accès facilité au médecin spécialiste hospitalier pour une demande d'avis, une expertise ou une hospitalisation (à travers un numéro de téléphone permettant au médecin de ville de joindre directement un spécialiste hospitalier)

L'organisation de l'offre de soins du GHT s'articule autour d'une offre en proximité pour les pathologies fréquentes, aussi bien en consultations, actes externes et Hospitalisation De Jour que pour une hospitalisation complète en MCO ou SSR. En effet, chaque établissement réalise la majorité de son activité sur son bassin de population.

Dans ce cadre, le GHT est engagé dans la convergence du système d'information. La convergence du Dossier Patient Informatisé (DPI) permettra de faciliter et d'accélérer cette dynamique. Le DPI commun aux établissements, outre le fait qu'il sera la pierre angulaire du système d'information du GHT, permettra de :

- Garantir la continuité de la prise en charge au sein du GHT ;
- Améliorer la qualité de la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients, par une informatisation complète et intégrée de toutes les étapes du parcours intra-GHT ;
- Partager et échanger les informations entre professionnels des établissements du GHT mais également vers l'extérieur, dans une optique de complémentarité.

## 3. Vers une éco – conception des soins

Le secteur de la santé est confronté à des défis environnementaux, économiques et sociaux croissants.

L'éco-conception des soins vise à réduire l'impact négatif des pratiques médicales sur la planète tout en préservant la qualité des soins et la sécurité des patients.

Dans le cadre du projet de Nouvel Hôpital la communauté soignante du Centre hospitalier de Montauban se fixe pour objectif d'améliorer progressivement ses pratiques afin de diminuer l'empreinte des activités soignantes. Le nouvel hôpital est en effet une opportunité unique pour intégrer durablement des pratiques écoresponsables dans la prestation de soin.

## Objectifs

1. **Minimiser l'empreinte écologique :**
  - Réduire la consommation d'énergie et d'eau dans le futur bâtiment.
  - Diminuer la production de déchets médicaux, et ce sans attendre le nouveau bâtiment.
  - Favoriser l'utilisation de matériaux recyclables et durables.
2. **Optimiser les ressources :**
  - Évaluer la pertinence de chaque dispositif médical et traitement.
  - Privilégier les soins à faible impact sans compromettre la qualité.
3. **Promouvoir la santé publique :**
  - Sensibiliser les professionnels de la santé et les patients à l'éco-conception.
  - Encourager la prévention des maladies chroniques liées à l'environnement.

## Actions prioritaires :

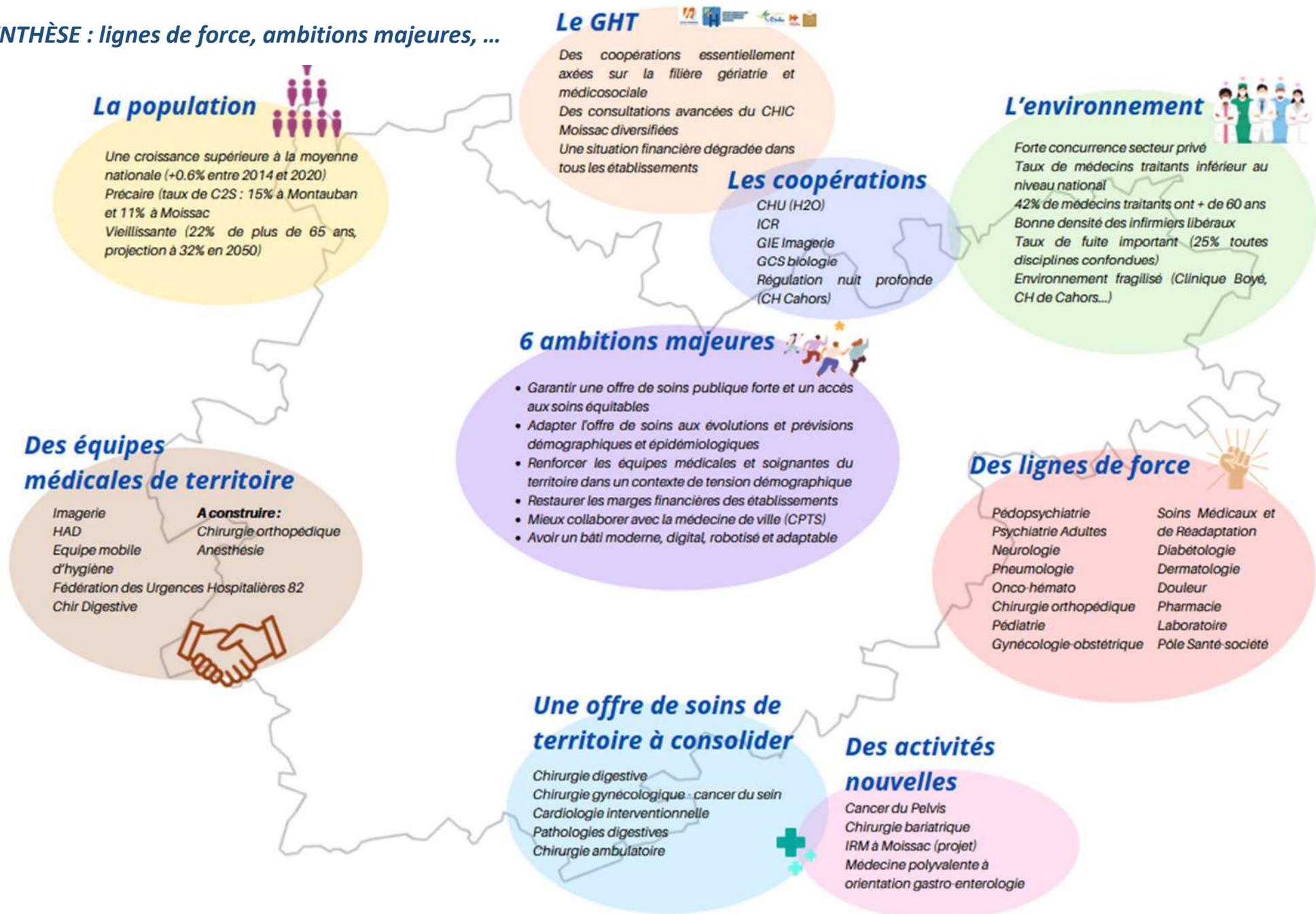
1. **Analyse du Cycle de Vie (ACV)**
  - Évaluer l'impact environnemental de chaque dispositif médical, de la fabrication à son élimination.
  - Identifier les étapes clés (fabrication, utilisation, élimination) et leurs impacts.
2. **Intégration de l'Éco-Conception**
  - Collaborer avec les fabricants pour concevoir des dispositifs plus durables et économes en ressources.
  - Favoriser les matériaux recyclables et les processus de production éco-responsables.
  - Optimiser le parc d'équipement en lien avec la démarche d'Hôpital digital (suivi et géolocalisation des équipements).
3. **Formation et Sensibilisation**
  - Former les professionnels de la santé à l'éco-conception, qu'ils soient en exercice ou en cours de formation initiale (Institut de formation aux métiers de la santé de Tarn-et-Garonne).
  - Informer les patients sur les avantages des soins éco-responsables, en adoptant une approche participative (représentants des usagers).
  - Développement des téléconsultations et des télé expertises afin de limiter les déplacements.
4. **Suivi et Évaluation**
  - Mesurer régulièrement les progrès réalisés en matière d'éco-conception.
  - Adapter les pratiques en fonction des résultats obtenus.

## Résultats Attendus

1. Réduction des déchets liés aux activités de soins.
2. Diminution des émissions de gaz à effet de serre.
3. Diminution de la consommation d'énergie et d'eau.
4. Amélioration de la santé publique grâce à une approche préventive et respectueuse du patient.

L'éco-conception des soins est un impératif pour l'avenir de la santé. En adoptant cette approche, le Centre hospitalier se fixe pour objectif d'offrir des soins de qualité tout en préservant l'environnement pour les générations futures. Les prochaines années seront donc mises à profit pour déployer progressivement ces actions, en lien avec le projet de Nouvel Hôpital mais sans forcément attendre ce dernier.

**EN SYNTHÈSE : lignes de force, ambitions majeures, ...**



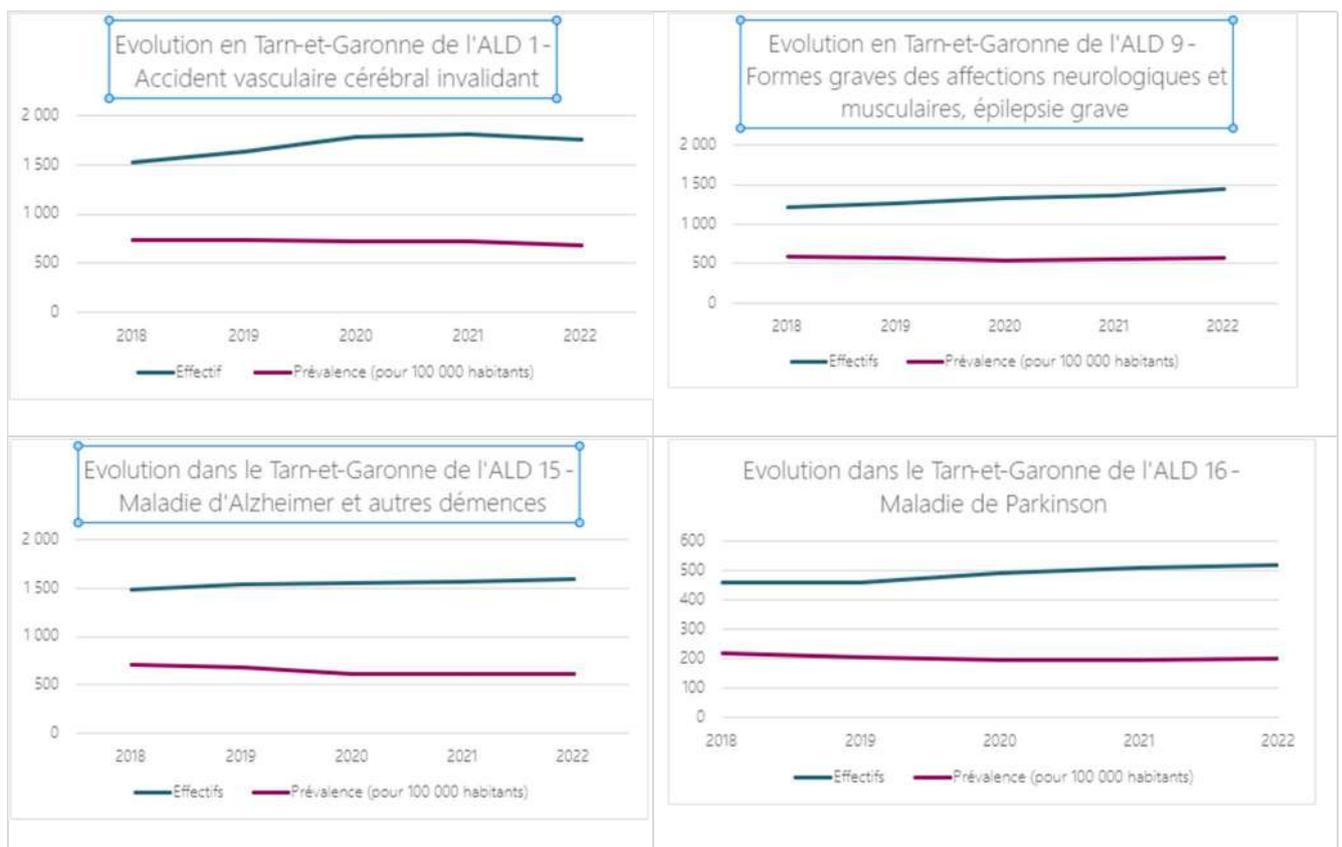
## Le Pôle des médecines

### La neurologie et l'Unité de Soins Intensifs Neuro-Vasculaire (USINV)

#### I. Présentation de la neurologie : contexte et offre actuelle

##### 1. Prévalence et données épidémiologiques

On note une augmentation des files actives de patients pour plusieurs pathologies relatives à la neurologie en Tarn-et-Garonne ces dernières années, comme en témoignent les graphes suivant concernant les ALD.



Source : Ameli

## 2. Etat des lieux

### a) Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources

L'offre de soins en neurologie est assurée par plusieurs établissements du département, tant des établissements publics que par une clinique privée.

Sur le GHT de Tarn-et-Garonne, l'offre de soins est la suivante :

- **CH Montauban**
  - Astreinte départementale (permanence des soins)
  - Consultations de spécialité
  - Unité d'Hospitalisation Conventionnelle
  - Plateau technique
  - Unité de Soins Intensifs de Neurologie Vasculaire (USINV) : seule USINV du département 82
  - Agrément Vasculaire - filière AVC : CHM unique détenteur dans le département 82

Le Centre Hospitalier de Montauban, via son service de neurologie, est le seul établissement à détenir l'agrément Vasculaire et une Unité de Soins Intensifs de Neurologie Vasculaire (USINV) Une majeure partie de l'activité du service s'effectue en non-programmé, en provenance des urgences.

La filière AVC, filière prépondérante dans l'activité du service de Neurologie, est traitée comme filière à parti entière dans le projet médical de territoire.

- **CH Intercommunal Castelsarrasin-Moissac**
  - Consultations de Spécialité Avancée
- **CH Négrepelisse**
  - Consultations de Spécialité Avancée

La Clinique du Pont de Chaume bénéficie

- De Consultations de spécialité ;
- D'une unité d'Hospitalisation Conventionnelle (20 lits) avec une activité de neurologie majoritairement programmée malgré la présence d'un service d'urgence ;

### b) Chiffres d'activité, patients

L'activité du service de neurologie du centre hospitalier de Montauban est **majoritairement non programmée depuis les urgences (76%)**.

	Nb séjours total	Nb séjours passés par les urgences	Nb séjours mutés de l'UHCD	Nb séjours mutés de l'USINV	Taux d'entrée par les urgences
<b>NEURO HC</b>	<b>925</b>	359	85	301	<b>76%</b>
<b>USINV</b>	<b>620</b>	444	83		<b>85%</b>

Source PMSI

Les diagnostics principaux sont les traitements d'AVC, de crise d'épilepsie ou de traumatismes crâniens qui sont des interventions non-programmées.

Cette part importante de l'activité non-programmée implique des fluctuations de capacitaire, donc la nécessité de garder des places pour ces patients.

Diagnostics principaux	Nb de journées 2022	% du Total Journées	Nb de séjours 2022	% du Total Séjours
<b>Infarctus cérébral dû à une thrombose des artères cérébrales</b>	<b>2924</b>	<b>28,3%</b>	533	<b>33,7%</b>
Autres hémorragies intracérébrales	505	4,9%	59	3,7%
Delirium non surajouté à une démence, ainsi décrit	305	3,0%	18	1,1%
Hémorragie sous-arachnoïdienne traumatique, sans plaie intracrânienne	277	2,7%	34	2,1%
Infarctus cérébral dû à une embolie des artères précérébrales	275	2,7%	32	2,0%
Autres formes de chimiothérapie	237	2,3%	218	13,8%
Méningite à pneumocoques	195	1,9%	4	0,3%
Prise en charge pour soins palliatifs	187	1,8%	7	0,4%
Hémorragie intracérébrale intraventriculaire	168	1,6%	20	1,3%
Lésion traumatique cérébrale en foyer, sans plaie intracrânienne	158	1,5%	9	0,6%
Hémorragie sous-durale traumatique, sans plaie intracrânienne ouverte	156	1,5%	34	2,1%
Autres épilepsies	133	1,3%	39	2,5%
Autres états de mal épileptique	131	1,3%	28	1,8%
Tremblement dû à des médicaments	131	1,3%	2	0,1%
Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales	122	1,2%	13	0,8%
Chutes à répétition, non classées ailleurs	121	1,2%	10	0,6%
Désorientation, confusion, sans précision	119	1,2%	17	1,1%
Tumeur maligne de l'encéphale, sans précision	110	1,1%	7	0,4%
Epilepsie et syndromes épileptiques généralisés idiopathiques	109	1,1%	37	2,3%
Delirium surajouté à une démence	109	1,1%	5	0,3%
Infection des voies urinaires, siège non précisé	104	1,0%	5	0,3%
Autres diagnostics	3758	36,4%	452	28,6%
<b>TOTAL</b>	<b>10334</b>		<b>1583</b>	

La durée moyenne de séjour, en 2021, était de 7,2 jours pour le service d'hospitalisation complète avec un taux d'occupation de 95% (81% sur 365 jours).

Concernant la typologie des patients, près du quart des journées en Neurologie HC fléchées en médecine polyvalente (2022)

Service de Neurologie HC Classe d'âge des patients	de Médecine Polyvalente	Médicine Polyvalente		Spécialité d'organes		TOTAL		% Médecine polyvalente en Neuro HC (en journées)
		Nb de journées	Nb de séjours	Nb de journées	Nb de séjours	Nb de journées	Nb de séjours	
00-19		2	2	27	9	29	11	6,9%
20-74		674	91	2138	348	2817	440	23,9%
75-84		430	49	1653	165	2083	214	20,6%
85-et+		627	58	1884	201	2513	260	25,0%
<b>Total général</b>		<b>1733</b>	<b>200</b>	<b>5702</b>	<b>723</b>	<b>7442</b>	<b>925</b>	<b>23,3%</b>

Source PMSI 2022

A noter que certains séjours, classés dans la médecine polyvalente, relèvent quand même d'une activité de spécialité en neurologie :

- Patient ORL/Ophthalmologie : une activité de neuro-ophthalmologie
- Patients psychiatriques ou déments (réalisation de bilan d'organicité ou de neurologie selon les différents cas)

Le centre hospitalier de Montauban a également des lits d'UNV (HC). Ils font l'objet d'un agrément par l'ARS pour les centres neurovasculaires au même titre que les soins intensifs. La capacité actuelle est de 15 lits, qui sont inclus dans la capacité globale du service de neurologie de 24 lits.

Dans le service d'hospitalisation complète de neurologie, il y a également un lit identifié de soins palliatif (LISP). L'équipe de neurologie souhaite le conserver, y compris dans le Nouvel Hôpital, en partenariat avec l'équipe mobile de soins palliatifs.

### L'activité de l'USINV - Unité de Soins Intensifs de Neurologie Vasculaire

L'Unité de Soins Intensifs de Neurologie Vasculaire [USINV] du Centre Hospitalier de Montauban est la seule du département 82.

#### Activité de l'USINV en 2022

Classe d'âge des patients	Nb de journées	Nb de séjours
00-19	2	2
20-74	1119	291
75-84	710	153
85-et+	672	168
<b>Total général</b>	<b>2503</b>	<b>614</b>

Source : PMSI

### Données - USINV

DMS USINV 2021 : 4,1 jours

TO 2021 sur le nombre de jours d'ouverture inscrits par l'établissement : 137%

TO 2021 sur 365 jours : 137 %

L'USINV dispose de 6 lits dans le capacitaire théorique (voir supra), mais utilise en pratique 8 lits, dépassant ainsi sur l'USIC (Unité de Soins Intensifs en Cardiologie) voisine, dont le capacitaire théorique est de 6 lits également.

Le service Soins Intensifs comprend en effet 2 parties : la Cardiologie (6 lits théoriques) et la Neurologie (6 lits théoriques).

Ce service de soins critiques cardio-neurologique est à maintenir dans sa formule, ayant fait la preuve de permettre un partenariat efficace entre les deux spécialités.

Seule la capacité cible mériterait d'être discutée, selon les scénarii du projet de cardiologie (jusqu'à 20 lits au total, en cas de présence d'une activité de coronarographie sur site).

### Hospitalisation de Jour en Neurologie

Les hospitalisations de jour en Neurologie concernent essentiellement des biothérapies (classées en "autres formes de chimiothérapies").

Diagnostiques principaux	Nb de journées 2022
Autres formes de chimiothérapie	237

Source : PMSI

L'activité en Février 2023 représentait environ entre 0,5 et 1 place d'HDJ (Hôpital de Jour).

L'activité d'hospitalisation de jour en neurologie est totalement adaptée à une Unité de Médecine Ambulatoire (UMA) polyvalente.

D'autres projets sont en cours de construction, non finalisés : traitement de la migraine par anticorps monoclonal et injections de toxine botulinique pour les céphalées chroniques.

L'estimation de capacité finale pour l'HDJ, empreinte de beaucoup d'incertitudes est au minimum d'1 place d'HDJ, au maximum 2 places. A noter qu'il s'agit d'un domaine d'activité concurrentiel avec la clinique du Pont de Chaume.

Activité d'exploration du sommeil : un projet d'hospitalisation de jour au sein du plateau d'exploration fonctionnelle neurologique doit voir le jour en 2024. Cette activité n'est pas réalisable au sein de l'UMA. Ce projet se fait en partenariat avec la pneumologie, l'enregistrement de nuit correspondant se faisant au sein de ce service. Le besoin est très important puisque la seule offre disponible sur l'ex-Midi-Pyrénées se situe à Toulouse avec un délai de rendez-vous de 1 an. La première cible d'activité est de 100 séjours par an (2026).

## Flux-patients

Comme mentionné plus haut, l'activité en neurologie du Centre Hospitalier se caractérise majoritairement par son aspect non-programmé, en provenance des urgences.

**L'activité programmée est essentiellement ambulatoire : consultations, consultations pluri professionnelles, explorations fonctionnelles, hospitalisation de jour en Unité de médecine ambulatoire** (hospitalisation de jour en exploration fonctionnelle de neurologie pour le sommeil). Seule une part minimale d'hospitalisation programmée (<10 % de l'activité totale d'hospitalisation complète) relève d'une hospitalisation complète : il s'agit d'équilibration de maladie de Parkinson et de divers bilans sur des terrains particuliers.

Mentionnons **l'activité territoriale** de l'équipe de neurologie avec des consultations avancées sur le site de Moissac, Nègrepelisse, sur les MAS de Moissac et de Lavit de Lomagne, et au sein de la maison de santé de LAVIT de Lomagne.

L'équipe médicale participe également à la consultation mémoire sur le CHIC de Moissac.

### c) Part de marché ; analyse des fuites

Le Centre Hospitalier de Montauban occupe une place importante dans l'offre de soins Tarn-et-garonnaise en Neurologie comme le démontre le tableau ci-dessous.

	Production des établissements de santé du 82	Part des établissements du 82 dans la consommation des habitants du 82 (Taux de fuite 46,2%)
CH Montauban	74,1%	40,4 %
Clinique du Pont de Chaume	17,1 %	8,4 %
CHIC Castelsarrasin-Moissac	6,7 %	3,9 %
Clinique Croix Saint Michel	2,0 %	1,1 %

En revanche, les **fuites hors département 82 atteignent un niveau important** : presque la moitié de la consommation des habitants (46,2%) du Tarn-et-Garonne se fait en effet hors du département, notamment dans les établissements haut-garonnais.

Les établissements de l'ensemble de la région et en particulier ceux de la Haute Garonne, sont saturés. En cas d'augmentation de l'offre sur le Tarn et Garonne, ce taux de fuite devrait diminuer mécaniquement.

	Nb de séjours des hab du T et G en 2022	Parts de Marché 2022
CH Montauban	1416	40,4%
Clinique Croix Saint-Michel	39	1,1%
Clinique du Pont de Chaume	294	8,4%
CHIC Castelsarrasin-Moissac	138	3,9%
Établissements de Haute-Garonne	1363	38,9%
Autres établissements	257	7,3%
<b>TOTAL</b>	<b>3507</b>	Source : Scan Santé

### 3. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Projet	Etat d'avancement
Développer les consultations avancées de neurologie (EHPAD, hôpitaux locaux, MAS, MSP ...)	Intervention d'un neurologue à la MAS de Lavit et à la maison de santé de Lavit. L'activité sur les sites du GHT, Moissac et Nègrepelisse, se poursuit.
Développer la prise en charge des AVC : consultations pluridisciplinaires	La consultation, existante pluridisciplinaire est à développer.
Création d'une consultation pluridisciplinaire post AVC et pour les pathologies neurodégénératives	Il n'y a pas, à ce stade, de projet construit. Des discussions ont eu lieu, sans aller plus loin, avec la CPTS de Montauban, pour développer un tel projet en partenariat.
Prise en charge des traumatisés crâniens (structurer et développer le suivi)	Ce projet n'est plus priorisé actuellement suite au départ d'un neurologue portant ce projet.

### 4. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence de la seule USINV -Unité de Soins Intensifs de Neurologie Vasculaire du département 82</li> <li>- Efficience de la Filière AVC</li> <li>- Coopérations avec le CHU de Toulouse</li> <li>- Equipe médicale solide avec une capacité d'attractivité de nouveaux praticiens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité programmée insuffisamment développée.</li> <li>- Activité non programmée « non maîtrisée » sur l'établissement, rendant difficile la structuration des autres activités</li> <li>-</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le développement du SMR neurologie</li> <li>- Développer l'activité programmée (HJ)</li> <li>- Nouvelle gouvernance avec délégation de gestion.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fragilité des partenaires « naturels » au sein de l'établissement, en particulier cardiologie et service des urgences.</li> <li>- Défaillance/fragilité globale du système de santé, médecine de ville, autres établissement de santé, établissement médico-sociaux, rendant difficile la structuration des parcours de soins.</li> <li>- Baisse de l'offre de soins de neurologie sur les territoires limitrophes.</li> <li>- Démographie des métiers de la santé défavorable de façon durable.</li> <li>- Défaut d'attractivité de l'hospitalisation complète (en raison de sa forte pénibilité).</li> <li>- Déficit financier structurel de l'établissement.</li> <li>- Contexte national contraint (politique de rigueur).</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

L'ARS Occitanie prévoit dans son nouveau PRS pour 2023 – 2028 un soutien aux Unités Neuro-Vasculaires, "afin de faire face à pénurie médicale et paramédicale, aux difficultés de recrutement, aux fermetures de lits de neurologie, aux difficultés d'accès à l'IRM, à l'insuffisance du nombre d'internes en neurologie à la lourdeur de l'activité en journée et en permanence des soins".

Ce soutien interviendra via différentes actions, parmi lesquelles :

- Renforcement de l'accompagnement et du soutien de l'ARS aux recrutements
- Evaluation du recours à l'imagerie en journée et en PDES au sein des UNV et propositions d'actions
- Expérimentation d'un télé-recours régional en PDES neurovasculaires pour les UNV en difficulté
- Evaluation des usages et des spécificités techniques de l'outil régional de télémédecine AVC en vue d'en améliorer l'utilisation et répondre aux besoins
- Accompagnement au déploiement d'Infirmiers en Pratiques Avancées vasculaires

Le Centre Hospitalier de Montauban pourra bénéficier de ce soutien, en fonction des besoins prioritaires identifiés :

Consolider et étoffer l'offre en Neurologie du CH de Montauban, pour la population du Tarn-et-Garonne

Fluidifier les parcours-patients en Neurologie : réduire les délais de prise en charge, optimiser les liens Amont / Aval, avec la ville et le SMR.

### 2. Orientations retenues – axes de développement

#### **a) Objectif 1 : Consolider et étoffer l'offre en Neurologie du CH de Montauban, pour la population du Tarn-et-Garonne**

Concernant la consolidation de l'offre existante, l'attractivité professionnelle constitue un enjeu majeur, en particulier pour les médecins et les infirmières.

Il est également important de maintenir les capacités d'accueil actuelles en hospitalisation complète, capacités dédiées principalement à de l'activité non programmée, incluant les lits neurovasculaires et un lit identifié de soins palliatifs. La capacité doit être au minimum de 26 lits d'hospitalisation complète traditionnelle et 8 lits de soins critiques d'unité neurovasculaires. Les cahiers des charges de l'agrément de la filière vasculaire sont très structurants et leur satisfaction permet de fournir en soi une prise en charge de qualité.

Le centre hospitalier souhaite également développer les activités en hospitalisation de jour, à l'UMA (Unité de Médecine Ambulatoire) avec des projets de traitement de la migraine par anticorps monoclonal et injections de toxine sont en cours de réflexion (Horizon fin 2024-début 2025). Un projet d'exploration du sommeil au sein du plateau d'exploration fonctionnelle neurologique doit voir le jour dès 2024.

Enfin, les équipes médicales souhaitent travailler à améliorer la prise en charge des patients atteints de pathologies neurodégénératives avec la mise en place d'une consultation pluridisciplinaire, ou en hôpital de jour, à terme, mais l'élaboration de ce projet n'est pas effective.

Le recrutement de personnel médical et paramédical (IDE de consultation) sera nécessaire pour diminuer les délais de consultation et autres prises en charges ambulatoires, actuellement non satisfaisants.

**b) Objectif 2 : Fluidifier les parcours-patients en neurologie : réduire les délais de prise en charge, optimiser les liens Amont / Aval, avec la ville et le SMR.**

Au regard de l'état des lieux, des axes d'amélioration ont été identifiés. Il s'agit notamment de :

- Faciliter l'accès aux soins pour des patients éloignés du recours spécialisé en neurologie en développant des consultations avancées de neurologie (EHPAD, hôpitaux locaux, MAS, MSP, ...)
- Réfléchir pour mieux organiser les parcours dans le cadre de la réflexion de l'établissement sur ce thème grâce à la démarche institutionnelle mise en place avec le recrutement d'un cadre supérieur de santé en chargé des parcours patients afin de mieux coordonner tous les acteurs de parcours.
- Fluidifier le lien avec l'aval avec les soins médicaux et réadaptation (SMR neurologique). A ce titre des demandes de rééducations ne sont actuellement pas satisfaites ou avec un délai de prise en charge plus important qu'attendu et ce d'autant plus que le centre hospitalier de Montauban est le seul établissement du département à disposer de médecins rééducateurs (compétence MPR). La compétence MPR permet de prendre les patients complexes avec notamment des problématiques neuro-urologiques ou neuro-orthopédiques (Ex : blessés médullaires, SEP, ...).

La cible des 20 lits de SMR neurologique est donc cohérente, tout comme le capacitaire d'hospitalisation à temps partiel.

**c) L'accès à la recherche, à l'innovations, aux thérapies innovantes**

Des projets sont à développer en partenariat avec le CHU, grâce aux liens existants.

#### d) Développer l'approche qualité

Conformément au projet de l'établissement, développer les axes suivants :

- recueillir et utiliser l'expérience patient, et ce dès la constitution des projets.
- développer le management d'équipe par la qualité (grâce à des temps qualité).
- développer la culture du risque en déclarant et analysant les événements indésirables.
- effectuer des analyses de pertinence de parcours.
- suivre la réalité de l'amélioration de la qualité des soins, grâce à des indicateurs, IPAQSS et autres.

### 3. Positionnement territorial

Le service de neurologie a une activité territoriale importante qu'elle entend poursuivre.

En effet, le service coopère avec les différents partenaires locaux de prise en charge au sein du GHT ou hors du GHT.

Dans le GHT, le service souhaite poursuivre les consultations avancées sur le site de Moissac, poursuite de l'activité EVC (états végétatifs chronique) à Nègrepelisse et continuer à participer à la consultation mémoire de Moissac.

Des consultations avancées existent également sur les MAS de Moissac et de Lavit de Lomagne.

Concernant les coopérations avec la médecine de ville :

- Volonté claire de réaffirmer auprès de la Ville le rôle universaliste et social de l'Hôpital, comme unité de recours avec toutes ses spécialités.
- Implication ponctuelle, en fonction de l'intérêt et de la disponibilité du praticien hospitalier, dans des projets initiés par les CPTS : mise à disposition de temps praticien (ex. projet Parkinson en neurologie)
- Consultations en maison de santé (déjà existante à Lavit de Lomagne).

#### Concernant les structures SSR / SMR : objectif d'une meilleure fluidité avec l'Aval (SMR)

Il existe un partenariat formalisé avec la clinique SMR de la Pinède qui détient une autorisation pour prise en charge des patients neurologiques, partenariat que nous souhaitons poursuivre.

#### Concernant les relations avec les établissements de recours, CHU de Toulouse :

- L'équipe de neurologie possède des recours au sein du CHU pour les prises en charge complexes, identifiés pour chaque filière de la neurologie, vasculaire, inflammatoire, dégénératif, épilepsie, périphérique.
- L'équipe de neurologie de Montauban effectue également un partenariat universitaire avec le CHU :
  - service d'accueil pour les stages d'internes de spécialité,
  - assistants partagés,
  - praticien hospitalier partagé (reconnu par l'ARS dans le cadre du soutien à la filière vasculaire).

Le centre hospitalier de Montauban et les équipes médicales de neurologie souhaitent bien entendu maintenir ce partenariat.

## EN SYNTHÈSE

*Le centre hospitalier de Montauban dispose de la seule USINV du département (6 lits) et du seul agrément vasculaire pour la filière AVC.*

*La filière AVC est très bien organisée sur le territoire et avec le CHU de Toulouse.*

*L'équipe médicale a maillé le territoire avec des consultations avancées dans plusieurs établissements (CHIC de Moissac, MAS, MSP, ...).*

*L'activité du service provient essentiellement des urgences avec 45% de patients de plus de 75 ans.*

*Les projets du service de neurologie consistent à :*

- Conforter sa capacité à répondre aux besoins de la population en conservant 26 lits d'hospitalisation complète et 6 à 8 lits d'UNV ;*
- Développer l'hospitalisation de jour (traitement de la migraine par anticorps monoclonal, injections de toxine, exploration du sommeil, ..) ;*
- Développer la prise en charge des patients atteints de pathologies neurodégénératives ;*
- Fluidifier les parcours patients (consultations avancées, SMR neurologique).*

*Un service d'hospitalisation complète inadapté : chambres et couloirs étroits, plus de 40° dans les chambres l'été, absence de volets, ...*

## La filière AVC

### I. Présentation de la filière AVC : contexte et offre actuelle

Cette filière qui répond à un besoin de santé publique clairement défini est très structurante par ses contraintes et les réponses qui leur ont été apportées au travers du cahier des charges des procédures d'agrément. Mais elle concentre également les difficultés actuelles de la médecine hospitalière, en raison de son caractère non programmé, très urgent, requérant une permanence des soins exigeante, responsable d'une pénibilité importante, un plateau technique et des compétences élevées, dont il s'agit de mailler le territoire. Cette dernière nécessité, au regard des difficultés rencontrées et évoquées ci-dessus, a pour corollaire que la pérennité de plusieurs UNV de la région n'est pas assurée, certaines ayant même disparu.

#### 1. Prévalence et données épidémiologiques

En France, l'Accident Vasculaire Cérébral (AVC) est :

- la 1ère cause de handicap acquis de l'adulte ;
- la 2ème cause de démence après la maladie d'Alzheimer ;
- la 3ème cause de mortalité (1ère cause de mortalité chez la femme).

L'AVC est responsable de séquelles qui affectent la qualité de vie des patients. Suite à un AVC, le patient peut garder des séquelles psychomotrices importantes allant jusqu'à une perte d'autonomie. Un patient sur 2 restera handicapé à vie.

**L'AVC est un enjeu majeur de santé publique, tant par le nombre de personnes atteintes, en constante augmentation compte tenu du vieillissement de la population, que par ses conséquences médicales, sociales et économiques.**

La région Occitanie est particulièrement concernée en raison de son fort dynamisme démographique, et du vieillissement démographique en partie associé. Une augmentation de plus de 20 % de la population d'Occitanie est prévue d'ici 2040. En 2040, 28 % des habitants d'Occitanie, et 32% des habitants du Tarn-et-Garonne, devraient être âgés de 65 ans ou plus (contre 20 % en métropole).

Compte tenu de ces caractéristiques territoriales, et notamment de ce fort indice de vieillissement de la population, le **besoin de disposer d'un parcours-patient structuré, lisible et permettant une prise en charge adaptée** se fait d'autant plus essentiel dans le département.

Une très grande réactivité est attendue dans la prise en charge des AVC, puisque l'efficacité des traitements est inversement corrélée aux délais de réalisation. Les traitements doivent être mis en œuvre le plus rapidement possible, dans les 4h30 après le début des symptômes. Les Unités Neuro-Vasculaires (UNV) sont les structures de prise en charge spécialisées et dédiées aux AVC. Plus la prise en charge est rapide, moins les séquelles sont importantes : un diagnostic précoce et une prise en charge rapide permettent de réduire la mortalité de 30 % et limitent la gravité des lésions.

Les premières heures sont donc cruciales, c'est pourquoi la prise en charge de l'AVC repose sur une **organisation graduée et structurée des soins** non programmés tant en ambulatoire qu'en établissement.

En phase aigüe, l'ensemble des opérateurs de l'urgence sont impliqués et ont un rôle spécifique et déterminant à jouer. En amont, la prise en charge de l'AVC dépend d'une bonne connaissance par la population et les médecins libéraux des signes de l'AVC et de la notion d'urgence absolue, conditionnée à un appel immédiat au 15.

## 2. Etat des lieux

### a) Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources

Le centre hospitalier de Montauban dispose d'une Unité Neuro -Vasculaire (UNV) pour la prise en charge des AVC. Elle est la seule UNV du département du Tarn-et-Garonne et prend en charge les AVC ischémiques ou hémorragiques, ou toute autre urgence vasculaire cérébrale ne relevant pas d'un accès direct au centre de recours, le CHU de Toulouse.

L'UNV fait partie du réseau de la filière neuro-vasculaire porté par l'ARS et les animateurs neurologues de la filière AVC en collaboration avec l'ORU Occitanie.

L'objectif du réseau est de fédérer les acteurs de la prise en charge des patients ayant un déficit neurologie aigu à l'échelle régionale.

### b) Chiffres d'activité, patients

Le centre hospitalier prend en charge 74% de l'activité en 2022 dans cette filière.

Activité AVC	Séjours des habitants de Tarn-et-Garonne		Part d'activité	
	2021	2022	2021	2022
CH MONTAUBAN	543	541	71,3%	73,9%
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	76	66	10,0%	9,0%
CH AGEN-NERAC	33	30	4,3%	4,1%
CHR TOULOUSE	40	29	5,2%	4,0%
CHIC CASTELSARRASIN-MOISSAC	25	22	3,3%	3,0%

En Occitanie, en 2021, sur les 1 341 701 passages aux urgences des plus de 18 ans, 15 334 affichaient des prévalences de pathologies neuro-vasculaires, notamment 59% d'AIC (accidents ischémiques constitués); 23% AIT – Accident Ischémique Transitoire, soit 1,3% des passages. Ce taux de passage est stable d'une année sur l'autre. 86% de ces patients sont pris en charge dans la filière AVC.

Après un passage aux urgences de plus de 4h40 en moyenne, 83% des patients souffrant d'une pathologie neuro-vasculaire sont hospitalisés (87% pour les AIC et 67% pour les AIT).

Aligné sur la moyenne régionale, le département de Tarn-et-Garonne affichait en 2021 un taux de 1,3% des passages au sein des urgences (1 128 passages en 2021) correspondant à des patients souffrant d'une pathologie neuro-vasculaire, taux stable par rapport aux années précédentes. Le taux de répartition des pathologies neuro-vasculaires pour le département de Tarn et Garonne est de 65% pour les AIC et 23% pour les AIT le restant constitué par diverses formes d'hémorragies.

En 2021, 81% des patients neuro – vasculaires sont pris en charge à l'UNV. Par ailleurs, 50% des patients sont arrivés aux heures ouvrables hospitalières.

### c) *Parcours-patient*

Au sein du département du Tarn-et-Garonne, le parcours du patient est actuellement structuré ainsi :

#### ▪ **En phase aigüe :**

- Le patient est pris en charge dès que possible par le SMUR de son domicile ou des urgences du CH de Montauban ou du CHIC de Castelsarrasin-Moissac.
- Le CH de Montauban accueille tous les patients du Tarn-et-Garonne candidats à la thrombolyse, quel que soit leur âge (régulation par le SAMU 82).
  - Le patient bénéficie d'une IRM à son arrivée aux urgences, à défaut d'un scanner cérébral associé à un angioscanner cervical.
  - L'UNV accueille systématiquement tous les patients présentant un AVC

Pour la thrombectomie mécanique, actuellement les patients sont adressés au CHU de Toulouse, avec une filière spécifique mise en place (UNV du CHU).

#### ▪ **Phase post-AVC :**

- Tous les patients ayant présenté un AVC doivent bénéficier d'une consultation de neurologie de suivi à 3 mois (délai idéal), ou d'une consultation gériatrique avec évaluation si le patient est âgé de plus de 75 ans et présente un terrain polyopathologique. Cette consultation à 3 mois peut être effectuée sur les sites de consultation avancée.
- Certains patients doivent bénéficier d'une consultation pluri professionnelle (avec une IDE spécialisée) à 3 mois.

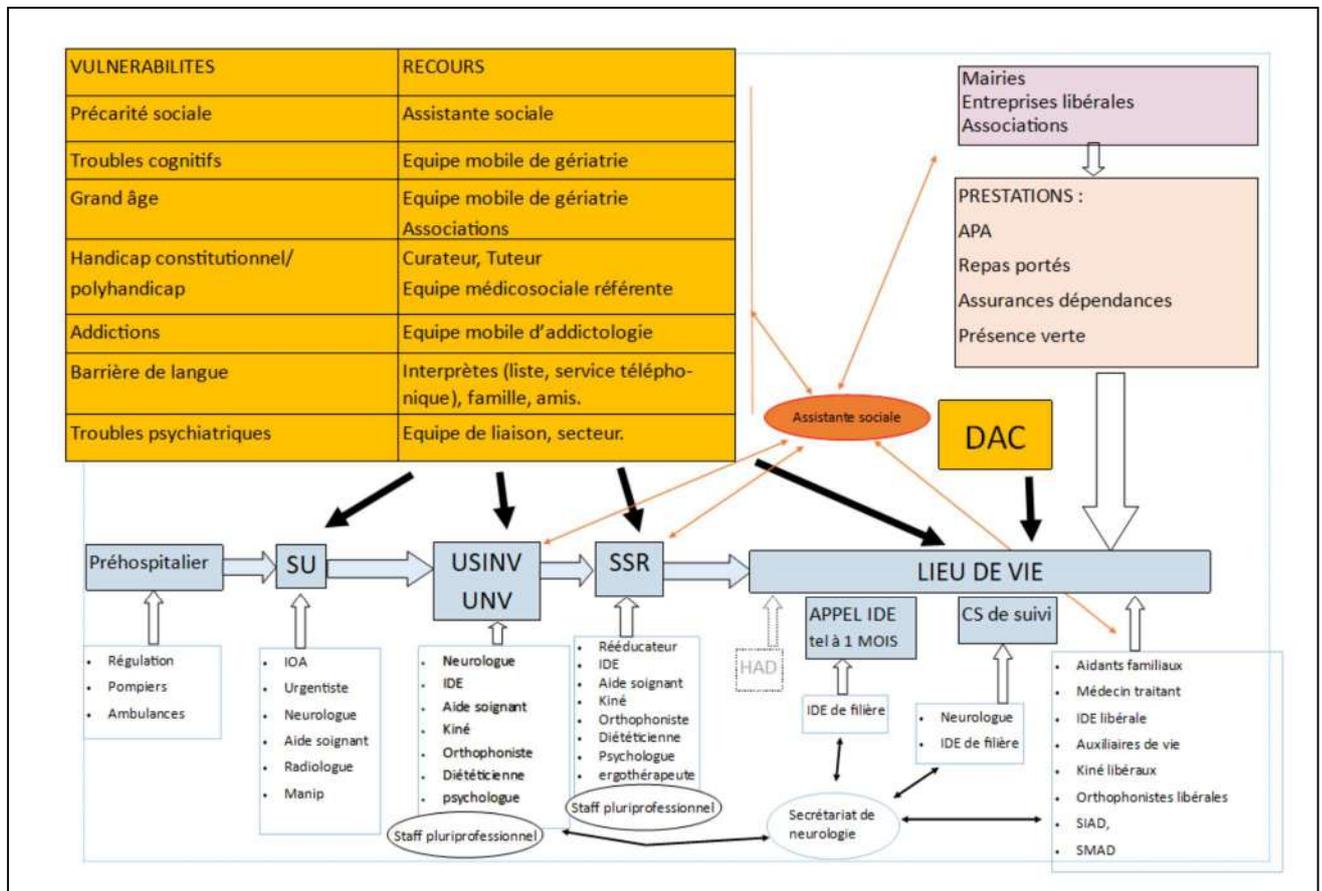
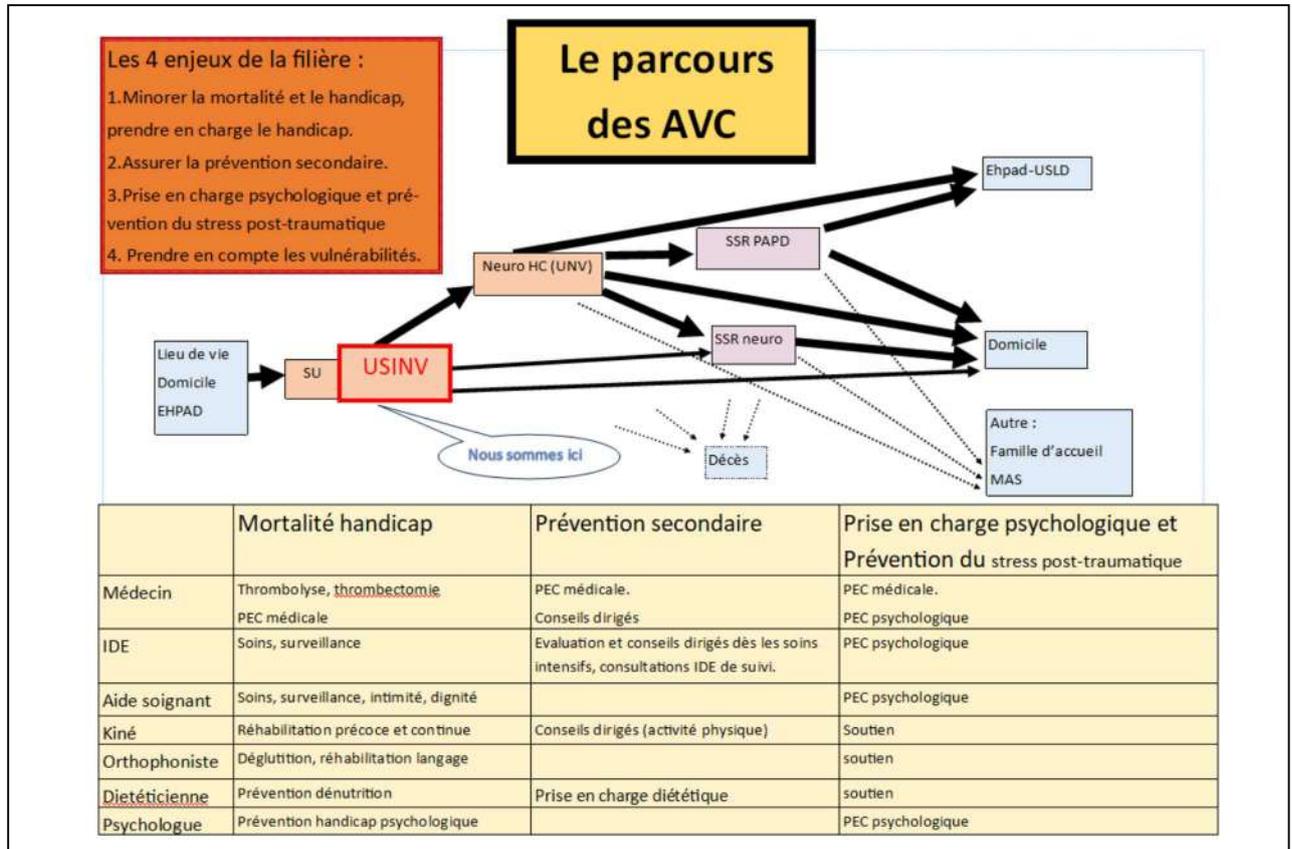
Aujourd'hui, les patients nécessitant une prise en charge en SMR sont orientés vers une offre de Soins Médicaux et de Réadaptation. En région Occitanie, l'offre en Soins Médicaux et de Réadaptation (SMR) est structurée autour d'une offre de recours sur les SMR Locomoteur, Système nerveux notamment. Toutefois, on constate un manque de rééducateurs en établissement comme en médecine de ville pour la prise en charge de ces patients (kinés, orthophonistes).

### 3. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Le dernier PMPT du GHT pour 2018-2023 se fixait pour objectif de développer la prise en charge des AVC :

Projet	Etat d'avancement
Mettre en place une consultation pluridisciplinaire post-AVC	En cours
Dimensionner la filière neurovasculaire aux besoins de la population	En cours
Optimiser le suivi des patients (Post AVC : Consultation à 6 mois / Evaluer la maladie vasculaire, assurer la prévention secondaire / Réaliser un bilan pronostic fonctionnel et cognitif ; Adapter le suivi de chaque patient, contribuer à sa réinsertion sociale et socioprofessionnelle)	En cours
Développer la prévention primaire et secondaire	En cours
Explorer les handicaps moteurs et neuropsychocognitifs, l'existence de polyopathologies associées et l'environnement de la personne	En cours
Proposer de l'aide aux aidants et une éducation thérapeutique	En cours

## Le parcours AVC



#### 4. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Présence de la seule USINV -Unité de Soins Intensifs de Neurologie Vasculaire du département 82</li> <li>- Efficience de la Filière AVC</li> <li>- Coopérations avec le CHU de Toulouse</li> <li>- Equipe médicale solide avec une capacité d'attractivité de nouveaux praticiens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Activité programmée insuffisamment développée.</li> <li>- Activité non programmée « non maîtrisée » sur l'établissement, rendant difficile la structuration des autres activités</li> <li>-</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Le développement du SMR neurologie</li> <li>- Développer l'activité programmée (HJ)</li> <li>- Nouvelle gouvernance avec délégation de gestion.</li> </ul>	<p>Fragilité des partenaires « naturels » au sein de l'établissement, en particulier cardiologie et service des urgences.</p> <p>Défaillance/fragilité globale du système de santé, médecine de ville, autres établissement de santé, établissement médico-sociaux, rendant difficile la structuration des parcours de soins.</p> <p>Baisse de l'offre de soins de neurologie sur les territoires limitrophes.</p> <p>Démographie des métiers de la santé défavorable de façon durable.</p> <p>Déficit financier structurel de l'établissement.</p> <p>Contexte national contraint (politique de rigueur).</p>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

#### a) Phase pré-hospitalière

Le PRS Occitanie 2023-2028 mentionne le besoin **d'accroître la connaissance par la population des signes de reconnaissance de l'AVC**, de son caractère urgent et de la nécessité d'appeler le 15, et de **sensibiliser les professionnels sur le maillage territorial et les spécificités de la prise en charge**. Il prévoit le déploiement d'une campagne de communication régionale et territoriale ciblée.

#### b) Phase aigüe

Etant donné le caractère d'urgence de la prise en charge en phase aigüe, les priorités du PRS 2023-2028 relatives à la filière AVC sont déclinées au sein de la thématique transversale « *Accessibilité à l'expertise et à la prise en charge pour les urgences vitales* ». Elles portent sur l'organisation de l'appui aux professionnels en charge de l'AVC dans un objectif d'améliorer l'orientation et la prise en charge

en UNV des AVC/AIT et d'augmenter le recours en urgence à l'expertise neurologique et neuroradiologique.

Le PRS souhaite travailler à l'amélioration des délais et modalités de transport, notamment des transports en heure de permanence des soins, notamment via l'amélioration de l'alerte AVC en renforçant la connaissance des SAMU sur le maillage territorial de la filière AVC aigüe et en accompagnant à l'utilisation des échelles diagnostiques/contre-indications.

Un travail spécifique sur l'AVC de l'enfant est prévu pour assurer à tous les enfants victimes d'AVC un diagnostic précoce et rapide avec un accès en urgence à l'IRM, et une prise en charge dans une filière spécialisée, connue et dédiée.

Les travaux de préparation du PRS ont indiqué, pour la filière et pour la région Occitanie, qu'en 2015, 54 % des AVC (hors AIT) ont été pris en charge au sein d'une UNV. Des avancées significatives ont été notées dans ces travaux comme :

- le maillage territorial, assuré avec 17 UNV sur la région dont 2 UNV régionales performantes et reconnues
- le déploiement du télé-AVC en faveur des sites « orphelins » (St-Gaudens, CHIVA, Mende, Millau)
- le déploiement de la téléexpertise entre UNV pour le recours à la thrombectomie mécanique
- le déploiement de Via-trajectoire pour faciliter l'orientation en SSR
- l'amélioration de la rapidité d'accès à l'imagerie en coupe (ouverture de 5 IRM supplémentaires en région)
- la structuration des filières sur les territoires grâce aux animateurs (connaissance, partage scientifique)

### **c) Phase post-AVC**

Le devenir des patients présentant des atteintes de handicaps post-AVC est également un enjeu pour le territoire et la population.

Il existe différentes orientations possibles du patient en fonction de la catégorie du patient. Selon les recommandations de la HAS, de la Société française neuro-vasculaire et de la Société française de médecine physique et de rééducation, l'orientation du patient est la suivante :

- AVC légers (ou catégorie 1 selon la SOFMER) : Une seule déficience, autonomie de marche, sans besoin d'évaluation écologique. Le bénéfice attendu de la rééducation/ réadaptation est faible du fait de l'effet de plafond. La place de la rééducation/réadaptation est moins essentielle pour ces AVC, compte tenu de l'importance du processus de récupération spontanée. Ils seront pris en charge en libéral ou en HDJ SSR Neurologie.
- AVC modérés (ou catégorie 2 selon la SOFMER) : Plusieurs déficiences ou déficit moteur du membre inférieur interdisant la marche, avec un potentiel de récupération, un projet d'autonomie probable (AVC unilatéral). Ces AVC ont le plus à bénéficier de la rééducation/réadaptation. Ils seront pris en charge en SSR Neurologie.
- AVC sévères (ou catégorie 3 selon la SOFMER) : Plusieurs déficiences dont au moins des troubles des fonctions cognitives (mémoire, fonctions exécutives, langage) et/ou troubles du

comportement, avec un potentiel de récupération limité, un projet d'autonomie partielle ou impossible (AVC bilatéraux, multiples, totaux). Leur potentiel de récupération d'indépendance fonctionnelle est faible. Ils seront pris en charge en SSR Neurologie.

- État végétatifs ou état pauci-relationnels (EVC-EPR) (catégorie 4 selon la SOFMER) : AVC gravissime avec un NIHSS > 20 pour lequel aucun projet d'autonomie n'est envisageable. La prise en charge s'effectue dans des filières spécifiques (unités de post-réanimation puis EVC-EPR).

Les enjeux et les actions identifiés dans le PRS 2023 – 2028 concernant la préparation à la sortie du milieu hospitalier des personnes atteintes de handicaps post-AVC consistent à favoriser :

- L'accès à des SMR d'expertise ;
- Les consultations pluri-professionnelles post-AVC
- L'accès à des thérapeutiques ciblées (traitements de la spasticité, traitement de l'aphasie en lien avec les orthophonistes...)
- Le développement d'équipes mobiles SMR (comme alternative à la poursuite de l'hospitalisation) et/ou d'HAD spécialisées (pour promouvoir le retour à domicile).
- L'animation, l'information et la formation des professionnels concernés et impliqués dans la prise en charge de patients victimes d'AVC.
- La coordination ville-hôpital entre les professionnels hospitaliers et libéraux médicaux comme paramédicaux. Ainsi, il s'agit de poursuivre le déploiement du courrier de sortie à JO renforçant la place du médecin traitant dans le parcours de soins ; du dispositif de consultation de suivi post-AVC et de programmes d'éducation thérapeutique.

L'enjeu principal se traduit par la nécessité d'une prise en charge des AVC répondant à des critères de qualité et de sécurité en tout point de la région dans des délais compatibles avec l'efficacité des traitements.

Aussi, les établissements du GHT du Tarn-et-Garonne, et plus particulièrement le CH de Montauban, s'inscrivent pleinement dans la dynamique régionale et dans le réseau régional pour améliorer la prise en charge des patients, du pré-hospitalier jusqu'à la réinsertion, notamment en participant à :

- L'élaboration, la diffusion, l'évaluation des protocoles de prise en charge de l'AVC en pré-hospitalier,
- Une meilleure connaissance par la population des signes de l'AVC et la conduite à tenir (appel en urgence au 15).
- L'amélioration de la prise en charge intra-hospitalière dans le cadre des réunions sur site,
- La sensibilisation auprès des professionnels pour une prise en charge en rééducation adaptée (ambulatoire ou en SSR),
- L'accompagnement et promotion des projets d'éducation thérapeutique

## 2. Orientations retenues – axes de développement

### a) Objectif 1 : Parcours pré-hospitalier du patient présentant un AVC au sein du GHT 82

En complément de l'inscription et de la participation aux actions régionales du réseau AVC, les actions proposées dans le GHT 82 dans la phase pré - hospitalière sont les suivantes :

- Former et informer les professionnels : poursuites des formations FDUH.
- Améliorer l'organisation des transports pour transferts urgents, mise en place des protocoles proposés par l'ars avec application des critères de médicalisation

Au-delà de prise en charge pré-hospitalière, le parcours du patient présentant un AVC doit également se décliner sur la prise en charge post-AVC.

### b) Objectif 2 : Phase aiguë - Urgences hospitalières

Des progrès très significatifs ont été fait sur l'accès à l'imagerie en coupe mais l'amélioration des protocoles se poursuit en raison de l'évolutivité des recommandations.

Les difficultés des services d'urgences rendent difficile, de façon circonstancielle les mises en places de plan d'amélioration.

### c) Objectif 3 : Phase post-AVC : L'orientation et la sortie du milieu hospitalier du patient présentant des atteintes de handicaps post AVC au sein du GHT 82

- SMR Système nerveux au CH Montauban : consolider la prise en charge avec la création d'une unité mixte, hospitalisation complète et hospitalisation de jour.
- Développer les consultations pluri professionnelles post-AVC.
- Promouvoir un protocole de coopération pour le diagnostic et l'évaluation de la spasticité.
- Réinsertion (EMR-R), équipe mobile de gériatrie : il s'agit de faciliter le retour ou le maintien dans son lieu de vie d'une personne en situation de handicap ou bien âgée. Elles interviennent de manière ponctuelle : dans des situations où les difficultés rencontrées peuvent compromettre le retour ou le maintien à domicile et provoquer un risque de prolongation du séjour hospitalier ou de retour en institution.

### d) L'accès à la recherche, à l'innovations, aux thérapies innovantes

Des projets sont à développer en partenariat avec le CHU, grâce aux liens existants.

### e) Développer la démarche qualité.

Comme dans le projet général de neurologie, l'amélioration de la qualité doit se concevoir en équipe et par l'équipe, d'une part et doit faire appel à l'expérience patient.

Cette filière bénéficie d'indicateurs officiels, l'IPAQS AVC.

Les objectifs de la démarche qualité dans le service de neurologie sont donc rappelés ici :

- recueillir et utiliser l'expérience patient, et ce dès la constitution des projets.
- développer le management d'équipe par la qualité (grâce à des temps qualité).
- développer la culture du risque en déclarant et analysant les événements indésirables.
- effectuer des analyses de pertinence de parcours.
- suivre la réalité de l'amélioration de la qualité des soins, grâce à des indicateurs, IPAQSS et autres.

## EN SYNTHÈSE

*Un bâtiment relativement récent et adapté à la prise en charge*

*Le centre hospitalier de Montauban dispose de la seule USINV du département (6 lits) et du seul agrément vasculaire pour la filière AVC.*

*La filière AVC est très bien organisée sur le territoire et avec le CHU de Toulouse.*

*Le service de neurologie va continuer à participer aux actions régionales du réseau AVC.*

*Les autres projets sont axés sur*

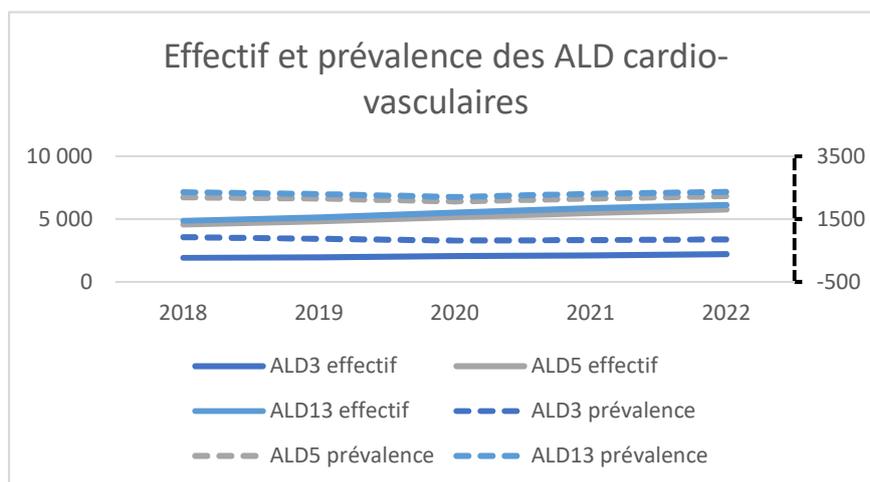
- *le souhait de pouvoir développer les consultations pluridisciplinaires post – AVC*
- *la poursuite des coopérations avec les autres équipes médicales pour faciliter le retour ou le maintien dans le lieu de vie des patients (EMG, EMER-82, ...)*

## La cardiologie et l'Unité de Soins Intensifs en Cardiologie (USIC)

### I. Présentation de la filière : contexte et offre actuelle

#### 1. Prévalence et données épidémiologiques

La prévalence des affections de longue durée cardio-vasculaires en Tarn-et-Garonne est comparable au niveau national : les maladies coronaires représentent la quatrième ALD en volume et la famille des insuffisances cardiaques la sixième en volume. Ces affections sont fortement impactées par le vieillissement de la population, qui augmente les fragilités cardio-vasculaires en rendant difficiles les traitements à base de chirurgie invasive.



*Evolution de l'effectif et de la prévalence des ALD 3 (Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques) et 5 (Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves) et 13 (Maladie coronaire) dans le département du Tarn-et-Garonne*

#### 2. Etat des lieux de la filière / spécialité

##### a) Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources

La clinique du Pont de Chaume assure une présence forte sur le territoire avec une équipe de 10 à 12 cardiologues (consultations, hospitalisation complète, plateau technique de coronarographie).

Une équipe de cardiologues est également présente sur la ville et la clinique Boyé - Croix St Michel à Montauban (3-4 cardiologues).

A l'heure actuelle, le CH propose les prises en charge suivantes :

- Cardiologie médicale en hospitalisation complète et consultations externes
- Soins intensifs cardiologiques
- Cardiologie interventionnelle : le CH de Montauban détient une autorisation de rythmologie de niveau 2 avec dérogation, la clinique du Pont de Chaume détient une autorisation de coronarographie.
- Le CH de Montauban assure la permanence des soins (astreinte départementale, notamment en rythmologie).

L'effectif médical est, en principe, de quatre cardiologues et d'un angiologue. La démographie médicale et l'attractivité du secteur privé font que l'équipe médicale est actuellement en difficultés. La volonté de recruter des cardiologues est forte afin de poursuivre la dynamique portée par cette équipe sur la rythmologie. Depuis plusieurs mois des échanges ont débutés avec le CHU de Toulouse, mais d'autres établissements de la région sont en difficultés également sur cette spécialité (Cahors, Auch, ...) avec un nombre de praticiens inférieur à celui du centre hospitalier de Montauban.

Une part importante de l'activité d'hospitalisation complète est réalisée en non-programmé.



## b) Chiffres d'activité, patients, parts de marché

### Cardiologie médicale

Sur la cardiologie médicale, les séjours sont répartis à parts comparables entre le CH de Montauban, la clinique du Pont de Chaume et les établissements de Haute-Garonne.

51% des séjours sont générés par des passages aux urgences, directement ou après un séjour en soins intensifs ou UHCD. L'existence d'activité programmée implique de vider certains lits occupés en hospitalisation de semaine, de les conserver vides le week-end pour la prise en charge des patients programmés le lundi. On note une surconsommation de soins sur le territoire de santé, le taux de recours standardisé en cardiologie (GP K04 – Affections cardio-vasculaires avec acte classant non opératoire) étant de 0,79 pour 1000 habitants, l'indice national étant de 0,59.

	Nb de séjours 2022	Part de marché 2022
CH Montauban	1 025	24%
Clinique Pont de Chaume	1 244	29%
Clinique Boyé	294	7%
CHICM	298	7%
Haute-Garonne	1 117	26%
Autres établissements	316	7%
<b>Total</b>	<b>4 294</b>	

Source ScanSanté

Au niveau du centre hospitalier de Montauban, le service de cardiologie héberge une partie de patients qui relèveraient de la médecine polyvalente (environ 20% du nombre de journées et séjours) :

Classes d'âge	Médecine Polyvalente		Spécialité d'organes		Total nb de journées	Total nb de séjours
	Nb de journées	Nb de séjours	Nb de journées	Nb de séjours		
<19 ans	2	1	4	3	6	4
20 à 74 ans	332	81	1207	352	1539	433
75 à 84 ans	240	41	1000	229	1240	270
>85 ans	301	54	1141	207	1442	261
<b>Total général</b>	<b>875</b>	<b>177</b>	<b>3352</b>	<b>791</b>	<b>4227</b>	<b>968</b>

Source PMSI 2022

28% des journées d'HC dans le service de cardiologie sont des suites de soins intensifs.

### Soins intensifs Cardiologiques

La gestion des 12 lits de Soins Intensifs est faite de façon globale : le capacitaire théorique est de 6 lits d'USIC et 6 lits d'USINV. En pratique, et en l'état actuelle de l'activité de cardiologie, l'activité de Soins Intensifs Neurologiques est supérieure à celle des Soins Intensifs de Cardiologie : la répartition représente plutôt 8 lits de SI Neurologie et 4 lits de SI Cardiologie.

66% des séjours sont générés par des passages aux urgences.

Dans l'hypothèse où le CH de Montauban bénéficierait de la seule autorisation de cardiologie interventionnelle sur le territoire, ce capacitaire serait à revoir à la hausse.

Classes d'âge	Nb de journées	Nb de séjours
<19 ans	5	1
20 à 74 ans	479	152
75 à 84 ans	338	103
>85 ans	294	84
<b>Total général</b>	<b>1116</b>	<b>340</b>

Source PMSI 2022

## Cardiologie interventionnelle

Le taux de recours standardisé pour le département en 2022 est de 11,30 pour 1000 habitants, supérieur au taux de recours national (10,38) – (D06 - Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels).

Le marché est largement occupé par la clinique du Pont de Chaume et les établissements toulousains (clinique Pasteur et CHU).

	Nb de séjours 2022	Part de marché 2022
CH Montauban	258	8%
Clinique Pont de Chaume	1 762	55%
Haute-Garonne	994	31%
Autres établissements	218	7%
<b>Total</b>	<b>3 232</b>	

Source ScanSanté

Code CCAM	Libellé de l'acte	Seuil	Nombre d'actes 2021	Nombre d'actes 2022	Nombre d'actes 2023
	Ablation atriale droite ou atrioventriculaire	50	58	58	54
DEPF006	Interrupt complète du tissu nodal de la jonction atrioventriculaire avec courant de radiofréq, par voie veineuse transcut		5	5	9
DEPF010	Interrupt de la voie lente ou de la voie rapide de la jonction atrioventriculaire avec courant de radiofréq, par voie veineuse transcut		0	0	
DEPF012	Interrupt complète de circuit arythm au niveau de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréq, par voie veineuse transcut		52	53	45
DEPF025	Interrupt complète de circuit arythm en dehors de l'isthme cavotricuspidien avec courant de radiofréq, par voie veineuse transcut		1		
	Pose de défibrillateurs et/ou de stimulateurs multisites	50	28	45	52

Source PMSI

## Typologie des patients pris en charge par les équipes de cardiologues au sein du CH de Montauban

		Effectif Patients	Effectif séjours	Age min	Age moyen	Age max
HC	Hommes	518	592	18	71	98
	Femmes	395	449	16	76	98
	TOTAL	<b>913</b>	<b>1041</b>		<b>73</b>	
USIC	Hommes	187	197	22	71	98
	Femmes	134	140	16	77	96
	TOTAL	<b>321</b>	<b>337</b>		<b>73</b>	

### Profils prévalents de patients

Diagnostics principaux pris en charge par l'équipe de cardiologues au CH de Montauban	Nb de journées	Nb de séjours	Part des journées	Part des séjours
Insuffisance cardiaque congestive, avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] non précisée	311	63	6%	4%
Embolie pulmonaire, (sans mention de cœur pulmonaire aigu)	308	68	11%	9%
Insuffisance ventriculaire gauche, avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] non précisée	294	60	17%	14%
Bloc auriculoventriculaire complet	290	87	22%	20%
Syncope et collapsus, PC, Evanouissement	238	77	27%	25%
Insuffisance ventriculaire gauche, avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] inférieure à 40	189	27	30%	27%
Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), prise en charge initiale, infarctus de 24 heures ou moins	172	51	33%	31%
Insuffisance cardiaque congestive, avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] inférieure à 40	170	31	36%	33%
Ajustement et entretien d'un stimulateur cardiaque	168	59	39%	37%
Infarctus sous-endocardique (aigu du myocarde), autres prises en charge	157	34	42%	40%
Fibrillation auriculaire persistante	144	37	45%	42%
Flutter auriculaire typique	135	50	47%	46%
Insuffisance cardiaque congestive, avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] supérieure ou égale à 50	119	18	50%	47%
Fibrillation auriculaire paroxystique	117	34	52%	50%
Insuffisance cardiaque congestive, avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] inférieure à 50 et supérieure ou égale à 40	111	18	54%	51%
Autres myocardopathies	105	16	56%	52%
Insuffisance ventriculaire gauche, avec fraction d'éjection ventriculaire gauche [FEVG] inférieure à 50 et supérieure ou égale à 40	95	15	58%	53%
Fibrillation auriculaire chronique [permanente]	95	27	59%	55%
Tachycardie supraventriculaire	87	36	61%	58%
Complication mécanique d'un appareil cardiaque électronique	86	22	62%	59%
COVID-19, forme respiratoire, virus identifié	82	12	64%	60%
Sténose (de la valvule) aortique (non rhumatismale)	79	10	65%	61%
Cardiopathie artérioscléreuse	73	20	67%	62%
Myocardopathie ischémique	71	17	68%	63%

Source PMSI 2022

### 3. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Objectifs	Actions	Bilan
Poursuivre l'activité de cardiologie interventionnelle rythmologique	Partage de l'activité de cardiologie interventionnelle avec la clinique du Pont de Chaume (vasculaire)	Les discussions ont été menées mais elles n'ont jamais permis d'aboutir au regard de la posture des opérateurs privés quant aux modalités de coopération.
Développer l'imagerie cardiaque Suivi : Nombre d'actes (IRM cardiaque et coroscanner)	Développer l'IRM cardiaque et l'échographie de stress au niveau territorial	<i>Projet suspendu : à développer en fonction de la ressource médicale</i>
	Améliorer la prise en charge diagnostique non invasive de la maladie cardiovasculaire	<i>Projet suspendu : à développer en fonction de la ressource médicale</i>

### 4. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cardiologie : une activité reconnue en lien avec la prise en charge de patients polypathologiques et âgés</li> <li>- Existence de l'USIC</li> <li>- Praticiens expérimentés</li> <li>- Astreinte de cardiologie (rythmologie) assurant un flux de patients</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Spécialité en concurrence forte avec les établissements du territoire et les établissements toulousains</li> <li>- Forte dépendance aux Urgences de l'activité HC (socle important d'activité non programmée, hors UMA)</li> <li>- L'activité d'astreinte ne joue pas en faveur de l'attractivité de la cardiologie au CH de Montauban</li> <li>- Démographie médicale et ce d'autant plus si l'autorisation de rythmologie n'est pas maintenue sur le centre hospitalier.</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Projet de GCS avec CHU Toulouse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Position de force de la clinique Pont de Chaume, avec, des tentatives régulières de recrutement des médecins du CH</li> <li>- Persistance de la cardiologie interventionnelle et de la cardiologie médicale si échec du projet avec le CHU Toulouse ou volonté de l'ARS de ne pas maintenir l'organisation actuelle sur le département.</li> <li>- Impacts sur le centre hospitalier de Montauban de la perte de l'activité de rythmologie et du départ des cardiologues.</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

Le PRS Occitanie prévoit un ensemble d'objectifs quantifiés pour l'offre de soins en cardiologie :

- 2 USIC adulte sur le territoire
- 1 à 2 modalités 1 mention A de rythmologie interventionnelle
- 1 modalité 1 mention B de rythmologie interventionnelle
- 1 modalité 3 (cardiopathies ischémiques et structurales de l'adulte)
- 2 SMR mention cardio-vasculaire sur le territoire

La réforme des autorisations en cardiologie interventionnelle couplant la rythmologie et la coronarographie fait peser une menace sur le maintien de l'activité au CH de Montauban. Or, une prise en charge en cardiologie à l'hôpital est essentielle pour conforter la qualité de la prise en charge dans l'ensemble des services de l'établissement (réanimation, gériatrie, endocrinologie – diabétologie, ...).

Les enjeux pour la cardiologie au CH de Montauban sont de plusieurs natures :

- Sécuriser la possibilité de cardiologie interventionnelle sur la filière publique, relocaliser la prise en charge en cardiologie interventionnelle sur le département du 82 ;
- Renforcer l'équipe de cardiologues ;
- Développer les coopérations pour sécuriser la prise en charge publique ;
- Développer la prévention pour réduire les prises en charge en urgence.

### 2. Orientations retenues – axes de développement

#### a) *Objectif 1 – Conforter l'offre de soins en cardiologie publique*

**Il est essentiel pour le centre hospitalier de poursuivre et de développer l'activité de cardiologie interventionnelle et plus particulièrement l'activité de rythmologie** avec des implantations de stimulateurs, de défibrillateurs, explorations électrophysiologiques, radiofréquence de flutter ou du nœud auriculo-ventriculaire - développer la radiofréquence nodale voire à terme l'ablation de la fibrillation auriculaire.

La nouvelle réglementation, en matière d'autorisation d'activité de soins « activité interventionnelle sous imagerie médicale en Cardiologie », ne permet plus à certains établissements d'être autorisés au titre de la modalité rythmologie interventionnelle, mention B ».

En effet, l'Article 6123-130.1 du code de la santé publique, issu du décret n° 2022-380 du 16 mars 2022, précise que l'autorisation pour la modalité « rythmologie interventionnelle » mention B, C et D ne peut être accordée que si le titulaire dispose d'une autorisation pour la modalité « cardiopathies ischémiques et structurales de l'adulte ».

A ce jour, en l'état actuel des échanges avec l'ARS au regard de la situation particulière de certains établissements de la région, les risques sont avérés pour le centre hospitalier de Montauban. Ainsi, 3 scénarios sont possibles à date concernant la cardiologie interventionnelle :

- Soit le Centre Hospitalier de Montauban obtient l'autorisation territoriale de cardiologie interventionnelle. Le capacitaire de cardiologie serait alors à augmenter, en comptant sur la captation d'une partie des fuites actuelles (38% pour la cardiologie interventionnelle).
- Soit le centre hospitalier de Montauban obtient l'autorisation de cardiologie interventionnelle – rythmologie – comme aujourd'hui. Le capacitaire de cardiologie sera alors maintenu.
- Soit la clinique du Pont de Chaume obtient l'autorisation territoriale de cardiologie interventionnelle et le risque est avéré pour le centre hospitalier de Montauban qui perdra son autorisation.

Actuellement, des échanges sont en cours avec le CHU de Toulouse sur une adaptation de l'offre de cardiologie interventionnelle en lien avec le décret de Mars 2022. Les travaux sont basés sur la constitution d'un GCS où le CHU de Toulouse demande une autorisation « multisites » pour 3 établissements publics de santé au titre de l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en Cardiologie - modalité rythmologie interventionnelle, mention B ». Cette autorisation est sollicitée dans le cadre d'une organisation commune permettant d'assurer le respect de la qualité et de la sécurité des soins.

Le centre hospitalier de Montauban déposerait alors une demande d'autorisation d'activités interventionnelles sous imagerie médicale en Cardiologie » - modalité « rythmologie interventionnelle – mention A ».

### ***b) Objectif 2 – Développer les nouvelles pratiques de prise en charge***

**Consolider la filière « insuffisant cardiaque »** : Faciliter le parcours du patient Insuffisant cardiaque en transférant cette activité en HDJ : Venue du patient en HDJ à J+7 après sortie d'hospitalisation, J+15, J+30, J+60, puis transfert de la prise en charge au médecin traitant.

Travailler avec la médecine et la prise en charge de ville et les SMR spécialisés en cardiologie pour limiter les épisodes aigus et les prises en charge en urgence, en développant la télésurveillance et la prise en charge en hôpital de jour, notamment pour de l'éducation thérapeutique.

**Développer le suivi de télé-cardiologie** (télésurveillance commune en rythmologie et insuffisance cardiaque, téléconsultation vers les autres sites du GHT voire les MSP ou cabinets libéraux, télé expertise en lien avec le CHU).

### ***c) Objectif 3 – Développer l'imagerie cardiaque***

L'équipe médicale de cardiologie souhaite :

- Développer les techniques d'imagerie cardiologique scanner, IRM et échographie de stress.
- Développer l'imagerie interventionnelle

Ces activités répondent à des besoins. Leurs mises en œuvre sera effective dès que la ressource médicale le permettra.

#### **d) Objectif 4 – Développer l'activité d'angiologie**

Développement de l'activité d'Angiologie : recrutement fin 2023 d'un ATP en médecine vasculaire

#### **e) Objectif 5– Recréer les conditions d'attractivité de cardiologues**

Recréer des conditions d'attractivité pour les praticiens afin de consolider la filière publique de cardiologie, par des coopérations avec le CHU de Toulouse notamment.

#### **f) L'accès à la recherche, à l'innovations, aux thérapies innovantes**

Développer les parcours hors les murs avec mise en place de télé-suivi et coordination des parcours sur les pathologies chroniques, en lien avec les CPTS du territoire et les SMR spécialisés en cardiologie.

### **3. Positionnement territorial du Centre hospitalier de Montauban**

Dans l'optique de développer les prises en charge coordonnées des pathologies chroniques sur le territoire et limiter les prises en charge en urgence, une coopération sera mise en place avec les acteurs de la ville sur l'ensemble du département, ainsi que sur les établissements médico-sociaux et leurs médecins coordonnateurs.

Des téléconsultations seront notamment proposées afin de soutenir les acteurs de la ville.

#### **LIENS AVEC LES ÉTABLISSEMENTS DE RECOURS**

##### **LE CHU DE TOULOUSE**

- Projet de GCS pour conformité au décret de Mars 2022 sur Cardiologie interventionnelle :
- Souhait de liens avec CHU Toulouse pour développement de l'imagerie cardiaque

## EN SYNTHÈSE

*Le CH de Montauban s'inscrit dans une volonté de conserver son autorisation de rythmologie et se positionne en faveur du maintien de l'organisation de l'offre de soins sur le département selon les modalités actuelles (rythmologie au CH et coronarographie à la Clinique du Pont de Chaume).*

*Dans le nouvel hôpital, la question d'une autorisation de coronarographie pour le CH devra se poser.*

## La pneumologie

### I. Présentation de la pneumologie : contexte et offre actuelle

L'activité de Pneumologie du Centre Hospitalier de Montauban s'effectue pour environ **deux tiers en programmé** et, pour un peu plus d'un tiers en non-programmé, en provenance des urgences.

Il est à noter l'importance de la part ambulatoire (notamment Oncologie) dans l'activité programmée de pneumologie, avec une croissance importante dans les dernières années. Cette croissance induit un ajustement du dimensionnement de l'Unité de Médecine Ambulatoire (UMA) depuis le mois de janvier 2024.

La situation du Centre Hospitalier de Cahors avec la fermeture du service de pneumologie a créé un afflux de demandes de cancérologie thoracique (diagnostiques, prises en charge thérapeutiques, HC et HDJ et suivi en CS) au Centre Hospitalier de Montauban, contribuant à la surcharge de l'activité d'HDJ en 2023.

**Le contexte de précarité du département et le manque de disponibilité médicale en médecine de ville actuellement entraînent un renoncement au soin, un retard de diagnostic, et une dégradation de la prise en charge avec hospitalisations prolongées en HC liée à la gravité des patients lors de la prise en charge initiale.**

#### 1. Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources

Sur le département, l'offre de soins est répartie entre les établissements du GHT, mais également avec des opérateurs privés.

Ainsi, au sein du GHT de Tarn-et-Garonne, l'offre de soins est la suivante :

- CH Montauban :
  - Permanence des soins (astreinte départementale)
  - Service d'Hospitalisation Conventionnelle
  - Consultations de Spécialité
  - Plateau technique
  - Hospitalisation de Jour (UMA - Unité de Médecine Ambulatoire)

- CHIC Castelsarrasin-Moissac :

Des consultations de avancées de la spécialité existent historiquement avec un très bon fonctionnement au prorata de la disponibilité des équipes médicales de pneumologie du CH Montauban. Après une période de suspension, ces consultations ont été ré-ouvertes en 2023 avant d'être à nouveau suspendues en 2024 (1 poste vacant de PH et un praticien absent temporairement). Lors de la reprise de ces consultations et au regard de l'expérience passée, il sera nécessaire de prendre en compte la difficulté de ces consultations avancées : un plateau technique de pneumologie avec EFR, Pléthysmographie, épreuve d'effort n'est pas disponible.

Concernant les établissements privés du département, ils sont deux à avoir une autorisation de pneumologie : la clinique Pont de Chaume et la clinique Boyé - Croix Saint-Michel. A la clinique Boyé – Croix Saint Michel il n'y a toutefois qu'un seul praticien.

## 2. Chiffres d'activité, patients

### a) Activité du service de pneumologie

L'activité de pneumologie s'articule entre une majorité d'activité programmée pour l'hospitalisation de jour (Pneumo-Oncologie), en plus de l'hospitalisation conventionnelle. L'activité non programmée, représente tout de même plus d'un tiers des séjours en 2022.

	Total Nb séjours 2022	Nb séjours 2022 passés par les urgences	Nb séjours 2022 mutés de l'UHCD	Taux d'entrée par les urgences
<b>Pneumologie HC</b>	<b>1057</b>	264	108	<b>35%</b>

Source : PMSI

Depuis la crise sanitaire, le capacitaire de pneumologie est diminué. Initialement cela reposait sur la configuration du service avec la présence de chambres doubles et donc l'impossibilité de disposer d'un capacitaire complet afin de respecter les recommandations liées au COVID chez des patients déjà fragiles.

Depuis la fin de la crise sanitaire, le capacitaire n'est pas pleinement ouvert compte tenu du manque de personnel paramédical dans le service. Cette équipe souffre de difficultés de recrutement.

