

Groupement Hospitalier de Territoire

Sud Lorraine

Convention Cadre



Centre Hospitalier



Lunéville



Institut de Cancérologie de Lorraine

Alexis Vauterin
Ensemble, construisons l'avenir

Sommaire

PREAMBULE.....	3
RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES - VISAS.....	4
PARTIE I : PROJET MEDICAL PARTAGE ET PROJET DE SOINS PARTAGE DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	8
Titre 1. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET MEDICAL PARTAGE.....	8
OBJECTIF STRATEGIQUE N°1 : DEVELOPPER LES ACTIVITES DE PROXIMITE, ET RENFORCER LES ACTIVITES DE REFERENCE ET DE RECOURS.....	9
OBJECTIF STRATEGIQUE N°2 : STRUCTURER ET AMELIORER LES PARCOURS DE SOINS.....	10
OBJECTIF STRATEGIQUE N°3 : AMELIORER L'ATTRACTIVITE, LA GESTION ET LE PARTAGE DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE	10
Titre 2. ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET DE SOINS PARTAGE.....	11
PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	12
Titre 1. CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	12
COMPOSITION	12
DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE.....	13
OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	13
DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT.....	14
DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES.....	15
Titre 2. ASSOCIATIONS ET PARTENARIATS DES ETABLISSEMENTS OU SERVICES AU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE	15
Titre 3. GOUVERNANCE.....	17
LE COMITE STRATEGIQUE	17
BUREAU RESTREINT	18
INSTANCE MEDICALE COMMUNE	19
INSTANCE COMMUNE DES USAGERS	19
COMMISSION DES SOINS INFIRMIERS, DE REEDUCATION ET MEDICO-TECHNIQUES DE GROUPEMENT	20
COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX	20
COLLEGE DES HOPITAUX DE PROXIMITE ET EX HOPITAUX LOCAUX.....	21
CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL	22
Titre 4. FONCTIONNEMENT	23
Titre 5. PROCEDURE DE CONCILIATION	23
Titre 6. COMMUNICATION DES INFORMATIONS.....	24
Titre 7. EVALUATION	24
Titre 8. DUREE ET RECONDUCTION	24

PREAMBULE

Le Groupement Hospitalier de Territoire Sud Lorraine a pour objet de définir collectivement une stratégie territoriale de complémentarité entre les établissements publics de santé.

Pour cela, il prend appui sur de nombreuses coopérations existantes qui relèvent, soit d'une démarche de recomposition de l'offre de soins, soit d'une organisation de territoire bâtie sur des liens conventionnels et organiques. Il repose sur un socle de valeurs partagées, respectueuses des missions et de l'autonomie de chaque établissement et du principe de subsidiarité.

Il réunit les établissements publics de santé parties au groupement autour d'un objectif commun, défini dans le projet médical partagé, celui de garantir l'égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

Il est le fruit d'une analyse collective prenant en compte les caractéristiques des territoires qui le compose et leurs besoins, et qui affirme la place de chaque acteur à chaque niveau de prise en charge, dans le respect des missions du service public et des principes de spécialité, subsidiarité, suppléance et économicité.

Enfin, il affirme l'ambition des établissements de santé de construire ensemble une organisation « agile », créatrice de valeur dans la prise en charge et l'accompagnement des usagers, capable de répondre aux besoins de santé et de s'adapter aux évolutions de son environnement.

RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES - VISAS

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

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

Vu l'arrêté portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins de la Région Lorraine

- Vu la délibération du 8 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier 3H Santé relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu l'avis du 8 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier 3H Santé,

Vu l'avis du 8 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier 3H Santé,

Vu l'avis du 24 juin 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier 3H Santé,

Vu l'avis du 2 juin 2016 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier 3H Santé,

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier 3H Santé, en date du 18 mai 2016,

- Vu la délibération du 17 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Saint-Charles – Commercy relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu l'avis du 17 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Saint-Charles – Commercy,

Vu l'avis du 16 juin de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Saint-Charles – Commercy,

Vu l'avis du 13 juin 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotéchniques du Centre Hospitalier Saint-Charles – Commercy,

Vu l'avis du 14 juin 2016 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Saint-Charles – Commercy,

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier Saint-Charles – Commercy en date du 16 juin 2016,

- Vu la délibération du 24 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Saint-Jacques – Dieuze relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu l'avis du 24 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Saint-Jacques – Dieuze

Vu l'avis du 29 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Saint-Jacques – Dieuze,

Vu l'avis du 22 juin 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Saint-Jacques – Dieuze,

Vu l'avis du 24 juin 2016 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Saint-Jacques – Dieuze,

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier Saint-Jacques – Dieuze en date du 29 juin 2016,

- Vu la délibération du 17 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Lunéville relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu l'avis du 17 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Lunéville,

Vu l'avis du 17 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier de Lunéville,

Vu l'avis du 17 mai 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier de Lunéville,

Vu l'avis du 16 juin 2016 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier de Lunéville,

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier de Lunéville en date du 6 juin 2016,

- Vu la délibération du 24 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Psychothérapique de Nancy relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu l'avis du 24 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Psychothérapique de Nancy,

Vu l'avis du 23 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre Psychothérapique de Nancy,

Vu l'avis du 17 juin 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Psychothérapique de Nancy,

Vu l'avis du 21 juin 2016 du comité technique d'établissement du Centre Psychothérapique de Nancy,

Vu la concertation avec le directoire du Centre Psychothérapique de Nancy en date du 6 juin 2016,

- Vu la délibération du 30 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu l'avis du 30 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy,

Vu l'avis du 27 juin 2016 de la commission médicale d'établissement Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy,

Vu l'avis du 14 juin 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy

Vu l'avis du 30 juin 2016 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy,

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy en date du 28 juin 2016,

- Vu la délibération du 15 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Intercommunal Pompey – Lay-Saint-Christophe relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu l'avis du 15 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Intercommunal Pompey – Lay-Saint-Christophe,

Vu l'avis du 13 juin 2016 de la commission médicale d'établissement Centre Hospitalier Intercommunal Pompey – Lay-Saint-Christophe,

Vu l'avis du 29 juin 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Intercommunal Pompey – Lay-Saint-Christophe,

Vu l'avis du 15 juin 2016 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Intercommunal Pompey – Lay-Saint-Christophe,

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier Intercommunal Pompey – Lay-Saint-Christophe en date du 13 juin 2016,

- Vu la délibération du 20 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu l'avis du 20 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson,

Vu l'avis du 14 juin de de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson,

Vu l'avis du 27 juin 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson,

Vu l'avis du 16 juin 2016 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson,

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier de Pont-à Mousson en date du 14 juin 2016,

- Vu la délibération du 24 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Ravenel – Mirecourt relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu l'avis du 24 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Ravenel – Mirecourt,

Vu l'avis du 22 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Ravenel – Mirecourt,

Vu l'avis du 14 juin 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Ravenel – Mirecourt,

Vu l'avis du 20 juin 2016 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Ravenel – Mirecourt ,

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier Ravenel – Mirecourt en date du 23 juin 2016,

- Vu la délibération du 9 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Saint-Nicolas-de Port relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu l'avis du 9 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Saint-Nicolas-de Port,

Vu l'avis du 6 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier de Saint-Nicolas-de Port,

Vu l'avis du 7 juin 2016 du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier de Saint-Nicolas-de Port,

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier de Saint-Nicolas-de Port en date du 31 mai 2016,

- Vu la délibération du 29 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Saint-Charles – Toul, relative à la désignation de l'établissement support du groupement hospitalier de territoire,

Vu l'avis du 29 juin 2016 du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Saint-Charles – Toul,

Vu l'avis du 27 juin 2016 de la commission médicale d'établissement du Centre Hospitalier Saint-Charles – Toul,

Vu l'avis du 24 juin 2016 de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques du Centre Hospitalier Saint-Charles – Toul,

Vu l'avis du 28 juin du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Saint-Charles – Toul,

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier Saint-Charles – Toul, en date du 13 juin 2016,

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

Vu le projet médical,

Il est convenu la création d'un groupement hospitalier de territoire.

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

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

Article 1 : Avant-propos

Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du Groupement Hospitalier de Territoire. Il vise à organiser un accès à des soins sécurisés et de qualité pour sa population. Il s'appuie sur les travaux menés par les établissements de santé depuis 2012 au sein du Groupement de Coopération Sanitaire Sud Lorraine et sur les réalisations concrètes portées par les établissements membres depuis plusieurs années. Il prend en compte l'arrivée des nouveaux adhérents et les coopérations développées localement par chacun.

Il ambitionne de décrire, coordonner et soutenir l'ensemble des filières de soins et médico-sociales publiques sur le territoire de Lorraine sud, dans le cadre d'une vision commune et partagée. Son objectif est de « mieux soigner et mieux prendre en charge les patients dans une logique de parcours ». Il vise également à donner du sens aux coopérations engagées. Cette stratégie de groupe doit permettre de répondre aux enjeux de démographie et d'attractivité médicale, d'accès aux soins et de qualité des parcours, d'évolution des pratiques médicales et chirurgicales, ainsi qu'aux contraintes normatives ou médico-économiques. Elle prend appui sur les politiques d'aménagement du territoire poursuivies par les élus et les collectivités territoriales. Elle répond aux attentes des usagers du système de santé.

Le projet médical partagé du GCS repose sur les trois principes préconisés par la Fédération Hospitalière de France (FHF) en 2015 :

- La **spécialisation** dans le respect du cœur de métier des membres. Elle oblige le respect des engagements existants, notamment avec les correspondants locaux, dans la mesure où ils ne sont pas contraires aux intérêts du groupement. Elle oblige à raisonner en parcours de soins et non en filières hospitalières
- La **subsidiarité** ou « ne pas centraliser ce qui peut être mieux fait par les acteurs de terrain ». La responsabilité doit alors être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème d'elle-même
- La **suppléance**. Elle consiste à transférer à un niveau plus élevé ce qui ne peut l'être au niveau du terrain. En découle le principe d'économicité qui vise à ne pas étendre sans discernement aux structures les plus petites les coûts des plus grosses et inversement à mutualiser les coûts au bénéfice de tous

Il s'inscrit dans les valeurs du service public hospitalier portées par la FHF :

- 1. La **continuité des soins**. Pour assurer une prise en charge médicale permanente des usagers sur chaque territoire de santé et sécuriser leur parcours de soins.
- 2. La **santé publique**. Pour appréhender l'état de santé global des individus sous ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux. Elle rend cohérente l'ensemble des actions menées par les établissements hospitaliers ou médico-sociaux, et conforte leur rôle de promoteur de santé au sein des collectivités.
- 3. La **qualité**. Pour offrir des soins et des services conformes aux recommandations de bonnes pratiques actualisées. Elle intègre les innovations diagnostiques, thérapeutiques, organisationnelles et informationnelles. Les démarches adoptées sécurisent les processus de soins et contribuent à la satisfaction des usagers. Elles s'appuient sur le développement continu des pratiques professionnelles et leur évaluation.

- 4. La **pérennité des structures**. Pour garantir un égal accès aux établissements hospitaliers et médico-sociaux sur le territoire, indépendamment de toute considération commerciale. Elle repose sur l'efficacité des organisations et sur l'intégration de l'enseignement et la recherche aux pratiques médicales pour maintenir des compétences à un haut niveau de performance.
- 5. L'**éthique**. Pour que l'Homme et l'esprit d'humanité restent le cœur des préoccupations du système de santé. Cette réflexion accompagne chacune des décisions médicales, professionnelles ou stratégiques de continuité des soins, de santé publique, de qualité, de pérennité des activités, et d'éthique.

Article 2

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

Les établissements membres du groupement ont, conjointement avec les établissements membres du groupement hospitalier du territoire Vosges (GHT 8) souhaité établir un projet médical commun aux deux groupements, porté par le Groupement de coopération sanitaire Sud Lorraine. Les deux projets médicaux concordants ont pour objectif de garantir une prise en charge de haut niveau de qualité et identique sur l'ensemble des deux groupements.

Compte-tenu des coopérations existantes, il est convenu que la fusion entre les GHT 7 et 8 pourra être envisagée et étudiée, sous réserve d'un projet médical partagé ambitieux avant l'échéance de la fin de la convention.

Les orientations du projet médical partagé s'inscrivent en cohérence avec les orientations des plans nationaux de santé et du Projet Régional de Santé (PRS) de Lorraine et plus particulièrement de son Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) 2012-2017, à savoir :

- **Priorité n°1** : Agir sur les principales causes de mortalité prématurée (les tumeurs, les maladies cardio-vasculaires et neuro-vasculaires, les maladies respiratoires et les suicides)
- **Priorité n°2** : Réduire les inégalités sociales et géographiques de santé, en lien avec les politiques sociales et d'aménagement du territoire
- **Priorité n°3** : Améliorer l'espérance de vie en bonne santé, en maintenant et développant l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap
- **Priorité n°4** : Préparer les établissements de santé aux défis de l'avenir, par la promotion d'organisations efficaces, privilégiant l'innovation et le développement de collectifs inter-hospitaliers.

Les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie participent à l'élaboration du projet médical ainsi que les services d'Hospitalisation A Domicile et l'Institut de Cancérologie de Lorraine.