Diagnostiques principaux PNEUMOLOGIE	Nb de journées 2022	% du Total Journées	Nb de séjours 2022	% du Total Séjours
<b>Séance de chimiothérapie pour tumeur</b>	<b>1427</b>	<b>20,7%</b>	<b>1260</b>	<b>52,2%</b>
COVID-19, forme respiratoire, virus identifié	677	9,8%	110	4,6%
Maladie pulmonaire obstructive chronique avec épisodes aigus, sans précision	489	7,1%	82	3,4%
Maladie pulmonaire obstructive chronique avec infection aiguë des voies respiratoires inférieures	429	6,2%	71	2,9%
Prise en charge pour soins palliatifs	359	5,2%	33	1,4%
Pneumopathie, sans précision	164	2,4%	47	1,9%
Tuberculose pulmonaire, confirmée par examen microscopique de l'expectoration, avec ou sans culture	153	2,2%	1	0,0%
Tumeur maligne des bronches ou du poumon, sans précision	138	2,0%	24	1,0%
Embolie pulmonaire, (sans mention de cœur pulmonaire aigu)	112	1,6%	14	0,6%
Pneumopathie lobaire, sans précision	110	1,6%	24	1,0%
Pneumothorax traumatique, sans plaie intrathoracique	102	1,5%	19	0,8%
Pneumopathie au cours de mycoses	101	1,5%	5	0,2%
Tumeur maligne du lobe inférieur, bronches ou poumon	89	1,3%	6	0,2%
Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales	71	1,0%	6	0,2%
Hémopneumothorax traumatique, sans plaie intrathoracique	69	1,0%	8	0,3%
Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue de la trachée, des bronches et du poumon	68	1,0%	12	0,5%
Pneumonie due à <i>Streptococcus pneumoniae</i>	66	1,0%	15	0,6%
Obstruction de l'œsophage	65	0,9%	1	0,0%

Autres affections pulmonaires interstitielles avec fibrose	62	0,9%	17	0,7%
Autres pneumopathies, micro-organisme non précisé	62	0,9%	9	0,4%
Pneumopathie due à des aliments et des vomissements	60	0,9%	15	0,6%
Tumeur maligne du médiastin, partie non précisée	56	0,8%	4	0,2%
Asthme, sans précision	55	0,8%	12	0,5%
Pneumopathie due à Pseudomonas	53	0,8%	6	0,2%
Pyothorax sans fistule	52	0,8%	7	0,3%
Examen et mise en observation pour polysomnographie	51	0,7%	50	2,1%
Autres diagnostics	1740	25,3%	557	23,1%
<b>TOTAL</b>	<b>6880</b>		<b>2415</b>	

Source : PMSI

**La part de l'activité en Oncologie augmente et représente en 2022 près du tiers de l'activité, répartie entre le service d'hospitalisation complète de Pneumologie et l'Unité de Médecine Ambulatoire.**

Diagnostics principaux - Libellé ONCOLOGIE	Nb de journées 2022	Nb de séjours 2022
Séance de chimiothérapie pour tumeur	1427	1260
Tumeur maligne des bronches ou du poumon, sans précision	138	24
Tumeur maligne du lobe inférieur, bronches ou poumon	89	6
Tumeur maligne secondaire du cerveau et des méninges cérébrales	71	6
Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue de la trachée, des bronches et du poumon	68	12
Tumeur maligne du médiastin, partie non précisée	56	4
Tumeur maligne du lobe supérieur, bronches ou poumon	46	19
Bronchopneumopathie, sans précision	42	7
Pneumopathie due à Mycoplasma pneumoniae	33	8
Tumeur à évolution imprévisible ou inconnue du médiastin	14	1
Tumeur maligne secondaire du foie et des voies biliaires intrahépatiques	11	2
Autres mesures de chimiothérapie prophylactique	10	3
Tumeur maligne du lobe moyen, bronches ou poumon	7	3
Tumeur maligne secondaire du rétropéritoine et du péritoine	7	1
Examen de contrôle après chimiothérapie pour tumeur maligne	6	5
Examen de contrôle après chimiothérapie pour d'autres affections	6	5
Examen de contrôle après traitement chirurgical d'une tumeur maligne	2	2
Tumeur maligne secondaire du médiastin	1	2
Antécédents personnels de tumeur maligne de la trachée, des bronches et des poumons	1	1
Tumeur maligne secondaire et non précisée d'un ganglion lymphatique, sans précision	1	1
Tumeur maligne de la plèvre	1	1
Tumeur maligne secondaire de la plèvre	1	1
<b>TOTAL Diagnostics Oncologie</b>	<b>2038</b>	<b>1374</b>
<b>Total Diagnostics principaux</b>	<b>6880</b>	<b>2415</b>
<b>Diagnostics liés à l'Oncologie : % du TOTAL</b>	<b>29,6%</b>	<b>56,9%</b>

Le service constate une augmentation des séjours en lien avec les pathologies chroniques : oncologie, insuffisance respiratoire, fibrose pulmonaire, conséquences de l'arrêt de la diminution du tabagisme....

On observe une saisonnalité importante de l'activité à prendre en compte pour la définition du capacitaire du service.

Nombre de journées - Équipes de Pneumologues													
Classe d'âge des patients	janv-22	févr-22	mars-22	avr-22	mai-22	juin-22	juil-22	août-22	sept-22	oct-22	nov-22	déc-22	Total 2022
00-19	11		1	4				1	8			4	29
20-74	334	395	367	506	467	381	316	381	407	339	377	346	4616
75-84	146	62	146	147	139	141	119	159	113	109	100	203	1584
85-et+	82	67	28	29	55	40	20	49	50	58	115	58	651
<b>Total général</b>	<b>573</b>	<b>524</b>	<b>542</b>	<b>686</b>	<b>661</b>	<b>562</b>	<b>455</b>	<b>590</b>	<b>578</b>	<b>506</b>	<b>592</b>	<b>611</b>	<b>6880</b>
<b>Moyenne lits occupés / jour</b>	<b>18,5</b>	<b>18,7</b>	<b>17,5</b>	<b>22,9</b>	<b>21,3</b>	<b>18,7</b>	<b>14,7</b>	<b>19,0</b>	<b>19,3</b>	<b>16,3</b>	<b>19,7</b>	<b>19,7</b>	<b>18,8</b>

#### Service Hospitalisation Conventiionnelle - Capacitaire du service de Pneumologie (théorique et actuel en Février 24) :

- Capacitaire théorique de 26 lits HC dont 3 lits de soins palliatifs (LISP)
- Service restreint à 18 lits avec l'épidémie Covid (cf. chambres simples)
- Service de 15 lits depuis fin 2022 dont 3 lits identifiés Soins Palliatifs
- DMS Pneumologie HC (2021) : 5,8

Taux d'occupation 2021 sur le nb de jours d'ouverture inscrits par l'établissement : 126 %

- TO 2021 sur 365 jours : 60 %

#### Hospitalisation De Jour (HDJ) de Pneumologie

Pneumologie HDJ	Nb de journées 2022	Nb de séjours 2022	% TOTAL journées	% TOTAL séjours
00-19			0,0%	0,0%
20-74	939	960	78,8%	79,0%
75-84	208	210	17,4%	17,3%
85-et+	45	45	3,8%	3,7%
<b>Total général</b>	<b>1192</b>	<b>1215</b>		

L'HDJ en pneumologie représente 1215 séjours en 2022 (sur 2415 séjours au total en pneumologie).

L'activité d'HDJ en pneumologie a évolué très fortement ces dernières années : **45,5% de croissance entre 2019 et 2022 en file active de patients**, les séjours ayant plus que doublé sur la même période (112,5%). Source : DIM report, données concernant les patients suivis par l'équipe de Pneumologues.

L'Unité de Médecine Ambulatoire qui accueille une grande majorité de l'activité de Pneumologie en HDJ, a été ajustée concernant son capacitaire à compter de janvier 2024.

HDJ - fléchage "Équipe de Pneumologues"	Effectif Patients		Croissance Effectif 2019- 2020	Effectif Séjours		Croissance Séjours 2019- 2020
	2019	2022		2019	2022	
Hommes	62	106	71,0%	386	745	93,0%
Femmes	70	86	22,9%	221	545	146,6%
<b>TOTAL</b>	<b>132</b>	<b>192</b>	<b>45,5%</b>	<b>607</b>	<b>1290</b>	<b>112,5%</b>

On peut considérer le **virage ambulatoire déjà réalisé en pneumologie** : la grande majorité de l'activité de cancérologie (chimiothérapie et immunothérapie) a déjà transférée à l'Unité de Médecine Ambulatoire.

On a observé un taux de transfert annuel de 10% de l'HC vers l'Unité de Médecine Ambulatoire entre 2019 et 2022. Selon les praticiens, il reste peu de marge de manœuvre pour un transfert d'activité HC en HDJ.

L'activité d'HDJ comprend notamment des bilans ambulatoires réalisés à l'UMA, parfois à l'UCA (Unité de Chirurgie Ambulatoire), par exemple pour des endoscopies, parfois après une nuit dans le service d'hospitalisation complète de Pneumologie.

Une part de l'activité de Pneumologie ne paraît pas transférable en ambulatoire et restera donc en hospitalisation complète :

- Maintien de quelques séjours en Chimiothérapie dans le service HC, pour des patients nécessitant des chimios sur 3 à 5 jours et habitant loin (HDJ non adaptée pour ce profil de patients)
- Limite du virage ambulatoire sur l'insuffisance respiratoire, en raison de l'importance des données recueillies la nuit (saturation, sommeil, surveillance de la ventilation) : seule une partie des bilans peuvent se faire en HDJ sur ce sujet.

### Typologie des patients

Les personnes âgées de **plus de 75 ans représentent environ un tiers de l'activité** du service d'Hospitalisation conventionnelle : 34,2% des journées, et 28,4% des séjours en 2022.

Service de Pneumologie HC	Médecine Polyvalente		TOTAL Pneumo HC 2022		% Médecine polyvalente en Pneumologie HC (en journées)	% Classes d'âge sur Total Journées	% Classes d'âge sur Total Séjours
	Nb de journées	Nb de séjours	Nb de journées	Nb de séjours			
Classe d'âge des patients							
00-19			29	7	0,0%	0,5%	0,7%
20-74	825	194	3577	748	23,1%	65,2%	70,9%
75-84	195	40	1314	209	14,8%	24,0%	19,8%
85-et+	39	16	562	91	6,9%	10,3%	8,6%
<b>Total général</b>	<b>1059</b>	<b>250</b>	<b>5482</b>	<b>1055</b>	<b>19,3%</b>		

Les patients de pneumo-gériatrie dans le service de pneumologie représentent souvent des patients plutôt polyopathologiques, par exemple avec une virose respiratoire avec décompensation. Il s'agit de

problématiques gériatriques, parfois de médecine polyvalente (ex. insuffisance rénale aigue, fausse route sur maladie neurologique évoluée, ...), sans dominante respiratoire chez ces patients.

Dans la pratique, l'orientation des patients est en fonction de la place dans les unités, et non uniquement en fonction des spécialités dont devraient dépendre les patients.

L'équipe de Pneumologie vise donc un équilibre entre l'HDJ et l'HC.

Cette recherche d'équilibre passe par un travail sur le fléchage des patients dans les services les plus adaptés à leur pathologie (pneumologie, gériatrie, médecine polyvalente...). Il passe également par un travail sur l'aval : un parcours patient plus fluide permettrait de faire accéder à des lits d'aval d'hospitalisation complète pour gérer les complications de traitements lourds (ex. patients immunodéprimés), et de recentrer l'HC sur son activité cœur. **La filière d'aval est actuellement compliquée** du fait des refus récurrents de prise en charge des patients du service par les SSR sur la plateforme via trajectoire, le plus souvent liée à la charge en soins de patients polypathologiques ne pouvant rentrer à domicile augmentant la DMS et retardant et compliquant la prise en charge des patients respiratoires hospitalisés aux urgences et des complications de traitements oncologiques (aplasies...)

#### b) Part de marché ; analyse des fuites

Le Centre Hospitalier de Montauban occupe une place importante dans l'offre de soins Tarn-et-garonnaise en pneumologie, avec près de la moitié de l'activité relative aux habitants du Tarn-et-Garonne.

	Production des établissements de santé du 82 (tous patients - 2022)	Part des établissements du 82, dans la consommation des habitants du 82 (2022)
<b>CH Montauban</b>	<b>54,5 %</b>	<b>41,9%</b>
Clinique du Pont de Chaume	28,3 %	19,5%
CHIC Castelsarrasin-Moissac	8,9 %	7,3%
Clinique Croix Saint Michel	8,0 %	6,3%

Source : ScanSanté

Le taux de fuite hors département représente 25% de la consommation des habitants du département.

	Nb de séjours des habitants du Tarn-et-Garonne en 2022	Parts de Marché 2022 (Consommation des habitants du Tarn-et-Garonne)
<b>CH Montauban</b>	<b>790</b>	<b>41,9%</b>
Clinique du Pont de Chaume	368	19,5%
Établissements de Haute-Garonne	336	17,8%
CHIC Castelsarrasin-Moissac	137	7,3%
Autres Établissements hors 82	135	7,2%
Clinique Croix Saint-Michel	119	6,3%
<b>TOTAL</b>	<b>1885</b>	

### 3. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Projet	Etat d'avancement
Mettre en place une consultation avancée de pneumologie au CHIC Castelsarrasin Moissac	Réalisée en 2022-2023 puis stoppé mi 2023 du fait d'une diminution d'effectif médical
Mise en place de l'écho-endoscopie bronchique au CH de Montauban	Effectif, un patient par semaine sous AG
Participation à l'hospitalisation de jour en médecine	Effective
Développer la prise en charge de l'insuffisance respiratoire chronique	Reprise des épreuves d'effort VO2max pour guider la réhabilitation effective et projet de réhabilitation respiratoire

### 4. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Capacité d'attractivité de l'équipe médicale (internes, docteurs juniors)</li> <li>Compétences complémentaires des pneumologues</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Déficit de ressources paramédicales (notamment IDE), limitant le capacitaire réel</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Impact de la situation du CH de Cahors sur l'activité du service de Pneumologie</li> <li>Augmentation des pathologies chroniques au niveau national : insuffisance respiratoire, fibrose pulmonaire, arrêt de la diminution du tabagisme, cancérologie - onco-pneumologie</li> <li>Analyser le défaut d'attractivité pour les IDE et mettre en place un plan d'actions.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contexte local et national d'augmentation de l'activité notamment en onco-pneumologie : risque en lien avec la démographie médicale et paramédicale.</li> <li>Pérennité de l'équipe médicale ; départ de 2 PH titulaires en 2023, départ à la retraite d'un PH dans les années à venir, jeunes praticiens ne se projetant pas dans la durée.</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Orientations retenues – axes de développement

#### a) *Objectif 1 : consolider l'activité de cancérologie thoracique*

Concernant la **cancérologie thoracique** on assiste d'une part à une augmentation de l'incidence du cancer du poumon prédite depuis des années en particulier chez la femme, d'autre part les traitements innovants par thérapie ciblée et immunothérapie permettent une augmentation significative de la survie globale d'un certain nombre de patients ce qui augmente la file active et les séances.

L'augmentation d'activité en cancérologie thoracique est d'autant plus importante que le service a récupéré l'activité d'une partie du Lot, la seule cancérologue thoracique de Cahors ayant quitté l'établissement et la ville. Ce départ a eu un effet immédiat sur l'activité du centre hospitalier de Montauban.

L'activité de soins de supports et palliatifs est assurée avec 3 lits de soins palliatifs ; un médecin, une IDE et une AS de l'unité sont titulaires du DU de soins palliatifs 1<sup>ère</sup> année.

Le maintien d'une équipe de cancérologie thoracique reposant sur trois praticiens est donc très stratégique et nécessaire.

#### b) *Objectif 2 : développer l'insuffisance respiratoire chronique, BPCO, Asthme*

Un praticien de l'unité a une expertise reconnue dans la prise en charge de l'insuffisance respiratoire chronique quel qu'en soit l'origine et les techniques de ventilation non invasive et d'exploration du sommeil.

Le renforcement de l'équipe médicale permettrait de s'investir dans le parcours de soins HAS de la BPCO et sa coordination ainsi que dans l'éducation thérapeutique.

#### c) *Objectif 3 : développer la prise en charge des maladies interstitielles pulmonaires*

Un praticien de l'équipe, tout en ayant une formation pneumologique générale, a une expertise reconnue liée à sa formation, à son activité en tant que chef de Clinique, et à son activité de recherche, dans les maladies interstitielles pulmonaires dont l'incidence est également en augmentation. Des traitements efficaces ont été développés ces dernières années ce qui augmente la demande en soins de ces patients ayant des pathologies sévères et au pronostic réservé.

L'ensemble du spectre de la pneumologie est donc couvert par cette organisation à part **l'allergologie respiratoire et médicamenteuse** pour laquelle un autre praticien allergologue réalise une vacation une fois par semaine. Les besoins ne sont pas assurés, une allergologue s'installant dans le département

serait intéressée pour réaliser une ou plusieurs vacations et pour réaliser des tests de provocation sur l'HDJ. Le projet en cours de discussion.

#### **d) Objectif 4 : développer le SMR pneumologie avec les médecins rééducateur**

Dans l'attente du nouvel hôpital et de la configuration d'un plateau adapté et adéquat, le service de pneumologie du centre hospitalier de Montauban a pour projet la mise en place d'un SMR Pneumologique sous la forme d'un accueil en hospitalisation de jour sur l'unité.

Ce projet est soumis à un recrutement médical permettant le développement d'un tel projet. L'hospitalisation de jour pourrait être développée à proximité du service de pneumologie car nécessitant une coordination et une supervision d'un pneumologue si tant est que des locaux soient disponibles

L'objectif serait l'évaluation ambulatoire des patients atteints d'affections bronchopulmonaires, avec handicap respiratoire transitoire ou permanent, responsable de limitation d'activités quotidiennes et/ou dyspnée invalidante.

Le service de pneumologie dispose déjà de l'équipement adapté à la réalisation des épreuves fonctionnelles respiratoires et épreuves d'effort.

La mise en œuvre de la mention SMR pneumologie en hospitalisation complète nécessitera une réflexion préalable au regard du besoin à couvrir et des locaux actuels pour la réalisation de l'activité.

Conformément à l'instruction N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 la mise en place d'un tel agrément nécessitera le recrutement d'un kinésithérapeute dédié à cette activité, complété d'un moniteur d'activité physique adapté. A cela s'ajoute l'attribution d'un temps assistant social, orthophoniste, diététicien(ne), IDE et aide-soignant.

Sur le plan matériel un complément du plateau technique actuel de pneumologie serait nécessaire pour se mettre en conformité avec les exigences requises formulées au sein de cette instruction DGOS (notamment en termes d'équipement en vue des soins de rééducation, salle d'activité physique, etc).

La prise en charge est pluridisciplinaire coordonnée par un pneumologue ou un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en pneumologie et en réadaptation. Elle associe réentraînement à l'effort, reprise d'activités physiques adaptées et éducation thérapeutique avec l'accompagnement psycho-social et motivationnel. La prise en charge idéale est fixée à au moins 2h/jour à pondérer avec les capacités physiques du patient.

Concernant le SMR du CH de Montauban, les MPR ne disposent pas de la compétence de ce type de SMR, mais ils prennent régulièrement en charge des patients pour de la réhabilitation musculaire et respiratoire de patients adressés par la pneumologie comme notamment lors de la Crise COVID sans que cette rééducation ne soit spécialisée comme notifiée dans le cahier des charges de cette spécialité. Dans l'attente du nouvel hôpital, il pourrait être mis à disposition 2 lits d'hospitalisation complète pour le SMR pneumologique.

Cette configuration pourrait être proposée dans le bâtiment actuel en attendant la création d'un service de SMR pneumologique à part entière HC et HJ avec augmentation de capacitaire dans le nouvel hôpital.

Le capacitaire du SMR respiratoire peut être envisagé à hauteur de 10 lits d'hospitalisation complète pour prendre en charge pour le début de reconditionnement global dans les suites de séjours d'hospitalisation suites à des pathologies pulmonaires aiguës (post-COVID, post-Grippe, post décompensation BPCO...). Ces 10 lits seront dans les locaux du SMR, sous la tutelle des médecins MPR mais avec recours au pneumologues contractualisé en fonction des besoins.

Concernant l'hôpital de jour, il serait de 4 places, sous la responsabilité des pneumologues pour des programmes de reconditionnement à l'effort et de l'éducation thérapeutique.

### ***e) L'accès à la recherche, à l'innovations, aux thérapies innovantes***

Actuellement elle se fait en coopération avec le CHU de TOULOUSE, Hôpital LARREY et IUCT Oncopôle, tout patient pouvant relever d'un essai thérapeutique ou d'une thérapie innovante étant adressé après présentation du dossier par l'intermédiaire des RCP dédiées.

## **2. Positionnement territorial**

### **Avec les cliniques du département**

Le service de pneumologie coopère avec les cliniques de Montauban pour la prise en charge des patients et la coordination des parcours de soins :

- Coopération diagnostique avec recours au centre TEP qui s'est ouvert sur la clinique du Pont de Chaume en 2024.
- Coopération thérapeutique avec le service de radiothérapie de la clinique du Pont de Chaume qui réalise la prise en charge en radiothérapie après présentation des dossiers en RCP sur le CH de Montauban.
- Coopération diagnostique et thérapeutique avec des spécialités non présentes sur le CH de Montauban, néphrologie sur la clinique du Pont de Chaume, ORL avec la clinique CAVE.

Avec les établissements de recours, la coopération existe avec le CHU de Toulouse et l'Oncopôle.

### **Avec le CHU de Toulouse**

- Coopération avec le service de chirurgie thoracique du CHU pour tous les patients relevant d'une chirurgie thoracique (ou autre service agréé en clinique si volonté du patient mais cela reste exceptionnel).
- Coopération avec le service de neurochirurgie du CHU et de la nouvelle clinique de l'Union pour la prise en charge neurochirurgicale, fréquente, des complications du cancer du poumon à type de métastases cérébrales symptomatiques et des métastases vertébrales à risque de compression médullaire. Accès au centre gamma knife après discussion des dossiers en RCP dédiée.

#### Avec l'oncopôle (IUCT)

- Coopération avec le service de radiothérapie pour la prise en charge des radiothérapies stéréotaxiques pulmonaires non réalisées sur la clinique du PDC et parfois cérébrales.
- Coopération avec le service d'essais cliniques pour les phases I et II.

## EN SYNTHÈSE

*Une activité de pneumologie en forte progression en hôpital de jour (+45,5% entre 2019 et 2022 en file active de patients).*

*L'activité en oncologie représente près du tiers de l'activité répartie entre l'hospitalisation complète et l'hospitalisation de jour.*

*Une activité avec une saisonnalité à prendre en compte pour le dimensionnement du capacitaire dans le Nouvel Hôpital.*

*Une filière d'aval compliquée pour les patients polyopathologiques en l'absence de ressources suffisantes dans les SSR/SMR*

*Une équipe médicale présente sur le territoire avec des consultations avancées sur le CHIC de Moissac (suspension en cas de trop forte tension sur les effectifs médicaux)*

*Des coopérations structurées et pertinentes avec les cliniques privées en l'absence d'offre publique (TEP-SCAN, radiothérapie), et avec le CHU et l'IUC-T (chirurgie, recours)*

*Des projets portant sur*

- *La consolidation de l'activité de cancérologie thoracique*
- *Le développement de l'insuffisance respiratoire chronique*
- *La prise en charge des maladies interstitielles pulmonaires*
- *Le développement de l'allergologie*
- *La création d'un SMR pneumologie avec les médecins rééducateurs de l'établissement*

*Un service d'hospitalisation conventionnelle inadapté : chambres et couloirs étroits, température très élevée en période estivale (+40°).*

## L'oncologie et l'hématologie

### I. Présentation de l'oncologie - hématologie : contexte et offre actuelle

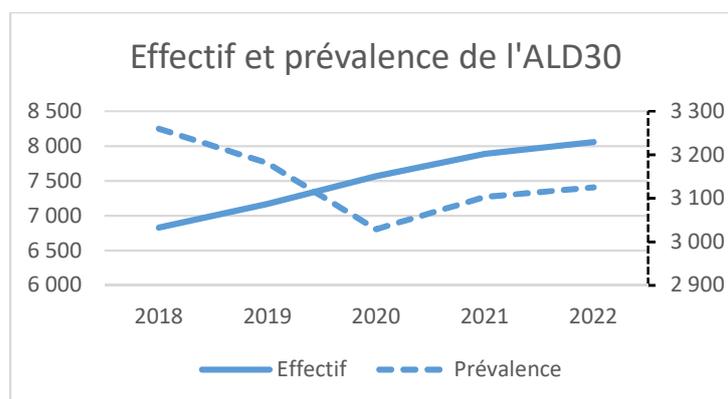
#### 1. Prévalence et données épidémiologiques

Entre 1990 et 2023 le nombre de nouveaux cas de cancers a presque doublé avec une augmentation de 98% des cancers chez l'homme et de 104% chez la femme, toutes localisations confondue.

Ainsi, le nombre de patients augmente régulièrement pour l'ensemble des cancers, avec des taux d'évolution qui diffèrent selon les organes et le sexe des patients :

- Femmes
  - Le cancer du sein reste le premier cancer féminin, avec un taux de mortalité qui diminue légèrement au fil des années ;
  - Les cancers du colon et du rectum et les cancers du poumon voient leur incidence augmenter ;
  - Les cancers gynécologiques connaissent une évolution favorable, conséquence des actions de dépistage régulier existant depuis les années 80.
- Hommes
  - Une nouvelle augmentation du taux standardisé mondial du cancer de la prostate est constatée depuis 2015 ;
  - L'incidence des cancers du poumon et du colon / rectum est en léger tassement, mais avec une incidence qui reste au-dessus de celle des femmes.

Au niveau du Tarn et Garonne, si l'effectif des personnes en ALD30 augmente, elle augmente moins vite que la population, ce qui entraîne un tassement de la prévalence. Mais le nombre de nouveaux cas de cancers est en hausse.



*Evolution de l'effectif et de la prévalence de l'ALD 30 (Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique) dans le département du Tarn-et-Garonne*

## 2. Etat des lieux

### a) Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources

La clinique du Pont de Chaume a un rôle clé sur le territoire car elle dispose de l'autorisation de radiothérapie (et des autorisations de chirurgie carcinologique gynécologique, urologique, ORL et digestive). Les radiothérapeutes participent aux RCP.

Le Centre Hospitalier de Montauban assure les prises en charge suivantes :

- Hématologie : le centre hospitalier est le seul établissement à proposer cette prise en charge, en hospitalisation complète, en hospitalisation de jour, en consultation ou en action transversale inter-services.  
Une consultation avancée est en place au CH de Moissac.
- Onco-pneumologie : ce parcours est plus précisément décrit dans la partie spécifique à la pneumologie.
- Onco-gynécologie : ces parcours sont plus précisément décrits dans la partie Femme-parents-Enfants.
- Oncologie digestive : ce parcours est plus précisément décrit dans la partie Chirurgie.

Le Centre hospitalier de Montauban dispose d'un 3C qui lui est propre.

Depuis novembre 2022, l'équipe médicale en onco-hématologie est composée de 4 praticiens hospitaliers : 1 oncologue, 1 hématologue et 2 oncohématologues.

Les praticiens travaillent en binôme : oncologue / hématologue.

#### Contexte interdépartemental spécifique

Depuis 2022, le Tarn-et-Garonne pallie la carence des territoires limitrophes en oncologie :

- Difficultés du CH de Cahors sur l'onco-pneumologie et plus ponctuellement sur l'onco-hématologie car l'établissement était en difficulté suite au départ du praticien de la spécialité.
- Difficultés du CH d'Auch sur ces spécialités.
- L'activité de la clinique du Pont de Chaume a également diminué ces dernières années.
- Le praticien de la clinique Boyé assurant cette activité a pris sa retraite fin 2023.

Cela explique une augmentation conséquente de ces activités sur les derniers mois, progression qui devrait ralentir dans les mois à venir.

### b) Chiffres d'activité, patients, parts de marché

#### Hématologie

L'activité d'hématologie est centrée sur le centre hospitalier de Montauban.

Les établissements de la Haute-Garonne (essentiellement le CHU) captent également une partie importante de la patientèle.

Hématologie (D16)	Nb de séjours des habitants du Tarn-et-Garonne en 2022	Parts de Marché 2022
Etablissements de Haute-Garonne	353	27%
CH Montauban	284	22%
Clinique du Pont de Chaume	236	18%
Clinique Croix Saint-Michel	230	18%
Autres Etablissements	106	8%
CHIC Castelsarrasin-Moissac	98	7%
<b>TOTAL</b>	<b>1 307</b>	

Hospitalisation Complète	Médecine Polyvalente		Spécialité d'organes		TOTAL	
Classes d'âge	Nb de journées	Nb de séjours	Nb de journées	Nb de séjours	Nb de journées	Nb de séjours
00-19			1	1	1	1
20-74	973	113	589	91	1562	204
75-84	525	49	533	69	1058	118
85-et+	58	17	122	25	180	42
<b>Total général</b>	<b>1556</b>	<b>179</b>	<b>1245</b>	<b>186</b>	<b>2801</b>	<b>365</b>

Source PMSI 2022

### Oncologie transversale et chimiothérapie

La radiothérapie est assurée par le Pont de Chaume.

Une convention permet un bon fonctionnement collectif en assurant la participation des radiothérapeutes aux RCP.

HDJ 2022	Nb de journées
00-19	
20-74	2090
75-84	1220
85-et+	445
<b>Total général</b>	<b>3755</b>

Source PMSI 2022

L'unité de médecine ambulatoire actuelle accueille en majorité des séances de **chimiothérapie** (3326 journées) et des séances de **transfusion de PSL** (416 journées). L'activité de chimiothérapie est en forte augmentation, liée à l'expansion épidémique des pathologies cancéreuses, à l'allongement de la durée de vie des patients et à la complexification de certains traitements (notamment en onco-pneumologie et hématologie).

### Typologie des patients pris en charge par les équipes d'onco-hématologues au sein du CH de Montauban

Il s'agit des patients pris en charge sous la responsabilité des onco-hématologues quel que soit le service d'hospitalisation. La particularité des patients d'oncologie est la récurrence des hospitalisations et des prises en charge de jour.

		Effectif Patients	Effectif séjours	Age min	Age moyen	Age max
HC	Hommes	132	208	26	71,5	92
	Femmes	113	183	19	72	101
	<b>TOTAL</b>	<b>245</b>	<b>391</b>	<b>19</b>	<b>72</b>	<b>101</b>

		Effectif Patients	Effectif séjours	Age min	Age moyen	Age max
HDJ	Hommes	221	1901	27	72,6	96
	Femmes	215	1903	22	71,5	98
	<b>TOTAL</b>	<b>436</b>	<b>3804</b>	<b>22</b>	<b>72</b>	<b>98</b>

		Effectif Patients	Effectif séjours	Age min	Age moyen	Age max
Global	Hommes	279	2091	26	72,5	96
	Femmes	273	2067	19	71,5	101
	<b>TOTAL</b>	<b>552</b>	<b>4158</b>	<b>19</b>	<b>7</b>	<b>101</b>

Les parcours d'oncologie sont par essence très transversaux, associant souvent actes de diagnostic, chirurgie, hospitalisations complètes, séances de radiothérapie et chimiothérapie / immunothérapie, suivi à domicile. Les acteurs de la prise en charge sont à la fois hospitaliers et présents en ville, et ces parcours nécessitent une forte coordination.

### Flux patients & parcours prévalents

Nb de journées 2022 sous responsabilité des oncologues	
Domaines d'activité	Total général
D27 Séances	3712
D16 Hématologie	1067
D01 Digestif	396
D24 Douleurs chroniques, Soins palliatifs	224
D17 Chimiothérapie, radiothérapie, hors séances	206
D09 Pneumologie	166
D15 Uro-néphrologie et génital	151
D12 Gynécologie – sein	149
D23 Toxicologie, Intoxications, Alcool	109
D05 Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	91
D07 Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels)	79
D19 Endocrinologie	78
D18 Maladies infectieuses (dont VIH)	48
D26 Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affections connues	46

Le service est en **interaction quotidienne avec l'Oncopole (IUCT) de Toulouse** pour la prise en charge des patients sur des étapes particulièrement techniques ou complexes de leur parcours :

- La **gestion des parcours complexes** : le centre hospitalier **prépare les patients à l'opération** (autogreffe, chirurgie du colon, métastase du foie) réalisée à Toulouse puis **les prend en charge après leur opération** à l'Oncopole
- Le Centre Hospitalier sert de **poste avancé** et de **sas d'attente** pour les hospitalisations devant avoir lieu à l'Oncopole

La radiothérapie est en général assurée par la clinique du Pont de Chaume.

### 3. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Objectifs	Actions	Bilan
Renforcer l'offre de soins en cancérologie sur le bassin de Castelsarrasin Moissac	Développer les consultations avancées en cancérologie sur le CHIC de Castelsarrasin Moissac	Tenue ½ journée par semaine d'une consultation d'onco hématologie avec une bonne coopération avec la médecine et l'HAD.
Développer l'hospitalisation de jour sur le site de Montauban	Regroupement de l'HDJ oncologie avec l'hospitalisation de jour « médecine » dans un service intitulé « unité de médecine ambulatoire »	Fait. Mais séparation de l'unité de médecine ambulatoire initiale en deux unités depuis janvier 2024 : oncologie et polyvalente.
	Renforcer l'organisation de l'HDJ oncologie	Fait / recrutement d'une IDE pour l'appel de la veille et pour la programmation.
	Renforcer les liens avec l'hospitalisation à domicile territoriale	Fait
Regroupement du service d'hospitalisation complète d'oncologie avec les activités de gastro-entérologie et d'addictologie	Augmenter le nombre de chambres individuelles	Fait
	Améliorer la prise en charge des soins palliatifs	Staff hebdomadaire avec l'Equipe mobile de soins palliatifs et l'oncologie – hématologie.r
Renforcer la structuration du 3C	Coordination médicale de la cancérologie au sein de l'établissement (ou du réseau), et en particulier des réunions	Fait
	Concertation multidisciplinaire en cancérologie	Fait
	Assurance qualité du programme personnalisé de soins pour chaque patient	Programme personnalisé de soins informatisé accessible aux IDE et aux médecins.
	Suivi individualisé des patients, en apportant une aide et un soutien dans la prise en charge	Evaluation bipartite médecin et IDE à l'annonce.
	Suivi au sein de l'établissement de la mise en oeuvre du plan cancer, avec données chiffrées d'activité et de qualité	Rapport annuel d'activité du 3C + données onco - occitanie

#### 4. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe d'onco-hématologues, de chirurgiens gynéco et digestifs</li> <li>- Position de monopole départemental pour l'onco-hématologie suite au départ des médecins de la clinique du Pont de Chaume</li> <li>- Parcours coordonnés sur le territoire, notamment avec l'Institut Claudius Regaud et le CHU</li> <li>- Création d'un service de médecine ambulatoire polyvalent pour augmenter l'hôpital de jour d'oncologie depuis janvier 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de gastro-entérologues pour le dépistage des cancers digestifs</li> <li>- Une activité concurrencée par les cliniques (Pont de Chaume et Croix-Saint-Michel)</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Convention signée avec l'Oncopole pour consolider la prise en charge des cancers gynécologiques à seuil</li> <li>- Bon fonctionnement avec les radiothérapeutes du Pont de Chaume (participent aux RCP)</li> <li>- Difficultés du CH de Cahors (besoins accrus en onco-pneumologie)</li> <li>- Effet épidémiologique des pathologies cancéreuses impliquant une saturation de certains acteurs de la prise en charge</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nouveaux seuils de chirurgie cancérologique</li> <li>- Concurrence avec le Pont de Chaume sur la gynécologie, le digestif</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

Les enjeux autour de la prise en charge en oncologie / hématologie au CH de Montauban sont de renforcer l'offre publique de prise en charge de proximité :

- Consolider les seuils de prise en charge par une coopération renforcée avec le CHU et l'Oncopole
- Améliorer la prise en charge en ambulatoire

Le PRS 2023 - 2028 Occitanie prévoit de conserver la situation actuelle en termes d'autorisations de chirurgie carcinologique et de sites de chimiothérapie.

## 2. Orientations retenues – axes de développement

### a) Objectif 1 – Renforcer l'expertise en hématologie

**Augmenter l'expertise locale** : lymphomes cérébraux, suivi ambulatoire post autogreffe (HAD), relai de prise en charge de la leucémie aigue myéloïde en centre de référence, lymphodepletion avant CART-Cell.

**Développer l'activité de consultation** en hématologie. Ces consultations ont pour objectifs de répondre aux problèmes diagnostiques de patients adressés par les médecins de ville ou de l'hôpital, d'assurer leur suivi ambulatoire dans le cadre des maladies chroniques et de réévaluer des patients dans les suites d'une hospitalisation en secteur conventionnel. Le développement majeur des thérapies orales (chimiothérapies orales et thérapies ciblées) a engendré une majoration du nombre de patients traités en ambulatoire avec suivis réguliers clinico-biologiques. Dans ce contexte, des infirmières de pratique avancée seront nécessaires afin d'aider au suivi et à l'observance de ces patients. Un travail d'éducation thérapeutique pourrait être également développé. Dans ce cadre, une IDE de thérapie orale a été recrutée.

**Accroître l'activité d'hospitalisation de jour** pour prendre en charge les bilans programmés (biopsies ganglionnaires, myélogrammes, biopsies ostéo-médullaires), les chimiothérapies IV ou SC, les immunothérapies IV ou SC, les supports transfusionnels, les perfusions d'immunoglobulines polyvalentes.

**Une hospitalisation traditionnelle H24** afin d'accueillir les patients directement du domicile ou après un passage par les urgences. Cette unité gèrera les cas complexes, les complications liées aux maladies ou aux traitements, certains soins de supports notamment les soins palliatifs. Certaines initiations de chimiothérapies ou de thérapies ciblées nécessitent au moment de leur instauration une prise en charge en hospitalisation conventionnelle pour surveillance et gestion du risque d'effets secondaires graves

**Maintenir l'activité interservices** afin de donner des avis diagnostiques et thérapeutiques concernant les pathologies hématologiques

### b) Objectif 2 – Améliorer la prise en charge des personnes âgées (oncogériatrie)

L'oncogériatrie est le rapprochement de deux spécialités, la cancérologie et la gériatrie. Cette pratique vise à garantir à tout patient âgé atteint de cancer un traitement adapté à son état grâce à une approche multidisciplinaire et multiprofessionnelle.

Disposer dans l'établissement d'un temps de gériatre pour cette activité permettra de réaliser l'évaluation gériatrique des patients âgés qui n'est plus assurée depuis 2020 suite au départ d'un praticien.

	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Consultations d'oncogériatrie	111	75	87	35	5	0

### **c) Objectif 3 - Développer les parcours de soins hors les murs**

#### **Parcours territoriaux**

- Poursuite de la consultation avancée sur Moissac
- Poursuite de la collaboration avec l'HAD pour les chimiothérapies orales à domicile. Augmenter les molécules éligibles à l'administration à domicile (Daratumumab, azacitidine, bortezomib)

### **d) Objectif 4 - Conforter la structuration et la professionnalisation de la prise en charge en cancérologie**

#### **Fonctionnement du 3C**

Projet d'un cadre de santé en charge du 3C en binôme avec le médecin responsable. Cadre avec «autorité» transversale sur tous les services avec activité d'oncologie (onco hémato, pneumologie, chirurgie digestive et sénologique mais aussi laboratoire, radiologie, urgences,...) pour assurer l'uniformité de la prise en charge, de la coordination des soins de support, du dispositif d'annonce au sein de l'établissement.

#### **Coordination et cohérence des secteurs oncologiques**

- Renforcer et augmenter la spécialisation de la prise en charge en oncologie
- Mettre en place une coordination des soins de support en hôpital de jour (création GHS intermédiaire). La gradation des prises en charge en ambulatoire dans les établissements autorisés permet la facturation d'une prise en charge tripartite en hôpital de jour sous la forme d'un GHS intermédiaire. Pour cela, plusieurs conditions sont à prendre en compte comme la nécessité de faire les 3 consultations le même jour, sur une même unité de facturation et de tracer cette consultation dans les dossiers patient informatisé. Cela permettrait une forte augmentation de l'activité en secteur ambulatoire avec des recettes liées au GHS intermédiaire. Une IDE coordonnatrice est nécessaire (et peut être mutualisée avec la supervision des chimiothérapies orales).
- Renforcement des soins de support APA en oncologie. La présence d'un enseignant en APA au sein du service d'oncologie est un réel progrès pour nos patients hospitalisés, pour la reprise de leur autonomie, la réadaptation à la marche et le réentraînement à l'effort.

Poursuite de la collaboration fonctionnelle, sur le plan médical, entre le service d'oncohématologie et celui de médecine infectieuse : avis, prise en charge partagée, immunodépression

### **e) Améliorer l'accès à la recherche, à l'innovations, aux thérapies innovantes**

Dans ce cadre là, le centre hospitalier souhaite porter le projet de création d'une consultation d'oncogénétique sur le CHM avec un praticien exerçant au centre hospitalier de Montauban.

Il souhaite également poursuivre les projets d'innovation thérapeutique et recherche clinique en lien avec l'IUCT-O (ex : CAR – T Cells)

Une réflexion pourra également être menée pour optimiser le parcours des patients en Onco-hémato soignés en Ambulatoire : à l'horizon du Nouvel Hôpital, avec la création d'un hôtel hospitalier pour les patients habitant loin et nécessitant plusieurs soins à des intervalles rapprochés, sans besoin de surveillance particulière entre les soins.

Par ailleurs, la question peut se poser dans le nouvel hopital de chambres avec flux d'air pour les aplasies fébriles prolongées (durant plus de 10 jours).

### 3. Positionnement territorial du Centre hospitalier de Montauban

#### GHT

- Consultations avancées d'hématologie sur Moissac
- Téléexpertise

#### LA VILLE

- Téléexpertise
- HAD

#### PARTENAIRES PRIVÉS

- Travail avec la clinique du Pont de Chaume : radiothérapie, PetScan

#### LIENS AVEC LES ÉTABLISSEMENTS DE RECOURS

- LE CHU DE TOULOUSE
- L'ONCOPOLE DE TOULOUSE (IUCT)

## EN SYNTHÈSE

*Le centre hospitalier bénéficie d'une équipe d'onco-hématologie de 4 praticiens dont les compétences sont reconnues.*

*Les coopérations avec le CHU de Toulouse et l'institut de lutte contre le cancer sont effectives (recours, protocoles de recherche, agrément pour l'internat et les postes d'assistants à temps partagé).*

*Le 3C du centre hospitalier de Montauban fonctionne, avec une coopération réelle avec les radiothérapeutes de la clinique du Pont de Chaume.*

*Fort développement de l'activité hôpital de jour (nouveaux cas de cancers, carences des territoires limitrophes en oncologie, ...).*

*Une volonté de développer l'oncogériatrie en partenariat avec les gériatres.*

*Les praticiens du centre hospitalier de Montauban ont mis en place une consultation avancée sur le CHI de Moissac.*

## La dermatologie

### I. Présentation de la dermatologie : contexte et offre actuelle

#### 1. Prévalence et données épidémiologiques

La dermatologie est au centre de multiples problématiques de santé publique. Ceci est dû d'une part à l'augmentation d'incidence des cancers cutanés (carcinomes et mélanomes en particulier) liée au vieillissement de la population et aux comportements à risque (exposition aux ultraviolets).

Les **carcinomes cutanés** sont ainsi les cancers les plus fréquents chez l'adulte. Ils touchent une population de plus en plus jeune et donc de plus en plus large.

Les **dermatoses inflammatoires** sont également un motif de consultation extrêmement fréquent en médecine de ville, certaines de ces pathologies connaissant une augmentation de leur incidence au cours des dernières années, comme par exemple la dermatite atopique dont on estime qu'elle concerne actuellement environ un enfant sur dix. Le rôle de facteurs environnementaux est suspecté dans cette augmentation d'incidence.

Le service de dermatologie de l'hôpital offre un accès, unique sur le département, **au traitement par photothérapie et biothérapie** (soumis à la prescription initiale hospitalière, encore en vigueur).

La thématique plaies et cicatrisation reste également un problème de santé publique du fait du vieillissement de la population et des soins qu'elle nécessite (HAD).

Des dermatoses plus rares sont également l'objet d'une réflexion de santé publique soit par les décisions qu'elles peuvent susciter en termes de politique du médicament (toxidermies graves), d'impact en collectivité (gale dans les ehpad) ou de morbi-mortalité importante liée à une méconnaissance diagnostique et des retards de prise en charge (dermatoses bulleuses auto-immunes, fasciites nécrosantes).

On observe une sur-représentation d'exploitants agricoles en Tarn-et-Garonne soumis à une sur-exposition aux rayons UV. Il existe donc un enjeu particulièrement prégnant de **dépistage des cancers cutanés**.

Étant donné le **manque important de ressources médicales en dermatologie** dans le Tarn-et-Garonne et dans les territoires limitrophes, le nombre de patients en attente de consultation de dermatologie augmente de façon exponentielle, et les délais de prise en charge sont allongés. Cette situation peut représenter une perte de chance pour le patient, puisqu'elle implique parfois un défaut de prise en charge, notamment pour les cancers de la peau.

#### 2. Etat des lieux

**L'offre de soins en dermatologie au centre hospitalier de Montauban est en train de se renouveler.** Un praticien à temps partiel a longtemps eu un exercice solitaire au sein de l'établissement. Elle a été rejointe par un assistant à temps partagé pendant deux ans, jusqu'en novembre 2023 à l'issue de son assistanat, le praticien poursuit son activité à 20% dans l'établissement. Un praticien formé au CHU de Toulouse a rejoint l'équipe en janvier 2023 de façon pérenne.

Le centre hospitalier s'inscrit dans une dynamique qui consiste à **consolider cette offre de soins, voire de la développer** si les conditions d'accueil pour de nouvelles compétences peuvent être envisagées (locaux, accès au bloc opératoire, ...).

L'offre du centre hospitalier de Montauban est donc actuellement 2 équivalents temps plein (ETP) avec un souhait de renforcement de l'équipe médicale pour développer l'activité de chirurgie notamment.

A ce stade, les praticiens ne bénéficient que d'une activité de consultations. Le projet de développer une activité d'hôpital de jour demeure et reste un enjeu pour mieux valoriser l'activité des praticiens.

La dermatologie hospitalière propose à la fois une offre de soins de proximité (populations en situation de précarité), une activité de recours dans la gestion des pathologies dermatologiques sévères ou complexes et l'accès à des traitements innovants. Un travail en réseau avec les médecins généralistes et les dermatologues de ville est indispensable, qu'il s'agisse des dermatoses inflammatoires ou des cancers cutanés. Ces évolutions épidémiologiques sont cependant à mettre en perspective avec une diminution de praticiens dermatologues et la raréfaction de l'offre libérale.

#### **a) Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources**

**CH De Montauban : Unité de dermatologie en cours de structuration** avec 3 dermatologues (2 ETP) qui assurent les activités suivantes :

Consultations internes

Avis médicaux dans les services du centre hospitalier via des plages dédiées.

Consultations externes (activité importante en volume)

- Consultations programmées, adultes et enfants ;
- Avis - Consultations d'urgence sur demande du médecin traitant.

Participation aux comités Biothérapies avec les rhumatologues du centre hospitalier

Consultations à la maison d'arrêt de Montauban.

Cosmétovigilance

Consultation transversale dermatologie-pédiatrique avec une pédiatre titulaire du DU dermatologie pédiatrique.

Téléexpertise via plateforme Omnidoc, depuis le 04/12/2023 afin de faciliter et valoriser la collaboration ville-hôpital. Cela permet également de prioriser les demandes croissantes de prises en charge et ainsi de fluidifier le parcours de soin du malade.

#### **Activités principales**

- Dépistage des cancers cutanés (consultation dédiée).
- Surveillance des lésions cutanées à haut risque de cancérisation par vidéodermoscopie (fotofinder).
- Traitement des cancers cutanés par chirurgie dermatologique et par photothérapie dynamique topique.
- Prise en charge des maladies inflammatoires chroniques et des maladies systémiques à expression cutanée nécessitant la mise en place d'un traitement systémique - Consultations spécialisées (psoriasis, eczéma, maladie de Verneuil)
- Exploration des allergies cutanées retardées par patchs tests (batterie standard et batteries spécialisées).
- Traitement des dermatoses inflammatoires chroniques par photothérapie UVA/UVB et biothérapie (PIH).

**CHIC Castelsarrasin Moissac : Consultations avancées** hebdomadaires de dermatologie jusqu'en novembre 2023.

La réduction du nombre de praticiens depuis cette date implique le déploiement de la téléexpertise en dermatologie (via OMNIDOC) sur le territoire qui ne saurait cependant se substituer à la nécessité de consultations présentes si le patient en a besoin.

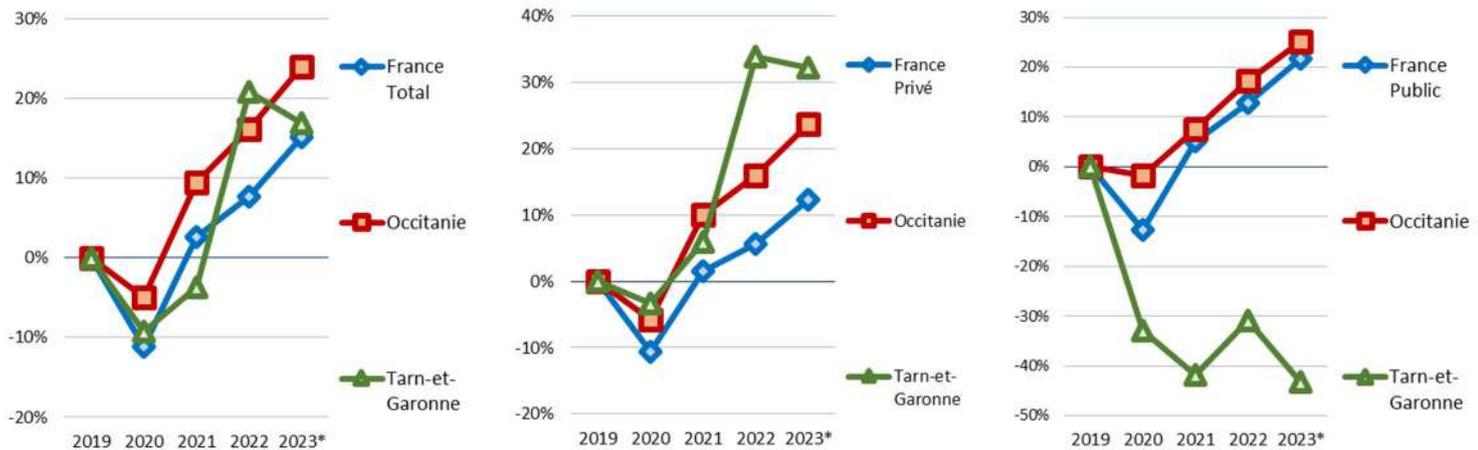
## b) Chiffres d'activité, patients

L'enjeu médico économique est la production de séjour programmé sans nuitée de soins dermatologiques notamment avec acte classant C et K (UCA). Cet enjeu concerne tous les opérateurs publics du GHM82 notamment chirurgicaux.

Case mix des actes CCAM classants de dermatologie dans les GHM, ciblés par les dermatologues

	2019	2020	2021	2022	2023*
<b>09 - Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins</b>	543	505	541	677	632
<b>09C26J - Interventions pour tumeurs bénignes, naevus, kystes ou atteintes de l'ongle, en</b>	269	212	243	312	285
PDFA001 - EXÉRÈSE LÉS. FASCIA+/-SSFASCIA TISSUS MOUS SANS DISSECTION VASC/NF	137	88	91	136	133
OZMA001 - RÉPAR. LAMBEAU LOC. PÉD. NON INDIVID. SF TÊTE	85	90	113	131	115
OZFA007 - EXÉRÈSE LÉS. SSCUT SUSFASCIALE 3-10CM GD AXE	16	14	19	10	10
OJAMA002 - RÉPAR. TÊTE LAMBEAU LOC. PÉD. NON INDIVID.	15	13	9	22	8
OZFA036 - EXÉRÈSE LÉS. SUPERF. PEAU EXCISION <5CM²	12	10	7	7	14
OZFA002 - EXÉRÈSE 1LÉS. SSCUT SUSFASCIALE MOINS 3CM GD AXE	9	4	5	5	13
<b>09C25J - Autres interventions pour tumeur maligne de la peau, en ambulatoire</b>	138	137	146	206	205
OJAMA002 - RÉPAR. TÊTE LAMBEAU LOC. PÉD. NON INDIVID.	74	89	76	103	91
PDFA001 - EXÉRÈSE LÉS. FASCIA+/-SSFASCIA TISSUS MOUS SANS DISSECTION VASC/NF	38	48	45	77	71
OZFA004 - EXÉRÈSE LÉS. SUPERF. PEAU EXCISION 5-10CM²	20	22	22	27	39
CAFA005 - EXÉRÈSE PART. TRANSFIXIANTE AURICULE	21	11	22	29	27
CAMA022 - RÉPAR. PART. AURICULE LAMBEAU LOC.	25	15	21	29	17
OZEA031 - GREF. PEAU TOT. SUR 1LOC. SURFACE INF. À 10CM²	11	13	26	19	17
OZFA036 - EXÉRÈSE LÉS. SUPERF. PEAU EXCISION <5CM²	14	9	12	19	19
OZMA001 - RÉPAR. LAMBEAU LOC. PÉD. NON INDIVID. SF TÊTE	11	12	13	17	15
OZFA007 - EXÉRÈSE LÉS. SSCUT SUSFASCIALE 3-10CM GD AXE	10	8	8	10	13
<b>09C31J - Autres interventions d'exérèse ou de greffe, en ambulatoire</b>	46	41	38	54	31
OZMA001 - RÉPAR. LAMBEAU LOC. PÉD. NON INDIVID. SF TÊTE	20	9	20	17	9
OJAMA002 - RÉPAR. TÊTE LAMBEAU LOC. PÉD. NON INDIVID.	9	16	10	18	11
OZFA004 - EXÉRÈSE LÉS. SUPERF. PEAU EXCISION 5-10CM²	5	6	6	8	8
<b>09C30J - Exérèse de lésions fasciales ou sous-fasciales des tissus mous, en ambulatoire</b>	32	32	30	34	15
PDFA001 - EXÉRÈSE LÉS. FASCIA+/-SSFASCIA TISSUS MOUS SANS DISSECTION VASC/NF	30	31	30	33	15
<b>09C23J - Interventions majeures pour tumeur maligne de la peau, en ambulatoire</b>	19	20	18	19	22
OZFA011 - EXÉRÈSE LÉS. SUPERF. PEAU EXCISION 10CM² À 50CM²	3	10	8	12	8
<b>09C24J - Interventions intermédiaires pour tumeur maligne de la peau, en ambulatoire</b>	15	22	20	19	20
OZFA011 - EXÉRÈSE LÉS. SUPERF. PEAU EXCISION 10CM² À 50CM²	14	18	15	15	16
OJAMA002 - RÉPAR. TÊTE LAMBEAU LOC. PÉD. NON INDIVID.	9	6	9	7	4
<b>09M07T - Autres affections dermatologiques, très courte durée</b>	5	8	11	4	13
OZHA001 - BIOPSIE DERMIOÉPIDERMIQUE AB. DIRECT	5	8	11	4	13
<b>09C32J - Chirurgie superficielle des orifices sensoriels de la face, en ambulatoire</b>	5	7	10	10	7
<b>08 - Affections et traumatismes de l'appareil musculo-squelettique et du tissu conjonctif</b>	48	49	53	54	71
<b>08C44J - Autres interventions sur la main, en ambulatoire</b>	16	11	19	28	29
OZMA001 - RÉPAR. LAMBEAU LOC. PÉD. NON INDIVID. SF TÊTE	9	7	15	23	27
<b>08C46J - Autres interventions sur les tissus mous, en ambulatoire</b>	23	13	17	10	17
PDFA001 - EXÉRÈSE LÉS. FASCIA+/-SSFASCIA TISSUS MOUS SANS DISSECTION VASC/NF	15	10	12	8	12
<b>02 - Affections de l'oeil</b>	49	43	42	57	58
<b>02C08J - Autres interventions extraoculaires, âge supérieur à 17 ans, en ambulatoire</b>	46	35	38	53	53
BAFA006 - EXÉRÈSE NON TRANSFIXIANTE 1LÉS. 1PAUP.	32	14	19	24	25
BAFA005 - EXÉRÈSE NON TRANSFIXIANTE LÉS. MULT. UNILAT. PAUP.	17	19	15	28	27
<b>03 - Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents</b>	20	18	21	22	16
<b>Total général</b>	<b>727</b>	<b>659</b>	<b>698</b>	<b>876</b>	<b>848</b>

La consommation des tarn et garonnais est en hausse avec un ralentissement en 2023 (données diamant non scellées) et une baisse sur la part publique depuis 2020. Les résidents occitans et français suivent une dynamique linéaire sur 3 ans sans différence public privé contrairement au Tarn et Garonne. Le GHT82 peut prendre une plus grande part sur un marché dynamique par les dermatologues et les autres spécialistes opératoires.



### c) Part de marché ; analyse des fuites

Parts de marché sur les actes et GHM ciblés par les dermatologues

	2019	2020	2021	2022	2023
<b>Public</b>	146	98	85	101	76
Occitanie	140	98	76	89	66
82 - Tarn-et-Garonne	92	42	40	42	12
820000016 - CH MONTAUBAN	66	23	20	31	9
820004950 - CHI CASTELSARRASIN MOISSAC	26	19	20	11	3
31 - Haute-Garonne	46	48	33	43	50
310781406 - CHU TOULOUSE	31	26	13	26	30
310782347 - ONCOPOLE CLAUDIUS REGAUD TOULOUSE	15	22	18	17	19
Privé	579	560	613	775	701
Occitanie	554	537	583	751	664
82 - Tarn-et-Garonne	481	452	485	635	554
820000065 - CL DU DR HONORE CAVE MONTAUBAN	159	172	167	244	194
820000040 - CL CROIX ST MICHEL DR BOYE MONTAUBAN	185	123	160	185	187
820000057 - CL PONT DE CHAUME MONTAUBAN	137	157	158	206	173
31 - Haute-Garonne	69	83	95	111	103
310026083 - CL RIVE GAUCHE TOULOUSE	15	16	18	22	23
310781000 - CL DES CEDRES CORNEBARRIEU	13	8	16	22	13
310780283 - CL DE L'UNION SAINT JEAN	10	12	14	19	15
310780150 - CL MEDIPOLE GARONNE TOULOUSE	5	15	21	9	20
310026927 - CL CAPIO LA CROIX DU SUD QUINT FONSEGR	16	16	10	17	8
310780259 - CL PASTEUR TOULOUSE	8	14	9	14	19
Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes	22	20	28	19	32
47 - Lot-et-Garonne	20	18	24	18	31
470000027 - CLINIQUE ESQUIROL-SAINT-HILAIRE	20	18	24	18	31
<b>Total général</b>	<b>727</b>	<b>659</b>	<b>698</b>	<b>876</b>	<b>777</b>

La consommation 2023 des résidents du département sont en forte baisse sur le département.  
La part de marché publique est faible et poursuit sa baisse.  
L'opportunité d'une meilleure couverture des besoins existe pour les praticiens du GHT82.

### 3. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Le projet médical partagé prévoyait la mise en place de consultations avancées dans les établissements du GHT et plus particulièrement au CHIC de Moissac.

Le recrutement d'un assistant pendant deux an a permis de développer cette offre de soin avec une consultation une fois par semaine sur le site.

Après analyse de l'activité, mais également du départ de l'assistante, l'équipe médicale en place propose la télé expertise via OMNIDOC, depuis fin 2023, pour répondre à la demande en attendant que les effectifs permettent la reprise d'une consultation présentielle.

La télé expertise est ouverte à tous les médecins du GHT, hospitaliers ou libéraux.

### 4. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe de dermatologues jeune</li> <li>- Installation dans les locaux rénovés dans l'établissement</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Allongement des délais de consultations</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Construire et consolider une offre publique pour le département Tarn-et-Garonne</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Manque de ressources médicales sur le département (1 dermatologue libéral)</li> <li>- Aucun dermatologue dans les autres établissements du GHT</li> <li>- Manque de ressources médicales dans les départements limitrophes (Lot, Lot et Garonne, Aveyron)</li> <li>- Saturation de l'établissement de recours CH Larrey – Toulouse</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

Le centre hospitalier souhaite

- Faciliter la communication entre la ville et l'hôpital, et entre les médecins généralistes et spécialistes.
- Répondre à la demande croissante de consultations, en étendant les avis à l'ensemble du GHT.
- Assurer les missions de santé public, comme le dépistage des cancers cutanés.
- Assurer l'accès à un plateau technique avec des traitements spécialisés, innovants, et du personnel médical et paramédical formé.
- Améliorer l'accès aux consultations de dermatologie.

## 1. Orientations retenues

### a) Objectif 1 : développer l'offre de soins en dermatologie

**Renforcer et diversifier l'activité en dermatologie** avec identification du volume de patients concernés :

- Augmenter des traitements par photothérapie dynamique topique.
- Augmenter de l'activité de dépistage clinique
- Pérenniser les activités récemment mise en place : photothérapie - cabine UVA/UVB, activité d'allergologie avec patch test
- Augmenter l'activité de dermatologie chirurgicale.

#### **Reprenre l'activité « Plaie et cicatrisation »**

- Formation en cours d'une IDE, au DU plaie et cicatrisation.
- Dans un premier temps, avis intra- hospitaliers, plaies et cicatrisation.
- Puis, en fonction de la quotité de travail, développement d'une activité de télé expertise ou téléconsultation pour les avis plaie et cicatrisation.
- Si temps par-médical et autres spécialités disponibles, discuter la création d'un centre de plaie et cicatrisation (en hopital de jour).

**Améliorer le dépistage des cancers cutanés** : Mise en place à compter de fin mars 2024 d'une consultation dédiée au dépistage de cancer cutané (CDE). 2 demi-journées par semaine, soit 30 patients par semaine : détection précoce des cancers cutanés pour amélioration des chances de guérison.

**Renforcer l'activité de chirurgie dermatologique (ambulatoire) et de photothérapie dynamique** (augmentation des créneaux dédiés) --> Faciliter la prise en charge des cancers cutanés et en raccourcir les délais, en l'absence de référents chirurgiens plasticiens et ORL dans le CHM.

- Exérèse carcinologique de lésions cutanés du vertex, des oreilles, du visage, du cou, du tronc et des membres avec réparation immédiate ou différée  
->UCA - Unité de Chirurgie Ambulatoire

**Développer la transversalité de cette activité, et l'interconnexion avec les autres disciplines** pour assurer une prise en charge globale et personnalisée des patients atteints de maladies cutanées complexes.

- Si le recrutement d'un dermatologue référent en chirurgie dermatologique se confirme (candidature), il pourra être intéressant de développer dans un 2ème temps une consultation transversale chirurgie onco-dermatologique avec les oncologues du centre hospitalier ou de chirurgie de la face.
- Proposition de créer une consultation santé sexuelle, pathologie muqueuse avec les médecins PASS/CEGIDD, pour le moment non prioritaire en raison du manque d'effectif.

### b) Objectif 2 : améliorer la prise en charge en développant l'activité de télémedecine

**Il est prévu de développer l'activité de Télémedecine pour la prise en charge des plaies et cicatrisation** sur le CHIC de Castelsarrasin Moissac, et les hôpitaux de Nègrepelisse, Valence d'Agen et Caussade. Le développement implique de disposer de temps IDE formé.

### c) L'accès à la recherche, à l'innovations, aux thérapies innovantes

Les praticiens de la spécialité se forment régulièrement au cours des congrès (mise à jour des connaissances et des nouvelles thérapies).

Par ailleurs, le service participe à des études médicales en cours, avec l'appui de l'ARC du CH de Montauban.

## 2. Positionnement territorial

Au niveau des établissements du GHT, il est prévu

- La mise en place de la Télémédecine pour prise en charge des plaies et cicatrisation sur le CHIC de Castelsarrasin Moissac, et les hôpitaux de Nègrepelisse, Valence d'Agen et Caussade.
- La création d'une plateforme de téléexpertise, à disposition des médecins du GHT, pour les avis.

Avec la médecine de ville, les dermatologues organisent des réunions de formation des médecins généralistes (FMC) et participe à la formation et à l'accueil d'internes en médecine générale.

Enfin l'équipe de dermatologie a des liens avec les établissements de recours que sont le CHU de Toulouse et l'IUCT. Ces liens doivent se poursuivre et se renforcer avec les centres experts :

- IUCT -Oncopole : Participation aux RCP dermato-oncologie,
- CHU Toulouse : participation aux réunions « cas complexes », collaborations avec le service de dermato-allergologie.
- Collaboration étroite avec les services de Dermato-allergologie du CHU de Toulouse.
- Participation aux RCP nationales maladies bulleuses auto-immunes et hidradénite suppurée, si besoin.

## EN SYNTHÈSE

*Le centre hospitalier de Montauban a eu l'opportunité et la chance de renouveler son équipe médicale en dermatologie et l'opportunité de recruter un 3<sup>ème</sup> praticien est en cours de discussions.*

*L'offre de soins est insuffisante sur le département et l'offre est saturée sur le CHU de Toulouse.*

*Pour répondre aux besoins, les praticiens souhaitent développer la téléexpertise via OMNIDOC.*

*Les projets médicaux sont :*

- *L'amélioration du dépistage des cancers cutanés,*
- *Le renforcement de l'activité de chirurgie dermatologique et de photothérapie dynamique.*

## La diabétologie, l'endocrinologie et les maladies métaboliques (DEMM)

### I. Présentation de la diabétologie, endocrinologie et maladies métaboliques : contexte et offre actuelle

#### 1. Prévalence et données épidémiologiques

Le diabète est, comme l'obésité, une pathologie dont la **prévalence est élevée**, et en augmentation constante : 5.6% de la population française en 2015 ; **6.07% de la population en 2021**. Pour le département du Tarn et Garonne, cela représentait 12917 habitants diabétiques en 2015, et près de 15000 en 2019 (soit + 15% en 4 ans), notre territoire connaissant une forte expansion démographique (taux accroissement annuel moyen de la population : 0.7%).

Selon le rapport charges et produits 2023, en 2021, environ 4,2 millions d'individus ont été pris en charge pour un diabète, dont 97 % – soit plus de 4 millions – pour un diabète de type 2 (Tableau 6).

Selon les projections, si les tendances observées entre 2015 et 2021 se poursuivent, on peut s'attendre à compter en 2027 environ 520 000 diabétiques supplémentaires par rapport à 2021, dont 500 000 de type 2 et 20 000 de type 1. Pour le diabète de type 2, cette augmentation s'explique principalement (à 65 %) par un effet démographique – augmentation de la taille de la population et déformation de la structure d'âge – responsable de près de 300 000 diabétiques de type 2 supplémentaires parmi les personnes âgées de 75 à 84 ans, soit les deux tiers de l'effectif supplémentaire en 2027 (Figure 45). À l'inverse, l'ensemble des 20 000 diabétiques de type 1 supplémentaires attendus en 2027, dont 8 000 parmi les personnes âgées de 35 à 44 ans (Tableau 6 et Figure 45), s'explique par un effet «épidémiologique».

Tableau 6 : Projections des effectifs de diabétiques à l'horizon 2027, selon le type de diabète et la composante démographique ou épidémiologique de l'évolution

	Effectif 2021 observé	Effectif 2027 projeté <sup>(a)</sup>	Évolution		dont effet		dont effet	
			totale attendue	demographique <sup>(a)</sup>	épidémiologique <sup>(a)</sup>	épidémiologique <sup>(a)</sup>		
			N	N	%	N	%	
<b>Ensemble des diabétiques</b>	4 171 500	4 690 100	+ 518 600	+ 325 800	63 %	+ 192 700	37 %	
<b>Diabétiques classés en type 2</b>	4 042 300	4 541 500	+ 499 200	+ 326 500	65 %	+ 172 700	35 %	
<b>Diabétiques classés en type 1</b>	129 200	148 800	+ 19 500	- 700	0 %	+ 20 200	100 %	

N : effectif

(a) La méthode de projection des effectifs ainsi que la distinction entre les effets démographique et épidémiologique sont détaillées dans l'encadré méthodologique

Champ : tous régimes - France entière

Sources : Cnam (cartographie - version de juin 2023) et projections Insee

Source : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2023-rapport-propositions-pour-2024-charges-produits>

## 2. Etat des lieux

### a) Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources

La densité médicale du Tarn et Garonne est inférieure à la moyenne nationale : 81.3 médecins généralistes /100 000 habitants (contre 85.2 en France et 96.9 en Occitanie), imposant des circuits de prise en charge qui doivent être plus faciles pour les professionnels de santé du territoire qui sont déjà en difficultés.

L'endocrinologie-Diabétologie-Nutrition est une **spécialité à faible effectif** : 1707 endocrinologues en France métropolitaine, avec une densité de 2.6/100 000 habitants en moyenne en France [0-8.6].

Actuellement sur notre département, 4 endocrinologues sont en activité pour une population de 259 124 habitants. D'ici à la fin de l'année 2024, ils ne seront plus que 3.

Les territoires adjacents, et notamment le Lot, sont également en tension, favorisant une fuite des patients vers les territoires mieux dotés, notamment la Haute-Garonne.

Jusqu'à mi 2023, l'équipe était composée d'un médecin à 60% et d'une infirmière spécialisée à 50% sur l'activité d'éducation (1 semaine/2).

L'activité de l'hospitalisation de jour sur l'unité de médecine ambulatoire portait sur :

- des bilans endocriniens à la demande
- des bilans de recherche de complications pour patients diabétiques, sur 1/2 journée (le vendredi matin), tous les 15 jours à raison de 2 patients
- des sessions de formation au capteur de glucose en continu sur ½ journée (le vendredi après-midi), tous les 15 jours, en groupe de 1 à 5 patients.

L'activité d'hospitalisation complète était dédiée à la découverte, déséquilibre ou décompensation de diabète, selon les places disponibles. A ce jour, cette spécialité ne dispose pas de lits attribués. L'activité comprend également la semaine d'éducation thérapeutique pour les patients diabétiques (2 patients tous les 15 jours), sur des lits « cédés » par les médecins addictologues en l'absence de lits attribués.

Par ailleurs, deux programmes d'ETP sont déclarés à l'ARS : Diabète et Diabète gestationnel

Depuis le milieu de l'année 2023 et au cours du second semestre de l'année 2023 l'offre de soins sur le département a été soumise à des modifications (départs en retraite actés et à venir, fermeture de services...) : **d'ici à la fin de l'année 2024, seul le CH de Montauban sera doté de médecins exerçant la spécialité DEMM** sur le département de Tarn et Garonne. Ceci conduit le CH à devenir le centre de référence dans cette spécialité et nécessite de se doter des moyens de prise en charge adaptés au volume des patients de notre territoire.

La nouvelle équipe constituée entre juillet et octobre 2023, composée de 3 médecins à 100% et d'une infirmière spécialisée à 100% sur l'activité d'éducation

Quant à l'organisation, elle est la suivante :

- Service de consultations en diabétologie, endocrinologie et maladies métaboliques, ouvert tous les jours de la semaine
- Hospitalisations de jour, en voie de développement, avec des chemins cliniques variés

- Hospitalisations complètes: 1 lit par semaine
- Réflexion sur des modifications à apporter aux programmes d'ETP Diabète

## b) Chiffres d'activité, patients

Les indicateurs montrent la reprise favorable d'activité diabétologique incontournable pour un CH pivot comme Montauban. Les résultats des différents indicateurs sont au-delà des cibles attendues liée au retard pris les années précédentes et la performance de la nouvelle équipe et du projet. La baisse de la DMS et le virage ambulatoire pour ne citer que ces deux marqueurs.

### "GA = G159" Diabète

Effectifs	2019	2020	2021	2022	2023	Var n-1	Reg 5 ans
Nombre de séjours	59	54	82	83	134	61%	18%
Nombre de séjours mono-unité (hors séances)	42	42	61	71	124	75%	19%
Nombre de séjours de 0 jours (hors séances)	8	12	23	34	60	76%	13%
Durée Moyenne de Séjour PMSI	4,98	5,51	6,26	6,0	4,12	-31%	-12%
Durée Moyenne de RUM Agrégée	4,98	5,51	6,26	6,0	4,12	-31%	-12%
Indice de performance Hospi. Diag.	0,97	0,93	0,94	0,95	0,75	-21%	-4%

Valorisations (hors GHS 9999)	2019	2020	2021	2022	2023	Var n-1	Reg 5 ans
Nombre de journées RUM brutes prises en compte	304	282	438	353	394	12%	25%
C.A. moyen par RUM Agrégé	3 081 €	3 055 €	3 394 €	2 232 €	2 143 €	-4%	-27%
C.A. moyen par journée RUM brute	598 €	585 €	635 €	525 €	729 €	39%	20%
Extrêmes bas (à déduire)	0	0	0	0	0		0%
Réadmissions même GHM (à déduire)	0	0	0	0	0		0%
Extrêmes haut	1 758 €	1 419 €	857 €	2 561 €	425 €	-83%	-15%

<b>Valorisation des RUMS</b>	<b>181 807 €</b>	<b>164 967 €</b>	<b>278 281 €</b>	<b>185 296 €</b>	<b>287 229 €</b>	<b>55%</b>	<b>23%</b>
<b>Valorisation des RSS</b>	<b>181 807 €</b>	<b>164 967 €</b>	<b>278 281 €</b>	<b>185 296 €</b>	<b>287 229 €</b>	<b>55%</b>	<b>23%</b>

L'évolution du case-mix indique la spécialisation de l'offre de soin sur la pathologie diabétique avec la hausse des complications prises en charge (10M08) et une réduction des journées consommées.

### "GA = G159" Diabète

RACINE	Description	Eff. Séj.					Ojr					HC					Var Séj.	
		2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	Var n-	Reg 5
10M02	Diabète, âge supérieur à 35 ans	16	6	26	16	16	1	0	2	1	1	15	6	24	15	15	0%	1%
10M03	Diabète, âge inférieur à 36 ans	7	10	14	6	13	2	0	0	1	0	5	10	14	5	13	117%	1%
10M08	Acidocétose et coma diabétique	36	33	26	31	52	5	7	5	2	6	31	26	21	29	46	68%	3%
<b>HDJ</b>																		
23M08	Autres motifs de recours chez un patient diabétique en ambulatoire	0	5	16	30	53	0	5	16	30	53	0	0	0	0	0	77%	13%
<b>TOTAL</b>		<b>59</b>	<b>54</b>	<b>82</b>	<b>83</b>	<b>134</b>	<b>8</b>	<b>12</b>	<b>23</b>	<b>34</b>	<b>60</b>	<b>51</b>	<b>42</b>	<b>59</b>	<b>49</b>	<b>74</b>	<b>61%</b>	<b>18%</b>

"GA = G159" Diabète

RACINE	Description	DMS					Var n-1	Reg 5 ans
		2019	2020	2021	2022	2023		
10M02	Diabète, âge supérieur à 35 ans	3,25	4,67	4,23	6,13	2,94	-52%	8%
10M03	Diabète, âge inférieur à 36 ans	2,57	6,0	5,5	6,33	5,77	-9%	67%
10M08	Acidocétose et coma diabétique	6,22	5,52	8,69	5,87	4,08	-31%	-39%
<b>TOTAL</b>		<b>4,98</b>	<b>5,51</b>	<b>6,26</b>	<b>6,0</b>	<b>4,12</b>	<b>-31%</b>	<b>-12%</b>

RACINE	Ind. Perf Hospi. Diag.						Var n-1	Reg 5 ans
		2019	2020	2021	2022	2023		
10M02	Diabète, âge supérieur à 35 ans	1,03	0,91	0,78	1,10	0,71	-35%	-4%
10M03	Diabète, âge inférieur à 36 ans	1,01	1,21	1,09	1,36	1,31	-4%	8%
10M08	Acidocétose et coma diabétique	0,95	0,86	0,99	0,83	0,65	-22%	-6%
<b>TOTAL</b>		<b>0,97</b>	<b>0,93</b>	<b>0,94</b>	<b>0,95</b>	<b>0,74</b>	<b>-22%</b>	<b>-4%</b>

Par unité, l'évolution concerne les pôles Médecines et SUR

"GA = G159" Diabète

Pole	UM	RUM				Sans nuitée				Var. RUM	
		2019	2021	2022	2023	2019	2021	2022	2023	Var n-1	Reg 5 an
<b>Pôle 1010 MEDECINES</b>		12	46	41	75	0	17	30	53	83%	18%
	UM 2930 UMA	0	18	30	53	0	17	30	53	77%	17%
	UM 2906 MED INTERNE HC	8	18	7	21	0	0	0	0	200%	3%
	UM 2500 PNEUMOLOGIE	1	3	0	1	0	0	0	0	100%	0%
	UM 2909 MALADIES INFECTIEUSE!	1	2	4	0	0	0	0	0	-100%	0%
<b>Pôle 1023 SAMU URGENCE REANIMATION</b>		46	69	34	51	7	13	4	7	50%	-2%
	UM 1620 UHCD	23	37	20	30	7	13	4	7	50%	0%
	UM 2701 SURV CONTINUE	14	23	11	20	0	0	0	0	82%	1%
	UM 2700 REA POLYVALENTE	6	9	3	1	0	0	0	0	-67%	-2%
<b>Pôle 1014 FEMMES PARENTS ENFANTS</b>		6	22	13	11	1	0	0	0	-15%	1%
	UM 2600 PEDIATRIE HC	5	22	13	11	0	0	0	0	-15%	1%
<b>Pôle 1018 SANTE SOCIETE</b>		4	26	2	2	0	5	0	0	0%	-3%
	UM 2910 ADDICTOLOGIE	4	26	2	2	0	5	0	0	0%	-3%
<b>Pôle 1022 SMR GERIATRIE</b>		6	10	6	5	0	0	0	0	-17%	-1%
	UM 2916 COURT SEJ GERIA	6	10	6	5	0	0	0	0	-17%	-1%

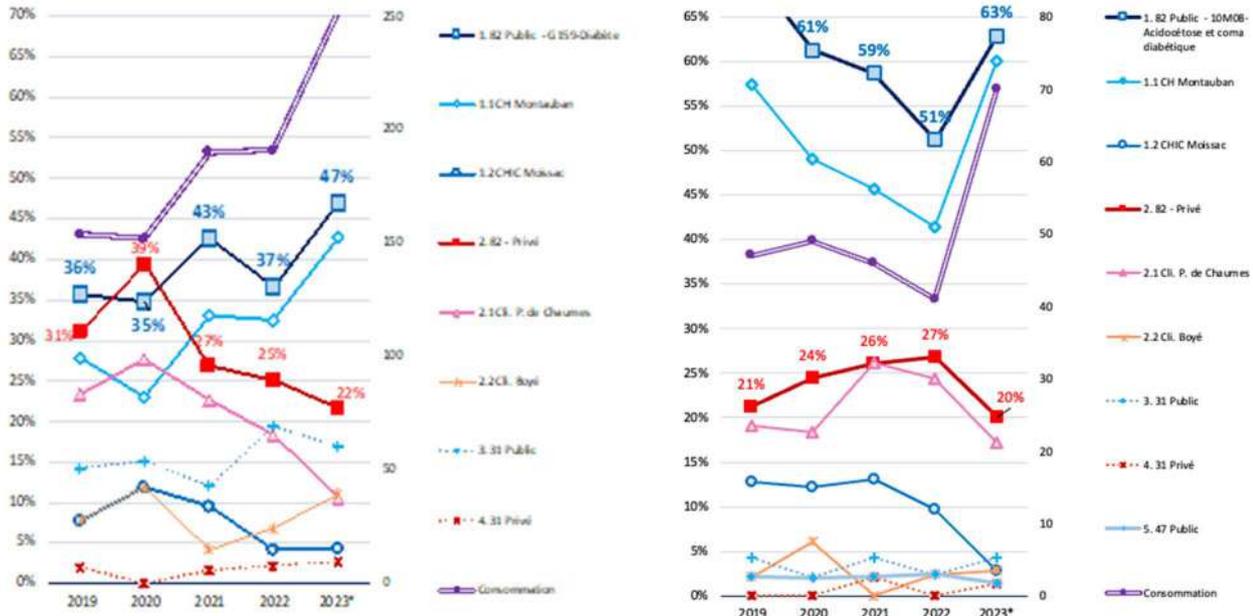
### 3. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Projet	Etat d'avancement
Développer l'éducation thérapeutique	En cours
Développer les consultations	En cours
Développer le lien ville hôpital	En cours
Poursuivre la consultation avancée sur Montaigne de Quercy	Non réalisé

#### c) Part de marché ; analyse des fuites

La consommation en séjour pour motif diabétologique est en hausse et plus rapide que les consommations de référence régionales et nationales par effet d'offre auparavant faible sur la demande.

Avec près de la moitié des parts de marché contre 1/3 en 2019, le CH de Montauban suit la consommation qui augmente avec l'offre. L'offre apparait se déplacer du privé, 22% en baisse, dont 10% au Pont de Chaume et du Centre Hospitalier Intercommunal de Castelsarrasin Moissac 16% (départ des médecins de médecine) vers le CH de Montauban 43% (10M08, 23M08) et la clinique Boyé 10% (10M02) en hausse.



#### 4. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipe médicale renouvelée avec 3 ETP (dont un praticien associé)</li> <li>- Compétence paramédicale</li> <li>- Locaux de consultations neufs et accessibles</li> <li>- Création d'un service de médecine ambulatoire polyvalent pour augmenter les places à compter de janvier 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disponibilités des cardiologues et de l'imagerie (scanner) pour développer l'HDJ</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amélioration des parts de marché du centre hospitalier</li> <li>- Coopération avec les équipes de pédiatrie du centre hospitalier</li> <li>- Nouveau scanner à compter de juillet 2024</li> <li>- Ouverture de lits d'hospitalisation de semaine en mars 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Démographie médicale du territoire</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

Malgré des données démographiques défavorables pour cette spécialité, l'ambition du centre hospitalier de Montauban est de construire un service de prise en charge globale et de qualité dans notre spécialité, pour la population de notre territoire.

Ceci nécessite de modifier les circuits existants, de s'appuyer sur une organisation multi-professionnelle médicale et paramédicale, et de développer les collaborations internes et externes au CH de Montauban.

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

Dans le schéma territorial de santé du département de Tarn et Garonne, le diabète est évoqué dans le 1er engagement : « Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie » et plus particulièrement dans l'objectif opérationnel « Soutenir la place de la prévention et de la promotion de la santé auprès des offreurs de soins (ES dont les HPR, ESMS, MSP, CPTS...). En pratique l'ARS prévoit des formations croisées entre professionnels de santé, médico-sociaux sur une thématique de prévention santé (dépistage organisé des cancers, *diabète...*) et déploiement au niveau territorial

### 2. Orientations retenues – axes de développement

Le projet médical de diabétologie, endocrinologie et maladies métaboliques repose sur 5 axes :

- Augmenter la capacité d'accueil
- Définir de nouveaux parcours patients
- Définir les moyens requis au regard de l'activité
- Améliorer les délais de prise en charge
- Optimiser les parcours patients

Avec les résultats attendus suivants :

- Elargir l'offre de soins actuelle et en proposer une nouvelle
- Répondre aux besoins et à la demande, en regard du nombre exponentiel de patients relevant de cette spécialité sur le département, et de la faible démographie médicale sur le secteur
- Augmenter l'attractivité du CH pour les patients et les professionnels de santé
- Augmenter la satisfaction des usagers
- Limiter le taux de fuite vers d'autres établissements

### a) Objectif 1 : construire une offre de soins globale

L'ambition du centre hospitalier de Montauban est de construire une offre de soins globale permettant une prise en charge de qualité, dans un délai raisonnable.

La prise en charge des patients sera axée sur une collaboration multi-professionnelle, nécessitant des ressources paramédicales nombreuses : diététicienne, EAPA, infirmière d'éducation diabétologie, Infirmière Plaie et cicatrisation, Podologue, Psychologue, Assistante sociale, ...

Ainsi, l'offre globale cible est la suivante :

- **Des consultations individuelles programmées** pour prise en charge initiale de nouveaux patients, ou suivi de patients déjà connus
- **Des consultations d'urgence**
- Une prise en charge en **hospitalisation de jour** au sein de l'Unité de Médecine Ambulatoire
  - o Consultation multidisciplinaire de réévaluation thérapeutique
  - o Réalisation du bilan des complications du diabète
  - o Réalisation de certains bilans endocriniens spécifiques ne pouvant être réalisés en laboratoire
  - o Prise en charge du diabète gestationnel
  - o Bilan d'obésité
  - o Education thérapeutique : diabète, obésité
  - o Autres : perfusion de fer, bolus de solumedrol ...
- Une prise en charge en **hospitalisation de semaine** :
  - o Hospitalisations programmées, 5 lits pour débiter :
    - A la demande du médecin DEMM, dans le cadre du suivi d'un patient
    - A la demande d'un médecin extérieur à l'établissement, généraliste ou spécialiste
    - A la demande des médecins de l'établissement, notamment des services d'urgence et « post-urgence »

### b) Objectif 2 : mettre en place une astreinte de sécurité pour assurer la continuité des soins

La mise en place d'une **astreinte de sécurité pour l'équipe de diabétologue** permettra d'assurer la **continuité des soins** sur :

- les hospitalisations,
- les demandes d'avis (internes et externes),
- Les patients hospitalisés dans un autre service,
- La prise en charge initiale dans le cadre d'une découverte de diabète avec critères de gravité
- La prise en charge de déséquilibre aigu ou chronique de diabète
- La prise en charge de plaies du pied diabétique
- La mise en place de pompe à insuline
- Les bilans endocriniens complexes
- L'éducation thérapeutique : Diabète de type 2, diabète de type 2 insuliné, Diabète gestationnel, Pompe à insuline, insulinothérapie fonctionnelle

- L'organisation d'un centre initiateur pompe, afin de faire profiter les patients des thérapies innovantes, notamment les pompes à insuline en boucle fermée, qui révolutionnent la prise en charge du diabète de type 1

### **c) Objectif 3 : mettre en place et développer la télémédecine**

La mise en place de la télémédecine permettra d'organiser et de développer :

- Téléconsultation de suivi
- Télésurveillance de patient diabétique traité par insuline
- Télé-expertise

### **d) Objectif 4 : poursuivre les activités avec les autres services du centre hospitalier**

L'équipe médicale dont la constitution est encore récente, et qui cherche à la fois à prendre en charge les demandes de soins mais également à s'inscrire dans une dynamique en lien avec les autres spécialités du centre hospitalier souhaite, pour fluidifier le parcours patient pouvoir assurer la prise en charge en relai d'un passage aux urgences, d'un séjour en réanimation ou soins intensifs. Pour se faire, il est prévu un travail collaboratif avec les médecins urgentistes sur la conduite à tenir à l'arrivée du patient, pour réduire les temps d'attente et de prise en charge.

D'autres prises en charge sont à structurer ou sont en train de l'être :

- Assurer le relai de la prise en charge pédiatrique, au moment de la transition pédiatrie/médecine adulte
- Prendre en charge du diabète gestationnel, en collaboration avec les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes
- Participer au programme de prise en charge de l'obésité médicale, conjointement avec le service de chirurgie de l'obésité (évaluation initiale, éducation thérapeutique, suivi)
- En association avec les autres spécialités médicales, pour assurer une évaluation complète des patients : cardiologie, ophtalmologie, pneumologie ...

### **e) L'accès à la recherche, à l'innovations, aux thérapies innovantes**

Le centre hospitalier de Montauban et l'équipe médicale souhaite organiser un centre initiateur pompe, afin de faire profiter les patients des thérapies innovantes, notamment les pompes à insuline en boucle fermée, qui révolutionnent la prise en charge du diabète de type 1.

La participation à des essais cliniques, protocoles de recherche est également un objectif, avec l'appui de l'ARC du centre hospitalier de Montauban.

### 3. Positionnement territorial

Afin de collaborer avec les partenaires extérieurs, tant au sein du GHT qu'avec les médecins libéraux, il est prévu de :

- Mettre en place la télé-expertises via OMNIDOC.
- Communiquer sur des modalités d'adressage simplifiées, pour les médecins généralistes ou spécialistes (gynécologue-obstétricien ou sage-femme par exemple pour le diabète gestationnel), via une adresse mail « centralisée », en vue d'une hospitalisation de jour ou de semaine rapide.
- Constituer une « équipe mobile », susceptible de se déplacer en dehors du CH de Montauban (Moissac, Castelssarasin, Caussade...), afin d'assurer une meilleure couverture du territoire.

Il est également souhaité que la collaboration avec le CHU se développe et se structure avec l'accueil d'internes de médecine générale ou de spécialités, et d'assistant partagé ou de chef de clinique de territoire.

## EN SYNTHÈSE

*La démographie médicale sur le département va avoir pour corollaire que le centre hospitalier de Montauban deviendra le centre de référence de Tarn et Garonne.*

*Le renouvellement de l'équipe médicale, avec 3 ETP, relance la dynamique dans cette spécialité et offre des opportunités de recettes supplémentaires.*

*L'équipe médicale souhaite développer une offre complète : consultations (effective), d'hôpital de jour (effective), d'hospitalisation (à compter de mars 2024).*

*Développement de la télémedecine et de la téléexpertise pour les médecins libéraux*

*Réflexion sur une équipe mobile pour se rendre dans les établissements du GHT et assurer une meilleure couverture du territoire.*

## Les maladies infectieuses

### I. Présentation de la spécialité : contexte et offre actuelle

#### 1. Etat des lieux de la spécialité

##### a) Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources

Le centre hospitalier de Montauban bénéficie des compétences de 2 infectiologues (1.8 ETP). C'est la seule ressource du territoire.

##### b) Chiffres d'activité, patients

Le service connaît une forte activité non programmée provenant du service des urgences.  
Activité impactée par la saisonnalité

	Production des établissements de santé du 82 (431 séjours)	Part des établissements du 82 dans la consommation des habitants du 82 (Taux de fuite 19,8%)
CH Montauban	63,8%	51,9%
Clinique du Pont de Chaume	6,5 %	5,0 %
CHIC Castelsarrasin-Moissac	19,0 %	14,3 %
Clinique Croix Saint Michel	10,7 %	9,1 %

#### 2. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Projet	Etat d'avancement
Création d'une unité de Maladies Infectieuses – Rhumatologie au CH Montauban	Réalisé
Optimisation de l'offre de soins sur le territoire en identifiant un service regroupant les activités autour des maladies inflammatoires, infectieuses et de l'immunologie clinique	Réalisé
Développement de l'activité d'infectiologie territoriale avec possibilité de donner des avis « infectieux » au niveau du GHT	Réalisé

### 3. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>2 infectiologues sur le CH de Montauban</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La difficulté à réaliser de l'activité programmée</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Le développement de l'hospitalisation de jour</li> </ul>	

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 4. Orientations retenues – axes de développement (offre, prises en charge, parcours, innovation, recherche)

Les enjeux et projets concernant les maladies infectieuses et tropicales sont présentés aux institutions depuis au moins 2018 (projets 2020-2022 puis 2022-2024).

- Pérenniser l'offre de soins en maladies infectieuses au CH (consultations et hospitalisations)
- Optimiser et homogénéiser les pratiques en maladies infectieuses au sein du GHT
- Optimiser et homogénéiser les pratiques en maladies infectieuses en dehors du GHT à l'échelon du département, toutes structures de soins confondues
- Optimiser et homogénéiser les pratiques en maladies infectieuses en dehors du GHT au sein de la médecine libérale à l'échelon du département
- Diminuer la morbidité liée aux maladies infectieuses à l'échelon du département
- Diminuer la prévalence des résistances bactériennes à l'échelon du département
- Mettre en place de réelles interactions entre les acteurs de santé animale et humaine (one health)
- Offrir une réelle capacité de contrôle épidémique dans le futur à l'échelon du département

#### a) Objectif 1 : pérenniser l'offre de soins au centre hospitalier de Montauban

Afin de pérenniser l'offre de soins en maladies infectieuses, le centre hospitalier de Montauban souhaite stabiliser l'équipe médicale actuelle et le cas échéant recruter un praticien pour permettre de structurer une offre de soins plus programmée et étendre son activité sur le GHT (consultations avancées, formation).

L'équipe d'infectiologie assure une mission très transversale dans l'établissement, notamment par le biais de ses avis auprès des autres spécialités.

Elle assure également les missions suivantes :

- Veille en antibiothérapie et antibiorésistance
- Recueil épidémiologique antibiotiques et résistance bactérienne  
Le travail d'épidémiologie est poursuivi. Mais cette activité n'est toutefois toujours pas possible avec les moyens informatiques CONSORES, en raison des difficultés de synchronisation entre laboratoire et pharmacie hospitalière.
- Actualisation du guide de bon usage des anti infectieux.
- Présidence de la COMAI.

#### **b) Objectif 2 : – Mise en place d'un poste IDE « référente en anti-infectieux (IRI) »**

Ce temps paramédical permet le suivi des patients traités par antibiothérapie ou autres anti-infectieux à domicile pour une durée supérieure à 7 jours

Les enjeux sont ceux de (du)

- la diminution de la DMS,
- l'optimisation de l'antibiothérapie à domicile
- respect des bonnes pratiques et le renforcement de la coordination des acteurs.
- Besoin de former une seconde IDE

#### **c) Objectif 3 : Développer une activité « hors les murs »**

L'appui et l'accompagnement à la mise en œuvre des bonnes pratiques en infectiologie, la prise en charge des pathologies complexes, la prévention et l'hygiène, l'information scientifique et la formation continue sont autant de domaines d'intervention que l'équipe médicale souhaite développer dans l'établissement et au sein du territoire.

L'équipe médicale souhaite développer une activité transversale extra hospitalière, notamment sur les établissements médico – sociaux. La mise en place de ce projet implique une réflexion au sein du GHT, puis au-delà, afin de travailler au financement du temps médical supplémentaire qui serait nécessaire pour réaliser cette mission.

Parmi les activités à développer figurent également l'extension des activités au secteur privé à but lucratif : activité de conseil (harmonisation et optimisation des pratiques).

#### **d) L'accès à la recherche, à l'innovations, aux thérapies innovantes**

Ce développement est à réaliser en lien avec le CHU notamment et en fonction des ressources disponibles.

## 5. Positionnement territorial

Un des objectifs de l'équipe médicale consiste à développer une activité avec les établissements du territoire. La ressource médicale actuelle (1,8 ETP) ne permet pas d'y parvenir.

## EN SYNTHÈSE

*L'équipe médicale d'infectiologie ne dispose pas à ce jour d'une ressource médicale suffisante pour développer une activité réglée en hospitalisation.*

*Elle est toutefois une ressource transversale impliquée dans les avis auprès des autres unités de soins, dans un recueil épidémiologique antibiotique et résistance bactérienne.*

*La volonté de développer une activité au sein du GHT et du département est réelle et sera mise en œuvre dès que la ressource médicale sera stabilisée, notamment en développant une activité via une IDE référente anti – infectieux.*

## Les soins palliatifs

### I. Présentation de la filière: contexte et offre actuelle

Les Soins palliatifs sont des soins actifs dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. Leur objectif est de soulager les douleurs physiques ainsi que les autres symptômes et de prendre en compte la souffrance psychologique, sociale et spirituelle. Les soins palliatifs et l'accompagnement sont interdisciplinaires. Ils s'adressent au malade, à ses proches, à domicile ou en institution. La formation et le soutien des soignants et des bénévoles font partie de cette démarche.

#### 1. Prévalence et données épidémiologiques

58% des Français meurent dans un établissement de soins (49% dans le public ou dans un hôpital à but non lucratif et 9% en clinique privée à but lucratif), 15% en maison de retraite et 25% décèdent à domicile.

Le département du Tarn- et-Garonne compte plus de 260 000 habitants, il est au troisième rang des départements de la région à forte croissance.

Au 1er janvier 2022, le département compte des lits de MCO, SSR et HAD proportionnellement moins nombreux qu'en région.

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisé aux médecins généralistes en Tarn-et-Garonne est inférieur aux valeurs nationales et régionale (12% de la population n'a pas de médecin traitant, 40% des MT ont 60 ans et plus).

Le nombre de décès dans le Tarn et Garonne en 2023 est de 2718. La mortalité secondaire au cancer est de 27% ; à la maladie cardiovasculaire de 25% et à la maladie respiratoire de 7%.

Concernant l'activité des deux EMSP sur le Tarn et Garonne sur 2022 :

- File active : 499 patients
- Nombre de nouveaux patients : 359
- Nombre de décès : 183
- Interventions intra-hospitalière sur site et autres structures d'hospitalisations ou de vie: 1212
- Interventions à domicile en lien avec le DAC82 : 254

#### 2. Etat des lieux de la filière

Au niveau universitaire la spécialité des soins palliatifs est jeune. Elle se développe depuis quelques années au niveau national. Depuis novembre 2023, le centre hospitalier de Montauban bénéficie des compétences d'une cheffe de clinique territoriale en temps partagé avec le CHU de Toulouse.

Au niveau législatif, il y a le renforcement des droits en faveur des personnes en fin de vie pour améliorer l'accès aux soins palliatifs. Nous sommes cependant encore très loin d'un accès pour tous.

La dernière lettre d'instruction de juin 2023 reprecise les missions de chaque unité fonctionnelle de soins palliatifs. C'est en s'appuyant sur celle-ci que le CH de Montauban doit développer son offre en soins palliatifs sur deux axes ambulatoire et hospitalier.

### **a) Organisation de l'offre sur le territoire**

Le Tarn et Garonne est un petit département.

Les établissements de santé sont au nombre de : 10 et 5 structures privées.

Le Tarn et Garonne, fait partie des 4 départements de la région Occitanie qui ne bénéficie pas à ce jour d'Unité Soins Palliatifs (USP). L'absence d'USP limite la possibilité d'accueil de patients requérant une prise en soins complexe. Ces patients sont alors réorientés vers les 2 USP toulousaines (CHU et Hôpital Joseph Ducuing), avec qui les liens sont forts. Cela pose cependant le problème de la proximité pour ces personnes vulnérables qui peuvent se retrouver isolées, l'entourage étant à minimum 1 heure de trajet.

Des lits de soins palliatifs (LISP) sont répartis dans différents établissements, sans organisation d'unité fonctionnelle, avec parfois des ressources médicales absentes limitant l'accueil de patients en soins palliatifs sur ces LISP

Seuls deux établissements bénéficient d'une équipe mobile le Centre hospitalier de Montauban et l'hôpital de Moissac.

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) de Montauban est régulièrement sollicitée par des structures privées pour des prises en soins qu'elle ne peut réaliser physiquement, elle propose des conseils téléphoniques. Son activité est essentiellement centrée sur les patients du Centre hospitalier, du domicile et des EPHAD. Elle travaille avec l'HAD et le DAC82 pour coordonner et améliorer la fluidification du parcours du patient en soins palliatifs à domicile.

La faible quantité de LISP ne permet pas d'accueillir dans de bonnes conditions les patients en soins palliatifs.

Les LISP sont répartis dans les différents établissements de santé publique, aucun LISP, selon les sources de la Société Française de soins palliatifs n'est déclaré dans les structures privées. Ils sont répartis comme tels :

- Centre Hospitalier de Montauban : 10 lits de soins palliatifs référencés dans les services
  - 3 lits dans le service de Pneumologie
  - 3 lits dans le service d'Onco-hématologie
  - 1 lit dans le service de Neurologie
  - 1 lit en gériatrie
  - 2 lits en SSR
- CHIC Castelsarrasin-Moissac :
  - 2 lits en médecine
  - 4 en SSR

- CH des 2 rives – Valence d’Agen :
  - 2 lits en SSR
- CH de Nègrepelisse :
  - 5 lits en SSR

Les spécialités de cancérologie, cardiovasculaire et pneumologie sont développées au sein du public et du privé. De fait, il y a une inadéquation entre l’activité « pourvoyeuse » de patients en soins palliatifs et le personnel ainsi que les structures spécialisées en soins palliatifs.

### **b) Activité**

L’EMSP du centre hospitalier de Montauban a connu, sur l’année 2023 une augmentation de la file active des patients hospitalisés de 4.5% et une augmentation du nombre d’interventions de 11,6%, malgré le non remplacement de temps médical (disponibilité) temps infirmier (congé maternité) et temps psychologue (congé maladie et maternité).

Nouvelle activité, minime mais apparue en fin d’année, suivant les recommandations de la lettre d’instruction de juin 2023, est relative à l’activité extra hospitalière : visite à domicile en autonomie, indépendamment du DAC pour des patients connus de l’hôpital, nécessitant une réévaluation à domicile pour des symptômes. Visites faites à la demande des médecins hospitaliers, libéraux ou de l’équipe soignante libérale.

Enfin, l’EMSP a investi ses missions d’enseignement et de formations.

Depuis l’arrivée de la cheffe de clinique territoriale une véritable réflexion est faite sur un projet recherche au sein de l’établissement.

### **c) Part de marché**

A domicile : le « ALLER VERS » doit être une des priorités pour les EMSP au vu :

- du souhait de la population de décéder à domicile.
- du manque de lits d’hospitalisation.
- de la nécessité de soutien aux paramédicaux libéraux de moins en moins nombreux et donc de plus en plus isolés et démunis.

En Hospitalisation: La nécessité de LISP est flagrante mais il est actuellement difficile d’envisager la création de LISP à court terme dans le contexte global de démographie paramédicale défavorable.

Il serait probablement nécessaire de réfléchir à une augmentation des LISP en SMR pour l’aval des MCO qui assurent la prise en charge initiale mais ne trouvent pas de relève pour l’aval. L’aval du MCO permettrait de redonner les missions premières au service de MCO en limitant l’embolisation de certains lits, faute de solution médico-sociale.

Concernant les patients relevant d'une USP actuellement la seule alternative est sur la Haute Garonne. Il est nécessaire pour parfois la mise en place de certains traitements antalgiques spécifiques nécessitant 7 jours d'hospitalisation d'adresser les patients sur Toulouse en USP. A moyen ou long terme, envisager la création d'une USP semble indispensable pour la population du Tarn et Garonne qui ne cesse de croître.

### 3. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Le Projet Médical Partagé de Territoire 2017-2021 pour le GHT 82 avait pour objectif la constitution d'une Equipe Mobile de Soins Palliatifs intervenant sur les établissements de Caussade et Nègrepelisse. Le projet n'a pas pu aboutir dans les délais. Actuellement rien n'a été réfléchi en terme de suppléance.

### 4. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Les compétences reconnues des professionnels de l'EMSP</li> <li>– Augmentation du temps médical et paramédicale dans l'EMSP en 2023</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– <b>Faible accessibilité aux LISP</b> – Lits Identifiés en Soins Palliatifs dans certaines zones du département 82</li> <li>– <b>Absence d'Unité de Soins Palliatifs</b> au CH Montauban, et en Tarn-et-Garonne</li> <li>– Non remplacement du temps psychologie actuellement en congés parentale, perte de suivi de patient.</li> <li>– Equipe avec un petit effectif</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>– 5ème Plan national de développement des Soins Palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie 2021-2024</li> <li>– Présence d'une cheffe de clinique pour développer la recherche</li> </ul>	

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

Le PRS Occitanie 2023-2028 met en évidence, dans son diagnostic sur le sujet, les défaillances de la situation actuelle pour l'accès aux Soins Palliatifs, malgré des améliorations notables sur la période du précédent PRS : difficulté d'accès aux Soins Palliatifs, absence d'Unité de Soins Palliatifs dans 4 départements (dont le Tarn-et-Garonne) sur les 13 d'Occitanie, activité extra-hospitalière (autres établissements, domicile) des équipes mobiles de soins palliatifs insuffisamment développée (8,69% du total des interventions en Occitanie en 2021, avec une baisse de 13,2% entre 2020 et 2021).

Le relais en HAD, à domicile sur les soins palliatifs peut être compliqué dans la situation actuelle, dans un contexte de déserts médicaux au Nord du département, et de déficit de ressources humaines, notamment paramédicales.

Malgré la forte progression du nombre de LISP reconnus à l'issue de l'appel à candidatures, des zones d'accès fragiles persistent, notamment en périphérie de la région...dont le département du Tarn et Garonne.

Le PRS Occitanie 2023-2038 s'inscrit dans le contexte et la continuité du cinquième Plan national de développement des Soins Palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie 2021-2024 comportant 3 priorités :

Favoriser l'appropriation des droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie  
Conforter l'expertise en soins palliatifs en développant la formation et en soutenant la recherche  
Définir des parcours de soins gradués et de proximité en développant l'offre hospitalière de soins palliatifs en renforçant la coordination avec la médecine de ville et en garantissant l'accès à l'expertise.

Au regard des éléments de diagnostic et de contexte, 5 priorités d'action ont été retenues dans le PRS Occitanie 2023-2028 :

- Structurer la coordination des parcours de soins palliatifs
- Renforcer la filière hospitalière des soins palliatifs
- Assurer la permanence de la réponse palliative sur les territoires
- Accompagner l'innovation technique au moyen des outils numériques et des solutions de télésanté
- Accompagner la mise en œuvre de la loi "Fin de vie".

## 2. Orientations retenues – axes de développement

Pour répondre aux besoins du territoire de Tarn-et-Garonne et aux priorités retenues par le PRS Occitanie, 4 enjeux se dégagent pour le Centre Hospitalier de Montauban, à inscrire dans une logique de coordination départementale avec les autres établissements du GHT, acteurs privés, acteurs de ville :

- Renforcer les équipes à vocation d'action transversale (CHM, voire GHT) : soins palliatifs
- Renforcer le lien ville-hôpital avec la création d'une HDJ.
- Développer les LISP dans les SMR pour favoriser l'aval des services de MCO.
- Créer une Unité de soins palliatifs

### **a) Objectif 1 : Renforcement de l'Équipe Mobile De Soins Palliatifs (EMSP)**

Cette action s'inscrit aussi dans le Plan national Soins palliatifs décrit ci-dessus.

Un enjeu réside dans le fait de construire les liens avec le secteur libéral (soins de support) mais également de renforcer les liens existant avec l'HAD et le DAC.

Dans un objectif d'améliorer la prise en soins pour l'ensemble des patients en soins palliatifs du territoire, des liens doivent se créer avec les structures publiques et privées sans EMPS pour une meilleure coordination.

### **b) Objectif 2 : Création d'une HDJ de soins palliatifs**

Cette création demande quelques moyens supplémentaires mais possiblement mobilisables rapidement. Cette HDJ permettrait de renforcer les liens avec les HAD, DAC, de proposer un éventail de soins à tous les patients pour s'adapter à leurs demandes, à leur besoins.

L'hospitalisation de jour (HDJ) « médecine palliative » est une modalité ambulatoire en mesure de proposer une prise en charge globale des personnes malades relevant de soins palliatifs et nécessitant une évaluation ainsi qu'un suivi pluri-professionnel et interdisciplinaire, de façon ponctuelle ou selon un rythme régulier et adapté.

### **c) Objectif 3 : Création d'une Unité de soins palliatifs**

L'objectif de création d'une Unité de Soins Palliatifs est à relier au 5ème Plan national pour le développement des Soins palliatifs et l'accompagnement de la fin de vie 2021-2024 qui exige la présence de structures palliatives à Horizon 2024 dans chaque département

Il est à prévoir un impact sur le capacitaire des services avec la création de cette Unité, même si cette dernière pas vocation à accueillir tous les patients en soins palliatifs : elle serait en effet concentrée sur les cas très complexes.

#### d) Accéder à la recherche et à l'innovation

La nouvelle équipe médicale souhaite s'investir dans la recherche en soins palliatifs. Elle est en lien avec la SFAP pour monter un projet de recherche avec dans ce cadre la formation du praticien titulaire en master de recherche. L'association avec la cheffe de clinique territoriale va permettre une véritable émulation scientifique.

### 3. Positionnement territorial

Le centre hospitalier de Montauban en tant que centre de référence territorial se doit de développer les soins palliatifs au sein de sa structure mais également vers l'ensemble du territoire. La taille du département est un atout qui permet une proximité géographique dans les liens entre les différentes structures du GHT et donc facilite la création d'un réseau petit mais fort.

Les premiers pas ont été réalisés avec un échéancier établis pour rencontrer un certain nombre de partenaires du GHT. Une rencontre avec l'ARS départementale a également été organisée pour statuer et travailler ensemble sur l'amélioration de la coordination ville hôpital, en lien avec le DAC et l'EMSP de Moissac.

L'émulation au projet et à la collaboration doit être portée par le CH de Montauban et son EMSP qui doit poursuivre sa politique « d'aller vers » tant vers les patients que vers les différentes structures investies dans le SP.

## EN SYNTHÈSE

*L'équipe mobile de soins palliatifs du centre hospitalier de Montauban bénéficie de compétences reconnues et coopère avec les acteurs du territoire.*

*Une réflexion peut être menée dans l'établissement concernant un hôpital de jour en soins palliatifs.*

*Le département de Tarn et Garonne appartient à la liste des départements qui ne disposent pas d'une unité de soins palliatifs. Le besoin est effectif dans le département pour les prises en charge complexes. Elles sont aujourd'hui orientées sur l'agglomération toulousaine.*

*La création d'une unité de soins palliatifs doit être envisagée, au plus tard à l'horizon du nouvel hôpital.*

## Le parcours du patient douloureux chronique

### I. Présentation de la filière : contexte et offre actuelle

#### 1. Prévalence et données épidémiologiques

La douleur chronique concerne près d'un français sur cinq.  
Elle est le premier motif de consultation aux urgences et chez le médecin généraliste.

La douleur chronique est une douleur qui dure plus de 3 mois malgré un traitement initial bien conduit. On peut considérer le syndrome douloureux chronique comme une maladie en soi. Il s'agit en effet d'un « syndrome multidimensionnel qui, lorsque la douleur exprimée (quelle que soit sa topographie et son intensité) persiste ou réapparaît au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.

Le modèle biopsychosocial de maladie proposé pour la première fois par le psychiatre Engel en 1977 a été adapté à la douleur chronique et permet au mieux de prendre en compte la dimension biologique, psychologique, mais aussi sociale et sociétale de la douleur chronique.

La douleur touche toutes les catégories socioprofessionnelles, notamment les âges extrêmes de la vie, les personnes vulnérables, les patients souffrant de cancer comme ceux de céphalées ou de fibromyalgie.

Moins de 3 % des patients douloureux chroniques bénéficient d'une prise en charge adaptée dans une des structures spécialisées du territoire national.

#### 2. Etat des lieux de la filière

##### a) *Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources*

Une seule structure est identifiée sur le territoire (cf INSTRUCTION N° DGOS/MQP/2022/191 du 21 juillet 2022 relative à l'organisation de l'appel à candidatures destiné au renouvellement du dispositif des structures labellisées pour la prise en charge de douleur chronique en 2023, et à leur activité 2022) : la consultation douleur du Centre Hospitalier de Montauban

**Nouvelle Labellisation de la consultation de l'établissement sous forme d'une consultation spécialisée mixte adulte-enfant** (avec réserves à propos de documents concernant la procédure d'organisation des prises en charge prioritaires et la procédure d'accueil privilégié aux patients suivis par les autres SDC polyvalentes / réponses à l'ARS en cours après première version des documents jugée incomplète)

Seule structure **mixte adulte-enfant** dans le Sud-ouest exception faite des CHU de Bordeaux et de Toulouse.

Activité de consultation, de gestes techniques sur la plateau technique (scopie, scanner), hospitalisation à l'unité de médecine ambulatoire.

Hospitalisations en chirurgie et activité de bloc en lien avec l'équipe d'anesthésie

Ressources médicales 1.4 ETP, IDE 0.8, Psycho 0.45, Secrétariat 0.7

### b) Chiffres d'activité, patients

En 2022 l'activité était la suivante :

3070 consultations (médicales, 1929 , IDE 497, psychologue 644)

File active des consultations médicales 1101

Nouveaux patients consultations médicales 472

L'activité au sein de l'hospitalisation de jour progresse :

- 2021 : 356 hospitalisations
- 2022 : 445 hospitalisations
- 2023 : 664 hospitalisations (+33%)

### c) Part de marché ; analyse des fuites

Peu de fuites car accord entre les structures douleurs de Midi-Pyrénées de ne prendre en charge que les patients de leurs territoires sauf appel à structure de recours (CETD CHU) ou besoin de techniques spécifiques.

## 3. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Le projet médical partagé 2017 – 2021 ne prévoyait pas d'action sur cette spécialité.

## 4. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seule <b>structure</b> référente depuis 2004 dans le territoire de santé</li> <li>• Accès <b>facilité</b> à un plateau technique</li> <li>• Accès à l'<b>hôpital</b> de jour</li> <li>• <b>Partenariat</b> avec l'anesthésie avec proposition de techniques innovantes</li> <li>• <b>Nombreuses</b> spécialités partenaires disponibles sur l'établissement (SSR, neurologie, rhumatologie, psychiatrie, acupuncture, addictologie...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instabilité <b>médicale</b></li> <li>• Difficulté à <b>recruter</b> sur tous les postes (départ de l'IDE référente a forte expérience et qualification en septembre sans perspective de remplacement pour un transfert de connaissance et de compétence</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structure à l'équilibre financier (Créa) sur seuls actes CCAM et MIG</li> </ul>	
<b>OPPORTUNITÉS</b>	<b>MENACES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Développement</b> de projets innovants, attractifs pour les médecins de la douleur ou anesthésie</li> <li>• <b>Formation</b> et implication dans la douleur chronique d'anesthésistes partenaires</li> <li>• Partenariat <b>avec</b> les l'IUC-T sur les pompes intrathécale</li> </ul>	

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Orientations retenues – axes de développement

Le centre hospitalier de Montauban souhaite développer une offre de soins adaptée aux besoins de la population du territoire, notamment en renforçant le positionnement de l'établissement comme centre référent territorial de prise en charge des douleurs chroniques.

Dans cette perspective, les projets médicaux pour les années à venir portent sur :

- Le développement de la neurostimulation médullaire
- Le remplissage voire la pose de pompes intra-thécales pour les douleurs cancéreuses rebelles
- La pose de cathéter périmerveux pour les douleurs réfractaires localisées en lien avec le SSR et l'HAD
- La mise en place de traitement de la douleur par radiofréquence
- Le fait de conforter l'offre en ambulatoire de traitement de la douleur avec les applications de patchs de capsaïcine, les injections de toxine botulique, les perfusions de Kétamine et de Xylocaïne mais aussi la prise en charge pluridisciplinaire des patients complexes

### 2. Positionnement territorial

La structure du centre hospitalier de Montauban est la seule structure labélisée du département. Elle a développé un partenariat avec l'IUC-T concernant les pompes intrathécales pour les patients du territoire (remplissage).

Par ailleurs, les équipes de l'unité travaillent en partenariat avec l'ensemble des équipes douleurs de la région à travers une réunion trimestrielle de télémédecine permettant les échanges et l'adressage éventuel de patient.

## EN SYNTHÈSE

*La consultation douleur est la seule structure mixte adulte-enfant dans le Sud-ouest exception faite des CHU de Bordeaux et de Toulouse.*

*Une activité tant en consultations qu'en hospitalisation de jour en constante progression (+33% entre 2022 et 2023).*

*Un partenariat structuré avec l'IUC-T pour le remplissage des pompes intrathécale.*

# Le Pôle Bloc-Ambulatoire-Anesthésie-Chirurgie et Consultations (BAACC)

## La prise en charge des pathologies digestives

### I. Présentation de la filière : contexte et offre actuelle

#### 1. Etat des lieux de la filière

##### a) *Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources*

Actuellement, des équipes de gastroentérologues sont présentes dans deux cliniques du département de Tarn et Garonne, ainsi que dans deux établissements du GHT. Les ressources médicales de cette spécialité ne sont pas favorables pour l'avenir sur le territoire.

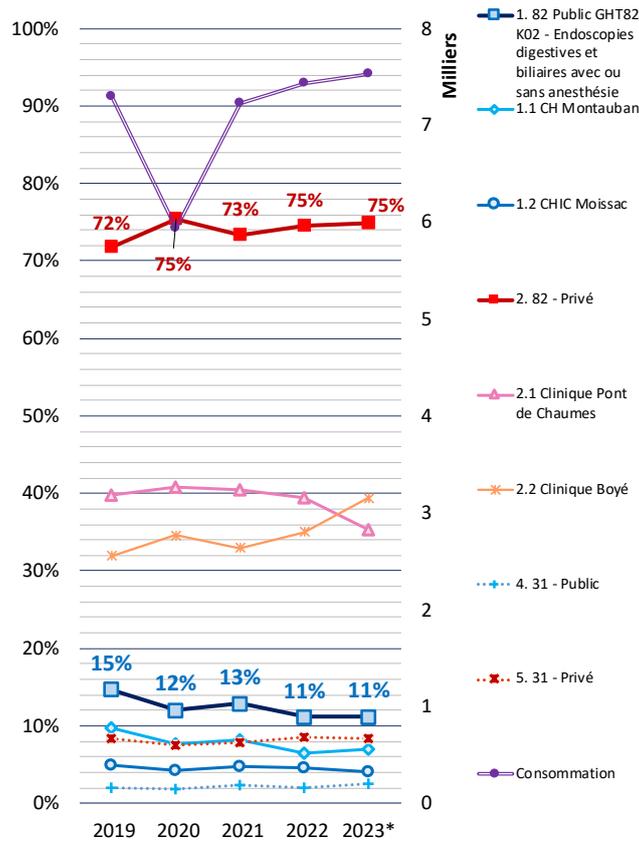
##### b) *Chiffres d'activité, patients*

En Tarn-et-Garonne, la consommation en K02 - Endoscopies digestives a rapidement repris après la pandémie contrairement à d'autres prises en charge et d'autres départements pour la même prise en charge, départements comparable en taille de territoire.

La situation locale reste donc relativement plus attractive malgré une situation de concurrence privée la plus forte d'Occitanie pour un groupement public en dehors des 3 métropoles universitaires.

##### c) *Part de marché ; analyse des fuites*

Le groupe K02 -Endoscopies digestives et biliaires avec ou sans anesthésie se caractérise par 86% d'autarcie départementale répartie en 75% privée et 11% publique pour le GHT82 (7% CH de Montauban et 4% Centre Hospitalier Intercommunal de Castelsarrasin Moissac).



## 2. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Projet	Etat d'avancement
Mettre en place une consultation avancée de gastroentérologie à la MSP de Valence d'Agen	Mise en place effective, le mardi
Développer l'endoscopie digestive sur le CHIC Castelsarrasin Moissac	Mise en place effective avec un praticien hospitalier de Montauban qui réalise 20% de son activité sur le CHIC de Moissac.

## 3. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Equipe de chirurgiens digestifs</li> <li>– Equipe d'oncologues</li> <li>– Accès au bloc opératoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Fort déficit en ressources médicales (HGE)</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Amélioration des parts de marché</li> <li>– Service de <b>médecine</b> polyvalente à orientation gastro-entérologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– La <b>démographie</b> médicale de la spécialité</li> <li>– Le <b>nombre</b> d'internes en formation</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Orientations retenues – axes de développement

L'amélioration du positionnement des établissements du GHT, en passant par le renforcement de l'offre publique du territoire, constitue un enjeu principal pour le GHT dans la prise en charge des pathologies digestives. Les objectifs retenus dans le cadre du projet médical de territoire sont en ce sens.

#### a) *Objectif 1 : améliorer les parts de recrutement du GHT et poursuivre les consultations avancées*

Les parts de marché en chirurgie digestive sont de 25% en 2022 pour le centre hospitalier de Montauban tandis que la clinique du Pont de Chaume est à 32% sur la même période.

En endoscopie digestives, les parts de marché du centre hospitalier de Montauban sont 7%, tandis qu'elles sont de 75% à la clinique du Pont de Chaume et à la Clinique Boyé.

Les endoscopies digestives sont « la porte d'entrée » pour l'activité de cancérologie et sont donc en enjeu important pour les établissements du GHT. Au regard des taux de fuites, il est possible de développer l'activité d'endoscopie interventionnelle et en écho endoscopie.

Le taux de recrutement dépend de la capacité du centre hospitalier à proposer des actes et des soins dans des délais réduits, sur l'ensemble du territoire, et donc de faire face à ses difficultés de recrutement.

#### b) *Objectif 2 : faire face aux difficultés de recrutement*

Tandis que la densité moyenne France entière est de 4.2 médecins pour 100 000 habitants, le département de Tarn et Garonne ne bénéficie que de 3.1 médecins pour 100 000 habitants en 2023 (source : atlas démographique 2023 du CNOM).

Le département n'est pas donc pas dans une situation favorable car l'agglomération Toulousaine bénéficie d'une forte attractivité dans le secteur libéral et la pyramide des âges n'est pas favorable au territoire.

Toutefois, avec une équipe de chirurgiens digestifs composé à ce jour de 4 praticiens, mais également d'une équipe d'oncologue complète et dynamique, le centre hospitalier de Montauban ambitionne de restaurer cette activité au sein de l'établissement et ce d'autant plus que le secteur libéral du territoire est également confronté à des praticiens en seconde partie de carrière.

En effet, l'équipe médicale de gastro entérologue est insuffisante au centre hospitalier de Montauban depuis mi 2022, et dans le GHT (un praticien hospitalier à temps partiel pour les deux établissements du GHT).

Jusqu'à la mise en œuvre de la Loi RIST l'établissement était en mesure de recruter des praticiens remplaçants afin d'assurer tant l'activité de consultations que l'activité d'endoscopie. La concurrence

du secteur libéral n'a pas permis au centre hospitalier de Montauban et au CHIC de Moissac de maintenir ces praticiens sur la base des plafonds de rémunération prévu par la réglementation.

Afin de relancer la dynamique, le centre hospitalier souhaite recruter au moins un praticien à temps plein afin de restaurer ses coopérations avec le CHU de Toulouse et pouvoir, à nouveau, former et encadrer des internes, mais également bénéficier de postes d'assistant à temps partagé.

Pour se faire, il est envisagé de revoir l'organisation des soins dans cette spécialité et d'ouvrir des lits de médecine polyvalente à orientation hépato – gastro – entérologie. L'équipe médicale serait alors composée à la fois de médecins généralistes et de gastro entérologues. Les gastro entérologues seraient en mesure de consacrer la majorité de leur activité sur de la consultation et de l'endoscopie digestive.

L'effectif cible de d'hépatogastroentérologues est de 3 ou 4 praticiens, avec 2 médecins généralistes.

Dans un souci de bonne gestion des équipes médicales, mais également pour faire face à la fragilité de la démographie médicale, les établissements du GHT entendent poursuivre le maintien d'une équipe médicale commune.

### ***c) Objectif 3 : la gestion de la permanence des soins***

Les hépatogastroentérologues sont peu nombreux et depuis juin 2022, la permanence des soins est assurée uniquement par les praticiens de la clinique du Pont de Chaume. Cette permanence des soins était préalablement partagée entre le centre hospitalier et la clinique.

Toutefois, la gestion de la permanence des soins est problématique sur le département et entraîne des tensions et des difficultés pour la régulation (centre 15) et les urgences du centre hospitalier. Dans un contexte où la démographie médicale n'est pas favorable au territoire et où plusieurs structures disposent de praticiens de la spécialité il serait nécessaire que la pénibilité soit partagée entre les différents praticiens des établissements. L'absence de participation à la permanence des soins est un facteur d'attractivité qui n'est pas partagé.

Au regard des difficultés rencontrées par les urgences, un travail doit être mené pour la protocolisation des adressages des patients entre les établissements pendant les horaires de la permanence des soins. Il est également nécessaire de travailler sur un protocole de ré-adressage des patients au centre hospitalier après un geste fait à la clinique du Pont de Chaume. Ces protocoles doivent être partagés entre les équipes médicales et les urgentistes.

## **2. Positionnement territorial**

Afin de faire face aux difficultés de recrutement, les établissements du GHT s'inscrivent dans la volonté de poursuivre les coopérations avec le CHU de Toulouse dès que le CH de Montauban sera en mesure de remplir les conditions pour l'accueil des internes et des assistants à temps partagé. Par ailleurs, disposer d'un praticien à temps plein permettra d'envisager le recrutement d'un praticien lauréat des EVC, condition réglementaire intangible pour un bon encadrement du praticien.

Enfin, les établissements du GHT souhaitent poursuivre la réalisation de consultations avancées publiques sur le territoire en maintenant la consultation à Valence d'Agen. En fonction des besoins sur le territoire et des recrutements médicaux, d'autres consultations avancées pourront être envisagées sur le département.

## EN SYNTHÈSE

*Les établissements du GHT sont en déficit de ressources médicales en HGE depuis mi-2022.  
Les parts de marché du secteur privé du territoire sont très importantes (75%).*

*Le CH de Montauban souhaite ouvrir une unité de médecine polyvalente à orientation gastro – entérologie pour favoriser le recrutement de praticiens dans cette spécialité.  
L'appui du CHU de Toulouse est fortement espéré pour soutenir l'offre publique.*

*L'absence d'une PDES partagée sur l'ensemble des établissements du territoire impacte l'attractivité des établissements porteurs de cette contrainte.*

## Les prises en charge chirurgicales : la chirurgie digestive et la chirurgie orthopédique

### I. Présentation de la filière chirurgicale : contexte et offre actuelle

#### 1. Etat des lieux de la filière

##### a) *Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources*

Au niveau départemental l'offre de chirurgie repose sur 3 cliniques et 2 établissements publics. Le département de Tarn et Garonne témoigne donc d'un maillage territorial en mesure de proposer une offre de soins de proximité pour sa population.

Au niveau départemental, on note une légère surconsommation en chirurgie, alors même que les capacités départementales en Chirurgie sont un peu inférieures à la moyenne nationale.

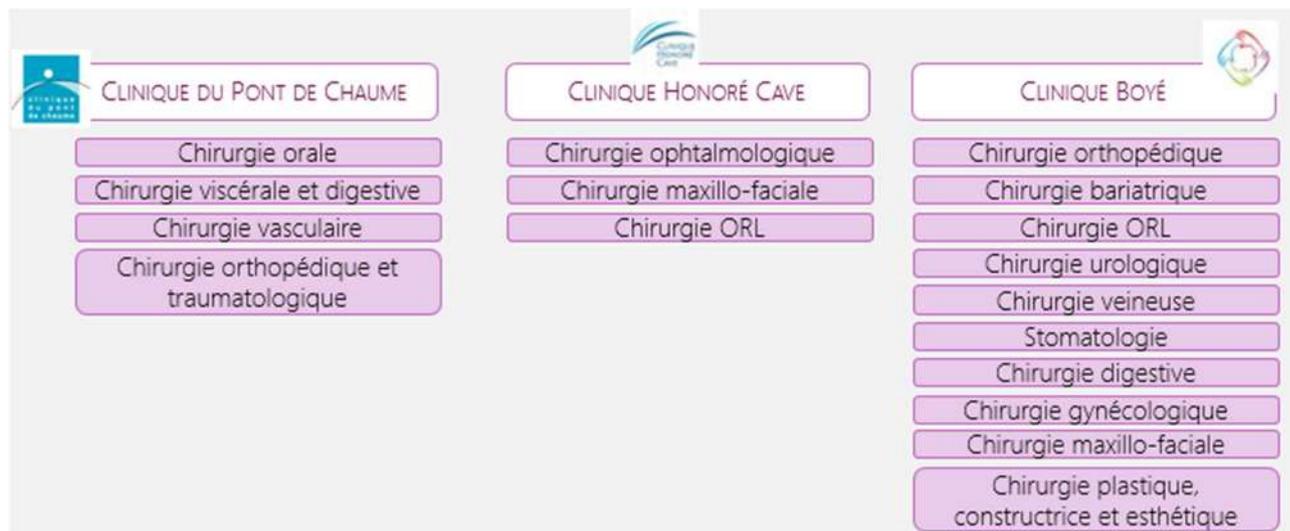
La chirurgie est particulièrement prise en charge par le privé sur le département.

En 2021, le CH de Montauban se trouvait en 3<sup>ème</sup> position en termes de parts de marché (12%) derrière la Clinique Honoré Cave (20%) et la Clinique du Pont de Chaume (23%).

Toutefois, cela est à mettre en corrélation avec les spécialités développées par chaque opérateurs public et privé. Une segmentation forte existe avec des collaborations possibles entre public et privé du fait de complémentarités comme en témoignent certaines pratiques :

- entre le Centre hospitalier et la Clinique Cave (recours à de l'hospitalisation le week-end en cas de besoin, réflexion sur des parcours de patients pris en charge pour de la cancérologie en ORL).
- entre le Centre hospitalier et les cliniques du Pont de Chaumes et la Clinique Boyé avec des praticiens urologues du privé qui assurent des vacations de consultations, d'avis spécialisés et de participation à des interventions en gynécologie ponctuellement.

## L'offre de chirurgie sur le département de Tarn et Garonne



Le Centre hospitalier assure la permanence des soins territoriale en chirurgie traumatologique et digestive. Le volume des urgences n'est pas neutre et vient impacter directement les programmes opératoires et le capacitaire nécessaire en hospitalisation conventionnelle. Cette activité non réglée peut également avoir une incidence sur l'activité programmée.

Le dimensionnement des équipes chirurgicales doit prendre en compte la participation à la permanence des soins car la pénibilité des astreintes vient peser sur l'attractivité des équipes.

Libellé	Nb RUM					Nb Séjours					Nb Séj. avec provenance du service des urgences					% en provenance des urgences				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
CHIR DIG ET URO	1 309	853	1 006	1 066	1 029	1 278	837	992	1 047	1 011	728	460	539	566	574	57%	55%	54%	54%	57%
CHIR ORTHO	1 375	1 384	1 181	1 294	1 342	1 357	1 361	1 164	1 286	1 328	701	710	617	711	687	52%	52%	53%	55%	52%
CHIR AMBUT	2 936	1 835	2 431	2 387	2 348	2 936	1 835	2 431	2 387	2 348	19	25	25	25	17	1%	1%	1%	1%	1%
	5620	4 072	4 618	4 747	4 719	5 390	3 821	4 362	4492	4418	1 422	1 151	1 137	1242	1225					

### **b) Activités, patients, part de marché ; analyse des fuites**

En **chirurgie orthopédique**, le centre hospitalier de Montauban se trouve en 1<sup>ère</sup> position sur la répartition des parts de marché. Ce positionnement s'explique, malgré la forte concurrence du secteur privé, par une équipe médicale stable et historiquement reconnue. L'ambition est de conserver une équipe équilibrée entre a minima deux chirurgiens du membre supérieur et deux chirurgiens du membre inférieur.

Toutefois, l'équipe chirurgicale d'orthopédie n'est pas en nombre suffisant pour structurer une équipe territoriale à l'échelle du GHT, c'est-à-dire une équipe qui serait en mesure d'assurer une présence quotidienne sur le CHIC de Moissac afin de construire une relation structurée et coordonnée avec les praticiens libéraux du territoire. L'absence longue d'un chirurgien sur le CHIC de Moissac a permis à deux praticiens du CH de Montauban d'assurer une présence un jour par semaine pour chacun des opérateurs et ce jusqu'au mois de novembre 2023, date à laquelle le CHIC de Moissac a recruté deux praticiens.

A ce jour, au regard des spécialités des deux praticiens recrutés au CHIC de Moissac, seul un praticien du CH de Montauban poursuit une activité réglée sur le CHIC de Moissac.

Chirurgie orthopédie	Nombre de séjours		Parts de marché	
	2021	2022	2021	2022
CH MONTAUBAN	1368	1483	27%	29%
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	1146	1096	22%	21%
CHIC CASTELSARRASIN-MOISSAC	549	314	11%	6%
CLINIQUE CROIX SAINT MICHEL	400	371	8%	7%
CLINIQUE MEDIPOLE GARONNE	393	453	8%	9%
CHR TOULOUSE	289	305	6%	6%
NOUVELLE CLINIQUE DE L'UNION	418	477	8%	9%
CLINIQUE DES CEDRES	161	203	3%	4%
CH AGEN-NERAC	29	59	1%	1%
CLINIQUE ESQUIROL - SAINT-HILAIRE	66	75	1%	1%
Autres établissements hors 82	286	308	6%	6%
<b>Total des séjours</b>	<b>5105</b>	<b>5144</b>		

Les parts de recrutement des orthopédistes sont avérées dans les différentes chirurgies de la spécialité, et ne cessent de progresser, ce qui a une incidence sur l'activité du SMR locomoteur.

Groupes Planification (GP) - C09 - Chir. majeure de l'app. Locomoteur: hanche, fémur, genou, épaule				
	Nombre de séjours		Parts de marché	
	2021	2022	2021	2022
CH MONTAUBAN	555	572	43%	45%
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	245	256	19%	20%
CHIC CASTELSARRASIN-MOISSAC	157	82	12%	6%
CLINIQUE CROIX SAINT MICHEL	22	18	2%	1%
CLINIQUE MEDIPOLE GARONNE	84	111	7%	9%
CHR TOULOUSE	54	66	4%	5%
NOUVELLE CLINIQUE DE L'UNION	73	62	6%	5%
CLINIQUE DES CEDRES	39	39	3%	3%
CH AGEN-NERAC		23		2%
CLINIQUE ESQUIROL - SAINT-HILAIRE	17	18	1%	1%
Autres établissements hors 82	41	38	3%	3%
<b>Total des séjours</b>	<b>1287</b>	<b>1285</b>		

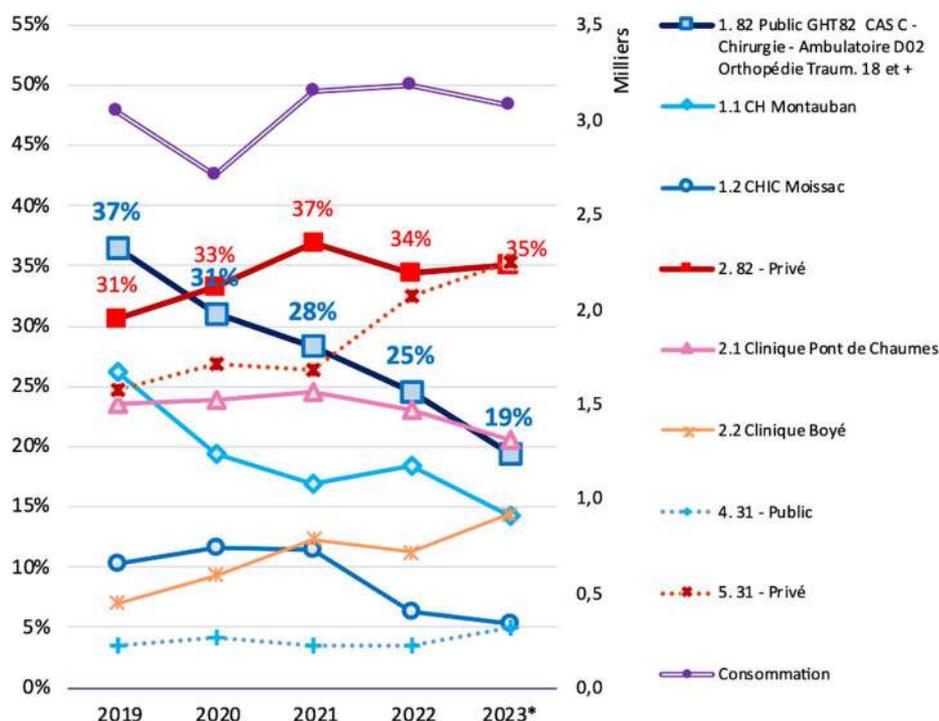
Groupes Planification (GP) - C10 - Arthroscopies, Biopsies ostéo-articulaires				
	Nombre de séjours		Parts de marché	
	2021	2022	2021	2022
CH MONTAUBAN	180	232	22%	24%
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	170	171	20%	18%
CHIC CASTELSARRASIN-MOISSAC	29	23	3%	2%
CLINIQUE CROIX SAINT MICHEL	33	32	4%	3%
CLINIQUE MEDIPOLE GARONNE	143	162	17%	17%
CHR TOULOUSE	37	60	4%	6%
NOUVELLE CLINIQUE DE L'UNION	128	133	15%	14%
CLINIQUE DES CEDRES	44	71	5%	7%
CH AGEN-NERAC			0%	0%
CLINIQUE ESQUIROL - SAINT-HILAIRE	17	20	2%	2%
Autres établissements hors 82	51	61	6%	6%
<b>Total des séjours</b>	<b>832</b>	<b>965</b>		

	Nombre de séjours		Parts de marché	
	2021	2022	2021	2022
	CH MONTAUBAN	633	679	21%
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	731	669	24%	23%
CHIC CASTELSARRASIN-MOISSAC	363	209	12%	7%
CLINIQUE CROIX SAINT MICHEL	345	321	12%	11%
CLINIQUE MEDIPOLE GARONNE	166	180	6%	6%
CHR TOULOUSE	198	179	7%	6%
NOUVELLE CLINIQUE DE L'UNION	217	282	7%	10%
CLINIQUE DES CEDRES	78	93	3%	3%
CH AGEN-NERAC	29	36	1%	1%
CLINIQUE ESQUIROL - SAINT-HILAIRE	32	37	1%	1%
Autres établissements hors 82	194	209	6%	7%
<b>Total des séjours</b>	<b>2986</b>	<b>2894</b>		

On constate une reprise de la consommation en D02 Orthopédie Traumatologie sur les références nationale et régionale mais reste plus basse sur la zone d'attractivité du GHT82 notamment en K et en chirurgie ambulatoire qui augmente au niveau national contrairement à l'hospitalisation complète dont la consommation diminue y compris en 2023.

Le territoire devrait plus consommer en ambulatoire et ne pas diminuer autant en hospitalisation complète.

L'offre publique est compétitive en motifs médicaux et Hospitalisation complète (X et C) moins en chirurgie ambulatoire C (privé 31) et actes peu invasif K mais qui progresse.



**En chirurgie digestive**, si deux opérateurs privés réalisent quasiment la moitié des séjours, le centre hospitalier de Montauban arrive en 2<sup>ème</sup> position au regard du volume d'activité réalisé sur les années 2021 et 2022 avec 25% des parts de marché.

L'équipe est composée de quatre jeunes praticiennes en chirurgie digestive elle est régulièrement à trois en raison d'absentéisme maternité.

L'ambition première reste le renforcement de la filière de cancérologie digestive avec un partenariat fort avec les gastro-entérologues. La présence de vacataires assurant une activité dédiée sur la consultation et l'endoscopie avait permis au début de l'année 2023 de commencer à relancer cette filière. Mais la mise en œuvre de la Loi RIST a mis fin à cette relance compte tenu de l'attractivité de cette spécialité dans le secteur libéral par rapport aux montants de rémunération des médecins remplaçants en établissements publics de santé.

L'activité non programmée occupe une part importante de l'activité de chirurgie digestive ainsi que le développement de l'ambulatoire (troubles de la statique).

Enfin, la mise en place du projet de chirurgie bariatrique a polarisé les efforts afin de structurer une véritable filière de prise en charge s'appuyant sur une équipe médicale et paramédicale pluridisciplinaire.

Global Chirurgie Digestive	Nombre de séjours		Parts de marché	
	2021	2022	2021	2022
CH MONTAUBAN	563	592	24%	25%
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	773	753	34%	32%
CHIC CASTELSARRASIN-MOISSAC	44	41	2%	2%
CLINIQUE CROIX SAINT MICHEL	339	313	15%	13%
CHR TOULOUSE	213	210	9%	9%
NOUVELLE CLINIQUE DE L'UNION	38	26	2%	1%
CLINIQUE DES CEDRES	0	20	0%	1%
CH AGEN-NERAC	20	17	1%	1%
CLINIQUE ESQUIROL - SAINT-HILAIR	39	69	2%	3%
Autres établissements hors 82	276	295	12%	13%
<b>Total des séjours</b>	<b>2305</b>	<b>2336</b>		

Groupes Planification (GP) - C06 - Chir. Digestive majeure : oesophage, estomac, grêle, côlon, rectum				
	Nombre de séjours		Parts de marché	
	2021	2022	2021	2022
CH MONTAUBAN	67	74	21%	22%
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	121	130	37%	39%
CHIC CASTELSARRASIN-MOISSAC			0%	0%
CLINIQUE CROIX SAINT MICHEL	36	32	11%	10%
CHR TOULOUSE	61	41	19%	12%
CLINIQUE DES CEDRES		20	0%	6%
CH AGEN-NERAC				0%
CLINIQUE ESQUIROL - SAINT-HILAIRE		11	0%	3%
Autres établissements hors 82	41	23	13%	7%
<b>Total des séjours</b>	<b>326</b>	<b>331</b>		



Centre Hospitalier  
de Montauban



CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL  
CASTELSARRASIN MOISSAC



HOPITAL  
TURENNE



Groupes Planification (GP) - C07 - Chir. Viscérale autre : rate, grêle, colon, proctologie, hernies				
	Nombre de séjours		Parts de marché	
	2021	2022	2021	2022
CH MONTAUBAN	375	424	24%	26%
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	469	447	31%	28%
CHIC CASTELSARRASIN-MOISSAC	44	41	3%	3%
CLINIQUE CROIX SAINT MICHEL	259	243	17%	15%
CHR TOULOUSE	114	140	7%	9%
NOUVELLE CLINIQUE DE L'UNION	26	26	2%	2%
CH AGEN-NERAC	20	17	1%	1%
CLINIQUE ESQUIROL - SAINT-HILAIR	39	43	3%	3%
Autres établissements hors 82	190	221	12%	14%
<b>Total des séjours</b>	<b>1536</b>	<b>1602</b>		

Groupes Planification (GP) - C08 - Chir. hépato-biliaire et pancréatique				
	Nombre de séjours		Parts de marché	
	2021	2022	2021	2022
CH MONTAUBAN	121	94	27%	23%
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	183	176	12%	44%
CHIC CASTELSARRASIN-MOISSAC			0%	0%
CLINIQUE CROIX SAINT MICHEL	44	38	3%	9%
CHR TOULOUSE	38	29	2%	7%
NOUVELLE CLINIQUE DE L'UNION	12		1%	0%
CH AGEN-NERAC			0%	0%
CLINIQUE ESQUIROL - SAINT-HILAIRE		15	0%	4%
Autres établissements hors 82	45	51	3%	13%
<b>Total des séjours</b>	<b>443</b>	<b>403</b>		

La consommation totale sur l'activité digestive D01 est revenue au niveau précovid et stable sur le territoire comme les références régionale et nationale.

L'évolution ambulatoire la hausse (C-Chirurgie K-Peu invasif et X-Médecine) contraste avec la consommation complète des tarn-et-garonnais à la baisse (C-Chirurgie et notamment X-Médecine).

L'offre privée couvre la majorité des besoins de soin sur l'endoscopie 75% vs 11% GHT82 et la chirurgie complète 48% vs 23%, tandis que la concurrence est plus équilibrée sur la chirurgie ambulatoire 39% vs 35% et la médecine ambulatoire avec reprise par le public en 2023 : 28% vs 9% (28% privé en 2020).

La médecine complète classiquement couverte par le public est compensée en 2023 par le privé 40% vs 33%



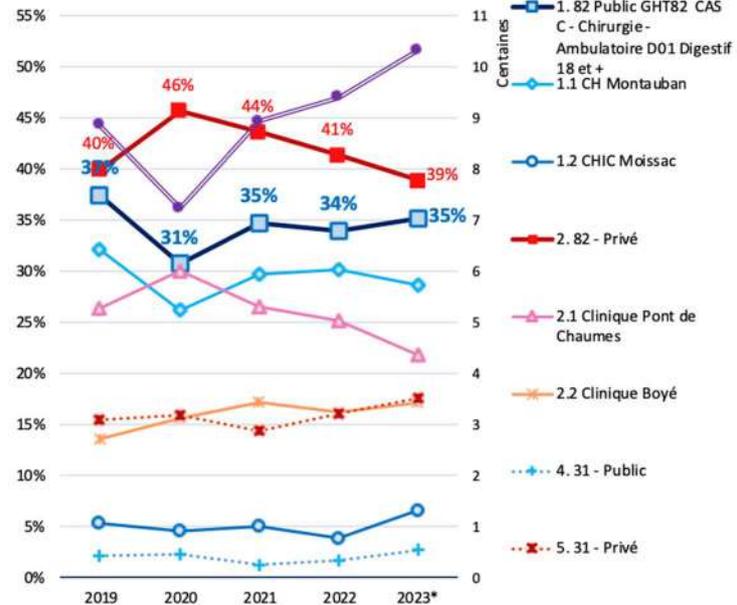
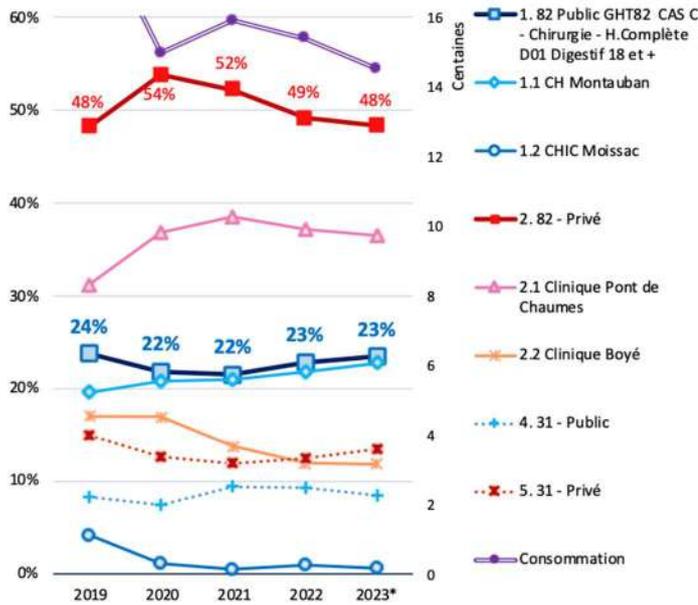
CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL  
CASTELSARRASIN MOISSAC



HOPITAL  
TURENNE



Centre Hospitalier  
de Montauban



Par Groupe de Planification les équilibres sont globalement les mêmes en tendance.

A noter la réponse plus importante du privé de Haute-Garonne sur le groupe X02 – Hépatogastro-entérologie. Une baisse de consommation sur la C08 Chir. hépato-biliaire et pancréatique (GHT82 à 29% de part de marché) qui contraste avec une hausse de consommation sur la C06 Chir. Digestive majeure : œsophage, estomac, grêle, côlon, rectum (23% GHT82).

## 2. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Projet	Etat d'avancement
Mise en place d'une équipe départementale de chirurgie orthopédique et traumatologique	Celle-ci a été amorcée au cours de l'année 2023 suite à l'absence prolongée du PH titulaire du CHIC de Moissac. Depuis novembre 2022, cette coopération a été partiellement arrêtée en raison du recrutement direct par le CHICM de deux opérateurs. Seul un orthopédiste spécialiste du membre supérieur poursuit une activité sur le CHICM.
Mettre en place des consultations avancées sur Moissac en orthopédie	Au regard de l'item précédent, une consultation demeure.
Développer une filière de géronto-traumatologie	Ce projet reste essentiel notamment pour éviter des déprogrammations de chirurgies réglées et maintenir ainsi les parts de marché du centre hospitalier de Montauban. A ce jour, un poste de médecin généraliste ou à orientation gériatrique existe au sein du service mais le remplacement du dernier praticien parti en 2022 est très compliqué, ce qui peut impacter les DMS des patients admis par les urgences.
Montauban : Restructuration organisationnelle du bloc opératoire	Le conseil de bloc est une instance qui fonctionne bien au sein de l'établissement et qui vise à améliorer l'organisation et l'efficacité des temps opératoires. L'absence d'un logiciel métier a constitué jusque-là une limite pour objectiver de manière réactive certaines organisations et pratiques. L'acquisition d'un logiciel métier, courant 2024, pour le bloc opératoire permettra de s'inscrire dans une trajectoire continue d'optimisation des organisations.
Mettre en place une équipe de chirurgie digestive et viscérale de territoire	Mise en place effective
Développer les consultations avancées de chirurgie digestive sur le CHIC de Castelsarrasin Moissac	Mise en place effective avec une présence régulière des praticiens de Montauban sur Moissac. Mais l'activité sur le CHIC de Moissac ne progresse pas suffisamment
Mettre en place un parcours de soins de l'obésité allant jusqu'à la chirurgie bariatrique sur le CH de Montauban	Le projet a été travaillé sur deux ans pour permettre l'identification et la formation des différents intervenants participants à cette prise en charge. Le lancement est effectif depuis l'automne 2023.
Poursuivre le développement de la chirurgie ambulatoire territoriale	L'activité d'ambulatoire doit pouvoir progresser en pratique et en volume sur le territoire.
Mettre en place une consultation avancée de gastroentérologie à la MSP de Valence d'Agen	Mise en place effective, le mardi
Développer l'endoscopie digestive sur le CHIC Castelsarrasin Moissac	Un praticien hospitalier de Montauban qui réalise 20% de son activité sur le CHIC de Moissac.

### 3. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipe de chirurgiens (4 orthopédistes et 4 digestif)</li> <li>• Equipe d'oncologues</li> <li>• Accès au bloc opératoire</li> <li>• Coopération entre les équipes médicales de chirurgie digestive et de chirurgie gynécologique (cancérologie).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fort déficit en ressources médicales de gastro entérologues</li> <li>• Capacitaire d'orthopédie insuffisant</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amélioration des parts de marché en chirurgie digestive</li> <li>• Service de médecine polyvalente à orientation gastro-entérologie</li> <li>• Renforcement de l'équipe de chirurgie orthopédique et constitution d'une équipe de territoire</li> <li>• Développement de la chirurgie bariatrique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Renforcement des cliniques (recrutements)</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

L'activité régionale de chirurgie est réalisée par des ressources humaines fragiles et inégalement réparties.

Selon le Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), la densité régionale en chirurgiens est conforme à la moyenne nationale en 2021 (18,2 pour 100 000 habitants). Pour autant, leur pyramide des âges est moins favorable, tant pour les moins de 40 ans (25% vs. 29% en France) que pour les plus de 60 ans dans plusieurs départements (plus de 30% en Ariège, Aveyron, Lozère et Tarn-et-Garonne). Lozère et Ariège sont concernés aux deux titres, tandis qu'un quart des chirurgiens d'Aveyron a plus de 65 ans en 2021.

## 2. Orientations retenues – axes de développement

### **a) Objectif 1 : Renforcer le maillage territorial du GHT en chirurgie digestive et en chirurgie orthopédique**

Le renforcement du maillage territorial notamment par le biais de consultations spécialisées favorise le recrutement des patients et permet de conforter les établissements du GHT ; c'est donc un axe fort du projet médical partagé sur la chirurgie.

Des consultations avancées ont été mises en place au CHIC de Moissac en chirurgie digestive et une équipe territoriale est effective dans cette spécialité depuis 2019. Toutefois, l'activité réalisée sur le CHIC de Moissac pourrait être plus conséquente.

Afin d'améliorer les coopérations existantes, un comité de suivi des coopérations avec le CHIC de Moissac va être mis en place au cours de l'année 2024, avec la participation active du DIM du territoire afin d'analyser l'activité, les parts de marchés mais également les fuites. Sur la base de ces analyses, en concertation avec le CHIC de Moissac un plan d'actions sera formalisé pour développer l'offre et améliorer l'attractivité des établissements publics de Tarn et Garonne. Le plan d'actions comportera nécessairement un volet relatif aux relations avec les praticiens libéraux du bassin de population.

Le cas échéant, il pourra être envisagé le recrutement d'un praticien supplémentaire dans cette filière pour contribuer à l'amélioration de la réponse territoriale. Le maillage avec les praticiens libéraux et la relation de confiance entre les praticiens s'installe avec la mise en place d'échanges réguliers. Ainsi, dans son projet d'établissement, le CHIC de Moissac souhaite que la réflexion soit menée sur un poste médical plus particulièrement dédié à Moissac tout en étant intégré à l'équipe territoriale de chirurgie digestive.

De la même manière, l'équipe de chirurgie orthopédique territoriale doit pouvoir trouver de meilleurs équilibres en lien avec la volonté du CHIC de préserver des praticiens stables.

### **b) Objectif 2 : développer l'offre en chirurgie ambulatoire afin de conforter le maillage territorial**

Cet objectif concerne tant la chirurgie digestive que la chirurgie orthopédique, ainsi que l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales inscrivant des parcours en UCA (Unité de Chirurgie Ambulatoire).

Au regard de l'année 2019, l'UCA a accusé une baisse importante en raisons principalement de :

- la disparition de l'ophtalmologie son versant chirurgical.
- Des départs sur l'ensemble des spécialités médicales et chirurgicales.

Ainsi, sur la chirurgie orthopédique, le départ en 2020 d'une praticienne spécialiste et reconnue du membre supérieur a impacté l'activité et il y a eu ensuite plusieurs mouvements au sein de l'équipe d'orthopédistes.

Cette situation devrait se régulariser sur 2024 avec l'arrivée à l'automne 2023 d'un quatrième chirurgien orthopédiste.

La gastro entérologie reste fragilisée comme vu précédemment au regard des effectifs médicaux. Des recrutements sur des vacances plus pérennes devraient se concrétiser sur 2024.

L'équipe de chirurgie digestive revient progressivement à son niveau d'activité 2019 en lien avec la complétude de l'équipe.

	Nb Séjours				
	2019	2020	2021	2022	2023
Equipe de chirurgiens orthopediques	1 105	904	991	1 027	818
Equipe de gastroenterologues	724	466	619	477	544
Equipe de chirurgiens viscerales	479	224	386	394	443
Equipe de gyneco-obstetriciens	371	234	408	453	432
Equipe des anesthesistes	0	3	20	25	42
Equipe de pneumologues	2	3	6	11	41
Equipe de chirurgien dentiste	23	0	0	0	20
Equipe d'oncologues-hematologue	0	1	1	0	0
Equipe d'ophtalmologistes	210	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>2 914</b>	<b>1 835</b>	<b>2 431</b>	<b>2 387</b>	<b>2 340</b>

Il demeure qu'au regard du profil des activités présentes depuis 2022, les parcours de soins ne permettent pas un taux de rotation de 1,6 mais se situent légèrement en-deçà.

Considérant des renforcements attendus sur les équipes de gynécologie et de gastro entérologie, les évolutions de pratiques chirurgicales, l'équilibre retrouvé entre chirurgien du membre inférieur et chirurgien du membre supérieur en orthopédie, et dès lors le repositionnement sur des segments d'activité où l'établissement peut espérer retrouver des parts de marché, l'objectif est de monter encore en charge sur la prise en charge ambulatoire.

**c) Objectif 3 : renforcer l'activité chirurgicale publique avec un positionnement plus affirmé sur les parts de marché du territoire**

A ce jour, la chirurgie dispose de 40 lits d'hospitalisation conventionnelle :

- 21 lits de chirurgie d'orthopédie et de traumatologie
- 19 lits de chirurgie digestive et gynécologique.

De la souplesse existe dans le mode de fonctionnement, avec les règles d'hygiène adéquates, de manière à assurer de la fluidité et à optimiser la prise en charge des patients programmés et non programmés.

Il demeure que d'importantes tensions en lits depuis 2020 avec un capacitaire qui a pu être diminué au regard de manque de personnel soignant et qui a pu entraîner des déprogrammations de patients en raison de flux importants et ponctuels de patients non programmés.

L'objectif est de maintenir une bonne collaboration entre les services de chirurgie et l'optimisation des flux de patients, sachant que les DMS ont toujours été un indicateur suivi de près.

Libellé	Nb Séjours					% en provenance des urgences					durée moyenne du RUM				
	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023	2019	2020	2021	2022	2023
CHIR DIG ET URO	1 278	837	992	1 047	1 011	57%	55%	54%	54%	57%	3,49	3,61	3,55	3,52	4,11
CHIR ORTHO	1 357	1 361	1 164	1 286	1 328	52%	52%	53%	55%	52%	4,43	4,53	4,7	5,24	5,2
CHIR AMBUT	2 936	1 835	2 431	2 387	2 348	1%	1%	1%	1%	1%	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	5 390	3 821	4 362	4492	4418						3,23	3,51	3,21	3,49	3,53

Compte tenu du positionnement sur des segments d'activité où le CH est déjà premier en part de marché, de la prise en compte de l'évolution démographique, de la conversion encore possible sur de l'ambulatoire, il demeure que le Centre hospitalier peut encore espérer développer son activité en chirurgie orthopédique et digestive.

Cela est également très vrai sur la gynécologie considérant la volonté de renforcer l'équipe et de monter en charge sur des activités type pelvis, carcinologie mammaire et sur toutes les interventions réalisées en ambulatoire.

**d) Objectif 4 : Améliorer la prise en charge des patients gériatriques, en orthopédie (création d'une filière ortho – gériatrie)**

Ce projet concerne tant le CHIC de Moissac que le CH de Montauban, il a pour objectifs :

- D'améliorer la prise en charge des urgences traumatologiques gériatriques sur le territoire.
- D'améliorer la coordination médico – chirurgicale des parcours hospitaliers des personnes âgées, avec le recours au plateau technique.
- D'organiser la filière territoriale de SMR.
- De développer l'hospitalisation à domicile.
- D'améliorer la préparation à la sortie d'hospitalisation.
- De développer la télémédecine.

Ce projet sera mené avec les urgentistes, les gériatres et l'équipe mobile de gériatrie, mais également les rééducateurs et l'équipe de l'HAD.

La structuration de cette filière permettra d'améliorer la qualité de la prise en charge médicale des patients gériatriques en chirurgie orthopédique et traumatologique. Cela impactera également une meilleure fluidité dans l'optimisation du capacitaire, sachant que ce dernier a vocation à augmenter sur cette chirurgie de manière globale au regard de la démographie et du positionnement actuel de la chirurgie orthopédique et traumatologique qui entend regagner des parts de marché. L'objectif est en effet d'assurer un meilleur équilibre entre l'activité programmée et l'activité non programmée.

### 3. Positionnement territorial

Le développement des échanges avec les médecins libéraux peut être un facteur d'amélioration des parts de marché du centre hospitalier, notamment en chirurgie digestive.

## EN SYNTHÈSE

*Le CH de Montauban est leader sur les parts de marché en chirurgie orthopédique.*

*Le recrutement d'un 4<sup>ème</sup> opérateur fin 2023 doit permettre de consolider cette position voir d'augmenter l'activité programmée.*

*Dans cette spécialité, les coopérations avec le CHIC de Moissac ne sont pas encore consolidées.*

*Concernant la chirurgie digestive, cette spécialité bénéficie de 4 opérateurs jeunes mais elle souffre de l'absence d'HGE.*

*La part de chirurgie ambulatoire peut encore être augmentée en chirurgie.*

*L'établissement soutient le projet de développement de la chirurgie bariatrique.*

## Focus sur la chirurgie bariatrique

L'activité de soins de chirurgie bariatrique consiste en la prise en charge chirurgicale des patients atteints d'obésité au moyen des interventions chirurgicales suivantes : pose changement et repositionnement d'anneau ajustable, court-circuit gastrique, gastrectomie longitudinale en manchon, gastroplastie verticale calibrée et court-circuit biliopancréatique ou intestinal.

La surcharge pondérale concerne 45 % des personnes en France dont 14 % souffrant d'obésité. Les prévalences d'obésité sont plus élevées dans la partie nord de la France où elles dépassent 20 % dans certains départements, ainsi que dans les DROM, sauf à La Réunion. La part de personnes obèses diminue lorsque le niveau de diplôme ou le niveau de vie augmente

La consommation nationale est stable à la baisse pour l'ensemble des séjours et la prise en charge complète. La consommation dans le périmètre du GHT82 est stable à la baisse avec un recul de la Clinique Boyé notamment sur les sleeves et une hausse de la prise en charge sur le CHU de Toulouse.

Chirurgie Obésité (GHM en 10C)	2019	2020	2021	2022	2023*	Reg 5a.
0.1 Consommation FRANCE hors étrangers	18 151	11 823	14 817	14 697	14 923	-2,0%
H. Complète	16 288	10 365	12 965	12 992	13 110	-2,3%
Sans nuitée - Directe (hors Urgences)	1 863	1 458	1 852	1 705	1 813	0,8%
<b>0. Consommation Totale ZIH GHT82 (ZAT AN)</b>	<b>86</b>	<b>50</b>	<b>65</b>	<b>65</b>	<b>60</b>	<b>-4,3%</b>
H. Complète	80	47	59	62	56	-4,1%
Sans nuitée - Directe (hors Urgences)	6	3	6	3	4	-6,7%
<b>10C10-Autres interventions pour obésité</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023*</b>	<b>Reg 5a.</b>
H. Complète						
0.1 Consommation FRANCE hors étrangers	15 659	10 004	12 542	12 672	12 789	-2,0%
<b>0. Consommation Totale ZIH GHT82 (ZAT AN)</b>	<b>79</b>	<b>45</b>	<b>59</b>	<b>61</b>	<b>55</b>	<b>-4,1%</b>
2.2 Cli. Boyé	31	17	25	11	17	-11,0%
3. 31 Public	13	10	10	23	15	13,1%
4. 31 Privé	32	18	21	25	22	-4,1%
5. 47 Public	0	0	1	1	0	
Sans nuitée - Directe (hors Urgences)						
0.1 Consommation FRANCE hors étrangers	1 311	1 029	1 220	1 226	1 345	2,0%
<b>0. Consommation Totale ZIH GHT82 (ZAT AN)</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>6</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>-10,0%</b>
2. 82 - Privé	2	0	4	2	1	0,0%
3. 31 Public	2	2	2	0	2	-10,0%
4. 31 Privé	2	1	0	1	0	-20,0%
<b>10C09-Gastroplasties pour obésité</b>	<b>2019</b>	<b>2020</b>	<b>2021</b>	<b>2022</b>	<b>2023*</b>	<b>Reg 5a.</b>
H. Complète						
0.1 Consommation FRANCE hors étrangers	629	361	423	320	321	-10,4%
<b>0. Consommation Totale ZIH GHT82 (ZAT AN)</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>-10,0%</b>
2. 82 - Privé	1	1	0	1	0	-20,0%
4. 31 Privé	0	1	0	0	0	
Sans nuitée - Directe (hors Urgences)						
0.1 Consommation FRANCE hors étrangers	552	429	632	479	468	-2,1%
<b>0. Consommation Totale ZIH GHT82 (ZAT AN)</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	
4. 31 Privé	0	0	0	0	1	

Ces données sont plutôt en faveur d'une offre publique notamment sur la qualité de la prise en charge globale en plus de notre capacité à mieux suivre les obèses défavorisés en lien avec l'éducation thérapeutique porté par le pôle Santé – Société.

## I. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

En 2021 cette activité est pratiquée dans 47 établissements de la région répartis dans tous les départements sauf l'Ariège : un total de 4 254 actes y est recensé, en contraction de 20% au regard de l'activité 2018, à nombre d'établissements identiques (un peu plus de 5 300 actes).

Cette activité est régie par les décrets 2022-1765 (conditions d'implantation) et 2022-1766 (conditions techniques de fonctionnement) du 29 décembre 2022 ainsi que par l'arrêté du 29 décembre 2022 fixant la liste des interventions relevant de la chirurgie bariatrique et le nombre annuel minimal d'actes requis par site pour cette activité.

Ces textes, issus de la réforme du droit des autorisations, explicitent les conditions d'implantation et de fonctionnement applicables aux établissements souhaitant disposer d'une telle autorisation, avec notamment l'introduction pour la chirurgie bariatrique, d'une notion de seuil minimal de 50 actes par site géographique autorisé et par an, ce qui joue un rôle fortement structurant de l'offre régionale.

Dans le PRS 2023 – 2028, l'ARS Occitanie, sur la base des constats réalisés se fixe notamment comme priorité concernant la chirurgie bariatrique de garantir les bonnes pratiques et rechercher la gradation des prises en charge par les acteurs d'un même territoire, en s'appuyant notamment sur les RCP organisées par les centres experts bariatriques et ce afin de garantir la qualité et la sécurité des soins dans un contexte de ressources médicales et paramédicales contraintes.

Dans le département de Tarn et Garonne, le PRS 2023 – 2028 prévoit une seule implantation de chirurgie bariatrique.

### 2. L'ambition du CH de Montauban : développer une offre de chirurgie bariatrique publique sur le territoire

Dans le département de Tarn et Garonne, le PRS 2023 – 2028 prévoit une seule implantation de chirurgie bariatrique. L'activité est aujourd'hui réalisée historiquement à la clinique Boyé, par un praticien parti à la retraite en 2022.

Depuis novembre 2019, le centre hospitalier de Montauban a recruté un chirurgien digestif qui ambitionne de porter un projet de chirurgie bariatrique, mais la crise sanitaire a gelé le processus de structuration de cette offre de soins. La réforme du droit des autorisations impacte la mise en œuvre opérationnelle de celui, mais l'établissement souhaite déposer une demande d'autorisation pour cette activité.

**L'équipe pluridisciplinaire** de chirurgie bariatrique est composée de **11 membres intervenant directement sur le centre hospitalier** :

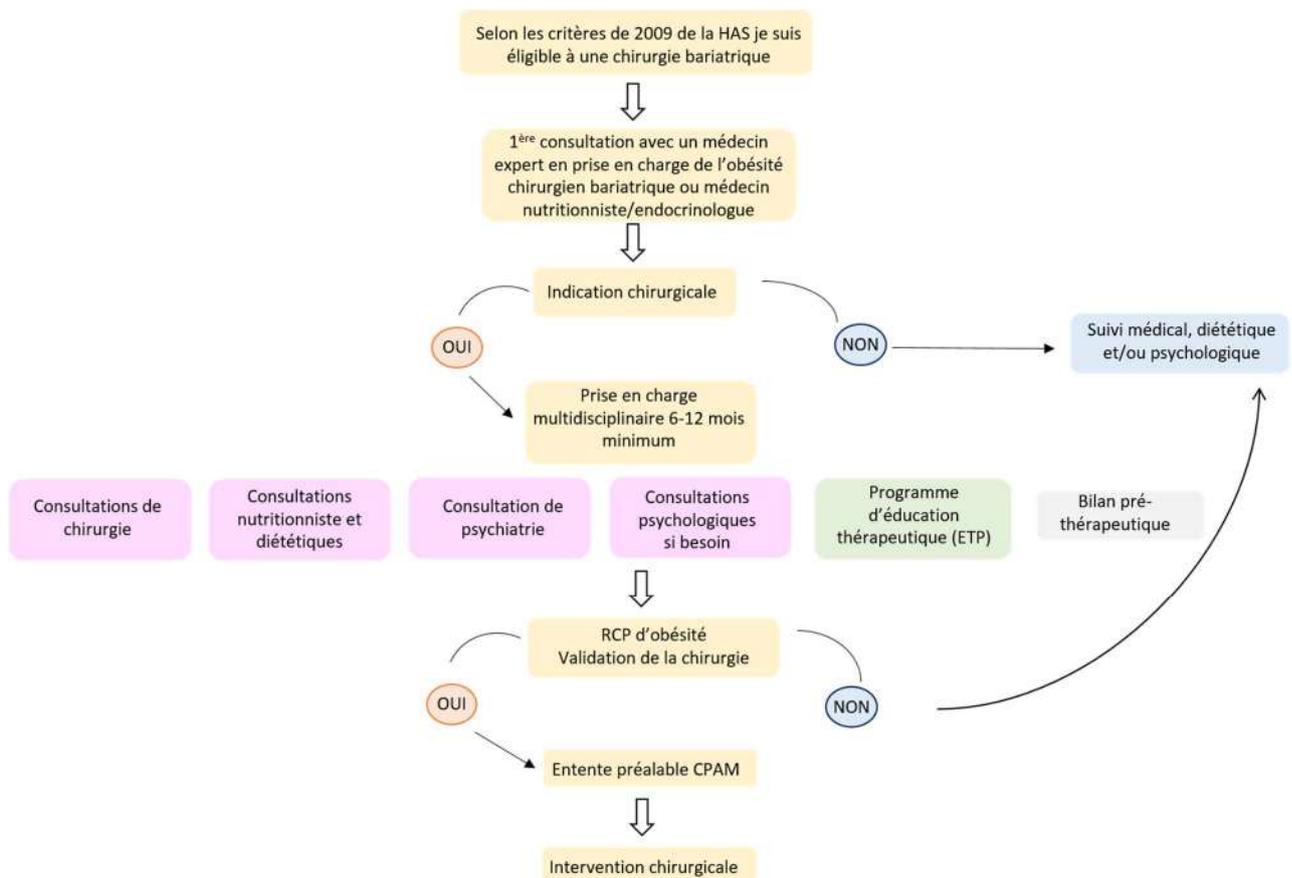
- EQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE pilotée par le Dr FRANCOUAL chirurgien digestif spécialisé dans la prise en charge de patients en situation d'obésité
- Endocrinologue : Dr SARI Rémi et Dr LAZAR Ana
- Chirurgiens : Dr FRANCOUAL Julie (chirurgien spécialiste, DIU en cours de validation) et Dr GUERRINI Céline (chirurgien spécialiste)
- Gastro-entérologue : Dr GALINDO Georges et Dr QUERALTO Michel
- Infirmière coordinatrice : Me CAUSERO Emilie (Titulaire du DU ETP et des 80h de formation)
- Diététicien : Me DABERNAT Cindy (Formation 40h éducation thérapeutique ok)
- Psychologue : Mme VILLEMINOT Adeline (en ville avec convention avec le CH)
- Anesthésiste : Dr ROBERJOT Pauline
- Enseignant APA : M. Romain NOUGAREDES (Formation 40h éducation thérapeutique ok)

**Le parcours patient en chirurgie bariatrique** est élaboré comme suit :

- 1) Entrée dans le parcours par la consultation de chirurgie auprès d'un chirurgien spécialisé en chirurgie de l'obésité. Cette consultation est prévue pour durer 45 min et expliquer le parcours de prise en charge, les principales interventions pratiquées, remettre le livret explicatif élaboré par l'équipe pluridisciplinaire, remplir la fiche RCP qui suivra le patient tout au long de son parcours pré-opératoire. En fin de consultation, une hospitalisation de journée en UMA est organisée pour réaliser le bilan pré-thérapeutique (Echo abdominale, TOGD, CS nutrition, CS diet, CS Infirmière coordinatrice pour réaliser le diagnostic éducatif, CS avec APA, CS cardio et bilan biologique complet avec ECG) et les rendez-vous pour la FOGD en UCA, le dépistage du SAOS +/- EFR et consultation de psychiatrie sont pris et remis au patient.
- 2) Bilan pré-thérapeutique des comorbidités en UMA : planifié dans les 3 mois suivant la consultation de chirurgie. Ce bilan se réalise en général sur 1 journée mais en fonction des comorbidités du patient une 2<sup>ème</sup> journée peut être programmée. Les principaux examens demandés sont listés au point 1), les examens complémentaires réalisés sur une autre journée sont planifiés au cas par cas.
- 3) Nouvelle consultation de chirurgie après le bilan en UMA et convocation du patient pour les premiers ateliers éducatifs en groupe et individuels, réalisés en UMA.
- 4) Premiers ateliers éducatifs sur 2 jours, en général planifiés 4 mois après le début de la prise en charge.
- 5) Après cette première séance d'ateliers éducatifs, réalisation d'une réunion multidisciplinaire avec l'équipe pour synthèse des 2 journées et orientation pour la 2<sup>ème</sup> séance d'ateliers éducatifs.
- 6) Nouvelle consultation avec médecin nutritionniste, sachant qu'entre-temps le patient est vu par la diététicienne tous les 1 à 3 mois selon ses besoins.
- 7) Réunion de Concertation Pluridisciplinaire pour valider ou non l'indication opératoire et l'aptitude du patient à la recevoir. En cas de réponse favorable, demande de l'entente préalable auprès de la CPAM, nouvelle consultation de chirurgie avec consultation d'anesthésie et programmation de la chirurgie.
- 8) Intervention chirurgicale entre 6mois et 1 an après la première consultation selon le patient.