Conformément aux orientations du projet médical annexé, le GHT se donne pour objectif de répondre aux principaux objectifs stratégiques ci-dessous rappelés :

OBJECTIF STRATEGIQUE N°1 : DEVELOPPER LES ACTIVITES DE PROXIMITE, ET RENFORCER LES ACTIVITES DE REFERENCE ET DE RECOURS

OBJECTIF OPERATIONNEL 1.1 : CONSTRUIRE DES POLES DE COMPETENCES

- Renforcer l'offre de soins de chaque zone de proximité
- Développer les pratiques médicales, chirurgicales et organisationnelles
- Réunir les forces sanitaires et médico-sociales pour créer de la valeur

OBJECTIF OPERATIONNEL 1.2 : REpondre aux besoins de la médecine libérale et des acteurs de proximité et aux nouveaux enjeux de santé

- Améliorer la communication ville / l'hôpital
- Définir une articulation avec les autres offreurs de soins
- Accompagner l'impact de la révolution numérique sur l'offre de soins

OBJECTIF STRATEGIQUE N°2 : STRUCTURER ET AMELIORER LES PARCOURS DE SOINS

OBJECTIF OPERATIONNEL 2.1 : ETRE ACTEUR DES PARCOURS AU SEIN DE CHAQUE BASSIN DE POPULATION

- Structurer et animer des filières de soins spécialisées et graduées
- Concevoir et intégrer des prises en charge coordonnées
- Organiser les parcours et adapter les structures pour répondre aux défis du vieillissement de la population

OBJECTIF OPERATIONNEL 2.2 : FLUIDIFIER LES PARCOURS ENTRE ETABLISSEMENTS

- Définir la gradation des soins pour rendre l'organisation de la filière plus lisible pour le patient et les professionnels libéraux
- Organiser l'accès au service adapté à la situation clinique du patient
- Coordonner les réponses d'aval du court-séjour
- Faciliter la communication et les échanges d'information

OBJECTIF OPERATIONNEL 2.3 : APPORTER UNE REponse GROUPEE AUX CRISES SANITAIRES

- Coordonner les procédures "hôpital en tension"
- Développer des procédures communes et coordonnées de gestion de crise
- Apporter une réponse collective aux crises médicales des établissements membres : clause d'entraide

OBJECTIF STRATEGIQUE N°3 : AMELIORER L'ATTRACTIVITE, LA GESTION ET LE PARTAGE DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

OBJECTIF OPERATIONNEL 3.1 : MENER UNE POLITIQUE GLOBALE D'ATTRACTIVITE MEDICALE

- développer ou adapter les plateaux techniques
- favoriser l'exercice territorial
- définir une gestion prospective des compétences médicales

OBJECTIF OPERATIONNEL 3.2 : PROMOUVOIR LA RECHERCHE CLINIQUE A L'Echelle DU GCS

- faciliter l'inclusion des patients dans des protocoles de recherche clinique
- apporter un appui aux travaux de recherche menés dans les établissements du GCS

Ces éléments sont précisés dans le document annexé ([Annexe 1](#)) à la présente convention.

Titre 2. **ORIENTATIONS STRATEGIQUES DU PROJET DE SOINS PARTAGE**

Article 3

Le projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire est défini en cohérence avec le projet médical partagé du GHT par voie d'avenant d'ici le 01/07/2017.

PARTIE II : FONCTIONNEMENT DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Titre 1. *CONSTITUTION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE*

COMPOSITION

Article 4

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

Centre Hospitalier 3H Santé, dont le siège est 62, rue Poincaré – 54 480 Cirey sur Vezouze [numéro FINESS : 540019007]

Centre Hospitalier Saint Charles – Commercy, dont le siège est 1, rue Henry Garnier – 55 205 Commercy [numéro FINESS : 550000046]

Centre Hospitalier Saint Jacques – Dieuze, dont le siège est 21, route de Loudrefing – 57 260 Dieuze [numéro FINESS : 570000497]

Centre Hospitalier de Lunéville, dont le siège est 6, rue Girardet – 54 301 Lunéville Cedex [numéro FINESS : 540000080]

Centre Psychothérapique de Nancy, dont le siège est 1, rue du Docteur Archambault – 54 521 Laxou Cedex [numéro FINESS : 540000056]

Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy dont le siège est 29, avenue de Lattre de Tassigny – 54 035 Nancy Cedex [numéro FINESS : 540023264]

Centre Hospitalier Intercommunal Pompey – Lay-Saint-Christophe, dont le siège est 3, avenue de l'Avant-Garde – 54 340 Pompey [numéro FINESS : 540003399]

Centre Hospitalier de Pont-à-Mousson, dont le siège est Place Colombé – 54 701 Pont-à-Mousson [numéro FINESS : 540000106]

Centre Hospitalier Ravenel, dont le siège est 1115 Avenue André Porterat – 88 507 Mirecourt Cedex [numéro FINESS : 880780119]

Centre Hospitalier de Saint-Nicolas-de-Port, dont le siège est 3, rue du Jeu de Paume – 54 210 Saint-Nicolas-de-Port [numéro FINESS : 540000114]

Centre Hospitalier Saint Charles - Toul, dont le siège est 1 Cours Raymond Poincaré – 54 201 Toul Cedex [numéro FINESS : 540000049]

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

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

DENOMINATION DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Article 5

La dénomination provisoire du groupement hospitalier de territoire est :

« GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE SUD LORRAINE »

Le comité stratégique se prononcera sur cette dénomination.

OBJET DU GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

Article 6

Le Groupement Hospitalier de Territoire a pour objet, dans le cadre du projet médical partagé élaboré par les établissements parties au groupement :

- De mettre en œuvre une stratégie hospitalière et médico-sociale commune dans le but d'organiser des filières coordonnées et graduées de prise en charge, privilégiant l'offre de proximité ;
- De garantir l'accès à une offre spécialisée et de recours
- De renforcer l'accès aux soins et à l'expertise médicale en développant l'usage de nouvelles techniques et de nouveaux modes de prise en charge ;
- De contribuer à l'amélioration de l'attractivité médicale en réponse aux enjeux démographiques ;
- De promouvoir l'efficacité par la rationalisation des modes de gestion

Article 6.1 Aspects médicaux

Le groupement hospitalier de territoire a pour objet la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge partagée et graduée des patients, dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité. Dans le respect des principes de spécialité, subsidiarité, suppléance et économicité présenté dans le préambule du Projet médical partagé.

Le groupement hospitalier de territoire vise à garantir une offre de proximité ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours dans le cadre du projet médical partagé, prévu au I de la présente convention, élaboré par les établissements (Objectif stratégique n°1 du projet médical).

Il a également pour objectif de structurer et améliorer les parcours de soins sur le territoire du GHT (objectif stratégique n°2) et de contribuer à l'amélioration de l'attractivité, de la gestion et du partage de la démographie médicale en réponse aux enjeux du territoire (objectif stratégique n°3).

Cette offre s'inscrit sur un principe d'organisation basée sur des zones de proximité et disciplinaires. Ces zones de proximité et disciplinaires sont définies par le projet médical.

Article 6.1.1 Communauté psychiatrique de territoire

Pour la mise en œuvre du projet médical et du projet de soins partagés de la filière psychiatrie et santé mentale, les établissements parties au GHT et disposant d'une autorisation d'activité de psychiatrie conviennent de s'appuyer sur la constitution d'une communauté psychiatrique de territoire (CPT) en application de l'article 69 de la LMSS.

La CPT a pour objectif de donner de la visibilité à l'offre de psychiatrie de service public, tout en associant l'ensemble des acteurs partenaires du projet territorial de santé mentale.

Elle sera dotée d'une convention constitutive qui en précisera les objectifs, les modalités d'association des partenaires et les modalités de gouvernance de la CPT et de ses filières (établissement référent, pilotage, animation).

Un avenant concernant cette partie sera proposé.

Article 6.1.2 Mission des hôpitaux de proximité et ex-hôpitaux locaux

Les établissements membres reconnaissent la particularité des hôpitaux de proximité et ex-hôpitaux locaux et leur importance dans la prise en charge en proximité des patients. Cette reconnaissance est notamment garantie par la mise en place d'un collège des Hôpitaux de proximité et ex-hôpitaux locaux.

Article 6.2 Aspects non médicaux

Le GHT assure la rationalisation et définit les modes de gestion de certaines fonctions pouvant prendre la forme de coordination, de la mise en commun de fonctions ou par le transfert d'activités entre établissements.

Dans ce cadre, les établissements membres du Groupement se donnent notamment pour objectifs de :

- Faire bénéficier chaque établissement du partage des compétences disponibles au sein des équipes des établissements du Groupement, qui non disponibles chez une partie sont pourtant nécessaires à la réalisation de ses projets (ex.expertise technique);
- Rechercher par la mutualisation de certaines activités (achats, compétences) des gains économiques qui pourront bénéficier à des investissements mutualisés pour les établissements du Groupement;
- S'assurer une optimisation et rationalisation des outils de production techniques disponibles au sein du Groupement en garantissant aux établissements une qualité de production et une performance économique ;
- Définir un schéma cible d'organisation des systèmes d'information, ainsi qu'une instance de coordination.

Article 6.3

Les établissements du groupement hospitalier de territoire se donnent parallèlement comme objectif de poursuivre un travail de rapprochement avec les établissements du Groupement hospitalier de territoire Vosges, conformément aux positions communes prises par les deux Groupements dans le cadre de leur projet médical commun. Ce rapprochement pourra aboutir à une fusion des deux Groupements.

Afin de favoriser ce rapprochement, les deux Groupements hospitaliers de territoire s'assurent d'une coordination de leurs actions présentées à l'article 5 et conduisent – dès lors que celles-ci sont possibles – des actions conjointes.

DESIGNATION DE L'ETABLISSEMENT SUPPORT

Article 7

L'établissement support du groupement hospitalier de territoire est le Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy dont le siège est 29, avenue de Lattre de Tassigny – 54 035 Nancy Cedex.

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

DROITS ET OBLIGATIONS DES ETABLISSEMENTS PARTIES

Article 8

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

Un établissement partie, associé ou partenaire du présent groupement hospitalier de territoire peut mener des actions de coopérations engagées dans un cadre conventionnel ou organique avec des personnes de droit public ou de droit privé. Les partenariats conclus par les établissements signataires s'exercent dans le respect des actions menées au sein du présent groupement hospitalier de territoire et sont, le cas échéant, mis en conformité avec la présente convention dans un délai de 6 mois.

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

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

La place spécifique de chaque établissement est prise en compte pour la mise en œuvre de la présente convention. A ce titre, la stratégie du groupement en matière santé mentale se fait dans le respect des secteurs psychiatrique.

Chacun des établissements signataires conserve son mode de financement et perçoit à la tarification des actes réalisés dans le cadre des activités pour lesquelles il est autorisé.

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

Article 9

Afin de répondre aux objectifs décrits dans son projet médical, le groupement hospitalier de territoire peut s'associer ou conclure des accords de partenariats. Toute structure publique ou privée – sanitaire dont les structures d'HAD et médico-sociale - du ressort du GHT partageant les objectifs décrits au sein du projet médical du GHT et souhaitant renforcer ses liens avec l'ensemble des parties au GHT, a la possibilité de demander la conclusion d'un tel accord d'association et/ou de partenariat.

Les établissements et services parties à la présente convention délèguent au directeur de l'établissement support la compétence de conclure, pour leur compte et dans les conditions rappelées ci-dessus, les conventions de partenariats et association prévues à l'article L. 6132-1 du code de la santé publique avec les hôpitaux des armées, les établissements assurant une activité d'hospitalisation à domicile, les établissements privés.

La signature d'une convention d'association ou de partenariat, dès lors qu'elle impacte l'organisation ou l'activité d'un ou plusieurs établissements membres, est soumise à l'examen préalable de la convention par le comité stratégique pour avis. En outre, l'avis favorable des instances des établissements membres impactés peut être sollicité par le comité stratégique.

Les conventions d'association ou de partenariat seront annexées à la présente convention constitutive.

Article 9.1

Une coopération de partenariat est mise en place avec l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL) – Alexis Vautrin, dont le siège est 6, avenue de Bourgogne – 54 519 Vandœuvre-lès-Nancy Cedex [numéro FINESS : 540001286], notamment en raison de la place particulière que l'Institut occupe dans la prise en charge des cancers.

Article 10

Le Centre hospitalier régional universitaire de Nancy partie à la présente convention coordonne, pour le compte des autres établissements partie au groupement, les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3, sans qu'il soit nécessaire de conclure une convention d'association spécifique :

- 1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux ;
- 2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1 ;
- 3° Les missions de gestion de la démographie médicale ;
- 4° Les missions de référence et de recours

Article 10.1

Conformément aux articles L.6142-1 et L.6142-5 du Code de la santé publique et concernant les domaines de la psychiatrie et de la santé mentale, en conformité avec la convention constitutive de Centre hospitalier universitaire signée en date du 24/07/2014 entre le CHRU, l'ICL et l'Université et à la convention d'association avec le Centre Psychothérapique de Nancy-Laxou signée le 24/07/2014, les missions décrites à l'article L.6132-3 sont coordonnées par le Centre Psychothérapique de Nancy-Laxou en lien avec le CHRU de Nancy.

Titre 3. **GOUVERNANCE**

LE COMITE STRATEGIQUE

Article 11

Compétences

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

Il assure le suivi des fonctions mutualisées énumérées aux articles R.6132-15 (système d'information hospitalier), R.6132-16 (fonction achats), R.6132-17 (coordination des instituts et écoles de formation) et R.6132-18 (coordination des plans de formation continus et développement professionnel continu) du Code de la Santé Publique, dans les conditions prévues à l'article 18.

Afin d'organiser en commun, les activités de biologie médicale, d'imagerie diagnostique et interventionnelle, de pharmacie ainsi que des activités cliniques ou médico-techniques, les établissements parties au groupement peuvent notamment :

- Constituer un pôle interétablissement dans les conditions prévues à l'article R6146-9-3 du code de la santé publique
- Constituer en ce qui concerne la biologie médicale, un laboratoire commun, en application du second alinéa de l'article L6222-4 du code de la santé publique. Dans ce cas, une convention de laboratoire commun est conclue entre les établissements parties au groupement et annexée à la convention de groupement hospitalier de territoire.

Le comité stratégique valide les propositions de budget liées aux activités mutualisées ; ces budgets sont établis par l'établissement support. Le comité stratégique contrôle par ailleurs la pertinence des propositions d'optimisation des coûts et de gestion des recettes proposées dans la gestion des services administratifs et logistiques mutualisés.

Composition

Il comprend :

- les directeurs des établissements visés à l'article 4 de la présente convention ou leur représentant,
- les présidents des commissions médicales des établissements visés à l'article 4 de la présente convention,
- le président de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques visés à l'article 14 de la présente convention,
- Le président du collège médical
- Le médecin responsable du département d'information médicale de territoire
- Le directeur de l'unité de recherche et de formation médicale

Chaque CME des établissements membres désigne un représentant médical en plus du président de sa commission médicale d'établissement pour siéger au comité stratégique. Concernant le CHRU, ce nombre est porté à deux représentants.

Assiste au comité stratégique, au titre de membre invité permanent le directeur général de l'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL) ou son représentant.

Enfin, assistent au titre d'invités permanents avec voix consultative le président du comité stratégique du groupement hospitalier de territoire Vosges et le coordonnateur médical du GCS Sud Lorraine ou leur représentant.

En outre, le comité stratégique peut inviter à ses réunions des membres en raison de leurs compétences dans un domaine spécifique tenant à la teneur des débats en cours.

Fonctionnement

Le comité stratégique est présidé par le directeur de l'établissement support. Il se réunit au moins **trois fois par an**, sur convocation de son Président.

Le comité stratégique adopte son règlement intérieur.

Les décisions du comité stratégique sont prises en concertation et à défaut après un vote, à la majorité qualifiée des deux tiers des voix exprimées, sur la base d'un quorum de deux tiers des membres du comité stratégique.

BUREAU RESTREINT

Article 11.1

Le comité stratégique met en place un bureau restreint dont les compétences sont fixées par le règlement intérieur, dans le respect des dispositions de l'article L.6132-2 du Code de la santé publique.

Le bureau est composé de dix-huit membres:

- Le président du comité stratégique ;
- Le président du collège médical ;
- un représentant (chef d'établissement ou président de commission médicale d'établissement) désigné par établissement membre dont un chef d'établissement et un Président de commission médicale d'établissement pour les établissements psychiatriques.

Assiste au bureau comme invité permanent un représentant de l'ICL.

Peut assister en outre, à la demande et par convocation du Président du comité stratégique, toute personne en raison de sa compétence liée à l'ordre du jour de la séance.

Le bureau se réunit au moins une fois tous les mois, sur convocation de son Président.

Il prépare les travaux du Comité stratégique et s'assure de la mise en œuvre et du suivi des décisions prises par le comité stratégique.

En préparation des travaux du comité stratégique, il assure les études nécessaires à la mise en œuvre des objectifs du Groupement et notamment ceux énumérés au 6.

Article 11.2

Un droit d'évocation devant le Bureau restreint est donné à toute partie membre au groupement concernant les sujets de sa zone de proximité ou disciplinaire. Ce droit garantit la présence des chefs d'établissement et président de CME de la zone de proximité concernée à leur demande aux travaux du bureau concernant leur zone de proximité, au-delà du représentant désigné.

En outre, un droit de recours garantit la possible évocation des décisions prises par le Bureau auprès du comité stratégique de la part de tout établissement en vue de leur réexamen. La demande de recours est déposée par le chef de l'établissement membre auprès du président du Comité stratégique. Ce recours est étudié par le comité stratégique lors de la plus prochaine réunion du Comité stratégique.

INSTANCE MEDICALE COMMUNE

Article 12

Les commissions médicales d'établissement des établissements parties ont choisi de mettre en place un collège médical de groupement.

Compétences

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

Composition

Le collège médical comprend les membres suivants :

- 6 membres désignés par et au sein de la CME du CHRU ;
- 3 membres par établissement désignés par et au sein des CME des établissements prenant en charge l'ensemble des activités MCO et établissements psychiatriques ;
- 1 membre par établissement désigné par et au sein des CME des autres établissements membres.

Assistent enfin avec voix consultative :

- 1° Le président du comité stratégique ;
- 2° Le directeur d'unité de formation et de recherche de médecine ou le président du Comité de coordination de l'enseignement médical ;
- 3° Le président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ;
- 4° Le praticien responsable de l'information médicale du groupement ;
- 5° Trois membres désignés par et au sein de la CME de l'ICL avec voix consultative ;
- 6° Les animateurs de filières ou le cas échéant les chefs de structure inter-établissement ;
- 7° Le représentant du comité territorial de dialogue social, élu en son sein ;
- 8° Le président du collège médical du Groupement hospitalier de territoire Vosges (GHT 8) et le coordonnateur médical du GCS ;
- 9° Un représentant des internes.

La durée de leur mandat au sein du comité médical du groupement est identique à celle de leur mandat initial au sein de la CME qui les désigne.

Fonctionnement

Le collège médical de groupement se réunit 2 fois par an au minimum.
Le collège médical de groupement définit et adopte son règlement intérieur.

INSTANCE COMMUNE DES USAGERS

Article 13

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

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

Article 14

Compétences

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

La commission contribue aux réflexions sur le projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, en association avec les équipes soignantes concernées par chaque filière.

Composition

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

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement comprend en outre un représentant désigné par et au sein de chaque CSIRMT de chaque établissement du Groupement.

Par ailleurs, assistent aux réunions de la commission de la CSIRMT du groupement :

- 1° le président du comité stratégique ou son représentant ;
- 2° le président du collège médical du groupement ;

Enfin, assistent avec voix consultative trois représentants désignés au sein du collège médical par le collège.

Le président de la CSIRMT de groupement peut en outre inviter à participer aux débats de la CSIRMT toute personne utile à l'éclaircissement des débats évoqués en son sein.

Fonctionnement

La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques de groupement se réunit 2 fois par an au minimum.

Elle peut se réunir à la demande de son Président, ou à la demande des deux tiers de ses membres. L'ordre du jour des questions soulevées en séance est transmis à ses membres au moins 7 jours avant la tenue de la séance.

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

COMITE TERRITORIAL DES ELUS LOCAUX

Article 15

Compétences

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

En outre, et conformément à l'objectif précisé à l'article 6.3, il s'assure de la convergence des objectifs et actions entre les deux Groupements hospitaliers de territoire 7 et 8.

L'organisation et le fonctionnement du Comité territorial des élus locaux sont précisés par le règlement intérieur.

Composition

L'article R. 6132-13 du code la santé publique stipule que sont membres de droit du comité territorial des élus :

- « les maires des communes sièges des établissements parties au groupement,
- les représentants des élus des collectivités territoriales aux conseils d'administration des établissements ou services médicaux sociaux parties ;
- le président du comité stratégique ;
- les directeurs des établissements parties au groupement ;
- le président du collège médical ».

En outre, siègent au sein du comité territorial:

- les vices-présidents du collège médical ;
- les présidents de CME des établissements parties au groupement.

Enfin, assistent avec voix consultative :

- Un représentant des collectivités territoriales au sein du Conseil d'administration de l'ICL ;
- Le président du comité stratégique du Groupement hospitalier de territoire Vosges (GHT 8) ;
- Le président du comité territorial des élus du Groupement hospitalier de territoire Vosges (GHT 8).

Le Comité territorial des élus peut inviter à participer à ses débats à titre consultatif toute personne qui en raison de ses compétences peut éclairer les débats et actions du comité.

Fonctionnement

Le comité territorial des élus locaux élit son président parmi ses membres, pour une durée de 4 ans.

Le comité territorial des élus locaux se réunit au moins 2 fois par an.

Le comité territorial se réunit, soit à la demande du directeur du comité stratégique, soit à la demande de son président, soit à la demande d'au moins deux tiers de ses membres.

COLLEGE DES HOPITAUX DE PROXIMITE ET EX HOPITAUX LOCAUX

Article 16

Nota Bene : il convient d'entendre la notion d'« Hôpitaux de proximité » présente dans cet article comme la situation des hôpitaux de proximité et ex-hôpitaux locaux.

Compétences

Le collège des hôpitaux de proximité et ex-hôpitaux locaux assure une enceinte de discussion propre aux questions des Hôpitaux de proximité au sein du GHT.

Le collège des hôpitaux de proximité et ex-hôpitaux locaux valide les orientations stratégiques et objectifs liés à la prise en charge de proximité au sein de ces structures décrits au sein du Projet médical partagé et en assure le suivi.

Il peut en outre être saisi par le comité stratégique, le bureau ou le président du comité stratégique sur toute question d'organisation ou de mise en œuvre de fonctionnement pouvant impacter les hôpitaux

de proximité. Il peut par ailleurs se saisir, à la demande d'au moins la moitié des établissements de proximité représentés au sein du GHT, de toute question intéressant ces établissements.

L'avis du collège est porté à la connaissance du comité stratégique et du bureau.

Composition

Le collège des hôpitaux de proximité comprend les membres suivants :

- le président du comité stratégique ou son représentant ;
- deux représentants désignés par chaque établissement de proximité, dont un représentant médical.

Assistent au collège avec voix consultative :

- 1° Le président du collège médical et deux représentants du collège médical ;
- 2° Les représentants du comité territorial de dialogue social, élus en son sein parmi les représentants des établissements de proximité.

La durée de leur mandat au sein du collège des hôpitaux de proximité est conforme au mandat initial des représentants au sein de ce collège.

Fonctionnement

Le collège des hôpitaux de proximité se réunit 2 fois par an au minimum.

Le collège des hôpitaux de proximité définit et adopte son règlement intérieur.

CONFERENCE TERRITORIALE DE DIALOGUE SOCIAL

Article 17

Compétences

L'article R.6132-14 du code de la santé publique stipule que la conférence territoriale de dialogue social est informée des projets de mutualisation, concernant notamment la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, les conditions de travail et la politique de formation au sein du groupement hospitalier de territoire.

Composition

Chaque comité technique d'établissement délègue au sein de la conférence territoriale de dialogue social un ou plusieurs représentants dans les conditions définies ci-après :

- CHRU : 6 représentants
- Etablissements prenant en charge l'ensemble des activités MCO ou psychiatriques: 3 représentants par établissement
- Autres établissements: 1 représentant par établissement

Par ailleurs, conformément à l'article R.6132-14 du code de la santé publique, chacune des organisations syndicales présentes au sein d'au moins un comité technique d'établissement bénéficie d'un siège au sein de la conférence territoriale de dialogue social. Le représentant de chaque syndicat sera désigné par les représentants de ce syndicat réuni en collège au niveau du GHT ou à défaut par les représentants de l'établissement dans lequel ce syndicat a obtenu le plus de voix (nombre total de suffrages exprimés) aux dernières élections professionnelles.

La conférence est réunie au moins 2 fois par an, soit à la demande du président du comité stratégique, soit à la demande d'au moins la moitié des représentants siégeant au sein de l'espace, soit à la demande des représentants d'au moins deux tiers des établissements parties au groupement. La conférence est présidée par le Président du comité stratégique. Le président du collège médical assiste également à la conférence.

Fonctionnement

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

Titre 4. FONCTIONNEMENT

Article 18

Les directeurs des établissements délèguent au directeur de l'établissement support les compétences nécessaires à la mise en œuvre de ses missions et notamment la représentation de l'établissement dans tous les actes de la vie civile et l'action en justice au nom de l'établissement, pour les compétences mutualisées au sein du groupement.

Par dérogation, le directeur de l'établissement support du groupement exerce ces compétences pour le compte des établissements de santé, parties au groupement hospitalier de territoire.

Ces compétences sont déléguées pour 10 ans.

Le directeur de l'établissement déléguant est tenu informé, dans le cadre du comité stratégique du groupement, de la mise en œuvre de ces délégations.

Article 19

Le directeur de l'établissement support, pour la réalisation des fonctions mentionnées au 1° de l'article L 6132-3 du code de la santé publique (système d'information hospitalier, département d'information médicale, achats, coordination des instituts et écoles de formation paramédicale, coordination des plans de formation continue et DPC) s'appuie sur les équipes de l'ensemble des établissements parties au groupement.

Les modalités d'organisation des fonctions mutualisées feront l'objet d'une concertation entre les établissements et seront coordonnées entre eux.

Titre 5. PROCEDURE DE CONCILIATION

Article 20

En cas de litige ou de différend survenant entre les parties au groupement à raison de la présente convention ou de son application, les parties s'engagent expressément à soumettre leur différend à 3 conciliateurs qu'elles auront désignés.

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

La proposition de solution amiable sera soumise à l'avis du comité stratégique puis à l'ARS Alsace-Champagne-Ardenne-Lorraine.

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

Titre 6. **COMMUNICATION DES INFORMATIONS**

Article 21

La présente convention et tout avenant ultérieur seront communiqués au Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé, et pour information aux Préfets, Présidents de Conseils régionaux et départementaux intéressés, ainsi qu'aux organisations syndicales représentatives, associations et représentants d'usagers et de professionnels dans un délai de deux mois suivant leur signature.

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

- la liste de toutes les coopérations dans lesquelles chaque partie est engagée ;
- la liste des contrats et accords pris avec des structures privées ou publiques non parties au groupement ;
- la liste des marchés en cours.

Titre 7. **EVALUATION**

Article 22

Un rapport d'activité sera présenté annuellement par le Président du comité stratégique au Comité stratégique et aux autres instances du GHT sur la mise en œuvre de la présente convention.

Titre 8. **DUREE ET RECONDUCTION**

Article 23

La présente convention est conclue pour une durée de dix ans.

Les avenants et le renouvellement de la présente convention sont présentés selon les mêmes règles de forme et de procédure que celles qui ont précédées à l'édiction de la présente convention.

Article 24

La présente convention pourra être révisée à l'occasion des amendements prévus par la loi au 01/01/2017 et 01/07/2017.

Fait à Nancy, le 30 juin 2016

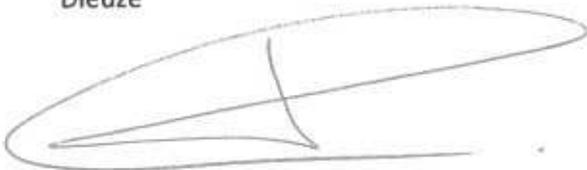
Monsieur Jérôme GOEMINNE
Directeur du Centre Hospitalier 3H Santé -
Cirey sur Vezouze



Monsieur Harry PFISTER
Directeur du Centre Hospitalier Saint Charles -
Commercy



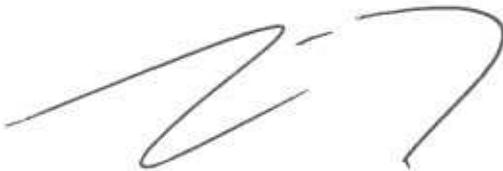
Monsieur Christophe GASSER
Directeur du Centre Hospitalier Saint -Jacques -
Dieuze



Monsieur Jérôme GOEMINNE
Directeur du Centre Hospitalier de Lunéville



Monsieur Gilles BAROU
Directeur du Centre Psychothérapique de Nancy



Monsieur Jérôme GOEMINNE
Directeur du Centre Hospitalier de Saint-Nicolas-
de-Port



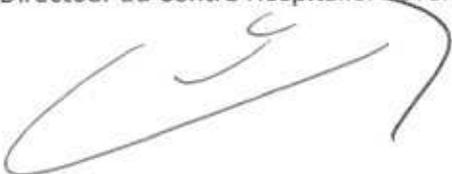
Monsieur Eric GAUTHIER
Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal de
Pompey - Lay Saint-Christophe



Monsieur Eric GAUTHIER
Directeur du Centre Hospitalier de Pont-à-
Mousson



Monsieur Gilles BAROU
Directeur du Centre Hospitalier Ravel



Monsieur Bernard DUPONT,
Directeur général du Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Nancy