- 9) Consultation de chirurgie à 1 mois post-opératoire, puis tous les 3 mois la première année, puis tous les 6 mois pendant 2 ans et tous les ans jusqu'à 5 ans de suivi.
- 10) Une séance d'ateliers éducatifs à 3 mois post-opératoires, séance d'une journée.
- 11) Une séance d'ateliers éducatifs à 3 mois post-opératoires, séance d'une journée.
- 12) Consultations de Nutrition avec médecin nutritionniste 1 à 2 fois par an et consultations de diététique dont la fréquence dépend des besoins du patient
- 13) Consultations psychologue possible selon le besoin du patient.

### Diagramme synthétisant la prise en charge pré-opératoire



## EN SYNTHÈSE

Le CH de Montauban va déposer une demande d'autorisation pour la chirurgie bariatrique. L'établissement bénéficie d'une équipe pluridisciplinaire adaptée et de qualité pour assurer le suivi et la prise en charge de ces patients.

La consommation nationale est stable à la baisse pour l'ensemble des séjours et la prise en charge complète. La consommation dans le périmètre du GHT82 est stable à la baisse avec un recul de la Clinique Boyé notamment sur les sleeves et une hausse de la prise en charge sur le CHU de Toulouse. Ces données sont plutôt en faveur d'une offre publique notamment sur la qualité de la prise en charge globale en plus de notre capacité à mieux suivre les obèses défavorisés en lien avec l'éducation thérapeutique porté par le pôle Santé – Société.

## Les activités anesthésiques

### I. Présentation de la filière : contexte et offre actuelle

#### 1. Etat des lieux

##### a) Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources

Le bloc opératoire du centre hospitalier de Montauban est situé à proximité des urgences. Il comprend 6 salles pour différents types de chirurgie : orthopédie, traumatologie, chirurgie viscérale, chirurgie ambulatoire, chirurgie gynécologique, ... une salle est réservée aux césariennes en interface avec la salle de naissance du service de gynécologie obstétrique.

Il est également composé d'une Salle de Surveillance Post – Interventionnelle (SSPI) de 8 lits.

#### 2. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Projet	Etat d'avancement
Montauban : Restructuration organisationnelle du bloc opératoire	Mise en place effective et opérationnelle du conseil de bloc pour améliorer l'organisation et l'efficacité des temps opératoires. L'acquisition d'un logiciel métier pour le bloc opératoire permettra de poursuivre cette action.

#### 3. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une équipe médicale solide, attractive</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taille des blocs opératoires (locaux inadaptés et obsolètes)</li> <li>• Absence de logiciel métier</li> <li>• Absence de liens forts avec le service de réanimation.</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acquisition d'un logiciel métier</li> <li>• Développement de techniques nouvelles (hypnose, douleur, ..)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concurrence du secteur libéral sans maternité – attractif pour le personnel médical.</li> <li>• Dépasser le seuil des 1200 accouchements par an</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Orientations retenues – axes de développement

#### **a) Objectif 1 : mettre en place une équipe territoriale médicale d'anesthésie et des procédures qualité communes sur les sites du GHT**

La consolidation de l'équipe médicale d'anesthésie du Centre Hospitalier de Montauban est une étape obligatoire pour la mise en place d'une équipe territoriale. Dans ce cadre-là, les organisations de travail ont été revues entre l'administration et l'équipe médicale, et des propositions financières attractives ont été mises en place (contrat praticien clinicien, temps de travail additionnel).

La concurrence pour le recrutement médical entre établissements est importante ; l'établissement engage cependant des propositions financières attractives, et l'équipe médicale actuelle en place en bon entente, fait espérer une attractivité plus importante.

Une fois en nombre suffisant pour assurer l'activité médico-chirurgicale et obstétricale sur le site du Centre Hospitalier de Montauban, un partenariat sérieux avec l'équipe moissagaise pourra être développé. Des discussions et échanges entre les 2 équipes ont déjà lieu mais de façon très ponctuelle.

#### **b) Objectif 2 : informatiser le dossier patient anesthésie**

L'acquisition d'un logiciel d'anesthésie permet une sécurité dans les transmissions écrites et le suivi des dossiers patients, mais apporte également une amélioration et un confort dans la pratique de l'anesthésie péri opératoire.

Couplé à un logiciel métier dédié au bloc opératoire, c'est un atout pour objectiver et optimiser les étapes du circuit patient au bloc opératoire (cf infra).

Cet élément participe bien sûr à l'attractivité du service.

#### **c) Objectif 3 : développer des activités nouvelles (accès vasculaires, douleur chronique, ...)**

L'équipe d'anesthésie est une équipe dynamique qui met en œuvre des prises en charges nouvelles afin de développer l'offre de soins dans cette spécialité, dans l'intérêt des patients et en lien avec les autres équipes médicales de l'établissement.

##### **Les accès vasculaires**

L'équipe d'anesthésie du CH Montauban propose la pose sous échographie de perfusions de longue durée (midline, picline) pour des patients hospitalisés (accès veineux difficiles, perfusion au long cours, nutrition) ou en ambulatoire (chimiothérapie, fin de vie, demande d'autres structures ne bénéficiant pas de cette technique). Une structuration de cette organisation est en cours avec

notamment des plages dédiées au bloc opératoire (2 demi-plages actuellement par semaine) ainsi qu'une formation avec délégation de tâches aux infirmiers anesthésistes.

Une salle dédiée à ces gestes (sous anesthésie locale) pourrait faciliter la réponse à ces demandes.

Une réflexion doit être menée sur l'intégration de l'implantation des cathéters à chambre implantable dans cette activité, afin de s'offrir la possibilité de constituer une véritable unité fonctionnelle, dédiée aux accès vasculaires.

### **La prise en charge de la douleur chronique**

Une collaboration entre le service d'anesthésie et le service douleur de l'établissement a permis de débiter une activité de pose de neurostimulations péridurales, de remplissage de pompes intrathécales (en partenariat avec l'IUCT de Toulouse) et cathéters périnerveux pour les patients douloureux chroniques et cancéreux. Cette collaboration a permis de montrer que ces gestes pouvaient techniquement être réalisés ainsi que leurs suivis sur le centre hospitalier de Montauban. Cependant une montée en charge de cette activité nécessite une consolidation des équipes (médicales, paramédicales et administratives) avec un travail médico-économique approfondi en regard.

### **L'activité allergologique**

Une réflexion sur le développement de l'allergologie, en particulier pour les antécédents de réactions graves, est en cours. En effet un praticien de l'équipe d'anesthésie se forme actuellement à cette spécialité, et la possibilité de cette offre pourrait constituer un atout (médical et financier) pour le Centre Hospitalier de Montauban et plus largement le Tarn-et-Garonne. Une étude médico-économique sera à travailler lorsque les équipes médicales seront en mesure d'envisager la mise en œuvre de ce projet.

### **d) Objectif 4 : optimiser le flux des patients chirurgicaux aux blocs opératoires publics du Tarn-et-Garonne**

Il est aujourd'hui possible d'optimiser les flux de patients dans les blocs opératoires des établissements publics de santé du GHT. Cette optimisation serait centrée sur le centre hospitalier de Montauban (en identifiant les freins), avant d'être déployée sur le CHIC de Moissac ; tout en préparant le flux des patients au bloc opératoire du nouvel hôpital.

Avec sa fonction pluridisciplinaire, l'anesthésie a une vision globale de l'ensemble des activités au bloc opératoire et de leurs articulations entre elles, mais aussi avec les services externes au bloc opératoire : les chirurgies, la maternité et l'ambulatoire.

La recherche d'amélioration des flux des patients programmés, tout en intégrant de manière continue les urgences est rendue possible grâce à une collaboration étroite avec les chirurgiens et l'encadrement ; Cependant cette volonté d'optimisation des flux (programmés et non programmés) se trouve à ce jour confrontée à plusieurs obstacles et difficultés principalement liés à l'architecture actuelle, ainsi qu'un manque régulier de lits disponibles pour accueillir à la fois patients programmés et non programmés.

L'identification de ces freins doit permettre leurs levés dans la conception du nouvel hôpital :

- bloc opératoire au rez-de-chaussée et chirurgie ambulatoire au 3ème étage (perte de temps pour transferts des patients, visites post opératoires chirurgicales, et sortie des patients)
- manque de place de rangement au bloc opératoire (encombrement des matériels, des brancards et des radioscopies dans les couloirs et la salle de réveil rendant les transferts des patients dans le bloc opératoire et la recherche du matériel par le personnel trop longs)
- flux laminaires différents entre les salles opératoires ne permettant pas de faire les implantations de matériels (orthopédiques par exemple) dans n'importe quelle salle (impactant les circuits par manque de possibilité d'intégration des urgences)
- portes d'entrées des salles opératoires trop petites pour tous les patients ne pouvant pas être déplacés et devant être endormis dans leur lit (fractures du col du fémur par exemple ou patients sur lit de réanimation)
- petite entrée du bloc opératoire, ne pouvant accueillir qu'un seul patient à la fois (perte de temps lorsque plusieurs patients doivent être accueillis simultanément, comme chaque matin)
- pas de toilettes pour les patients au bloc opératoire. De plus en plus de patients arrivent au bloc à pied, mais obligation de les allonger sur un brancard pour leur donner un urinoir ou un bassin (perte de temps)
- pas d'interface de rencontre entre le personnel posté au bloc et celui posté à l'extérieur du bloc (discussion de dossier, réunions de services), obligeant ce dernier à se changer pour rentrer dans le bloc (perte de temps)
- absence de salle de réunions, empiétant sur la salle informatique, déjà trop petite pour assurer des prescriptions de plusieurs acteurs du bloc opératoire simultanément (perte de temps)
- absence de salle opératoire dédiée aux gestes sous anesthésie locales, ces derniers polluant les salles armées en personnel anesthésique

Cette liste non exhaustive de freins, en prenant en compte tous les circuits déjà opérationnels par discipline (réhabilitation rapide, marche en avant, ambulatoire) doit constituer un support essentiel à la conception du nouveau bloc opératoire.

Par ailleurs, le capacitaire chirurgical au centre hospitalier de Montauban, accueillant programmé et non programmé, est actuellement régulièrement saturé par du non programmé de plus en plus lourd, imposant régulièrement de la déprogrammation par manque de lits.

Le calcul d'un capacitaire chirurgical adéquat reste décisif pour pouvoir espérer continuer une activité chirurgicale mixte entre programmé et non programmé, face au secteur privé concurrentiel dont la tendance est à l'abandon du non programmé (maternité, urgences).

En parallèle, une collaboration anesthésie-chirurgicale entre les CHIC de Moissac et centre hospitalier de Montauban, pour la prise en charge des patients programmés et non programmés, doit être développée.

Certains patients vus en consultation de chirurgie à Moissac sont opérés au centre hospitalier de Montauban. Leur consultation d'anesthésie est réalisée au centre hospitalier de Montauban. Une collaboration permettrait que ces patients soient vus en consultation d'anesthésie sur le CHIC de Moissac (lieu de résidence de ces patients).

Ce même processus pourrait s'appliquer à toutes les patientes moissagaises venant accoucher au Centre hospitalier de Montauban, qui se déplacent à Montauban pour leur consultation d'anesthésie. Le principe de téléconsultation peut permettre également d'éviter ces déplacements.

Un circuit de programmation plus large, pour tous ces patients de l'Ouest du département et venant bénéficier du plateau technique du centre hospitalier de Montauban, doit être développé.

Pour le non programmé, cette collaboration permettra de transférer des patients d'une structure à l'autre, en fonction des disponibilités (capacitaire, ressources humaines) de chacune, afin de détendre certaines situations conduisant à de la déprogrammation par manque de capacitaire.

## EN SYNTHÈSE

*L'équipe médicale d'anesthésie est une équipe jeune et dynamique qui s'inscrit dans une volonté de coopération avec les autres spécialités de l'établissement pour développer de nouvelles activités et offrir de nouvelles prises en charge aux patients du territoire (accès vasculaires, douleur, réalité virtuelle, ...).*

*Un logiciel métier doit être mis en place en 2024 afin d'améliorer la sécurité des prises en charge et améliorer les conditions de travail des anesthésistes*

*L'établissement a la volonté de stabiliser son équipe médicale (protocole de gestion du temps de travail à compter de janvier 2024), notamment pour mettre en place une équipe territoriale d'anesthésie avec le CHIC de Moissac.*

*Une équipe territoriale permettra également d'optimiser les parcours patients sur le territoire.*

# Oncologie gynécologique et mammaire

## Le cancer du sein : consolider une offre publique en Tarn et Garonne

### I. Cancer du sein : contexte et offre actuelle

#### 1. Prévalence et données épidémiologiques

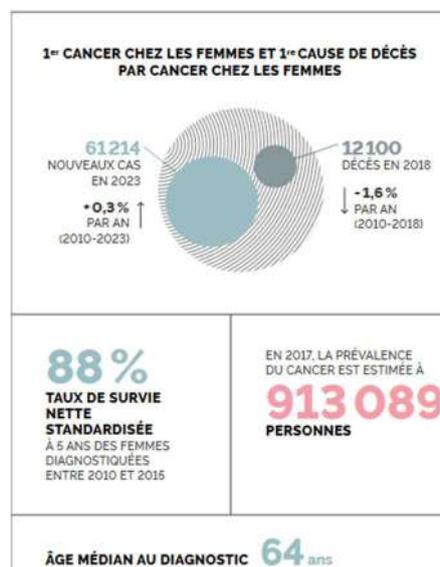
Selon le panorama des cancers en France de l'INCA (édition 2023), « avec 33 % des cancers féminins, le cancer du sein est le plus fréquent chez les femmes. Dans la majorité des cas, le développement d'un cancer du sein prend plusieurs mois, voire plusieurs années. Dépisté tôt, c'est un cancer de bon pronostic, dont le taux de survie reste stable. »

60 % des cancers du sein sont détectés à un stade précoce. La détection d'un cancer du sein à un stade peu avancé de son développement permet de le soigner plus facilement, mais aussi de limiter les séquelles liées à certains traitements. Pour favoriser une détection précoce, plusieurs actions existent : suivi particulier des patientes à sur-risque, consultation d'un médecin en cas de changement au niveau des seins, examen clinique tous les ans à partir de 25 ans, mammographie de dépistage tous les deux ans entre 50 et 74 ans sans symptôme ni facteur de risque autre que l'âge.

Après 74 ans, le dépistage n'est pas abandonné, mais individualisé.

Des modalités de suivi spécifiques sont recommandées pour les femmes présentant des antécédents médicaux personnels ou familiaux, ou certaines prédispositions génétiques.

Ainsi, l'édition 2023 de l'INCA indique les données chiffrées suivantes concernant le cancer du sein chez la femme :



## 2. Etat des lieux de la filière

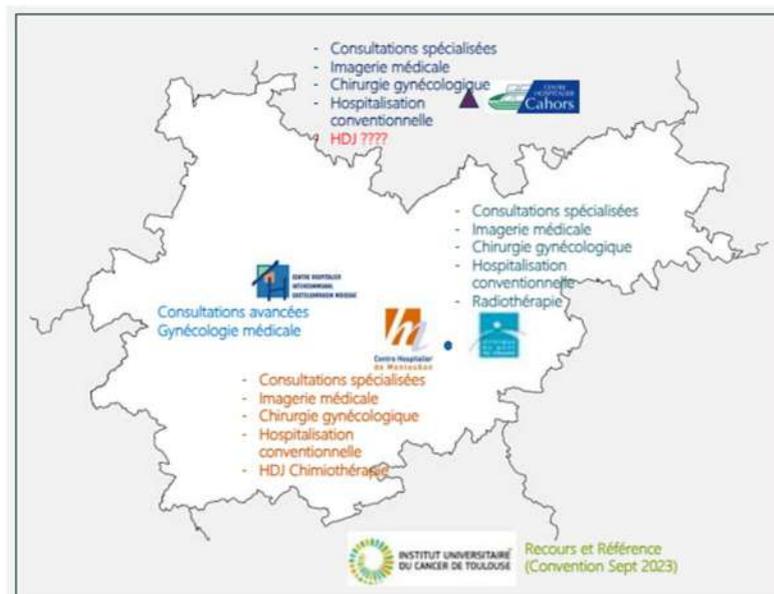
### a) Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources

En chirurgie carcinologique mammaire, seul le centre hospitalier de Montauban dispose d'une autorisation dans le GHT. Une seconde autorisation est détenue sur le département, par la clinique du Pont de Chaume.

L'attractivité de la filière est insatisfaisante à ce jour, avec une nécessité forte de progression pour atteindre les seuils fixés par la réglementation en vigueur.

Le **manque de capacités de diagnostic** sur les établissements publics implique que la prise en charge du cancer du sein est précocement orienté vers les structures privées et les patientes ont tendance à y rester pour la suite de leur prise en charge. La prise en charge sur le département de Tarn et Garonne est ainsi concentrée sur la clinique du Pont de Chaume.

Le centre hospitalier de Montauban a mis en place des consultations avancées de gynécologie médicale sur le CHIC de Moissac, mais cela ne suffit pas pour orienter les patientes vers le CH de Montauban.



### b) Chiffres d'activité, patients

On note une sur-consommation des habitants du territoire quant à la Chirurgie mammaire.

Taux de consommation standardisé /1000 hab		
	2021	2022
Chirurgie des tumeurs malignes du seins	1,22	1,22

### c) Part de marché ; analyse des fuites

L'analyse de l'activité montre une grosse captation de l'activité par le secteur privé (plus de 51% de la chirurgie carcinologique mammaire est réalisée par la clinique Pont de Chaume à Montauban), ainsi qu'un taux de fuite extra-territorial important, de près de 40% en 2022.

L'activité du CH Montauban n'atteint pas 10% de l'activité totale.

	Séjours des habitants de zone		Part d'activité	
	2021	2022	2021	2022
CLINIQUE DU PONT DE CHAUME	173	170	52,40%	51,20%
INSTITUT CLAUDIUS REGAUD	42	66	12,70%	19,90%
CHR TOULOUSE	44	31	13,30%	9,30%
CH MONTAUBAN	32	31	9,70%	9,30%
CLINIQUE ESQUIROL - SAINT-HILAIRE	11	11	3,30%	3,30%
Autres établissements	28	23	8,50%	6,90%
Total	330	332	100,00%	100,00%

Part d'activité pour la chirurgie des tumeurs malignes du sein en 2022 pour le Tarn-et-Garonne (source scansante.fr)

Rappel : seuils d'activité à atteindre pour autorisation de Chirurgie carcinologique mammaire : passés à 70 en 2022 (30 auparavant)

#### Production du GHT82 sur la ZIH GHT82

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	Var n-3	Reg 7a.
1 D01 - Digestif	25%	28%	29%	28%	25%	26%	27%	27%	-4%	-2%
2 D02 - Orthopédie traumatologie	36%	38%	40%	42%	39%	38%	35%	33%	-17%	-5%
3 D07 - Cardio-vasc. (hors cathétérismes vasculair	21%	18%	14%	15%	15%	17%	19%	15%	26%	-16%
4 D11 - Ophtalmologie	8%	8%	7%	5%	3%	2%	1%	0%	-72%	-155%
5 D12 - Gynécologie - sein	14%	15%	17%	16%	14%	15%	18%	17%	11%	19%
6 D19 - Endocrinologie	9%	7%	2%	3%	1%	0%	0%	0%	-100%	-163%
7 D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	7%	14%	14%	16%	12%	12%	10%	7%	-40%	1%
8 D26 - Activités inter spécialités, suivi thérapeut	27%	21%	15%	18%	16%	17%	13%	10%	-29%	-64%
<b>Total 8DA</b>	<b>23%</b>	<b>23%</b>	<b>23%</b>	<b>24%</b>	<b>21%</b>	<b>20%</b>	<b>19%</b>	<b>17%</b>	<b>-20%</b>	<b>-31%</b>

13/12/2023

GHT82 - Consommation Parts de Marché

19

Gynéco-sein (17%) et  
Cardiologique (15%).

- L'activité la plus dynamique concerne la D12 Gynéco-sein en hausse septennale et récente (+19% et +11%).

### 3. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Le projet médical partagé du GHT prévoyait la mise en place de consultations avancées sur le CHIC de Moissac, une fois par semaine, et le développement de la chirurgie ambulatoire également.

L'objectif attendu étant le développement de l'offre publique en chirurgie gynécologique et d'organiser un parcours gradué des soins dans cette filière au sein du GHT 82, mais également avec l'IUCT et le CHU de Toulouse.

A ce jour, des consultations avancées de gynécologie médicale se tiennent au CHIC de Moissac, en complément de l'activité de CPP. Au regard des effectifs médicaux de gynécologie obstétrique, mais également de l'impact des autres opérateurs du département (fermeture de la maternité de la clinique

du Pont de Chaume en décembre 2022 sans concertation), la ressource de gynécologues obstétriciens a été maintenue sur le CH de Montauban. L'activité de chirurgie ambulatoire n'a pu être développée sur le site du CHIC de Moissac, mais reste un projet que le CH de Montauban souhaite mettre en œuvre lorsque la ressource médicale le permettra.

#### 4. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une équipe chirurgicale complète (gynécologie, digestif, urologue, ...)</li> <li>• Une équipe d'onco hématologie forte pour la prise en charge</li> <li>• Un nouveau mammographe à compter de janvier 2024.</li> <li>• Une organisation structurée entre le centre hospitalier de Montauban et le CHU de Toulouse (IUC-T)</li> <li>• La coopération avec l'Institut Claudius Regaud (convention)</li> <li>• Coopération avec la clinique du Pont de Chaume sur la radiothérapie (unique offreur)</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lisibilité du dépistage sur le centre hospitalier de Montauban et le CHIC de Moissac.</li> <li>• Non atteinte des seuils d'activité pour les autorisations</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité de récupérer des parts de marché.</li> <li>• Le projet de PIMM en imagerie médicale pour attirer des radiologues et améliorer le dépistage du cancer du sein.</li> <li>• Saturation des sites toulousains (IUCT)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concurrence du secteur libéral</li> <li>• Fragilité de l'offre publique du Lot.</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Enjeux pour le département – priorités nationales et PRS 2023-2028

Le diagnostic du Projet Régional de Santé (PRS) 2023-2028 de l'ARS Occitanie indique que le **cancer du sein connaît une augmentation moyenne d'environ +1% par an entre 1990 et 2018**. Avec plus de 58 000 nouveaux cas en 2018, le cancer du sein se situe au 1er rang des cancers incidents chez la femme. Entre 1990 et 2018, le nombre annuel de nouveaux cas de cancer du sein chez la femme a presque doublé (+95%). En Occitanie, le taux standardisé de mortalité par cancer du sein est plus faible que la moyenne nationale (France métropolitaine 34,1 pour 100 000 habitants ; 31,9 en Occitanie). Mais ce

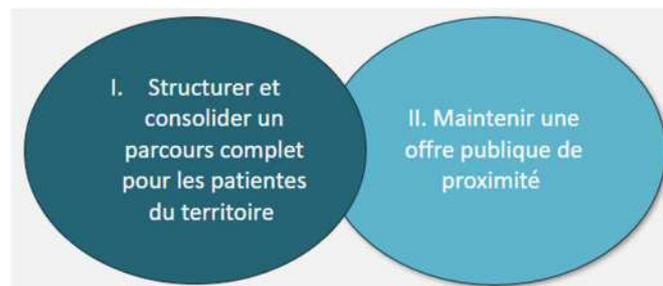
taux moyen révèle des réalités différentes dans les territoires de la région. Le taux standardisé de mortalité par cancer du sein est significativement plus élevé dans le Tarn et Garonne puisqu'il est de 37,6. Il est le deuxième taux le plus élevé de la région après la Lozère (40,9).

Le PRS 2023 – 2028 traite des cancers au travers de plusieurs défis que la région Occitanie doit relever au cours des prochaines années :

- **Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces**
- **Renforcer le pouvoir d'agir des personnes et leur connaissance du système de santé** notamment en adaptant la communication au public cible avec des modalités tenant compte de leurs aptitudes
- **Renforcer l'accès aux soins de proximité et les pratiques, organisations et techniques innovantes.**

Le centre hospitalier de Montauban et le GHT de Tarn et Garonne s'inscrivent parfaitement dans cette dynamique et dans cette volonté.

## 2. Orientations retenues – axes de développement



### a) *Objectif 1 : Maintenir une offre publique de proximité sur le nord ouest de l'Occitanie Ouest adaptée à une gradation des soins avec l'IUCT*

Le Centre Hospitalier de Montauban et les établissements du GHT se donnent pour objectif de répondre aux besoins de santé de la population en **structurant et en consolidant un parcours complet pour les patientes du territoire sur le cancer du sein afin de maintenir une offre publique sur cette partie du territoire de l'Occitanie.**

Le maintien de cette offre publique est d'autant plus important au regard des données socio – économiques du département. En effet, le schéma territorial de santé du Tarn et Garonne pour 2023-2028 indique que le département a un taux de pauvreté de 16%, taux légèrement au-dessus de la moyenne de la France (15%). Par ailleurs, 56% des ménages ne sont pas imposés, alors que le taux national est de 50%. Dans les indicateurs sociaux, le département est un département plus ouvrier que la moyenne régionale et la moyenne française. Concernant le taux de chômage, le schéma territorial de santé précise que le taux est de 9% soit 2% supérieur au taux national.

Par ailleurs, cela s'inscrit dans un contexte où un territoire limitrophe du Tarn-et-Garonne rencontrent des difficultés avec le départ de leur chirurgien sans perspective de remplacement : dans le Lot, le CH Cahors représente en effet seulement **17,6% de l'activité pour Chirurgie des tumeurs malignes du sein en 2022, avec un taux de fuite hors département de 82,4%** (6,5% récupérés par la clinique du Pont de Chaume à Montauban).

Le maintien de la prise en charge complète du cancer du sein au centre hospitalier de Montauban implique une augmentation de l'activité programmée du diagnostic et une coopération poursuivie avec nos partenaires de la Haute Garonne pour atteindre les seuils d'activité. La coopération avec l'IUC-T doit être adaptée à la gradation des soins pour les cancers mammaires.

Le projet de construction de parcours territoriaux clairs pour les patientes peut se schématiser (cf. schéma page 141), en collaboration avec toutes les parties prenantes du territoire, et extra-territoriales pour le recours. Il inclut des collaborations renforcées avec les acteurs de la ville et les acteurs médico-sociaux, dans la perspective de proposer une offre publique solide allant de la prévention à la phase post-cancer.

Le centre hospitalier de Montauban collabore avec la clinique du Pont de Chaume pour la radiothérapie, établissement titulaire de cette autorisation d'activité. Un radiothérapeute de la clinique participe aux RCP hebdomadaires. Le CH de Montauban collabore également avec la médecine nucléaire pour la détection des ganglions sentinelles et des bilans d'extensions type scintigraphie osseuse et PETSCAN.

Quant à la chirurgie reconstructrice, celle-ci est réalisée au CHU ou à l'ICR. Un travail de collaboration est en cours avec le Pr Charlotte VAYSSE pour une filière avec un docteur junior puis un assistant à temps partagé avec une orientation chirurgie sénologique et reconstruction. Les chirurgies de la reconstruction pourraient également être réalisées au centre hospitalier de Montauban lorsque la filière sera structurée sur le centre hospitalier, dans le cadre de la montée en charge de l'activité sur l'établissement.

Parallèlement, des échanges pourraient débiter avec le Pr GROLEAU du CHU de Toulouse pour réfléchir à des postes partagés entre le CHU et le CH de Montauban. Cette perspective pourrait être envisagée pour le Nouvel Hôpital au regard du nombre d'internes dans cette filière.

## ***b) Objectif 2 : Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoces***

Malgré la prévalence élevée de la maladie (61 214 nouveaux cas en France métropolitaine en 2023), le cancer du sein, lorsqu'il est diagnostiqué à un stade d'évolution précoce, est associé à un taux de survie de 88 % grâce aux avancées constantes de la recherche clinique (Source : Inca).

L'accès au diagnostic et au dépistage du cancer du sein nécessite d'être mieux structuré dans l'établissement et le GHT.

Ainsi, en se dotant d'un nouveau mammographe dès le mois de janvier 2024, le centre hospitalier de Montauban fait le choix de porter effectivement cette ambition. Ce nouvel appareil est installé dans des nouveaux locaux dédiés, plus adaptés et dont l'accessibilité est facilitée pour les femmes.

Cette offre de diagnostic est portée par deux radiologues référentes, avec la volonté de renforcer ces compétences médicales en recrutant dès que possible de nouveaux praticiens. C'est la raison pour laquelle le nouveau mammographe fera partie du plateau d'imagerie médicale mutualisé du GHT ou supra GHT en cours de réflexion, que le centre hospitalier de Montauban souhaite mettre en œuvre en 2024.

Afin de conforter son ambition, le centre hospitalier de Montauban souhaite mettre en place un **accueil dédié** permettant d'établir un diagnostic sur une anomalie du sein détectée en ville ou dans le service d'imagerie du centre hospitalier.

Cet **accueil multidisciplinaire** regroupe des professionnels de santé de différents métiers, tous spécialistes de sénologie (radiologues, chirurgiens, oncologues, infirmières, techniciens...). Les patientes bénéficient d'une consultation avec un médecin spécialiste et de divers examens (mammographie, échographie, tomosynthèse, cytoponction sous échographie, IRM, biopsie, ...) nécessaire à la recherche d'une tumeur, de lésions précancéreuses ou d'une atteinte des ganglions, en fonction des antécédents du ou de la patiente, des facteurs de risque, des symptômes et des examens ayant déjà été réalisés.

L'angiomammographie et la macrobiopsie ne font actuellement pas partie du panel d'examens réalisés au centre hospitalier de Montauban. Toutefois, la réflexion peut être menée dans le cadre du projet médical. Une étude sera à formaliser compte tenu de l'investissement nécessaire.

La mise en place de ce diagnostic rapide est un des leviers **pour atteindre le volume critique d'activité en chirurgie carcinologique mammaire et créer une relation de confiance avec les femmes du territoire**. Parallèlement, **une équipe médicale de territoire se met en place pour les patientes du bassin de population du CHIC de Moissac**, établissement partie au GHT. Pour se faire, une activité de diagnostic public doit être confortée en complément de l'offre privée.

Les femmes qui ont déjà un diagnostic établi de cancer du sein et viennent pour une prise en charge thérapeutique initiale bénéficient également d'un accueil thérapeutique adapté.

### ***c) Objectif 3 : poursuivre les modalités de prise en charge du traitement des cancers du sein du centre hospitalier de Montauban)***

#### ***Des réunions pluridisciplinaires***

Au centre hospitalier de Montauban, les décisions de traitement sont prises lors de réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) pour apprécier, en fonction des résultats des examens, les traitements les mieux adaptés à chaque type de cancer et à chaque individu. Un médecin référent explique alors au patient et à sa famille, les décisions.

Pour coordonner les RCP, le centre de Montauban dispose d'un centre de coordination en cancérologie (3C). Le 3C organise la RCP ; les soins de support ; l'accès à la recherche clinique ; la qualité ; la RMM, .... Les RCP sont de qualité et fonctionnent bien, l'avenir se poursuivra en ce sens avec une coopération effective avec la clinique du Pont de Chaume concernant la radiothérapie.

## La chirurgie

Même si le parcours de la patiente est pensé depuis le diagnostic à l'échelle du GHT, la réglementation relative aux autorisations de chirurgie carcinologique implique que la chirurgie sera réalisée uniquement sur le site du centre hospitalier de Montauban. Le centre hospitalier de Montauban vise une atteinte des seuils à fin 2025.

Au-delà des actions menées sur le diagnostic, le centre hospitalier bénéficie des compétences de chirurgiennes à temps plein pour la réalisation de cette activité.

Par ailleurs, une des chirurgiennes bénéficie d'une activité opératoire au sein de l'IUCT.

Enfin, en septembre 2023 le Centre Hospitalier de Montauban a signé une **convention avec l'IUCT-Oncopole** afin de renforcer la collaboration entre les deux entités.

Ce partenariat s'inscrit dans la stratégie du Centre Hospitalier de Montauban d'améliorer encore le parcours de soins en cancérologie.

C'est également la reconnaissance de l'engagement et de la compétence des équipes soignantes de notre établissement.

Les quatre thématiques de coopération sont les suivantes :

1. Le parcours patient : organisation de parcours en cancérologie entre les deux établissements, afin de renforcer et sécuriser l'accès à la fois à l'offre de proximité assurée par le CH de Montauban et à celle de recours et de référence de l'Oncopole ;
2. L'accès aux essais cliniques et à l'innovation au service des patients ;
3. Le développement et la participation à des actions de formation continue ;
4. La thématique handicap et cancer, afin de développer de manière coordonnée des prises en charge et des parcours spécifiques pour les personnes en situation de handicap.

Les 1ères réunions de travail débiteront dès 2024, avec une priorisation de l'activité de cancérologie mammaire.

**L'objectif du centre hospitalier de Montauban est de maintenir son autorisation de chirurgie mammaire afin de ne pas engorger d'avantage les centres toulousains pour lesquels les délais de prise en charge s'allongent avec des risques de perte de chance pour les patientes.**

Pour la prise en charge de la patiente, le CH de Montauban bénéficie de place d'hospitalisation de jour. L'activité d'hospitalisation de jour en oncologie a été restructurée en 2020 dans le cadre du projet de création de l'unité de médecine ambulatoire (UMA). On observe la poursuite d'une forte progression d'activité en particulier entre 2021 et 2022.

Le développement de l'activité d'hôpital de jour en oncologie est telle qu'une unité dédiée a été ouverte en janvier 2024 avec 14 places, avec en complément une filière courte et une filière externe dédiée aux patients d'oncologie.

Dans l'étape Traitement : le centre hospitalier de Montauban accompagne le développement de la Chimiothérapie orale avec le recrutement d'une IDE de thérapie orale formée à l'IUC-T. La coopération est également étroite avec les deux HAD du département (Moissac et Montauban).

Concernant les soins de support, ceux-ci sont coordonnés autour du patient par l'oncologue et le chirurgien en concertation. Le CH de Montauban dispose de professionnels avec un temps dédié : IDE dispositif d'annonce, assistante sociale, diététicienne, onco-esthétique, douleur, EMSP, psychologue, suivi thérapie orale, conciliation médicamenteuse, IDE suivi de stomie. La collaboration avec l'HAD et le DAC sont opérationnels pour un relai ville hôpital gradué et adapté.

#### **d) Objectif 4 : améliorer la communication sur l'offre publique**

Des équipes stables et du matériel de dernière génération pour le dépistage doivent donner lieu à plus de lisibilité de l'offre publique, une coordination des parcours des patientes, notamment lorsque le dépistage est réalisé dans le service d'imagerie du CHIC de Moissac.

Les liens avec la médecine de ville doivent donner lieu à une structuration de la communication des protocoles, avec une plaquette d'information et la mise en place d'EPU, et d'une adresse mail dédiée pour permettre de fluidifier le parcours des patientes, améliorer l'accessibilité à une prise de rendez-vous rapide avec les chirurgiens du centre hospitalier de Montauban.

#### **e) Améliorer l'accès à la recherche clinique et aux thérapies innovantes**

Le centre hospitalier de Montauban bénéficie d'un attaché de recherche clinique à temps plein depuis plusieurs années. Cette ressource est mise à la disposition des praticiens pour la gestion des protocoles de recherche, à tous les stades du processus.

Par ailleurs, le CH de Montauban est membre de coordination hospitalière en recherche dont le chef de file est le CHU de Toulouse. Cette entité recherche à vocation notamment à diffuser la recherche clinique au plus près de l'ensemble des territoires.

Cette coopération est complémentaire à la convention de partenariat avec l'IUCT-Oncopôle.

La volonté de l'établissement s'inscrit dans une dynamique de relance de l'activité de recherche après les difficultés liées à la crise sanitaire du COVID et aux difficultés d'intégration des patients dans des protocoles.

Le CH de Montauban souhaite développer la collaboration avec l'ICR en **oncogénétique**.

L'oncogénétique est une denrée rare avec des délais de consultations très longs.

Le CH de Montauban dispose des compétences médicales permettant d'assurer ces consultations dans l'établissement. Les échanges sont prévus avec l'ICR début 2024, dans le cadre de la convention de collaboration signées entre les deux établissements, notamment pour la prise en charge des femmes à haut risque de cancer du sein (notamment en cas d'altération des gènes BRCA1 ou BRCA2).

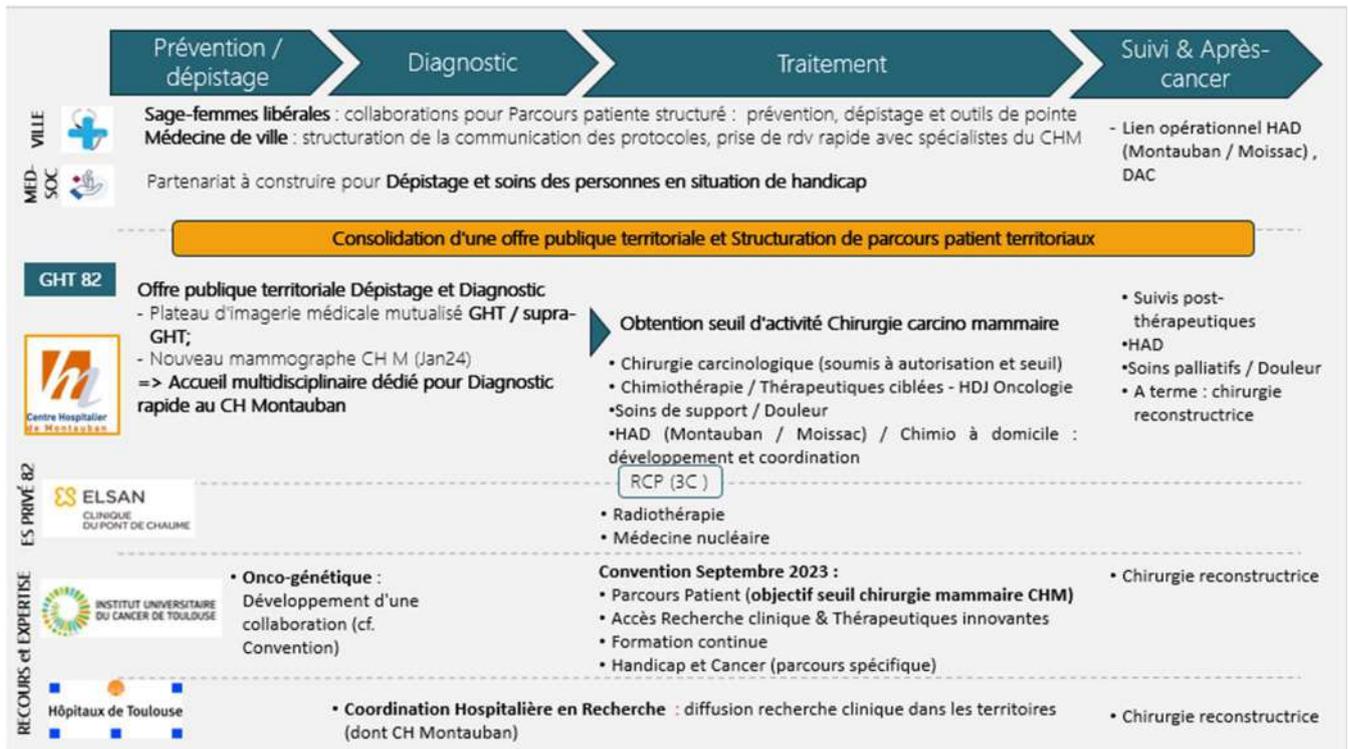
### 3. Positionnement territorial

Au-delà des établissements partie au GHT et à la structuration du parcours des patientes dans et entre les établissements, le CH de Montauban souhaite également prendre l'attache des structures médico-sociales du département pour permettre l'accès au dépistage et aux soins des personnes en situation de handicap. Un partenariat doit se nouer entre ces structures.

La mise en place d'actions est également prévue avec les sages-femmes libérales pour le dépistage du cancer du sein et les le développement d'un parcours patient structuré avec des outils de pointe. D'ailleurs, le centre hospitalier de Montauban participera aux campagnes d'information, de sensibilisation à la prévention et au dépistage.

La collaboration avec l'HAD du centre hospitalier de Montauban ou le CHIC de Moissac et le DAC sont opérationnels pour un relai ville hôpital gradué et adapté.

## Synthèse du parcours-patient et des collaborations Offre publique territoriale sur le Cancer du sein



## EN SYNTHÈSE

*Le CH de Montauban a toutes les compétences médicales et chirurgicales pour prendre en charge les cancers du sein et conserver son autorisation. Il doit améliorer son offre de dépistage au bénéfice des femmes Tarn et garonnaise notamment avec la nouvelle machine installée en janvier 2024. Les coopérations avec le CHU de Toulouse et l'ICR sont effectives et un travail sur les parcours des patientes est prévu en 2024 pour permettre une prise en charge au plus près du domicile (diminution des taux de fuite). La communication avec la médecine de ville doit être plus fluide et plus rapide. Des actions sont prévues en ce sens.*

## Le cancer du pelvis : construire une offre publique en Tarn et Garonne

### I. Présentation de la filière : contexte et offre actuelle

#### 1. Prévalence et données épidémiologiques

Pour les femmes, le cancer pelvien peut inclure le cancer du col de l'utérus, du corps utérin, du vagin ou de la vulve.

Depuis les nouvelles autorisations, le cancer de l'ovaire à une autorisation en propre.

#### 2. Etat des lieux de la filière / spécialité

##### a) *Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources*

Le Centre Hospitalier de Montauban n'est actuellement pas titulaire d'une autorisation de chirurgie permettant de pratiquer l'acte chirurgical relatif au cancer pelvien dans l'établissement.

En revanche, un chirurgien gynécologue du CH de Montauban bénéficie d'une convention de mise à disposition avec l'IUCT – Oncopôle à hauteur de 20%. Sur ce temps, le chirurgien gynécologue opère notamment des patientes dépistées en consultations au CH de Montauban. Cette personne réalise entre 15 et 17 actes par an depuis l'ouverture de l'IUCT – Oncopôle, sur des patientes de Tarn-et-Garonne.

Un territoire limitrophe du Tarn-et-Garonne, le Lot, présente également des faiblesses sur la prise en charge des patientes, et la situation risque de s'aggraver compte tenu de la démographie dans cette spécialité et de la difficulté à exercer dans une structure lorsque le nombre de praticiens est faible.

#### 3. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Le dernier projet médical partagé du GHT ne portait pas d'objectif opérationnel spécifique sur cette activité. Toutefois, lorsque les patientes étaient vues en consultation sur le CHIC de Moissac dans le cadre des consultations avancées, ces dernières pouvaient bénéficier d'un suivi et d'un accompagnement par le chirurgien du centre hospitalier de Montauban bénéficiant d'une convention d'activité partagée avec le CHU de Toulouse, sur le site de l'Oncopole pour la prise en charge chirurgicale.

#### 4. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une équipe chirurgicale complète (gynécologie, digestif, urologue, ...)</li> <li>• Une équipe d'onco hématologie forte pour la prise en charge</li> <li>• Un bloc opératoire équipé pour cette chirurgie</li> <li>• Une organisation structurée entre le centre hospitalier de Montauban et le CHU de Toulouse (IUC-T)</li> <li>• La coopération avec l'Institut Claudius Regaud (convention)</li> <li>• Coopération avec la clinique du Pont de Chaume sur la radiothérapie (unique offreur)</li> <li>•</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lisibilité du dépistage sur le centre hospitalier de Montauban et le CHIC de Moissac.</li> <li>• Quasi atteinte des seuils d'activité, mais en opérant les patientes du Tarn et Garonne au CHU de Toulouse (convention).</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité de récupérer des parts de marché.</li> <li>• Saturation des sites toulousains (IUCT)</li> <li>• Poste de chef de clinique partagé de territoire en chirurgie gynécologique à compter de novembre 2024.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Concurrence du secteur libéral et une seule autorisation dans le PRS 2023 - 2028</li> <li>• Grande fragilité de l'offre publique du Lot.</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions



### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

Partant du contexte juste décrit, le Centre Hospitalier de Montauban souhaite saisir les opportunités offertes par le nouveau PRS Occitanie 2023-2028 et par la nouvelle réglementation sur les autorisations, pour construire une offre de Chirurgie du Cancer pelvien in situ. L'objectif est de pouvoir pratiquer cette activité au sein de l'établissement, avec un parcours patiente structuré (schéma page 147).

## 2. Orientations retenues – axes de développement

### a) Objectif 1 : développer le dépistage des tumeurs pelviennes

#### i. Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le cancer du col est le 12<sup>ème</sup> cancer féminin et la 10<sup>ème</sup> cause de mortalité par cancer chez la femme. Le pic d'incidence est entre 45 et 65 ans.

Il existe un dépistage organisé depuis 2018.

La majorité des cancers du col sont liés au virus HPV. Pour lutter contre ce cancer la première action est la promotion de la vaccination contre le HPV chez les adolescents filles et garçons. La deuxième action est le dépistage le plus précoce des lésions liées à l'HPV qui peuvent évoluer vers le cancer du col.

Le dépistage organisé est basé sur la réalisation du frottis à partir de 25 ans et la réalisation du test HPV à partir de 30 ans. Cette nouvelle organisation du dépistage fait augmenter le nombre de consultations de colposcopie qui est l'examen de référence pour le dépistage HPV-HR.

Le centre hospitalier de Montauban s'est engagé dans la promotion du dépistage primaire et secondaire via :

- La promotion de la vaccination en via les pédiatres, la PASS ou encore via le centre de santé sexuelle ;
- Le développement de l'offre de colposcopie en augmentant les plages de consultations et via l'acquisition de matériel de qualité en 2024.

Par ailleurs, depuis l'année 2023, le parcours patient a été optimisé et réduit avec la mise en place d'une consultation rapide avec un chirurgien.

La prise en charge des lésions pré-cancéreuses peut se faire sur le site du centre hospitalier de Montauban.

En cas de découverte de pathologie tumorale, l'établissement possède l'équipement nécessaire au bloc opératoire ainsi que le personnel médical compétent et pluridisciplinaire (gynécologue, digestif, urologue). La technique du ganglion sentinelle est possible au bloc opératoire.

#### ii. Le dépistage du cancer de l'endomètre

Le cancer de l'endomètre est la 5<sup>ème</sup> cause de cancer chez la femme et la 8<sup>ème</sup> cause de mortalité par cancer chez la femme.

Il touche principalement les femmes après la ménopause avec un âge médian de diagnostic à 69 ans. Le symptôme le plus fréquent est le saignement après la ménopause. Il est alors nécessaire de faire un bilan systématique comportant au minimum une échographie avec une biopsie de l'endomètre. La réalisation d'une hystérocopie diagnostique est quasi systématique.

Le centre hospitalier de Montauban s'est engagé dans le projet d'hystérocopie hors bloc opératoire pour pouvoir fluidifier et raccourcir les délais de prise en charge de ces patientes. Le diagnostic sera plus rapide puisqu'il n'est pas nécessaire de passer au bloc opératoire.

L'acquisition d'un nouveau scanner qui sera installé en juillet 2024 va permettre également de réduire les délais de prise en charge pour réaliser les bilans d'extension.

La prise en charge chirurgicale est également techniquement et fonctionnellement possible au centre hospitalier de Montauban puisque l'environnement de bloc opératoire est opérationnel et que le matériel requis est présent sur le site dès à présent. En effet, la chirurgie onco digestive est déjà réalisée sur l'établissement, ainsi que la technique du ganglion sentinelle.

### **b) Objectif 2 : structurer un parcours complet et gradué avec le CHU de Toulouse et l'ICR**

Le diagnostic peut être posé :

- au cours d'une consultation programmée dans le cadre du suivi gynécologique de la patiente
- au cours d'une consultation sollicitée en urgence : Saignements après la ménopause, Douleurs abdominales/ augmentation du volume de l'abdomen, lésion anormale du col de l'utérus, suspicion de cancer de l'utérus, du col ou des ovaires à l'IRM ou au Scanner, kyste de l'ovaire suspect, Lésion anormale de la vulve...

La patiente bénéficiera d'une **consultation d'accueil et d'un diagnostic** selon les modalités suivantes :

1. Rencontre d'un chirurgien gynécologue pour un examen clinique et la réalisation de biopsies si besoin.
2. Des examens complémentaires sont organisés dans un délai rapide afin d'établir le diagnostic et le stade de la maladie.
3. Rencontre d'une infirmière d'annonce afin d'organiser au mieux la prise en charge thérapeutique et les soins associés.

La chirurgie spécialisée est réalisée le plus souvent par voie mini-invasive.

Actuellement, la chirurgie est réalisée au CHU de Toulouse ou à l'ICR par un chirurgien du centre hospitalier de Montauban (convention de coopération à 20%). Le souhait du centre hospitalier de Montauban est de réaliser des prises en charge chirurgicales simples sur le CH de Montauban pour que les patientes soient au plus proches de leur domicile, mais également pour permettre de réduire les flux se rendant sur les sites toulousains et donc la saturation de ceux-ci. Leur saturation, notamment sur les plages de blocs opératoire, entraîne actuellement une perte de chance compte tenu de l'allongement des délais de prise en charge.

Pour les chirurgies plus complexes comme le cancer de l'ovaire ou les cancers plus étendus, les patientes seront prises en charge sur le site de l'Oncopôle.

La volonté de coopération et de coordination entre le CHU de Toulouse, l'ICR et le CH de Montauban consiste bien à préserver une offre publique de proximité et à mettre en place une prise en charge graduée : la chirurgie pour les cancers précoces et la chirurgie pelvienne prophylactique sur le centre hospitalier de Montauban ; les chirurgies plus complexes sur le site de l'Oncopôle.

Le Centre Hospitalier de Montauban dispose d'un bloc opératoire adapté à la prise en charge de ces patientes. Par ailleurs, l'établissement dispose d'un service de Réanimation mais également de chirurgiens digestifs (3 ETP).

Les traitements adjuvants (chimiothérapie – thérapies ciblées – hormonothérapie) sont effectués par l'équipe d'oncologues du Centre Hospitalier de Montauban ou au plus près du domicile des patientes. La radiothérapie est réalisée à la clinique du Pont de Chaume, le radiothérapeute de la clinique participe à la RCP.

### **Le suivi après cancer**

Un examen clinique pluriannuel pendant les 5 premières années : une surveillance alternée est réalisée par les chirurgiens gynécologues du CH et les médecins oncologues/radiothérapeutes, puis l'examen devient annuel.

Des examens complémentaires peuvent également être réalisés si nécessaire.

En cas de situation à risque héréditaire, avec ou sans cancer : une consultation d'oncogénétique peut être proposée.

### **c) Objectif 3 : améliorer la communication sur l'offre publique**

Le centre hospitalier de Montauban doit largement améliorer sa communication sur son offre de soins dans ce domaine d'activité dans l'hypothèse où l'autorisation serait accordée à l'établissement. L'offre publique doit être rendue plus lisible, une coordination des parcours des patientes doit être structurée notamment avec le CHIC de Moissac.

Les liens avec la médecine de ville doivent donner lieu à une structuration de la communication des protocoles, avec une plaquette d'information et la mise en place d'EPU.

### **d) Améliorer l'accès à la recherche clinique et aux thérapies innovantes**

Le centre hospitalier de Montauban bénéficie d'un attaché de recherche clinique à temps plein depuis plusieurs années. Cette ressource est mise à la disposition des praticiens pour la gestion des protocoles de recherche, à tous les stades du processus.

Par ailleurs, le CH de Montauban est membre de coordination hospitalière en recherche dont le chef de file est le CHU de Toulouse. Cette entité recherche à vocation notamment à diffuser la recherche clinique au plus près de l'ensemble des territoires.

Cette coopération est complémentaire à la convention de partenariat avec l'IUCT-Oncopôle.

La volonté de l'établissement s'inscrit dans une dynamique de relance de l'activité de recherche après les difficultés liées à la crise sanitaire du COVID et aux difficultés d'intégration des patients dans des protocoles.

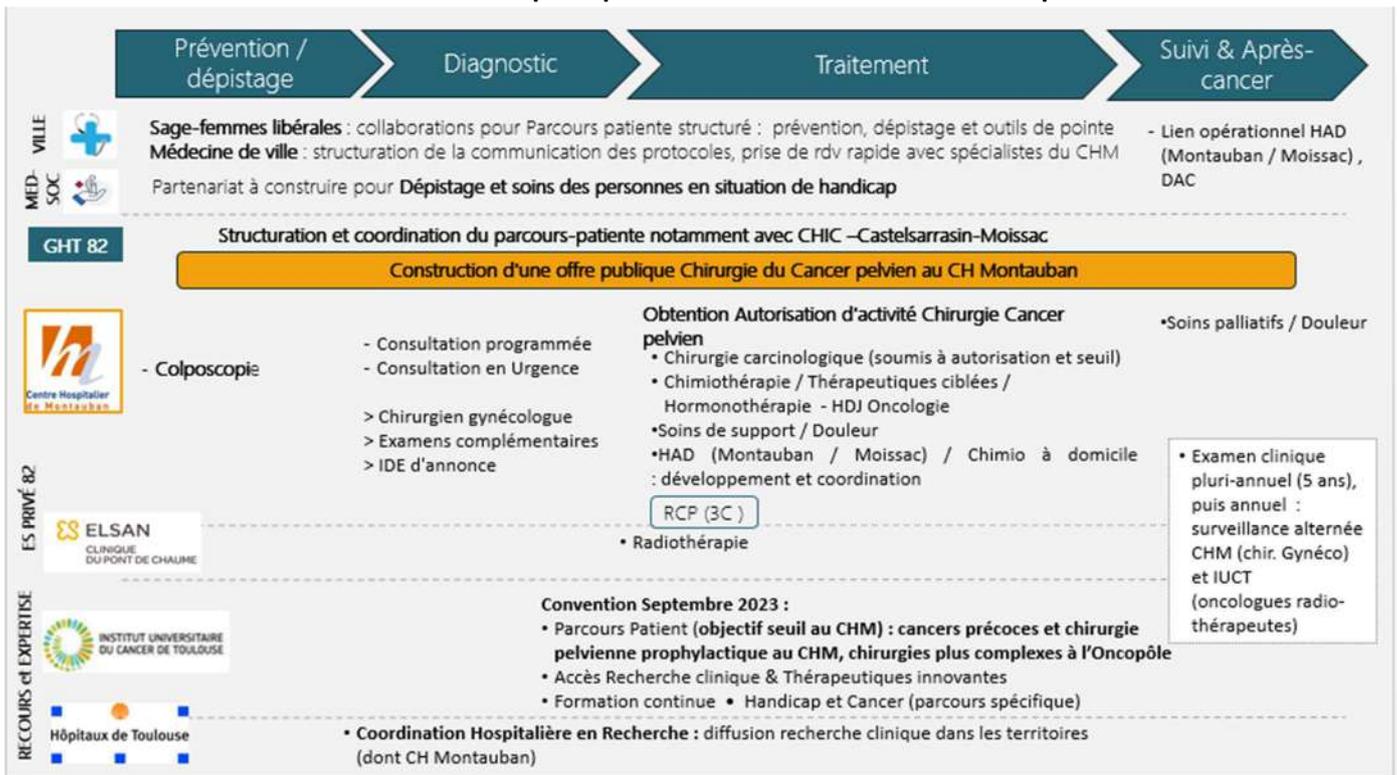
## **3. Positionnement territorial**

Au-delà des établissements partie au GHT et à la structuration du parcours des patientes dans et entre les établissements, le CH de Montauban souhaite également prendre l'attache des structures médico-sociales du département pour permettre l'accès au dépistage et aux soins des personnes en situation de handicap. Un partenariat doit se nouer entre ces structures.

La mise en place d'actions est également prévue avec les sages-femmes libérales pour le dépistage et les le développement d'un parcours patient structuré avec des outils de pointe. D'ailleurs, le centre hospitalier de Montauban participe aux campagnes d'information, de sensibilisation à la prévention et au dépistage.

La collaboration avec l'HAD du CH de Montauban ou de Moissac et le DAC sont opérationnels pour un relai ville hôpital gradué et adapté.

### Synthèse du parcours-patiente et des collaborations dans la future Offre publique du CH Montauban sur le Cancer pelvien



## EN SYNTHÈSE

Les sites toulousains sont saturés, ce qui entraîne des risques de pertes de chance pour les patientes dont les prises en charge sont simples.

Le PRS 2023 – 2028 ne prévoit qu'une autorisation pour la prise en charge des cancers du pelvis, sur le département de Tarn et Garonne.

L'offre publique de la partie ouest de la région Occitanie est toutefois très fragile (plus de chirurgien gynécologue dans le Lot)

Le chirurgien du centre hospitalier de Montauban atteint quasiment les seuils d'activité prévus par la réglementation en opérant à l'IUC-T les patientes du territoire dépistées au centre hospitalier de Montauban.

Le CH de Montauban porte l'ambition de structurer une offre publique pour la prise en charge des cancers du pelvis (autorisation) en partenariat avec le CHU et l'ICR (RCP, gradation de l'offre, ...)

## Le Pôle SAMU – urgences - réanimation

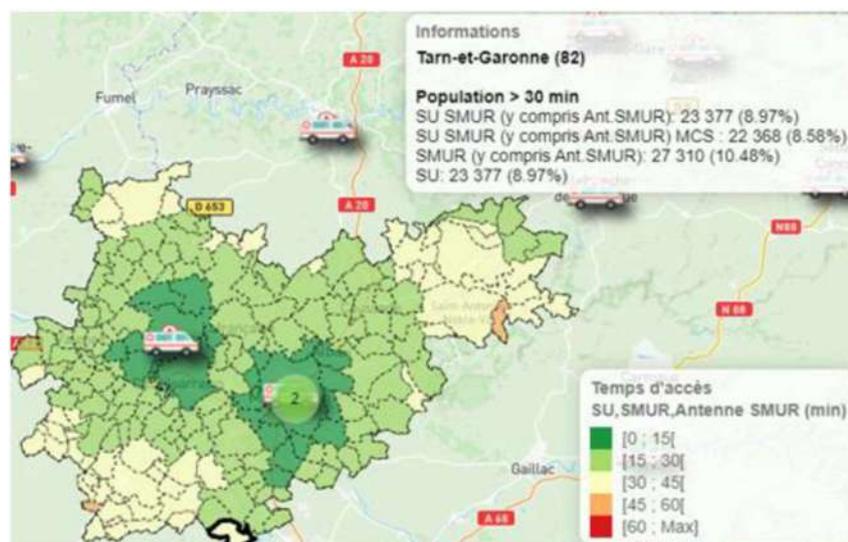
### La filière SAMU-SMUR–urgences-UHCD

#### I. Présentation de la filière urgences : contexte et offre actuelle

##### 1. Etat des lieux de la filière

###### a) *Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources*

Le département du Tarn-et-Garonne dispose de 3 services d'urgences (SU) (2 publics, 1 privé) dont un établissement siège du SAMU, le Centre Hospitalier de Montauban, et 2 sites de SMUR.



Représentation des SU du Tarn et Garonne - CCAR

En 2023, sur 52.780 passages aux urgences dans les 3 SU du Tarn et Garonne, la répartition des passages est de 61 % pour le CH de Montauban, 24 % pour la clinique du Pont de Chaume et 15 % pour le CHI Castelsarrasin-Moissac.

Depuis la sortie de la crise sanitaire, les établissements de santé et, plus particulièrement les services d'urgences, font face à une crise des ressources humaines essentiellement médicales. Cette tendance était observée depuis 2019 mais elle s'est exacerbée depuis la pandémie COVID19 et l'attractivité constitue le défi majeur des services d'urgences, afin de maintenir une offre de soins à des populations parfois vulnérables, et sans médecin traitant.

L'organisation médicale dans les services d'urgences et au SAMU en Tarn et Garonne est originale à plusieurs titres :

une fédération médicale inter-hospitalière depuis 2000 (FDUH82) comprenant le CH de Montauban et le CHIC de Moissac,  
une régulation supra départementale de l'aide médicale urgente en nuit profonde entre les SAMU 46 et 82  
un site unique de réception et de régulation des appels d'urgence santé (15/116-117), social (115) et secours (18-112).  
La régulation exclusive des admissions dans les SU du GHT82 par le SAMU-SAS depuis le 1er juillet 2022

Le service actuel des urgences de l'hôpital de Montauban a été reconstruit en 2006. Il est dimensionné pour 20.000 passages par an.

L'analyse de l'activité au service des urgences de l'établissement démontre d'une part le sous dimensionnement des locaux avec un taux d'occupation horaire élevé et d'autre part les grandes difficultés d'aval avec un volume important de patients en attente de place et « hospitalisés aux urgences ».

Dès l'ouverture, son dimensionnement s'est avéré insuffisant et le service a fait l'objet de plusieurs chantiers de restructuration dont le dernier en 2023.

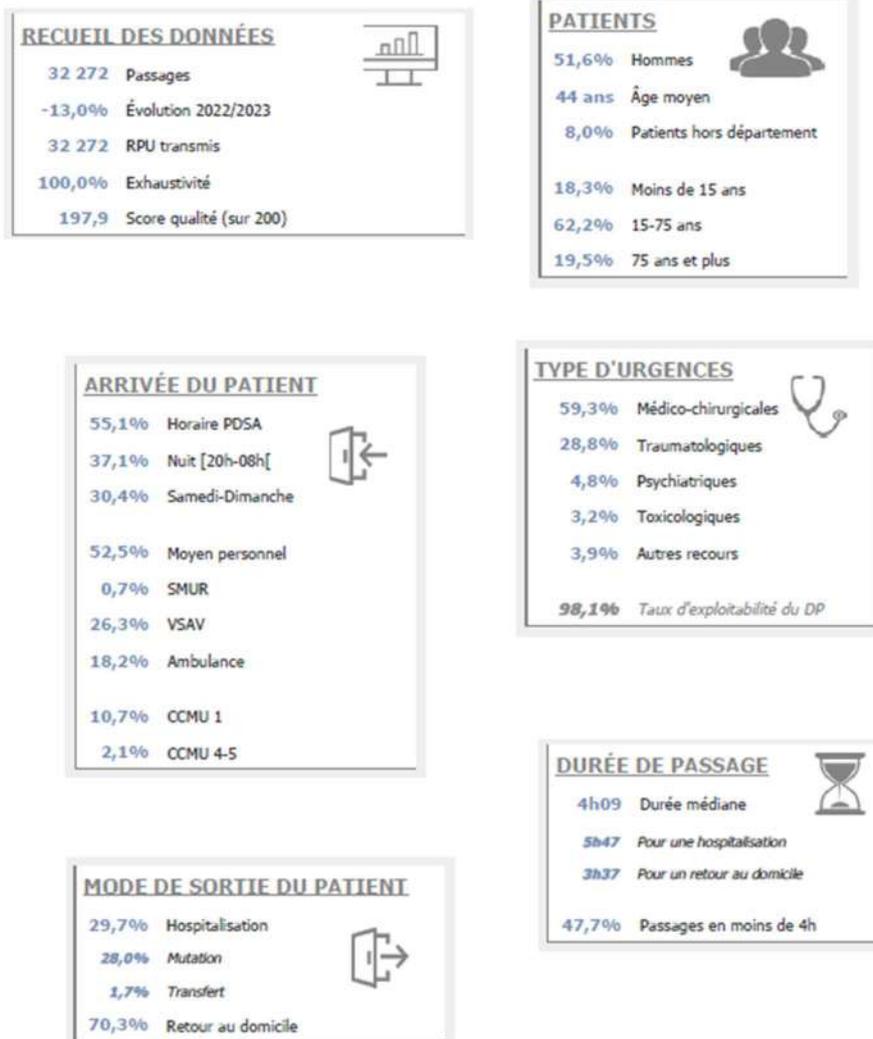
A ce jour, seule une évolution notable de la surface et de la configuration permettrait d'absorber le volume d'activité, y compris avec la mise en place d'un accès régulé H24.

Dans cet environnement fortement contraint, fonctionnant le plus souvent en organisation dégradée, il est impossible de garantir la qualité et la sécurité des soins.

Ce contexte génère également de mauvaises conditions de travail pour les personnels, diminuant l'attractivité du SU pour les médecins et les soignants.

**b) Chiffres d'activité, patients**

**CHIFFRES-CLÉS 2023**



Source : rapport ORU Occitanie 2023

**Pré-Hospitalier**

Le volume de dossiers de régulation médicale (DRM) a connu une augmentation majeure ces 3 dernières années passant de 78.000 en 2021, à 108.000 en 2022 et 125.000 en 2023. Cette augmentation est le corollaire attendu de nos nouvelles modalités d'admission exclusivement après régulation SAMU-SAS dans les SU du département.

La part des DRM régulés par la médecine générale/PDSA est importante et avoisine les 40% (chiffre 2023).

L'analyse qualitative des décisions médicales montre que seulement 10% des dossiers font l'objet d'une demande de consultation ou de visite par un médecin généraliste. 34% des DRM aboutissent à une intervention d'un effecteur.

Près de 125 000 Dossiers de Régulation Médicale ouverts en 2023, soit 15% d'augmentation après les 38% d'augmentation l'année précédente. 1 DRM sur 3 a abouti à une intervention d'un effecteur (SMUR, Médecin généraliste, VSAV ou Ambulance privée).

Près de 56 000 des appels régulés aboutissent à un conseil médical simple ou à un conseil d'orientation vers un professionnel de santé et pour la 4ème année consécutive il y a plus de conseils médicaux que de décisions "Intervention effecteurs". Il est à noter que le nombre d'ordonnances rédigées par la régulation de médecine générale ou de PDSA, en action principale, a augmenté de 40% après avoir doublé en 2022.

L'activité SMUR du site de Montauban est stable avec 1433 interventions annuelles dont 961 interventions primaires, 241 interventions secondaires et 231 transports infirliers interhospitaliers (TIH) .

L'activité SMUR du site de Moissac est en augmentation de 18.2% avec 532 interventions dont 503 primaires et 29 secondaires.

### Intra-Hospitalier

L'évolution du nombre total de passages au Service des Urgences du CH de Montauban (incluant les passages des patients partis sans soins) évolue à la baisse en raison de la mise en place depuis juillet 2022 d'une régulation exclusive des admissions aux urgences ; l'accès aux services d'urgences ne se faisant qu'après régulation par le SAMU SAS.

Le niveau d'activité de 2023 équivaut ainsi à celui de 2010 et l'analyse de la nature des passages démontre l'effet positif de la régulation avec, en analyse comparative à 2019, une diminution de 7 % des CCMU 1, une stabilité des CCMU 2 et une augmentation de 6 % des CCMU 3.

L'analyse comparative 2019/2023 démontre également :

- une augmentation de 4,5 % des passages de plus de 75 ans,
- une saturation permanente de l'occupation des box générant quotidiennement un nombre important de patients « brancards » en attente de prise en charge.
- la présence régulière d'un nombre important de patients « hospitalisés » aux urgences, par manque de lits d'aval

Le taux d'occupation de l'UHCD et de l'UHCD Psychiatrique est en permanence supérieur à 100%.

## 2. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Projet médical de territoire	
Projet	Etat d'avancement
<ul style="list-style-type: none"> <li>Création d'une plateforme de régulation 3S Santé Social Secours</li> <li>Réception et régulation sur un même site des appels d'urgence 15/116-116/115/18-112j</li> <li>En 3 phases, la phase terminale consistant en l'expérimentation d'un numéro unique santé social secours et la formation d'un nouveau métier : opérateur polyvalent</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Phase 1 achevée : site de réception et de régulation unique achevé, acculturation commune avec partage des informations et des compétences</li> <li>Staffs pluridisciplinaires 3S opérationnels bimestriels et comité de suivi</li> <li>Repérage actif de la précarité et de la maltraitance avec intervention des services sociaux</li> <li>Poursuite confirmée par l'ensemble des acteurs lors des comité de pilotage et renforcée par le projet d'extension/reconstruction des locaux</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Modernisation du service des urgences</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Travaux de restructuration architecturale de l'UHCD</li> <li>Mise en place d'une zone de soins d'attente de 4 brancards</li> <li>Restructuration du circuit court avec mise en place de 2 box d'exams polyvalents supplémentaires, une zone de soins d'attente et un bureau médico-soignant</li> <li>Déplacement de l'office des personnels à l'étage des urgences</li> <li>Restructuration de l'étage des urgences avec agrandissement de l'office des personnels et création d'une salle de réunion</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Organisation territoriale des SMUR primaires et secondaires en garantissant un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SMUR territorial en place sur le GHT82 avec harmonisation des protocoles, du matériel sur les 2 sites de SMUR</li> <li>mise en place de l'équipe TIIH sur le site de Montauban</li> <li>projet d'équipe mutualisée UMHP et TIIH sur le site de Moissac</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Enseignement et formation à la prise en charge de l'urgence en établissement de santé pour l'ensemble des acteurs du territoire grâce au développement du CESU-Ce SimSU 82</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mutualisation des équipes de formation du CESU et du laboratoire de simulation</li> <li>Modernisation des équipements et des locaux par une collaboration avec l'IFMS 82</li> </ul>

Projet d'établissement 2022-2026	
Projet état	Etat d'avancement
Créer une unité d'aval des urgences ayant pour mission du post urgence / médecine polyvalente	Dossier porté par le pôle des médecines en collaboration avec le pôle SUR et bien identifié dans le projet médical du pôle SMR Gériatrie
Organiser l'accueil des urgences pédopsychiatriques à l'USMPA	Projet d'actualité sans solution à ce jour en raison de la configuration architecturale
Mettre en œuvre le SAS et expérimenter l'IA dans les process de régulation médicale	SAS démarré officiellement le 08/02/2024 IA en régulation médicale à expérimenter sous la forme d'étude
Assurer le SMUR Territorial et IPA en préhospitalier	Choix de démarrer par l'UMHP de Moissac en juin 2024 puis extension à Montauban L'IPA urgence est un projet validé par l'établissement mais non prioritaire en 2024 / IPA psy et IPA gériatrique
Développer un laboratoire de simulation au sein du CESU - CenSimSU 82	Travaux de collaboration en cours avec l'IFMS
PF3S Poursuivre l'expérimentation Plateforme Santé Social Secours	Phase 1 stable ; phases 2 et 3 mises en attente de l'évolution surfacique de la P3S

### 3. Matrice S.W.O.T.

#### SAMU - SAS

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutualisation des RH médicales dans le cadre de la FDUH82</li> <li>• Régulation exclusive des admissions aux urgences permettant de recentrer les personnels sur leur cœur de métier et de diminuer les délais d'attente aux urgences</li> <li>• Polyvalence des activités SMUR et urgences et mutualisation des personnels médicaux et paramédicaux</li> <li>• Dispositif Plateforme3S Santé Social Secours: site unique de réception et de régulation des numéros d'urgence santé (15/116-117), social (115) de secours (18-112). Expérimentation en 3 phases la phase terminale consistant</li> <li>• Partenariat avec la régulation de médecine générale (association RML82) en journée de semaine et den horaires PDSA</li> <li>• Régulation de l'Aide Médicale Urgente supra départementale 46/82 (partage de la pénibilité, sécurisation réciproque et amélioration de la qualité de la réponse en nuit profonde)</li> <li>• Dispositif SAS complet</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombreux postes médicaux vacants avec difficultés de recrutement, comme sur le plan national</li> <li>• Certification obligatoire des ARM qui limite les possibilités de recrutement</li> <li>• Locaux non adaptés pour les différentes activités</li> <li>• Difficulté à désigner le porteur financier de l'extension surfacique de la P3S et de sa reconstruction validée en comité de suivi préfectoral</li> <li>• Absence de bed manager (cellule de gestion des lits) Hospitalisation des mineurs à l'UHCD psychiatrique mixte (adultes et enfants)</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Extension/reconstruction des locaux de la plateforme validée en comité de suivi préfectoral</li> <li>• Partenariats avec le SAS : social/psychiatrie/ plateforme personnes âgées/DAC (dispositif d'appui et de coordination) visant à la mise en place d'un véritable pôle psycho social de la PF3S, à l'optimisation du parcours des soins des patients âgés et des patients complexes dès l'appel au SAMU-SAS.</li> <li>• Déploiement des dispositifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unité Mobile Hospitalière Paramédicale permettant une réponse graduée à l'urgence pré hospitalière et de valoriser le temps médical</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragilité des RH médicales de l'association de régulation de médecine libérale RML82 relative à la pyramide des âges des effectifs (retraités à 80%)</li> <li>• Postes vacants nombreux sur toute la France.</li> <li>•</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Médecin Correspondant SAMU et Infirmier correspondant SAMU, partenaires libéraux du SAMU-SAS sur le territoire pour un maillage opérationnel en tous points du département</li> <li>• IPA</li> </ul>	
---	--

## SMUR

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SMUR territorial sur le GHT82</li> <li>• Polyvalence des activités SMUR et urgences et mutualisation des personnels médicaux et paramédicaux et harmonisation des procédures et matériels</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources humaines en urgentistes très fragiles comme sur le plan national avec le risque de suspension de ligne de SMUR</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiement des dispositifs : <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Unité Mobile Hospitalière Paramédicale permettant une réponse graduée à l'urgence pré hospitalière et de valoriser le temps médical</li> <li>○ Médecin Correspondant SAMU et Infirmier correspondant SAMU, partenaires libéraux du SAMU-SAS sur le territoire pour un maillage opérationnel en tous points du département</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ressources humaines en urgentistes très fragiles comme sur le plan national avec le risque de suspension de ligne de SMUR</li> </ul>

## Urgences – UHCD – UHCD psychiatrique

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mutualisation des RH médicales dans le cadre de la FDUH82</li> <li>• Régulation exclusive des admissions aux urgences permettant de recentrer les personnels sur leur cœur de métier et de diminuer les délais d'attente aux urgences</li> <li>• Polyvalence des activités SMUR et urgences et mutualisation des personnels médicaux et paramédicaux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Locaux saturés, enclavés et sectorisés géographiquement.</li> <li>• Gestion des flux non optimale par défaut de zones de transit et de box d'examen</li> <li>• Absence d'unité d'aval post urgence</li> <li>• Capacitaire d'aval en lits de l'établissement non en adéquation avec le BJML (besoin journalier minimal en lits)</li> <li>• Absence de bed manager</li> <li>• RH en médecins urgentistes <ul style="list-style-type: none"> <li>• Investissement</li> <li>• Absence d'unité dédiée à l'accueil et l'hospitalisation pédopsychiatrique à l'UHCD psychiatrique</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de local dédié à l'accueil des familles (annonce / Mort Inattendue du Nourrisson/ deuil..)</li> <li>• Absence de lieu dédié au dépôt de plainte aux urgences pour les femmes victimes de violence</li> </ul>
<b>OPPORTUNITÉS</b>	<b>MENACES</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Déploiement de l'IPA urgences</li> <li>• Création d'une Unité Post Urgences</li> <li>• Déploiement de l'IDE de régulation psychiatrique mutualisée avec l'activité IDE de l'UHCD psy afin de limiter les passages aux urgences pour les patients psychiatriques</li> <li>• Mise en place d'une filière gériatrique             <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mise en place d'une maison médicale de garde en horaires de PDSA à proximité du SU</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fermeture totale ou passage en antenne d'urgence du service d'urgences de la clinique du Pont De Chaumes</li> <li>• Ressources humaines en urgentistes très fragiles comme au plan national avec le risque de suspension de ligne de d'urgence</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

Le schéma territorial de santé 2023-2028 prévoit des objectifs quantitatifs de l'offre de soins qui maintiennent l'offre existante sur le département.

Ces objectifs quantitatifs de l'offre de soins sont établis à droit constant. Une évolution des textes d'autorisation de médecine d'urgence pourrait conduire notamment à la création des antennes de médecine d'urgence. Ces évolutions réglementaires doivent entraîner une révision partielle du PRS sur la partie médecine d'urgence et une revue des implantations dans chaque territoire.

Les services d'urgence du département sont en grande difficulté du fait du manque de professionnels (notamment urgentistes) malgré la constitution en fédération des urgences pour les équipes publiques.

Les tensions RH rencontrées par les SU du département font peser un risque sur le fonctionnement et la pérennité de certaines structures au cours des 5 prochaines années et donc sur le maillage départemental de l'offre de médecine d'urgence. C'est pourquoi le développement et la consolidation de l'équipe médicale territoriale des urgences doivent être promus, et la fédération des urgences du 82 consolidée.

La mise en place des antennes de médecine d'urgence (selon les possibilités ouvertes par l'évolution du droit des autorisations) permettrait de réduire ce risque.

Le déploiement du Service d'Accès aux Soins avec la consolidation d'une offre de soins non programmés dans les CPTS et les établissements est une priorité pour diminuer le taux de recours aux urgences, proposer une offre de soins en proximité sans saturer les urgences et ainsi se prémunir de ce risque.

## 2. Orientations retenues – axes de développement

### a) *Objectif 1 : Améliorer les parcours patients (fluidité) au sein du CH de Montauban*

Le décret 2023-1374 du 29 décembre 2023 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de médecine d'urgence impose aux établissements du support de GHT la mise en place, au plus tôt, de la fonction de Bed manager, afin d'orchestrer les flux depuis les services de réanimation, soins critiques, médecine et chirurgie vers les services de délestage et d'aval du territoire.

L'ARS Occitanie précise le profil adapté pour assurer cette fonction : un profil soignant, idéalement cadre supérieur de santé, membre de la cellule de crise de l'établissement chargé de gérer les capacités d'hospitalisation, assisté d'un agent administratif.

Il est l'interlocuteur des personnes référentes de la gestion des flux des cellules de crise de toutes les structures partenaires du territoire (cliniques, hôpital de proximité, SSR).

Il est également sollicité pour une recherche de lit par un médecin hospitalier suite à un échange téléphonique avec un médecin du premier recours pour une admission non programmée directe dans les services des soins. La mission est à assurer en journée, de 9h à 19h en semaine et les week-ends.

Cette mission prend toute son importance dans le contexte actuel pour optimiser les flux dans le SU du CH de Montauban et limiter les « hospitalisations aux urgences ». La mise en place du Bed Management sera un élément d'amélioration de la QVT et de l'attractivité médicale.

Le CH de Montauban a récemment recruté un cadre de santé missionné pour mettre en place le Bed Management Territorial.

### b) *Objectif 2 : Optimiser les pratiques coopératives inter-sites et partenariales dans le cadre du dispositif "hôpital en tension"*

**La question de l'aval des urgences constitue la difficulté majeure de la pratique quotidienne des médecins urgentistes.**

Celle-ci recouvre plusieurs problèmes, allant de l'accessibilité des plateaux techniques hospitaliers au manque de lits disponibles dans les services spécialisés, en passant par la pénurie de places dans les structures de prise en charge extrahospitalières (s'agissant principalement des personnes âgées ou des personnes handicapées).

L'enjeu de la prise en charge en aval des urgences est double : il s'agit non seulement d'assurer le désengorgement des urgences, mais également de garantir immédiatement le bon aiguillage des patients vers la structure spécialisée adéquate, de manière à éviter le retour aux urgences et les hospitalisations multiples.

**En l'absence de solutions, l'ajustement passe le plus souvent par l'allongement des délais d'attente, par une hospitalisation en UHCD, mais également par des retours à domicile inappropriés.** En outre, dans 13 % des cas en moyenne (et 38 % des cas où plusieurs appels ont été nécessaires), les patients se trouvent hospitalisés dans un service non adapté.

Le recours à un BED MANAGER suppose une importante **évolution de la culture hospitalière**, dans une double direction de **décloisonnement**.

En premier lieu, la centralisation de la gestion des lits suppose que celle-ci ne se fasse plus au sein des services et dans le seul intérêt de ces derniers, mais que les informations soient transmises, de manière verticale, au BED MANAGER, qui reçoit et traite à la fois les besoins et les disponibilités en lits pour l'ensemble de l'établissement.

En second lieu, le décloisonnement doit se faire de manière plus horizontale, par l'instauration d'un réflexe d'entraide entre les urgences et les services spécialisés d'un établissement.

Afin d'assurer un fonctionnement optimal de cette approche, il est particulièrement important de **s'assurer que le gestionnaire de lits ait effectivement autorité sur leur affectation**, afin de mettre fin à la perception selon laquelle les chefs de services seraient « propriétaires » des ressources d'hospitalisation de leurs services.

### **c) Objectif 3 : Améliorer la gestion des flux des patients dans le SU et organiser des filières de soins spécifiques**

Au cours des 20 dernières années, le volume et le type des patients accueillis dans les services d'urgences s'est métamorphosé :

- Doublement du nombre des passages dans tous les SU,
- Grande diminution des motifs traumatologiques graves (essentiellement due à la politique de prévention routière et de sécurisation des véhicules),
- Augmentation majeure des motifs de recours relevant des soins non programmés non urgents par la diminution du nombre et de la disponibilité des médecins généralistes de ville,
- Prise en charge des pathologies du grand âge de type cardio vasculaire, neurologique, conséquence du vieillissement de la population et des résidents des EHPAD par défaut de présence médicale ou paramédicale dans ces établissements,
- La crise sanitaire COVID a fait reprendre conscience de l'importance des circuits différenciés permettant d'isoler des patients contagieux et d'avoir la capacité de disposer d'organisations flexibles et de locaux modulables.

Ces bouleversements démographiques et sociétaux ont pour conséquence un engorgement chronique des services d'urgences.

Il est donc impératif de modifier nos organisations de travail et de gestion des flux des patients afin de faire face aux difficultés de l'amont et de l'aval en matière de médecine d'urgence et d'accueil des soins non programmés :

- Vieillissement de la population,
- Déserts médicaux,
- Diminution du capacitaire en lits des établissements de santé.