Monsieur Pierre RENAUDIN
Directeur du Centre Hospitalier Saint-Charles -
Toul



Annexe 1

Groupement hospitalier de territoire
Sud Lorraine

PROJET MEDICAL PARTAGE

Orientations stratégiques

Période
2016-2021

SOMMAIRE

AVANT-PROPOS	5
INTRODUCTION	6
ACTEURS	7
PRINCIPES D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL	9
PRINCIPES D'ORGANISATION DES FILIERES PUBLIQUES	11
 PROJET MEDICAL PARTAGE.....	 13
 I. OBJECTIFS MEDICAUX GENERAUX DU GCS.....	 13
OBJECTIF STRATEGIQUE N°1	13
DEVELOPPER LES ACTIVITES DE PROXIMITE, RENFORCER CELLES DE REFERENCE ET DE RECOURS	13
OBJECTIF OPERATIONNEL 1.1 : CONSTRUIRE DES POLES DE COMPETENCES	13
1.1.1 RENFORCER L'OFFRE DE SOINS DE CHAQUE ZONE DE PROXIMITE	13
1.1.2 DEVELOPPER LES PRATIQUES MEDICALES, CHIRURGICALES ET ORGANISATIONNELLES.....	14
1.1.3 REUNIR LES FORCES SANITAIRES ET MEDICO-SOCIALES POUR CREER DE LA VALEUR	15
OBJECTIF OPERATIONNEL 1.2 : REpondre aux besoins des professionnels libéraux, des acteurs de proximité et aux nouveaux enjeux de santé.....	15
1.2.1 AMELIORER LA COMMUNICATION VILLE / L'HOPITAL	15
1.2.2 DEFINIR UNE ARTICULATION AVEC LES AUTRES OFFREURS DE SOINS.....	16
1.2.3 ACCOMPAGNER L'IMPACT DE LA REVOLUTION NUMERIQUE SUR L'OFFRE DE SOINS.....	16
OBJECTIF STRATEGIQUE N°2.....	17
STRUCTURER ET AMELIORER LES PARCOURS DE SOINS	17
OBJECTIF OPERATIONNEL 2.1 : ETRE ACTEUR DES PARCOURS AU SEIN DE CHAQUE BASSIN DE POPULATION	17
2.1.1 STRUCTURER ET ANIMER DES FILIERES DE SOINS SPECIALISEES ET GRADUEES.....	17
2.1.2 CONCEVOIR ET INTEGRER DES PRISES EN CHARGES COORDONNEES.....	17
2.1.3 ORGANISER LES PARCOURS ET ADAPTER LES STRUCTURES POUR REpondre aux défis du vieillesse de la population	17
OBJECTIF OPERATIONNEL 2.2 : FLUIDIFIER LES PARCOURS ENTRE ETABLISSEMENTS	18
2.2.1 DEFINIR LA GRADATION DES SOINS POUR UNE MEILLEURE LISIBILITE POUR LE PATIENT ET LES PROFESSIONNELS LIBERAUX	18
2.2.2 ORGANISER L'ACCES AU SERVICE ADAPTE A LA SITUATION CLINIQUE DU PATIENT	18
2.2.3 COORDONNER LES REPONSES D'AVANT DU COURT-SEJOUR.....	19
2.2.4 FACILITER LA COMMUNICATION ET LES ECHANGES D'INFORMATION	19
OBJECTIF OPERATIONNEL 2.3 : APPORTER UNE REponse GROUPEE AUX CRISES SANITAIRES ET COORDONNEE POUR ASSURER UNE REponse MEDICALE CONSTANTE AUX PATIENTS DES ZONES DE PROXIMITE	20
2.3.1 COORDONNER LES PROCEDURES "HOPITAL EN TENSION"	20
2.3.2 DEVELOPPER DES PROCEDURES COMMUNES ET COORDONNEES DE GESTION DE CRISE	20
2.3.3 APPORTER UNE REponse COLLECTIVE AUX CRISES MEDICALES DES ETABLISSEMENTS MEMBRES	20
OBJECTIF STRATEGIQUE N°3	22
AMELIORER L'ATTRACTIVITE, LA GESTION ET LE PARTAGE DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE	22
OBJECTIF OPERATIONNEL 3.1 : MENER UNE POLITIQUE GLOBALE D'ATTRACTIVITE MEDICALE.....	22
3.1.1 DEVELOPPER OU ADAPTER LES PLATEAUX TECHNIQUES.....	22
3.1.2 FAVORISER L'EXERCICE TERRITORIAL	22
3.1.3 DEFINIR UNE GESTION PROSPECTIVE DES COMPETENCES MEDICALES.....	23
OBJECTIF OPERATIONNEL 3.2 : PROMOUVOIR LA RECHERCHE CLINIQUE A L'ECHELLE DU GCS.....	23
3.2.1 FACILITER L'INCLUSION DES PATIENTS DANS DES PROTOCOLES DE RECHERCHE CLINIQUE	24

3.2.2 APPORTER UN APPUI AUX TRAVAUX DE RECHERCHE MENES DANS LES ETABLISSEMENTS DU GCS	24
II. OBJECTIFS EN MATIERE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS	24
III. OBJECTIFS SPECIFIQUES A CHAQUE FILIERE	25
IV. PROJET DE PSYCHIATRIE ET DE SANTE MENTALE	25
4.1 RENFORCER LES LIENS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE MENTALE ET ETABLISSEMENTS SOMATIQUES	26
4.2 POURSUIVRE L'EVOLUTION VERS L'AMBULATOIRE	26
4.3 AMELIORER LA COMMUNICATION VILLE-HOPITAL	26
4.4 ORGANISATION DES MISSIONS UNIVERSITAIRES	26
4.5 PROMOUVOIR L'UTILISATION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES EN PSYCHIATRIE	26
4.6 RENFORCER LA PEDOPSYCHIATRIE	27
4.7 ARTICULER PSYCHIATRIE DE PROXIMITE ET DE RECOURS	27
4.8 SOUTENIR LA DEMOGRAPHIE MEDICALE PSYCHIATRIQUE	27
4.9 INTENSIFIER LA REINSERTION PSYCHOSOCIALE DES PATIENTS EN SEJOUR PROLONGE	27
4.10 DEVELOPPER LES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES	27
V. PROJET DE CANCEROLOGIE	27
5.1 CONSOLIDER LES PARCOURS DE SOINS EN CANCEROLOGIE	27
5.2 ORGANISER LES PARCOURS DE SOINS COMPLEXES	28
5.3 PROMOUVOIR LES BONNES PRATIQUES	28
5.4 DIFFUSER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION	28
VI. PROJET MEDICO-SOCIAL	28
VII. PROJET MEDICO-TECHNIQUE	29
7.1 PROJET DE BIOLOGIE MEDICALE	29
7.2 PROJET D'IMAGERIE MEDICALE	29
7.3 PROJET DE PHARMACIE	29
VIII. ACTIONS SPECIFIQUES RELATIVES A LA FORMATION INITIALE, A LA RECHERCHE, ET A LA GESTION DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE	30
IX. MODALITES PARTICULIERES D'ORGANISATIONS MEDICALES ENTRE DES ETABLISSEMENTS DU GCS	30
X. MODALITES DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET MEDICAL ET DE SON EVALUATION	30
ANNEXE I : COURRIER DES PRESIDENTS DE CME DU GCS AUX PRESIDENTS DES CONSEILS DE SURVEILLANCE ET AU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS GRAND-EST	31
ANNEXE II : REPONSE DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS GRAND-EST AU COURRIER DES PRESIDENTS DE CME DU GCS	34
ANNEXE III : FICHE TECHNIQUE – METHODOLOGIE ADOPTEE PAR LES GROUPES DE TRAVAIL	35
ANNEXE IV : DEFINITION DES ZONES DE PROXIMITE, DE PSYCHIATRIE ET DE CANCEROLOGIE	38
ANNEXE V : GROUPES DE TRAVAIL	39
ANNEXE VI : COURRIER DU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS GRAND-EST AUX DIRECTEURS ET PRESIDENTS DE CME DES ETABLISSEMENT DE SANTE DE LA REGION	40

Avant-propos

Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du Groupement Hospitalier de Territoire. Il vise à organiser un accès à des soins sécurisés et de qualité pour sa population. Il s'appuie sur les travaux menés par les établissements de santé depuis 2012 au sein du Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Sud Lorraine et sur les réalisations concrètes portées par les établissements membres depuis plusieurs années. Il prend en compte l'arrivée des nouveaux adhérents et les coopérations développées localement par chacun.

Il ambitionne de décrire, coordonner et soutenir l'ensemble des filières de soins et médico-sociales publiques sur le territoire de Lorraine sud, dans le cadre d'une vision commune et partagée. Son objectif est de « mieux soigner et mieux prendre en charge les patients dans une logique de parcours ». Il vise également à donner du sens aux coopérations engagées. Cette stratégie de groupe doit permettre de répondre aux enjeux de démographie et d'attractivité médicale, d'accès aux soins et de qualité des parcours, d'évolution des pratiques médicales et chirurgicales, ainsi qu'aux contraintes normatives ou médico-économiques. Elle prend appui sur les politiques d'aménagement du territoire poursuivies par les élus et les collectivités territoriales. Elle répond aux attentes des usagers du système de santé.

Le projet médical partagé du GCS repose sur les trois principes préconisés par la Fédération Hospitalière de France (FHF) en 2015 :

- **La spécialisation dans le respect du cœur de métier des membres.** Elle oblige le respect des engagements existants, notamment avec les correspondants locaux, dans la mesure où ils ne sont pas contraires aux intérêts du groupement. Elle oblige à raisonner en parcours de soins et non en filières hospitalières
- **La subsidiarité** ou « ne pas centraliser ce qui peut être mieux fait par les acteurs de terrain ». La responsabilité doit alors être allouée à la plus petite entité capable de résoudre le problème d'elle-même
- **La suppléance.** Elle consiste à transférer à un niveau plus élevé ce qui ne peut l'être au niveau du terrain. En découle le principe d'économicité qui vise à ne pas étendre sans discernement aux structures les plus petites les coûts des plus grosses et inversement à mutualiser les coûts au bénéfice de tous

Il s'inscrit dans les valeurs du service public hospitalier portées par la FHF :

1. **La continuité des soins.** Pour assurer une prise en charge médicale permanente des usagers sur chaque territoire de santé et sécuriser leur parcours de soins.
2. **La santé publique.** Pour appréhender l'état de santé global des individus sous ses aspects curatifs, préventifs, éducatifs et sociaux. Elle rend cohérente l'ensemble des actions menées par les établissements hospitaliers ou médico-sociaux, et conforte leur rôle de promoteur de santé au sein des collectivités.
3. **La qualité.** Pour offrir des soins et des services conformes aux recommandations de bonnes pratiques actualisées. Elle intègre les innovations diagnostiques, thérapeutiques, organisationnelles et informationnelles. Les démarches adoptées sécurisent les processus de soins et contribuent à la satisfaction des usagers. Elles s'appuient sur le développement continu des pratiques professionnelles et leur évaluation.
4. **La pérennité des structures.** Pour garantir un égal accès aux établissements hospitaliers et médico-sociaux sur le territoire, indépendamment de toute considération commerciale. Elle repose sur l'efficacité des organisations et sur l'intégration de l'enseignement et la recherche aux pratiques médicales pour maintenir des compétences à un haut niveau de performance.
5. **L'éthique.** Pour que l'Homme et l'esprit d'humanité restent le cœur des préoccupations du système de santé. Cette réflexion accompagne chacune des décisions médicales, professionnelles ou stratégiques de continuité des soins, de santé publique, de qualité, de pérennité des activités, et d'éthique.

INTRODUCTION

Les établissements membres du groupement ont, conjointement avec les établissements membres du GHT Vosges, souhaité établir un projet médical commun aux deux groupements porté par le Groupement de coopération sanitaire (GCS) Sud Lorraine. Les deux projets médicaux concordants ont pour objectif de garantir une prise en charge de haut niveau de qualité et identique sur l'ensemble des deux groupements.

L'élaboration du projet médical du GCS Sud Lorraine fait suite d'une part à la décision de l'Assemblée générale du 5 novembre 2015 qui a missionné le Dr David Piney et M. François Gasparina, respectivement Coordonnateur du Comité médical et Administrateur du GCS, et d'autre part à la volonté réaffirmée des communautés médicales de définir un projet médical unique et partagé à l'échelle du GCS (courrier du 24 février 2016, Annexe I). Le Directeur Général de l'ARS Grand-Est, destinataire d'une copie de ce courrier, avait alors apporté son soutien à la démarche (courrier du 15 mars 2016, Annexe II) qui s'est progressivement élargie aux centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie, aux centres hospitaliers de proximité et à l'Institut de cancérologie de Lorraine.

Les travaux se sont appuyés sur un état des lieux réalisé par la société CMD-KARE qui a permis d'objectiver plusieurs constats, sur la base d'un audit de concurrence réalisé par établissements et par disciplines, et de réunions préparatoires :

- des activités de proximité bien assurées par les établissements
- une forte concurrence privée sur certains segments d'activité
- un manque de réactivité pour la mise en place de coopérations pour apporter une aide en termes de ressources médicales
- des difficultés de démographie médicale, trouvant une réponse partielle dans les recrutements étrangers
- un potentiel de développement important pour soutenir l'activité de proximité et développer celle de recours
- une crainte de détournement de patientèle
- une interrogation sur l'articulation entre les différents niveaux de projets médicaux (établissements / directions communes / CHT / GHT / GCS), incluant les coopérations inter-hospitalières, générant de multiples travaux
- un manque de lisibilité entre les niveaux de proximité, de recours et de référence
- une incapacité pour le GCS dans le modèle actuel de piloter le projet médical

Un plan d'action spécifique a été engagé sans attendre pour répondre aux difficultés collectives identifiées lors des premières réunions.

A l'issue de ces premiers travaux, les acteurs ont renouvelé leur volonté de travailler ensemble sur l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet médical unique et partagé, dont les modalités de pilotage seraient cohérentes avec ces objectifs. L'Assemblée Générale du GCS du 18 avril 2016 a ainsi validé la poursuite de la mission initiale, en capitalisant sur la dynamique engagée.

Au final, 3 objectifs stratégiques ont été retenus :

- développer les activités de proximité, renforcer celles de référence et de recours
- structurer et l'améliorer la qualité des parcours de soins
- améliorer l'attractivité, la gestion et le partage de la démographie médicale

Chacun a ensuite été décliné en objectifs opérationnels et en plans d'action. Ils guideront la définition de chaque filière par les groupes de travail.

La méthodologie retenue s'appuie sur la définition de zones de proximité. Les activités sanitaires et médico-sociales de chacune d'entre elles se développent ainsi autour d'un établissement référent de court-séjour dans le cadre d'une approche collective. Les filières de soins s'organisent ensuite de manière structurée et graduée à l'échelle du groupement.

Plusieurs dynamiques de coopérations territoriales autour de projets médicaux coordonnés d'établissements sont en cours au sein de chaque zone de proximité. Elles s'appuient sur une gouvernance plus ou moins intégrées (CHT, Directions communes, conventions...) et déterminent le socle retenu pour piloter le projet médical du groupement. La cohérence entre les objectifs du projet médical partagé et ceux menés actuellement par les membres est un pré-requis indispensable pour garantir l'adhésion de l'ensemble des acteurs.

L'élaboration, l'évaluation et l'actualisation du projet médical partagé repose sur les instances médicales des GHT, du GCS Sud Lorraine et des CME des établissements qui en sont membres. Sa mise en œuvre relève de la gouvernance définie par chacun selon les modalités d'organisation et de fonctionnement qu'ils auront définies. Si les établissements du GHT Sud Lorraine ont souhaité reprendre en totalité les travaux du projet médical du GCS Sud Lorraine et les compléter, ce projet médical pourra évoluer dans le cadre des coopérations entre les deux GHT mentionnées dans leurs conventions constitutives respectives.

ACTEURS

Le projet médical du groupement vise à articuler et fédérer l'ensemble des acteurs pour améliorer la santé, le bien-être et l'autonomie de la population du Sud de la Lorraine. Des rencontres régulières avec chaque organisation représentative doivent permettre de renforcer les liens entre chacun et adapter le projet médical partagé à leurs attentes.

- Les patients

Ils sont au centre du projet médical partagé. L'objectif est de leur faire bénéficier des meilleurs soins en proximité, puis de parcours structurés et sécurisés qui s'appuient le maillage des établissements du groupement. Une communication ciblée (site internet,...) doit leur assurer une meilleure lisibilité de l'offre publique de santé, et bénéficier d'une meilleure compréhension des organisations qui leur sont proposées.

- Les médecins généralistes

Ils sont les effecteurs de premier recours pour orienter les parcours de santé de leurs patients. Le projet médical partagé doit leur apporter des réponses pour faciliter la coordination avec les établissements publics de santé et ainsi améliorer les liens ville/hôpital. Il s'agit particulièrement de permettre des échanges facilités et sécurisés entre professionnels, et de leur offrir une meilleure connaissance des filières définies et organisées.

- Les établissements médico-sociaux

Ils constituent un maillage diversifié sur l'ensemble du territoire, dont le fondement de l'accompagnement repose sur le projet de vie. Lors de chaque épisode de soins, il convient d'assurer aux personnes prises en charge par ces structures d'un accès facilité à des compétences délocalisées ou une orientation vers des établissements adaptés. L'organisation d'un retour rapide dans leur établissement d'origine doit y être associée pour éviter une rupture ou une perte de repères.

- Les Centres hospitaliers de proximité (CH non MCO)

Ils font partie de l'offre de soins de premier recours et s'articulent avec les structures sanitaires, ainsi qu'entre ces dernières et l'offre médico-sociale. Particulièrement impliqués dans les prises en charge gériatriques, ils sont amenés à jouer dans leur ressort territorial un rôle transversal au sein du GHT, favorisant la fluidité des parcours depuis le court séjour, permettant de réduire les durées de séjour et les taux d'inadéquation. Constitutifs de l'offre libérale, ils peuvent ainsi conforter les liens avec celle-ci, dans une logique privilégiant la gradation des soins, le retour ou le maintien à domicile; l'amélioration de l'organisation des soins de premiers recours voire l'accès au second recours.

- Les Centres hospitaliers de Médecine, Chirurgie Obstétrique (CH MCO)

Ils proposent à leur bassin de population une offre de soins diversifiée qui s'appuie sur de multiples compétences, tant médicales que non médicales. Des activités de recours y sont accessibles et permettent des prises en charge complexes, au plus près du domicile du patient. Les Centres hospitaliers MCO s'appuient sur un réseau d'acteurs locaux permettant de participer ou d'organiser des parcours de soins, en lien avec les établissements de recours ou de référence pour certaines activités.

- Les Centres hospitaliers spécialisés

Ils ont en charge l'ensemble des soins psychiatriques et leur prévention. Leur activité repose sur la notion de secteur psychiatrique qui ne correspond pas simplement à un découpage géographique mais à une implantation au cœur de la cité avec l'ensemble des acteurs de la santé mentale, au plus près des patients et dans une culture du parcours de soins. L'activité des hôpitaux psychiatriques est pour l'essentiel (80%) ambulatoire. Le Centre Psychothérapique de Nancy a la particularité de regrouper l'ensemble des psychiatres universitaires de l'UFR de médecine de Lorraine. Ils travaillent en lien avec les établissements en charge de la prise en charge somatique, notamment dans le cadre de la prise en charge des urgences.

- L'Institut de cancérologie de Lorraine

Il occupe une place particulière. L'Institut de Cancérologie de Lorraine (ICL), membre d'UNICANCER, est un établissement de santé privé d'intérêt collectif (ESPIC) qui prend en charge des patients présentant une suspicion ou une certitude de cancer. Reconnu d'utilité publique, il ne pratique ni secteur privé, ni dépassement d'honoraires. Exclusivement dédié à la lutte contre le cancer, il assure une triple mission de soins, de recherche et d'enseignement. Il fonde son action sur une prise

en charge intégrée du patient, de la prévention et/ou du diagnostic précoce jusqu'au suivi après le traitement. Regroupé avec le CHRU de Nancy au sein du pôle de cancérologie de Lorraine, il participe à des parcours de soins coordonnés avec l'ensemble des acteurs publics pour assurer à chaque patient des prises en charges conformes aux recommandations de pratique professionnelle.

- Le Centre hospitalier régional universitaire

Centre hospitalier, le CHRU met en oeuvre des missions de soins équivalentes à celles des centres hospitaliers MCO sur sa zone de proximité. Il assure en outre pour le compte de l'ensemble des établissements de Lorraine des missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux, de recherche, de gestion de la démographie médicale, ainsi que certaines missions de référence et de recours.

Il coordonne ces missions réglementairement pour les établissements parties au GHT, ou dans le cadre d'une convention d'association avec autres GHT.

- Les autres opérateurs

Il s'agit des établissements de santé ESPIC ou commerciaux, mais aussi des autres professionnels libéraux (pharmaciens, IDE, Kinésithérapeutes...). Chacun contribue selon son domaine de compétence à la qualité des parcours de soins des patients. Les partenariats de ces différents opérateurs avec les établissements publics de santé sont encouragés et pris en compte par ce projet lorsqu'ils existent.

PRINCIPES D'ELABORATION DU PROJET MEDICAL

Afin de prendre en compte les dynamiques territoriales actuelles, les différents niveaux de maturité des coopérations, la taille du groupement et le nombre des établissements potentiellement partie-prenantes, il est proposé d'analyser les besoins et organisations selon des zones de proximité (ZP). Ces périmètres infra-GCS donnent de la lisibilité aux dynamiques locales de coopérations déjà à l'œuvre qui s'établissent autour d'un « établissement référent » de court séjour de chaque zone. Ils correspondent à des groupes d'établissements qui ont souhaité s'associer autour d'un projet médical de proximité, en réponse à un besoin cohérent de leur bassin de population (zone de proximité). Ce projet de proximité doit ainsi organiser les parcours de soins structurés et gradués avec les établissements de la zone, ceux des zones limitrophes, de recours ou de référence, et la médecine libérale dans le cadre d'une complémentarité. Il s'agira en effet d'offrir les meilleurs soins aux patients au plus près de leur domicile dans une logique de subsidiarité.

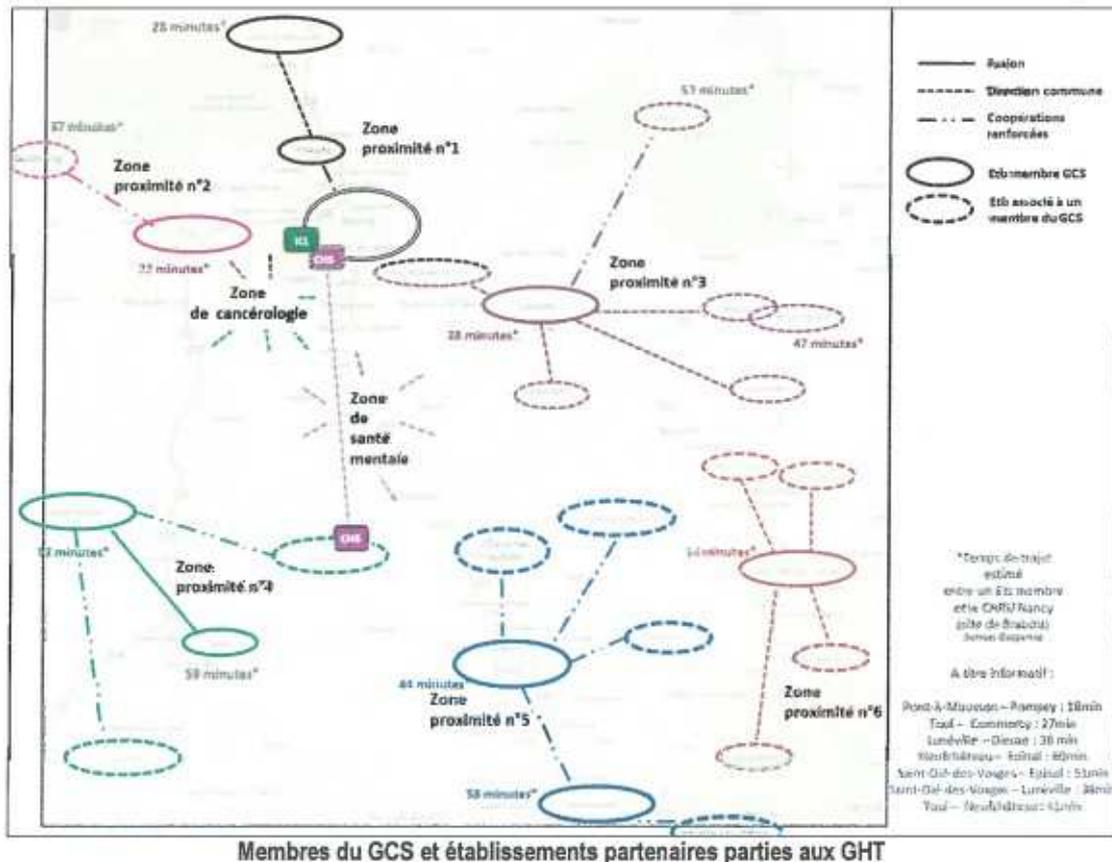
La définition des zones de proximité s'appuie sur les coopérations engagées (Direction ou équipes médicales communes, projet médical commun...), sur la cohérence des bassins de recrutement, des flux populationnels, et des projets engagés par les collectivités territoriales. Ils ne sont pas spécifiquement identiques aux Territoires de santé de proximité, tels que définis dans le SROS de 3^{ème} génération, qui restent d'actualité pour l'élaboration de l'état des lieux. Proposés par le Comité médical du GCS Sud Lorraine, ils ont été approuvés par les différentes directions d'établissements membres du groupement.

Ces zones de proximité doivent être perçues comme des clés de lecture du projet médical partagé et d'organisation de l'offre de soins et médico-sociale. Elles ont vocation, à terme, à devenir des unités de gestion et de management autonomes et réactives, chargées de mettre en œuvre un projet médical de proximité conforme avec les orientations stratégiques du projet médical partagé du groupement. Elles devront favoriser le maintien d'une identité propre à chaque bassin de population, complémentaire du développement d'une culture de groupement. Dans ce cadre, elles ont vocation à définir leur organisation propre, en cohérence avec la gouvernance du groupement, pour consolider les relations existantes et favoriser la mise en œuvre du projet médical partagé.

L'offre de soins et médico-sociale de chaque zone de proximité sera ainsi définie et représentée globalement au sein du projet médical partagé du GCS Sud Lorraine et déclinées au sein de sa future gouvernance.

Deux zones disciplinaires ont également été définies :

- une zone de psychiatrie. Elle couvre l'ensemble des bassins de population des zones de proximité. Elle s'articule avec l'offre sanitaire et médico-sociale dans le cadre de l'organisation des prises en charges relevant de son champ de compétence.
- une zone de cancérologie. Elle rend lisible l'ensemble des parcours de soins dans ce domaine, en s'appuyant sur les établissements publics de Lorraine sud. Elle s'appuie sur les compétences du pôle régional de cancérologie de Lorraine associant le CHRU de Nancy et l'ICL et sur les CH autorisés en cancérologie.



Le projet médical partagé articule ainsi besoins des habitants de chaque zone de proximité avec la réponse existante, souhaitée ou à développer de l'établissement du territoire ainsi que des autres établissements de la filière de soins publique. L'organisation de chaque filière de spécialité médicale lui est spécifique, de même que la gradation de l'offre existante ou à développer au niveau de la référence et du recours pour chaque territoire et pour chaque filière médicale. A ce titre une description de l'existant, des besoins et orientations par filière de spécialité médicale fait sens au sein du projet médical partagé.

Il est ainsi proposé, sur la base de l'examen des besoins et problématiques de chaque territoire et de chaque filière de spécialité médicale, et sur la base des offres existantes et projets développés par les établissements parties, d'assurer la coordination des différents projets en vue d'une cohérence territoriale plus forte, une amélioration de la qualité de prise en charge des patients, une amélioration de la lisibilité et de la force des filières publiques.

L'échelle du groupement permet ainsi de garantir une offre de proximité, de recours et de référence sur l'ensemble de la Lorraine sud dans le respect des objectifs et projets médicaux en cours dans chacun des établissements, ainsi que des logiques de collaboration renforcées déjà mises en œuvre entre établissements (Groupe hospitalier de l'Est de la Meurthe-et-Moselle, CH Pont-à-Mousson - CH Pompey - Lay - Saint - Christophe - CHRU Nancy, CH Epinal - CH Remiremont, CH Saint-Dié des-Vosges - établissements de la Déodatie, CH de l'Ouest Vosgien - Hôpitaux locaux de l'ouest vosgien, CH Toul - CH Commercy...).

Les projets médico-techniques se construisent selon la même philosophie, dans une perspective d'appui aux différentes filières de soins. Chacun doit apporter une qualité et un temps de réponse adaptés aux enjeux de la filière.

Tous les travaux menés dans le cadre du projet médical partagé du groupement doivent être utiles à la définition des projets médicaux des établissements de chaque zone de proximité. Les différents plans d'actions retenus les intégreront s'ils les concernent.

Le projet médical partagé du groupement (infra) présente ses différents volets et les modalités retenues pour déterminer ces objectifs.