Ces éléments imposent de mettre en œuvre de nouvelles unités d'hospitalisation, complémentaires aux UHCD, en aval des services d'urgence :

- Unité post urgence médicale et psychiatrique
- Unité post urgence gériatrique (projets SMR et filière Gériatrique)

- **La gestion des flux au sein du SU**

En matière de gestion des flux, les **organisations type « Marche en avant »** permettent une diminution des durées de prise en charge et une optimisation de l'utilisation des ressources médicales et paramédicales.

La marche en avant, comme son nom l'indique, est un concept basé sur le principe que le patient ne revient jamais en arrière, dans la salle d'attente, par exemple. Cette organisation repose sur la multiplication de zones d'attente, de transit permettant d'optimiser l'occupation des box d'examen.

Les incontournables de ce concept sont :

- Un accueil médical puissant
- Des ressources médico-soignantes qui sont réparties suivant le niveau de soins requis par les patients pendant leur parcours aux urgences
- Un travail en équipe
- Des processus sécurisant la prise en charge médico-soignante à chaque étape du parcours du patient dans les urgences, évitant les redondances et les ruptures de tâches.
- La sécurisation des urgences

Les IPA en médecine d'urgence vont intégrer nos organisations en permettant de créer des circuits courts pour des motifs de recours et pathologies bien définis. Ces professionnels auront les compétences pour prendre en charge, de manière autonome, des patients admis au SU.

- **Les filières**

S'agissant des populations particulièrement vulnérables accueillies dans les services d'urgences, on identifie la nécessité de filières spécifiques, en particulier pour **les mineurs**, la **population gériatrique** et pour les patients présentant une problématique **psychiatrique**.

⇒ **Concernant les patients âgés, l'enjeu majeur aux urgences est d'éviter de majorer la morbi-mortalité suite à l'admission dans un SU.**

L'étude "No bed night" coordonnée en novembre 2023 par Mélanie Roussel du CHU de Rouen et Yonathan Freund de l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière et publiée dans le JAMA Internal Medicine, démontre que le fait de passer la nuit aux urgences, dans l'attente d'un lit d'hospitalisation, a été associé à un risque de mortalité hospitalière significativement accru de 39 %, dans une étude de cohorte prospective française menée chez des patients de 75 ans et plus.

La majorité des patients de 75 ans et plus entrent à l'hôpital par un service urgences et nécessitent une expertise gériatrique.

L'arrivée aux urgences, événement stressant pour de nombreuses personnes âgées, requiert le développement de compétences médico-soignantes spécifiques.

Un des enjeux est la prévention des décompensations et des syndromes gériatriques, avec les répercussions sur l'autonomie fonctionnelle et sur le devenir.

La circulaire Dhos/02 no 2007- 117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques définit l'obligation de faire bénéficier les équipes soignantes de l'avis d'une équipe mobile de gériatrie (EMG)

dans tous les services, y compris aux urgences où une prise en charge gériatrique précoce est préconisée.

Le sujet âgé arrive en effet souvent seul avec une lettre de son médecin. La connaissance de la réalité médicosociale du patient est partielle.

C'est la raison pour laquelle le rôle d'interface ville-hôpital exercé par l'EMG favorise la communication et le recueil de données auprès des différents intervenants (urgentistes, médecin traitant, coordination gérontologique, service social, référents à domicile, malade et famille). L'analyse qui en ressort permet d'émettre des propositions thérapeutiques et d'orientation.

Une filière gériatrique bien structurée et bénéficiant de locaux dédiés au sein des services d'urgences, permettant l'intervention de gériatres, d'équipes mobiles de gériatrie et ou IPA en gériatrie, renforce l'articulation ville-hôpital avec une intervention très précoce, soulageant les services d'urgences, limitant les hospitalisations inappropriées et permet une meilleure insertion du patient dans la bonne filière au regard de son besoin de soins.

Un circuit « court » d'ortho gériatrie peut être identifié au sein de la filière gériatrique en lien avec les équipes de chirurgie orthopédique du centre hospitalier.

L'aval de la filière gériatrique aux urgences impose la mise en place d'une unité post urgence gériatrique en complément du service de court séjour gériatrique ou de médecin polyvalente.

⇒ **Les patients présentant une problématique psychiatrique nécessitent un accueil et un environnement spécialisé dans la mesure où le discernement peut être altéré, générant des situations de tension extrême pour le patient et les équipes soignantes.**

Les épisodes d'agitation aigüe ou d'hétéro-agressivité peuvent mettre en jeu la sécurité de ces mêmes patients et soignants.

La collaboration entre médecin urgentiste et psychiatre est essentielle car les pathologies psychiatriques peuvent être comorbides de pathologies non-psychiatriques ou inaugurer ces dernières.

Certains syndromes psychiatriques ont une origine organique, toxicologique ou iatrogène.

Une filière psychiatrique aux urgences doit permettre d'inclure les patients à présentation psychiatrique aigüe dans un parcours de soin adapté.

La filière psychiatrique démarre en pré hospitalier avec la présence d'un IDE psychiatrique dans le CRRRA 15 du SAMU-SAS.

Ce professionnel, qui doit connaître parfaitement le maillage départemental des ressources en soins psychiatriques en établissement de santé ou en ville, traite les appels identifiés par les ARM selon des protocoles bien définis, sous la responsabilité du médecin régulateur AMU et du psychiatre présent aux urgences ou d'astreinte.

L'objectif principal de la présence de ces professionnels au sein des SAMU-SAS est d'éviter un passage aux urgences afin d'orienter, dès l'appel, les patients dans le bon parcours de soins et vers la structure la plus adaptée à son état de santé : service d'urgence, consultation en CMP...

Au sein du service des urgences, une unité d'accueil des urgences psychiatriques mutualisée avec l'activité d'UHCD psychiatrique est identifiée avec pour missions :

- Evaluer et orienter des patients en collaboration avec la régulation et l'infirmier organisateur de l'accueil (IOA).
- Accueillir des patients nécessitant une évaluation ou une consultation psychiatrique en urgence.
- Entretien d'évaluation psychiatrique et de recueil d'informations auprès du patient et des proches.
- Réaliser des soins prescrits et organiser le devenir du patient en collaboration avec le psychiatre et l'urgentiste.

L'unité assure également les missions d'une unité d'hospitalisation de courte durée :

- Installer en chambre, réaliser des soins et examens psychiques et physiques prescrits.
  - S'adapter à l'évolution de l'état clinique du patient.
  - Assurer les soins propres notamment l'alimentation, le relationnel, les soins d'hygiène et de confort en assurant la sécurité du patient.
- Constituer le dossier de soin personnalisé avec transmissions narratives détaillées et recueil de données.

Comme l'UHCD somatique, l'UHCD psychiatrique a un rôle primordial dans la gestion des flux des patients de nos SU et permet l'intervention d'équipes mobiles. Pour les patients suicidants, en rupture thérapeutique ou crise clastique, une phase de mise en observation de 24h peut permettre d'éviter une hospitalisation en unité spécialisée.

Plus encore que pour la pathologie somatique, l'UHCD psychiatrique a un rôle fondamental dans l'articulation avec les dispositifs de sortie en renforçant le lien entre la ville et l'hôpital.

L'accueil des mineurs présentant une problématique psychiatrique est possible au sein de cette unité mais doit bénéficier de locaux dédiés et isolés de la population psychiatrique adulte dès le début de la prise en charge. Un personnel formé à la prise en charge des enfants et adolescents pourra être sollicité.

#### ⇒ La filière du patient mineur

Objectif : garantir des conditions de sécurité et de dignité pour l'accueil et l'hospitalisation des mineurs

Moyens : une filière mineurs identifiée dès l'accueil des urgences et une UHCD dédiée aux mineurs, totalement « étanche » à l'UHCD adulte, pouvant accueillir tous types de pathologies somatiques et psychiatriques pour une durée inférieure à 24 heures.

L'aval de la filière mineur consistera en une hospitalisation en pédiatrie ou à l'USAHC.

#### d) Objectif 4 : fluidifier le parcours des patients de psychiatrie adultes et prévenir la chronicité

Le patient admis en urgence peut nécessiter une hospitalisation (hors hospitalisation sous contrainte). En fonction des examens réalisés aux urgences et de sa situation, celui-ci peut être hospitalisé à l'UHCD psychiatrique pour une durée inférieure à 24 heures, dans une unité de post – urgence psychiatrique adulte ou dans une unité d'hospitalisation conventionnelle de psychiatrie.

#### ⇒ La prise en charge à l'UHCD psychiatrique adultes

L'U.H.C.D. a pour objectif d'améliorer l'accueil, la surveillance et la mise en sécurité immédiate de certains patients admis au sein du service des urgences pour des motifs de recours psychiatriques. Le séjour à l'U.H.C.D. est de **très courte durée, inférieur à 24h**.

L'UHCD psychiatrique adulte accueille des patients pour bénéficier d'une expertise psychiatrique, d'un temps d'observation, en vue d'un transfert vers une unité de soins ou d'un retour à domicile.

Pour être admis à l'UHCD, la Société Française de Médecine d'Urgence recommande que les patients soient identifiés comme appartenant à l'un des 3 groupes suivants :

- Groupe 1 : retour à domicile prévu dans les 24 heures,
- Groupe 2 : mise en observation avant orientation,
- Groupe 3 : en attente de lit d'hospitalisation conventionnelle disponible,

Exemples d'indications d'admission à l'UHCD psychiatrique

- Addictologie : consommation pathologique de toxiques (alcool, cannabis, benzodiazépines, cocaïne, opiacées...)
- Neurologie : démences avec trouble du comportement type agitation, hétéroagressivité et/ou risque de fugue en attente d'orientation
- Agitation psychomotrice liées à un trouble somatique/ivresse pathologique
- Intoxication médicamenteuse volontaire ne nécessitant pas de surveillance monitorée
- Décompensation psychiatrique aiguë (psychotique, anxiété, dépression, manie...)
- Troubles de l'humeur : syndrome dépressif, bipolarité, état maniaque ou hypo-maniaque...
- Crise suicidaire
- Trouble de la personnalité pathologique : état limite, histrionique, obsessionnel...
- Troubles anxieux
- Etat de stress post-traumatique, état de stress aigu
- Troubles psychotiques : schizophrénie décompensée, épisode psychotique aigu, trouble délirant chronique
- Troubles du comportement alimentaire avec mise en danger imminente
- Agitation psychomotrice, agressivité, auto-agressivité
- Trouble du comportement

Il est recommandé que ne soient pas admis en UHCD :

- les patients dont la pathologie est clairement identifiée et relevant à l'évidence dès l'accueil d'un service de spécialités,
- les patients instables nécessitant une surveillance monitorée

- les patients déjà hospitalisés. L'UHCD n'est pas, par définition, le lieu d'accueil des urgences intra-hospitalières ou des patients hospitalisés devenus instables.
- les patients « programmés » (attendus), même pour des durées inférieures à 24 heures.

Au plan de la responsabilité médicale, des prescriptions médicamenteuses et des mesures de contention et d'isolement :

- La responsabilité médicale est conjointe entre médecin urgentiste et psychiatre.
- Le psychiatre est responsable des prescriptions de contention et des mesures d'isolement. C'est le psychiatre qui pose l'indication d'un transfert dans une unité de psychiatrie.
- Le médecin urgentiste est responsable des prescriptions médicamenteuses relatives aux pathologies somatiques, il autorisera le retour à domicile en fonction de l'examen somatique.
- Les thérapeutiques médicamenteuses en psychiatrie peuvent être prescrites par le médecin urgentiste ou le psychiatre.

La décision de transfert vers un service de psychiatrie relève du médecin psychiatre présent sur place ou inscrit au tableau de garde ou d'astreinte.

Dans le cadre de l'urgence psychiatrique, le patient et ses proches doivent être informés de toutes les décisions prises dans le respect de la réglementation.

Si une hospitalisation sans consentement est nécessaire, elle sera prononcée à l'UHCD psychiatrique. L'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement se fait :

- soit sur décision du directeur de l'établissement de santé (SDDE) consécutivement à la demande d'un tiers, en urgence (SPDTU) ou non (SPDT)
- soit sans demande de tiers en cas de péril imminent (SPPI)

En cas d'hospitalisation sous contrainte prononcée avant le transfert du patient en psychiatrie, les modalités de transfert (surveillance par IDE psychiatrique, type d'ambulance, règles de mise en place de contention sur brancard et surveillance) se font selon une procédure écrite et validée par les médecins psychiatres et la direction de l'établissement.

La décision de retour à domicile est prise par le psychiatre présent, la responsabilité médicale est conjointe entre médecin urgentiste et psychiatre.

A sa sortie de l'UHCD psychiatrique, le patient sera informé des dispositifs existants pour le suivi ambulatoire : CMP de secteur, dispositifs spécifiques de suivi et l'orientation sera organisée depuis l'UHCD.

Le personnel médical et paramédical en poste dispose des compétences psychiatriques et médicales. Les avis spécialisés y sont possibles.

L'U.H.C.D. permet de surveiller l'évolution des symptômes sur les 24 premières heures d'une hospitalisation et de réaliser les examens complémentaires nécessaires à l'orientation du patient. L'unité dispose d'une présence médicale 24h/24, autorisant des examens cliniques répétés, des prises de décisions diagnostiques (accès au plateau médicotechnique), thérapeutiques ou d'orientation.

L'UHCD psychiatrique comprend aujourd'hui 5 lits. Dans le nouvel hôpital, ce capacitaire doit être porté à 6.

Une chambre carcérale complète ces 6 lits de l'UHCD psychiatrique adultes.

Comme l'UHCD somatique, l'UHCD psychiatrique a un rôle primordial dans la gestion des flux des patients des SU et permet l'intervention d'équipes mobiles.

Pour les patients en crise suicidaire, en rupture thérapeutique ou en phase d'agitation, un temps d'observation de 24h peut permettre d'éviter une hospitalisation en unité spécialisée.

Plus encore que pour la pathologie somatique, l'UHCD psychiatrique a un rôle fondamental dans l'articulation avec les dispositifs de sortie en renforçant le lien entre la ville et l'hôpital.

Pour certains profils de patients, l'UHCD n'est toutefois pas le lieu de prise en charge adapté, notamment au regard de la durée d'hospitalisation requise pour orienter le patient et permettre la prise en charge la plus adaptée.

⇒ **La prise en charge en unité de post – urgence psychiatrique adultes (UPUPA), sous la responsabilité du pôle de psychiatrie adultes**

L'unité de soins post-urgence psychiatrique (UPUPA) accueille des patients adultes en situation de crise.

Les indications d'une hospitalisation au sein de l'UPUP sont essentiellement :

Les crises psychosociales, chez les personnes sans antécédent psychiatrique soumis à des facteurs de stress débordant leurs capacités d'adaptation

Les crises psychopathologiques, chez les personnes avec ou sans antécédents de troubles psychiques, en situation de décompensation aiguë nécessitant une hospitalisation courte ou des explorations somatiques complémentaires

Les crises psycho traumatiques, chez les personnes ayant été victimes d'un événement traumatique.

L'UPUPA a pour objectif de désamorcer les situations de crise et **permet une alternative aux hospitalisations conventionnelles en milieu psychiatrique (pour les premiers épisodes psychotiques, crises suicidaires, troubles de l'adaptation...)**. Elle permet d'organiser une réponse rapide à l'émergence des troubles et de favoriser une prise en charge ambulatoire dans un second temps, afin de prévenir la chronicisation et les perdus de vue, chez une population vulnérable (jeunes adultes notamment). Ce temps d'observation et d'apaisement permet une meilleure orientation du patient en étant au plus près des dispositifs ambulatoires d'aval (Consultations de Crise et de Psychotrauma, Dispositif 15-25, HAD psychiatrique) venant prendre un premier contact avec le patient dans l'unité.

Les soins sont assurés par une équipe pluridisciplinaire composée de soignants formés à l'intervention de crise, de médecins psychiatres, d'une assistante socio-éducative et d'une psychologue.

A l'issue d'un séjour à l'unité de soins post-urgence psychiatrique adulte, le patient pourra être orienté vers un retour à domicile avec une orientation éventuelle vers un suivi psychologique et/ou psychiatrique ambulatoire, une hospitalisation de jour ou un prolongement des soins en unité d'admission conventionnelle.

La coopération avec les Centres Médico-Psychologiques, les médecins généralistes, les psychiatres et psychologues libéraux reste primordiale pour organiser le retour à domicile des usagers.

L'UPUPA ne peut admettre

- Des patients avec une problématique somatique (alcoolisation aigue, intoxication médicamenteuse volontaire, ...). Les urgences du centre hospitalier de Montauban resteront le lieu d'adressage de ces patients.
- Les patients de plus de 75 ans
- Les patients mineurs
- Les patients hospitalisés sous contrainte

Cette unité placée sous la responsabilité d'un psychiatre et qui sera rattachée au pôle de psychiatrie adulte sera dans le nouvel hôpital une unité de 14 lits.

Dans un souci de bonne gestion de la prise en charge, et parce que ces patients nécessiteront des examens complémentaires et donc un accès au plateau technique du MCO, le service devra être localisée sur le site du nouvel hôpital.

Cette implantation dans le MCO doit en effet permettre de limiter le volume des ressources soignantes déportées sur une mission de transfert et d'accompagnement des patients entre les différents sites du Centre hospitalier, dans une logique de rationalisation et d'optimisation du temps soignant.

L'UPUPA permettra d'améliorer le parcours patient et de diminuer le nombre d'hospitalisations complètes et longues.

#### **e) Objectif 5: Favoriser l'attractivité des personnels médicaux**

La fédération des urgences hospitalière du Tarn et Garonne fait face, depuis 2 ans, à une forte pénurie de médecins.

Plusieurs mesures ont été mises en œuvre progressivement depuis le mois de décembre 2021 pour faire face aux tensions sur les ressources médicales de la FDUH82 :

- La fermeture des urgences de l'hôpital de Moissac entre 20h et 8h avec maintien du SMUR H24 et mutualisation de l'activité urgences-SMUR en journée
- La suspension de la 2ème ligne de SMUR midi-minuit sur le site de Montauban
- La suspension la ligne UHCD avec la réduction du capacitaire de l'UHCD somatique afin que les 4 lits soient au sein du service des urgences
- La régulation H24 de l'accès aux urgences depuis juillet 2022

Ces adaptations organisationnelles ne permettent pas de stabiliser l'équipe médicale ni de retrouver une attractivité suffisante et la FDUH82 a engagé début 2024 une démarche d'audit auprès de la SFMU pour identifier les leviers potentiels d'évolutions à mener pour restaurer l'attractivité médicale.

#### **f) Objectif 6 : La formation et l'accès à la recherche, à l'innovation**

La formation des étudiants en médecine prendra une envergure nouvelle avec l'arrivée prochaine des chefs de clinique en médecine d'urgence et viendra étoffer notre dispositif de formation déjà complet sur le plan des étudiants et internes en médecine (médecine d'urgence et médecine générale).

Le SAMU-SAS82 est partenaire du CFARM du CHU de Toulouse en tant que terrain de stage des ARM.

En matière d'innovation, l'intelligence artificielle (IA) intégrera nos organisations en matière d'aide à la décision dans les process de traitement des appels au SAMU et d'aide à la catégorisation des patients à l'accueil des urgences : triage en fonction des critères de gravité.

L'IA permettra de croiser des indicateurs prédictifs de l'activité des SU en fonction du contexte environnemental (conditions climatiques, épidémies...) et en fonction de l'activité au SAMU.

La proximité avec le CHU de Toulouse doit dynamiser notre démarche de recherche clinique avec la participation à des études multicentriques et au PHRC (programme hospitalier de recherche clinique).

#### **g) Objectif 7 : Consolider le pré-hospitalier**

Les objectifs du SAMU-SAS du Tarn et Garonne sont inscrits dans le pacte de refondation des urgences.

##### **⇒ Pour le SAMU**

- Prendre en charge dans des délais adaptés un nombre croissant d'appels et ainsi assurer l'accessibilité à ce service et aux soins
- Apporter une réponse de qualité à chacun des appels, notamment prendre une décision adaptée au réel besoin du patient, dans les meilleurs délais, sans perte de chance en cas d'urgence vitale
- Orienter les patients dans les filières de soins les plus adaptées avec un impact sur la prise en charge des patients et sur la bonne utilisation des ressources du système de santé
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins
- Mettre en place des équipes et des « organisations hautement fiables » via un travail en équipe, le développement continu des compétences, une organisation du travail et une politique relative à la qualité de vie au travail dans un contexte de pénibilité lié aux multiples contraintes : continuité de service imposant du travail posté et du travail de nuit, activité d'urgence avec enjeu sanitaire, charge de travail, travail en centre d'appels
- Agir dans un environnement complexe avec intervention de nombreux partenaires
- Intégrer le développement de systèmes d'informations de plus en plus performants, notamment le déploiement du système de téléphonie national SI-Samu
- Répondre à l'exigence de qualité de service : décrocher 99% des appels en moins de 60 secondes.

Le SAMU82 est également engagé dans la démarche de renouvellement du logiciel de régulation médicale régional et déploiera le bandeau de communication (Téléphonie) Si-SAMU en 2024 dans l'objectif de sécuriser les organisations et de moderniser les outils de travail.

Un outil statistique est en cours de déploiement qui permettra de disposer d'indicateurs quantitatifs en temps réel tel le taux de charge des ARM et des médecins régulateurs ou le temps de décroché.

**Ces données doivent permettre d'anticiper les débordements capacitaires ("buzy hours", crises) et de calibrer les RH à l'activité dans l'objectif d'un système HFO (de haute fiabilité organisationnelle).**

La régulation supra départementale de l'aide médicale urgente en nuit profonde avec le SAMU 46 permet d'améliorer les conditions de travail en partageant la pénibilité, la qualité de la réponse en favorisant le travail posté et offre une sécurisation inter SAMU.

Le SAMU82 participe également à une réflexion des SAMU de la région Occitanie sur l'opportunité d'une régulation régionale ou héli-régionale de la PDSA en nuit profonde.

#### ⇒ Pour le SAS

Le SAS a pour mission de répondre à la demande de soins vitaux, urgents et non programmés de la population partout et à toute heure, grâce à une chaîne de soins lisible et coordonnée entre les acteurs de santé de l'hôpital et de la ville d'un même territoire.

Le SAS est fondé sur un partenariat étroit et équilibré entre les médecins de ville et les professionnels de l'urgence hospitalière des SAMU.

**Au-delà de ces objectifs, notre SAMU-SAS porte l'ambition de poursuivre et enrichir les collaborations en place sur la plateforme Santé Social Secours (PF3S) avec les sapeurs-pompiers et le SIAO 115.**

L'intégration de la psychiatrie, de la plateforme personnes âgées, des forces de l'ordre constituent des perspectives de collaboration.

L'expérimentation en 3 phases de la PF3S permettant de tester le nouveau métier d'opérateur polyvalent et de numéro unique reste un axe de travail.

**Notre ambition est de démontrer que le partage des compétences et des informations permet d'améliorer la qualité de la réponse à l'appelant et les conditions de travail des personnels.**

La localisation de la P3S hors du nouvel hôpital a fait l'objet d'un arbitrage par le Comité de suivi PF3S présidé par le préfet en raison des enjeux opérationnels et afin d'améliorer rapidement les conditions de travail.

Ce projet de construction d'un nouveau bâtiment dédié au traitement des appels Santé, Secours et Social (15, 18, 112, 119, 116-117) devrait être validé au cours du premier semestre 2024 et aboutir dans les 36 mois.

#### ⇒ Pour le SMUR

La FDUH82 a mis en place un SMUR territorial sur les sites des hôpitaux de Montauban et Moissac en harmonisant les procédures, le type de matériel et de véhicules.

Nous disposons actuellement de 3 équipages SMUR (2 unités mobiles hospitalières (UMH) sur Montauban et 1 sur Moissac) et d'une équipe de TIIH (Transport infirmier inter-établissement) basée sur le site de Montauban.

Il est indispensable de compléter notre SMUR territorial par une UMH-P Unité Mobile Hospitalière Para-médicalisée afin de proposer une réponse graduée et d'optimiser le temps médical.

L'objectif est de disposer d'une équipe mutualisée TIIH/UMH-P sur les 2 sites pouvant intervenir sur l'ensemble du département.

A moyen terme, le SAMU-SAS 82 développera des partenariats dans le cadre des nouveaux dispositifs concernant les médecins et infirmiers correspondant SAMU.

## EN SYNTHÈSE

*Une équipe d'urgentistes exerçant une activité polyvalente multisite, organisée en fédération depuis 22 ans, ayant démontré sa capacité d'adaptation. Elle est toutefois en grandes difficultés au regard du nombre de postes médicaux vacants.*

*Des projets :*

- *Plateforme 3S et SAS*
- *Filiatation des urgences, IPA, MCS & ICS*
- *Gestion des flux améliorée par la marche en avant*
- *Intégration de l'intelligence artificielle*
- *Création d'unité de soins d'aval post urgences (gériatrique, psychiatrique)*

*Des locaux dépassés et inextensibles complexifiant la prise en charge des patients et l'exercice des professionnels*

## Les soins critiques adultes Réanimation et surveillance continue

### I. Présentation de la filière soins critiques : contexte et offre actuelle

#### 1. Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources

Sur le département, il existe deux établissements autorisés pour la réanimation et la surveillance continue : le centre hospitalier de Montauban et la clinique du Pont de Chaume.

Avec le régime des autorisations sanitaires modifié et entré en vigueur au 1er juin 2023 la réanimation et la surveillance continue sont rattachées au régime des autorisations des « soins critiques adultes » - mention « Réanimation et soins intensifs polyvalents » (mention 1).

L'autorisation ne peut être accordée que si le titulaire dispose 24h/24 tous les jours de l'année :

- sur site, des moyens d'hospitalisation à temps complet de chirurgie, adaptés à l'âge
- sur site, d'un secteur opératoire à disposition avec des moyens de surveillance post-interventionnelle
- sur site ou par convention, des moyens d'hospitalisation à temps complet de médecine, adaptés à l'âge

L'autorisation ne peut être accordée que si le titulaire dispose, sur site ou par convention, permettant la prise en charge dans des délais compatibles avec les impératifs de sécurité des soins, de l'accès à un plateau technique permettant la réalisation :

- des examens d'imagerie médicale par radiologie conventionnelle, d'angiographie par scanner et échographie, par IRM et des actes de radiologie interventionnelle, adaptés à l'âge ;
- des examens de bactériologie, hématologie, biochimie ainsi que ceux relatifs à l'hémostase et aux gaz du sang.
- Il dispose au sein ou à proximité de l'unité de réanimation d'équipements de biologie médicale délocalisée permettant les examens urgents de gaz du sang, lactate, sodium et potassium, hémoglobine et glycémie.

Le centre hospitalier de Montauban remplit les conditions techniques et de fonctionnement pour cette activité au regard des nouvelles normes.

#### 2. Chiffres d'activité, patients

L'activité du service de réanimation sur l'année 2023 est moindre que les années antérieures compte tenu de la fermeture de lits au fait des problématiques paramédicales. En effet, comme la très grande majorité des unités de soins des établissements de santé, le service est confronté à un turn over sur les effectifs IDE ainsi qu'à des postes vacants.

La volonté de l'établissement demeure celle de la réouverture de l'ensemble du capacitaire du service.



Centre Hospitalier  
de Montauban



CENTRE HOSPITALIER  
INTERCOMMUNAL  
CASTELSARRASIN MOISSAC



HOPITAL  
TURENNE



M0 - Activité PMSI MCO [MONTANT BR €] [TOUS LES SEJOURS]

CH MONTAUBAN : UMS : [2700, 2701] - M1 à M12 2023

Cumul M1 à M12 2023

Effectifs	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nombre de RUM codés	694	679	602	510	487	449
Nombre de séjours	648	630	575	492	470	436
Durée Moyenne de Séjour PMSI	13,56	14,53	14,67	15,73	15,31	14,03
Durée Moyenne de RUM PMSI	6,0	6,39	7,6	8,65	8,53	7,88
Nombre de journées PMSI	8 759	9 154	8 438	7 721	7 194	6 118
Nombre de journées RUM PMSI	4 153	4 336	4 577	4 405	4 155	3 540

Valorisations (hors GHS 9999)	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Suppléments de réanimation	2 377 635 €	2 598 876 €	2 685 218 €	3 263 111 €	2 924 792 €	2 458 783 €
Supp de surveillance continue	280 793 €	225 091 €	268 554 €	174 951 €	225 155 €	276 492 €

	2018	2019	2020	2021	2022	2023
<b>UM 2700-REA POLYVALENTE</b>						
RUM	390	395	351	342	292	245
Séjours	384	391	341	337	286	243
<b>J RUM PMSI</b>	<b>2 993</b>	<b>3 408</b>	<b>3 490</b>	<b>3 795</b>	<b>3 312</b>	<b>2 621</b>
J séjours PMSI	6 272	6 990	6 115	6 263	5 527	4 538
Durée du RUM Agr.	7,81	8,72	10,23	11,26	11,58	10,79
DMS	16,38	17,88	17,93	18,58	19,33	18,67
Taux d'occupation	83%	94%	95%	104%	91%*	72%*
<b>UM 2701-SURV CONTINUE</b>						
RUM	304	284	251	168	195	204
Séjours	301	280	250	167	195	203
<b>J RUM PMSI</b>	<b>1 160</b>	<b>928</b>	<b>1 087</b>	<b>610</b>	<b>843</b>	<b>919</b>
J séjours PMSI	3 465	3 302	2 850	1 665	1 955	1 890
Durée du RUM Agr.	3,87	3,31	4,35	3,67	4,32	4,53
DMS	11,55	11,79	11,40	10,03	10,03	9,31
Taux d'occupation	65%	52%	60%	34%	46%**	51%**
<b>CH</b>						
RUM	25 703	27 023	25 520	26 711	27 419	26 801
Séjours	22 405	23 465	21 791	23 180	23 931	24 290
J RUM PMSI	77 017	76 457	72 769	69 171	71 407	69 211
J séjours PMSI	77 017	76 457	72 769	69 171	71 407	69 211
Durée du RUM Agr.	4,79	4,65	4,75	4,33	4,54	4,41
DMS	4,79	4,65	4,75	4,33	4,54	4,41
Taux d'occupation	68%	68%	64%	59%	60%	58%

### \*Réanimation :

- 2022 : fermeture de 2 lits du 4/4/2022 au 31/1/2022 soit une amputation de 544 journées de réanimation. Calcul du Taux d'occupation refait non pas sur un total de journées théoriques de 3650 journées mais 3106 journées théoriques. Au final le Taux d'occupation réanimation 2022 recalculé est de 106% et non pas de 91%
- 2023 : fermeture de 2 lits toute l'année plus 2 lits supplémentaires du 4 au 19 janvier 2023 t 2 lits supplémentaires du 27 avril au 30 juin 2023 soit une amputation de 895 journées de réanimation. Calcul du Taux d'occupation refait non pas sur un total de journées théoriques de 3650 journées mais 2755 journées théoriques. Au final le Taux d'occupation réanimation 2023 recalculé est de 95% et non pas de 72%

### \*\*Surveillance continue :

- 2022 : fermeture de 1 lit du 4/4/2022 au 31/1/2022 soit une amputation de 272 journées de surveillance continue. Calcul du Taux d'occupation refait non pas sur un total de journées théoriques de 1825 journées mais 1553 journées théoriques. Au final le Taux d'occupation surveillance continue 2022 recalculé est de 54% et non pas de 46%
- 2023 : fermeture de 1 lit toute l'année soit une amputation de 365 journées de surveillance continue. Calcul du Taux d'occupation refait non pas sur un total de journées théoriques de 1825 journées mais 1460 journées théoriques. Au final le Taux d'occupation réanimation 2023 recalculé est de 63% et non pas de 51%

MF6 - Actes de réa SC SI par unité médicale [MONTANT BR €] [TOUS LES SEJOURS]

CH MONTAUBAN : UMS : [2700, 2701] - M1 à M12

FILIÈRE	Nb RUM avec 1 acte marqueur réa					
	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Nb de RUM total	390	395	351	342	292	245
Avec 1 acte marqueur (AM) de réa	42	47	20	16	23	20
Avec 2 actes marqueurs de réa	55	49	33	23	31	30
Avec au moins 2 actes marqueurs de réa	263	257	253	283	217	173
Total avec au moins 1 AM de réa	360	310	306	322	271	223
% de patients avec au moins 1 AM de réa	92%	78%	87%	94%	93%	91%

### 3. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Equipe médicale socle stable (4,6 ETP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Turn over des IDE</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Amélioration des parts de marché en chir dig</li> <li>Service de médecine polyvalente à orientation gastro-entérologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Démographie médicale (pb national)</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

Dans les objectifs quantitatifs de l'offre de soins prenant en compte la réforme des autorisations de soins critiques, l'offre est confortée dans le cadre d'une nouvelle désignation de modalités de mention.

Par ailleurs, l'ARS indique dans le schéma territorial de santé du département concernant les recours et les expertises supra-territoriales que la présence de la métropole toulousaine à 45 kms de Montauban permet d'y orienter vers les plateaux techniques spécialisés de recours et d'expertise les patients le nécessitant.

Il est également précisé que la réforme des autorisations induit pour cette activité une coopération renforcée des établissements porteurs afin d'assurer la permanence des soins.

### 2. Orientations retenues – axes de développement

#### a) Objectif 1 - travailler l'attractivité du personnel

Les services de soins critiques sont soumis à de grandes difficultés en terme de personnel médical mais également paramédical. Ces difficultés, au-delà d'être partagées par tous les acteurs professionnels de terrain, sont maintenant également authentifiées par le rapport de la Cour des comptes de 2021 et le rapport de l'IGAS de 2021 suite à la crise sanitaire. Dans ces conditions il est non seulement important mais nécessaire de travailler l'attractivité pour le personnel paramédical. Ne pouvant pas modifier localement le montant de rémunération des soignants, il est indispensable de travailler d'autres leviers.

i. **Susciter des vocations et attirer du personnel paramédical**

1. Développer l'implication des médecins du service pour la réalisation de cours à l'IFMS
2. Utiliser les réseaux sociaux et la communication interne à l'établissement pour faire la promotion du métier de soignant en réanimation
3. Développer les terrains de stages pour les étudiants à l'IFMS dans le service de réanimation et identifier les étudiants susceptibles d'être intéressés par les soins critiques

ii. **Améliorer les compétences du personnel paramédical en réanimation**

1. Présentation du service et accueil personnalisé
2. Plan de formation de 8 semaines assuré par les équipes médicales et paramédicales du service pour accompagner au mieux les soignants avant leur autonomisation, en accord avec les recommandations des sociétés savantes et les rapports de la Cour des comptes et de l'IGAS de 2021.
3. Développer un plan de formation interne adapté à l'ancienneté des soignants
4. Développer un plan de formation avec l'institution en accord avec les souhaits des soignants et les orientations stratégiques du service
5. Développer la recherche clinique et en particulier dans le domaine paramédical

iii. **Stabiliser les équipes paramédicales**

1. Garantir le respect des ratios de personnel non médical dans le service
2. Dimensionner l'équipe paramédicale de façon à pouvoir :
  - a. Assurer un planning de travail acceptable
  - b. Assurer des conditions de travail en accord avec la réglementation
  - c. Assurer des programmes de formation continue adaptés aux soignants
  - d. Assurer les remplacements du personnel en autonomie (grossesse, maladie, congés ...) sans recours à l'intérim
3. Assurer des journées de formations scientifiques (collège de réanimation ...)
4. Assurer un plan de formation adapté à chaque soignant (participation à des congrès, échanges avec d'autres services de réanimation ...)
5. Définir des référents chez les soignants (hygiène, qualité, douleur ...) et leur donner un rôle actif dans le service

iv. **Organiser et mettre en place une « réserve sanitaire interne » en cas de crise sanitaire**

Plusieurs indicateurs peuvent être suivis dans ce projet :

- Turn over des équipes soignantes
- Nombre d'étudiants de l'IFMS passés en stage en réanimation chaque année
- Nombre d'étudiants de l'IFMS intégrant le service de réanimation en fin de cursus
- % des arrivant suivant une formation de 8 semaines avant l'autonomisation
- % de soignants bénéficiant d'une formation chaque année interne ou institutionnelle
- Bilan d'activité de chaque soignant référent
- Nombre d'études de recherche clinique réalisées ou en cours

## b) Objectif 2 – Développer une stratégie de réduction des antibiotiques

Le développement des résistances aux antibiotiques est un problème mondial qui inquiète la communauté scientifique.

Un rapport de juin 2015, initié à la demande de la ministre de la santé Marisol Touraine, et intitulé « RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SPECIAL POUR LA PRESERVATION DES ANTIBIOTIQUES » rappelle que « la résistance bactérienne aux antibiotiques est un grave problème de santé publique mondial qui progresse très rapidement. Malgré la mobilisation de l'Organisation Mondiale de Santé, le nombre de victimes (mortalité, morbidité) ne cesse d'augmenter, avec des prévisions de plus en plus pessimistes. Face à l'urgence de trouver de nouvelles thérapies, de préserver les antibiotiques existants et de limiter la progression des résistances dans l'environnement, de nombreux pays ont récemment lancé des plans ambitieux, en particulier les États-Unis et le Royaume-Uni. »



Sans réaction de la communauté internationale, plus de dix millions de personnes pourraient mourir chaque année à cause de l'antibiorésistance. Les pertes de productivité engendrées par l'antibiorésistance sont conséquentes. Evaluées à 1,5 milliards d'euros en Europe et 55 milliards d'euros aux Etats Unis, le coût cumulé de l'antibiorésistance dépassera 100 000 milliards de dollars en 2050 si rien n'est engagé pour lutter contre les bactéries résistantes. Alors que les résistances augmentent régulièrement, l'investissement en matière d'antibiotiques a considérablement baissé depuis une dizaine d'années. La France demeure un pays sur-consommateur d'antibiotiques (30% de plus que la moyenne européenne et trois fois plus que les Pays-bas, la Suède ou la Norvège)

Quatre axes opérationnels ont été définis par le groupe de travail pour lutter efficacement contre l'antibiorésistance :

- 1- Adopter une stratégie nationale en faveur de la recherche sur l'antibiorésistance et du développement de produits innovants luttant contre la résistance bactérienne aux antibiotiques
- 2- Proposer un ensemble d'indicateurs permettant de mesurer et d'observer dans le temps l'antibiorésistance ainsi que son coût, dans les différents secteurs (humain, animal et environnemental)
- 3- Améliorer le bon usage des antibiotiques en finançant des structures d'appui à la prescription, en mettant à la disposition des prescripteurs un ensemble d'outils pédagogiques, et en renforçant la responsabilité professionnelle individuelle et collective
- 4- Accroître la sensibilisation des publics à l'antibiorésistance au moyen d'actions nationales et locales ciblées, inscrites dans la durée.

Dans ce cadre des recommandations ont été apportées pour le bon usage des antibiotiques.

Par ailleurs, au regard de l'importance du sujet, une feuille de route interministérielle 2023-33 a été établie avec 4 objectifs :

- OBJECTIF 1 : Mettre à disposition des professionnels une formation « Une seule santé » sur la résistance aux antimicrobiens
- **OBJECTIF 2 : Faciliter les conditions de mise en œuvre des bonnes pratiques en matière de prévention des infections et de bon usage des antimicrobiens, en s'appuyant notamment sur la diffusion de recommandations, le partage de bonnes pratiques et l'utilisation de nouveaux outils numériques (en particulier pour l'aide à décision et à la prescription d'antibiotiques)**
- OBJECTIF 3 : Inscrire la compréhension du phénomène de la résistance aux antimicrobiens dans la démarche « Ecole promotrice de santé »
- OBJECTIF 4 : Développer une stratégie coordonnée de communication afin de susciter l'intérêt pour les questions liées à la résistance aux antimicrobiens dans l'approche « Une seule santé » et d'encourager l'engagement collectif et les efforts individuels

Dans ce cadre le service de soins critiques du CH de Montauban a décidé d'inscrire dans son projet de service le développement d'une stratégie de réduction des antibiotiques. Les objectifs seront multiples : diminuer la pression de sélection sur l'écologie bactérienne du service de réanimation, diminuer la survenue de résistances et les coûts de l'antibiothérapie, diminuer les durées de séjour en réanimation, améliorer l'efficacité des traitements anti-infectieux tout en diminuant les effets secondaires.

Ce projet nécessite une approche multimodale en lien avec les données scientifiques :

### **1- Suivre l'écologie du service**

Le service est inscrit depuis plus de vingt ans dans le dispositif national REA-REZO de surveillance des infections nosocomiales en réanimation. Ceci nous permet, à partir des déclarations faites pour chaque patient hospitalisé plus de 48 heures en réanimation, de connaître l'ensemble des infections nosocomiales (pneumopathies, bactériémies, infections sur cathéter central). Ce dispositif recense également l'ensemble des germes responsables des infections nosocomiales et leurs profils de résistance. Ainsi, chaque année nous pouvons connaître le profil écologique du service et son évolution dans le temps.

Ces données sont comparées annuellement avec les résultats de la région et du niveau national. Le lien avec le laboratoire, l'équipe des infectiologues et l'EOHH nous permet aussi de croiser ces résultats avec les données complètes de bactériologie à partir de l'ensemble des souches isolées dans les prélèvements réalisés sur les patients de réanimation. Ainsi nous pouvons suivre de façon précise l'écologie complète du service.

### **2- Suivre de la consommation AB**

Le service va se rapprocher de la pharmacie et de l'EOHH afin de disposer des données sur la consommation des antibiotiques en réanimation au CH de Montauban. En effet à partir de la plateforme Consores et dans le cadre de la mission SPARES il est normalement possible de connaître notre consommation en antibiotique et le profil de résistance aux antibiotiques des germes isolés dans le service. Ces données permettront en outre de comparer les valeurs retrouvées dans le service aux moyennes régionales et nationales.

### 3- Limiter l'émergence de résistances

L'utilisation de référentiel scientifiques et en particulier les dernières recommandations de la SPILF sur les antibiothérapies en fonction des pathologies mais surtout sur la durée des antibiothérapies doit permettre de limiter la pression écologique dans le service. Ces référentiels sont disponibles dans le logiciel métier, rendant plus simple et rapide leur consultation.

### 4- Prévenir les pneumopathies acquises sous ventilation mécanique (PAVM)

#### a. Gestion de la sédation

Un des éléments prépondérants dans la survenue des PAVM est la durée de ventilation mécanique. Or il est actuellement largement admis que la mise en place de protocoles de sédations avec un suivi de la profondeur de celle-ci diminue la durée de ventilation mécanique en évitant les retards de réveil. Deux méthodes sont validées. La première consiste en une adaptation du niveau de sédation tout au long de la journée par les équipes soignantes en fonction d'objectifs déterminés par les médecins, la seconde est beaucoup plus simple et repose sur l'arrêt quotidien des sédations et la reprise éventuelle en fonction de la profondeur de la sédation en adaptant la posologie et le délai de reprise. Cette technique extrêmement simple et indépendante de l'expérience des soignants est à privilégier au regard du turn over des équipes soignantes. Il est donc indispensable de mettre en place ces protocoles.

#### b. Formation IDE AS

Par ailleurs, la prévention des PAVM repose principalement sur la prise en charge par les soignants. Des bundles sont validés scientifiquement pour diminuer ces infections : hygiène des mains, densité et qualité du personnel, adhérence aux procédures de soins, bonne mise en place et surveillance de la VNI pour éviter les intubations, limiter les micro-inhalations (position demi assise, surveillance de la pression du ballonnet), soins de bouche pour diminuer la colonisation de l'oropharynx ... Afin d'améliorer l'adhésion à ces pratiques des formations (internes et externes) sur la prévention des PAVM, sur les précautions complémentaires contact doivent être assurés aux soignants.

### 5- Prévention des infections de dispositifs invasifs

La meilleure des préventions des infections de dispositifs invasifs consiste à éviter au maximum, dans la mesure du possible, la mise en place de ces dispositifs invasifs.

Des protocoles doivent être mis en place pour valider les indications et les non-indications de mise en place de ces dispositifs invasifs.

Lorsqu'un dispositif invasif est indispensable il est également démontré que sa durée d'utilisation est directement corrélée avec le risque d'infection. Ainsi il faut valider, par un questionnaire quotidien, la nécessité ou pas de la poursuite d'utilisation du dispositif invasif. Ceci pourrait même être intégré dans le dossier du patient.

### 6- Travail avec le laboratoire

Un travail avec l'équipe du laboratoire est nécessaire afin d'améliorer les résultats et leur disponibilité. Un travail sur le délai de rendu des tests doit être fait en lien avec les biologistes, de même un échange continu doit être possible afin de valider ensemble les différents tests nécessaires et envisageables sur le CH de Montauban pour améliorer la précision du diagnostic et le délai de rendu du résultat. Pour

toutes ces raisons il est nécessaire de mettre en place un staff hebdomadaire entre nos équipes. Ce temps de rencontre permettra d'améliorer la qualité des résultats.

Les indicateurs à suivre dans ce projet seront les suivants :

- Evolution de l'écologie du service
- Suivi de la consommation des antibiotiques en Dose Délivrée Journalière.
- Suivi de l'utilisation des différentes classes d'antibiotiques
- % de soignants ayant suivi une formation sur l'hygiène et la prévention des PAVM
- Suivi des infections de dispositifs invasifs
- Mise en place du staff avec le laboratoire

### **c) Objectif 3 - Sécuriser le circuit du médicament**

La sécurisation du circuit du médicament est un élément clé de la politique qualité, en particulier dans le service de réanimation. En effet, les patients hospitalisés en secteur de soins critiques sont les plus fragiles et ne supportent pas l'erreur médicamenteuse. Dans le même temps les médicaments utilisés dans ces secteurs sont des médicaments dits « à risques ». Il est donc nécessaire de toujours progresser dans la sécurisation du circuit du médicament.

Le service de réanimation souhaite mettre en place un système d'armoires sécurisées afin de délivrer des médicaments de façon nominative, directement en lien avec la prescription médicale. Dans ce cadre les soignants se recentreront sur le soin au patient alors que la gestion de la pharmacie sera assurée par du personnel dédié et spécifique (préparateur en pharmacie). Le projet nécessite plusieurs conditions :

- Achat des armoires sécurisées
- Temps de préparateur en pharmacie évalué à 1 ETP pour la mise en place du projet puis 0,4 ETP pour faire vivre le projet au quotidien (réapprovisionnement des armoires, suivi ...)
- Une connexion de la prescription informatisée sur le logiciel métier ICCA (Philips) vers les armoires sécurisées.
- La formation du personnel.

Indicateurs à suivre :

- % de prescriptions sécurisées
- Nombre d'erreurs médicamenteuses déclarées
- Nombre de commande pharmaceutiques « en urgence »

### **d) Objectif 4 – Assurer la coordination hospitalière des prélèvements d'organes et de tissus**

Le service de réanimation du CH de Montauban bénéficie d'une autorisation pour l'activité de prélèvements d'organes et de tissus depuis 2003. La coordination hospitalière de prélèvements d'organes et de tissus souhaite porter plusieurs projets :

- Maintenir et développer l'activité de coordination en poursuivant la démarche qualité en vue d'accroître les performances
  - Participer aux audits prévus par l'ABM pour améliorer les pratiques en développant la démarche qualité

- Mise à jour des procédures et des différents documents supports
  - Développement numérique indispensable avec l'arrivée d'un bordereau rein électronique devant être rempli en temps réel, l'accès à l'imagerie pour les chirurgiens
  - Formation continue afin de rester informé sur les évolutions des bonnes pratiques
  - Conserver et développer les liens extra-hospitaliers (réseau, autres coordination ...)
  - Dynamiser le réseau (rencontres, formations ...)
- Former et informer les soignants (rencontrer les partenaires des pompes funèbres, formation dans chaque service du centre hospitalier pour sensibiliser sur le prélèvement de cornées, journée de formation sur le don d'organes) et le grand public en participant à des opérations de sensibilisation (école, collèges, marchés, manifestations diverses, journée du sport ...). La sensibilisation de la population au prélèvement permettra que chacun ait un positionnement clair face au don.
  - Mettre en place d'une salle de prélèvement adapté aux prélèvements de tous les tissus (local en calasse 3 selon la norme NF S90-351

#### ***e) L'accès à la recherche, à l'innovations, aux thérapies innovantes***

L'unité de réanimation – surveillance continue participe depuis plusieurs années à des protocoles de recherche clinique institutionnelle mais également industrielle. Cette activité permet de développer une culture de rigueur nécessaire à la pratique de la réanimation et stimule le personnel soignant en participant au développement des nouvelles molécules et/ou à l'évaluation de techniques de soins. D'autre part, depuis septembre 2010, le service fait partie d'un réseau inter hospitalier de recherche clinique dans le domaine des soins intensifs et du sepsis lui conférant un rôle d'acteur à l'échelon national dans le domaine de la recherche clinique. Depuis, le nombre de protocoles de recherche industriels et institutionnels en cours ou à venir a sensiblement augmenté dans le service. Néanmoins depuis la période Covid l'activité de recherche a été mise en pause. L'objectif est donc de relancer cette activité dans les années à venir.

### **3. Positionnement territorial**

Le service de réanimation et de surveillance continue collabore plus particulièrement avec les ORL de la clinique CAVE. Cette coopération a vocation à se poursuivre dans l'avenir.

Par ailleurs la réforme des autorisations induit pour cette activité une coopération renforcée des établissements porteurs afin d'assurer la permanence des soins. Les conventions seront formalisées entre les établissements concernés du département.

### III. Préparer l'avenir

#### 1. Le risque de nouvelle crise sanitaire doit être maintenant anticipé et préparé

##### ○ *rapport Cour des comptes post covid*

Dans son rapport annuel de 2021 la Cour des comptes a consacré un chapitre entier aux lits de réanimation à la suite de la crise Covid intitulé « Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise ». Dans ce document la Cour des comptes pointe les faiblesses de soins critiques durant la première vague entraînant une vague de déprogrammations puis une nécessaire coopération, en dernier recours, avec le secteur privé. Mais au-delà de cette impréparation de la France à la veille de la crise il est également souligné l'absence d'organisation territoriale, une planification de l'offre insuffisante pour faire face au vieillissement de la population, des difficultés de recrutement, médicaux et paramédicaux, ainsi qu'un manque de financement. La Cour stipule même que les capacités hospitalières en réanimation ont conditionné, non seulement le fonctionnement des systèmes de santé, mais aussi la vie économique et la vie sociale dans leur ensemble, et même les libertés publiques. La Cour indique que les lits de ces unités sont occupés en permanence à 88% en moyenne avec des pics d'activité en hiver alors même que les sociétés savantes recommandent de ne pas dépasser les 80% afin de pouvoir garantir en permanence l'accueil des patients en urgence absolue.

La mobilisation des soins critiques durant la pandémie de covid 19 s'est faite au prix d'un renoncement aux soins sans précédent, aux conséquences encore inconnues pour la santé publique. Des évolutions de l'organisation des soins critiques s'imposent, qu'il s'agisse de la planification de l'offre, des ressources humaines ou du financement affecté aux soins critiques.

La Cour des comptes remarque qu'aucune organisation pérenne territoriale des soins critiques n'existe même si celle-ci s'est organisée de gré à gré durant la crise par les acteurs de terrain. Elle souligne également l'offre de soins critiques n'a jamais bénéficié d'une analyse réelle du besoin épidémiologique en lits de soins critiques et donc une appréciation du besoin capacitaire global. En particulier l'évolution du nombre de lits n'a pas suivi le vieillissement de la population.

Malgré une augmentation de 7% des lits de soins critiques, essentiellement des lits de surveillance continue, le nombre de lits de réanimation a progressé de 56 lits en 6 ans, 10 fois moins que la progression des personnes âgées. Or les personnes âgées constituent les deux tiers des patients hospitalisés en réanimation. En rapportant le nombre de lits de réanimation pour 100 000 habitants de plus de 65 ans, on observe que ce ratio a diminué de 44 en 2013 à 37 en 2020.

Concernant les ressources humaines la Cour des comptes pointe les difficultés de recrutement des médecins et du personnel paramédical. 42% de vacance statutaire des praticiens en anesthésie réanimation et une pyramide des âges défavorable. Parallèlement un turn over très important (25%) des équipes paramédicales et qui s'accélère.

Enfin, le modèle de financement est également abordé et la Cour des comptes regrette le problème du financement actuel de ces lits de soins critiques. En effet, l'ouverture d'un lit en soins critiques génère environ un déficit annuel de 115000 euros. De plus sur la période 2014-2019 les tarifs de la T2A ont connu une baisse de 9% en euros constants alors que les services de soins critiques ont connu une hausse de leurs coûts.

#### ○ *Rapport IGAS 2021 post Covid*

L'évaluation conduite par la mission conclut que l'accroissement prévisible des besoins de réanimation, lié principalement au vieillissement démographique, n'appelle pas d'augmentation massive du nombre de lits installés mais suppose de renforcer en premier lieu la fluidité des parcours des patients. L'enjeu majeur réside dans la levée des fortes tensions pesant actuellement sur les ressources humaines médicales et paramédicales, et dans l'aménagement d'une élasticité maximale des capacités de soins critiques pour faire face aux variations d'activité.

La mission prévoit donc la création de plateaux de soins critiques afin de pouvoir convertir à tout moment les lits d'USIP en lits de réanimation supplémentaires. En complément, le mode de financement des soins critiques doit être prochainement réformé.

Le vieillissement démographique apparaît comme le principal facteur à prendre en compte pour fixer le rythme d'évolution du capacitaire en réanimation à long terme. La mission évalue à 500 lits sur l'ensemble du territoire l'augmentation de lits de réanimation nécessaires d'ici 2030. Parallèlement le développement de structures d'aval permettrait de fluidifier le parcours de ces patients et de diminuer le nombre de journées de réanimation.

Concernant les ressources humaines la mission préconise de former 400 réanimateurs d'ici 2030 dans les filières anesthésie réanimation et médecine intensive réanimation. Pour le personnel infirmier la mission préconise une reconnaissance financière du métier d'infirmière en réanimation, le renforcement de leur formation initiale et continue et renforcer la présence d'autres professionnels dans les services de réanimation (masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychologues).

La fluidification des parcours passe également par un renforcement du pilotage des soins critiques et des coopérations entre établissements. Cette mise en réseau des établissements doit s'appuyer sur une animation territoriale, sous l'égide de l'ARS, associant l'ensemble de la filière des soins critiques et les secteurs d'amont et d'aval.

La réponse aux variations saisonnières d'activité et aux situations sanitaires exceptionnelles implique d'aménager une élasticité maximale de l'offre de soins critiques. Le potentiel d'augmentation des capacités de soins critiques est moins contraint par le nombre de lits que par les ressources humaines et matérielles disponibles pour armer des lits supplémentaires. La transformation des lits de surveillance continue en lits de soins intensifs polyvalents adossés aux unités de réanimation contribuera à faciliter l'augmentation rapide de l'offre de réanimation. Afin de pouvoir mobiliser du personnel en renfort il est proposé de créer une réserve de médecins et de soignants de soins critiques, pilotée par les ARS.

○ *Nouvelles recommandations (décrets 2022)*

Les décrets mettent en forme les recommandations issues de ces deux rapports. A terme, le futur service de soins critiques du nouvel hôpital sera organisé comme un plateau de soins critiques associant l'unité de réanimation et l'unité de soins intensifs polyvalent dans une même unité géographique, équipé de manière uniforme avec les dispositifs nécessaires au fonctionnement d'un service de réanimation, géré par une même équipe médicale et paramédicale. Cette organisation ne sera pas nouvelle pour le centre hospitalier de Montauban puisque depuis 1994, date de création de l'unité de surveillance continue, les unités de réanimations et de surveillance continues ne forment déjà qu'un seul et même service géré par la même équipe médicale et paramédicale, dans des chambres identiques tant sur le plan architectural qu'en terme d'équipement. Cette organisation nous permet depuis maintenant 30 ans d'avoir cette flexibilité préconisée depuis la crise Covid.

**2. Besoins en soins critiques sur l'évolution démographique.**

○ *Données démographiques*

Le Tarn et Garonne voit sa population augmenter et vieillir dans les années à venir. Le département présente un des plus fort taux d'évolution démographique de France selon l'INSEE en lien essentiellement avec un solde migratoire depuis le Nord toulousain qui ne faiblit pas. Ces indicateurs justifient l'augmentation du nombre de lits de soins critiques dans le département. D'autant que non seulement la population augmente mais elle vieillit et c'est surtout cette population qui nécessite des soins critiques comme l'a relevé le rapport de la Cour des comptes. Enfin, afin de pouvoir garantir à tout instant la prise en charge des patients en urgence absolue, le taux d'occupation de ces unités ne doit pas dépasser 80%, ce qui conditionne là aussi le capacitaire du futur service.

○ *Taux d'équipement en nb de lits de soins critiques / 100000h en TG vs Occitanie, vs France*

Pour progresser sur le dimensionnement du futur plateau de soins critiques il est nécessaire de faire le point sur le taux d'équipement actuel et à venir en lits de soins critiques sur le département. Actuellement 2 services de réanimation (8 lits privés et 10 lits publics) et 2 services de surveillance continue (12 lits privés et 5 lits publics) assurent cette activité sur notre département.

Si l'on compare le nombre de lits de réa et de surveillance continue sur notre territoire à ceux constatés en France on observe que le département est déjà sous doté en lits de soins critiques par rapport à la moyenne en France, tant en réanimation (7,2/100 000 habitants vs 8,76) qu'en surveillance continue (6,8/100 000 habitants vs 12,42). Si maintenant on tient compte de la progression démographique attendue ces taux seront respectivement de 5,62 lits/100 000 habitants et de 5,31 lits /100 000 habitants pour la réanimation et la surveillance continue à l'horizon 2050. L'augmentation du nombre de lits publics de réanimation à 12 porterait ce taux à 6,25 lits /100 000 habitants et l'augmentation du nombre de lits de surveillance continue à 8 porterait ce taux également à 6,25 lits /100 000 habitants concernant les lits de soins intensifs polyvalents.

▪ **Nb de lits réanimation pour 100000 habitants : évolution depuis 2013**

	2013	2019	2020	2021	2022
France	8,26	8,34	9,55	9,18	8,76
Tarn et Garonne	7,2	7,2	7,2	7,2	7,2

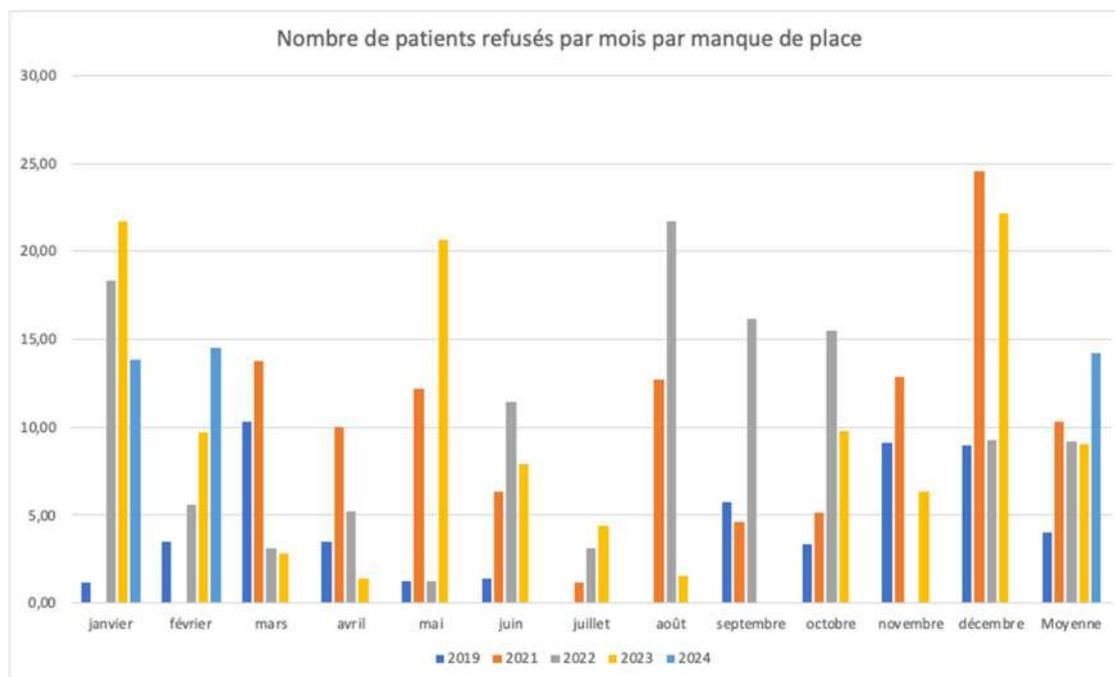
▪ **Nb de lits de surveillance continue pour 100000 habitants : évolution depuis 2013**

	2013	2019	2020	2021	2022
France	11,64	12,66	12,48	12,42	12,42
Tarn et Garonne	6,8	6,8	6,8	6,8	6,8

▪ **Nb de lits de soins critiques pour 100 000 habitants selon l'évolution démographique en Tarn et Garonne**

	2022	2050 (320000 habitants)
France réanimation	8,76	
Tarn et Garonne réanimation	7,2	5,62
France soins intensifs polyvalents	12,42	
Tarn et Garonne soins intensifs polyvalents	6,8	5,31

- *Nombre de patients refusés par mois par manque de place en service de soins critiques au CH de Montauban*



En moyenne, le nombre de patients refusés chaque mois par manque de place est de 9 patients ces dernières années et monte à 14 patients depuis 2024.

On peut voir une certaine saisonnalité mais qui ne se retrouve pas forcément chaque année, comme par exemple en 2022 où le manque de place s'est fortement fait sentir durant l'été alors que ceci n'était pas le cas dans ces proportions les autres années.

- *Incertitude sur le devenir de l'activité libérale de soins critiques*

Le paysage sanitaire territoriale nous place en forte concurrence avec le secteur libéral et en particulier avec la clinique du Pont de Chaume du groupe Elsan. Celle-ci ayant déjà abandonné des activités jugées peu intéressantes par le secteur lucratif (maternité, hématologie clinique, endocrinologie ...) il est assez légitime d'avoir de grandes inquiétudes sur l'avenir d'autres activités peu lucratives à savoir les Urgences mais également les secteurs des soins critiques et en particulier la réanimation.

Dans l'hypothèse fort probable de l'abandon prochain de cette activité par la clinique il serait souhaitable de dimensionner le service du prochain hôpital de façon à pouvoir absorber cette activité. La construction de 4 lits supplémentaires équipés mais pas armés en personnel permettrait de pallier l'abandon de cette activité, le cas échéant.

- *Dimensionnement*

Le dimensionnement du futur service devrait être le suivant sur un même plateau de soins critiques :

- Réanimation : 12 lits
- Soins intensifs polyvalents : 8 lits
- Réserve de 4 lits supplémentaires

Cette réserve de quatre lits nous permettrait également de pouvoir augmenter immédiatement le capacitaire en cas de crise sanitaire comme nous l'avons fait pour le Covid dans notre service actuel en passant de 10 lits de réa à 20 lits de réanimation sur le même site en quelques jours en activant nos 5 lits de surveillance continue et nos 5 chambres équipées mais pas armées en personnel en temps normal.

De plus ces 5 chambres non armées en personnel nous ont permis de limiter la baisse du capacitaire à la sortie du Covid suite à des problématiques de contamination des systèmes de ventilation par des champignons. En les activant nous avons pu conserver notre capacitaire tout en réalisant des travaux par blocs de 5 lits. Nous avons pu réitérer cette opération « tiroir » lors d'une récente inondation dans le service.

Pour toutes ces raisons il nous semble légitime de conserver ces 4 chambres « supplémentaires » dans le projet du futur service.

## EN SYNTHÈSE

*La réanimation et la surveillance continue ont été très impactées dans leur activité par la crise sanitaire.*

*Les projets sont en lien avec l'amélioration de l'attractivité du personnel, de la réduction des antibiotiques...*

*L'environnement nécessite également qu'une réflexion soit menée pour envisager l'avenir et permettre au département de disposer d'un nombre de lits par habitants conforme aux besoins (période de crise sanitaire ou non).*

## Le pôle Femme-Parents –Enfants

L'organisation de cette filière était déjà territoriale avant la mise en place formelle du GHT de Tarn et Garonne.

En effet, cette filière, composée des activités de Gynécologie – obstétrique, de Pédiatrie et de Psychiatrie Infanto Juvénile est assurée par des équipes médicales basées uniquement sur le Centre hospitalier de Montauban mais qui proposent une activité délocalisée.

Le pôle Femme – Parents – Enfants regroupe au sein du Centre Hospitalier de Montauban, l'ensemble des parcours de soins qui intéressent les pathologies de la femme, de la périnatalité et les pathologies médicales de l'enfant et de l'adolescent.

Le pôle Femme – Parents – Enfant est l'hôpital public unique de proximité pour la population pédiatrique, les grossesses (seule maternité publique du département avec 1000 accouchements par an) et la pathologie de la femme avec une obligation de mission de service public.

Le pôle comprend :

- 22 lits de gynécologie obstétrique
- 15 lits de pédiatrie
- 12 lits de néonatalogie
- 2 lits HJ de pédiatrie
- Une Unité de Soins pour Adolescents : Hospitalisation – Consultation (USAHC) qui comprend 8 lits d'hospitalisation

## La filière Obstétrique – Maternité

### I. Présentation de la filière : contexte et offre actuelle

#### 1. Etat des lieux

##### a) *Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources*

Le centre hospitalier dispose d'une maternité de niveau 2A. Elle est la seule maternité publique du département avec 1000 accouchements par an.

En effet, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2003, l'activité de gynécologie obstétrique est assurée au sein du CHIC de Castelsarrasin Moissac dans le cadre d'un centre périnatal de proximité dont les missions sont assurées par les praticiens et les sages – femmes du centre hospitalier de Montauban, à savoir :

- Consultations de gynécologie obstétrique
- Echographie
- Séances de préparation à la naissance
- Soins post natals aux nouveaux nés et aux mères
- Suivi d'allaitement maternel et artificiel

Le CPP est juridiquement rattaché au CH de Montauban.

Concernant l'offre privée sur le département, il n'existe plus qu'une seule maternité : celle de la clinique Boyé – croix Saint Michel suite à la fermeture de la maternité de la clinique du Pont de Chaume le 1<sup>er</sup> novembre 2021.

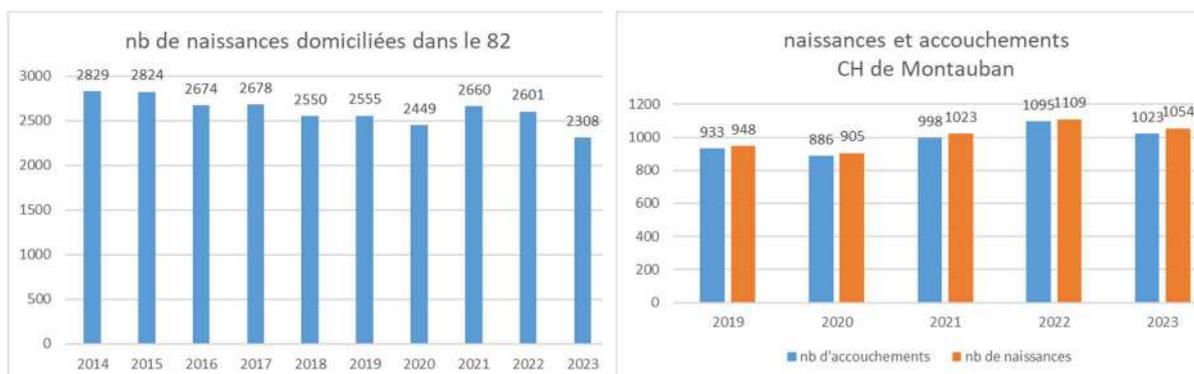
La fermeture de l'une des 3 maternités du territoire, qui réalisait environ 400 accouchements par an a eu pour corollaire une réorganisation de son offre de soins.

##### b) *Chiffres d'activité, patients*

Après une baisse constante des naissances domiciliés dans le département de Tarn et Garonne jusqu'en 2020, la tendance haussière des années 2021 et 2022 ne s'est pas poursuivie en 2023. En 2023, le nombre de naissance atteint un point bas historique, comme dans la France entière.

Ainsi, le nombre de naissances a progressé entre 2021 et 2022 (+86 naissances) car l'offre du territoire a été restreinte en 2021 par la fermeture de la maternité de niveau 1 de la clinique du Pont de Chaume à Montauban (En 2020 17,6% de part de marché de l'obstétrique du département) ; alors que le département a enregistré une baisse des naissances sur la même période (-59).

La tendance haussière ne se confirme pas en 2023 avec 55 naissances de moins en 2023 pour le centre hospitalier tandis que le département enregistre une baisse des naissances à hauteur de 293 sur la même période.



Source : insee

Le centre hospitalier de Montauban n'est toutefois pas en mesure, en l'état actuel, d'absorber une progression de son activité d'obstétrique compte du nombre de salles de travail. Ainsi, une 3<sup>ème</sup> salle d'accouchement a bien été réalisée comme cela était prévu dans le projet médical partagé ; mais la progression de l'activité nécessite l'identification d'une 4<sup>ème</sup> salle de naissance par transformation d'une salle de pré-travail. Il est également nécessaire de transformer une salle de réanimation néonatale pour un accueil adapté de 3 bébés en même temps, ce qui n'est à l'heure actuelle pas possible.

Enfin, en 2024, il est prévu d'augmenter les locaux de consultations avec deux salles de consultations supplémentaires : une pour les sages – femmes et une pour les gynécologues.

### c) Part de marché ; analyse des fuites

Dans un contexte de recentrage de l'offre de santé d'obstétrique du territoire sur le Centre hospitalier de Montauban (fermeture en 2021 de la Maternité de la Clinique Elsan du Pont de Chaume, fortes craintes sur l'avenir de la Maternité de la Clinique Boyé) l'établissement s'impose progressivement comme l'acteur essentiel des prises en charge d'obstétrique (4027 séjours en 2022). Ce recentrage est accéléré par la faible rentabilité de ces activités, qui pousse les acteurs privés à se retirer de ces activités.

L'analyse des parts de marché met ainsi en lumière une progression quasi ininterrompue des parts de marché de l'établissement sur le territoire de santé (activité d'obstétrique) : de 35,1% en 2019 à 41,2% en 2022.

La fragilité des maternités publiques limitrophes (Cahors, Villefranche de Rouergue) induit un risque de report – à tout le moins partiel et dans une mesure limitée - de la patientèle vers l'établissement public Montalbanais.

Le taux de fuite de 25,7% en 2022 est cohérent avec le positionnement géographique du territoire : fuites sur un territoire très dynamique et très bien pourvu (Haute-Garonne), fuite sur les départements limitrophes (Lot et Garonne, Aveyron) dans la mesure où les maternités de ces départements sont plus proches que Montauban pour les résidents des communes limitrophes (Valence-d'Agen, Caylus).

## 2. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Le projet médical partagé prévoyait les actions suivantes :

Projet	Etat d'avancement
CHIC de Moissac : développer les consultations avancées et la chirurgie ambulatoire (1 jour/semaine)	Consultations avancées effectives Pas de développement de l'activité de chirurgie ambulatoire compte tenu de la ressource médicale disponible sur le CH de Montauban
Améliorer la filière cancérologie gynécologique (sein et pelvis)	Achat d'un nouveau mammographe au CH de Montauban (janvier 2024). Parcours patient à reprendre dans le projet médical 2024- 2030
CH de Montauban : Développer la prise en charge de l'infertilité avec le CHU de Toulouse	fait
Création d'une 3 <sup>ème</sup> salle d'accouchement (salle physiologique et ouvrir cette salle aux sages – femmes libérales)	La 3 <sup>ème</sup> salle a été réalisée

## 3. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Etablissement de référence sur le territoire</li> <li>• Equipes médicales (obstétrique et pédiatrique)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nombre de salles de naissances et de consultations</li> <li>• Absence d'unité kangourou</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité de récupérer des parts de marché</li> <li>• Le centre de santé sexuelle sur le CH de Montauban avec le pôle santé-société</li> <li>• Un temps de sage-femme référente vulnérabilité (projet financé par ARS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fragilité de l'environnement (maternité du CH de Cahors et de la Clinique Boyé)</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

Le PRS 2023-2028 constate la diminution du nombre de maternité au cours des six dernières années sur la région Occitanie (passage de 44 à 40 maternité), avec un niveau d'activité hétérogène dans celles-ci. Il est également mis en évidence que la problématique du manque de ressources humaines médicales et ou non médicales est prégnante dans la région au point d'impacter l'offre (fermeture temporaire de maternité et déport de patientes sur des établissements déjà en tension).

Au regard de ce diagnostic l'ARS priorise le fait d'assurer une offre de soins de proximité garante d'un niveau de sécurité et de qualité des soins notamment en préservant l'accès au suivi de grossesse et au suivi post – partum (CPP), en favorisant la transformation des maternités vers le niveau supérieur (I en IIA / IIA en IIB). L'ARS souhaite également adapter les structures sanitaires pour éviter la séparation de la dyade couples « parents – enfants » en augmentant par exemple les places des unités kangourou.

L'ARS souhaite enfin mettre en place la filière endométriose en lien avec les enjeux de fertilité et renforcer l'accès à l'IVG.

## 2. Orientations retenues – axes de développement

### a) Objectif 1 : développer les consultations avancées pour réduire le taux de fuite

Afin de renforcer son positionnement en périnatalité, le centre hospitalier de Montauban souhaite poursuivre les consultations avancées qui se tiennent aujourd'hui à Lavit et à Caussade, mais également au CPP de Moissac.

Des consultations pourront être développées sur ces secteurs et envisagées sur d'autres à déterminer en fonction du besoin et de la ressource.

### b) Objectif 2 : accompagner la hausse attendue de l'activité et conforter le niveau 2A

Au regard de la fragilité des structures à proximité soit sur la ville de Montauban soit sur le territoire du Lot, le centre hospitalier de Montauban doit accompagner la hausse d'activité sur sa structure. La fragilité de ces structures repose tant sur les ressources en obstétriciens qu'en pédiatres, malgré l'appui et la vigilance du CHU de Toulouse pour le centre hospitalier de Cahors.

A ce jour, le centre hospitalier de Montauban dispose de ressources médicales stables en gynécologie obstétrique et en pédiatries. Elles ne sont toutefois pas suffisantes et l'établissement s'inscrit dans la volonté de renforcer l'équipe d'obstétriciens à hauteur de 2 ETP.

Pour préserver l'attractivité actuelle et future en matière de recrutement médical, le centre hospitalier de Montauban a fait le choix de transformer l'astreinte opérationnelle en garde sur place, mais également de mettre en place une garde sur place d'internes. Cette ligne de garde est pourvue par des internes du CHU de Toulouse affectés au CH de Montauban, mais également par des stagiaires associés ou des praticiens réalisant leur parcours de consolidation des compétences (praticiens associés).

Le chantier de l'attractivité des ressources humaines non médicales dédiées à la périnatalité reste également une priorité pour la réalisation du projet médical du GHT dans cette filière.

Le nouvel hôpital implique de prévoir un capacitaire suffisant tant en obstétrique qu'en néonatalogie.

### **c) Objectif 3 : diversifier l'offre de soins pour la prise en charge de la grossesse**

Dans les perspectives, il est prévu que la maternité dispose d'une 4<sup>ème</sup> salle de naissance par transformation d'une salle de pré-travail, mais également de procéder à des transformations de la salle de réanimation néonatale pour un accueil adapté de 3 bébés en même temps, ce qui n'est à l'heure actuelle pas possible.

En 2024, il est prévu d'augmenter les locaux de consultations avec deux salles de consultations supplémentaires : une pour les sages – femmes et une pour les gynécologues.

La salle de consultation supplémentaire pour les sages – femmes permettra d'offrir de meilleures conditions pour les préparations à l'accouchement, mais également de mettre en place dans les locaux des consultations d'acupuncture ou des consultations d'hypnose.

La salle de consultation supplémentaire pour un gynécologue permettra de mettre en place des créneaux de consultations supplémentaires, notamment avec l'arrivée fin 2024 du docteur junior et du chef de clinique de territoire (CCA –T) partagé avec le CHU de Toulouse.

Par ailleurs, le centre hospitalier de Montauban a été retenu par l'ARS pour le financement d'un temps de sage – femme référente vulnérabilité et addiction. Ce temps de sage – femme assurera la coordination de la prise en charge des femmes enceintes en situations de vulnérabilité complexes (pathologies psychiatriques, addictions, antécédents traumatiques, handicap, situations sociales extrêmes, annonce d'une malformation chez l'enfant, ...) et du co – parent, avec les professionnels en lien avec la situation.

Enfin, et toujours sur le volet de l'accompagnement des femmes vulnérables, un temps de sage – femme addictions (équipe ELSA) va être mis en place. Ce temps permettra de prendre en charge et de coordonner le parcours de soins des femmes enceintes dans une problématique addictive, mais également d'accompagner les professionnels et les équipes de soins dans la prise en charge de ces femmes enceintes.

Le dernier volet de la diversification de l'offre pour la prise en charge de la grossesse concerne la création d'un centre de santé sexuelle avec le pôle santé – société.

### **d) Objectif 4 : renforcer l'offre en psychiatrie périnatale**

La maternité du centre hospitalier de Montauban doit disposer de ressources suffisantes en psychiatrie périnatale, prenant en compte l'ensemble des mères et des nouveaux nés qui le nécessitent. Elle bénéficie également de la compétence de l'équipe de liaison périnatale, mise en place il y a plusieurs années et qui a été renforcée.

### **e) Objectif 5 : ouvrir une unité kangourou**

Le centre hospitalier de Montauban ne dispose pas d'une unité kangourou, ce qui manque cruellement dans le parcours de soins.

L'unité kangourou est une unité d'hospitalisation et de soins mère et enfants située à la jonction de la maternité et du service de néonatalogie, dont les missions sont les suivantes :

- favoriser l'établissement du lien parents-enfant;
- favoriser l'autonomie de l'enfant;
- favoriser l'autonomie des parents dans la prise en charge de leur enfant.

C'est une unité d'hospitalisation en néonatalogie qui accueille les nouveau-né (à terme ou d'état gestationnel supérieur à 34 semaines d'aménorrhée) nécessitant des soins de néonatalogie avec leur mère. Dans ces situations, les nouveaux nés sont habituellement séparés de leur mère (mère en maternité et enfant hospitalisé en néonatalogie).

Le centre hospitalier de Montauban souhaite pouvoir ouvrir 2 lits pour amorcer une unité kangourou par transformation de 1 lit de néonatalogie en deux chambres mère – enfant. Le nombre de lits de néonatalogie serait alors de 8. Cette évolution nécessite des travaux.

Dans le nouvel hôpital, le capacitaire serait de 8 lits de néonatalogie et de 4 lits kangourous.

#### **f) Objectif 6 : mettre en place une HAD ante et post - partum**

L'activité *ante et post partum* a pour objet d'assurer l'hospitalisation à domicile des femmes avant et après l'accouchement.

Au regard du profil des patientes prises en charge dans l'établissement le centre hospitalier de Montauban souhaite déposer un dossier d'autorisation pour cette mention lorsque la fenêtre sera ouverte. En fonction des échanges et des recherches menées sur les HAD existantes, une réflexion pourrait être engagée sur une équipe mobilé.

#### **g) Objectif 7 : améliorer le parcours d'orthogénie**

Le projet de la gynécologie obstétrique est également d'améliorer l'accès aux soins des femmes en orthogénie.

En effet, aujourd'hui la prise en charge des femmes est réalisée dans le service de la maternité, en l'absence de lieu adapté dans l'établissement.

En partenariat avec le pôle santé société, un centre de santé sexuelle (CSS) va être identifié dans l'établissement au cours de l'année 2024.

L'activité à installer au CSS est celle de la prise en charge des IVG médicamenteuses, avec un besoin estimé à 1 ou 2 lits – places (surveillance de 3h).

Il est également prévu d'améliorer la prise en charge psychologique de la femme pendant l'hospitalisation ou à sa demande.

#### **h) Objectif 8 : informatiser le dossier obstétrical**

Dans un souci de bonne gestion du dossier patient, il est prévu d'intégrer le dossier obstétrical dans le dossier patient informatisé de l'établissement.

Ce dossier sera partagé avec le centre de proximité périnatal (CPP) de CHIC de Moissac.

### *j) L'accès à la recherche, à l'innovations, aux thérapies innovantes*

En lien avec le CHU de Toulouse, le centre hospitalier de Montauban s'inscrit dans la volonté de développer une prise en charge graduée pour les patientes souffrant d'endométriose. Cette filière existe déjà pour les patientes infertiles souffrant d'endométriose. Le lien est fait par la participation des gynécologues médicaux spécialisés en infertilité exerçant à la fois au CHU de Toulouse (Paule de Viguier) et au CH de Montauban (RCP communes).

La filière chirurgicale est en cours de formalisation avec le Pr CHANTALAT sur le site de Ranguel. Il existe au CH de Montauban des chirurgiens compétents pour la prise en charge de l'endométriose, que ce soit les chirurgiens gynécologues comme les chirurgiens digestifs.

La création d'un poste de CCA – T est une volonté commune du CHU de Toulouse et du CH de Montauban pour le développement de la filière chirurgicale avec une prise en charge graduée pour les pathologies gynécologiques (oncologique ou endométriose). Ce poste de chef de clinique de territoire permettra également sur le temps dédié à la formation et à la recherche de développer l'universitarisation sur le territoire et de favoriser la structuration de la recherche sur l'établissement.

### **3. Positionnement territorial du Centre hospitalier de Montauban**

L'activité du centre hospitalier de Montauban en périnatalité est bien ancrée et des collaborations sont bien installées avec les autres acteurs du territoire (autres maternités, réseau de proximité périnatal, SMUR pédiatrique du CHU de Toulouse, ...).

## **EN SYNTHÈSE**

*Le centre hospitalier a une maternité de niveau 2A.*

*La gynécologie obstétrique est impactée par l'instabilité des maternités environnantes après avoir subi la fermeture de la maternité de la Clinique du Pont de Chaume fin 2021.*

*Les locaux ne sont pas adaptés pour un développement d'activité au-delà de 1000 accouchements.*

*Les projets :*

- Diversifier l'offre notamment en permettant l'accès au plateau technique aux sages-femmes libérales.*
- Poursuivre l'adaptation de la structure en attendant le nouvel hôpital.*

## La prise en charge de l'infertilité

### I. Présentation de la filière : contexte et offre actuelle

#### 1. Prévalence et données épidémiologiques

L'infertilité est la difficulté à concevoir un enfant. La probabilité de survenue d'une grossesse au cours d'un mois ou d'un cycle menstruel, chez un couple n'utilisant pas de contraception, est de l'ordre de 20 à 25%. On parle d'infertilité en cas d'absence de grossesse malgré des rapports sexuels non protégés pendant une période d'au moins 12 mois. D'après les données de l'Enquête et de l'Observatoire épidémiologique de la fertilité en France (Obseff), 15 à 25% des couples sont la concernés. Ces chiffres tombent à 8% – 11% après deux ans de tentative.

En France, 3,3 millions d'hommes et de femmes (soit 1 couple sur 4 ayant déjà eu un projet parental) sont touchés par l'infertilité.

Depuis 40 ans, le recours à l'assistance médicale à la procréation s'est continuellement développé selon une progression quasiment linéaire : 3,4 % des enfants sont conçus par AMP, soit 1 enfant sur 30.

Par ailleurs, 50% des consultations concernent les nouveaux publics (couples de femmes et femmes non mariées).

#### 2. Etat des lieux de la filière

Le projet initial était la création d'une filière de soins pour les couples infertiles. Ce projet a démarré avec l'arrivée du Dr Ferreira en tant qu'assistante partagée avec le CHU en mai 2015.

La mise en place de cette coopération a permis d'organiser une graduation de l'offre de soins dans le domaine de l'infertilité pour permettre aux patientes d'accéder à des services de qualité au meilleur niveau de proximité. A la fin de son assistanat, pour maintenir cette activité, le Dr Ferreira est restée dans l'établissement avec une vacation sur le CHU de Toulouse.

Ainsi la filière de formation de gynécologie médicale est complète avec une interne, une assistante partagée avec le CHU et un poste de praticien hospitalier. Elle s'est enrichie d'un docteur junior depuis plus de 2 ans.

Ainsi sur le centre hospitalier de Montauban, les activités suivantes sont réalisées :

- consultation d'infertilité en vue d'une prise en charge en AMP ;
- suivi des stimulations ;
- suivi des patientes prises en charge initialement au CHU:
  - Suivi des grossesses
  - Monitoring échographique
- réalisation d'inséminations.

La réalisation de cette activité dans l'établissement améliore la qualité de vie et le recrutement des patientes Montalbanaises en diminuant les trajets.

Certains actes d'AMP sont exclusivement réalisés à Toulouse comme les ponctions, les FIV, ....

### 3. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Cette activité ne figurait pas dans les objectifs opérationnels du projet médical partagé de 2017. Toutefois, dans le cadre des consultations avancées notamment au CHIC de Moissac, les patientes pouvaient bénéficier d'une information sur cette prise en charge et bénéficier d'une orientation vers le praticien référent à Montauban.

### 4. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Equipes médicales et filière de formation (internes, DJ, assistants,..)</li> <li>• Coopération avec le CHU de Toulouse</li> </ul>	
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Possibilité de récupérer des parts de marché</li> <li>• Le centre de santé sexuelle sur le CH de Montauban avec le pôle santé-société</li> <li>• Un temps de sage-femme référente vulnérabilité (projet financé par ARS)</li> </ul>	

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

Le PRS 2023-2028 prévoit d'améliorer l'accessibilité aux soins et réduire les inégalités territoriales de santé, ainsi que les délais d'attente pour la réalisation du projet parental en intégrant les demandes des nouveaux publics et la progression du taux d'infertilité.

Dans ce cadre, il est notamment prévu de fluidifier, d'optimiser et de simplifier les parcours AMP des patientes (parcours de soins sans don, parcours de soins avec don de sperme, ...) ; mais également d'adapter l'offre de soins dans la perspective d'absorber le surplus d'activité de la filière et de mettre en place une coordination territoriale de l'offre dans le cadre du parcours socle AMP public/privé.

Le projet médical du centre hospitalier de Montauban, dans le cadre de sa coopération avec le CHU de Toulouse s'inscrit parfaitement dans cette démarche.

### 2. Orientations retenues – axes de développement

### **a) Objectif 1 : consolider l'équipe médicale et l'activité**

Le centre hospitalier de Montauban souhaite maintenir le lien fort existant avec le CHU de Toulouse pour cette activité. Cette dynamique sera effective avec la poursuite de l'activité, mais également le fait de disposer de l'ensemble de la filière professionnelle : interne, docteur junior, assistant à temps partagé et praticien hospitalier.

### **b) Objectif 2 : améliorer la communication sur l'offre du centre hospitalier de Montauban**

Cet objectif sera réalisé par la relance de la dynamique des EPU. Des EPU ont été réalisées avant la crise sanitaire, il faut relancer la démarche.

### **c) L'accès à la recherche, à l'innovations, aux thérapies innovantes**

L'exercice professionnel de l'assistant à temps partagé, mais également du praticien hospitalier, permet au centre hospitalier de Montauban de participer aux projets innovants portés par le CHU de Toulouse ainsi qu'aux projets de recherche. Cette dynamique profite aux patientes pris en charge au CH de Montauban.

## **3. Positionnement territorial**

Collaboration avec le laboratoire Biofusion de la clinique du Pont de Chaume pour la réalisation des spermogrammes et des préparations de spermatozoïdes pour les inséminations (seul laboratoire agréé)

Collaboration avec les libéraux pour la prise en charge des couples infertiles.

## **EN SYNTHÈSE**

*La prise en charge de l'infertilité est une filière bien structurée avec le CHU de Toulouse.*

*Elle est un facteur d'attractivité pour le recrutement de gynécologue médical.*

## La pédiatrie et la néonatalogie

Conforter sa position en tant que référent départemental pour les activités de pédiatrie et de néonatalogie pour les missions qui relèvent du centre hospitalier de Montauban est le fil conducteur des équipes du service de pédiatrie - néonatalogie.

### I. Présentation de la filière : contexte et offre actuelle

#### 1. Etat des lieux de la spécialité

##### a) *Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources*

L'équipe médicale du centre hospitalier de Montauban est composée de 5 praticiens hospitaliers (4 ETP) et d'un assistant à temps partagé avec le CHU de Toulouse.

Deux praticiens assurent également sur l'établissement la prise en charge des troubles spécifique du langage et des apprentissages dans le cadre du réseau Occytadis.

Enfin, un praticien participe à l'activité de diabétologie pédiatrique.

##### b) *Chiffres d'activité, patients (qui illustrent la situation, et qui annoncent les enjeux actuels)*

Tableau 2. Nombre de séjours en néonatalogie par département (source PMSI/ATIH)

	2019	2020	2021
09 - Ariège	162	185	148
11 - Aude	277	322	337
12 - Aveyron	222	257	224
30 - Gard	920	851	836
31 - Haute-Garonne	2 153	2 099	2 002
32 - Gers	100	83	77
34 - Hérault	2 291	2 006	2 031
46 - Lot	84	98	140
48 - Lozère	79	70	61
65 - Hautes-Pyrénées	141	148	157
66 - Pyrénées-Orientales	496	437	468
81 - Tarn	299	269	279
82 - Tarn-et-Garonne	182	160	148
<b>Etablissements Occitanie</b>	<b>7 406</b>	<b>6 985</b>	<b>6 908</b>

## 2. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Projet	Etat d'avancement
CH de Montauban : Développer l'hôpital de jour de pédiatrie	Fait – 2 places d'HJ
Développer la prise en charge des enfants diabétiques	Fait à poursuivre
Créer une chambre parents - enfants	Non réalisé – locaux non adaptés
CHIC de Moissac : développer les consultations avancées de pédiatrie	Fait

## 3. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
Service de référence sur le territoire Equipe médicale soudée avec des profils complémentaires Attractivité médicale du service Coopération avec le CHU	Absence d'unité kangourou Manque de salles pour les consultations
OPPORTUNITÉS	MENACES
Possibilité de poursuivre le développement de l'offre de soins (neuro, dermato,...) Création d'un lit kangourou en attendant le NH	Fragilité de l'environnement (maternité du CH de Cahors et de la Clinique Boyé) Peu d'offre en libéral (consultations)

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

Le schéma régional de santé prévoit, parmi ses grandes priorités d'action d'assurer une offre de soins de proximité garante d'un niveau de sécurité et de qualité des soins. A ce titre, l'ARS souhaite « sécuriser l'offre de soins afin d'éviter les fermetures de maternités ou de services de pédiatrie. », mais également « coordonner des professionnels de santé autour du parcours patient afin d'éviter les ruptures de soins ».

Une autre grande priorité d'action est celle de l'adaptation des structures sanitaires pour éviter la séparation de la dyade couples « parents – enfants » notamment en augmentant les places selon la modalité « mère-enfant » (« unité kangourou »), dans les structures sanitaires, pour favoriser l'accueil de la dyade mère – bébé.

L'équipe de pédiatrie et de néonatalogie du centre hospitalier de Montauban s'inscrit pleinement dans cette vision et dans cette dynamique en offrant une prise en charge de proximité de qualité, avec des praticiens ayant chacun su et pu développer une spécialité pédiatrique.

La volonté de l'équipe médicale et soignante consiste à poursuivre les actions engagées depuis plusieurs années tout en répondant à de nouveaux besoins notamment sur le suivi des maladies chroniques.

## 2. Orientations retenues – axes de développement

### a) *Objectif 1 : développer les actions de prévention auprès des nouveaux nés et disposer d'une chambre mère – enfant.*

La pédiatrie du centre hospitalier de Montauban dispose d'une équipe de liaison auprès de la maternité de l'établissement. Celle-ci est composée de deux psychomotriciennes, d'une aide-soignante, d'une puéricultrice et d'un pédopsychiatre.

Par ailleurs, les équipes ont développé et consolidé des soins de néonatalogie au sein de la maternité pour les prématurités modérées, l'hypotrophie, la prise en charge des ictères, la prise en charge des infections materno fœtales.

Les pédiatres assurent leurs missions auprès de la maternité et sont impactés pleinement par la progression de l'activité de la maternité du centre hospitalier de Montauban compte tenu de la réduction du nombre de maternité sur le département. Par ailleurs, tout comme la maternité, l'équipe de pédiatrie est impactée par les difficultés rencontrées par les maternités des territoires limitrophes comme celle du centre hospitalier de Cahors.

Les projets portés par la pédiatrie auprès des nouveaux nés sont les suivants :

- Ateliers de prévention et réalisation vidéo pour messages prévention. Un groupe de travail est en charge de ce projet qui devrait pouvoir être mis en œuvre prochainement avec la production des premières vidéos.
- Mise en place soins de développement à la maternité avec le système COCON qui est une expérimentation issue de l'Article 51 de la LFSS de 2018. Ce dispositif permet d'expérimenter de nouvelles organisations en santé pendant 5 ans (de 2022 à 2027). Il concerne 13 000 enfants, dont ceux de la Région Occitanie. Il permet de proposer le même parcours de soins à tous les nouveau-nés vulnérables grâce à des consultations de suivi du neurodéveloppement spécialisées et permettant de repérer très tôt des signes précurseurs de troubles du neurodéveloppement ; il permet également de réduire le renoncement au suivi et aux soins par le financement de la totalité des actes de consultations et des forfaits de soins précoces et d'éviter ainsi la rupture du parcours de soins de l'enfant.
- Ateliers de soutien à l'allaitement maternel

Lorsque le nouveau-né a une pathologie néonatale ou d'état gestationnel supérieur à 32 semaines d'aménorrhée et / ou plus de 1,5 Kg, il est accueilli et pris en charge dans le service de néonatalogie de niveau 2A (12 lits). Cette unité prend en charge toutes les pathologies liées à la prématurité de niveau 2A ainsi définies : détresses respiratoires, ictères, infections et syndromes de sevrage, ...

Lorsque le nouveau-né ne peut être pris en charge au centre hospitalier de Montauban, l'équipe de pédiatrie procède à la mise en condition et au transfert en niveau 3 vers le CHU de Toulouse grâce à l'intervention du SMUR pédiatrique du CHU pour le transport des enfants.

Toutefois, le centre hospitalier de Montauban ne dispose pas d'une unité kangourou, ce qui manque cruellement dans le parcours de soins. Le centre hospitalier souhaite pouvoir ouvrir au moins 1 lit pour amorcer une unité kangourou par transformation de 2-3 lit de néonatalogie en une chambre mère – enfant. Le nombre de lits de néonatalogie serait alors de 8. Cette évolution nécessite des travaux. Dans le nouvel hôpital, la cible des lits kangourous est fixée à 4 lits.

Pour la prise en charge des prématurés, le service souhaite pouvoir développer le soutien à la parentalité, notamment avec des ateliers de partage ou encore des groupes de parole afin de mieux accompagner les parents et l'enfant.

**b) Objectif 2 : développer le suivi des anciens prématurés et des enfants nés avec une pathologie néonatale.**

Les équipes de pédiatrie du centre hospitalier souhaite favoriser la coordination de la prise en charge d'enfants vulnérables (parcours COCON).

Toutefois, et malgré les financements spécifiques au titre de l'expérimentation de l'article 51, le temps et la ressource dédiés à ces parcours COCON n'est pas suffisante. Un point d'étape doit être fait sur ce suivi et ce dispositif (recettes / dépenses) afin d'analyser la faisabilité d'un renfort de ressources médicales et paramédicales.

**c) Objectif 3 : accompagner les urgences dans l'amélioration de la prise en charge des urgences pédiatriques.**

L'accompagnement du service de pédiatrie pourrait consister en la création, en coordination avec les équipes d'urgentistes, d'équipes de puéricultrices / auxiliaires de puériculture pour l'accueil de la population pédiatrique au sein des locaux spécifiquement dédiés.

L'équipe médicale de pédiatrie n'est pas en capacité de participer à la prise en charge des urgences pédiatriques.

**d) Objectif 4 : poursuivre et développer la prise en charge spécialisées pour des pathologies pédiatriques aiguës ou chroniques.**

L'équipe de pédiatrie, en complément des prises en charge «standard» d'un centre hospitalier, a su structurer et développer, pour chacun, une spécialité pour des enfants présentant une pathologie aiguë ou chronique :

- Endocrinologie, gynécologie et dermatologie pédiatrique
- Troubles du neurodéveloppement, prématurité
- Néphrologie, rhumatologie et médecine interne pédiatrique
- Hématologie, Oncologie pédiatrique, infectiologie
- Diabétologie pédiatrique

Le centre hospitalier de Montauban souhaite continuer ces prises en charges spécialisées et en développer de nouvelles afin de compléter les compétences de l'équipe en place. Il est donc souhaité

de recruter un Praticien Hospitalier présentant une spécialité en neurologie pédiatrique et un autre Praticien Hospitalier présentant une spécialité en pneumologie et allergologie pédiatrique. L'équipe médicale dispose de temps vacant qui permettent de réfléchir à la déclinaison opérationnelle de ces projets.

Par ailleurs, la réflexion va être menée pour le développement d'une équipe de diabétologie pédiatrique avec mise en place de Pompes à Insuline. Pour décliner un tel projet, il est nécessaire qu'il y ait 2 Praticiens Hospitaliers temps pleins car il faut mettre en place une « astreinte Pompes »

Le développement des activités des pédiatres nécessite un plan d'action pour augmenter le nombre de salles de consultations. A ce jour, l'équipe dispose de deux salles de consultations, mais au regard de l'organisation médicale, il serait possible de réaliser plus de consultations avec la disponibilité d'une 3<sup>ème</sup> salle.

#### ***e) Objectif 5 : continuer à développer l'hôpital de jour pédiatrique.***

Depuis janvier 2024, l'hospitalisation de jour est ouverte 5 jours par semaine. Ce qui permettra de développer l'activité.

L'hôpital de jour de deux places permet de réaliser les prises en charge suivantes

Bilan endocriniens

Bilan multidisciplinaires

Suivi Cocon multidisciplinaire

Chimiothérapie

Transfusions – échanges Transfusionnels

Soins brulures

Bilan sanguins

Dans une perspective de développement, des projets pourraient être portés et déclinés :

- Développement d'une équipe multidisciplinaire à visée diagnostique dans le cadre de la prise en charge TSLA : psychomotricienne, orthophoniste, psychologue ;
- Développement de l'éducation thérapeutique en diabétologie avec une équipe pluridisciplinaire : puéricultrice, diététicienne, psychologue
- Développement de l'éducation thérapeutique pour la prise en charge des enfants présentant une obésité
- Développement de l'éducation thérapeutique en dermatologie

#### ***f) Objectif 6 : Améliorer la prise en charge des troubles spécifiques du langage et des apprentissages.***

Le centre hospitalier de Montauban bénéficie aujourd'hui des compétences de deux praticiens qui réalisent des consultations de diagnostic pour les Troubles Spécifiques du Langage et des Apprentissages (TSLA). Cette expérimentation au titre de l'article 51 est coordonnée par le Réseau Occitadys. Elle permet de réduire significativement les délais de consultation et de rendre ainsi service

à la population en proposant plus rapidement une prise en charge adaptée à leur difficulté spécifique ainsi identifiée.

Après la consultation de diagnostic, les enfants sont pris en charge par les libéraux.

L'équipe pédiatrie souhaite mener une réflexion pour prise en charge et un bilan complet en hôpital de jour de ces enfants. Ce projet nécessite la constitution d'une équipe complète : psychomotricienne, psychologue, orthophoniste, secrétariat, ce qui nécessite un temps de travail préalable sur la faisabilité économique du projet. A l'heure actuelle, ces bilans sont réalisés par des professionnels libéraux.

### **g) L'accès à la recherche, à l'innovation, aux thérapies innovantes**

Le service de pédiatrie participe à des protocoles de recherche, actuellement deux études sont en cours :

- « Étude observationnelle sur l'utilisation de formules infantiles à base d'hydrolysate de protéines de riz en conditions de vie réelles » - Proposé par le Laboratoire Biofortis (Dr P. Moulin - Investigateur principal)
- « Effet d'un probiotique sur les symptômes de la colique infantile : étude randomisée, en double aveugle, contrôlée par placebo » Proposé par le Laboratoire Biofortis (Dr S. Charpentier - Investigateur principal)

### **3. Positionnement territorial**

Le service de pédiatrie est très impliqué dans les différents réseaux : Réseau COCON, Réseau OncoMip, Infectiologie, réseau REPOP.

Par ailleurs, le chef de service de pédiatrie préside l'Association des pédiatres montalbanais. Cette association organise annuellement une journée pédiatrique du Tarn-et-Garonne. Il y a eu plus de 160 professionnels de santé de la petite enfance, pédiatres, médecins généralistes, de protection maternelle infantile, internes, puéricultrices, auxiliaires de puériculture à la 9ème journée qui s'est déroulée le 20 janvier 2024. Ces journées permettent de créer des liens avec les professionnels de ville avec des présentations très pratiques qui intéressent les professionnels, en présentant des prises en charge pour différentes pathologies quotidiennes.

## **EN SYNTHÈSE**

*La pédiatrie est une équipe solide et attractive.*

*Les compétences médicales sont complémentaires et permettent une réponse adaptée aux besoins.*

*L'offre de soin pourrait être complétée avec un neuro-pédiatre notamment.*

*L'absence d'unité mère-enfant manque cruellement dans l'offre de soins.*

*La dynamique médicale permet d'envisager la poursuite du développement de l'HDJ.*

*L'instabilité des autres maternités à proximité est une source d'inquiétudes.*

## La psychiatrie infanto – juvénile

### I. Présentation de la filière : contexte et offre actuelle

#### 1. Prévalence et données épidémiologiques

Sur la base des éléments issus du diagnostic du PTSM et du « Portraits de Territoire Tarn et Garonne de novembre 2022 », il s'avère que depuis plus d'une décennie, le Tarn-et-Garonne est l'un des départements les plus attractifs de la région Occitanie.

Au 1er janvier 2018, le département compte une population de 259 100 habitants. Entre 2013 et 2018, il relève une hausse annuelle moyenne de 0,6 % de la population. Cette croissance démographique est au-dessus de celles de la France métropolitaine (+0,4%).

Ce dynamisme démographique s'appuie conjointement sur :

- L'arrivée massive de nouveaux résidents : 3 000 personnes supplémentaires par an en moyenne entre 1999 et 2007, puis 2 700 entre 2010 et 2015.
- Un indice de vieillissement plus faible que celui de la région qui place le Tarn-et-Garonne au second rang des départements les moins vieillissants.
- Le Tarn et Garonne est le département qui présente l'indicateur de fécondité conjoncturel le plus élevé (1.96 enfant).
- Dans le Tarn-et-Garonne, la part des enfants de 2 à 5 ans scolarisés est plus élevée que celle de la région et de la moyenne nationale ; pour les 15-17 ans, le taux de scolarisation est proche de ceux des niveaux régional et national.

Cette croissance est principalement liée à la position géographique du département. Elle est particulièrement forte sur l'axe Toulouse-Montauban, ainsi qu'autour de Castelsarrasin.

Avec une moyenne d'âge de 41,6 ans, le Tarn-et-Garonne se situe dans une position médiane parmi les départements métropolitains. Le département héberge de nombreuses familles avec de jeunes enfants, dont les actifs travaillent principalement dans les agglomérations toulousaines et montalbanaises. De ce fait, les moins de 17 ans (22,56 %) et les 30 à 59 ans (39,01 %) sont plus nombreux qu'au niveau régional (respectivement 20,44 et 38,27 %). A l'inverse, les 18 à 29 ans sont sous-représentés.

Ce département est aussi caractérisé par un indice de précarité élevé (17,2 % vivant sous le seuil de pauvreté en 2015 – source Insee).

De plus, l'analyse de la répartition territoriale des affections psychiatriques de longue durée faite dans le cadre du diagnostic du PTSM montre une prévalence forte observée dans les cantons de Garonne-Lomagne-Brulhois, Moissac et surtout Montauban.

Ce département est également caractérisé par la faiblesse significative de la démographie des psychiatres libéraux, laquelle n'est pas compensée par ailleurs par la démographie des médecins généralistes et pour la pédopsychiatrie une offre libérale inexistante. La densité des psychiatres hospitaliers est quant à elle inférieure aux taux régionaux et nationaux. Compte-tenu du dynamisme démographique, cet écart pourrait se creuser dans les prochaines années.

## 2. Etat des lieux de la filière

### a) Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources

A ce jour en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent (PEA), le département du Tarn-et-Garonne est couvert par deux institutions :

- Le CH de Montauban : secteurs Montauban, Castelsarrasin, Beaumont de Lomagne, Moissac, Valence d'Agen (territoire ouest).
- L'ASEI avec le CMPP : secteurs Verdun, Grisolles, Caussade, Saint-Antonin (territoire sud et est).

L'inter-secteur de PEA et de périnatalité, pour la part dévolue au centre hospitalier de Montauban comprend une offre de soins diversifiée répartie de la manière suivante :

- CMP enfants de Montauban (file active 366 enfants en 2022)
- CMP CAMPA adolescents Montauban (file active 210 enfants en 2022)
- CMP enfants et adolescents de Castelsarrasin et son antenne de Beaumont de Lomagne (file active 318 enfants en 2022)
- CMP enfants et adolescents de Moissac et son antenne de Valence d'Agen (file active 391 enfants en 2022)
- Hôpital de jour pour enfants (6-12 ans) sur Montauban
- Hôpital de jour pour ados (12-18 ans) sur Montauban
- CATTP pour ados (12-18 ans) sur Montauban
- CATTP enfants (6-12 ans) sur Castelsarrasin
- Hospitalisation complète pour ados (12-18 ans) sur Montauban
- Equipe mobile d'ados dans leur complexité 82 (cofinancement CD)
- Equipe mobile de périnatalité et de pédopsychiatrie de liaison
- Convention avec le CRA + CAPP 82/46 (antenne)
- Convention avec la MDA (Ressource Jeunesse)

En fonction du profil clinique du patient et de son parcours de soin, les articulations entre les différentes unités fonctionnelles font l'objet de réunions soit de synthèse, soit de présentation auprès des différents acteurs impliqués à l'échelle du Territoire pour une prise en charge efficace et coordonnée (sanitaire, médico-social, associatif, Education Nationale, Protection judiciaire de la jeunesse, ASE, Sauvegarde de l'enfance...).

Dans le contexte de la réforme des autorisations de soins en psychiatrie, le centre hospitalier a été sollicité par l'ARS Occitanie pour déployer une offre de CMP EA sur l'ensemble du Territoire. Ce découpage va évoluer en 2024 et le CH de Montauban va couvrir l'ensemble du département. Cela impliquera une nouvelle répartition des moyens financiers et humains.

Par ailleurs, le secteur de pédopsychiatrie souhaite évoluer vers un passage en niveau 2 dans la gradation des soins tel que préconisé dans les 2 derniers rapports de la Cours des comptes.

## b) Chiffres d'activité, patients

	POLE FEMMES PARENTS ENFANTS M1 à M6 2023		
	2022	2023	Var. % N-1
Patients	1 073	1 292	20,4%
dont Nouveaux patients	281	414	47,3%
Hospitalisation - Séjours	95	97	2,1%
dont Séjours à temps complet	30	48	60,0%
dont Séjours à temps partiel	65	49	-24,6%
Hospitalisation - Jours de présence	2 354	2 298	-2,4%
dont Jours de présence à temps complet	1 183	1 148	-3,0%
dont Venues / Demi-venues à temps partiel	1 170,5	1 150,	-1,8%
Ambulatoire - Actes	8 080	9 206	13,9%

ACTIVITE ET ANALYSE	TAUX		
	2022	2023	Var. N-1
Taux d'hospitalisation	8,4%	6,4%	- 2,0
Taux de réhospitalisation	2,25	2,17	- 0,1
Taux de 1ère prise en charge en hospitalisation	20,0%	12,0%	- 8,0
Taux de renouvellement	26,2%	32,0%	5,9

SECTEUR	Type pec	Description	ER. Patients			ER. Actes			ER. Actes avec Interv.méd			
			2022	2023	Var. % N-1	2022	2023	Var. % N-1	2022	2023	Var. % N-1	
Secteur U Psychiatrie	Ambulatoire	5010-EQUIPE MOBILE PER	168	345	105,4%	549	989	80,1%	162	396	144,4%	
	Ambulatoire	5020-MAISON ADO	42	48	14,3%	94	100	6,4%	72	100	38,9%	
	Ambulatoire	5036-SIJ CAMPA CMP	155	251	61,9%	742	1 150	55,0%	322	548	70,2%	
	Ambulatoire	5040-CMP MONTA	287	281	-2,1%	2 492	2 227	-10,6%	895	628	-29,8%	
	Ambulatoire	5042-SIJ CMP MOISSAC	166	203	22,3%	939	1 414	50,6%	207	288	39,1%	
	Ambulatoire	5043-SIJ CMP VALENCE	112	124	10,7%	528	723	36,9%	148	92	-37,8%	
	Ambulatoire	5044-SIJ CMP CASTEL	196	179	-8,7%	1 436	999	-30,4%	369	313	-15,2%	
	Ambulatoire	5045-SIJ CMP BEAUMONT	47	24	-48,9%	227	65	-71,4%	60	48	-20,0%	
	Ambulatoire	5048-SIJ PSY	41	37	-9,8%	226	201	-11,1%	53	24	-54,7%	
	Ambulatoire	5050-EQUIPE MOBILE ADC	0	20	...	0	317	...	0	0	...	
	Ambulatoire	5056-SIJ SAD										
	Ambulatoire	5065-SIJ CATTP CAMPA	28	32	14,3%	522	721	38,1%	0	0	...	
	Ambulatoire	5070-SIJ PSY LIAISON	5	5	0,0%	6	7	16,7%	6	6	0,0%	
	Ambulatoire	5081-ACTES AMBU HI ADC	33	24	-27,3%	158	177	12,0%	126	117	-7,1%	
	Ambulatoire	5082-ACTES AMBU EN HI O	0	16	...	0	22	...	0	21	...	
	Ambulatoire	5088-ACTES AMBULATOIR	28	23	-17,9%	161	94	-41,6%	134	92	-31,3%	
		Sous-Total		1 045	1 275	22,0%	8 080	9 206	14%	2 554	2 673	5%

## c) Part de marché ; analyse des fuites

L'offre de soins en psychiatrie est sectorisée et l'offre de soins pédopsychiatrique libérale est inexistante sur le département.

### 3. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Projet	Etat d'avancement
Création d'un centre de consultations et de soins précoces en psychiatrie périnatale	Création d'une équipe mobile de psychiatrie périnatale en 2021
Création d'une équipe mobile de psychiatrie infanto juvénile pour adolescents (repérage précoce)	Création d'une équipe mobile pour adolescents complexes 82 en 2021
Création d'un CATTP de psychiatrie infanto juvénile sur le bassin de Castel / Moissac	Non abouti
Création d'une antenne du CMP de Castelsarrasin à Beaumont de Lomagne et développer l'antenne de Moissac à Valence d'Agen	Création d'Antenne de CMP de Beaumont de L. et renforcement de l'antenne de Valence d'Agen en 2017
Création d'un HJ pour adolescent sur le bassin de Castelsarrasin - Moissac	Non abouti

### 4. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Projets structurants et attractifs</li> <li>Synergies partenariales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Clarification des missions CMP / CMPP / CAMPS</li> <li>Accueil des mineurs aux urgences</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Déploiement offre CMP EA territoire Sud et Est</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Démographie médicale</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

Nous retrouvons dans le PRS 2023-2028 les éléments suivants :

- ✓ **Engagement 1** : Dynamiser et adapter la prévention et la promotion de la santé aux âges clés et aux milieux de vie

DÉFI #4 : Renforcer le dépistage, le repérage et l'accompagnement précoce

#### Objectif opérationnel 1 :

- Mettre en place ou conforter des actions de prévention, de dépistage et de prise en charge précoces des parents et des enfants pour repérer et atténuer les effets de leurs vulnérabilités et accompagner la parentalité (0- 6 ans).
  - Renforcement des équipes mobiles de périnatalité
  - création d'un CATTP Périnatalité

- Mise en place des éléments préfigurateurs du Programme PEGASE (Article 51 en cours)

### Objectif opérationnel 2 :

- Accompagner les enfants et les jeunes vulnérables ou en rupture, dans un parcours de santé mentale en mobilisant des prises en charge pluridisciplinaires (7 - 25 ans).
  - Renforcement de l'équipe d'adolescents complexes
  - Repérer, diagnostiquer et orienter rapidement vers des professionnels qualifiés ces jeunes qui le plus souvent n'expriment aucune demande spontanée.
  - Création d'un CATTP adolescents sur l'ouest du Territoire
  - Equité de l'accès aux soins sur le département
- ✓ **Engagement 4** : Renforcer la coordination des acteurs pour assurer la continuité des prises en charge et des accompagnements (défi # 2) avec la création d'un DSPP.
- ✓ En ce qui concerne les IPA, Le PRS Occitanie 2023-2028 vient soutenir les acteurs de terrain, notamment par l'engagement n°3 portant sur le renforcement de l'accès pour tous à une prise en charge adaptée aux besoins de santé sur l'ensemble des territoires (défi 1 et 5) et par l'engagement n°6 se rapportant au soutien de l'attractivité des métiers de la santé (défi 2).

## 2. Orientations retenues – axes de développement

Le secteur de PEA du Tarn et Garonne est aujourd'hui confronté à des données contradictoires :

- Une pénurie des médecins pédopsychiatres qui traverse le territoire du 82 (30%), en écho avec la pénurie actuelle au niveau national. Pour autant, à ce jour, les partenaires du social et du médico-social se tournent très régulièrement vers le secteur IJ (infanto-juvénile) du fait d'une vacance de la plupart des postes de pédopsychiatres rattachés à leurs institutions. Les CMP IJ du 82 sont actuellement saturés dans leur capacité d'accueil, avec une difficulté grandissante pour assurer leurs missions minimales d'accueil réactif et de soin coordonnés dans un parcours de soin cohérent et gradué.

- La réforme des autorisations en psychiatrie qui demande l'extension de l'offre de soin pédopsychiatrique sur le sud et l'est du département, anciens territoires couverts par l'offre de l'ASEI.

La clarification des missions CMP / CMPP / CAMPS est un préalable incontournable.

Voici quelques indicateurs départementaux :

Age des enfants suivis		
CAMSP	Moins de 2 ans :	11,1 %
	2 - 3 ans :	48,3 %
	4 - 6 ans :	40,6 %
	plus de 6 ans :	-- %
CMPP	Moins de 6 ans :	11,6 %
	6 - 10 ans :	64,2 %
	11 - 15 ans :	19,8 %
	16 - 17 ans :	3,8 %
	18 ans ou plus :	0,6 %
CMP enfants et adolescents	Moins de 6 ans :	15,1 %
	6 - 10 ans :	34,2 %
	11 - 15 ans :	37,4 %
	16 - 17 ans :	11,4 %
	18 ans ou plus :	1,9 %

Source : Rapports d'activité 2017 des CAMSP- CMPP et ATIH-RIMP 2018 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Nombre de structures et de lieux de consultation		File Active
CAMSP	- 1 CAMSP à Montauban, ouvert 5j/semaine, 232 jours par an avec une antenne à Castelsarrasin ouverte 1j/semaine, 48 jours par an.	- 349 enfants
CMPP	- 1 CMPP à Montauban ouvert 5j/semaine, 250 jours par an, avec deux antennes : Caussade ouverte 3 j/semaine, 153 jours par an et Verdun-sur-Garonne ouverte 2,5 j/semaine, 132 jours par an)	- 260 enfants à Montauban 153 enfants à Caussade 132 enfants à Verdun-sur-Garonne Total : 545 enfants
CMP	- 1 CMP pour enfants de moins de 12 ans à Montauban - 1 CMP pour adolescents à Montauban - 1 CMP pour enfants et adolescents à Beaumont-de-Lomagne - 1 CMP pour enfants et adolescents à Castelsarrasin - 1 CMP pour enfants et adolescents à Moissac - 1 CMP pour enfants et adolescents à Valence-d'Agen	- 1 696 enfants

Source : Rapports d'activité 2017 des CAMSP- CMPP et ATIH-RIMP 2018 – Exploitation : CREAI-ORS Occitanie

Il est à noter que les CMP EA ont actuellement une liste d'attente de 20 à 30 enfants sur chaque site avec un délai pour le 1er rdv de 2 à 3 mois.

Des innovations et des restructurations sont rendues nécessaires et nous projetons une réorganisation de l'offre ambulatoire sur le département autour de plusieurs axes structurants :

- Concentration de la ressource médicale sur deux sites (deux médecins à mi-temps par site)
- Proximité géographique de la région toulousaine facilitant les recrutements (densité population)
- Développement d'antennes de CMP pour tendre vers une équité d'accès aux soins
- Développement des outils de télécommunication

Cette réorganisation de l'offre de soin en CMP EA s'inscrit dans l'objectif d'en améliorer leur efficacité à partir d'une intervention coordonnée et intégrée, dans une offre de soin graduée.

Dans ce contexte, il est essentiel de construire de nouvelles modalités organisationnelles donnant une place centrale aux infirmiers en CMP EA.

- Les IPA seront des points d'appui essentiels à cette restructuration.

La pratique avancée constitue une des réponses à l'évolution de la demande de soins et permet de réorganiser l'intervention des professionnels de santé tout en améliorant la qualité, la sécurité et la pertinence des soins.

- L'introduction d'IDE « case-manager » permettra la fluidification des parcours complexes pour les familles avec la notion de référence de proximité.

### a) Objectif 1 : Déploiement de l'offre CMP IJ territoire Sud et Est

Une reconfiguration de l'offre en CMP est projetée à échéance fin de 2024 autour de deux CMP médicalisés à Montauban et Montech, prenant appui sur une offre de proximité autour d'antennes de CMP à Castelsarrasin, Beaumont de Lomagne et Valence d'Agen pour les territoires ouest et sud, et des antennes de CMP à Caussade et St Antonin Noble val pour le territoire est.

Cette reconfiguration devra être soutenue par un usage des téléconsultations, ainsi que la création de poste.

La reconfiguration a été réfléchié à partir d'un zonage populationnel par communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS). Dans le Tarn et Garonne, il en existe 6 avec des degrés de maturité très différents et quelques zones blanches non couvertes (comme Valence d'Agen).

L'objectif est de :

- Promouvoir l'exercice coordonné pour améliorer les prises en charge des populations.
- Respecter une cohérence entre les implantations envisagées et les localisations des lycées et collèges.
- Poursuivre la cohérence du maillage territorial en se rapprochant aussi des municipalités et des MSP.

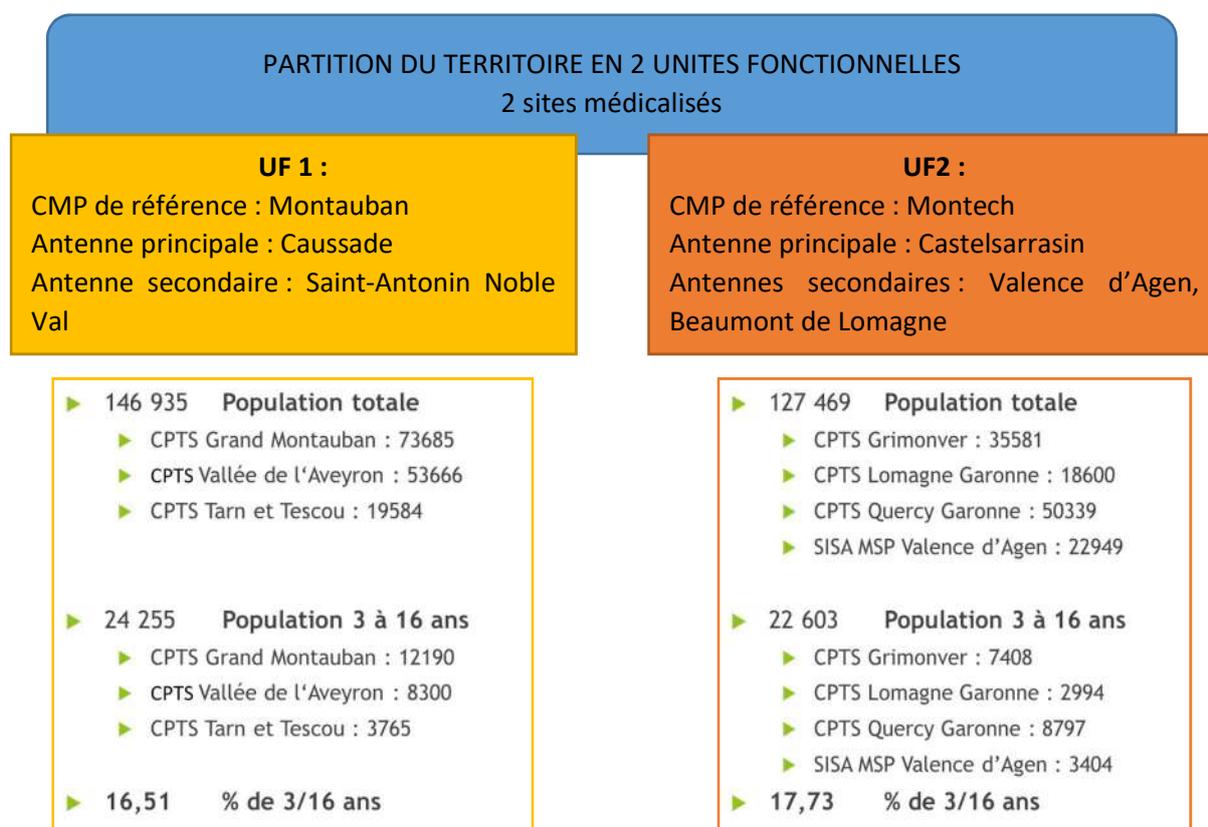


Figure 1: données INSEE

A noter :

- Une population de jeunes 3 à 16 ans quasi identique sur les 2 UF mais avec une forte implantation d'établissements secondaires sur l'UF1
- Grimonver en forte augmentation démographique qui subit la pression du nord toulousain
- Sortie d'autoroute qui va faire bénéficier autant le Grand Montauban que Grimonver
- Installation des antennes en lien avec le réseau Lio et les logiques de mobilité des territoires

### **b) Objectif 2 : Déploiement des outils de télécommunication sur le secteur**

La nouvelle partition des CMP EA sur le Territoire (avec 2 sites médicalisés) nécessite la mise en place d'outils de télécommunication (TeleO). Tous les CMP et antennes devront être équipés pour la réalisation de téléconsultations.

Les débits de connexion devront être suffisants et l'achat de PC portables réalisé pour chaque CMP ou antenne.

### **c) Objectif 3 : Création d'un DSPP**

La constitution d'un dispositif de type Dispositif de Soin Partagé en Psychiatrie infanto-juvénile (DSPP-IJ), adossé aux CMP, nous semble permettre la construction de nouvelles articulations dans un parcours de soin gradué en lien avec les CPTS du territoire.

Cet objectif s'inscrit dans l'instruction DGOS du 2-12-2022 autorisation activité en psychiatrie.

En effet, dans la perspective d'un passage du secteur pédopsychiatrique en 2ème ligne de soin pluridisciplinaire spécialisé, il est nécessaire de construire l'articulation entre la 1ère ligne de soin générale portée par la médecine générale, les psychologues libéraux et les MSP et la 2nde ligne de soin portée à ce jour uniquement par la secteur pédopsychiatrique, habilité à prodiguer des soins pluridisciplinaires spécialisés.

⇒ Les impacts attendus sont :

- Création d'un DSPP IJ en territoire rural avec expérimentation des modalités d'articulation avec une inter-CPTS et CPTS / secteur psychiatrique IJ
- Evolution de l'offre de soin en CMP dans la perspective d'un passage du secteur pédopsychiatrique à une 2nde ligne de soin
- Amélioration des liens avec CPTS / Maison de Santé Pluri professionnelle / MG / école / psychiatrie libérale, dans le cadre d'un dispositif apprenant

⇒ Description générale du fonctionnement d'un DSPP IJ adossé à chaque CMP

- Adressage téléphonique par médecin généraliste, accueil téléphonique assuré par IDE au CMP : recueil du motif de la demande, des premiers éléments d'anamnèse et des antécédents.
- Prise de Rdv par les dépositaires de l'autorité parentale.
- Rdv dans des délais adaptés à la situation clinique avec médecin pédopsychiatre + IDE (possibilités de collaboration avec des acteurs de la psychiatrie libérale)
  - ❖ Mise en place d'un suivi partagé :
    - Proposition d'un plan de traitement écrit, proposé au MG (courrier « apprenant » adressé dans les suites la consultation)

- Possibilité de consultation conjointe IDE / MG dans le bureau de travail du MG
- Maintien de l'IDE comme ressource téléphonique, vision ou présenteielle pour MG et famille
- Réévaluation médicale pédopsychiatrique possible à la demande du MG
- ❖ Réorientation vers le CMP selon critères de sévérité
  - Constitution d'un réseau de partenaires, notamment psychologues libéraux par le psychologue rattaché au DSPP. Intégration du forfait « Mon psy ».
  - Intégration et déploiement d'outil numérique SPICO : « SPICO discussion » et « SPICO dossier »
- Orientation vers un suivi psychiatrique en libéral

#### **d) Objectif 4 : Création de CATTP**

- ⇒ Création CATTP adolescents territoire Ouest
  - Equité d'accès aux soins sur le département
  - Dispositif souple d'accompagnement groupal médiatisé pour les adolescents du territoire ouest
  - Création à envisager à Castelsarrasin par renfort de l'existant (ancien HdJ enfants Pordegui)

- ⇒ Création CATTP Périnatalité 0-3 ans

Depuis 2021 et suite au rapport de la commission d'experts des « 1000 premiers jours » soutenant les interventions périnatales les plus précoces possibles, l'équipe mobile de psychiatrie périnatale du CH de Montauban a largement renforcé son offre de soins. Dans ce contexte, nous notons une augmentation des patients pris en charge par cette équipe.

En appui de ce travail qui repose sur des consultations en intra ou extrahospitalier ou sur des visites à domicile, nous souhaitons pouvoir proposer une offre de soins type CATTP pour les 0-3 ans à Montauban, offre de soins plus intensive. La modalité groupale permettrait un soutien du lien parents-bébé dans les situations de vulnérabilité psycho-sociales ou psychiatriques, une prise en charge des troubles du développement chez l'enfant. Les parents pourraient bénéficier de l'effet contenant du groupe et du partage entre pairs. La dynamique d'un travail à plusieurs professionnels permettrait aussi de croiser les regards cliniques et de renforcer la qualité des soins par des éclairages pluridisciplinaires partagés (en intragroupe ou en intergroupe en réunions d'équipe).

#### **e) Objectif 5 : Accueil des mineurs aux urgences orientés pour des motifs pédopsychiatriques**

Réflexion associant le pôle SUR, la pédiatrie, la psychiatrie adulte et la pédopsychiatrie

Plusieurs enjeux :

- Garantir un accueil dans des conditions de sécurité suffisantes
- Respecter la dignité des patients et de leur famille
- Concilier soins somatiques et pédopsychiatriques
- Fluidifier les parcours de soins
- Intégrer le manque de ressources médicales prégnant des différentes spécialités concernées

#### **f) L'accès à la recherche, à l'innovations, aux thérapies innovantes**

EMAC 82 : Groupe de recherche sur les patients qui n'arrivent pas à se rendre sur les lieux de soins. Finalisation d'un protocole de recherche visant à une caractérisation épidémiologique des adolescents, placés ou non, inclus dans le dispositif de l'équipe mobile de pédopsychiatrie du Tarn-et-Garonne, afin d'étudier les facteurs déterminants qui entravent l'accès aux soins de cette population. Temps formalisés avec la FERREPSY ⇒ accompagnement par leur attachée de recherche clinique. Accompagnement méthodologique et soutien logistique notamment concernant la future analyse des données et calculs statistiques.

GRTPEA 82 : Groupe de Recherche sur les Troubles Psychiques à Adolescence du Tarn et Garonne, dont le thème est :

Les passages à l'acte à l'adolescence, en premier lieu les tentatives de suicide, semblent être toujours autant d'actualité, voire majorés depuis la pandémie et le contexte anxiogène actuel constats, réponses, hypothèses de recherches.

Les 2 groupes de recherches de PEA ont l'appui de la FERREPSY Occitanie.

## EN SYNTHÈSE

*La psychiatrie infanto-juvénile souffre du déficit de ressources médicales malgré la présence dans l'établissement de jeunes praticiens.*

*Les besoins de soins sont grandissants.*

*L'offre de soins du territoire va se restructurer, sous réserve de financements et à la demande de l'ARS (secteurs couverts par l'ASEI)*

*La psychiatrie infanto-juvénile souhaite mettre en place un dispositif de soins partagé (DSPP-II) pour construire un parcours de soin gradué.*

*Des réflexions sont en cours concernant l'accueil des mineurs aux urgences, pour des motifs pédopsychiatriques. Les locaux sont aujourd'hui très inadaptés.*

## La filière Oncologique gynécologique

Le centre hospitalier de Montauban s'inscrit dans une démarche et une perspective visant à conforter l'offre de soins en Gynécologie, et plus particulièrement sur la prise en charge du cancer du sein et du cancer du pelvis.

Ce point est traité dans la partie du projet médical relative à la chirurgie sur deux fiches dédiées (cancer du sein et cancer du pelvis).

# Le pôle soins médicaux et réadaptation et gériatrie

## Les Soins Médicaux de Réadaptation (SMR)

### I. Présentation de la filière : contexte et offre actuelle

Le périmètre de cette filière concerne les unités de soins médicaux de réadaptation (SMR) polyvalentes et spécialisées des établissements parties et du territoire du GHT. La sous-filière SMR relative aux unités cognitivo-comportementales est analysée dans le cadre de la filière « Personnes âgées et vieillissement ».

#### 1. Etat des lieux de la filière

##### a) Organisation de l'offre sur le territoire, autorisations, ressources

Autorisations et capacités des Ets parties au 1er juin 2023 Par site géographique	Polyvalents	UCC	Personnes âgées poly pathologiques	locomoteur	système nerveux	cardio - vasculaire	système digestif, métabolique et endocrinien	onco -	Hématologique	Brûlés	liées aux conduites addictives	Capacité en lits d'HC	Capacité places (Hp)
CH de Montauban	10		15	15	10							50	15
CHIC de Moissac	17		19									36	
CH de Valence d'Agen	30											30	
CH de Caussade												0	
CH de Negrepelisse	33 dt 8 EVC											33	
<b>Total GHT82</b>	<b>90</b>		<b>34</b>	<b>15</b>	<b>10</b>							<b>149</b>	<b>15</b>

## b) Chiffres d'activité, patients

Mention	Type de prise en charge	Nombre de journées					
		2023	2022	2021	2020	2019	2018
MPR Locomoteur	Hospitalisation complète	7129	8260	7847	7769	8342	7868
Soins de Suite polyvalents	Hospitalisation complète	6024	4554	4535	4755	6767	6616
MPR Locomoteur	Hospitalisation de jour	2179	2128	1447	722	1725	1547
Rééducation neurologie	Hospitalisation de jour	1520	1597	1174	784	1099	1172
<b>TOTAL</b>		<b>16852</b>	<b>16539</b>	<b>15003</b>	<b>14030</b>	<b>17933</b>	<b>17203</b>

	2022	Effectif Patients	Effectif séjours	Age min	Age moyen	Age max
<b>Global</b>	Hommes	300	430	14	60,5	98
	Femmes	333	438	16	65,5	100
	<b>TOTAL</b>	<b>633</b>	<b>868</b>	<b>14</b>	<b>63</b>	<b>100</b>
	2023	Effectif Patients	Effectif séjours	Age min	Age moyen	Age max
<b>Global</b>	Hommes	340	489	15	59	100
	Femmes	361	472	18	65	99
	<b>TOTAL</b>	<b>701</b>	<b>961</b>	<b>15</b>	<b>62</b>	<b>100</b>

Modes d'entrée	2022		2023	
	Nombre de séjours	Part des séjours	Nombre de séjours	Part des séjours
Mutations depuis une unité de soins de courte durée	291	35%	289	32%
Transfert depuis une unité de soins	43	5%	30	3%
Entrée directe du domicile	475	58%	574	63%

## 2. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Objectif opérationnel	Etat d'avancement
CH de Montauban : augmenter HDJ SSR CHM et l'éducation thérapeutique	Passage de 10 places d'HDJ à 15 places d'HDJ en 2023
CH de Montauban : mettre en œuvre une autorisation PAPD et de neurologie HC	Fait – 10 lits de PAPD installés depuis le 17/10/2022 Et 15 lits de SSR neurologie
Accompagner le passage à la Dotation Modulée à l'Activité	Fait
Mettre en place une UCC sur le département ? par transformation de lits SSR du 82 ?	Non réalisé – dotation insuffisante pour mettre en œuvre le projet et pas de possibilité de transformer des lits existants sur le GHT.
CH de Caussade : mettre en place une UHR de 14 lits UHR	Projet à finaliser – accord de principe de l'ARS, dans le cadre du projet d'investissement du CH de Caussade.

### 3. Matrice S.W.O.T.

FORCES	FAIBLESSES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Une offre polyvalente sur le territoire</li> <li>• Une coopération effective avec les opérateurs privés</li> <li>• Equipe MPR du CH de Montauban</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Démographie des professionnels sur le GHT</li> <li>• Difficultés d'aval (MCO vers SSR)</li> <li>• Taux de fuite sur le SSR neuro- hors département</li> </ul>
OPPORTUNITÉS	MENACES
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Développement du SMR neurologie</li> <li>• PRS 2023 – 2028 avec le développement de SMR spécialisés</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Des spécialités SMR absentes du territoire</li> </ul>

## II. 2024 – 2030 : Plan d'actions et ambitions

La réforme des autorisations a fait évoluer, en 2022, la dénomination de l'activité en Soins Médicaux de Réadaptation (SMR). Cette réforme vise à assurer le rôle pivot au sein des parcours de prise en charge, en coordination avec les soins de courte durée en amont et en aval ou en admission directe depuis le lieu de vie. Les SMR sont également intégrés aux filières de prise en charge des patients atteints de pathologies chroniques, en lien avec les professionnels de ville et le secteur social et médico – social.

La volonté de la réforme de ce champ d'activité vise à conforter la place du SMR dans le parcours du patient en améliorant l'accès à l'offre de réadaptation de qualité et homogène sur l'ensemble du territoire.

C'est dans ce cadre que s'inscrit le projet médical partagé du département de Tarn et Garonne pour la période à venir et dans la perspective du Nouvel Hôpital du Centre hospitalier de Montauban.

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

Le PRS 2023 – 2028 prévoit pour le territoire de Tarn et Garonne la création des mentions « respiratoire » et « oncologie » qui n'existaient pas sur le territoire pour tenir compte de l'augmentation de nouvelles maladies (suite COVID) et de l'incidence croissante de pathologies graves (Cancer).

La croissance démographique et le vieillissement de la population du département engendrent des besoins croissants de places en gériatrie : 2 autorisations ont ainsi été ajoutées afin de compléter l'offre de soins existante (les SMR sont complets et possèdent des listes d'attente).

## 2. Orientations retenues – axes de développement

### a) Objectif 1 – affirmer l'offre de soins de SMR du GHT

La stratégie de l'offre de SMR est coordonnée selon un prisme territorial par les établissements partie au GHT, en lien avec les besoins de la population identifiée dans le PRS 2023 – 2028.

L'activité de SMR du GHT se caractérise par les caractéristiques suivantes :

- Des unités polyvalentes dans l'ensemble des établissements du GHT et peu d'unités spécialisées
- Des patients de plus en plus complexes et de plus en plus lourds à prendre en charge, avec différentes dimensions de complexité : médicale, sociale, technicité de soins, ...

Les établissements partie du GHT ont, historiquement, fait le choix de privilégier une stratégie de complémentarité avec l'offre sur secteur privé.

Par ailleurs, dans l'offre de soins du département, il manque une unité cognitivo-comportementale (UCC) pour l'accueil des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée. Toutefois au regard des modalités arrêtées par l'ARS pour la mise en œuvre de cette activité, les établissements du GHT ont fait le choix de ne pas être porteur d'une telle activité. Les besoins étant insuffisamment couverts, il n'est pas envisageable de créer une UCC par substitution de lits de SMR existants.

En prenant en compte les données épidémiologiques du département tant au regard de la progression démographique que du vieillissement de la population, les établissements du GHT s'inscrivent dans une dynamique de consolidation et de développement de l'offre de SMR, tant en hospitalisation complète qu'en hospitalisation à temps partiel. La dynamique du GHT s'inscrit également dans le soutien des établissements du GHT dans le développement de leur offre de SMR polyvalent et gériatrique, afin de permettre au centre hospitalier d'accompagner la progression de la demande en SMR spécialisés. En effet, le plateau technique actuel de l'établissement ainsi que la configuration des bâtiments ne permettra pas un développement suffisant en l'absence d'un portage territorial de la demande croissante.

Ainsi, en **hospitalisation complète**, le capacitaire attendu serait de **75 lits** (dont la création de 15 lits SMR pneumologie et oncologie), au regard des éléments suivants :

- **SMR neurologique, la cible serait à 20 lits** car actuellement les demandes de rééducation restent importantes avec des refus ou des entrées parfois retardées par manque de places. Ces éléments s'appuient sur le fait de l'absence de médecin MPR dans les autres SSR du territoire implique un recours plus important au centre hospitalier et ce d'autant plus que l'établissement dispose de la filière neuro vasculaire sur le site.  
En effet, il est important de souligner que la compétence MPR permet de prendre les patients complexes avec notamment des problématiques neuro-urologiques ou neuro-orthopédiques (Ex : blessés médullaires, SEP, ...).  
Enfin, et dans la perspective du nouvel hôpital, il sera possible de transformer une partie de ces lits en lits de PREPAN si les conditions d'implantations peuvent être remplies de façon pérenne.

- **SMR locomoteur, la cible serait de 20 lits** et concerne la prise en charge des patients de la filière ortho – traumatolo mais également de la filière des amputés.

▪ *Filière ortho-traumatolo (15 lits):*

- Il existe des études de projection du nombre de prothèses (hanche et genou) en 2050 qui montrent une forte augmentation des patients opérés (au détriment des traitements conservateurs).
- Le profil de la population du département avec un niveau de précarité ou des comorbidités importantes implique que ces patients ne sont pas pris en charge par certaines autres structures de SMR privé.
- Cette filière prend en charge des personnes âgées dont l'état général ne relève pas de la filière gériatrique mais dont l'isolement ou le contrôle de la douleur rendent impossible le retour à domicile. Ces patients nécessiteront une hospitalisation à temps complet, comme aujourd'hui.
- Cette filière a également vocation à prendre en charge en SMR les opérations programmées complexes telles que les prothèses multi – opérées, les prothèses infectées, les polytraumatisés. Le lien avec le CHU de Toulouse est important pour la coordination des soins.
- La proximité avec un secteur d'infectiologie et d'anesthésie facilite la gestion thérapeutique et des voies veineuses d'abord. La prise en charge est plus longue et plus spécialisée par leur complexité.

▪ *Filière amputé (5 lits) :*

- Il existe une coopération avec le service de chirurgie vasculaire de la clinique du Pont de Chaume pour ces patients. La file active à vocation à progresser compte tenu de l'augmentation du nombre d'opérateurs à la clinique (passe de 2 à 3 chirurgiens). La clinique dispose d'une grande zone d'attractivité dans cette spécialité : de Brive au Nord Toulousain.
  - Pour la prise en charge de ces patients, il est opportun d'accéder aux lits d'HC dès la phase de cicatrisation afin de préparer le patient à l'appareillage, le reconditionner et assurer le soutien psychologique et antalgique.
  - Nombre d'amputations majeures (trans-tibiales et trans-fémorales) sur artériopathie diabétique ne va pas diminuer.
  - Ces patients ont une prise en charge longue, en moyenne de 3 mois avec un premier mois nécessaire pour la cicatrisation puis deux mois pour le travail sur l'appareillage.
- **SMR gériatrie, la cible serait de maintenir les 15 lits actuels**, le centre hospitalier étant le porteur et le référent de la filière gériatrique sur le territoire.
  - **SMR polyvalent** : au regard des compétences de l'équipe médicale par rapport aux autres SMR du département, le service se positionne comme SMR spécialisé. Le secteur polyvalent ne servira que pour des soins de cicatrisation de longue durée ou des périodes de décharge sans appui. Le capacitaire cible serait donc **de 5 lits**.

**A ces mentions déjà existantes dans l'établissement, s'ajoutent des mentions nouvelles dont les éléments sont développés infra.**

## **b) Objectif 2 – Déployer l'ambulatoire en médecine physique et réadaptation**

Le service de Soins médicaux et de réadaptation du CH de MONTAUBAN a connu une augmentation d'activité ces dernières années. Ceci semble en lien avec :

- le développement de l'activité ambulatoire
- l'augmentation de l'offre en MPR au niveau médical permettant plus expertise de patients et ainsi plus de rééducation spécialisée : développement d'une filière amputé, sclérose en plaques, neuro-orthopédie,...
- l'augmentation d'une population vieillissante en capacité physique de réaliser de la rééducation ambulatoire et nécessitant des soins de rééducation spécialisés.
- Reconnaissance de l'activité sur le CHU et sur l'oncopolé (onco-réhabilitation)

Initialement avec un nombre de 10 places, le nombre de places est aujourd'hui de 15 places avec 24 patients par jour.

L'objectif de remplir 20 places effectives soit 30-31/patients jour, mais cela nécessite une organisation très spécifique à mettre en place par un binôme cadre/médecin présent au quotidien mais également une disponibilité du plateau technique suffisante (ressources humaines et matériel). La consolidation des 15 places actuellement nécessite une analyse des ressources nécessaires en EAPA.

Pour développer l'hospitalisation de jour une équipe rééducative complète est impérative.

L'activité avec 20 places d'hospitalisation de jour serait répartie de façon suivante :

### **• 8 places de locomoteur pour les prises en charge suivantes**

- ✓ filière orthopédie notamment avec le service d'orthopédie du CH de Montauban en post-prothèse programmées (prothèse totale de hanche et de genou, prothèse d'épaule), ligamentoplasties, coiffe des rotateurs
- ✓ post-traumatisme : polytraumatismes, fractures de membre supérieur ou inférieur. Le centre hospitalier est actuellement le seul établissement de Tarn et Garonne à assurer la permanence des soins en traumatologie.
- ✓ prises en charge orthopédique à distance de la chirurgie lorsque l'évolution en ambulatoire de ville n'est pas satisfaisante – adressage par le chirurgien orthopédique
- ✓ post-amputation avec projet d'appareillage de membre supérieur ou inférieur : lien fort avec la chirurgie vasculaire du Pont de Chaume et à un moindre degré celle du CHU de TOULOUSE, création d'un réseau avec les orthoprothésistes intervenant sur le département avec adressage de leur part de nombreux patients.
- ✓ syndromes douloureux régionaux complexes, capsulites rétractiles : adressage via le chirurgien orthopédique, le rhumatologue, l'algologue
- ✓ programmes de restauration fonctionnelle du rachis : programmes séquentiels de 4 semaines, pluridisciplinaires de la lombalgie chronique. L'objectif est d'en faire un programme d'éducation thérapeutique.

Cette filière connaît actuellement un délai d'attente de 4 pour les prises en charge non programmées (traumatologie)

• **8 places de neurologie pour les prises en charge suivantes**

- ✓ filière AVC en post- hospitalisation complète SMR neuro. Patients en phase de récupération ou en phase de transition vers l'ambulatoire de ville.
- ✓ Sclérose en Plaques : séjour de réinduction de rééducation
- ✓ toute pathologie neurologique de découverte +/- récente
- ✓ évaluation installation du blessé médullaire +/- évaluation cutanée si escarre
- ✓ HJ « bilans » :
  - évaluation sur 1 journée des capacités et besoins d'un patient en multidisciplinaire
  - Evaluations neuro-orthopédique : examen clinique détaillé, blocs moteur nerveux ou musculaire, vidéo de la marche avant et après le geste, compte rendu détaillé +/- discussion en RCP de neuro-orthopédie.
  - Séances d'injection de toxine botulique dans la spasticité (geste également réalisé sur convention à l'EVC-EPR de Nègrepelisse)

Il est important de souligner que les délais d'attente sont aujourd'hui de 2 à 3 mois pour les patients au domicile ayant besoin d'une rééducation en neurologie.

• **2 places de gériatrie pour les prises en charges suivantes**

Ces patients sont plus complexes à prendre en charge sur une hospitalisation de jour car cela nécessite un état général suffisant bon pour supporter les aller-retours et une rééducation relativement intensive bien qu'adaptée à cette population.

Ainsi il est fréquent que ces patients ne puissent venir que 2 à 3 jours par semaine. Aussi sur les 4 places prévues initialement, 2 places seulement sont utilisés en moyenne.

Cette hospitalisation de jour permet de prendre en charge les patients en post-hospitalisation complète SMR gériatrique, des patients chuteurs orientés par un gériatre, ou encore des sd Parkinsonniens.

• **1 place de SMR polyvalent**

**c) Objectif 3 – Conforter les consultations de rééducation spécialisées**

Le service de Médecine Physique et de Réadaptation propose des consultations de rééducation spécialisées.

Dans le cadre des pathologies neurologiques :

- Consultations de suivi de patients porteurs de sclérose en plaques, ou atteints d'AVC ou blessés médullaires : suivi appareillage, neuro-urologique, neuro-orthopédique, cognitifs, escarres....
- Consultations multidisciplinaires de neuro-urologie 1/ mois avec le Pr Xavier GAME
- Réalisation de bilans uro-dynamiques
- Prise en charge neuro-orthopédique (en hospitalisation de jour) :
  - ✓ Réalisation d'injections de toxine botulique dans la spasticité (injections répétées toutes les 4-5 mois selon les patients) sous échographie + vacations sur l'EVC-EPR de Nègrepelisse

- ✓ Réalisation d'injections de toxine botulique dans l'hypertonie déformante acquise (activité gériatrique)
- ✓ Réalisation de blocs moteurs péri-nerveux ou intra musculaire avec analyse vidéo pré-et post-bloc de la marche, avec un rappel patient à distance.

#### Dans le cadre des pathologies orthopédiques :

- Consultation d'avis rééducatif sur orientation chirurgicale pour prise en charge de rééducation intensive à distance de la chirurgie lorsque la prise en charge libérale n'a pas apporté les objectifs attendus
- Consultation d'avis rééducatif sur orientation algologique / rhumatologique : prise en charge de la douleur chronique, prise en charge des syndromes douloureux régionaux complexes, des déconditionnements globaux.
- Consultation d'évaluation des lombalgies chroniques en vue de programmes de restauration fonctionnelle du rachis
- Consultations de prise en charge rééducative des rachis scoliotique, camptocormique,...
- Evaluations sur dynamomètre isocinétique : post-ligamentoplastie de genou à 6 mois

#### Consultations d'appareillage / matériel :

- Consultation de prescription des chaussures orthopédiques ou orthèses plantaires
- Consultation d'appareillage dans le cadre d'amputation du membre supérieur ou inférieur
- Consultation de positionnement au fauteuil roulant électrique ou manuel, évaluation de conduite
- Prescriptions de corset

Au regard de l'activité, ces consultations sont à poursuivre.

#### **d) Objectif 4 – développer le plateau technique de rééducation**

Le PT de rééducation du CH de MONTAUBAN est un plateau multidisciplinaire qui permet de prendre en charge l'ensemble des pathologies déjà décrites précédemment. Il se compose de :

- 2 salles de kinésithérapie
- 2 salles de sport
- 1 salle d'ergothérapie
- Une salle de bain et une cuisine thérapeutique
- Des box d'orthophonie, neuro-psychologie et psychologie
- Une balnéothérapie

Ce plateau crée en 2000 ne répond plus aux besoins d'une activité croissante en terme de population / nombre de patients présents (augmentation de l'HdJ) et de technicité.

Le centre hospitalier est en cours d'acquisition d'appareils modernes mais nécessitant des lieux dédiés qui prennent de l'espace sur des locaux déjà surexploités.

Le centre hospitalier dispose de plateaux techniques spécialisés (PTS) :

- Balnéothérapie
- Isocinétisme
- Rééducation robotisée du membre supérieur (prochainement)
- Exosquelette (plan de financement en cours pour pouvoir acquérir le bien)

Ces PTS renforce la spécialisation que veut porter le SMR du CH mais ils nécessiteront une révision des conditions de fonctionnement sur le plan paramédical afin de pouvoir les exploiter de manière suffisante pour les valoriser mais également les utiliser dans les conditions de sécurité adéquates pour le patient. Là aussi des espaces dédiés sont nécessaires pour une bonne exploitation des outils.

D'autre part, l'équipe médicale souhaite renforcer les évaluations écologiques des patients en intra-hospitalier (développer un vrai appartement thérapeutique) et en extra-hospitalier (mise en condition du patient pour des démarches administratives, des courses, de la conduite automobile, activités professionnelles...). Cela amènera à revoir le fonctionnement pour détacher du personnel sur ces activités essentielles à la réinsertion du patient.

Sur le nouvel hopital, il faudra prévoir un espace pouvant accueillir un simulateur de conduite automobile pour mieux évaluer les patients ayant subi un traumatisme ou une pathologie pouvant interférer avec leurs capacités de conduite.

Dans la même lignée, des parcours de marche en terrains variés et des parcours de circulation en fauteuil roulant seront à prévoir pour mieux évaluer, rééduquer ou réadapter les patients à de nouveaux modes de déplacements (fauteuil roulant manuel, électriques, prothèse de membre, hémiplégié, paraplégies incomplètes...)

L'activité physique adaptée est de plus en plus utile, non seulement pour des activités de rééducation mais également pour de l'éducation thérapeutique. L'activité, en complément de celle des kinésithérapeutes, est amenée à se développer notamment dans le cadre des reconditionnements à l'effort de patients post-réanimation, ou des patients des filières oncologique ou pneumologique (notamment en hospitalisation de jour).

D'autre part les locaux devront être adaptés à l'initiation à l'activité handisport (objectif de réinsertion aux activités de loisirs et à l'activité physique malgré le handicap). Dans l'attente du nouveau site, un travail sera à mener au sein de l'établissement pour ne pas freiner le développement de l'activité et empêcher la réponse aux besoins.

**e) Objectif 5 – Diffuser la compétence SMR sur le territoire avec l'Equipe Mobile d'Expertise en Réadaptation Neuro – Locomotrice (EMER-82)**

Dans le cadre de l'élargissement de l'offre de soin sur le département, l'équipe mobile de MPR a été créée en 2023 pour permettre la diffusion de la compétence en MPR sur le territoire.

Cette équipe mobile permet une évaluation écologique des patients afin de favoriser un retour ou un maintien à domicile. D'autre part, l'EMER82 est destinée à une population essentiellement à handicap neurologique parfois sévère, aussi, leurs déplacements sur le centre hospitalier peuvent être compliqués et/ou coûteux, mobilisant souvent de nombreux soignants hors des structures.

De plus, l'équipe médicale et soignante est parfois dans des impasses thérapeutiques par défaut de coordination et de compréhension des objectifs avec les soignants des patients envoyés en consultations auprès de l'équipe du centre hospitalier. La création de l'équipe mobile répond à ces problématiques.

L'EMER82 est une interface permettant la mise à disposition de compétences spécifiques (médecin MPR, ergothérapie, assistante sociale) au domicile ou dans les établissements de proximité.

Elle permet :

- de faciliter l'organisation des sorties d'hospitalisation en effectuant une expertise des problématiques de retour ou de maintien dans le lieu de vie
- d'aider au transfert des acquis de la prise en charge hospitalière sur le lieu de vie, et d'accompagner les aidants
- de prévenir la perte d'autonomie mettant en jeu le maintien à domicile du patient
- d'effectuer une expertise rééducative et réadaptative : rééducation, prise en charge neuro-orthopédique, neuro-urologique, prévention complications de l'immobilité... notamment dans les structures médico-sociales du champ du handicap adulte avec coordination des parcours de soins
- de fluidifier/orienter les parcours de soins et de prévenir les ré-hospitalisations
- d'évaluer et prescrire les aides techniques à la mobilité, le grand appareillage

Les interventions s'inscrivent dans le projet de vie du patient, dans son environnement et avec son entourage médical et non médical.

L'EMER 82 est adossée au SMR du CH de Montauban portant les mentions « locomoteur » et « système nerveux » et s'adressent aux structures médico-sociales du département qui n'ont plus de compétence MPR en leur sein, aux autres SMR comme l'EVC-EPR de Nègrepelisse ou les autres SMR du département pour des besoins ponctuels : avis d'expertise, prescriptions spécialisées, orientation thérapeutique notamment en neuro-orthopédie ou neuro-urologie. Le déplacement dans ces structures vise également à désengorger les consultations sur le SMR, à faciliter l'orientation des patients et la filière de soins vers les actes techniques (toxine botulique, bilan urodynamique, ...).

Cette activité a débuté en avril 2023 et a déjà permis au cours de l'année de réaliser environ 50 visites à domicile. Actuellement, les sollicitations proviennent essentiellement du secteur libéral et du secteur médico-social. De manière plus modérée l'équipe intervient sur le centre hospitalier. Le territoire d'intervention correspond au département de Tarn et Garonne.

Il est prévu de travailler sur la communication vis-à-vis de nos partenaires sur cette équipe mobile et ses missions, pour étendre les interventions également aux autres SMR.

#### **f) Objectif 6 – développer l'offre de SMR spécialisés : SMR pneumologie et SMR oncologie**

Sur le département, il existe différentes structures SMR spécialisées :

- SMR à orientation cardiologique et métabolique à Beaumont de Lomagne
- 3 SMR PAPD : clinique de la Pinède, CH Castelsarrasin-Moissac, CH Montauban
- SMR pour conduite addictives : Clinique de Longues Aygues
- SMR locomoteur et neurologique : Clinique de la Pinède et CH de Montauban

Certaines indications ne sont pas actuellement pourvues sur le département. Mise à part les SMR pédiatriques, 2 besoins en SMR sont évoqués régulièrement : un SMR mention pneumologie et un SMR mention oncologie. Au cours des échanges avec l'ARS, le centre hospitalier de Montauban pourrait être porteur de ces deux autorisations dont le PRS 2023 – 2028 prévoit la création dans le département.

Au regard du contexte au niveau de la démographie médicale dans ces deux spécialités, mais également de la configuration bâtementaire du centre hospitalier de Montauban, la mise en œuvre de telles autorisations nécessitera un travail préalable.

- **SMR mention pneumologie**

Dans l'attente du nouvel hôpital et de la configuration d'un plateau adapté et adéquat, le service de pneumologie du centre hospitalier de Montauban a pour projet la mise en place d'un SMR Pneumologique sous la forme d'un accueil en hospitalisation de jour sur l'unité. Ce projet est soumis à un recrutement médical permettant le développement d'un tel projet. Dans un premier temps, l'hospitalisation de jour pourrait être développée à proximité du service de pneumologie car la prise en charge nécessite une coordination et une supervision d'un pneumologue.

L'objectif serait l'évaluation ambulatoire des patients atteints d'affections bronchopulmonaires, avec handicap respiratoire transitoire ou permanent, responsable de limitation d'activités quotidiennes et/ou dyspnée invalidante.

Le service de pneumologie dispose déjà de l'équipement adapté à la réalisation des épreuves fonctionnelles respiratoires et épreuves d'effort.

La mise en œuvre de la mention SMR pneumologie en hospitalisation complète nécessitera une réflexion préalable au regard du besoin à couvrir et des locaux actuels pour la réalisation de l'activité.

Conformément à l'instruction N° DGOS/R4/2022/210 du 28 septembre 2022 la mise en place d'un tel agrément nécessitera le recrutement d'un kinésithérapeute dédié à cette activité, complété d'un moniteur d'activité physique adapté. A cela s'ajoute humainement l'attribution d'un temps assistant social, orthophoniste, diététicien(ne), IDE et aide-soignant.

Sur le plan matériel un complément du plateau technique actuel de pneumologie serait nécessaire pour se mettre en conformité avec les exigences requises formulée au sein de cette instruction DGOS (notamment en termes d'équipement en vue des soins de rééducation, salle d'activité physique, etc).

La prise en charge est pluridisciplinaire coordonnée par un pneumologue ou un médecin justifiant d'une formation ou d'une expérience attestée en pneumologie et en réadaptation. Elle associe réentraînement à l'effort, reprise d'activités physiques adaptées et éducation thérapeutique avec l'accompagnement psycho-social et motivationnel. La prise en charge idéale est fixée à au moins 2h/jour à pondérer avec les capacités physiques du patient.

Concernant le SMR du CH de Montauban, les MPR ne disposent pas de la compétence de ce type de SMR, mais ils prennent régulièrement en charge des patients pour de la réhabilitation musculaire et respiratoire de patients adressés par la pneumologie comme notamment lors de la Crise COVID sans que cette rééducation ne soit spécialisée comme notifiée dans le cahier des charges de cette spécialité. Dans l'attente du nouvel hôpital, il pourrait être mis à disposition 2 lits d'hospitalisation complète pour du SMR pneumologique.

Cette configuration pourrait être proposée à la prochaine ouverture d'agrément en 2024 avec proposition de créer un service de SMR pneumologique à part entière HC et HJ avec augmentation de capacitaire pour le nouvel hôpital.

Le capacitaire du SMR respiratoire peut être envisagé à hauteur de 10 lits d'hospitalisation complète pour prendre en charge pour le début de reconditionnement global dans les suites de séjours d'hospitalisation suites à des pathologies pulmonaires aiguës (post-COVID, post-Grippe, post décompensation BPCO...). Ces 10 lits seront dans les locaux du SMR, sous la tutelle des médecins MPR mais avec recours au pneumologue contractué en fonction des besoins.

Concernant l'hôpital de jour, il serait de 4 places, sous la responsabilité des pneumologues pour des programmes de reconditionnement à l'effort et de l'éducation thérapeutique.

- **SMR mention oncologie**

L'objectif est d'apporter aux patients atteints de cancer une prise en charge personnalisée en réadaptation, en surveillance et soins médicaux, et en soins palliatifs le cas échéant. L'orientation vers ces structures peut se faire en amont, pendant ou en aval de la prise en charge oncologique. Le médecin coordonnateur est spécialisé en oncologie ou justifie d'une formation ou d'une expérience en oncologie médicale. Un recours à un médecin MPR doit être possible.

Le CH de MONTAUBAN peut se positionner en faveur d'un tel agrément. Cependant, à ce jour, au vu de l'absence de recrutement médical d'oncologue intéressé par le projet, le service de SMR du CH de Montauban ne pourra pas assurer les missions telles que décrites dans les circulaires détaillant la mention oncologie car les médecins MPR n'ont pas cette compétence.

Par contre, l'équipe médicale du SMR peut développer l'hospitalisation de jour pour une prise en charge d'onco-réhabilitation pré-opératoire et/ou en phase de rémission pour du reconditionnement musculaire et respiratoire global.

L'équipe médicale de SMR est en lien avec le service d'onco-réhabilitation de l'oncopole qui adresse au CH de Montauban, en SMR, des patients relevant de notre territoire. Les pneumologues assurant la rééducation respiratoire pourraient s'associer à ce projet afin d'effectuer les bilans pré-rééducation.

Des lits d'hospitalisation pourront être mis à disposition pour les patients habitants loin, ou pour certaines indications de patients rééducables sans soins de supports médicaux importants et sans risques de décompensation majeure.

Cette mention pourrait, dans le nouvel hôpital comprendre 5 lits d'hospitalisation complète et 2 places d'hospitalisation de jour.

Dans l'attente d'un recrutement d'oncologue, et afin de mettre en œuvre cette mention, l'équipe médicale de MPR peut prendre en charge des patients porteur d'une pathologie oncologique mais dont le projet thérapeutique est la rééducation ; les patients nécessitant des soins de supports médicaux itératifs (chimiothérapie / transfusions ...) ne seront pas pris en charge et les soins palliatifs ne seront pas assurés. Les soins palliatifs seront traités dans la partie adhoc du projet médical.

Les places d'hôpital de jour pourraient être pour des patients en réhabilitation pré-opératoire ou post-traitement si tant est que l'état général le permet. Il s'agira d'une prise en charge de reconditionnement à l'effort pour laquelle l'équipe de pneumologie peut être impliquée dans la réalisation du test d'effort initial et la détermination du programme de rééducation après évaluation.

Ces places permettront également la prise en charge des complications aux soins onco (Ex : atteintes neurogènes périphériques post-radiques, neuropathies chimio-induites, etc).

- **HAD réadaptation**

Les décrets relatifs aux conditions d'implantation et aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité d'HAD sont entrés en vigueur au 1er juin 2023.

L'activité de l'HAD de mention « réadaptation » a pour objet d'assurer, au domicile du patient, une réadaptation complexe, pluridisciplinaire et coordonnée pour prévenir ou réduire les conséquences fonctionnelles, les déficiences et les limitations d'activité.

Pour relever de la mention réadaptation, la prise en charge doit comporter au minimum cinq actes de rééducation ou de réadaptation par semaine relevant de la compétence d'au moins deux professions de santé différentes.

Tous les établissements devront détenir la mention socle et exercer une activité d'HAD polyvalente pour pouvoir exercer une activité spécialisée.

Le PRS 2023 – 2028 prévoit 2 mentions réadaptation sur le département. Dans ce cadre, et au niveau du GHT une réflexion doit être menée pour un positionnement sur le développement de cette mention en fonction du calendrier de l'ARS sur la mise en œuvre.

**g) Objectif 7 – Prévoir dans le Nouvel Hôpital la prise en charge PREcoce Post Aigue Neurologique (PREPAN)**

La prise en charge précoce en SMR des patients victimes de lésions neurologiques aiguës a démontré son efficacité sur le pronostic fonctionnel du patient. Il s'agit désormais d'une notion acquise avec haut niveau de preuve.

Cette précocité de prise en charge amène l'établissement et ses équipes de MPR à être en capacité d'accueillir des patients plus lourds adressés depuis la réanimation et les soins intensifs de neurologie/neuro-chirurgie.

Les unités PREPAN (PREcoce Post Aigue Neurologique) sont une réponse à cette demande. Les objectifs et indications ont été clairement définis dans l'INSTRUCTION N° DGOS/MSSR/DGS/DSS/2021/78 du 2 avril 2021.

Elles permettent l'accueil précoce de patients traumatisés crâniens graves, de pathologies neurovasculaires, de neuropathie de réanimation, de lésions médullaires, etc.

Ces unités ont également vocation à être des unités expertes pour l'évaluation des patients neurologiques lourds et complexes afin d'assurer leur correct adressage sur structures d'aval (EVC, EPR, SSR neurologique, etc).

Elle nécessite :

- ✓ une expertise en rééducation neurologique dont dispose les médecins du CH de Montauban.
- ✓ des formations complémentaires médicales pourront être envisagées (DU traumatisé crânien, DU déglutition avec naso-fibroscopie, etc), et paramédicale (formation des IDEs aux soins de trachéotomie sur patient non ventilés, surveillance spécifiques, etc)
- ✓ la mise en place de chambres adaptées avec : fluides médicaux (O2, aspiration, etc), monitoring reporté en salle de soin, sonnettes adaptées, domotique
- ✓ la mise en place de matériel adapté aux soins de nursing lourds : lit adaptés, rails de transfert en chambre ou lèves patients, etc

- ✓ la modernisation du plateau technique pour l'accueil de ce profil patient
- ✓ architecturalement une accessibilité facile aux unités court séjour et à la réanimation pour transport de patient (notamment si urgence) (même bâtiment, accessibilité par couloirs/ascenseurs).

Le Centre hospitalier de Montauban doit être porteur de ce projet au vu de l'absence de ce type de structure au sein du GHT 82, et des compétences médicales rééducatives présentes exclusivement sur l'établissement.

La présence sur le CH de Montauban en amont des unités de réanimation, soins continus, soins intensifs neurologiques, ... et en aval des unités de SMR neurologique hospitalisation complète et hospitalisation de jour, ainsi que de l'EMER, permettrait ainsi au centre hospitalier de Montauban de **proposer un parcours patient neurologique complet et cohérent**, en adéquation avec les recommandations actuelles.

Fonctionnellement, cette offre de soins pourrait être mise en place par un passage hebdomadaire des médecins MPR en unité de réanimation pour l'évaluation des patients pressentis sur l'unité.

Pour les patients adressés depuis le CHU de Toulouse le lien existe déjà avec les collègues MPR sur site (sensibilisés depuis longtemps au profil des patients qui peuvent être pris en charge sur ces unités) en vue de l'évaluation et de confirmation d'adressage.

Cette unité pourrait s'envisager sur les lits de SMR neurologie du Nouvel Hôpital, sous réserve de disposer d'un nombre de lits suffisants pour répondre à l'offre, sur le territoire. Le capacitaire pourrait être de 8 lits sur le SMR neurologique.

Ces unités nécessitent des compétences stables et formés à ce type de prise en charge lourde puisqu'elles proposent une réadaptation motrice et cognitive précoce des patients ayant une lésion neurologique aigüe grave, tout en organisant le sevrage des dépendances pour permettre un transfert sécurisé dans les meilleures conditions possibles vers un service de SMR puis vers le domicile.

#### ***h) L'accès à la recherche, à l'innovations, aux thérapies innovantes***

Des liens forts unissent les services de MPR du CH de Montauban avec les services de MPR et d'explorations physiologiques du mouvement du CHU de Toulouse. Aussi il nous a été proposé d'être centre investigateur sur deux projets de recherche.

##### **Le projet ECO-HAND-AVC :**

Evaluer l'effet de l'utilisation d'un gant de préhension (Saeboglove®) sur la performance du Membre Supérieur dans la réalisation d'activités en situation écologique chez des patients présentant une paralysie séquellaire du bras post-AVC (supérieur à 3 mois).

Date de début : 18/3/2024

Date de fin prévisionnelle : 02/07/2026

Centres participants : Etude multicentrique, services de MPR du CHU Toulouse, du CHU Limoges et du CH de Montauban

### L'étude CUSTOM-NF STROKE :

Objectif d'évaluation de l'impact de la personnalisation d'un protocole de rééducation par neurofeedback-EEG sur la récupération motrice en phase subaigüe post accident vasculaire cérébral (AVC)

Date de début : 03/2024 (en attente date de la visite de mise en route sur Montauban)

Durée de la période d'inclusion : 18 mois

Durée de participation de chaque participant : 5 semaines (3 semaines d'entraînement NF - 15 séances, 1 par jour pendant 3 semaine ; 2 pré-test la semaine précédente et 1 post-test la semaine suivante).

Durée totale de la recherche : 21 mois

Objectif inclusion : 54 patients au total

Centres participants : Etude multicentrique, Services MPR du CHU Toulouse, du CHU de Bordeaux, et du CH de Montauban

### 3. Positionnement territorial du Centre hospitalier de Montauban

Le SMR du CH de MONTAUBAN se positionne comme centre de recours pour les autres SMR du département. En effet le centre hospitalier de Montauban est le seul site ayant une ressource de médecin MPR sur le département. L'équipe médicale pratique des activités techniques nécessaires aux population porteuses de handicap notamment neurologique (prise en charge neuro-orthopédique, neuro-urologique...). Elle est en lien avec le centre expert du CHU de TOULOUSE. Cette mission de recours peut être réalisée en consultation ou délocalisée dans les autres SMR ou à domicile via l'Equipe Mobile d'Expertise en Réadaptation (EMER 82).

Le projet d'ouvrir une HAD de rééducation pourrait étendre le maillage territorial. L'EMER intervient également dans les structures médico-sociales (MAS, FAM, EHPAD, ...) pour les patients ayant des difficultés de déplacement.