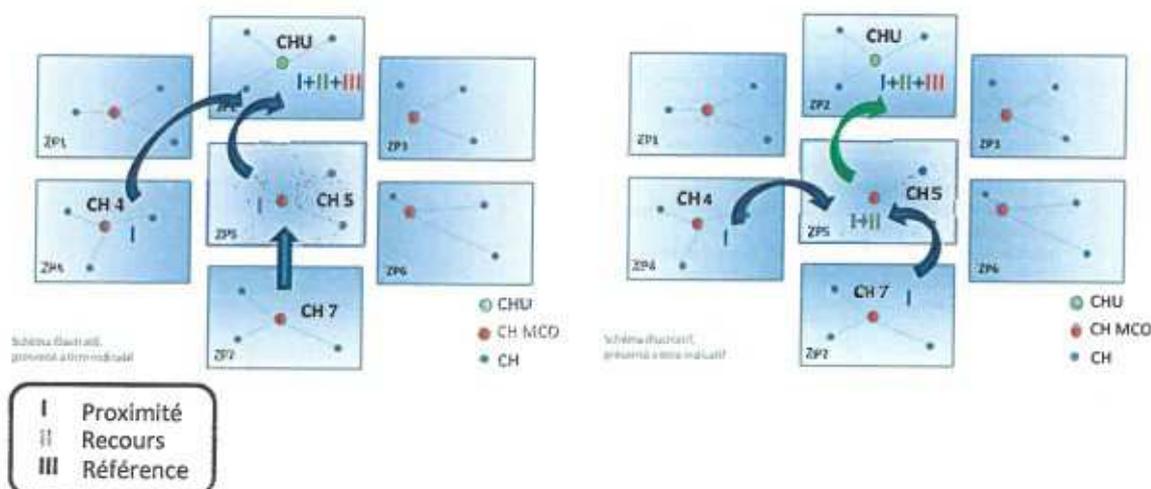
PRINCIPES D'ORGANISATION DES FILIERES PUBLIQUES

Le projet médical partagé du groupement a pour objectif de décrire et coordonner l'ensemble des filières de soins en partant de chaque zone de proximité. Pour chacune, sur la base de la fiche technique - proposition de méthodologie pour les groupes de travail (Annexe III), le parcours du patient est décrit selon plusieurs niveaux proximité, recours (éventuellement défini en 2 niveaux) et référence. Les rôles de recours ou de référent de chaque établissement peuvent varier d'une filière à l'autre en fonction de la distance, de la qualité des plateaux techniques, des compétences médicales disponibles ou de l'histoire des coopérations. Il conviendra donc pour chaque filière, de définir précisément ce que représentent ces différents niveaux de prise en charge.

Lorsque la zone de proximité ne dispose pas d'une offre publique relevant de la proximité ou du recours (prise en charge par un opérateur commercial dans la zone, fuite hors zone...), les acteurs précisent quel est l'opérateur ou la zone de proximité qui la prend en charge. Une réflexion est alors menée pour voir si un besoin existe pour la population et si une solution peut être apportée pour répondre au développement de cette offre publique de proximité ou de recours (recrutement, investissement plateau technique, consultation avancée, télémedecine...). En cas d'impossibilité, il est recherché une solution dans la zone la plus proche afin que les délais d'accès soient acceptables en termes de santé publique. Dans ce cas, l'accès est organisé par une information auprès des professionnels libéraux.

La cible est d'apporter une réponse qualitativement équivalente (accessibilité géographique et financière, structuration des parcours, compétences professionnelles) à la population de la Lorraine Sud sur chacune des zones de proximité en s'appuyant sur le maillage des établissements publics de santé et médico-sociaux. Les plans d'actions identifiés devront donc rechercher une réponse collective qui pourra mobiliser un ou plusieurs membres du GCS en fonction des situations.

Exemple de consolidation d'une filière interventionnelle avec développement d'une activité de recours sur CH 5 et d'une activité de proximité sur CH 7.



La méthode employée permet une approche graduée par zone de proximité. Elle permet de prendre en compte des particularités territoriales mises en évidence par l'état des lieux, la différence de maturité des projets médicaux de proximité, ou la difficulté à mobiliser certains établissements sur une thématique. Il s'agira donc par exemple :

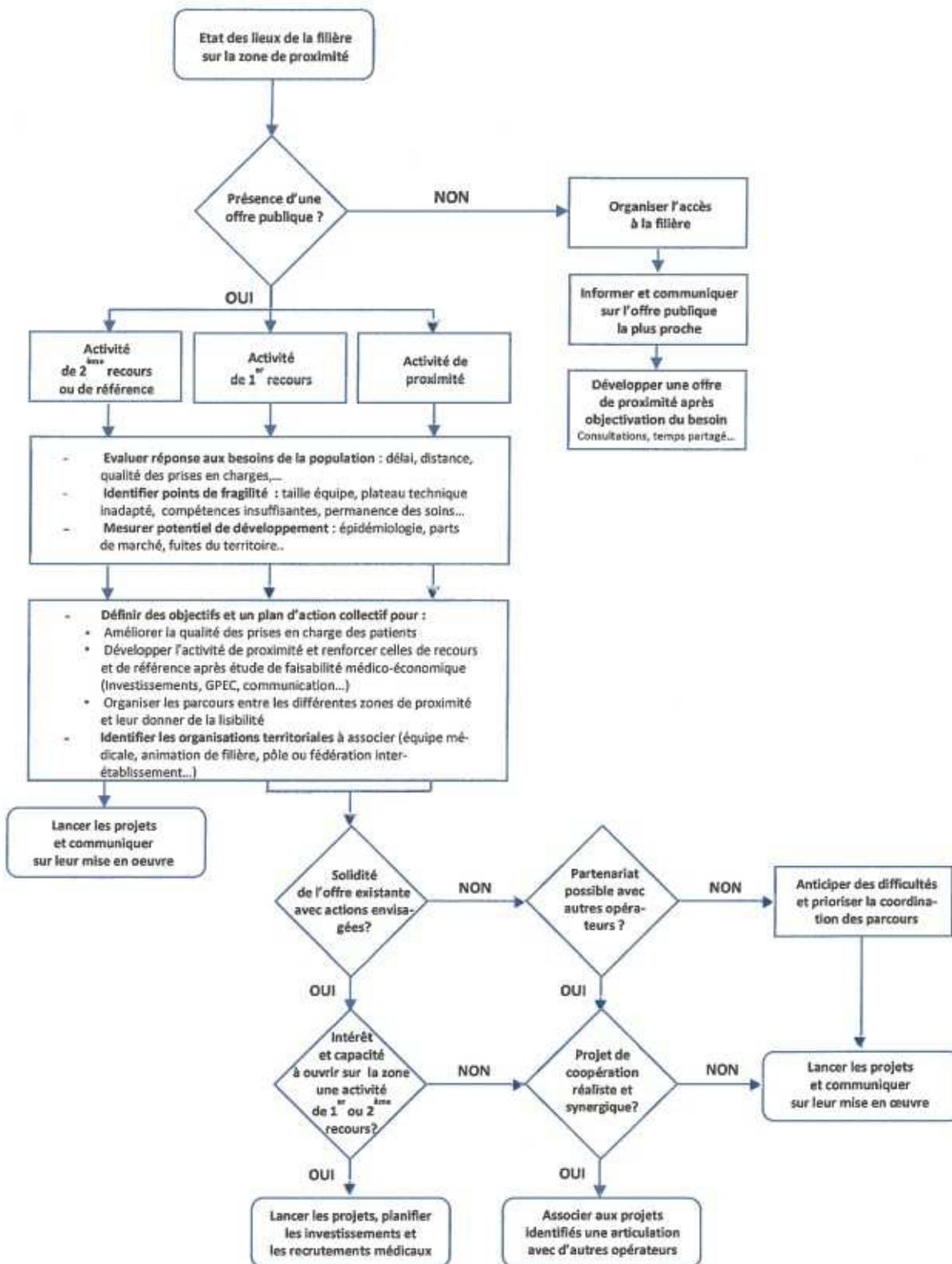
- de commencer par les ZP situées dans les Vosges, avant d'être étendues au GCS
- de définir un modèle sur une ZP avant d'être transposées aux autres
- de impliquer une zone disciplinaire et toutes les ZP

Cette progression est organisée spécifiquement pour chacune des filières, en fonction de l'état des lieux et du cadre défini par les copilotes missionnés.

Sur la base des travaux du Comité médical et des groupes de travail constitués, des orientations stratégiques sont définies à l'échelle du GCS pour chaque filière. Elles font l'objet d'une déclinaison en objectifs opérationnels et en plans d'actions. Ils sont soit mis en œuvre collectivement au sein du GCS, soit déclinés localement dans le cadre des projets médicaux des

établissements des zones de proximité concernés. Des indicateurs de suivi sont associés à chaque plan d'action, ainsi qu'un responsable missionné par le Comité directeur et un calendrier.

Méthode adoptée pour organiser les filières de soins au sein du GCS



PROJET MEDICAL PARTAGE

I. OBJECTIFS MEDICAUX GENERAUX DU GCS

Ils concernent 3 objectifs stratégiques :

- 1.1 Développer les activités de proximité, de référence et de recours
- 1.2 Structurer et améliorer les parcours de soins
- 1.3 Améliorer l'attractivité, la gestion et le partage de la démographie médicale

Chacun est décliné en objectifs opérationnels qui guideront la définition des filières de soins et la mise en conformité des des projets médicaux des établissements parties.

Certains seront mis en œuvre collectivement. Il s'agit d'actions gérées ou organisées en commun, de projets menés entre plusieurs établissements pour apporter une réponse globale particulière, ou de projets transversaux impactant plusieurs spécialités.

OBJECTIF STRATEGIQUE N°1

DEVELOPPER LES ACTIVITES DE PROXIMITE, RENFORCER CELLES DE REFERENCE ET DE RECOURS

Ce premier volet vise à pérenniser et développer l'accès à des soins de proximité avec des praticiens compétents et à jour des dernières recommandations de pratique professionnelle. Il s'inscrit dans une organisation des soins graduée et structurée entre les différents établissements du groupement.

OBJECTIF OPERATIONNEL 1.1 : CONSTRUIRE DES POLES DE COMPETENCES

1.1.1 RENFORCER L'OFFRE DE SOINS DE CHAQUE ZONE DE PROXIMITE

L'accès aux soins doit être amélioré pour répondre aux besoins des bassins de population. Il s'appuie sur le maillage des établissements publics de santé et apporte des réponses aux difficultés de démographie médicale des médecins hospitaliers et libéraux, tant généralistes que spécialistes. Les coopérations engagées entre les membres du GCS visent à répondre à ces difficultés dans une logique de responsabilité territoriale.

- Améliorer l'accès aux spécialités médicales et chirurgicales

L'absence d'offre publique sur certains territoires génère des difficultés d'accès géographiques ou financières pour les patients. Elle oblige à des prises en charges par des établissements parfois lointains. Le renforcement d'équipes ou le développement de consultations avancées consolide l'offre existante et permet de projeter du temps médical sur des territoires éloignés. Par ailleurs, le renforcement des dispositifs de consultations avancées permet d'améliorer la visibilité de l'offre publique au sein de ces territoires et mieux répondre aux besoins de la population.

- Soutenir la médecine générale dans les zones en difficulté

Les difficultés de démographie de la médecine libérale peuvent fragiliser des prises en charges sanitaires ou médico-sociales. Elles impactent indirectement l'organisation des soins en EHPAD, USLD ou SSR lorsqu'elles s'appuient sur des praticiens libéraux, notamment pendant la permanence des soins. Différents dispositifs peuvent être mobilisés, en partenariat avec eux et dans une logique de complémentarité.

- Enrichir les prises en charge pluridisciplinaires par l'avis d'experts

L'évolution des connaissances médicales implique des prises en charges complexes pour lesquelles une expertise ponctuelle peut être importante. L'organisation d'un accès à ces avis spécialisés est capital pour assurer les meilleurs soins aux patients car cela peut impacter les délais de prises en charge ou la décision thérapeutique. Elle peut s'appuyer sur des outils de télémedecine ou sur des partages de temps médicaux entre établissement.

A ce titre, les établissements du GCS souhaitent pouvoir proposer dans chacune des filières de prise en charge des objectifs en terme de délais d'accès à ces consultations spécialisées.

- Accompagner le développement des activités de prévention, d'éducation thérapeutique et de prise en charge des addictions

Au-delà de leurs missions de soins, les établissements publics de santé sont des acteurs majeurs de la prévention et de la promotion de la santé. Chaque zone de proximité doit ainsi pouvoir s'organiser avec les ressources locales pour faciliter l'accès des personnes à l'éducation thérapeutique et à la prise en charge des addictions (toxicomanie, tabacologie, alcoologie...). Les partenariats entre plusieurs membres du GCS pourront ainsi renforcer les dispositifs déjà existants.

- Développer l'accès aux compétences pédiatriques et répondre aux besoins des enfants et adolescents passage enfant/adulte psychiatrie

L'accès aux compétences pédiatriques est disparate sur le territoire, tant en ville qu'à l'hôpital. Une approche collective doit permettre de répondre à des besoins pour cette population spécifique qui ne sont pas toujours couverts : accès à des compétences spécialisées en ambulatoire et à l'hôpital, prise en charge psychiatrique des jeunes adultes, repérage et prévention de la maltraitance, des conduites addictives et de l'obésité...

- Adapter les prises en charge hospitalière aux personnes en situation de handicap ou de précarité

Le groupement souhaite promouvoir et mettre en oeuvre les engagements pris par la FHF le 16 décembre 2014 lors de la signature de la Charte Romain Jacob. Il s'agit ainsi d'améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap, que ce soit lors des prises en charge médicales ou par une adaptation des structures et organisations hospitalières ou médico-sociales. Les mesures relatives à l'amélioration de l'accueil des personnes en situation de handicap dans les services d'urgences seront à ce titre prioritaires.

En fonction de l'état des lieux de chaque zone de proximité, une adaptation des dispositifs de permanence d'accès aux soins de santé seront adaptés dans une perspective d'une meilleure prise en charge des patients en situation de précarité.

1.1.2 DEVELOPPER LES PRATIQUES MEDICALES, CHIRURGICALES ET ORGANISATIONNELLES

- Actualiser les compétences et la qualité de l'information médicale

Le Développement professionnel continu (DPC) est un levier en termes d'attractivité médicale, d'adaptation aux nouvelles pratiques médicales, organisationnelles ou managériales. Il est amené à évoluer avec la Loi de modernisation de notre système de santé, que ce soit en terme de suivi individuel ou d'organisation collective.

Un pilotage fort est cependant à poursuivre dès à présent, en lien avec les différentes CME des établissements du territoire, pour accompagner les professionnels dans l'acquisition des connaissances nécessaires à l'atteinte des objectifs du projet médical. Une politique affirmée d'évaluation des pratiques professionnelles est à associer.

Une démarche d'amélioration continue des pratiques de valorisation de l'activité médicale doit être menée conjointement pour assurer la juste rétribution des établissements. Elle s'appuie sur la formation des nouveaux arrivants et sur l'actualisation des connaissances des praticiens.