## EN SYNTHÈSE

*Le CH de Montauban bénéficie de la seule équipe médicale comprenant 3 médecins rééducateurs.*

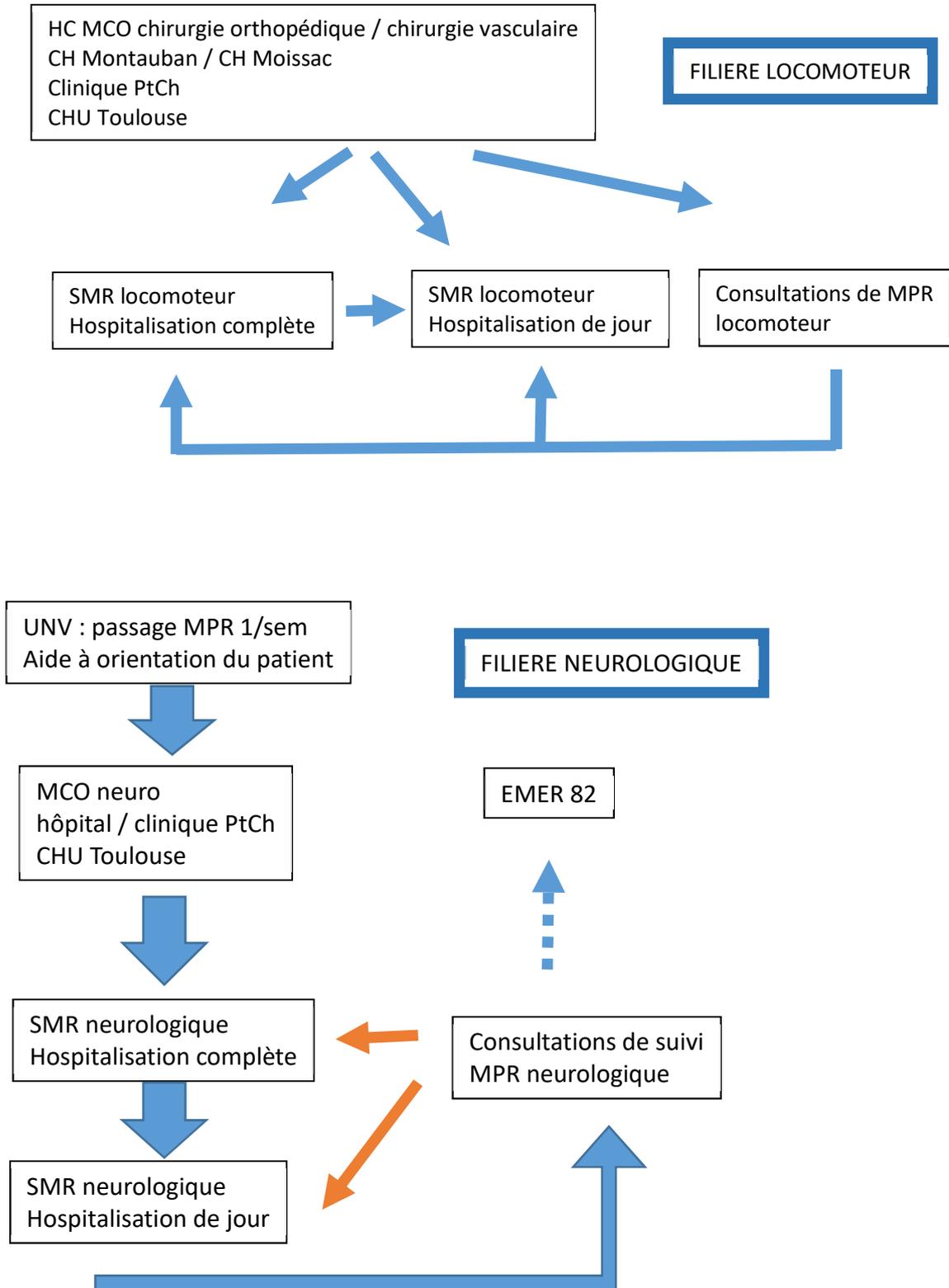
*Les besoins en SMR spécialisé sont en augmentation, notamment en neurologie et en orthopédie.*

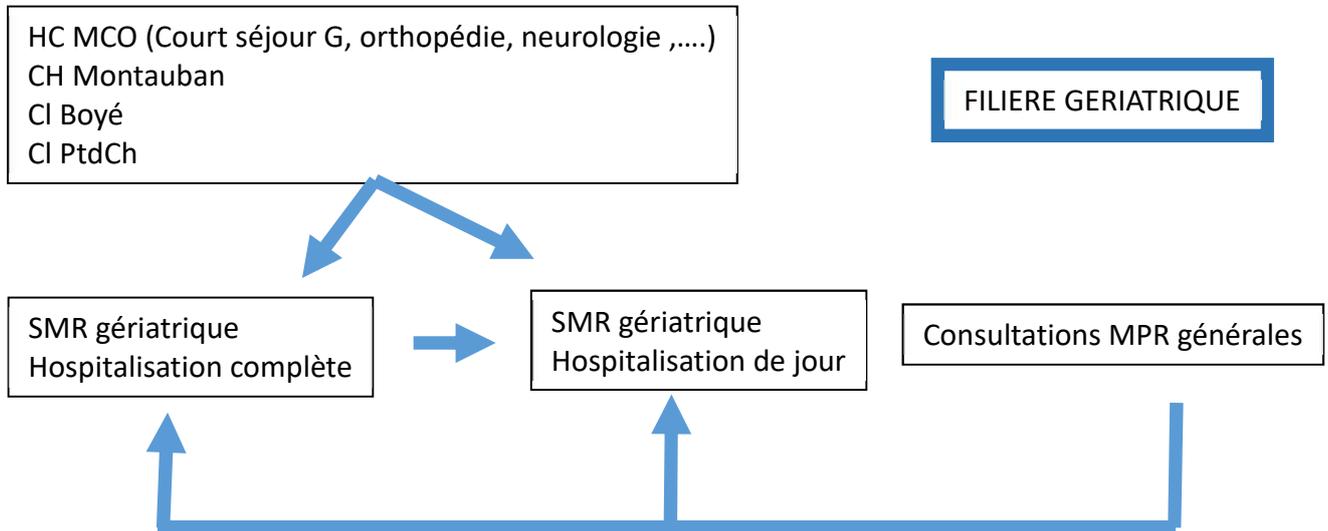
*Le CH de Montauban souhaite consolider et développer les SMR polyvalents et gériatriques des établissements du GHT*

*Le CH souhaite également développer les hospitalisations à temps partiel ainsi que de nouvelles mentions de SMR (oncologie, pneumologie)*

*Le développement de l'activité de SMR va nécessiter une adaptation du plateau technique de rééducation.*

**Annexe – schéma des parcours patients à ce jour**





## La filière personnes âgées et vieillissement

La filière gériatrique doit permettre à chaque personne âgée d'accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique, en prenant en compte les aidants proches.

Du fait de sa dimension territoriale, une filière est une organisation qui fédère et s'appuie sur de solides partenariats. Elle associe alors l'ensemble des acteurs concourant à l'accompagnement et contribue à fournir le juste niveau de prise en charge en coordination avec le médecin traitant.

Le diagnostic du PRS de la région Occitanie, indique que 638 740 personnes âgées d'au moins 75 ans vivent actuellement sur l'ensemble de la région. Les personnes âgées de 75 ans ou plus voient leur nombre augmenter régulièrement. Un peu plus d'un tiers vit seul à domicile, soit 226 000 personnes. Dans le département de Tarn et Garonne, en 2019, les personnes d'au moins 75 ans représentait 10.6% de la population du département. 33.3% vivent seules à leur domicile. Ces données correspondent à celles de la moyenne régionale.

Dans le diagnostic porté par l'ARS Occitanie, il est également précisé qu'en 2018, comme pour la population de tous âges dans le département, c'est dans la zone du Grand Montauban que les personnes âgées de 65 ans ou plus sont les plus nombreuses (16 247 personnes).

La population de la Région Occitanie va continuer à augmenter et à vieillir d'ici à 2035. En effet, d'ici à 2035 la population de la Région devrait progresser de 13% pour atteindre 6.5M d'habitants. Dans le même temps, la population des personnes d'au moins 75 ans augmenterait de 61%. Ainsi, dans le département de Tarn et Garonne, la part des personnes de 75 ans et plus s'élève à 10.7% pour atteindre 14.9% en 2035. Cette progression suit celle de la moyenne de la région Occitanie (10.5% en 2015 / 15% en 2035).

Au regard de l'ensemble de ces données, le GHT de Tarn et Garonne, en partenariat avec les autres acteurs du territoire va poursuivre les actions engagées sur sa filière de soins gériatriques.

### I. La filière : l'offre actuelle

#### 1. Etat des lieux de l'offre actuelle

Le Centre hospitalier de Montauban bénéficie d'une offre de soin relativement complète avec :

- Un Court Séjour Gériatrique, comprenant actuellement : 23 lits avec 95% de post-urgence (patients provenant du SU ou de l'UHCD)
- Un hôpital de jour gériatrique dont l'activité a démarré sur l'Unité de Médecine Ambulatoire (UMA) en janvier 2024 avec une activité initialement sur 2 demi-journées. Le nombre de places pour cette activité sera ajusté en fonction de l'activité.
- Une USLD composé actuellement de 30 lits situés dans les bâtiments modulaires depuis 2006. Il n'y a pas eu de réévaluation PATHOS depuis 2011 (il était alors à 470).
- 2 EHPAD qui sont actuellement dans des bâtiments modulaires et dans un autre bâtiment à proximité du site principal de l'établissement. Un projet de reconstruction et de regroupement

de l'ensemble des lits d'EHPAD de l'établissement est en cours avec une échéance à 2027. Le nombres de places sera alors ajusté à la baisse : 90 places.

- Les unités de soins médicaux de réadaptation (SMR) dont le SMR personnes âgées avec 15 lits d'hospitalisation complète et 2 places d'hospitalisation partielle.

En complément, le pôle est dynamique avec les activités transversales suivantes :

- Une Equipe Mobile de Gériatrie : intra et extra-hospitalière depuis 2023 avec le recrutement d'une seconde IDE en 2024.
- Une Equipe Parcours Santé PA avec un rayonnement départemental.  
Elle regroupe : 2 EMG, 2 EMSP, 1 EMH territoriale, 2 HAD, 1 UMPPA territoriale.
- Une Cellule de recherche clinique en gériatrie, avec le Gérontopôle et l'IHU vieillissement
- Des consultations
  - Mémoire (label « CM de territoire »)
  - Oncogériatrique (avec les services d'Onco du CH et du Pont de Chaumes)
  - Gériatrique

### Cartographie de la filière gériatrique sur le GHT de Tarn et Garonne

	CH de Montauban	CHIC de Moissac	CH des 2 rives à Valence d'Agen + La Magistère	CH de Caussade et de Negrepelisse
EPS - PA	Oui			
Court séjour gériatrique (CSG)	23 lits			
HJ gériatrique (HDJ)	2 places			
Unité de post urgence gériatrique (UPUG)				
Unité de Soins de Longue Durée (USLD)	30 lits	25 lits	25 lits	35 lits
SSR / SMR	50 HC / 15 HJ	17 lits polyvalents et 19 lits pers. âgées	30 lits - polyvalents	33 lits – poly dt 8 EVC
EHPAD	105 places	340 places + PASA (14 places)	144 places dont 12 UHR	150 places + 133 places
Cs mémoire	CS mémoire de territoire (01/2024)	CS mémoire de territoire (01/2024)		
Equipe Mobile de gériatrie (EMG)	oui	oui		

## 2. Bilan du projet médical partagé de territoire (PMPT) du GHT 82 (2017 – 2021)

Le projet médical partagé du GHT prévoyait les actions suivantes :

Projet état	Etat d'avancement
❖ mise en place d'une équipe mobile de gériatrie territoriale	Depuis mi 2023, le renforcement de l'EMG du CH de Montauban permet à cette équipe de disposer d'une activité extra – hospitalière dans les EHPAD.
❖ développement de l'onco – gériatrie tant au CH de Montauban qu'au CHIC de Moissac	Fait sur le CH de Montauban – collaboration de la clinique du Pont de Chaume.
❖ développement des consultations gériatriques au CH de Montauban et au CHIC de Moissac	Fait sur le CH de Montauban. Développement également des consultations mémoires tant sur le CH de Montauban que sur le CHIC de Moissac.
❖ mise en place d'un CSG territorial de 25 lits au CH de Montauban	Fait mais son activité est impactée par l'absence d'unité post urgence gériatrique. Uniquement 23 lits compte tenu de contraintes architecturales.
❖ mise en place d'un hôpital de jour gériatrique / fragilité au CH de Montauban	Effectif depuis janvier 2024, avec la création d'une unité de médecine ambulatoire (UMA) d'oncologie et d'une UMA polyvalente. Des places dédiées à l'HJ de gériatrie sont identifiées au sein de l'UMA polyvalente.
❖ mise en place d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMPPA)	Mise en place effective mais avec un temps médical réduit depuis mi 2022 (psychiatre), ce qui complexifie son action et réduit la fluidité des parcours
❖ mise en place de l'informatisation des EHPAD	Le logiciel TITAN est en cours de déploiement dans un EPHAD du CHIC de Moissac. Le planning de déploiement sur les autres EHPAD et établissements du GHT est en attente.
❖ mise en place d'une USLD au CHIC de Moissac et à Valence d'Agen	Effectif

## II. La filière : projets et perspectives

### 1. Enjeux pour le département – PRS 2023-2028

Le constat principal du schéma régional de santé d'Occitanie 2023 – 2028 est que les tensions sur la démographie médicale engendrent des ruptures dans les parcours de soins en particulier pour les personnes fragiles (précaires, personnes âgées, personnes en situation de handicap, ...). Le projet du pôle SMR – gériatrie s'inscrit totalement dans le PRS en poursuivant le développement au sein du GHT de Tarn et Garonne d'une filière répondant aux besoins des personnes âgées poly - pathologiques, souvent précaires.

Le CTS du Tarn et Garonne a identifié parmi les défis du département celui de renforcer la filière gériatrique sur le territoire.

Par ailleurs, le département et l'ARS nouent un partenariat étroit en faveur de l'autonomie des personnes âgées (création de places d'EHPAD, centres de ressources territoriaux, ...).

A l'hôpital, le patient âgé est régulièrement, si ce n'est souvent hospitalisé plus souvent que les autres patients avec notamment un taux élevé d'admission par les urgences et une durée de séjour plus longue alors que c'est une population plus fragile : des poly-pathologies nécessitant une expertise transversale, avec des motifs d'hospitalisations variés comme les chutes, la confusion, une altération de l'état général, ... parallèlement, les progrès de la médecine, de la chirurgie et de l'anesthésiologie permettent de faire bénéficier des patients toujours plus âgés de traitements lourds et innovants qui améliorent la qualité et la durée de la vie. Ces évolutions nécessitent une adaptation du cadre de soins et de l'offre de soins de cette population de malades fragiles voire très fragiles.

La gériatrie est présente dans l'ensemble des établissements du GHT de Tarn et Garonne et au regard des données du Programme Régional de Santé 2023 – 2028, il n'est plus utile de démontrer les enjeux et le défi que représentent le vieillissement de la population de notre territoire. Au-delà du soin, de l'enseignement, il est nécessaire de poursuivre les démarches relatives à la prévention de la perte d'autonomie, sur la recherche et la qualité de soins à apporter aux personnes âgées.

La mise à jour du projet médical de territoire visera à

- Poursuivre les démarches engagées pour adapter et harmoniser l'offre de soins sur l'ensemble du territoire, à apporter l'expertise nécessaire et attendue pour prendre en charge les patients âgés. Pour ce faire l'équipe Parcours Santé PA est la plus adaptée (EPSPA).
- Améliorer et favoriser l'attractivité des services gériatriques pour les professionnels de santé (formation, qualité de vie au travail, repérage des situations de maltraitance, développer la formation des IPA, ...)
- Développer les actions des équipes mobiles gériatriques
- Développer l'hospitalisation à domicile dans les EHPAD
- Développement l'utilisation de la télémédecine pour les personnes âgées, notamment pour les EHPAD du territoire, pour limiter les déplacements des personnes âgées pour leurs consultations et améliorer la qualité du suivi médical
- Favoriser le développement de la recherche clinique en gériatrie
- Relocaliser les 30 lits d'USLD lorsque les bâtiments modulaires cesseront de fonctionner avec le déménagement des 90 lits d'EHPAD dans le nouveau bâtiment, en 2027
- Accompagner le projet de nouvel EHPAD
- Poursuivre le développement de l'activité de SMR personnes âgées au sein des établissements du GHT.

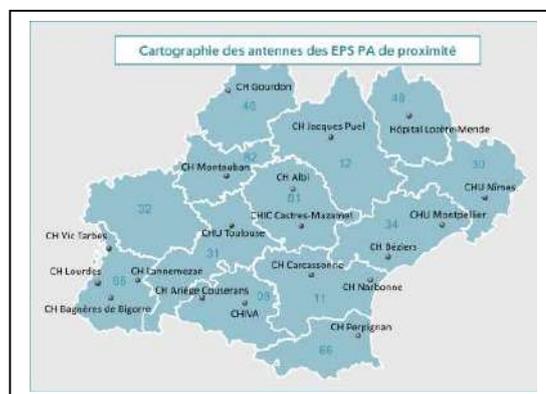
## 2. Orientations retenues – axes de développement

### a) *L'expertise gériatrique sur le territoire du GHT et au-delà : la consolidation et le développement de l'équipe parcours santé personnes âgées (EPS PA)*

Les équipes parcours santé personnes âgées (EPS PA) ont été mises en place en 2020 dans la région Occitanie avec pour objectif de fournir un appui par les établissements de santé à la gestion de l'épidémie de Covid-19 dans les EHPAD. Depuis 2021, leurs missions se sont étendues, avec notamment le soutien à la gestion des risques épidémiques en lien avec l'appui des équipes d'hygiène et l'expertise gériatrique globale répondant aux problématiques des équipes des établissements médico-sociaux, des médecins traitants et des usagers.

Elles proposent un avis spécialisé selon une réponse graduée, du conseil téléphonique à l'intervention d'équipes sur place, en passant par l'organisation de téléexpertise ou consultation.

L'EPS PA de Tarn et Garonne est une plateforme de coordination et d'orientation



C'est une cellule de professionnels (IDE spécialisée en gériatrie et médecin gériatre) qui assure la prise en compte des appels des professionnels de santé (structures ESMS et professionnels libéraux) afin d'orienter, de programmer et de coordonner une réponse ou une intervention adaptée à une situation ou à un besoin.

La réception et l'analyse des demandes se font par une IDE spécialisée en gériatrie avec une supervision médicale assurée par les médecins gériatres du CH de Montauban.

C'est un dispositif territorial qui travaille en partenariat avec les EMG, les EMSP, l'UMPPA, l'EMH, les HAD, l'EMER, les hôpitaux du GHT. Elle bénéficie également d'un temps de pharmacien formé à la gériatrie sur les thérapeutiques. Il a pour missions de participer à la formation des professionnels sur les bilans partagés de médication notamment.

L'EPS PA n'est pas un service de traitement des urgences cliniques gériatriques. Le traitement de ces demandes demeurent de la compétence du SAMU.

L'EPS PA de Tarn et Garonne fonctionne avec une permanence téléphonique 5 j/7 de 9h-18h et un numéro d'appel unique : 05 63 92 84 44 et une adresse mail unique également ([epspsa82@ght82.fr](mailto:epspsa82@ght82.fr))

L'équipe est composée d'un médecin gériatre Référent d'unité, d'un ETP IDE, d'un mi-temps d'AMA et d'un mi-temps de pharmacien.

Les temps de supervision médicale sont organisés 3 fois par semaine (L-Me-Ve)

L'objectif est de disposer d'une Hotline médicalisée « Allo Gériatrie », en lien direct avec les dispositifs transversaux du GHT et en partenariat avec la ville (CPTS, Dispositif d'Appui à la Coordination (DAC)) ainsi que le centre de ressources territorial dont l'objectif est de permettre aux personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible grâce à un accompagnement renforcé lorsque celui en place n'est plus suffisant.

**b) La nécessaire création d'une Unité de Post Urgences Gériatrique (UPUG) et la renaissance du court séjour gériatrique (CSG)**

**i. Un processus de création qui s'inscrit dans un contexte d'impérieuse nécessité**

La nécessaire création de cette unité est le résultat de l'analyse tant de la situation des urgences du centre hospitalier de Montauban (tension très forte sur les ressources médicales disponibles, réduction du capacitaire de l'UHCD, ...) que de l'analyse de l'activité de l'unité de court séjour gériatrique.

En 2023 deux services drainent l'essentiel des hospitalisations des patients âgés poly - pathologiques : le service de neurologie (24 lits) et le service de Court Séjour Gériatrique (23 lits).

Une unité de court séjour gériatrique (CSG) a vocation à prendre en charge en hospitalisation complète des patients, âgés de 75 ans et plus, se caractérisant par la coexistence de plusieurs pathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique ou d'un risque de dépendance majeure, et par l'intrication fréquente des pathologies neurodégénératives et somatiques, et de problèmes sociaux surajoutés.

Ces patients sont hospitalisés en raison de l'aggravation d'une de ces pathologies ou de la survenue d'une affection aiguë.

Le CSG dispose d'un savoir-faire gériatrique, permettant une approche globale des patients, appropriée à leurs poly-pathologies et/ou à leur risque de dépendance.

Chaque patient y bénéficie d'une prise en soin assurée par une équipe pluridisciplinaire formée à la médecine gériatrique et à la prise en soin gériatrique.

Les missions du CSG sont les suivantes :

Assurer la prise en charge des patients âgés en admission directe non programmée, de préférence sans passage par les urgences

Procéder à une évaluation globale et individualisée du patient gériatrique, à la fois médicale, psychologique et sociale,

Établir les diagnostics et pratiquer les soins, non réalisables en ambulatoire,

Traiter les pathologies dominantes et les pathologies associées déséquilibrées,

Envisager avec le patient et son entourage les conditions de vie ultérieures et contribuer à leur organisation, dans le cadre du projet de soins.

Au sein du centre hospitalier de Montauban, le service de CSG est composé de 23 lits normalement dédiés à une activité spécialisée de gériatrie, mais le contexte de l'établissement implique un glissement de l'activité vers une activité de post urgence. Ainsi, en 2023 sur les 9 premiers mois de l'année les statistiques relèvent 30 % de séjours d'une durée de 1 à 5 jours. Ces séjours correspondent

à l'activité de « post urgence par défaut » du service de Court Séjour Gériatrique. Ces séjours occupent 1/3 des lits du service soit 6 à 8 lits.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, il est nécessaire que le centre hospitalier de Montauban se dote d'une unité de post urgence gériatrique au cours de l'année 2024 afin de redonner tout son sens au service de court séjour gériatrique sur le territoire. Le court séjour gériatrique du Centre hospitalier de Montauban doit redevenir l'axe principal autour duquel s'articulent les autres structures de soins de la filière. La cible est de disposer d'une unité de CGS de 15 lits pour permettre au CH de Montauban de reprendre les admissions programmées de personnes âgées à la demande des EHPAD mais aussi de la ville (DAC, SSIAD, médecine de ville).

Dans le nouvel hôpital, il est prévu un capacitaire de 24 lits pour l'unité de court séjour gériatrique.

Cette mise en place, en complément de l'ouverture des places d'hôpital de jour permettra de parachever la complétude de la filière gériatrique de l'établissement, du GHT et du département de Tarn et Garonne.

ii. Les missions, le fonctionnement du service de post urgences gériatrique du centre hospitalier de Montauban

L'Unité Post Urgence Gériatrique est une unité d'hospitalisation de courte durée (5 jours en moyenne) qui s'adresse aux personnes âgées de 75 ans et plus, en provenance du service des Urgences de l'hôpital, selon des critères définis après avis d'un médecin gériatre. Il n'y a pas d'entrée directe en provenance du domicile ou des autres services de médecine ou chirurgie de l'hôpital et des établissements voisins.

Ce service devrait comprendre 6 ou 12 lits d'hospitalisation dans le nouvel hôpital compte tenu des projections de l'ARS Occitanie qui prévoient une augmentation de 60% du nombre de patients pouvant dépendre de la filière gériatrique d'ici 2040. Dans l'attente l'unité de post urgence gériatrique sera identifiée par redéploiement de lits du CSG.

Une prise en soins pluridisciplinaire et globale y est proposée dans l'objectif de favoriser un retour au lieu de vie habituel. Elle dispose donc d'un personnel formé à la gériatrie.

Pendant l'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.

L'UPUG bénéficiera d'un accès à l'ensemble du plateau technique du Centre Hospitalier de Montauban pour tout examen complémentaire pour le patient.

### ***c) Déployer une organisation d'admissions directes non programmées des personnes âgées en service hospitalier***

Le centre hospitalier de Montauban a été retenu par l'ARS Occitanie pour poursuivre la mise en œuvre de parcours d'admissions directes non programmées pour les personnes âgées en service hospitalier afin de réduire les passages aux urgences évitables s'inscrivant dans les suites du rapport Carli et la mesure 5 du pacte de refondation des urgences. Ce déploiement est également porté par le CHIC de Moissac.

Cette organisation doit permettre aux professionnels de santé de pouvoir recourir à un parcours d'hospitalisation directe pour des soins non programmés en lien avec les épisodes épidémiques mais également de manière pérenne afin d'éviter les ruptures de parcours et les prises en charges non adaptées pour les personnes âgées de plus de 75 ans.

Ce dispositif a pour objectif de :

- Soulager les services d'urgence et les équipes de premiers recours
- Prendre en charge des personnes poly pathologiques éligibles depuis le domicile ou substitut suite à la demande d'un professionnel de santé quel que soit son mode d'exercice
- Offrir une alternative au passage par les services des urgences aux patients éligibles pour des soins et décompensation subaiguë de l'état de santé
- Impulser le recours à un parcours coordonné depuis le domicile ou substitut et raccourcir les délais de prise en charge
- Créer du lien entre l'ensemble des acteurs

### ***d) Le développement de l'activité d'hôpital de jour de gériatrie***

Un hôpital de jour gériatrique a démarré sur l'Unité de Médecine Ambulatoire (UMA) en janvier 2024 avec une activité initialement sur 2 demi-journées. Le nombre de places pour cette activité sera ajusté en fonction de l'activité et de la disponibilité du temps médical.

L'hôpital de jour gériatrique accueille des patients âgés de plus de 75 ans durant une matinée, un après-midi voire une journée complète, afin de réaliser des soins ou examens qui nécessitent la proximité d'un plateau technique, sans pour autant devoir être hospitalisés plusieurs jours. Au décours de la journée, la personne âgée bénéficie d'une évaluation gériatrique pluridisciplinaire afin d'établir un diagnostic et assurer une thérapeutique de rééducation et de réadaptation.

Il permet de désengorger les services hospitaliers et les services des urgences tout en offrant un certain confort aux malades, qui ne sont plus obligés d'être hospitalisés pour la même efficacité en termes de soins. C'est une alternative à l'hospitalisation classique.

Les patients âgés sont pris en charge pour les troubles suivants:

- bilan cognitif
- bilan de chutes
- onco - gériatrie

- Bilan gériatrie aigue : bilan complémentaire en post hospitalisation du CSG, patient à domicile avec anémie ou AEG ou syndrome gériatrique adressé par son médecin traitant via l'EPSPA ou patient passé aux urgences qui a besoin d'un bilan complémentaire non urgent avec expertise gériatrique.

Le patient est convoqué au décours d'une demande réalisée par le médecin traitant ou le médecin hospitalier ou l'EPS - PA.

#### **e) Développer les actions des équipes mobiles gériatriques**

L'équipe mobile de gériatrie intervient dans l'ensemble des unités médico chirurgicales et psychiatrique du centre hospitalier de Montauban.

Tout patient âgé peut bénéficier d'une évaluation gériatrique afin d'optimiser son parcours de soin et sa prise en charge. L'équipe intervient à la demande des médecins et chirurgiens des services, par l'intermédiaire de demandes connectées, sur le dossier informatisé du patient. Le délai de réponse est rapide, le plus souvent dans les 24 heures, en fonction de l'urgence de la situation clinique. Au cours de l'année 2023, l'équipe mobile de gériatrie a réalisé deux tiers des évaluations dans des services de médecine, un tiers en chirurgie. Plusieurs formations ont été réalisées auprès de médecins, chirurgiens, soignants, sur différentes thématiques (la contention, la nutrition ou encore la confusion).

Ainsi, en intra – hospitalier, l'EMG

- intervient sur demande préalable pour apporter un avis spécialisé sous forme de préconisations,
- dispense une évaluation gérontologique médico-psycho-sociale et un avis gériatrique à visée diagnostique et/ou thérapeutique,
- contribue à l'élaboration du projet de soins et du projet de vie des patients gériatriques,
- oriente dans la filière adaptée de soins gériatriques et non gériatriques et/ou dans la filière médico-sociale,
- participe à l'organisation de la sortie des patients en s'articulant avec les dispositifs de soutien à domicile (Instances de coordination gérontologique, services sociaux, SSIAD, HAD, DAC, ...)
- conseille, informe et participe à la diffusion des bonnes pratiques gériatriques envers les professionnels et les familles des patients rencontrés.

En extra – hospitalier, l'EMG

- assure un rôle de veille et de signalement des dysfonctionnements au sein de la filière sur son territoire d'action
- participe au développement et utilise pour certaines de ses missions la télémédecine sur son territoire d'action en lien avec un projet médical défini et approuvé
- En EHPAD l'EMG territoriale propose d'intervenir autour de 3 axes d'intervention :
  - Accompagnement de l'évaluation des pratiques professionnelles et de la qualité en EHPAD
  - Réunion pluri-disciplinaire autour de «cas cliniques», +/- supports de formations «pratiques» (ex : révision des ordonnances de résidents et réflexion sur la iatrogénie)
  - Prises en charge personnalisées

La zone d'intervention de l'EMG est la suivante :

Bassin de Montauban : 21 EHPAD (soit 1600 résidents)

Bassin de Moissac : 8 EHPAD (soit 1470 résidents)

Mais aussi ...

Bassin de Villefranche de Rouergue : 2 EHPAD (95 résidents)

Bassin de Montauban : structure ARSSEA « Bordeneuve »

Bassin de Moissac : structure ARSSEA « Les Caneles »

L'EMG intervient également en appui dans les structures médico sociales prenant en charge des personnes handicapées vieillissantes.

#### **f) Développer la filière onco – gériatrique**

L'objectif est de renforcer la filière oncogériatrique au sein de l'hôpital pour permettre une prise en charge optimale aux patients âgés atteints d'un cancer. Pour cela nous développons la formation des équipes (une des IDE de l'EMG va passer le DU).

L'objectif est de répondre à toutes les demandes des praticiens de l'hôpital et les demandes extérieures des cliniques Montalbanaises, pour optimiser la prise en charge des patients âgés atteints d'un cancer.

Actuellement nous proposons des évaluations oncoG en consultation avec un médecin oncogériatre seul ou en binôme avec une IDE.

L'objectif est de développer notre filière au sein de l'HDJ de gériatrie pour proposer un projet de soins de support oncogériatrique personnalisés aux patients, en plus de l'évaluation oncogériatrique.

#### **g) Développer une filière d'orthogériatrie**

Ce projet concerne tant le CHIC de Moissac que le CH de Montauban il a pour objectifs

- D'améliorer la prise en charge des urgences traumatologiques gériatriques sur le territoire
- D'améliorer la coordination médico – chirurgicales des parcours hospitaliers des personnes âgées, avec le recours au plateau technique,
- D'organiser la filière territoriale de SMR
- De développer l'hospitalisation à domicile
- D'améliorer la préparation à la sortie d'hospitalisation
- De développer la télémédecine.

Ce projet sera mené avec les orthopédistes, les urgentistes, les gériatres et l'équipe mobile de gériatrie, mais également les rééducateurs et l'équipe de l'HAD.

#### **h) L'hospitalisation à domicile dans les EHPAD sera développée**

***i) L'accès à la télémédecine pour les personnes âgées, notamment pour les EHPAD du territoire, est favorisé pour limiter les déplacements des personnes âgées pour leurs consultations et améliorer la qualité du suivi médical***

Aujourd'hui tous les EHPAD du territoire sont équipés, il manque toutefois de la ressource médicale pour faire cette activité.

Le recrutement de gériatre doit permettre de favoriser l'utilisation de la télémédecine.

***j) Relocaliser les 30 lits de l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD) lorsque les bâtiments modulaires cesseront de fonctionner avec le déménagement des 90 lits d'EHPAD dans le nouveau bâtiment, en 2027***

Les USLD (unités de soins de longue durée) relèvent de la sphère sanitaire, elles sont des structures d'hébergement et de soins accueillant des personnes âgées de plus de 60 ans dont l'état nécessite une surveillance médicale constante.

Les moyens médicaux qui y sont mis en œuvre sont plus importants que dans les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes).

Les 30 lits d'USLD sont aujourd'hui localisés dans les bâtiments modulaires, avec les places de l'EHPAD USHPA. Lorsque le nouvel EHPAD ouvrira ses portes en 2027, les lits de l'USLD devront être installés dans des locaux adaptés à ces patients, avant d'intégrer le Nouvel Hôpital en 2031. Une période transitoire de 5 ans doit être prise en compte pour cette activité.

La recherche de locaux est actuellement en cours, tout en gardant à l'esprit que les USLD sont des unités susceptibles d'évoluer puisqu' en 2021, Claude Jeandel et Olivier Guérin ont préconisé dans un rapport de "requalifier" 10.000 places d'USLD en places d'"unités de soins prolongés complexes" (USPC), qui accueilleraient des adultes sans critère d'âge dans le cadre d'accompagnements lourds et complexes. Puis une mission de l'inspection générale des affaires sociales (Igas) a été lancée en 2022 pour préparer la transformation des USLD, en partie en USPC et en partie en places d'Ehpad.

***k) Le développement de l'offre de Soins Médicaux et Rééducation (SMR) pour les personnes âgées (SMR gériatrique et SMR polyvalent)***

Le centre hospitalier de Montauban dispose d'une offre de SMR complète avec de l'hospitalisation complète mais également de l'hospitalisation de jour. Les établissements du GHT bénéficient également de lits de SMR afin de répondre aux besoins du territoire.

L'unité de 21 lits d'hospitalisation complète (SMR gériatrique et polyvalent) est composée comme suit :

- 15 lits de SMR gériatrique : le service possède les compétences paramédicales permettant les bilans et prises en charge multidisciplinaire (diététicienne, ergothérapie, APA, kinésithérapie, neuropsychologique, orthophoniste, psychologue) des grands syndromes gériatriques.

Ces lits permettent de prendre en charge les profils de patients suivants : ré - autonomisation, réadaptation en lien avec la filière gériatrique (PUG, MCO, EHPAD, EPSPA)

- 6 lits de SMR polyvalent permettant de finaliser des soins médicaux ne relevant plus d'un service de MCO, de finaliser la rééducation d'un patient dans l'attente d'une orientation ne lien avec l'assistante sociale, de prendre en charge des soins de post chirurgie digestive complexe (stomie).

A l'admission dans le service les patients sont examinés médicalement et les prescriptions de bilan, évaluation et prise en charge par les paramédicaux sont faites (capacités fonctionnelles, restrictions de participation en cours ou à venir, lieu de vie, contexte familial et socio-professionnel).

Les patients sont pris en charge sur le plateau de rééducation fonctionnelle où les différents thérapeutes interviennent de façon coordonnée en fonction du projet thérapeutique et des objectifs définis en tenant compte des soins infirmiers en cours.

Une réunion pluridisciplinaire hebdomadaire est réalisée avec mise à jour du projet thérapeutique, rééducatif et du projet social.

Des visites au domicile sont organisées avec l'assistante sociale, l'ergothérapeute et selon la situation, le kinésithérapeute.

Les patients peuvent avoir accès au plateau technique MCO en fonction des besoins mais également aux actes réalisés par les MPR (prise en charge neuro-orthopédique, prise en charge neuro-urologique).

En complément des lits de SMR existant dont la mission est de poursuivre les soins et les traitements des patients âgés avec troubles cognitifs atteints de la maladie d'Alzheimer et/ou syndromes apparentés afin de limiter leur perte d'autonomie dans les actes de la vie quotidienne et de préparer la sortie à travers un projet de soin personnalisé.

Le centre hospitalier souhaite qu'une Unité cognitivo- comportementale (UCC) puisse voir le jour au sein du GHT car l'absence d'UCC au sein du territoire pénalise la prise en charge des patients le nécessitant. Toutefois, au regard des besoins de lits et places de SMR, il est impossible que les lits d'UCC soient ouverts par transformation de lits de SMR.

En effet, les UCC permettent un accueil ciblé de patients atteints de maladie d'Alzheimer et syndromes apparentés avec des comportements productifs et perturbateurs, dans des locaux avec une architecture adaptée et avec une équipe pluridisciplinaire formée à ce type de pathologies. Au regard du cahier des charges de ces unités et des besoins à couvrir par ailleurs, une UCC ne pourra être qu'une création ex nihilo. Le cas échéant, la création d'une UCC dans ces conditions peut être envisagée dans le Nouvel Hôpital.

Parallèlement, le service de Soins médicaux et de réadaptation du CH de MONTAUBAN a connu une augmentation d'activité ces dernières années. Ceci semble en lien avec :

- le développement de l'activité ambulatoire
- l'augmentation de l'offre en MPR au niveau médical permettant plus expertise de patients et ainsi plus de rééducation spécialisée : développement d'une filière « amputés », sclérose en plaques, neuro-orthopédie,...

- l'augmentation d'une population vieillissante en incapacité physique de réaliser de la rééducation ambulatoire et nécessitant des soins de rééducation spécialisés.
- Reconnaissance de l'activité sur le CHU et sur l'oncopole (onco-réhabilitation)

Initialement avec un nombre de 10 places, le centre hospitalier de Montauban ne parvenait plus à couvrir les besoins croissants. Avec les dernières campagnes d'agrément pour les autorisations de spécialité en SSR, une demande d'augmentation à 20 places a été validée.

Ainsi au 1er trimestre 2021, le service a connu une première augmentation de son capacitaire en passant à 12 places (18 patients/jour) et en juin 2023 à 15 places (24 patients /jour).

A compter de décembre 2023, le service est effectivement passé à 20 places effectives soit 30-31/patients jour, ce qui nécessite :

- une organisation très spécifique à mettre en place par un binôme cadre/médecin présent au quotidien notamment en phase de rodage,
- des emplois du temps patients fixes en fonction de leur motif de venu,
- une équipe rééducative complète.

Dans ce cadre, 2 places sont identifiées pour les personnes âgées en SMR. Toutefois, ces patients sont plus complexes à prendre en charge sur une hospitalisation de jour parce qu'il est nécessaire que ceux-ci bénéficient d'un état général suffisamment bon pour supporter les aller-retours et une rééducation relativement intensive bien qu'adaptée à cette population. Ainsi il est fréquent que ces patients ne puissent venir que 2 à 3 jours par semaine. Une programmation optimisée permet de prendre en charge les profils suivants :

- sd Parkinsonniens,
- post-hospitalisation complète SMR gériatrique,
- patients chuteurs : orientation par un gériatre.

Le développement de l'activité d'HDJ de SSR est important car il s'agit d'une filière à haute valeur ajoutée qui répond au plan national prévention des chutes

En complément des lits d'hospitalisation complète ou partielle, le CH de Montauban. En effet, dans le cadre de l'élargissement de l'offre de soin sur le département, l'équipe mobile de MPR a été créée en 2023 pour permettre la diffusion de la compétence en MPR sur le territoire.

Cette équipe mobile permet une évaluation écologique des patients afin de favoriser un retour ou un maintien à domicile. D'autre part, l'EMER82 est destinée à une population essentiellement à handicap neurologique parfois sévère, aussi, leurs déplacements sur le centre hospitalier peuvent être compliqués et/ou coûteux, mobilisant souvent de nombreux soignants hors des structures.

De plus, l'équipe médicale et soignante est parfois dans des impasses thérapeutiques par défaut de coordination et de compréhension des objectifs avec les soignants des patients envoyés en consultations auprès de l'équipe du centre hospitalier. La création de l'équipe mobile répond à ces problématiques.

L'EMER82 est une interface permettant la mise à disposition de compétences spécifiques (médecin MPR, ergothérapie, assistante sociale) au domicile ou dans les établissements de proximité. Cette compétence bénéficie aux personnes âgées.

## I) Accompagner le projet de Nouvel EHPAD

Afin d'assurer une prise en charge graduée, adaptée à l'évolution de leur état de santé, le territoire et plus particulièrement le centre hospitalier de Montauban disposent d'EHPAD dans le cadre de sa filière de soins gériatriques.

L'âge moyen d'entrée en EHPAD est de 85 ans et 2 mois (donnée 2021) et 4 résidents en EHPAD sur 10 ont 90 ans ou plus. L'évolution du profil des résidents, de plus en plus âgés et polyopathologiques, oblige à se mettre dans une logique d'anticipation de leurs besoins futurs, l'enjeu principal étant de toujours être en mesure de répondre à leurs besoins en s'efforçant d'être créatifs et curieux des solutions ou approches nouvelles.

Aujourd'hui, le secteur médico-social du pôle SMR – gériatrie est composé aujourd'hui de 2 EHPAD géographiquement distincts et connaissant chacun une histoire singulière :

- D'un EHPAD USHPA (Unité de Soins et d'Hébergement pour Personnes Âgées) de 35 lits,
- D'un EHPAD de 74 lits (EHPAD du COURS FOUCAULT) situé en centre-ville (environ 1 km du site principal).

Le projet de Nouvel EHPAD, au regard de l'évolution de l'âge moyen de l'entrée en EHPAD s'inscrit dans une perspective de renforcement de la médicalisation rendue évidente pendant la crise sanitaire. L'EHPAD de demain doit s'envisager comme un EHPAD avec des ressources médicales et soignantes plus importantes pour répondre aux besoins des nouveaux résidents, un EHPAD plus ouvert sur son environnement proche, au service de la collectivité (population vieillissante de son territoire et autres structures médico-sociales).

Afin de mener à bien ce projet, compte tenu du rattachement de cet EHPAD à un centre hospitalier porteur d'une filière gériatrique sanitaire complète et qui accueille la quasi-totalité des personnes psychiatriques chroniques vieillissantes, l'équipe médico-soignante a proposé un établissement abritant 3 unités de 30 places ainsi organisées :

- Une unité « **Grand Age** », destinée aux personnes âgées en grande perte d'autonomie et nécessitant une aide partielle voire totale pour tous les actes de la vie quotidienne.
- Une unité « **Pathologies neurodégénératives** » qui, compte-tenu du taux d'incidence des troubles productifs du comportement dans cette population, sera scindée en 2 secteurs dont un sécurisé de 15 places proposant un espace de déambulation extérieur et une architecture intérieure favorisant le traitement non médicamenteux des troubles anxieux et de la désorientation temporo-spatiale.
- Une unité « **personnes âgées chroniques vieillissantes** », population qui se caractérise par un maintien de l'autonomie physique, qui nécessite un accompagnement psychologique mais aussi locomoteur et occupationnel spécifique, tenant compte des capacités restantes. En fonction de l'évolution de la demande, cette unité pourra à terme proposer un projet pour les PHV (Personnes Handicapées Vieillissantes). Afin d'anticiper une aggravation des troubles du comportement dans cette population psychiquement fragile, la possibilité de créer « à la demande » un secteur sécurisé aux normes en vigueur doit être étudiée.

Pour assurer encore davantage un accompagnement personnalisé tenant compte des déficiences mais aussi des capacités restantes de chacun des résidents, ces 3 unités devront :

- S'articuler autour d'un Pôle d'Activité de Soins Adaptés (PASA)
- Optimiser la filière gériatrique sanitaire en travaillant notamment sur les doubles transferts EHPAD - USLD selon les pathologies médicales présentées par les résidents et leur potentiel risque de décompensation.

Outre les prestations d'accueil complet ci-dessus décrites, un EHPAD du XXIème siècle doit tenir compte des desiderata des personnes âgées d'aujourd'hui et de demain qui souhaitent très majoritairement vivre à domicile, des contraintes financières liées à l'évolution en nombre (quantité) et en dépendance (qualité) des personnes âgées et anticiper le « virage domiciliaire ».

Le nouvel EHPAD du CHM, acteur incontournable de la filière gériatrique hospitalière, doit être adaptatif, réactif et capable de fluidifier les parcours patients, anticiper les institutionnalisations, éviter une embolisation inappropriée des services de soins d'urgence et de gériatrie aigüe.

#### ***m) Améliorer et favoriser l'attractivité des services gériatriques pour les professionnels de santé***

Le vieillissement de la population, problématique d'ampleur, se traduit par des besoins sans cesse accrus de prise en charge des personnes âgées et notamment les personnes âgées dépendantes.

Or, les établissements prenant en charge ces personnes âgées, ou les services spécialisés dans les établissements publics de santé rencontrent des difficultés à recruter des personnels soignants depuis plusieurs dizaines d'années. Les difficultés se sont acutisées depuis la crise sanitaire. Ces difficultés sont souvent imputées au manque d'attractivité du secteur, mais celles-ci sont souvent multifactorielles. Une approche marketing de l'employeur ne peut suffire à accroître durablement l'attractivité des structures. L'attractivité d'une organisation tient également à la fidélisation et à l'implication des acteurs.

C'est dans ce cadre que la filière gériatrique apporte une attention particulière à ses ressources soignantes en axant ses actions sur plusieurs thématiques.

- ***La gestion des ressources humaines***

La définition et l'organisation des ressources humaines, qui tiennent compte du contexte actuel de tension et de déficit en ressources paramédicales, ont pour objectif majeur d'être plus attractives sur ce secteur « Personnes Âgées ».

Axe prioritaire du volet social, elles visent à définir des conditions de travail sécurisantes et confortables pour les professionnels : fiches de postes, procédures de prises en soins, compagnonnage lors de l'accueil des nouveaux arrivants, contractualisation avec les agents des durées d'affectation sur le pôle et accompagnement des parcours professionnels individuels. Préalablement pour favoriser l'attractivité, le centre hospitalier de Montauban a mis en place des contrats d'allocations d'études pour ces secteurs.

Soucieuse de promouvoir la qualité de vie au travail, la gestion RH s'appuie sur un management bienveillant soutenu par une charte managériale de mobilité et de gestion de l'absentéisme au sein du pôle SMR Gériatrie, en lien avec les instances sur la prévention des risques psychosociaux.

- *La formation*

L'établissement attache une importance particulière à la qualification de son personnel. L'évolution des techniques d'accompagnement et du profil des populations accueillies nécessitent une actualisation permanente des connaissances et des qualifications.

La formation est un outil fondamental dans le dispositif de ressourcement des agents, ceux-ci étant confrontés, au quotidien, à des situations difficiles.

Ainsi, chaque année le plan de formation s'attache à promouvoir des formations individuelles ou de groupe sur le champ des prises en soins qu'elles soient techniques ou relationnelles, en lien avec les typologies de patients, les métiers et les secteurs d'exercice sur le pôle. Un axe spécifique est dédié au développement personnel et à la communication dans un objectif de « travailler ensemble ».

En sus des formations proposées plusieurs leviers sont mis en œuvre pour professionnaliser les pratiques et soutenir les équipes : les groupes d'analyse de pratiques avec un cabinet de coaching intervenant sur « le travailler ensemble » et la bientraitance en EHPADs, les staffs pluri professionnels dans différents secteurs du pôle.

- *La pratique avancée comme levier d'attractivité, et de professionnalisation des pratiques*

Le projet de mise en œuvre d'un(e) Infirmier(e) en Pratique Avancée sur le secteur de la gériatrie vise plusieurs objectifs :

- Pour la profession infirmière : de nouvelles perspectives de carrière, avec l'opportunité d'un mode d'exercice plus autonome et d'une reconnaissance renforcée.
- Pour les médecins : une amélioration de la prise en charge des patients dans un contexte également de pénurie médicale, et de nouvelles possibilités de coopération.
- Pour les patients : une amélioration de l'accès aux soins, une prise en charge diversifiée et une fluidification des parcours entre ville et hôpital.

Ainsi, le pôle accompagne un premier projet d'IPA en cours de réflexion sur la mise en œuvre d'un exercice coordonné de suivi de pathologie chronique stabilisée en EHPAD.

Le rôle de l'IPA serait :

- D'assurer le suivi d'une pathologie chronique dans le cadre d'un protocole de collaboration de résidents
- De développer la coordination de la prise en charge avec l'équipe médicale (le médecin coordonnateur / le médecin traitant) et l'équipe paramédicale
- De développer l'expertise clinique de ses pairs (formations des professionnels, animation d'analyse de pratique, aide à la décision.)
- Promouvoir la démarche qualité grâce à l'appui aux pratiques cliniques et la définition de protocoles de suivi sécurisés.

Ce premier projet vise une mise en œuvre effective dans le cadre du projet d'ouverture du nouvel EHPAD et donc un départ en promotion professionnelle du professionnel à la rentrée universitaire 2024.

#### **n) L'accès à la recherche clinique et aux thérapies innovantes**

Le centre hospitalier de Montauban bénéficie d'un attaché de recherche clinique à temps plein depuis plusieurs années, en lien avec le gérontopôle du CHU de Toulouse.

### **3. Positionnement territorial**

Le centre hospitalier de Montauban participe à la formation des internes, des docteurs juniors avec le soutien du CHU de Toulouse. Il dispose également d'un agrément pour l'accueil d'assistants à temps partagé entre le CH de Montauban et le CHU de Toulouse.

## **EN SYNTHÈSE**

*La filière gériatrique du territoire est très bien structurée.*

*Mais l'offre de soins demeure incomplète (absence d'UCC et d'un poste urgence gériatrique – UPUG)*

*Le CH de Montauban vient d'ouvrir en janvier 2024 2 places d'HDJ de gériatrie pour compléter son offre de soins.*

*L'identification de lit d'UPUG est en cours en lieu et place de lits de CSG.*

*D'autres projets sont identifiés comme l'ortho-gériatrie ou l'onco-gériatrie.*

*Le nouvel EHPAD devrait ouvrir en 2027 pour remplacer des bâtiments modulaires datant de 2006.*

*Les coopérations avec le CHIC de Moissac sont à développer (EMG).*

## Le pôle Santé Société

La création d'un pôle santé société (PSS) en 2000 au sein du Centre Hospitalier (CH) répondait à la volonté de l'établissement de prendre en compte les nouveaux enjeux de santé publique dans les champs de la prévention des risques, de l'éducation thérapeutique, du dépistage, et plus particulièrement des soins et de la prévention orientée vers les populations fragilisées ou en situation de précarité. Ces populations cumulent les facteurs de risques médicaux et sont paradoxalement moins prises en charge.

La logique était également de développer de façon plus large la promotion de la santé auprès des usagers du CH mais aussi du personnel hospitalier et plus globalement de la population du département.

Depuis sa création, les prérogatives et activités du PSS n'ont cessé d'augmenter et de se développer. Cela s'est concrétisé par la création et le développement de nombreux services dont les activités augmentent régulièrement.

Avec les années, le PSS s'est imposé comme un acteur majeur en santé sur la ville mais aussi sur le département, bien repéré par la population, par les partenaires associatifs, par le secteur médico-social et par les professionnels de santé. Pour illustrer cela, la seule partie « prévention et accès aux soins » représente plus de 10 000 consultations en 2023.

### I. Le contexte et l'environnement

Le système sanitaire traverse aujourd'hui une crise dont il est important d'essayer d'analyser et comprendre les origines. Cela doit être pris en compte dans les nouvelles stratégies hospitalières, particulièrement à l'heure de la réflexion et des décisions concernant le projet du nouvel hôpital de Montauban.

Nous pouvons citer quelques problématiques nationales que l'on retrouve également sur notre département. :

- Nous assistons à un vieillissement de la population et donc à une augmentation des personnes polyopathologiques dans un contexte d'augmentation des possibilités thérapeutiques et de prises en charges spécialisées. Paradoxalement, alors que la coordination des soins, la prise en charge globale et l'accompagnement des patients par la médecine de premier recours est plus que jamais nécessaire, 11,8% de la population de 17 ans et plus du département n'a pas de médecin traitant contre 11,4 % dans la région en 2022 (source : <https://www.medecin-occitanie.org/wp-content/uploads/2023/09/diagnostic-tod-snp-82.pdf>).
- Des parties importantes de la population, que ce soit en milieu urbain ou rurale pour des raisons différentes et parfois cumulées (précarité, femmes, agriculteurs, migrants...) présentent un déficit d'accès aux soins et à la prévention.

## II. Le contexte local

Le département du Tarn et Garonne se caractérise par :

- Un accroissement démographique (principalement dû au déplacement vers les départements limitrophes des lieux de logement des travailleurs de l'agglomération toulousaine).
- Un vieillissement croissant de la population avec, en contrepartie, un taux d'équipement en structures d'hébergement inférieur à la moyenne régionale et nationale.
- Un taux de précarité, mesuré sur le nombre d'allocataires du RSA de l'AAH ou de bénéficiaires de la CSS, parmi les plus élevés de la région.
- Une difficulté pour le CH mais aussi pour le territoire de proposer et de maintenir l'offre de soins dans certaines spécialités pour des raisons de ressources humaines (RH)

## III. Les objectifs du pôle santé société

Le PSS s'est développé initialement à partir de la fédération de médecine sociale, au sein de laquelle des services hospitaliers initialement isolés et dispersés (CLAT, CDAG, PASS, UCSA) s'étaient regroupés et développés puisqu'ils partageaient des publics, des compétences et des préoccupations communes :

- Développer un accès aux soins et à la prévention pour tous,
- Proposer des parcours patients communs au sein du CH à des publics aux caractéristiques épidémiologiques partagées : précarité, isolement (social et géographique), facteurs de risques ... Exemple : patient passant du CLAT à la PASS, au CeGIDD et au CSAPA,
- Répondre à une obligation sur l'accessibilité et « l'aller vers »,
- Proposer une approche globale « médico-psycho-sociale » et interculturelle,
- Développer la prévention et une médecine générale (avec ses spécialisations) à l'hôpital.

Cela a permis aussi une mutualisation de certains moyens, de développer des activités qui auraient eu du mal à s'organiser voire à exister de façon isolée et a permis un meilleur repérage de ces offres de soins et préventives pour la population et aux partenaires intra et extra hospitaliers.

A partir de ce socle se sont développées une réflexion et une implication élargies à la promotion de la santé ainsi que de forts liens ville hôpital.

## IV. Le pôle santé-société et le projet de Nouvel Hôpital

À l'horizon de sept ans le Centre hospitalier de Montauban bénéficiera d'un nouveau bâtiment qui accueillera notamment l'ensemble des activités MCO. Il sera implanté sur un nouveau site, situé à 8 kilomètres du site actuel, en limite Sud de la commune de Montauban.

Outre le service d'hospitalisation d'Addictologie, qui ne pourrait composer avec un éloignement des activités MCO, le pôle Santé-Société dans son ensemble a souhaité être intégré à l'opération afin de maintenir une logique de circuit patient et une proximité avec les services partenaires.

Ce souhait de déménager répond en effet à des impératifs de bonne coordination et doit permettre de faciliter l'orientation du patient en amont et en aval de sa prise en charge au sein du pôle. La proximité du plateau technique (Biologie, Imagerie) est également essentielle afin d'offrir au patient un parcours intégré et favoriser les interactions entre les équipes médicales du Centre hospitalier.

L'éloignement du futur site engendrerait inévitablement une augmentation du renoncement aux soins ou des ruptures de parcours, pour des populations isolées et précaires qui ne disposent pas d'un niveau d'information ou d'autonomie élevé, même si les actions d'« aller vers » de ces dernières années et celles à venir grâce à des financements spécifiques peuvent atténuer ces effets.

De plus, les organisations reposent bien souvent sur l'intervention de professionnels d'autres pôles (Médecine, Femme-Mère-Enfant) dont les ressources humaines sont précieuses et ne peuvent être gaspillées dans des transports. Comme indiqué précédemment un certain nombre de professionnels du pôle partagent leur activité au sein du pôle avec des services relevant du secteur MCO. L'éloignement impliquerait de revoir les organisations, dans le sens d'une moindre efficacité due aux temps de trajets rendus nécessaires par le partage d'activité.

Le profil des patients soignés et suivis par les différentes composantes du pôle a été pleinement intégré dans les réflexions, notamment au vu de l'emplacement futur des activités. À cet égard l'offre de transports du futur site permettra une desserte optimale et un accès au stationnement facilité. Les connexions avec le territoire seront améliorées.

Enfin l'emplacement du futur hôpital, au croisement des principales artères de circulation du Tarn-et-Garonne permettra de faciliter l'intervention des équipes mobiles sur le territoire, dans une logique déjà effective d'« aller vers », promue par ailleurs dans le nouveau Projet régional de santé.

## V. Les instances du Pôle

Le **Bureau de Pôle** du Pôle Santé Société se tient tous les deux mois environ en présence de la direction, des médecins du pôle, de la cadre supérieure et des cadres des différentes unités du pôle. A tour de rôle un représentant des psychologues et des assistantes sociales y assiste.

Par ailleurs, à l'initiative de quelques professionnels, un groupe de travail et de réflexion, le **COPOL**, s'est constitué en 2020. Il s'agit ici de faire exister le pôle dans une autre dimension que sa dimension administrative : qu'il soit aussi un espace et un temps de parole et de réflexion, un support de rencontres et de liens.

Bien que travaillant dans le même pôle, beaucoup de professionnels ne se croisent pas et le risque est de rester cloisonnés dans les services respectifs. Le projet du pôle part de ce constat et veut faire vivre un collectif alternatif à cette difficulté à se rencontrer, faire vivre un espace élargi de rencontre, d'échanges et d'élaboration des pratiques.

Le travail du collectif a donné lieu à une journée d'échange et de réflexion en juin 2023. Cette journée traitait de la question de l'accueil inconditionnel à l'hôpital public. La matinée était organisée en ateliers ouverts aux professionnels du pôle et l'après-midi consacrée à une table ronde à l'intention de l'ensemble des personnels hospitaliers ainsi que des partenaires. La journée s'est conclue par la conférence d'un chercheur invité à traiter du thème. Un prochain événement est prévu à l'horizon 2025.

## VI. L'organisation du pôle

Le pôle se structure autour de 5 filières qui ont toutes développé une offre territoriale départementale. La filière d'addictologie avec : une unité d'hospitalisation, une Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), une consultation de tabacologie, un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et un projet de service pour les patients atteints de troubles cognitifs liés à l'alcool (TCLA).

La filière prévention, dépistage et éducation thérapeutique avec : le Centre Gratuit d'Information et de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) avec un projet de Centre de Santé Sexuelle (CSS), Le centre de vaccinations, le Centre de Vaccinations Internationales (CVI), le Centre de Lutte Anti Tuberculeuse (CLAT) qui devient CLAT de référence pour le Tarn et le Lot, l'éducation thérapeutique (ETP).

La filière médecine sociale avec : la Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) : PASS générale, PASS psy et PASS dentaire, l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP), l'Unité d'Aide aux Victimes de violences (UAV), des liens avec les Lits Halte Soins Santé et les Lits Aide Médicalisés

La filière de soins à domicile avec : l'Hospitalisation A Domicile (HAD), le service de Soins Psychiatriques Intensifs A Domicile (SPIAD), l'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP).

**Le Département d'Information Médicale (DIM)** qui, au-delà de son activité centrale veut développer son expertise en santé publique pour accompagner l'Hôpital vers son ouverture sur la santé publique)

## VII. Le pôle santé-société et le projet de Nouvel Hôpital

À l'horizon de sept ans le Centre hospitalier de Montauban bénéficiera d'un nouveau bâtiment qui accueillera notamment l'ensemble des activités MCO. Il sera implanté sur un nouveau site, situé à 8 kilomètres du site actuel, en limite Sud de la commune de Montauban.

Outre le service d'hospitalisation d'Addictologie, qui ne pourrait composer avec un éloignement des activités MCO, le pôle Santé-Société dans son ensemble a souhaité être intégré à l'opération afin de maintenir une logique de circuit patient et une proximité avec les services partenaires.

Ce souhait de déménager répond en effet à des impératifs de bonne coordination et doit permettre de faciliter l'orientation du patient en amont et en aval de sa prise en charge au sein du pôle. La proximité du plateau technique (Biologie, Imagerie) est également essentielle afin d'offrir au patient un parcours intégré et favoriser les interactions entre les équipes médicales du Centre hospitalier.

L'éloignement du futur site engendrerait inévitablement une augmentation du renoncement aux soins ou des ruptures de parcours, pour des populations isolées et précaires qui ne disposent pas d'un niveau d'information ou d'autonomie élevé même si l'important développement des actions d'"aller vers" de ces dernières années et dans celles à venir grâce à des financements spécifiques peuvent atténuer ces effets.

De plus, les organisations reposent bien souvent sur l'intervention de professionnels d'autres pôles (Médecines, Femme-Parents-Enfants) dont les ressources humaines sont précieuses et ne peuvent être gaspillées dans des transports. Comme indiqué précédemment un certain nombre de professionnels du pôle partagent leur activité au sein du pôle avec des services relevant du secteur MCO. L'éloignement impliquerait de revoir les organisations, dans le sens d'une moindre efficacité due aux temps de trajets rendus nécessaires par le partage d'activité.

Le profil des patients soignés et suivis par les différentes composantes du pôle a été pleinement intégré dans les réflexions, notamment au vu de l'emplacement futur des activités. À cet égard l'offre de transports du futur site permettra une desserte optimale et un accès au stationnement facilité. Les connexions avec le territoire seront améliorées.

Enfin l'emplacement du futur hôpital, au croisement des principales artères de circulation du Tarn-et-Garonne permettra de faciliter l'intervention des équipes mobiles sur le territoire, dans une logique déjà effective d'« aller vers », promue par ailleurs dans le nouveau Projet régional de santé.

L'état actuel des infrastructures immobilières du pôle est aujourd'hui un frein au développement de nouvelles activités et à la confidentialité.

## La Filière d'addictologie

Le Centre Hospitalier de Montauban développe, au sein du Pôle Santé Société, une activité d'Addictologie de niveau II de recours avec :

- Un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) à gestion hospitalière, généraliste, intervenant également à la maison d'arrêt de Montauban et proposant une Consultation Jeunes Consommateurs (CJC) ainsi qu'un « accueil parents » à la Maison Des Adolescents du Tarn et Garonne.
- Une Unité d'Hospitalisation Complète de 10 lits de sevrage (simple et complexe)
- Une consultation hospitalière d'addictologie
- Une consultation hospitalière de tabacologie
- Une Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)

Des antennes de l'ELSA et du CSAPA sont développées Au Centre Hospitalier Intercommunal de Castelsarrasin Moissac (CHIC) : des consultations médicales, infirmières (IDE), d'assistante sociale et psychologiques ont lieu sur le site du CHIC de Moissac.

L'ensemble de ces dispositifs permet de proposer une prise en charge adaptée, interdisciplinaire, s'appuyant sur le plateau technique du Centre Hospitalier mais également tournée vers les partenaires extérieurs des champs médical et socio-éducatif.

### 1. Le service d'hospitalisation

Le service est un service d'Addictologie de niveau II proposant des sevrages simples ou complexes. Il se situe dans l'enceinte hospitalière ce qui permet une prise en charge facilitée des comorbidités somatiques (imagerie, avis spécialisés...) et psychiatriques. Il s'agit le plus souvent d'hospitalisations programmées mais peut aussi faire suite à des passages aux urgences.

L'ensemble des dépendances est évalué (tabac, alcool, cannabis, stupéfiants, jeu, médicaments...). Les consommateurs de tabac se voient également proposer un accompagnement vers la réduction ou le sevrage tabagique.

Certains patients peuvent être adressés par la « consultation douleur » du Centre Hospitalier avec un projet spécialisé (sevrage des morphiniques, perfusion de tricycliques ou de kétamine) après une consultation d'évaluation addictologique dans le service.

Durant le sevrage, les patients bénéficient d'une prise en charge individuelle et/ou de groupe, conjointement avec le CSAPA (groupe de parole et d'information, remédiation cognitive, sophrologie). Un infirmier musicothérapeute, issu de l'arthérapie de la psychiatrie intervient dans le service, proposant : des séances de musicothérapie, un atelier de botanique et un atelier de détente musicale ainsi que la projection d'un film suivi d'un débat. Une infirmière d'addictologie intervient à mi-temps

sur le service et à mi-temps sur le CSAPA, veille à la proposition d'un suivi à la sortie d'hospitalisation, aide si besoin dans le choix et la réalisation des dossiers de demande de post-cure. Elle propose aussi des séances de sophrologie et anime des groupes.

La psychologue de l'Elsa intervient auprès des patients pour des séances individuelles et une orientation vers le CSAPA si besoin.

L'assistante sociale intervient auprès des patients et participe à la réunion hebdomadaire du service. Le séjour permet aussi une évaluation des troubles cognitifs liés à l'alcool.

Les possibilités d'articulation sont multiples : le CSAPA peut adresser au service des patients en demande de sevrage ; le service peut orienter vers le CSAPA les patients souhaitant poursuivre un suivi ambulatoire après leur sevrage ou leur post-cure. Et dans tous les cas, des temps d'échange et de réflexion sur les différents moments du suivi des patients sont régulièrement pris.

Le fait qu'un certain nombre de professionnels du service travaillent aussi au CSAPA permet aux patients de poursuivre leurs soins avec les mêmes professionnels dans d'autres lieux.

Par ailleurs, les médecins du service d'hospitalisation participent à la prise en charge médicale de l'unité sanitaire et médicale pénitentiaire de la maison d'arrêt de Montauban.

## 2. La consultation médicale d'addictologie

La consultation d'addictologie a pour objectif d'évaluer l'indication ou non d'une hospitalisation pour un sevrage. Elle est réalisée par les médecins du service. Les patients sont adressés par un professionnel (médecin traitant ou un spécialiste libéral) ou Equipe de Liaison et de Soins en addictologie (ELSA).

## 3. La consultation de tabacologie

Assurée par un médecin tabacologue et une IDE tabacologue, cette consultation prend en charge des patients externes orientés par un professionnel ou sur une demande personnelle.

Certains projets sont développés avec l'ELSA du CH à destination de publics spécifiques (psychiatrie, femmes enceintes, patients en péri-opératoire) ainsi qu'avec les partenaires extérieurs pour des missions de sensibilisation (mois sans tabac, CPAM).

L'équipe de consultation de tabacologie peut orienter vers le CSAPA certains patients concernant la prise en charge de coaddictions ou pour la délivrance des traitements de substitution nicotinique lorsque les personnes n'ont pas leurs droits ouverts. En effet, les patients qui sont dans cette dernière situation peuvent avoir accès gratuitement aux traitements de substitution nicotinique au CSAPA.

#### 4. L'ELSA

L'ELSA du Centre Hospitalier de Montauban intervient de manière systématique du lundi au vendredi matin à l'USMPA (post-urgence psychiatrique). Il s'agit d'évaluer les patients admis durant la nuit pour une complication aigüe de leur addiction ou pour une pathologie qui risque de décompenser les consommations. L'ELSA intervient également à la demande dans tous les services du Centre Hospitalier de Montauban dont les trois secteurs de psychiatrie sur demande informatique. Elle effectue des propositions thérapeutiques et/ou de suivi.

Constituée de médecins addictologues, d'IDE, d'une psychologue, d'une sage-femme et d'une cadre de santé, cette équipe multidisciplinaire intervient à la demande d'un service. Elle réalise une évaluation addictologique et fait des propositions thérapeutiques (sevrage, substitution, accompagnement et orientation) suivant le souhait du patient. Deux professionnelles de l'ELSA travaillent également au CSAPA ce qui facilite l'articulation entre les deux services.

La sage-femme prend en charge le suivi de grossesse des patientes ayant un trouble de l'usage. Elle effectue l'orientation vers le CSAPA si cela s'avère nécessaire. Elle participe aux formations des partenaires de PMI ou des autres maternités du département.

L'ELSA intervient également régulièrement auprès des équipes de l'hôpital autour d'apports théoriques et d'analyses de pratiques. Elle rédige des protocoles ou des recommandations et qu'elle diffuse auprès des différents services de l'hôpital. Elle intervient aussi au sein de groupe d'éducation thérapeutique (école du dos).

L'ELSA assure aussi une mission, externe à l'hôpital, de soutien aux professionnels du département en lien avec la "feuille de route Addiction" initiée par la préfecture. Le périmètre est celui du département sans nécessité d'appartenance aux services médico-sociaux.

#### 5. Le CSAPA

Le CSAPA du Centre Hospitalier de Montauban est un CSAPA généraliste qui prend en charge toutes les addictions. C'est une structure médico-sociale à gestion hospitalière dont le fonctionnement repose sur un budget annexe et dont le personnel relève du statut de la fonction publique hospitalière.

Depuis 2008, il est situé, dans l'enceinte de l'hôpital, au premier et dernier étage d'un pavillon à l'entrée du Centre Hospitalier. Dans le même bâtiment se trouvent d'autres unités du Pôle Santé Société : l'UPD (Unité de Prévention et de Dépistage), le CeGIDD (Centre Gratuit d'Information de dépistage et de Diagnostic) et le centre de vaccinations. Un ascenseur assure son accessibilité aux personnes à mobilité réduite.

Une partie de l'équipe du CSAPA intervient également au Centre Hospitalier Intercommunal (CHIC) de Moissac, à la Maison Des Adolescents (MDA) de Montauban (Consultation Jeunes Consommateurs et accueil parents) et à la Maison d'Arrêt de Montauban (USMP).

Il propose la prescription, l'administration et le suivi des traitements de substitution aux opiacés.

L'équipe multidisciplinaire se compose de quatre médecins addictologues, un médecin psychiatre, six infirmiers, trois psychologues, deux assistantes sociales, d'une cadre de santé et deux secrétaires.

Toutes les consultations sont gratuites et sur rendez-vous. Les patients peuvent également demander à être reçus de manière anonyme.

L'accompagnement est individualisé et personnalisé. Il concerne majoritairement les personnes souffrant de dépendance, mais aussi leurs entourages (sans obligation que le proche soit suivi sur le CSAPA). Pour les personnes allophones, l'appel téléphonique à un interprète est possible.

L'activité se compose donc de consultations individuelles par les différents professionnels ainsi que d'activités de groupe (groupe de parole, groupe d'affirmation de soi, groupe d'information sur les addictions, groupe entourage, groupe hypnose et dépendance).

60% de la file active est représenté par des troubles des conduites d'alcoolisation. Malgré cette porte d'entrée, les consommations associées sont extrêmement fréquentes et nécessitent d'être repérées et investiguées. Le CSAPA est le CSAPA de référence du département pour la prise en charge des troubles de l'usage de substances illicites avec une importante file active de patients sous substitution dont une proportion élevée en délivrance sur le CSAPA.

Les médecins et infirmiers interviennent également sur des actions de sensibilisation en lien avec la justice : stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants pour les majeurs et les mineurs.

Pour permettre l'expression et l'action des usagers, le CSAPA a mis en place un Conseil de Vie Sociale (CVS). Peuvent y participer tous les usagers souhaitant s'investir sur le CSAPA. Ce conseil est composé en majorité de personnes accueillies et de certains professionnels du CSAPA. Les personnes peuvent s'exprimer sur tous les points de fonctionnement de l'établissement, sur leurs conditions d'accueil et de soins.

Les personnes accueillies sur le CSAPA peuvent être particulièrement isolées ou mal à l'aise dans les interactions sociales pour de multiples raisons. Cet espace représente à la fois une instance de contre-pouvoir mais aussi un espace de réappropriation de leurs droits et de leurs relations sociales.

Situé dans l'enceinte de l'hôpital, le CSAPA bénéficie d'un fort partenariat avec les différents services (articulation facilitée par l'ELSA). Il est également bien repéré par les professionnels de la ville (médicaux et socio-éducatifs).

La proximité de l'UPD et le fait que deux de ses médecins travaillent également au CSAPA facilitent les orientations dans un sens ou un autre.

Certains patients du CSAPA bénéficient des soins et de la délivrance de leurs traitements à la PASS (Permanence d'Accès aux Soins de Santé). Ces traitements peuvent être délivrés quotidiennement au CSAPA si la situation le justifie ou à la demande de la personne.

Des accompagnements physiques vers le CeGIDD et/ou vers le centre de vaccinations sont fréquemment réalisés par les infirmiers du CSAPA.

L'acquisition en 2024 d'un véhicule permettra le développement des actions d'« aller vers » (visites à domicile, intervention dans les CHRS, les pensions de famille (ex maisons relais...)).

Un projet partenarial avec le CSAPA d'Addiction France, l'association Epice 82 pour la création d'Appartements Thérapeutiques Relais (ATR) a été déposé début 2024.

Enfin, une demande de crédits pour développer l'antenne au CHIC de Moissac avec une équipe renforcée a été déposée.

## EN SYNTHÈSE

*Le CH de Montauban a une activité d'addictologie de niveau II de recours.*

*L'ensemble des activités de cette filière, mais également la participation des professionnels entre les différentes activités permet un fonctionnement souple et adaptable pour répondre aux besoins et assurer la continuité dans le parcours des patients.*

*Ces activités et ces professionnels ont des liens forts aussi bien au sein de l'établissement qu'à l'extérieur (médico – social, maison des ados, ...)*

## La filière prévention, dépistage et éducation thérapeutique

L'Unité de Prévention et de Dépistage (UPD) regroupe différentes unités : le Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD), le Centre de Vaccinations (CV), le Centre de Vaccinations Internationales (CVI) et le Centre de Lutte Anti Tuberculeuse (CLAT).

**Toutes ces unités, au-delà de leurs spécificités, ont deux points communs :**

- L'accueil des personnes migrantes primo arrivantes mineures et majeures pour une consultation de dépistage de la tuberculose, des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) ainsi qu'une mise à jour vaccinale.
- De forts liens avec le centre d'examen de santé de la CPAM :
  - o Orientation de l'UPD vers le Centre d'Examen de Santé (CES) de la CPAM pour les migrants primo arrivants afin de compléter le bilan de prévention,
  - o Orientation du CES vers l'UPD pour mise à jour vaccinale, traitement des IST,
  - o Orientation du CES vers le programme d'Education Thérapeutique (ETP) des patients précaires et obèses
  - o Une convention est en cours d'actualisation.

### 1. Le Centre Gratuit d'Information de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD)

Le CeGIDD du Centre Hospitalier de Montauban fait partie de l'Unité de Prévention et Dépistage (UPD) du pôle Santé-Société.

Dans le cadre de l'instruction de juillet 2015, le CeGIDD assure la mission de prévention, dépistage, et diagnostic des infections sexuellement transmissibles, ainsi que le traitement de certaines d'entre elles ou l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés.

Le CeGIDD du Centre Hospitalier de Montauban assure également la prévention des autres risques liés à la sexualité dans une approche globale de santé sexuelle : mise à jour des vaccins contre les IST, prévention des grossesses non désirées et accès à la contraception, y compris d'urgence, prescription et suivi de la PrEP (Prophylaxie pré Exposition au VIH), prise en charge et suivi d'Accident d'Exposition Sexuelle et prescription de traitement post exposition au VIH, consultations dédiées au chemsex, consultations avec une psychologue ou une sexologue, prise en charge sociale.

Le CeGIDD intervient également hors les murs, pour « aller vers » les publics les plus concernés.

Le CeGIDD intervient enfin une demi-journée par semaine sur son antenne au Centre Hospitalier Intercommunal (CHIC) de Moissac.

L'équipe pluridisciplinaire du CeGIDD se compose de quatre médecins généralistes, trois infirmières, une psychologue, une sexologue, une assistante sociale, une cadre de santé et trois secrétaires.

Le CeGIDD fait partie de l'UPD et l'équipe soignante est polyvalente sur les activités CV-CLAT-CeGIDD, ce qui permet des actions de prévention plus globales auprès de certains publics précaires, notamment des migrants.

Le CeGIDD a également une activité très liée à d'autres activités du pôle Santé-Société : Permanence aux Soins de Santé (PASS), Unité d'Accueil des Victimes (UAV), Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA). La proximité de ces unités et le fait que certains des médecins du CeGIDD travaillent également au CSAPA et/ou à la PASS facilite les orientations dans un sens ou un autre.

Situé dans l'enceinte de l'hôpital, le CeGIDD travaille en lien étroit avec différents spécialistes du Centre Hospitalier (infectiologues, dermatologues, gynécologues, urologues, hépatologues, proctologues, addictologues, psychiatres...) auxquels il peut orienter les patients.

Une sage-femme du service de la maternité intervient sur une vacation mensuelle au CeGIDD pour améliorer l'accès à la contraception.

Le CeGIDD travaille également en lien avec les partenaires extérieurs (Centre de Planification et d'Education Familiale (CPEF) situé dans l'enceinte du Centre Hospitalier, associations communautaires, Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues (CAARUD), infirmières scolaires, planning familial (MFPF)...). Certaines associations communautaires (Enipse et Griselidis) effectuent des permanences de prévention en santé sexuelle dans les locaux du CeGIDD.

Toutes les consultations sont gratuites et sur rendez-vous, sauf urgence (accident d'exposition virale avec nécessité d'un traitement post-exposition, symptômes évocateurs d'infection sexuellement transmissible).

Les patients peuvent choisir d'être reçus de manière anonyme.

Le centre dispose d'un service d'interprétariat téléphonique professionnel si nécessaire.

L'activité du CeGIDD a très fortement augmenté ces 2 dernières années, passant de 3000 consultations annuelles environ entre 2019 et 2021, à 4000 en 2022 puis 5000 en 2023, soit une hausse de 66% de l'activité en 2 ans.

**L'équipe du CeGIDD travaille à la création d'un Centre de Santé Sexuelle (CSS) regroupant le CeGIDD, le CPEF et une partie de l'activité d'orthogénie de la maternité sur des locaux attenants à l'UPD.**

Un tel centre soins permettra d'apporter une meilleure réponse à des besoins existants de la population et à des enjeux de santé publique.

Il permettra également de simplifier le parcours de soins des patients et ainsi de diminuer le nombre de perdus de vue.

Le choix de sa localisation au sein du bâtiment du pôle Santé-Société favorise le lien ville-hôpital et garantit une meilleure visibilité, un accès simplifié (accueil distinct de l'accueil général du Centre Hospitalier) et une attention particulière portée aux publics les plus précaires et fragiles.

Ce centre de soins sera plus que la somme de différents services, du fait des liens déjà existants et de la proximité avec les autres services du pôle Santé Société.

## 2. Le Centre de Vaccination (CV)

### Les missions

Il s'agit :

- d'une part d'augmenter le nombre de personnes vaccinées selon le calendrier vaccinal 2023, dans l'ensemble du département, en particulier les personnes précaires et éloignées du soin
- d'autre part, de promouvoir de la vaccination dans le département du Tarn et Garonne

Le calendrier vaccinal regroupe l'ensemble des vaccins recommandés selon l'âge et la particularité d'une personne (professions à risque, fragilités de santé éventuels, femmes enceintes...).

Des séances de vaccination hors les murs peuvent être réalisées en collaboration avec les différents acteurs et professionnels de terrain médico sociaux afin de réduire certaines inégalités territoriales de santé et améliorer l'accès à la vaccination des populations plus défavorisées, dont les migrants primo arrivants.

Le CV peut intervenir dans l'animation, coordination et soutien technique pour les acteurs et professionnels intervenant dans le domaine de la vaccination.

Des formations et informations du grand public sont réalisées par le CV avec tenue de stands, de conférences, échanges/débat/ réunion d'information avec le public en partenariat avec différentes structures du département.

Enfin le CV intervient dans la formation initiale et continue des professionnels sur la thématique de la vaccination, en particulier en lien avec les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS) et les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles (MSP).

Tous les vaccins du calendrier vaccinal français peuvent être réalisés gratuitement grâce à un remboursement CPAM dans le cadre d'une convention, ou par le FIR pour les personnes sans droits.

### Vaccination pour tous ( Calendrier vaccinal 2023 ) :

- Adultes : diphtérie, tétanos, poliomyélite (dTP), coqueluche (dTcaP), hépatite B, grippe, rougeole oreillons rubéole ROR, méningite C, papillomavirus, varicelle, zona...
- Enfants : diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche (dTcaP), hépatite B, papillomavirus, ROR, méningite, varicelle...

### Vaccinations pour les personnes atteintes de certaines pathologies ou présentant certains facteurs de risque :

- Grippe, Méningite ACYW ou B, pneumocoque, varicelle, Haemophilus, hépatite A, ...

Les mineurs, dont les Mineurs Non Accompagnés (MNA), adressés par l'Aide Sociale à l'Enfance (ASE) sont accueillis en présence de leurs parents et/ou assistants familiaux.

NB : deux vaccinations particulières sont réalisées à l'UPD hors missions propres du CV :

- La vaccination BCG, qui s'intègre dans le cadre du CLAT et est faite lors de séances spécifiques collectives.
- La vaccination contre la Variole dite du singe qui s'intègre aux missions CeGIDD.

Comme décrit précédemment, nos missions mutualisées à l'UPD sur le CLAT, la CV et le CeGIDD simplifient pour le parcours prévention du patient au sein d'une même équipe et dans les mêmes locaux.

- Les moyens humains et les locaux

L'équipe est constituée médecins généralistes, de 3 IDE, de secrétaires et d'un cadre de santé. Le centre fonctionne sur RDV du lundi au vendredi 9h-17h dans les locaux UPD.

- Les nouvelles missions et projets en cours

Depuis la rentrée 2023, le CV coordonne la campagne de vaccination contre le papillomavirus (phase 1) dans les collèges du Tarn et Garonne en collaboration avec les équipes de professionnels de santé du territoire (libéraux dont MSP, CPTS... et associatifs APAS82). La phase 2 débutera à partir de fin avril 2024.

Dans le contexte des liens Ville Hôpital et au-delà du contexte de la campagne HPV, le centre est en collaboration avec les soignants du territoire afin d'augmenter les couvertures vaccinales du Tarn et Garonne. Les soignants du premier recours sont les premiers et principaux effecteurs de la vaccination avec les médecins, les sage-femmes et, depuis le *Décret n° 2023-736 du 8 août 2023 relatif aux compétences vaccinales des infirmiers, des pharmaciens d'officine*, qui permet le renfort des infirmiers et pharmaciens qui peuvent aussi prescrire et vacciner les enfants de plus de 11 ans et adultes.

### 3. Le Centre de Vaccination Internationales(CVI)

#### Les missions

Le Centre des Vaccinations Internationales est spécialisé dans les vaccins du voyage et conseils aux voyageurs. Les risques réels encourus par les voyageurs varient en fonction de la situation sanitaire du pays visité, des conditions et de la durée du séjour, des caractéristiques propres du voyageur, en particulier l'âge et aussi des vaccinations antérieures. La consultation et les vaccins du voyage ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie et sont facturés aux personnes venues en consultation.

#### Vaccins du voyage sur prescription médicale et administration par les infirmières

Le centre apporte conseils et réalise des vaccins obligatoires contre la fièvre jaune (le CVI est le seul centre pouvant mettre à disposition ce vaccin) ou contre la méningite quadrivalente, vaccination requise pour les pèlerinages... et des vaccins recommandés (encéphalite japonaise, rage, hépatite A, fièvre typhoïde...) en amont du voyage.

L'obligation administrative correspond à la prévention des risques encourus par le voyageur et aussi à la protection du pays contre un risque infectieux venant de l'extérieur, qui pourrait causer des maladies d'importation.

### **Conseils aux voyageurs délivrés au cours de la consultation infirmière**

Le paludisme est une maladie grave potentiellement mortelle, transmise par des moustiques, très répandue en zone tropicale. *Plasmodium falciparum*, espèce la plus dangereuse, responsable des formes mortelles, est la plus fréquente en Afrique tropicale surtout et c'est prioritairement contre cette espèce que sont dirigées les mesures préventives.

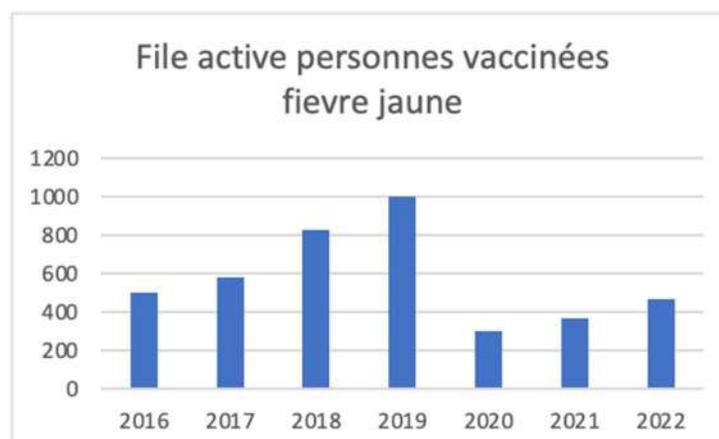
En plus de la prescription de traitement prophylactique par le médecin, il est très important de se protéger contre les piqûres de moustiques pour prévenir le paludisme.