- Faciliter l'accès des patients aux innovations diagnostiques et thérapeutiques

Dans un contexte d'évolution permanente de la médecine et du coût des nouvelles thérapeutiques, les parcours de soins doivent constamment proposer aux patients les meilleures prises en charges diagnostiques ou thérapeutiques. Cela concerne autant les compétences médicales, l'accès aux produits de santé innovants et la qualité des plateaux techniques.

- S'engager pleinement vers un développement de l'ambulatoire et limiter les séjours hospitaliers

Le développement des prises en charge ambulatoires constitue tant une demande des patients qu'une exigence organisationnelle posée par les pouvoirs publics. Ce développement renforce l'exigence d'un travail sur l'organisation des soins. La qualité des prises en charge repose sur la capacité des équipes médicales et soignantes à prodiguer les meilleurs soins aux patients et résidents, en s'appuyant sur une décision médicale juste et éclairée et sur la capacité des équipes soignantes à la suivre précisément. Les organisations doivent s'adapter pour assurer l'adéquation entre ces deux objectifs et y répondre dans un délai compatible avec les objectifs attendus. Plusieurs facteurs peuvent les influencer : le positionnement spatial ou le dimensionnement des activités, la protocollisation des prises en charges, et la capacité des services support à répondre efficacement aux besoins exprimés.

- Harmoniser les protocoles de prise en charge

Le développement de l'exercice territorial nécessite une harmonisation des pratiques médicales et soignantes entre les différents sites. Il contribue à prodiguer au patient une qualité des soins comparable, quelque soit son lieu de prise en charge. Un travail pluridisciplinaire de formalisation des protocoles, de formation et d'évaluation des professionnels est alors utile. Ces travaux s'appuient sur les réseaux de soins thématiques existants.

1.1.3 REUNIR LES FORCES SANITAIRES ET MEDICO-SOCIALES POUR CREER DE LA VALEUR

Plusieurs dynamiques de coopérations et de restructurations sont engagées entre les établissements du groupement. Elles visent à renforcer les activités médicales et médico-sociales sur chaque territoire en s'appuyant sur les ressources existantes, et à coordonner des parcours de soins de proximité. Plusieurs projets sont ainsi en cours, sur lesquels le projet médical partagé du groupement doit pouvoir capitaliser :

- plan de refondation du CHRU de Nancy
- dynamique de coopération intégrée des CH d'Epinal et Remiremont
- structuration du Groupe hospitalier de l'Est de la Meurthe et Moselle, impliquant la construction d'un pôle de santé publique-privé à Lunéville avec rassemblement des activités chirurgicales de la Clinique Jeanne d'Arc et du Centre hospitalier sur le site de l'hôpital
- projet médical et de soins partagés des CH du Val de Lorraine, incluant un lien renforcé avec le CHRU de Nancy
- projet d'établissement de la communauté d'établissement de la Déodatie
- coopérations engagées entre les CH de Toul et Commercy
- organisation de la psychiatrie sur le territoire de la Lorraine Sud
- développement du pôle régional de cancérologie de Lorraine
- projet médical du GHT Vosges

OBJECTIF OPERATIONNEL 1.2 : REpondre AUX BESOINS DES PROFESSIONNELS LIBERAUX, DES ACTEURS DE PROXIMITE ET AUX NOUVEAUX ENJEUX DE SANTÉ

1.2.1 AMELIORER LA COMMUNICATION VILLE / L'HOPITAL

Le renforcement des liens avec les professionnels libéraux (médecins libéraux, professionnels de santé libéraux...) est une priorité. Cet objectif vise à améliorer d'une part la lisibilité externe de l'offre publique et de la gradation organisée au sein du groupement, et d'autre part les réponses apportées à ces professionnels (retour d'information, contacts plus rapides...). Il s'agit ainsi de fluidifier l'accès à l'offre publique et à limiter les dysfonctionnements parfois rencontrés. En contribuant à améliorer cette réponse collective, les membres souhaitent renforcer leur réponse aux besoins de soins de la population, conforter leur activité et limiter les taux de fuite vers l'offre privée.

Pour répondre à cet objectif, les membres du groupement proposent ainsi de :

- Adapter leurs outils aux besoins de coordination avec les acteurs libéraux avec la mise à disposition :
 - d'un annuaire de spécialité partagé actualisé et garantissant aux professionnels de santé un accès direct aux médecins seniors des services de soins via messagerie ou téléphone dédié
 - s'appuyer sur la messagerie sécurisée pour communiquer avec les professionnels de santé libéraux
 - améliorer les délais de mise à disposition des comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultations spécialisées
 - mettre en œuvre de nouvelles solutions pour permettre un accès des médecins libéraux aux données de leurs patients après recueil de leur consentement
- Organiser des rencontres thématiques régulières sur chaque zone de proximité permettant de présenter l'offre mise en place au sein du Groupement et les innovations thérapeutiques disponibles. Ce sera aussi l'opportunité de discuter des difficultés rencontrées dans la prise en charge des patients et de définir des actions d'amélioration
- Renforcer l'organisation d'enseignements post universitaires communs et permettre l'accès à des outils de formation innovants (ex : Simulateurs de l'Hôpital numérique lorrains).

Une politique continue de participation aux actions des réseaux de santé sera associée dans chaque zone de proximité.

1.2.2 DEFINIR UNE ARTICULATION AVEC LES AUTRES OFFREURS DE SOINS

Le développement des coopérations avec les offreurs de soins sur les territoires de proximité doit contribuer à améliorer les trajectoires de soins proposés aux patients. Elles viseront à :

- Intégrer les établissements médico-sociaux dans des projets de proximité ;
- Développer et organiser les solutions de télé-expertise et télémédecine (télé-surveillance et téléconsultations) auprès d'établissements partenaires afin de limiter les transferts de patients et améliorer la qualité des prises en charge
- Poursuivre l'ouverture des plateaux techniques publics à des praticiens libéraux
- Organiser en commun des plateaux techniques ou des activités médico-techniques

1.2.3 ACCOMPAGNER L'IMPACT DE LA REVOLUTION NUMERIQUE SUR L'OFFRE DE SOINS

La santé fait partie des domaines d'activité connaissant un attrait croissant pour les nouvelles technologies, avec un attrait particulier pour le numérique. Les évolutions en cours font apparaître notamment : de nouvelles offres et opportunités dans le dépistage, le suivi des traitements ou l'éducation des malades ; un changement de comportement et des attentes des utilisateurs de ces technologies (professionnels de santé et patients) ; une exigibilité croissante notamment en matière d'accessibilité de confidentialité et de protection des données, et d'interconnexion et d'appariement des dispositifs.

Tous les patients du territoire doit ainsi pouvoir bénéficier de l'accès aux améliorations de prises en charge qu'elles autorisent tout en apportant les garanties d'utilisation nécessaires. Si les activités de télémédecines et télé-expertises se développent et seront engagées au niveau des établissements, des possibilités plus larges se dessinent et contribuent à esquisser la place des organisations hospitalières de demain.

Le groupement entend ainsi notamment :

- Accompagner la familiarisation des professionnels hospitaliers et libéraux, ainsi que des patients avec les nouvelles technologies de santé (objets connectés, télé-expertise, ...)
- Accompagner les réflexions sur la place future des établissements dans le cadre d'une évolution de l'offre et des rôles patients/soignants à l'échelle du GCS par la mise en place d'un comité de suivi de la numérisation
- Participer aux initiatives engagées par les collectivités territoriales en faveur de l'utilisation et de la familiarisation aux nouvelles technologies
- Favoriser le partage d'information de santé et l'accès aux données de santé ainsi que l'interconnexion des systèmes tant hospitaliers dans un premier temps, que des systèmes de collectes de données de santé dans un second temps
- Favoriser le développement de techniques de médecine personnalisée
- Travailler en lien avec les entreprises de l'e-santé à la construction d'une offre innovante répondant aux besoins des patients
- Apporter des réponses à la sécurisation des données à l'échelle du Groupement

Ainsi, les établissements du GCS ambitionnent de devenir un acteur de référence pour la construction de la médecine de demain.

OBJECTIF STRATEGIQUE N°2 STRUCTURER ET AMELIORER LES PARCOURS DE SOINS

La coordination des parcours est un enjeu important pour assurer aux usagers d'accéder au meilleur plateau technique dans des délais compatibles avec leur état. Dans ce cadre, les établissements de chaque zone de proximité doivent prendre en compte ces besoins. Il s'agit de structurer, coordonner ou intégrer des parcours en prenant en compte la proximité, la référence, le recours, et le vieillissement de la population.

OBJECTIF OPERATIONNEL 2.1 : ETRE ACTEUR DES PARCOURS AU SEIN DE CHAQUE BASSIN DE POPULATION

L'offre sanitaire et médico-sociale publique s'appuie sur le maillage des établissements membres du GCS et sur leurs partenaires. Ils constituent un maillage du territoire cohérent sur lequel les parcours de soins peuvent s'appuyer.

2.1.1 STRUCTURER ET ANIMER DES FILIERES DE SOINS SPECIALISEES ET GRADUEES

Les filières correspondent à une succession d'épisodes de soins impliquant différents modes de prise en charge pour des indications analogues, et pouvant porter sur un profil de patients homogènes.

- Installer des groupes de travail thématiques à l'échelle du GCS et les réunir régulièrement

La définition de plans d'action par les spécialistes médicaux de chaque filière doit garantir la réussite de leur mise en oeuvre. Ces rencontres institutionnalisées permettent de s'approprier les difficultés organisationnelles ou de communication rencontrées. Elles contribuent au développement d'une culture commune au GCS.

- Décrire, coordonner et impliquer chaque établissement dans l'organisation des filières de soins

Chaque établissement participe à la prise en charge des patients de la filière. Cette dernière fait l'objet d'une description et d'une organisation spécifique sur la base d'objectifs mesurables définis par les professionnels (ex : nombre de patients intégrés dans la filière et transféré vers un autre établissement...). Ce travail implique de structurer les prises en charge en amont et en aval de chaque hospitalisation en cours séjour.

2.1.2 CONCEVOIR ET INTEGRER DES PRISES EN CHARGES COORDONNEES

L'adaptation et la coordination des parcours intra-hospitaliers est permanente. Par leur caractère transversal, certaines activités nécessitent néanmoins une gestion de projet institutionnelle.

- Définir des parcours patients complexes impliquant des spécialités complémentaires, et éventuellement plusieurs établissements (ex : filière sénologie)

Certaines filières nécessitent de coordonner plusieurs spécialités ou plateaux techniques. Une réflexion pluri-professionnelle est nécessaire pour assurer une cohérence et une réactivité pour ces prises en charges. Le respect des règles définies par les acteurs (lieux d'interventions, partage d'information...) garantit la réussite des projets.

- Favoriser l'offre publique de référence et de recours

Les membres du GCS ont historiquement développé des coopérations avec des opérateurs privés lorsque l'offre publique était défaillante, inexistante, ou inaccessible. La réorganisation des filières doit favoriser une stratégie de groupe publique dans une relation "gagnant-gagnant".

2.1.3 ORGANISER LES PARCOURS ET ADAPTER LES STRUCTURES POUR REpondre AUX DEFIS DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

Le vieillissement attendu de la population nécessite de renforcer l'approche gériatrique des prises en charges ambulatoires et hospitalières.

- Développer la culture gériatrique des établissements et organiser leur prise en charge intra-hospitalière

La constitution de filières spécifiques pour les patients âgés pris en charge depuis les urgences, jusqu'à leur sortie d'hospitalisation vise à réduire leur temps d'attente et leur durée d'hospitalisation en les orientant rapidement vers des services dédiés et formés à une prise en charge adaptée. Les organisations médicales doivent permettre un retour précoce de la personne âgée à domicile ou préparer son transfert dans les établissements adaptés à sa prise en charge. Des interventions pour équilibrer les traitements et orienter les patients vers les structures les plus adaptées peuvent y être associées. Elles reposent sur le repérage de la fragilité et sur la prévention de la perte d'autonomie.

- Intégrer des filières gériatriques labellisées sur chaque zone de proximité

Plusieurs dynamiques existent sur chaque zone de proximité pour améliorer la prise en charge de la personne âgée. La labellisation de filières gériatriques et les expérimentations PAERPA contribuent à impulser et entretenir ces dynamiques, en complémentarité avec les réseaux de santé. L'implication forte des équipes médicales est essentielle pour assurer la réussite de ces projets.

- Développer la réhabilitation précoce pour la chirurgie des personnes âgées

Les programmes de réhabilitation précoce concourent à atteindre la récupération rapide de l'état physique et psychique péri-opératoire du patient. Les procédures de soins sont élaborées conjointement par les chirurgiens et les anesthésistes, avec appui de l'équipe mobile de gériatrie. Le développement de ces techniques vise notamment à limiter la perte d'autonomie des patients âgés chirurgicaux. Il sera associé à une prise en charge adaptée des patients dont les critères de fragilité majorent ce risque. Une réduction du risque d'infection nosocomiale est associée à la réduction des durées d'hospitalisation.

OBJECTIF OPERATIONNEL 2.2 : FLUIDIFIER LES PARCOURS ENTRE ETABLISSEMENTS

La prise en charge de patients entre différents établissements implique de structurer et coordonner les échanges pour limiter les pertes de temps ou d'information à chacune des interfaces. Le manque de coordination à ces points de transition peut en effet impacter négativement la qualité et la sécurité des soins, mais aussi freiner des coopérations initialement volontaristes.

2.2.1 DEFINIR LA GRADATION DES SOINS POUR UNE MEILLEURE LISIBILITE POUR LE PATIENT ET LES PROFESSIONNELS LIBERAUX

La réussite du projet médical partagé repose sur la capacité des acteurs à s'accorder sur un projet collectif dans lequel chacun s'impliquera avec confiance et en totale transparence.

- Identifier les actes réalisés au sein de chaque établissement et s'accorder sur les parcours

Cet exercice permet de s'accorder sur les compétences et les équipements présents sur chaque plateau technique. Il donne de la lisibilité à l'offre existante. Il facilite les coopérations et les investissements. Une réflexion est à mener conjointement pour favoriser l'exercice territorial des praticiens dans une logique d'attractivité.

- Harmoniser les procédures de transfert inter-établissements

Elles favorisent les échanges d'information et s'appuient sur un système d'information convergent. Ces procédures facilitent en outre le fonctionnement de dispositif de mise en commun de la gestion des disponibilités en lits (voir infra).

2.2.2 ORGANISER L'ACCES AU SERVICE ADAPTE A LA SITUATION CLINIQUE DU PATIENT

- Faciliter l'accès à la compétence ou au plateau technique le plus proche du besoin

Conformément aux principes d'organisation des filières publiques énoncés précédemment, l'objectif est de faciliter l'accès à une offre publique au plus près du domicile des patients. Il s'appuie sur une communication ciblée auprès des professionnels de santé et des usagers, impliquant un parcours lisible et des modalités simples d'accès aux services concernés (numéro unique, plaquette d'information....)