Les mesures de protection contre les moustiques préviennent aussi contre d'autres infections ayant le même mode de transmission, en particulier la dengue (pas de vaccin pour le voyageur ni de traitements médicamenteux spécifiques) maladie très répandue et en hausse actuellement sous les tropiques, avec risque d'importation et transmission autochtone dans le pays au retour du voyage, qui fait l'objet de surveillance depuis les changements climatiques.

Un grand nombre d'infections autres contre lesquelles il n'existe pas de vaccin ni de traitement médicamenteux sont transmises par des arthropodes. Les moyens de protection sont les mêmes que ceux utilisés pour lutter contre les moustiques.

Des conseils d'hygiène alimentaire (prévention de la diarrhée des voyageurs, de l'hépatite A, de l'amibiase...) sont délivrés ainsi qu'une information de prévention au mal aigu des montagnes si nécessaire.

Des rattrapages de vaccinations courantes du calendrier vaccinal, vaccination antigrippale saisonnière pour personnes prioritaires et la vaccination BCG pour l'enfant voyageur sont réalisées gratuitement par l'UPD. Comme décrit précédemment grâce à nos missions mutualisées, le voyageur dispose d'une offre de prévention complète intégrée au sein d'une même équipe et dans les mêmes locaux.



## Les moyens humains

Le centre fonctionne sur 3 demi-journées à l'UPD. L'équipe est composée de 2 médecins généralistes, d'infirmières, d'une cadre de santé et de secrétaires.

## Données d'activité

Nous constatons une nette progression régulière depuis 2016 concernant le nombre de personnes vaccinées fièvre jaune, puis l'activité a subi un fort impact en 2020 comme pour tous les CVI lors de la crise COVID et l'annulation des voyages. Nous observons un retour progressif vers une activité sur le CVI d'avant la crise sanitaire en 2023 (données en cours).

## 4. Le Centre de Lutte Anti-Tuberculeuse (CLAT)

### Les missions

Le CLAT du Centre Hospitalier de Montauban est agréé depuis de nombreuses années au sein du Pôle Santé Société. Une demande de renouvellement a été faite en 2024 pour 5 ans.

Comme tous les CLAT, le centre contribue au dépistage et à la prise en charge de la tuberculose en exerçant des activités d'information, de diagnostic et de traitement en particulier pour la prise en charge de l'infection tuberculeuse latente (ITL) pour les moins de 18 ans et dans certains cas les moins de 40 ans. Il contribue à la coordination du parcours de soins, au suivi et à l'orientation des personnes prises en charge.

Conformément l'article L 3112-2 du code de la santé publique, le CLAT du Centre Hospitalier de Montauban remplit en particulier les missions suivantes :

Missions des CLAT
1 - Met en œuvre les enquêtes autour d'un cas de tuberculose et en assure le suivi
2 - Réalise les dépistages ciblés de la tuberculose auprès des populations à risques
3 - Contribue au suivi médical et médicosocial des personnes traitées pour une tuberculose ou pour une infection tuberculeuse latente et participe à leur coordination jusqu'à l'issue de leur traitement
4 -Assure gratuitement le suivi médical et la délivrance des médicaments nécessaires au traitement de la tuberculose et des infections tuberculeuses latentes des personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins
5 -Assure gratuitement la vaccination par le vaccin antituberculeux dans le respect du calendrier des vaccinations
6 - Réalise des actions de prévention auprès des personnes prises en charge, en particulier l'aide au sevrage tabagique

- |   |
|---|
| 7- Propose un bilan préventif aux populations éloignées des systèmes de prévention et de soins et propose un accompagnement dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits  |
| 8- Contribue, en collaboration avec l'agence régionale de santé et l'Agence nationale de santé publique, à la surveillance de la tuberculose par la déclaration obligatoire des cas et la documentation des cas de tuberculose maladie et des issues de traitement et des cas d'infection tuberculose latente |
| 9 - Accueille, écoute, informe, conseille et oriente les publics par des actions individuelles et collectives   |
| 10 - Promeut et contribue à la diffusion des informations et bonnes pratiques professionnelles auprès des professionnels de santé intéressés  |

Par ailleurs, le CLAT de Montauban travaille en collaboration avec les partenaires médico-sociaux du département et leur propose des formations.

Le centre mène ses activités dans ou hors les murs dans le cadre d'équipes mobiles avec un véhicule dédié en lien avec des partenaires liés par convention afin d'atteindre les populations les plus concernées par la tuberculose qui sont le plus généralement des populations précaires.

Le CLAT assure ses missions en vue de la réduction de la morbidité, de la mortalité, de la transmission de l'infection, du risque de résistance aux antituberculeux et la réduction du poids économique et social de la tuberculose.

À la suite de la réforme des CLAT et la répartition territoriale validée fin 2023, le CLAT 82 a été désigné site principal Nord Occitanie avec rattachement de 3 antennes sur Cahors, Albi et Castres.

### Les moyens humains et les locaux

L'équipe est constituée de médecins généralistes, de 3 Infirmières, de secrétaires, d'une cadre de santé et d'une assistante sociale. Le centre fonctionne sur RDV du lundi au vendredi 9h-17h dans les locaux UPD au rez de chaussée du bâtiment du Pôle Santé Société.

Le centre fonctionne en « CLAT intégré », c'est-à-dire que nos missions sont mutualisées sur l'UPD Unité de Prévention et Dépistage qui regroupe le CLAT Centre de Vaccination et CeGIDD au sein d'une même équipe et dans les mêmes locaux. Ainsi les dépistages VIH, hépatite B et hépatite C sont systématiquement réalisés et comptabilisés dans les missions CeGIDD. Les mises à jour vaccinales sont également proposées gratuitement dans le cadre des missions du Centre de Vaccination pour les vaccins courants.

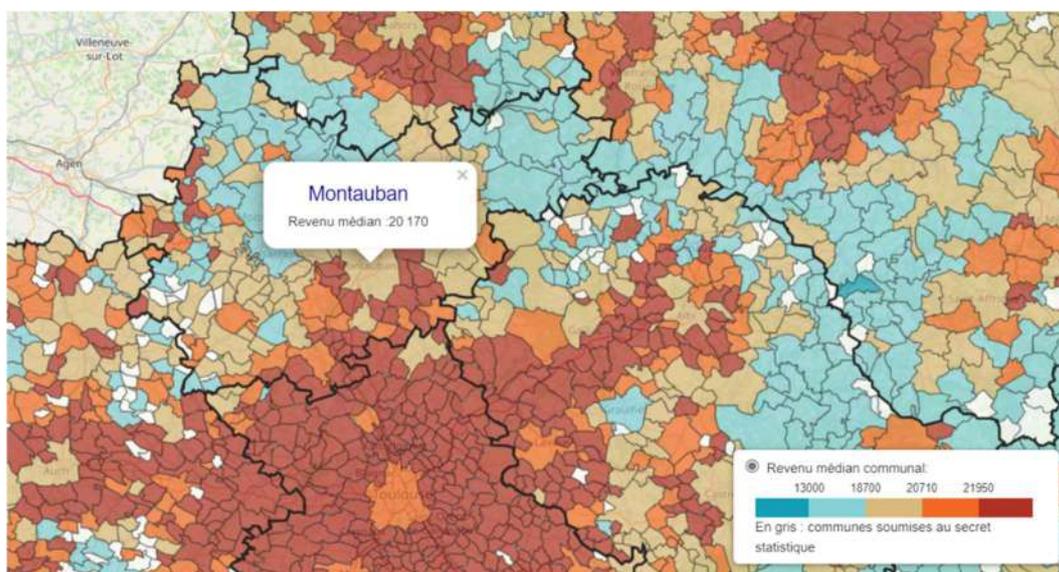
Les actions se déroulent sur le site du CH de Montauban, sur une permanence le jeudi matin au CH Inter Communal CHIC Castelsarrasin Moissac et en équipe mobile.

Du fait de sa situation sur le site du CH de Montauban, le CLAT bénéficie d'une collaboration étroite avec les médecins spécialistes du centre hospitalier : infectiologues, pneumologues, pédiatres, addictologues, radiologues, pharmaciens, biologistes.

Enfin, les équipes PASS, EMPP et CSAPA sont dans des locaux proches du CLAT et certains professionnels sont communs, ce qui permet des orientations facilitées pour les patients qui le nécessitent.

### Le public

Les indicateurs de niveau de revenu pour le Tarn et Garonne (*voir carte ci-dessous*) montrent qu'ils sont globalement plus faibles que ceux de la région Occitanie qui se place elle-même place au quatrième rang des régions de France métropolitaine aux revenus les plus faibles.



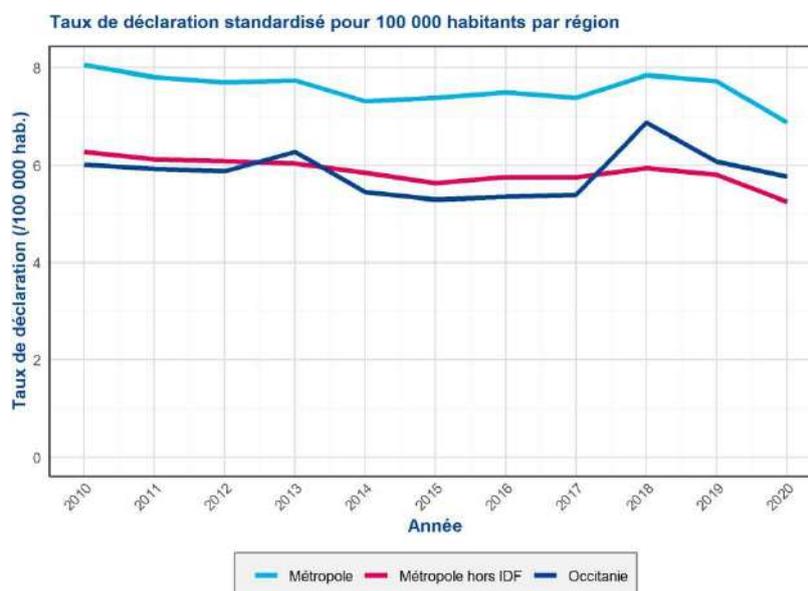
Source : INSEE-DGFIP – Année 2020

Le Tarn et Garonne se caractérise par une population à revenu modeste qui rend particulièrement nécessaire le développement d'une offre de soin publique et gratuite dont le CLAT est un élément important.

D'autre part, le département accueille des populations d'origines diverses qui sont, elles aussi, le plus souvent en situation précaire :

- Des migrants travailleurs saisonniers dans les exploitations fruitières et le BTP
- Des demandeurs d'asile dans les CADA de Montauban (AMAR), Monclar de Quercy, Verdun sur Garonne
- Des déplacés Ukrainiens sur le site de l'association Accueil Montauriol à Monclar de Quercy

Compte tenu de sa population, l'Occitanie et plus particulièrement le Tarn et Garonne ont un niveau de prévalence de la Tuberculose comparativement élevée par rapport à la France métropolitaine (hors Ile de France) ce qui rend encore plus essentiel le rôle de CLAT.



### Données d'activités CLAT

Nous observons un retour progressif vers une activité sur le CLAT d'avant la crise sanitaire COVID, cf ci-dessous le nombre de déclarations obligatoires tuberculose maladie + infections tuberculeuses.

### Les projets

- Développement d'une coordination territoriale couvrant les 3 antennes CLAT de Cahors, Albi et Castres, en vue de l'harmonisation des pratiques avec le déploiement d'un poste d'infirmière coordinatrice. Dans cette réorganisation territoriale, une partie formation auprès de leurs collègues du territoire est à intégrer dans le temps actuel de l'équipe CLAT82.
- Mise en place d'un bilan de santé de prévention pour les publics les plus éloignés du soin dont les migrants primo-arrivants
- Mise en œuvre du sevrage tabagique des personnes touchées par la tuberculose maladie ou infection latente
- Développement du hors les murs avec participation d'une unité mobile de radiologie pour réaliser des dépistages de la tuberculose par radios du thorax. Ce camion de radiologie est mis à disposition par la coordination régionale des CLAT de Toulouse et financé par l'ARS.

Ainsi du temps médical et paramédical CLAT pour des consultations plus longues et plus complexes, souvent avec la barrière de la langue (appel à un interprétariat téléphonique professionnel) est à intégrer dans ces nouvelles actions de prévention. Les besoins en personnels et matériels ont été

recensés et une demande de financement est en cours auprès de nos autorités de santé (réponse prévue en mars 2024).

## 5. Le « programme d'éducation thérapeutique du patient obèse dans un contexte de difficultés économiques »

Ce programme d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) non payant a pour objectif un apport de connaissances et/ou un complément dans les domaines de l'équilibre alimentaire, de l'activité physique, ainsi que dans la gestion du budget familial.

Cet apport se fait sous forme d'ateliers en groupe (4 ou 5 personnes) où la participation du patient est encouragée pour qu'il soit acteur principal de sa prise en charge.

Les ateliers sont complétés par deux entretiens individuels, un au début où le diagnostic éducatif est établi, et un autre à la fin pour réfléchir avec le patient à des objectifs individualisés.

Un rendez-vous individuel de bilan à 6 mois est proposé.

Le programme est réservé aux personnes dont l'IMC est égal ou supérieur à 30 et bénéficiant de minimas sociaux ou encore avec un score EPICES de précarité supérieur ou égal à 30. (Le score EPICES (Évaluation de la précarité et des inégalités de santé dans les Centres d'examen de santé) est un indicateur individuel de précarité qui prend en compte le caractère multidimensionnel de la précarité.)

Elles peuvent être adressées par des professionnels du champ médico-social mais également d'elles-mêmes, il n'y a aucune condition de participation hormis les critères précédemment cités.

L'équipe est pluridisciplinaire avec une diététicienne, une psychologue, une conseillère en économie sociale et familiale, un éducateur sportif en activité physique adaptée, un médecin et deux infirmières dont une travaillant également au CSAPA ce qui améliore la fluidité du parcours des patients concernés par ce programme.

## EN SYNTHÈSE

*La filière prévention, dépistage et éducation thérapeutique comprend le CeGIDD, le centre de vaccination, le centre de vaccination international ainsi que le CLAT et le programme d'éducation thérapeutique du patient obèse dans un contexte de difficultés économiques.*

*L'équipe du CeGIDD travaille à la création d'un Centre de Santé Sexuelle (CSS) regroupant le CeGIDD, le CPEF et une partie de l'activité d'orthogénie de la maternité sur des locaux attenants à l'UPD.*

## La filière médecine sociale

### 1. La Permanence d'accès aux soins de santé (PASS).

La Permanence d'Accès aux Soins de Santé hospitalière (PASS) est une unité de soins destinée à toute personne malade en situation de précarité. Elle assure une prise en charge coordonnée : médicale, psychologique, infirmière, sociale et l'accompagnement dans un parcours de santé.

La PASS accueille tout patient :

- Sans assurance maladie ou sans complémentaire santé ;
- Et/ou dont la situation sociale bloque une prise en charge médicale (incapacité de payer les soins, absence de logement stable ou hébergement précaire, difficulté à s'orienter, en grande vulnérabilité ou exclusion sociale).

Une part importante de ce public est migrant, et souvent allophone. La PASS a accès à un interprétariat téléphonique professionnel.

La PASS permet :

- Un accès au plateau technique de l'hôpital (biologie, radiologie, pharmacie...) et aux spécialités médicales ;
- Un accès aux médicaments ;
- Un retour vers la médecine de ville et vers les structures de santé de proximité.

Un patient peut être adressé à la PASS par l'accueil administratif de l'hôpital, après son passage aux urgences, par un partenaire extérieur ou se présenter spontanément.

L'équipe de la PASS adapte sa prise en charge à la situation du patient et à son environnement. Elle travaille avec les partenaires associatifs et institutionnels de son territoire.

La PASS de Montauban comprend une PASS généraliste, une PASS psychiatrique, une PASS dentaire et une PASS Hors les murs.

La PASS généraliste est composée de 3 médecins, d'Assistants Médico-Administratives (AMA) et d'une assistante de service social.

La PASS psychiatrique est composée d'une infirmière et d'une psychologue.

La PASS dentaire est composée de dentistes, d'une assistante dentaire et de secrétaires.

Les PASS généraliste et psychiatrique font partie du même service. Ce service est situé sur le site de l'ancienne maison des familles du Centre Hospitalier. Les locaux sont communs à l'EMPP et à l'UAV. Cela facilite la communication et la coordination des soins entre ces services. En effet, l'EMPP prend

en charge un public commun à la PASS, et des orientations mutuelles peuvent se faire facilement. De plus, certains professionnels ont des temps partagés entre ces différentes unités.

La PASS est ouverte les lundis, mercredis et vendredis après-midi de 13h30 à 17h sans rendez-vous. Les patients sont reçus par l'assistante sociale qui évalue les besoins, ouvre les droits, oriente si besoin. Ils voient ensuite le médecin généraliste, puis l'infirmière pour la délivrance des traitements, la réalisation d'actes infirmiers, l'éducation thérapeutique du patient. La psychologue reçoit les personnes sur rendez-vous. Les personnes peuvent en faire la demande spontanément, ou être orientées par l'équipe ou des partenaires extérieurs. En dehors de ces créneaux, des patients peuvent être reçus sur rendez-vous par l'infirmière, la psychologue ou l'assistante sociale si besoin.

Une partie de l'équipe de la PASS généraliste de Montauban se déplace sur la permanence de la PASS de Moissac une demi-journée par semaine (la secrétaire, l'IDE et le médecin). Cela vient compléter l'équipe de Moissac présente sur place, comprenant une assistante sociale et une psychologue.

La PASS dentaire est intégrée aux activités de soins dentaires aux consultations externes du Centre Hospitalier, avec des créneaux réservés pour les patients de la PASS. Les rendez-vous sont pris auprès de la secrétaire de la PASS généraliste.

Les médecins partagent leur activité entre l'UPD, l'EMPP et le CSAPA.

La psychologue travaille également au CeGIDD.

Des réunions d'équipe ont lieu régulièrement, et des partenaires peuvent être invités sur des thématiques particulières.

La PASS Hors les murs est intégrée à l'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP). Un infirmier de l'équipe EMPP / PASS Hors les murs participe aux réunions de la PASS.

### **Projets de développement de la PASS**

Ces dernières années, la PASS de Montauban connaît une augmentation de la file active et du nombre de consultations, avec des consultations plus complexes de patients souvent allophones, présentant des pathologies chroniques et graves. Des patients sont refusés à chaque vacation PASS faute de moyens. La file active est passée de 375 en 2020 à 595 en 2022, et le nombre de consultations de 1136 à 1852.

La création de deux vacations PASS supplémentaires sur rendez-vous permettrait d'améliorer la prise en charge des patients complexes, d'éviter les perdus de vue, de recevoir les personnes actuellement refusées.

La création d'un poste d'infirmière à temps plein sur la PASS généraliste permettrait de recevoir les patients se présentant à la PASS avant la consultation médicale, pour évaluer leurs demandes, de coordonner les soins, faire des accompagnements des patients aux rendez-vous, accompagner la sortie du dispositif de la PASS et coordonner le relai avec les professionnels de santé libéraux.

L'augmentation du temps d'assistante sociale permettrait de développer le réseau et structurer le partenariat. L'assistante sociale pourrait également faire des interventions auprès des partenaires sur la spécificité du public reçu et de leur accès au droit.

*Projet d'accès à l'interprétariat téléphonique professionnel sur tous les services du Centre Hospitalier*

La PASS porte le projet de l'accès à de l'interprétariat professionnel à destination de tous les professionnels du Centre Hospitalier, afin de faciliter la prise en charge des patients allophones sur l'hôpital. En effet, le nombre de personnes allophones à la PASS est passé de 143 à 2020 à 320 en 2022. Ces patients consultent à présent des spécialistes sans accès à un interprétariat. De plus, des personnes ne relevant pas de la PASS sont également prises en charge par les différents services de l'hôpital, et l'accès à l'interprétariat est indispensable à leur prise en charge.

### **Projet : développer l'accompagnement vers la médecine de ville avec accès à l'interprétariat professionnel pour des patients porteurs pathologies chroniques ou complexes**

Un besoin d'accompagnement pour les patients sortant de la PASS, ayant des droits ouverts, et présentant des pathologies chroniques ou complexes relevant d'une Affection Longue Durée (ALD), a été relevé. Un infirmier accompagnera physiquement ces patients en situation de grande précarité vers des médecins de ville, ou des professionnels paramédicaux libéraux pour les deux premiers rendez-vous, afin d'éviter une rupture dans le parcours de soin. Nous évaluons les besoins à un 50% ETP infirmier environ. Cela compléterait les missions de la PASS Hors les murs et de l'EMPP. Cela faciliterait également le lien ville-hôpital, et cette action pourrait se faire en lien avec les CPTS du Tarn-et-Garonne. Le projet a été déposé fin février 2024.

## **2. L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP)**

L'EMPP prend en charge les personnes en situation de précarité et/ou d'exclusion sociale en souffrance psychique. Elle est chargée d'aller vers ces publics, quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment ou sont repérés (populations accueillies en institutions sociales, grands désocialisés, publics jeunes ou adultes, pathologie mentale avérée ou non, à la rue...), afin de faciliter la prévention, le repérage précoce et l'identification des besoins, l'orientation et l'accès au dispositif de soins lorsqu'il est nécessaire.

Elle intervient aussi auprès des acteurs de première ligne exprimant des difficultés face à des manifestations de souffrance ou de troubles psychiques des usagers suivis et nécessitant un étayage, un soutien et une formation pour le repérage des problématiques, le décodage et l'analyse des demandes, la mise en œuvre des premiers stades de l'écoute et du soutien.

Elle intervient auprès des structures sociales ou médico-sociales, des services de justice, des associations concernées par les personnes en situation de précarité : Centres d'Hébergement d'urgence et de Réinsertion Sociale, centres d'accueil de jour, centres de demandeurs d'asile, foyers de l'enfance et dans les autres lieux de vie... Elle peut intervenir sur tout le département du Tarn-et-Garonne.

Son équipe se compose d'une médecin coordinatrice, de trois infirmiers, d'un éducateur et de deux psychologues. Une troisième psychologue est en cours de recrutement.

Des réunions d'équipe ont lieu toutes les semaines. Des partenaires peuvent être invités lors de réunions spécifiques.

Les liens avec les différentes Unités du Pôle Santé Société sont nombreux et précieux pour la continuité des parcours de soins des personnes accompagnées par les différentes équipes. Les orientations sont facilitées par la proximité géographique et par le partage des mêmes locaux et par le fait que plusieurs professionnels travaillent à temps partagé sur différentes unités.

### **Habitat indigne et/ou incurie**

L'EMPP porte le projet « Habitat indigne et/ou incurie ». Cela concerne les personnes ayant un logement insalubre, indigne ou en situation d'incurie et ayant une souffrance psychiatrique ou psychologique avérée.

Les personnes sont adressées par l'ARS après un signalement fait via les assistantes sociales de secteur, les mairies, les Maisons Des Solidarités (MDS)...

L'infirmière de ce dispositif a la capacité d'aller vers les occupants de ces logements, d'évaluer leur état de santé, de les orienter et les accompagner vers les dispositifs existants adaptés (Centre Médico Psychologique, dispositifs médico-sociaux, Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer-MAIA-, Pensions de famille, associations, UPD, CSAPA, etc...)

La première rencontre au domicile se fait généralement en binôme avec l'éducateur spécialisé, ou avec la personne ayant signalé la situation.

8 dossiers pluriannuels sont pris en charge par la professionnelle de santé du projet. Les prises en charge durent en général 12 à 18 mois, puis le relai est pris par les partenaires ou par l'équipe de l'EMPP pour les patients les plus complexes.

### **PASS Hors les murs**

La création de la PASS Hors les murs en 2020 avec une infirmière à 30%, intégrée au sein de l'équipe EMPP, a permis d'améliorer le repérage et l'accompagnement des personnes en situation de précarité. Elle réalise des permanences infirmières sur les accueils de jour de Montauban (Reliance 82 et Montauriol) et Moissac (Escale Confluences), à la fréquence d'une demi-journée par semaine sur chacun des sites. Cette prise en charge au plus près du lieu de vie des patients permet de repérer des personnes qui ont besoin de soins somatiques et psychiques mais qui ne formulent aucune demande, ou pour lequel l'accès aux soins reste très éloigné. L'infirmière peut également réaliser des accompagnements vers les soins pour les personnes repérées et les plus éloignées des soins. De plus, le rapprochement de la PASS Hors les murs avec l'EMPP a permis un décloisonnement des pratiques et une déstigmatisation des publics, en rapprochant les soins psychiques des soins somatiques.

### **Psychologues de consultations avancées dans les structures d'accueil, d'hébergement et d'insertion**

En janvier 2024, des postes de psychologues (1.5 ETP) ont été créés dans le cadre de la mesure 9 des assises de la santé mentale et de la psychiatrie, relative au soutien psychologique des personnes en

situation de grande précarité dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil. Ces postes sont rattachés à l'équipe de l'EMPP déjà en place.

Les psychologues interviennent au sein des structures d'hébergement (CHRS, Pensions de famille de l'UDAF et du CCAS) ou d'accueil de jour (Reliance 82, Montauriol, Escale Confluences) afin d'assurer la prise en charge psychologique des personnes hébergées et coordonner les acteurs du soin et du social. Cela prend la forme de permanences dans les structures dans les centres d'hébergement et lieux d'accueil, de consultations individuelles, sous forme d'entretiens formels ou informels, d'interventions groupales (groupes de parole, de psychoéducation, activités à méditation pour le repérage et la proposition d'accompagnement).

**Projet : développer l'accompagnement vers la médecine de ville avec accès à l'interprétariat professionnel pour des patients porteurs pathologies chroniques ou complexes**

Un besoin d'accompagnement pour les patients sortant de PASS, ayant des droits ouverts, et présentant des pathologies chroniques ou complexes relevant d'une Affection Longue Durée (ALD), a été relevé. Un infirmier pourrait accompagner physiquement ces patients en situation de grande précarité vers des médecins de ville, ou des professionnels paramédicaux libéraux pour 1 ou 2 rendez-vous, afin d'éviter une rupture dans le parcours de soin. Nous évaluons les besoins à un 50% ETP infirmier environ. Cela compléterait les missions de la PASS Hors les murs et de l'EMPP. Cela faciliterait également le lien ville-hôpital, et cette action pourrait se faire en lien avec les CPTS du Tarn-et-Garonne.

### **3. L'Unité d'Aide aux Victimes (UAV)**

L'Unité d'Aide aux Victimes (UAV) ou « consultation violence » du Centre Hospitalier de Montauban » fait partie avec Toulouse, Pamiers et Albi des quatre consultations de proximité financées en 2006 à titre expérimental afin de déployer une prise en charge, complémentaire de l'Unité Médico Judiciaire (UMJ) de Toulouse.

Ses locaux sont mutualisés avec ceux de la PASS et de l'Équipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP).

L'objectif est de répondre de façon pluridisciplinaire aux besoins des victimes de violence au sens large avec des consultations d'appui et de soutien notamment psychologique pour les personnes victimes de violence, la mobilisation des partenariats pour assurer une fluidité des parcours de soins et des réponses rapides et appropriées.

L'unité accueille les victimes de violence volontaire pour prise en charge, conseils et réorientation sur la structure adaptée si suivi nécessaire, exception faite des violences sexuelles et des enfants de moins de 6 ans.

Un certificat médical de coups et blessures est établi avec mise en place de l'Incapacité Totale de Travail (ITT) au sens pénal du terme.

L'équipe se compose de deux médecins), d'un psychologue, d'une assistante de service social, d'une sage-femme (à venir) et d'une AMA. Deux juristes, mises à disposition par l'association France victimes 82, interviennent le lundi et le jeudi matin à titre gracieux au sein de l'unité.

Les deux médecins sont formés à la prise en charge médico-légale des victimes de violence, le psychologue est formé à l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Le psychologue évalue le retentissement psychologique et fournit un compte rendu. Une orientation pour suivi si besoin est réalisée. Elle peut être vers un CMP, une association (UDAF 82, CIDFF ou France Victimes 82 où sont présents des psychologues) ou tout autre professionnel du département habilité à prendre en charge des personnes victimes de violences.

Dans le cas où la personne accueillie ne parlerait pas le français, elle peut être reçue avec un éventuel accompagnant ou il peut être fait appel à un service d'interprétariat téléphonique (ISM).

Des liens et des contacts étroits existent avec les différents services du Centre Hospitalier de Montauban, notamment celui des urgences qui reçoit les personnes victimes dans les suites immédiates de l'agression et qui les oriente à l'UAV pour une nouvelle évaluation à distance.

Il existe une convention pour l'accueil et la prise de plainte des victimes de violences conjugales au sein des services d'urgence des établissements de santé du département de Tarn-et-Garonne (signée le 6 octobre 2021). Elle a pour but de répondre à un objectif de politique publique visant à faciliter l'identification des victimes de violences conjugales accueillies au sein des services d'urgence, de favoriser la prise de plainte à cette occasion et/ou de permettre le déclenchement d'un accompagnement social immédiat.

#### **Au niveau du département, l'UAV travaille en lien avec :**

- L'Observatoire départemental des violences faites aux femmes et la Coordination des violences intrafamiliales

La prise en charge des situations de violences intrafamiliales en Tarn-et-Garonne est structurée depuis 2014 autour d'un Observatoire dédié aux violences faites aux femmes et d'un dispositif de coordination des violences intrafamiliales (VIF) permettant d'apporter une réponse sociale complète.

Trois coordinatrices en zones police et gendarmerie ont pour mission de garantir, après évaluation des besoins, la coordination des interventions des différents acteurs de terrain, afin d'assurer une prise en charge globale inscrite dans la durée des femmes victimes de violences au sein du couple et/ou de la famille, et de leurs enfants.

Des orientations vers l'UAV sont réalisées et l'équipe de l'UAV peut également faire appel dans certaines situations.

Trois psychologues sont rattachées à la coordination VIF et accompagnent les personnes victimes. Ce dispositif est rattaché à l'UDAF de Tarn-et Garonne (UDAF 82°)

- Les dispositifs associatifs d'aide aux victimes et aux auteurs de violences

Partenaires de l'UAV, plusieurs dispositifs associatifs pour l'accueil, l'écoute et l'accompagnement des femmes victimes de violences et de leurs enfants (CIDFF, France Victimes 82, le planning familial) y orientent de nombreuses personnes victimes chaque année.

- Une psychologue spécialisée en psycho traumatologie au Centre Hospitalier Intercommunal de Castelsarrasin-Moissac

Les violences conjugales ont un impact majeur sur la santé physique et psychique des femmes qui en sont victimes ainsi que sur celle de leurs enfant, co-victimes et parfois victimes. Elles sont à l'origine de troubles psycho-traumatiques profonds et durables. A cet effet, le Centre Hospitalier Intercommunal de Castelsarrasin-Moissac dispose d'une consultation de psychologue spécialisée en psycho-traumatologie.

- La police nationale et la gendarmerie

Leurs services orientent également de nombreuses personnes victimes vers l'UAV, majoritairement dans le cadre de réquisitions judiciaires et/ou psychologiques.

Des rencontres partenariales sont réalisées régulièrement.

L'UAV est la seule structure identifiée sur le territoire du Tarn-et-Garonne à délivrer des certificats d'ITT dont la qualité est reconnue par la justice mais n'a pas la capacité de répondre de manière proportionnée à la demande exponentielle de la part des personnes victimes, dont la courbe ne fait que progresser à la suite de la création des postes de coordinatrices VIF en zones Police et Gendarmerie. Un renforcement des missions et du fonctionnement de cette unité paraît, par conséquent, nécessaire et adapté aux besoins du territoire.

Fin mars 2024, l'inter CPTS 82 organise le 28 Mars une soirée de sensibilisation à destination des médecins libéraux sur le thème : " Accueillir les violences intrafamiliales en médecine libérale ". Cette soirée sera co-animée par les médecins de l'UAV. L'objectif de cette intervention est de sensibiliser les médecins libéraux : au repérage et à la prise en charge des victimes de violences intra-familiales et à la rédaction des Certificats Médicaux Initiaux (CMI) et des Certificats Médicaux de Coups et Blessures (CMCB).

Un travail en partenariat avec l'UMJ de Toulouse est également prévu pour ouvrir un poste d'assistant à temps partagé avec le Centre Hospitalier de Montauban à partir de novembre 2024.

Enfin, l'arrivée d'une sage-femme permettra de travailler un protocole de prise en charges des victimes de viol au Centre Hospitalier de Montauban.

## EN SYNTHÈSE

*Cette filière médecine sociale comprend :*

- *La Permanence d'Accès aux Soins de Santé hospitalière (PASS) dont la file active et le nombre de consultations ne cessent d'augmenter (file active : 375 en 2020 et 595 en 2022)*
- *L'Equipe Mobile Psychiatrie Précarité (EMPP) dont les projets portent notamment sur le développement de l'accompagnement vers la médecine de ville avec accès à l'interprétariat professionnel pour des patients porteurs pathologies chroniques ou complexes*
- *L'Unité d'Aide aux Victimes (UAV) ou « consultation violence » avec notamment un projet de poste d'assistant à temps partagé avec le CHU de Toulouse sur la médecine légale (UMJ)*

## La filière de soins à domicile

### 1. L'Hospitalisation A Domicile (HAD)

L'HAD assure au sein du lieu de vie de la personne (domicile ou établissement social et médico-social) une prise en charge médicale, soignante et psychosociale coordonnée de niveau hospitalier.

L'HAD assure notamment des soins non réalisables par les seuls professionnels de santé en ville car trop complexes, intenses ou techniques, dans des situations cliniques qui nécessitent une continuité des soins assurée par une équipe de coordination pluridisciplinaire et médicalisée (présence d'un médecin praticien d'HAD, ainsi que d'infirmières, d'assistants sociaux, de psychologues, de diététiciennes...). Cette prise en charge s'adresse aux patients de tous âges (enfants, adolescents, adultes) atteints de pathologies graves, aiguës ou chroniques, instables ou évolutives et qui, sans l'intervention de l'HAD, devraient être pris en charge en hospitalisation conventionnelle.

Pour mettre en œuvre cette organisation, les établissements d'HAD mobilisent des personnels salariés internes de l'établissement mais aussi des professionnels de santé libéraux ou des salariés de service de soins infirmiers ou de service polyvalent d'aide et de soins à domicile avec lesquels ils passent convention.

Les organisations des établissements peuvent donc varier mais les critères de prises en charges sont identiques pour tous.

#### Fonctionnement de l'HAD du CH Montauban

Les soins sont assurés par les personnels salariés de l'HAD et par des soignants libéraux.

Les professionnels de santé libéraux sont rémunérés par le service d'HAD.

L'équipe soignante est composée de :

- 2 ETP praticiens d'hospitalisation à domicile
- 7,4 ETP infirmiers dont 2.5 ETP de coordination (qui alternent entre coordination et soins)
- 5.5 Aides-soignants
- 0.5 ETP cadre de santé
- 0.5 ETP assistant social
- 0.5 ETP psychologue (demandé). La présence d'un psychologue au sein de l'équipe pluridisciplinaire est règlementaire.
- 1 ETP assistant médico-administratif

Les soignants de l'HAD se rendent au domicile du patient avec les véhicules hospitaliers identifiés.

Le projet personnalisé de soins est établi avant la prise en soins en concertation avec le médecin traitant, le médecin qui a demandé l'intervention de l'HAD, les intervenants libéraux, le patient et son entourage.

La continuité des soins est assurée par les infirmiers de l'HAD qui sont d'astreinte. Ils répondent aux appels des patients et se déplacent au domicile.

Ils peuvent joindre un praticien d'HAD pour adapter au mieux la prise en soins. L'astreinte téléphonique médicale est assurée depuis décembre 2023, dans le cadre d'une coopération entre les HAD du CHIC Castelsarrasin-Moissac et de Montauban.

Cette collaboration s'inscrit dans un projet de convention d'équipe médicale de territoire en cours de finalisation.

### **Activité**

Les demandes de prise en soins proviennent des établissements publics ou privés, du Tarn et Garonne et des départements limitrophes, ainsi que des médecins traitants et/ou des médecins coordonnateurs d'EHPAD.

En 2021, la répartition de l'activité (nombre de séjours, motif de prise en charge principal) était la suivante :

- Chimiothérapies 41%
- Soins palliatifs 24%
- Pansements complexes 18%
- Traitement intraveineux 8 %
- Autres 9%

La proportion des séjours de chimiothérapie est majoritaire car les prises en charge sont le plus fréquemment d'une journée pour chaque séjour.

Il est à noter que le nombre de chimiothérapies réalisées en 2022 a doublé par rapport à 2021 (source : pharmacie)

L'activité de soins palliatifs reste prépondérante et en augmentation constante.

### **Perspectives**

- Mieux faire connaître l'HAD des prescripteurs et du grand public
- Poursuivre l'augmentation d'activité de chimiothérapie afin de soulager les services d'oncologie et éviter aux patients des transports sur les structures hospitalières.
- Participer à l'amélioration de la prise en charge des soins palliatifs au domicile en lien avec l'équipe mobile de soins palliatifs, le DAC, les CPTS etc.... faciliter les échanges ville-hôpital afin de proposer une réponse graduée en fonction des besoins.
- Développer l'articulation entre l'HAD et le secteur social et médico-social, renforcer le rôle de l'HAD dans le parcours des personnes âgées et les personnes en situation de handicap (information sur le rôle de l'HAD et évaluations anticipées en EHPAD, lien avec les équipes mobiles de gériatrie...)
- Acquisition d'un logiciel métier (prévu en 2024) permettant d'améliorer la qualité des soins, la traçabilité, les échanges entre les soignants. Développer les outils de télésanté.
- Augmenter les prises en soins en sortie directe des urgences pour éviter des hospitalisations conventionnelles inutiles et soulager les services d'urgences en tension.

## 2. Le service de Soins Psychiatriques Intensifs A Domicile (SPIAD)

Du fait de la modification du cadre législatif et de la mise en place du régime des autorisations, l'HAD en psychiatrie n'existe plus. Le service d'HAD psychiatrique devient une structure ambulatoire qui poursuit les missions d'une HAD en développant la philosophie de « l'aller vers », et qui complète et renforce le dispositif psychiatrique hospitalier départemental en grande tension actuellement.

Le service propose un accompagnement intensif à domicile, sur l'ensemble du département de Tarn et Garonne (Durée Moyenne de séjour (DMS) 1 mois environ). Il s'adresse à des patients présentant un trouble psychiatrique nécessitant une prise en charge intensive :

- Patients à risque de décompensation (prévention, accompagnement des grossesses de patientes présentant des troubles psychiatriques, patients en arrêt de suivi ou de traitement...),
- Alternative à l'hospitalisation classique pour des patients ne nécessitant pas une surveillance constante et pouvant demeurer au domicile (à partir des urgences notamment ou des CMP, diminue le nombre d'hospitalisations classiques),
- Patients nécessitant une hospitalisation mais ne pouvant venir sur l'Hôpital (ayant des personnes à charge au domicile, animaux familiers à charge, crainte des services de psychiatrie, troubles ou handicaps singuliers en difficultés en hospitalisation psychiatrique classique : troubles neurodéveloppementaux (Troubles du Spectre Autistique (TSA)...), polyopathologies ...),
- Alternative à l'hospitalisation classique pour patients vivant en structure médico-sociale,
- Relais d'une hospitalisation pour accompagnement au retour à domicile (prévention de la rechute avec organisation des accompagnements nécessaires pour le maintien à domicile, le suivi du traitement... permet de raccourcir les durées d'hospitalisations classiques),
- Patients ne pouvant accéder aux filières habituelles de soin, ou déjà en marge, à risque de précarisation ou d'arrêt de soins psychiatriques,
- 

Le SPIAD se compose d'une équipe pluri-professionnelle : psychiatres, psychologues, infirmiers, et de temps d'assistance sociale, cadre et secrétaire. Notre souhait est de renforcer l'équipe avec un éducateur ayant des compétences en activité physique pour lutter contre l'apragmatisme, le manque d'activité et la mauvaise hygiène de vie de nos patients qui grèvent leur espérance de vie.

## 3. L'Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire (USMP).

L'USMP du CH de Montauban prend en charge et organise les soins des personnes détenues à Maison d'Arrêt de Montauban.

Elle le fait dans le cadre réglementaire prévu par la loi et le cadre financier prévu par l'ARS.

Elle fait l'objet d'un protocole cadre signé entre la Direction du Centre Hospitalier, la direction de la Maison d'Arrêt, l'ARS et la direction inter-régionale pénitentiaire.

Une particularité de Montauban est qu'un seul service organise l'ensemble des soins somatiques et psychiatriques.

Les soins proposés sont actuellement conformes au protocole cadre signé que nous ne détaillerons pas.

Les soins principaux de premiers recours en médecine générale, en soins dentaires et en psychiatrie sont à peu près couverts.

La majorité des intervenants, en dehors des infirmières, ont des temps travail partagés avec d'autres services du Pôle, ce qui permet de consolider ces postes, d'assurer la permanence des soins et développer des liens avec des services stratégiques par rapport aux besoins de la population carcérale (psychiatrie, conduites addictives, CLAT, CeGIDD...).

Les partenariats en particulier avec le CSAPA sont effectifs ports par une consultations médicale hebdomadaire d'un médecin du CSAPA, deux permanences d'une assistante sociale du CSAPA et deux permanences éducatives.

Cependant, certains soins spécialisés sont difficiles à organiser voire à réaliser, avec parfois des retards de prises en charge, souvent pour des problématiques d'incapacité pénitentiaire à accompagner et surveiller les détenus en dehors de la maison d'Arrêt

De plus, Montauban fait face aux mêmes problématiques que les autres établissements pénitentiaires en France quels qu'ils soient et quelle que soit leur taille à savoir :

- Une surpopulation pénale sans cesse croissante : à Montauban le taux d'occupation réel est entre 200 et 220 détenus pour une capacité théorique de 149,
- Une aggravation des pathologies rencontrées en prison, tant somatiques (par exemple : migrants et personnes sans domicile avec des pathologies graves jusque-là non prises en charge, états dentaires très dégradés, ...) que psychiatriques, avec beaucoup de personnes psychotiques souvent sans prise en charge avant leur incarcération ...

Des actions de prévention sont réalisées avec des partenaires intra et extra hospitaliers, en lien avec l'administration pénitentiaire et le SPIP, coordonnées par l'USMP. Elles sont l'objet de financements par l'ARS et l'AP mais avec des enveloppes très modestes et précaires (ex : enveloppes annuelles, créditées tardivement). Alors que les besoins sont énormes, elles ne répondent donc qu'à une petite part des besoins identifiés.

Dans ce contexte, nos projets prioritaires sont :

- Moderniser le cabinet dentaire pour pouvoir offrir des soins de qualité sur place. En particulier remettre en état le fauteuil dentaire et prioriser l'achat d'un panoramique dentaire,
- Augmenter le temps de psychologue,
- Développer la télémédecine mais en améliorant aussi les possibilités de l'administration pénitentiaire d'assumer les « extractions » ;
- Faire réaliser par l'administration pénitentiaire les aménagements nécessaires pour développer certaines consultations (psychologues),
- Renforcer, avec ou sans le service de probation et d'insertion (SPIP), l'accompagnement social pour préparer la sortie,
- Consolider les actions de prévention coordonnées.
- Il faut donc encore développer et asseoir l'offre globale de soins. Cependant, sur ces projets précis nous sommes empêchés pour l'instant. Les locaux de l'USMP sont en effet saturés, ce

qui ne permet plus de proposer de nouvelles consultations L'enveloppe budgétaire allouée par l'ARS est insuffisante pour assumer les soins actuellement proposés (à noter qu'elle se base pour son calcul par l'ARS sur la capacité théorique de la MA et qu'elle ne tient donc pas compte du taux d'occupation réelle).

## EN SYNTHÈSE

La filière des soins à domicile comprend :

- L'hospitalisation à domicile dont l'activité est en forte progression sur la prise en charge des chimiothérapies. L'équipe médicale est devenue territoriale à partir de décembre 2023 avec la mise en place d'une astreinte de sécurité départementale. Cette astreinte est partagée en CH de Montauban et le CHIC de Moissac.
- Le service de soins psychiatriques à domicile (SPIAD) qui souhaite renforcer son équipe afin d'améliorer la prise en charge des patients (éducateur sportif) tout en poursuivant son activité actuelle.
- L'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP) qui exerce dans des locaux trop exigus au sein de la maison d'arrêt de Montauban et qui souhaiterait développer certaines prises en charge, sous réserve de financements (fauteuil dentaire, panoramique dentaire, temps de psychologue, ...)

## Le pôle Médico-Technique

Le pôle médicoteknikue du Centre hospitalier rassemble plus de 106 professionnels qui œuvrent au quotidien à fournir des prestations de qualité aux prescripteurs ainsi qu'aux patients pris en charge au sein des services hospitaliers. Tourné à la fois vers l'extérieur, notamment au travers des prestations réalisées pour le compte des partenaires publics et privés mais également en lien permanent avec l'ensemble des acteurs hospitaliers, le pôle médico-technique souhaite **repenser son offre** et l'axer autour d'une prise en charge optimisée du patient.

Dans un contexte marqué par une **vétusté importante des équipements** et un manque de moyens financiers pour la résorber, le pôle médicoteknikue doit s'adapter en permanence afin d'assurer la continuité des activités médicales, qui ne sauraient supporter aucune interruption. Ces deux dernières années ont néanmoins été marquées par une reprise des investissements, ce qui permet de sécuriser des activités essentielles (mammographie, échographie) et de conforter en parallèle des filières chirurgicales dépendantes des activités du pôle (chirurgie carcinologique).

Les évolutions à l'œuvre sur le territoire en matière de démographie médicale amènent à repenser l'organisation générale, qui sera plus que jamais axée sur les coopérations et complémentarités à l'échelle du Groupement Hospitalier de Territoire, mais également avec les départements limitrophes. Dans un premier temps l'accent sera mis sur la sécurisation des actions territoriales déjà engagées, par le biais de recrutements médicaux et paramédicaux. Il s'agit de composer avec les tensions actuelles en adoptant une dynamique de conduite de projet participative associant les compétences médicales et paramédicales.

Les innovations qui s'annoncent à l'horizon des dix prochaines années conduiront inévitablement à une évolution des pratiques médicales et soignantes, notamment sous l'impulsion de **l'intelligence artificielle** et des mégadonnées (« big data »). Même s'il est difficile en l'état de mesurer précisément la portée des avancées permises par ces nouvelles technologies, et la capacité des différentes spécialités à les intégrer immédiatement dans leurs process.

Il est néanmoins possible de projeter un impact notable sur des domaines aussi divers que l'aide à la prescription médicamenteuse, l'aide au diagnostic en imagerie médicale ou en matière de biologie médicale. La prévention du risque infectieux associées aux soins se prête également au déploiement d'un outil de « deep learning » afin d'améliorer la détection et la mise en place de mesures préventives du risque infectieux nosocomial.

À l'aune des opportunités offertes par ces nouvelles technologies et du rôle qu'entend jouer le pôle en matière d'innovation et de soutien aux autres activités hospitalières, les différents services ambitionnent de développer des expérimentations en lien avec les acteurs privés et les opportunités offertes par la réglementation.

Enfin, le service de la Pharmacie et le Laboratoire hospitalier de biologie s'engagent d'ores et déjà dans une stratégie d'automatisation de leurs activités. Cette intégration progressive s'appuie sur les retours

d'expérience d'autres structures hospitalières s'étant déjà engagées dans cette voie et vise à sécuriser davantage les activités (robots pharmaceutiques de dispensation globale et nominative).

Les axes majeurs du pôle :

- Développement de l'activité externe (Imagerie, Laboratoire de Biologie)
- Utilisation des ressources générées pour réinvestir dans les équipements essentiels au maintien de l'activité.
- Optimisation des flux de patient et logistiques dans le Nouvel Hôpital.
- Accompagner les professionnels dans une montée en compétence.
- Nécessité de penser les futurs locaux médico-techniques (Nouvel hôpital) l'évolutivité des infrastructures (stockage).
- Réflexions organisationnelles : évolution éventuelle du périmètre d'intervention des préparateurs, notamment dans une optique de sécuriser davantage le circuit du médicament.
- Partage des infrastructures techniques et logistiques avec le service logistique, dans une logique d'efficacité.
- Développement des technologies innovantes, pour l'optimisation des flux et l'aide à la décision (IA, big data).

## L'imagerie médicale

Le premier défi du service d'Imagerie médicale est de faire face au nombre croissant d'examens demandés. À cet égard, l'arrivée d'un nouveau scanner en 2024 permettra d'absorber une partie des demandes d'examens tomodensitométriques, qui progressent sur les examens externes (+12,52%) et sur les urgences (+3,37%).

UF DE PRODUCTION : SCANNER		FORFAITS TECHNIQUES							
		CUMULE				CUMULE			
		Actes				Valorisation FORFAITS TECHNIQUES			
Code Pôle	Libellé Pôle	2021	2022	2023	Ecart N-1	2021	2022	2023	Ecart N-1
1010	PÔLE DES MEDECINES	880	905	806	-10,94 %	77 589 €	77 816 €	69 207 €	-11,06 %
1014	PÔLE FEMME, PARENTS, ENFANTS	20	20	33	65,00 %	1 823 €	1 711 €	2 757 €	61,11 %
1016	PÔLE DE PSYCHIATRIE ADULTE	43	65	63	-3,08 %	3 963 €	5 711 €	5 599 €	-1,95 %
1018	PÔLE SANTE SOCIETE	18	23	39	69,57 %	1 516 €	1 874 €	3 213 €	71,46 %
1021	PÔLE BAACC	163	172	133	-22,67 %	14 483 €	14 755 €	11 322 €	-23,26 %
1022	PÔLE SSR ET GERIATRIE	162	199	231	16,08 %	14 220 €	17 025 €	19 739 €	15,94 %
1023	PÔLE SAMU, URGENCE, REANIMATION	2 468	2 195	2 171	-1,09 %	205 799 €	181 048 €	176 558 €	-2,48 %
Total activité du Scanner Patients Hospitalisés		3 754	3 579	3 476	-2,88%	319 485 €	299 939 €	288 395 €	-3,85%
Total activité du Scanner Patients Externes Hors URGENCES		2 142	2 268	2 552	12,52%	190 782 €	196 640 €	220 777 €	12,27%
Total activité du Scanner Patients Externes URGENCES		1 377	1 839	1 901	3,37%	119 417 €	153 350 €	154 762 €	0,92%
Total activité du Scanner		7 273	7 686	7 929	3,16%	629 685 €	649 930 €	663 934 €	2,15%

UF DE PRODUCTION : IRM		FORFAITS TECHNIQUES							
		CUMULE				CUMULE			
		Actes				Valorisation FORFAITS TECHNIQUES			
Code Pôle	Libellé Pôle	2021	2022	2023	Ecart N-1	2021	2022	2023	Ecart N-1
1010	PÔLE DES MEDECINES	303	324	295	-8,95 %	50 313 €	53 784 €	48 985 €	-8,92 %
1014	PÔLE FEMME, PARENTS, ENFANTS	24	31	17	-45,16 %	3 985 €	5 148 €	2 823 €	-45,16 %
1016	PÔLE DE PSYCHIATRIE ADULTE	28	44	29	-34,09 %	4 649 €	7 306 €	4 815 €	-34,09 %
1018	PÔLE SANTE SOCIETE	7	11	15	36,36 %	1 162 €	1 827 €	2 491 €	36,36 %
1021	PÔLE BAACC	6	5	5	0,00 %	996 €	830 €	830 €	0,00 %
1022	PÔLE SSR ET GERIATRIE	37	46	45	-2,17 %	6 144 €	7 638 €	7 472 €	-2,17 %
1023	PÔLE SAMU, URGENCE, REANIMATION	160	194	226	16,49 %	26 568 €	32 214 €	37 527 €	16,49 %
Total activité de l'IRM Patients Hospitalisés		565	655	632	-3,51 %	93 984 €	108 746 €	104 944 €	-3,50 %
Total activité de l'IRM Patients Externes Hors URGENCES		1 941	1 790	1 902	6,26 %	322 303 €	297 229 €	315 827 €	6,26 %
Total activité de l'IRM Patients Externes URGENCES		37	70	102	45,71 %	6 144 €	11 624 €	16 937 €	45,71 %
Total activité de l'IRM		2 543	2 515	2 636	4,81%	422 431 €	417 599 €	437 708 €	4,82%

L'année 2023 a été marquée par une série d'acquisitions et de renouvellements ayant permis une remise à niveau des équipements du plateau d'imagerie. L'arrivée de ce nouveau scanner intervient dans un contexte territorial éminemment concurrentiel et évolutif.

En effet, le nombre d'implantations d'équipements lourds sur le territoire a vocation à augmenter au cours des prochains mois et années en lien avec la réforme des autorisations d'implantation. La filière d'imagerie publique doit donc se structurer davantage afin d'aboutir à une organisation médicale complémentaire ou intégrée.

À ce titre, l'établissement projette de **constituer ou d'intégrer un plateau d'imagerie médicale mutualisés (PIMM)**. Cette évolution doit permettre de consolider les ressources médicales présentes sur le territoire et d'améliorer l'attractivité du service. Le PIMM doit être un levier pour **développer et stabiliser l'offre d'imagerie publique**, aujourd'hui restreinte par le manque de ressources médicales. L'année 2023 a été marquée par la mise en place d'une équipe territoriale d'imagerie, partagée entre le Centre hospitalier de Montauban et le Centre hospitalier de Moissac. Cette structuration permet de conforter l'offre publique d'imagerie sur le territoire du Tarn-et-Garonne et préfigure une organisation

future davantage intégrée tenant compte d'une offre de proximité étoffée à Moissac (souhait d'ajouter d'un IRM en sus de l'activité du scanner) s'inscrivant en complémentarité de l'offre déjà existante au Centre Hospitalier de Montauban. La pleine réussite de ce projet implique de mener à bien la convergence des systèmes d'information (RIS) et un maintien à niveau des équipements du CHIC-CM afin de maximiser l'interopérabilité entre les différents sites.

Les **locaux** actuels du service sont **vétustes, inadaptés et dysfonctionnels** : ils n'offrent aucune logique de parcours et contraignent à un croisement de flux, les salles sont peu ergonomiques et leurs dimensions inadaptées. Le projet de Nouvel Hôpital est donc une opportunité de refonte des organisations et des flux, les nouveaux locaux permettront notamment de dissocier les flux d'urgence des flux programmés.

Le renforcement des équipes médicales doit permettre de **développer davantage l'activité d'imagerie interventionnelle** (ponctions, biopsies, digestif et articulaire), en lien avec les spécialités concernées. Une réflexion sera également conduite pour apprécier la pertinence médicale et économique du renouvellement d'équipements obsolètes, qui doit être appréciée au regard des orientations médicales des autres pôles (installation de l'ostéodensitomètre dans le service d'imagerie en lien avec les orthopédistes, acquisition d'un cone-beam, remplacement du panoramique dentaire). L'absence de réserve foncière implique toutefois de prioriser les choix qui seront opérés.

L'organisation future permettra d'optimiser les prises en charge, les nouveaux espaces permettront d'apporter un meilleur confort aux patients, une amélioration de l'ergonomie des espaces de travail et une facilitation des échanges au sein de l'équipe.

Enfin, le service doit être acteur de la structuration du lien avec la médecine de ville afin d'optimiser le parcours de soins des patients hors les murs.

## EN SYNTHÈSE

*Le service d'imagerie médicale est aujourd'hui dans des locaux vétustes et inadaptés ne permettant pas d'intégrer de nouvelles machines ou d'avoir un parcours patient adapté ;  
Il souhaite développer son activité externe, notamment avec la mise en service du nouveau scanner en juillet 2024 ;*

*Par ailleurs, constituer ou intégrer un PIMM (GHT ou supra GHT) pour stabiliser l'équipe médicale de territoire et développer l'offre publique (IRM au CHIC de Moissac) ;*

*Le CH de Montauban s'inscrit également dans une volonté développer l'imagerie interventionnelle.*

## Le laboratoire

Le laboratoire de Biologie Médicale (LBM) du CH de Montauban est un laboratoire multi-site polyvalent qui **fait partie d'un GCS (Groupement de Coopération Sanitaire)** regroupant depuis 2012 les laboratoires des Centres Hospitaliers de Montauban, Moissac, Cahors et Gourdon.

Les deux principaux membres (Centres Hospitaliers de Montauban et de Cahors) ont bâti des plateaux techniques spécialisés et complémentaires, les deux autres sites ont déployé des capacités d'analyse de proximité (biologie délocalisée au Centre hospitalier de Castelsarrasin-Moissac) en toute cohérence avec leur dimension et leurs activités.

Le GCS est accrédité COFRAC à 95,6% de son activité en 2022. Ses secteurs d'activité sont étoffés : biochimie, hématologie, bactériologie, biologie moléculaire, parasitologie, mycologie, cytométrie en flux, sérologie.

Le laboratoire assure aujourd'hui des prestations pour :

- Les patients hospitalisés des établissements publics de santé membres du GCS et du Centre Hospitalier de Nègrepelisse
- Les patients externes prélevés directement au laboratoire pour Montauban et Cahors.

L'équipe du laboratoire est composée de 4 biologistes, 1 cadre de santé, 24 techniciens de laboratoires, 3 aides de laboratoires, 3 secrétaires et 1 infirmière.

Le Laboratoire évolue dans un **environnement très concurrentiel**, dominé par des acteurs privés très bien implantés sur le bassin de vie Tarn-et-Garonnais. L'enjeu pour l'établissement est de **développer son activité externe** afin de récupérer des parts de marché et offrir ainsi aux patients du Centre hospitalier une solution de prélèvement accessible et intégrée.

La mise en œuvre de ce projet implique de repenser l'accueil des patients en décentralisant la zone de prélèvement dans une zone dédiée, offrant une meilleure accessibilité et visibilité par rapport aux locaux actuels, situés en sous-sol. Elle implique également un renforcement des ressources humaines dédiées à cette activité et une **montée en gamme du système d'information** afin d'offrir une expérience patient au moins équivalente à ce qu'est en mesure de proposer le secteur privé. À cet effet, le développement des plages horaires d'ouverture doit permettre de capter une patientèle plus large.

Les objectifs du laboratoire :

- Faire le suivi biologique des patients de l'hôpital en interne
- Organiser des plages de prélèvements sans rendez-vous
- Capter une nouvelle patientèle (patients externes, personnels hospitaliers)
- Générer une augmentation d'activité de prélèvements

En parallèle le Laboratoire s'est engagé dans une stratégie de **ré-internalisation de prestations** aujourd'hui confiées à des partenaires publics, notamment le Centre hospitalier de Toulouse (Dosages de vitamines B, chromatographie).

Cette ré-internalisation est réalisée à **iso-ressources** mais n'a pas vocation à s'étendre à l'ensemble des examens confiés au plateau technique de référence du pôle Biologie du CHU de Toulouse.

À titre d'exemple et dans la continuité de la dynamique d'investissement dans un plateau de chromatographie, le Laboratoire a notamment l'objectif de réaliser de nouvelles analyses (dosages de médicaments), avec des gains significatifs sur le plan médical pour la prise en charge des patients, tout en réduisant le coût des analyses.

En effet, la **chromatographie** assurerait l'internalisation d'un large panel de dosages de médicaments, actuellement sous traités à des laboratoires spécialisés. Cette externalisation engendre aujourd'hui des délais de rendu de résultat inadaptés à la prise en charge des patients et un surcoût considérable pour l'établissement.

Des recommandations existent pour le dosage de certains médicaments. En effet, de nombreux facteurs de variabilités inter-individuelles (âge, poids, fonction rénale, co-médication) sont susceptibles de modifier l'exposition de la substance dans le sang. Les conséquences de cette variabilité sont :

- Soit une sous-exposition et donc un risque d'inefficacité
- Soit une surexposition et une probabilité majorée de toxicité ou d'évènement indésirable grave.

Outre le défaut dans la prise en charge médicale, une posologie inadaptée peut donc être à l'origine d'une augmentation évitable et onéreuse de la durée d'hospitalisation.

Mise à part ce surcoût difficilement quantifiable, l'investissement dans la chromatographie réduira le coût lié à l'envoi des analyses, actuellement adressés à des laboratoires sous-traitants. Ainsi, à partir de prédictions sur l'activité actuelles, le coût des automates et des consommables, le coût des analyses concernées serait réduit de près de 51% (prédiction à partir des données 2023 ; diminution du surcoût de 5584 euros). Ce bénéfice économique lié à l'investissement dans cette méthode de dosage des médicaments a déjà été constaté dans d'autres laboratoires hospitaliers de biologie (Centres hospitaliers d'Aix-en-Provence, d'Annecy, de Tarbes et de Toulon).

Ce projet médical bénéficiera à l'établissement et aux autres sites du GCS mais également à l'ensemble des structures partenaires qui confient leurs analyses. Les techniques spécialisées de chromatographie, un délai de rendu rapide et une interprétation individualisée des résultats pourraient également être des leviers pour une ouverture vers d'autres centres médicaux du territoire environnant le CH de Montauban (i.e. des EHPAD ou des cliniques psychiatriques pour les dosages de médicaments). En effet, il existe peu de concurrence sur ces dosages associés à une méthode de chromatographie, cette dernière nécessitant un encadrement expérimenté. Ainsi, hormis le laboratoire du CHU de Toulouse et en raison d'un manque de formation, peu de laboratoires publics ou privés disposent d'un plateau de chromatographie. L'absence de concurrence facilitera ainsi l'ouverture et la réalisation d'analyses pour d'autres structures.

Un autre axe stratégique consiste à structurer durablement l'offre publique de biologie sur le territoire. Le Groupement de coopération sanitaire existant rassemble d'ores et déjà les deux principaux offreurs

de soins publics du territoire. Il s'agit notamment de mettre l'offre existante du GCS au service des établissements publics membres du GHT, qui confient aujourd'hui leurs prélèvements aux laboratoires privés. L'organisation projetée s'appuiera sur les flux logistiques existants, qui seront développés en marge afin d'offrir des prestations réactives et conformes aux attentes médicales des établissements concernés.

Le Laboratoire ne s'interdit pas de développer de nouvelles activités, en lien avec le développement d'activités médicales nécessitant une capacité d'analyse spécifique. Le développement d'une capacité d'analyse spécifique portant sur la détection de produits stupéfiants par chromatographie avec détection par spectrométrie de masse est également étudiée, en lien avec les attentes médico-légales exprimées par les forces de l'ordre du territoire et des départements voisins.

Année	2020	2021	2022	2023	Évolution 2020-2023
<b>B consommés (hors COVID)</b>	18 034 073	19 528 328	20 137 912	<b>20 563 308</b>	<b>+14%</b>

En matière de logistique et dans la perspective du Nouvel Hôpital, le Laboratoire souhaite anticiper la généralisation à venir des **transports automatisés** (drone, véhicule autonome). Cette dimension a été ainsi pleinement intégrée dans les projections architecturales et organisationnelles. Outre la praticité de ces technologies, leur déploiement s'inscrira dans le cadre d'une démarche de réduction de l'empreinte écologique des activités de biologie.

Enfin, l'implication de l'équipe médicale au sein du laboratoire de biologie du Centre hospitalier de Castelsarrasin-Moissac va être maintenue et confortée dans le cadre du Groupement de coopération sanitaire, et ce afin de servir l'ambition de structuration d'une offre publique de biologie sur le territoire Tarn-et-Garonnais.

## EN SYNTHÈSE

*Le laboratoire a pour projets de*

- *Développer l'activité externe ;*
- *Réintégrer certaines prestations externalisées comme la chromatographie ;*
- *Avoir une « stratégie GHT » et ainsi réaliser des analyses aujourd'hui réalisées par d'autres laboratoires dans les établissements du GHT.*

## La pharmacie

Le circuit du médicament dans les hôpitaux est identifié comme une source majeure de risque lors de la prise en charge des patients en structure de santé. Les différentes étapes du circuit du médicament ont d'ailleurs toutes été identifiées dans la catégorie « à risque » par la Haute Autorité de Santé (HAS). À l'occasion de chaque visite de certification, le Centre hospitalier de Montauban a reçu de nombreuses recommandations sur le sujet. Ces recommandations ont été confirmées en 2022 par l'inspection en pharmacie et le Conseil de l'ordre des pharmaciens lors du renouvellement des autorisations d'activité.

Au vu de l'ensemble de ces constats et du retour d'expérience des établissements ayant d'ores et déjà déployé ces **systèmes robotiques**, il paraît aujourd'hui évident que la solution pour gérer au mieux ces risques est de remplacer les processus humains par des robots chaque fois que cela est possible, et ce afin de **limiter les risques liés aux erreurs de manipulation ou aux comportements malveillants** (vols). Cette robotisation doit permettre une optimisation des tâches répétitives et de concentrer les agents sur des missions à plus forte valeur ajoutée, comme l'accompagnement patient.

Il convient donc d'équiper en priorité et dans ce laps de temps la pharmacie et les unités de soins d'outils performants pour **améliorer et sécuriser le circuit du médicament et la traçabilité**.

Actuellement, tout le circuit pharmaceutique est manuel (réception, rangement, distribution, retour des unités de soins) et nécessite trois équivalents temps-plein par jour. Les médicaments sont stockés sur de simples étagères métalliques, sans codes-barres, ni scanner. Le fonctionnement actuel a démontré ses limites et l'établissement ne peut en aucun cas se projeter sur une reconstruction sans avoir posé les bases d'une amélioration significative de ses organisations humaines, techniques et logistiques.

L'évolution du stockage des médicaments dans les pharmacies conduit à l'utilisation de **robots de dispensation globale**. Ils assurent la réception, la sérialisation, la distribution et la gestion des retours avec peu d'interventions humaines dans tout ce processus (0,5 ETP par jour) et une sécurisation optimale. Les établissements hospitalo-universitaires ont été précurseurs dans le déploiement de ces systèmes, qui tendent aujourd'hui à se généraliser.

L'autre principal risque sur le circuit du médicament est la phase de préparation des piluliers.

Avec l'arrivée du nouvel EHPAD, il est envisagé d'acquérir un **système robotique de dispensation nominative** qui permet de réaliser les piluliers à partir des prescriptions informatisées. Ce premier équipement permettra de couvrir les besoins du nouvel EHPAD ainsi que tous les services de psychiatrie du Centre hospitalier de Montauban.

Dans un deuxième temps il est envisagé d'étendre cette prise en charge des piluliers à l'ensemble du CH Montauban avec deux robots supplémentaires identiques.

Le gain est difficile à mesurer car toutes les unités de soins préparent tous les jours les piluliers pour l'ensemble des personnes hospitalisées. Le fait d'automatiser la préparation des piluliers offre un **gain notable en termes de qualité de travail pour les soignants** (activité chronophage, à risque et peu gratifiante pour une infirmière).

Au niveau du territoire, un **élargissement de la robotisation à l'échelle du Groupement hospitalier de territoire** est projeté dans un second temps afin d'uniformiser les circuits. Le projet s'appuiera sur les

coopérations déjà existantes (coopérations pharmaceutiques au sein du GHT, équipes territoriales informatiques et biomédicales partagées).

Ce projet répond à l'ensemble des exigences concernant le circuit du médicament dans les établissements de santé. Cette automatisation permettra de redéployer les agents des différentes pharmacies vers les unités de soins, en soutien des personnels soignants et permettra d'améliorer la qualité de prise en charge des patients (conciliation médicamenteuse, pharmacie clinique).

A ce stade du projet, la configuration définitive de l'installation n'est pas arrêtée et doit faire l'objet d'ajustements permettant d'en optimiser l'impact et de préparer intelligemment son extension au reste du territoire.

L'objectif final consiste en effet à robotiser l'ensemble des pharmacies à usage intérieur du Groupement hospitalier de territoire. La configuration définitive doit tenir compte des impératifs de continuité opérationnelle (back up entre les deux principaux établissements publics de santé grâce à une redondance) et de viser une meilleure performance du circuit du médicament (dispensation nominative, pharmacie clinique).

En parallèle du déploiement de ces solutions, l'objectif est bel et bien **d'assurer durablement une présence pharmaceutique au sein de chaque établissement.**

Dans le cadre des travaux préparatoires du projet de Nouvel Hôpital, la Pharmacie à usage intérieur (PUI) du Centre hospitalier anticipe l'arrivée des **thérapies nouvelles**, ces nouvelles molécules nécessiteront en effet davantage d'infrastructures techniques (zone à air contrôlé). Cette anticipation se traduit notamment par l'intégration d'une évolutivité des locaux (réserve foncière, possibilités de redéploiement de locaux).

La PUI souhaite aussi anticiper la **centralisation de la reconstitution de l'ensemble des médicaments injectables et des formes buvables** utilisés au sein du centre hospitalier de Montauban via la robotisation de ces deux processus. Cette pratique est très courante en Amérique du Nord et commence à arriver sur le continent européen (Utrecht, Lille, La Charité sur Loire,...). Les gains sont comme pour la dispensation nominative de trois ordres : économie de fabrication, sécurisation du circuit et gain de temps soignant. Les anglo-saxons ont développé cette robotisation aussi pour pallier le manque de personnel (recentrage sur leur cœur de métier, la prise en charge du patient), situation déjà bien connue chez nous. Ce projet demandera un investissement financier important et une réorganisation majeure des circuits ainsi qu'une adhésion forte des soignants et de l'encadrement pour être sûr du succès de cette innovation structurelle.

#### Focus sur l'activité des chimiothérapies

L'activité de reconstitution des chimiothérapies au centre hospitalier de Montauban a connu une très forte hausse ces dernières années : en l'espace de cinq ans l'activité a augmenté de 77%. La production a atteint en 2023 un total de 9764 préparations (soit une hausse de 22% par rapport à l'année précédente en 2022). Cette très importante augmentation s'explique par la combinaison de plusieurs facteurs, tout d'abord le recrutement de plusieurs médecins en hématologie et en pneumologie, mais aussi l'arrêt de l'activité d'hématologie à la Clinique du Pont de Chaumes et de l'onco-pneumologie à l'hôpital de Cahors. Une grande partie des patients concernés s'étant reportée vers l'hôpital de

Montauban. En dehors de ce contexte particulier on s'attend à une augmentation de l'activité d'environ 10% par an.

On note parallèlement un très fort développement de l'activité de chimiothérapie en HAD (+ 100 % pour l'HAD de Montauban et +40% pour l'HAD de Moissac).

D'où l'importance de sécuriser la production : ainsi lors du renouvellement des isolateurs, prévu en 2025, sera privilégié l'achat de 2 isolateurs complètement indépendants, afin de pouvoir assurer d'une continuité de production en cas de panne survenant sur l'un des deux. Actuellement la partie électrique et électronique est commune pour les deux modules. Il faudra veiller lors du projet du nouvel hôpital à prévoir des locaux dédiés à la reconstitution de la chimiothérapie plus grands et plus adaptés à cette forte augmentation (au niveau du stockage en particulier, nécessité d'une surface plus importante et d'un second frigo sécurisé).

L'acquisition fin 2023 du module « doses standard » sur le logiciel de chimiothérapies a permis un réel gain de temps et l'optimisation du temps de fabrication. Nous pouvons maintenant fabriquer de façon anticipée certaines préparations qui sont effectuées en série, ce qui permet une meilleure efficacité et la mise à disposition plus tôt le matin de ces préparations et donc une diminution du temps d'attente de nos patients.

Les préparateurs travaillent désormais certaines après-midi, pour permettre d'absorber cette augmentation d'activité.

Enfin et depuis 2023, une reprise de l'activité de pharmacie Clinique Oncologique a été constatée (activité mise en place en 2018 puis progressivement délaissée en raison de l'augmentation d'activité à traiter), et ce grâce au recrutement d'un praticien contractuel à 60%. Cette activité consiste en des consultations pharmaceutiques pour les patients traités par chimiothérapie orale ayant des schémas complexes : élaboration d'un plan de prise personnalisé, conciliation pharmaceutique, lien avec le pharmacien d'officine.

Objectifs :

- Améliorer le circuit du médicament ;
- Sécuriser les prises en charge médicamenteuses (réduction des erreurs humaines), notamment au profit des populations les plus fragiles ;
- Maintenir de l'offre de soins dans un contexte de fortes tensions sur les ressources humaines soignantes ;
- Développer l'attractivité des postes de préparateur en pharmacie et des postes infirmiers ;

**Le projet de nouvel hôpital doit être l'occasion pour la PUI de se restructurer en profondeur en automatisant/robotisant un maximum les activités pour sécuriser/optimiser/améliorer les conditions de travail de l'ensemble des soignants et ainsi se projeter pour ces 50 prochaines années.**

### La pharmacie clinique

La perspective du projet Nouvel Hôpital est une opportunité pour ancrer et développer la Pharmacie clinique tant en termes d'organisation que de moyens.

Depuis l'ordonnance de décembre 20216, la pharmacie clinique devient une mission réglementaire du pharmacien hospitalier. Le modèle de Pharmacie Clinique proposé par la SFPC en 2017 reformule l'ensemble des disciplines de pharmacie clinique et les associent dans une prise en charge coordonnée du patient.

On y retrouve notamment :

- L'analyse pharmaceutique à chaque niveau de prestations ;
- La conciliation médicamenteuse (CTM) associée à l'entretien avec le patient, sous l'appellation plus générale de bilan de médication ;
- L'entretien pharmaceutique ciblé, permettant d'aboutir à un plan pharmaceutique personnalisé.

Sur le CH de Montauban, les pharmaciens effectuent une analyse Pharmaceutique de niveau 2 (Revue des thérapeutiques) des nouvelles prescriptions de patients hospitalisés.

La pharmacie clinique se structure actuellement selon 4 segments :

- Les Médecines avec des conciliations, entretiens pharmaceutiques de patients hospitalisés et participation à des parcours patients lors d'HDJ polyvalentes (Instruction gradation des soins DGOS/R1/DSS/1A/2020/52 du 10 septembre 2020) ; concrètement en gériatrie, en maladies inflammatoires rhumatismales, une entretien pharmaceutique suivi d'un bilan de médication permet lors de cette hospitalisation d'optimiser le traitement des patients en vue de diminuer l'iatrogénie Médicamenteuse ;
- La cancérologie avec des entretiens Pharmaceutiques (cf partie sur l'oncologie) ;
- La Psychiatrie ;
- La chirurgie avec un projet de conciliation des patients lors de consultation d'anesthésistes en pré opératoire.

Les perspectives pour les années à venir sont de **consolider la pharmacie clinique dans le parcours du patient**. Notamment lors des consultations (entretiens) pharmaceutiques avec un bureau dédié lors d'HDJ, afin que le « bilan de médication » devienne un élément important - voir majeur - du parcours de soin du patient. Ceci étant en adéquation avec le CAQES 2023-2026 (indicateurs régionaux propre à la pharmacie clinique).

Pour les patients hospitalisés au centre hospitalier de Montauban, l'objectif est de **développer la validation de niveau 3 (suivi pharmaceutique) avec la délocalisation du pharmacien dans les services d'hospitalisation dans un contexte pluridisciplinaire**.

En parallèle, répondant à la certification de l'HAS, la conciliation médicamenteuse (CTM) est développée dans les secteurs priorités. Les pharmaciens référents dans les services de soins effectuent

une CTM d'entrée, un plan de prise personnalisé et une CTM de sortie pour les patients, préparant ainsi la sortie d'hospitalisation.

La pharmacie clinique devient un élément majeur du lien ville/hôpital; les synthèses médicamenteuses élaborées lors des HDJ, ou des conciliations de sortie de patients hospitalisés permettent de renforcer la communication entre les différents acteurs de santé du patient. Le Dossier Médical Partagé (DMP) sera alors un outil essentiel pour cette communication.

Au sein de la PUI, lors de la rétrocession (vente de médicaments aux patients ambulatoires), le projet est de développer dans un bureau dédié des consultations pharmaceutiques auprès de cette patientèle et de renforcer ce lien avec la ville.

En référence à l'article 2 de l'arrêté du 21 février 2023 relatif au «renouvellement et à l'adaptation des prescriptions par les pharmaciens exerçant au sein des pharmacies à usage intérieur», le futur proche de la pharmacie clinique est le droit de prescription (lors de renouvellement et d'adaptation des prescriptions) donné aux Pharmaciens.

Dès 2025 une réflexion sera lancée dans l'établissement pour la rédaction de protocole local, qui listera les renouvellements et adaptations thérapeutiques envisagés sur l'hôpital. Dans ce champ d'action choisi et validé au sein de l'établissement, le pharmacien pourra renouveler ou adapter la médication suite à son analyse sans l'intervention du médecin prescripteur.

#### **Objectifs :**

- Optimiser la thérapeutique du patient à chaque étape du parcours de soin ;
- Maîtriser les dépenses de santé par la diminution des coûts associés à l'iatrogénie médicamenteuse ;
- Sécurisation, pertinence et à efficience du recours aux produits de santé ;
- Augmenter l'attractivité en termes de recrutements futurs.

## **EN SYNTHÈSE**

*La pharmacie est aujourd'hui située dans des locaux inadaptés au regard de l'activité clinique du centre hospitalier et de l'évolution de l'activité de la pharmacie ;  
L'établissement s'inscrit dans une volonté de robotiser l'activité (robot de dispensation globale et robots de dispensation nominative). Le système de dispensation nominative concernera d'abord le nouvel EHPAD et la psychiatrie avant d'être proposé aux établissements du GHT ;  
En 2025, de nouveaux isolateurs seront acquis pour la préparation des chimiothérapies ;  
La pharmacie clinique se développe avec la volonté de mettre en place le niveau 3 (aujourd'hui niveau 2)*

## La stérilisation

Dans la perspective du projet Nouvel Hôpital, le service de la stérilisation a conduit une réflexion globale afin de repenser son organisation, dans une optique d'optimisation et d'efficacité. Cette réflexion conduit le service à **se projeter sur une relocalisation de l'unité de stérilisation au niveau du bloc opératoire**, sur un seul et même plateau technique permettant ainsi une mutualisation des moyens humains et une optimisation des flux de communication.

Le service envisage également de **centraliser de la désinfection à la stérilisation**, réalisée actuellement sur chaque plateau technique. Cela permettra là aussi une mutualisation des moyens matériels, humains et les surfaces.

Il considèrera également l'opportunité d'acquérir des nouveaux systèmes de stérilisation (à froid avec le peroxyde d'hydrogène ou au plasma) dans l'optique de potentiels investissements dans la robotique chirurgicale (technique actuelle à la vapeur d'eau saturée non adaptée à ce matériel de pointe).

La future stérilisation doit être dimensionnée correctement afin d'absorber sans difficultés les flux liés aux activités chirurgicales des établissements du Groupement Hospitalier de Territoire et certaines structures privées à but lucratif qui collaborent historiquement avec l'établissement. Ce dimensionnement doit permettre de traiter occasionnellement (protocole d'entraide en cas de panne des équipements) ou plus durablement (prestations inter établissements) la demande de ces établissements.

En outre, le service se projette sur la réalisation par la PUI (PPH/Sté) d'une **dispensation nominative de l'ensemble des dispositifs médicaux stériles** nécessaires à l'intervention chirurgicale sur la base d'une prescription médicale (projet de Pack Opératoire Programmé) afin d'améliorer la sécurisation du circuit, d'optimiser le temps des IBODE en salle (et limiter les entrées et sorties de salle), et enfin gérer un seul lieu de stockage (l'arsenal).

La réalisation de ces projets implique de débiter dès aujourd'hui des travaux collaboratifs avec le bloc opératoire : révision et optimisation des boîtes opératoires, harmonisation de leurs intitulés pour adopter un langage commun et revue des circuits à fort impact (avec le biomédical entre autres).

En termes de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, il convient d'intégrer la nécessité de formation des agents de stérilisation sur la recombinaison des boîtes opératoires pour dégager du temps de PPH au pilotage de la production et des projets transversaux. Ces formations permettent de valoriser le travail du personnel et de fidéliser les agents.

## EN SYNTHÈSE

*La stérilisation se projette et mène une réflexion où l'unité de stérilisation serait localisée au niveau du bloc opératoire dans le Nouvel Hôpital.*

*Il est également envisagé de centraliser la désinfection à la stérilisation afin d'optimiser les ressources (aujourd'hui : sur chaque plateau technique).*

*Le service souhaite également pouvoir mettre en place une dispensation nominative des dispositifs médicaux stériles.*

## L'hygiène et prévention du risque infectieux associé aux soins

Le réseau de prévention du risque infectieux associé aux soins (PRIAS) a été créé en 2021 avec intégration d'une Equipe mobile d'hygiène en EHPAD (EMH) à l'équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière existant sur le GHT. L'équipe intervient sur 22 EHPAD autonomes du département en complément des 5 établissements du GHT82.

**Le financement FIR pour les EHPAD avec des évolutions régulières du périmètre pris en charge entraîne des difficultés de projection pour ce réseau.** L'investissement dans ce projet a été très chronophage pour les praticiens hygiénistes en raison de la réorganisation et de la nécessité de professionnalisation des IDE ayant intégrées cette équipe.

Cette **équipe récemment stabilisée** d'un point de vue des paramédicaux est un atout pour les établissements du GHT et EHPAD sur lesquels elle apporte une **expertise pour la prévention des IAS, la gestion des alertes et épidémies**. De nombreuses journées de formation inter-établissement organisées par ce réseau favorisent les échanges entre les professionnels des différents établissements et EHPAD du territoire.

L'évolution des méthodes de formation vers les techniques de simulation et mise en situation nécessitera à moyen terme **un accès à des salles de simulation et la mise à disposition des moyens humains et financiers pour acquérir de nouveaux outils en développement**.

**La surveillance des IAS reste une priorité** pour l'ensemble des établissements sur lesquels intervient notre réseau et de **nouveaux outils sont à déployer pour automatiser la surveillance** à partir des données du DPI, du laboratoire de microbiologie et/ou de la pharmacie du centre hospitalier de Montauban. L'objectif est d'optimiser le suivi des alertes et des IAS actuellement sous-déclarés par la **mise à disposition d'un logiciel métier adapté** afin de cibler les actions de prévention à mettre en place dans les unités de soins.

Concernant le Centre Hospitalier de Montauban la vétusté de certains locaux, circuits et réseaux (eau...) impacte l'action de l'équipe qui participe à la surveillance de l'environnement et aux mesures de prévention lors de travaux programmés ou non.

**L'équipe participe aux projets de nouvel Hôpital et nouvel EHPAD en apportant son expertise sur la prévention du risque infectieux** : avis sur les organisations concernant la désinfection et/ ou stérilisation des DM réutilisables, analyse des futurs flux de personnes et logistiques, avis sur les matériaux utilisés...

Parallèlement **de nombreux groupes de travail institutionnels nécessitent l'expertise de professionnels de la prévention du risque infectieux** : démarche développement durable, gestion de l'environnement, qualité et sécurité des soins, choix de certains dispositifs et ou EPI.

Les praticiens hygiénistes **animent le fonctionnement du CLIN et participent aux commissions institutionnelles** comme la CUS (plan local épidémie ), COMAI animée par les infectiologues, CLAN, CQREPP...

Afin d'assurer une stabilité dans le temps et à l'échelle territoriale, le pilotage du réseau nécessiterait à l'heure **actuelle 2,2 ETP de praticiens hygiénistes. À l'aune du besoin recensé le recrutement complémentaire d'un assistant spécialiste est à mettre en œuvre** pour assurer la pérennité et continuité de cette valence médicale.

**À plus long terme, une extension possible du périmètre d'intervention du réseau PRIAS 82 reste à évaluer** en fonction des moyens humains et matériel qui seront mis à disposition au niveau de la région Occitanie.

## EN SYNTHÈSE

*L'équipe mobile d'hygiène a une expertise reconnue auprès des établissements du GHT et des EHPAD du département. Elle est également associée aux différents projets institutionnels. Les enjeux liés aux missions de l'équipe mobile d'hygiène impliquent qu'il faudra, à l'avenir, envisager une augmentation des ressources, sous réserve d'un financement. Déployer des outils pour automatiser la surveillance des infections associées aux soins permettrait d'optimiser le suivi des alertes et des IAS.*