- Anticiper les difficultés organisationnelles et éviter les déprogrammations

Les aléas conjoncturels liés aux missions de service public des établissements de santé impactent parfois les activités hospitalières. Un objectif de zéro déprogrammation de patients est recherché dans le cadre d'une offre concertée entre les établissements.

2.2.3 COORDONNER LES REPONSES D'AVANT DU COURT-SEJOUR

La capacité des établissements de santé à organiser leur filière d'aval impacte directement la qualité des soins et leur performance médico-économique. Les patients doivent pouvoir bénéficier du service le plus adapté à leur pathologie, dans une logique d'accès aux soins, d'attractivité médicale et de spécialisation des filières.

- Organiser un "Bed management" territorial sur chaque zone de proximité et l'envisager à l'échelle du GCS

Les établissements de chaque zone de proximité s'organisent pour faciliter la création de parcours de soins multi-établissements. Il s'agit d'une part d'améliorer l'accès aux services de MCO, SSR, HAD, USLD, EHPAD des différents établissements avec l'uniformisation des modalités d'admission, de transfert et de sortie. Il s'agit d'autre part de mettre en oeuvre un « Bed management » à l'échelle du territoire pour identifier les possibilités d'hospitalisation ou d'hébergement avec une logique de partage d'information et de coordination des parcours.

A l'échelle du GCS, ces organisations doivent pouvoir se coordonner pour faciliter le retour des patients près de leur domicile après une prise en charge dans un établissement de référence ou de recours.

- S'appuyer sur une spécialisation des établissements SSR

Parallèlement à l'instauration d'une coordination entre les établissements de SSR au sein du GCS, une réflexion pour spécialiser les plateaux techniques est à mener. Elle s'appuierait sur le développement de compétences ciblées pour favoriser l'attractivité et la lisibilité de chacun des sites identifiés.

2.2.4 FACILITER LA COMMUNICATION ET LES ECHANGES D'INFORMATION

La pérennité des filières repose sur la confiance que se portent entre eux les praticiens mais aussi sur leur capacité à s'échanger des informations, et à travailler sur les dysfonctionnements

- Permettre un accès téléphonique direct à un senior dans chaque service de soins

Chaque service doit être en capacité d'apporter une réponse rapide à son correspondant médical (avis spécialisé, hospitalisation directe d'un patient...)

- Partager un annuaire professionnel et adapter les systèmes d'information

Les échanges entre praticiens sont à conforter en facilitant par exemple la communication téléphonique ou électronique.

- Assurer un suivi régulier des problèmes rencontrés lors/ des refus de prise en charge dans le cadre de la filière

Les dysfonctionnements générés lors des parcours de soins peuvent contrarier la volonté initiale des acteurs. Le manque de communication entretient alors des difficultés récurrentes décourageant les coopérations. Un suivi des événements indésirables déclarés et leur analyse régulière facilite la mise en oeuvre de plans d'actions inscrits au compte qualité des établissements.

- Promouvoir la conciliation des traitements médicamenteux aux points de transition

Méthode puissante de prévention et d'interception des erreurs médicamenteuses, elle doit bénéficier à l'ensemble des usagers des établissements membres. Cela implique une réingénierie progressive des processus, une affectation de compétences dédiées et l'adaptation des systèmes d'information partagés avec l'intégration du Dossier Pharmaceutique.

OBJECTIF OPERATIONNEL 2.3 : APPORTER UNE REPONSE GROUPEE AUX CRISES SANITAIRES ET COORDONNEE POUR ASSURER UNE REPONSE MEDICALE CONSTANTE AUX PATIENTS DES ZONES DE PROXIMITE

Les établissements membres du GCS souhaitent pouvoir améliorer collectivement par une action coordonnée, en lien avec l'Agence régionale de santé, la réponse qu'ils apportent pour répondre aux besoins des populations de leur territoire en cas de crises sanitaires. Cet engagement de réponse est au cœur de la mission de service public portée par les établissements parties.

A ce titre, au regard des expériences observées au cours des dernières années, des procédures communes et coordonnées de gestion de crise et de gestion d'hôpital en tension seront adoptées. Afin d'assurer une réponse médicale de qualité permanente, y compris lors d'aléas qui peuvent déstabiliser des équipes médicales ou des services, une « clause d'entraide » entre établissements sera définie.

2.3.1 COORDONNER LES PROCEDURES "HOPITAL EN TENSION"

En s'appuyant sur le répertoire opérationnel des ressources (ROR) et avec l'appui de l'Agence régionale de santé, les établissements du GCS se proposent d'améliorer les conditions de mises en œuvre des procédures « hôpital en tension » établies actuellement par établissement en :

- Révisant et harmonisant les procédures actuelles d'admission et sorties de patients – en particulier lors des périodes « hôpital en tensions » - afin de garantir la possible intégration des actions de chaque établissement à l'échelle du groupement pour mieux gérer collectivement les pics d'activité des hospitalisations non programmées
- Proposant une veille et anticipation des situations de tension avec les services de l'ARS
- Mettant en place une cellule opérationnelle à l'échelle du groupement en charge de répondre aux problèmes de tension (voir proposition 2.2.3 – bed management territorial)
- Réalisant, avec et à la demande de l'Agence, des exercices réguliers testant le dispositif coordonné proposé de gestion des lits en cas d'hôpital en tension
- Anticipant les périodes épidémiques et préparant la réponse sanitaire en lien avec tous les établissements et acteurs du territoire
- Assurant un retour d'expérience régulier

Des règles de priorité d'admission au sein des services du groupement seront également définies. Elles prendront notamment en compte la nécessaire adéquation du besoin du patient au service/spécialité de prise en charge mais également la demande de proximité géographique entre le lieu de prise en charge du patient et domicile, demande notamment exprimée par les patients et leur famille.

2.3.2 DEVELOPPER DES PROCEDURES COMMUNES ET COORDONNEES DE GESTION DE CRISE

Au-delà des situations de tensions hospitalières liées aux pics saisonniers d'activité, les établissements du GCS souhaitent renforcer leur participation coordonnée en cas de réponse à une gestion de crise. A ce titre, les établissements se proposent, en lien avec l'Agence Régionale de Santé et le service de sécurité zonale, de :

- Harmoniser et renforcer la coordination centralisée des différents Plans des établissements en matière de gestion de crise, et renforcer la coordination des SAMU et SMUR du territoire du GCS
- Organiser des formations et exercices réguliers et conjoints aux différents centres afin de permettre de tester et renforcer l'harmonisation proposée
- Assurer l'association des partenaires (SDIS Vosges et Meurthe-et-Moselle, ...) à ces formations et exercices
- Définir une articulation pour engager une réponse concertée plus efficace, ceci notamment par la mise en place d'un recueil automatisé des informations sur un logiciel conjoint

2.3.3 APPORTER UNE REPONSE COLLECTIVE AUX CRISES MEDICALES DES ETABLISSEMENTS MEMBRES

Si la réponse coordonnée aux crises est nécessaire, les établissements du GCS peuvent également se trouver en difficulté pour maintenir une activité en fonctionnement en raison d'une défection soudaine d'un des responsables de cette activité (ex. accident, ...). Outre la difficulté ponctuelle et la gêne importante occasionnée pour les patients et pour l'établissement,

ces défections peuvent mettre à mal durablement l'offre et la crédibilité de la spécialité et de la structure aux yeux des patients. Enfin, elle peut conduire à une médiatisation des difficultés, renforçant ainsi la crise devant être gérée.

Par ailleurs, si un soutien en cas de difficulté est souvent attendu de la part des membres vis-à-vis du CHRU, les aides croisées entre centres hospitaliers doivent également pouvoir être mobilisés de manière accrue. La chronicisation de certaines tensions doit pouvoir trouver une réponse collective adaptée à l'échelle du Groupement.

Au regard de ces problématiques potentielles, les établissements du GCS, conscients du fait que les réponses immédiates à apporter le seront sur leur propre force, et afin de minimiser l'impact collectif de telles difficultés, se proposent par ailleurs de conforter et garantir une réponse médicale permanente dans les activités gérées par les établissements membres et ainsi s'engagent conjointement à répondre aux situations de tension rencontrées par un établissement en cas de défection brutale d'un des responsables de l'activité. Ceci prend la forme d'une clause collective d'entre-aide entre les membres. Pour ce faire, il est proposé de :

- définir par discipline et en amont, les modalités d'aide pouvant être apportée de manière collective pour répondre aux difficultés de l'établissement membre (ex. mise à disposition temporaire d'un personnel médical)
- définir des « seuils d'alerte critique » nécessitant une réponse collective des établissements membres, ces seuils concernant notamment la démographie médicale en présence (ex. seuil d'absence au sein de l'effectif médical cible d'un service au sein d'une structure)
- définir les conditions pouvant justifier de la non-mise en œuvre ou de l'arrêt de cette clause d'entre-aide
- assurer une mise en œuvre et un arrêt du dispositif par l'intermédiaire des instances du GCS, à la demande du ou des établissements demandeurs
- définir, à l'échelle du Groupement, les conditions de dédommagement potentielles entre établissements

Ce dispositif a vocation à pleinement s'intégrer dans une vision collective de la prospective médicale (cf 3.1.3), permettant ainsi de limiter au sein des établissements membres du GCS le recours à l'intérim médical.

OBJECTIF STRATEGIQUE N°3 AMELIORER L'ATTRACTIVITE, LA GESTION ET LE PARTAGE DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

OBJECTIF OPERATIONNEL 3.1 : MENER UNE POLITIQUE GLOBALE D'ATTRACTIVITE MEDICALE

Une politique constante d'attractivité médicale et de fidélisation des praticiens est incontournable pour pérenniser et développer l'offre de soins existante en Lorraine Sud. Elle repose sur le juste dimensionnement des plateaux techniques, sur de nouvelles organisations médicales et sur une approche moderne de la gestion des ressources humaines médicales. Le projet médical doit ainsi répondre aux attentes actuelles et futures des praticiens, pour être en lui-même un facteur d'attractivité pour ceux qui souhaiteraient s'engager dans une carrière publique.

3.1.1 DEVELOPPER OU ADAPTER LES PLATEAUX TECHNIQUES

La qualité de l'environnement médico-technique, organisationnel et médical impacte directement l'attractivité médicale d'un établissement. Il convient de le dimensionner pour répondre aux attentes des praticiens qui y exerceront dans le cadre de filières constituées.

- Renforcer les sites de référence et de recours en adéquation avec les compétences mobilisables et la gradation des soins définie

Une réflexion est à mener sur chacun des sites pour densifier ou redéfinir les activités qui y sont réalisées afin d'atteindre une taille d'équipe optimale ou de permettre la rentabilité de certains investissements.

- Minimiser la contrainte de la permanence des soins

L'organisation des filières devra tenir compte de la pénibilité liée à la permanence des soins afin qu'elle soit répartie équitablement ou mutualisée lorsque cela est possible entre les praticiens des établissements membres. Elle s'appuie sur une réflexion conjointe avec les services de l'ARS sur l'évolution de cette permanence.

- Organiser un accès permanent aux innovations diagnostiques ou thérapeutiques par une politique d'investissement ambitieuse et un partage des équipements

L'accès aux innovations médicales ou chirurgicales est un élément essentiel, tant pour la qualité de soins que pour l'attractivité médicale. Il convient de les promouvoir sur chaque site lorsque cela est possible, ou à défaut de les proposer dans les établissements de référence ou de recours.

3.1.2 FAVORISER L'EXERCICE TERRITORIAL

Les conditions d'exercice médical seront amenées à évoluer pour répondre aux enjeux précités. Elles ne pourront s'appuyer que sur des dispositifs institutionnels leur permettant d'intervenir sur plusieurs sites géographiques dans les meilleures conditions.

- Ouvrir les plateaux techniques aux praticiens pour des actes spécialisés

La mutualisation de certains investissements permettant l'accès à de nouvelles techniques diagnostiques, thérapeutiques ou interventionnelles doit s'accompagner d'une évolution des pratiques médicales ou chirurgicales des praticiens du GCS et d'un accès au plateau technique concerné.

- Promouvoir le travail d'équipe multi-sites et adapter le management médical

La constitution d'équipes médicales de territoire est une modalité organisationnelle à encourager car elle répond à certaines problématiques évoquées précédemment. Si elle ne s'étend pas obligatoirement sur tous les sites du GCS, elle peut être déployée au sein de plusieurs établissements. Elle confie à un groupe de praticiens la responsabilité de l'organisation de leur spécialité médicale. Elle implique une gradation des soins entre les différents sites et une harmonisation des pratiques. Elle présuppose la définition d'un management médical adapté.

- Favoriser le développement de compétences communes des équipes médicales et paramédicales au niveau territorial

L'harmonisation des pratiques médicales et soignantes favorise la qualité des soins et l'exercice multi-site des praticiens. Elle est donc à organiser à un niveau territorial, en cohérence avec l'organisation des différentes filières de soins.

3.1.3 DEFINIR UNE GESTION PROSPECTIVE DES COMPETENCES MEDICALES

Cette démarche est à organiser au niveau du GCS en s'appuyant sur une cellule dédiée réunissant des représentants du CHU, des CH, des facultés, de l'ARS et des internes. Plusieurs actions seront alors mises en œuvre.

- Anticiper les besoins médicaux et définir des trajectoires professionnelles à l'échelle du GCS

Des projets individuels doivent concilier des objectifs pour le praticien et pour les établissements d'accueil. Une articulation entre les dispositifs statutaires existants et son projet professionnel est à organiser.

- Partager les postes vacants au sein du GCS, communiquer aux internes les profils de postes offerts au sein du GCS

Les circuits d'information sur les candidatures potentielles ou sur les opportunités professionnelles sont parfois méconnus des jeunes praticiens. Une démarche coordonnée des différents établissements doit permettre de les améliorer et de cibler les propositions auprès des spécialités concernées.

- Conduire une politique de répartition des étudiants et internes à l'échelle du GCS

La découverte des établissements par les jeunes praticiens facilite leur adhésion ultérieure à un projet professionnel les impliquant. L'affectation d'étudiants ou d'internes dans les centres hospitaliers doit être envisagée dans cette perspective.

- Rédiger et diffuser un livret d'accueil des personnels médicaux unique

Une politique d'accueil des nouveaux arrivants médicaux est à décliner à l'échelle du GCS pour permettre à chaque établissement de présenter son offre de soins et son positionnement dans le projet médical partagé.

OBJECTIF OPERATIONNEL 3.2 : PROMOUVOIR LA RECHERCHE CLINIQUE A L'ECHELLE DU GCS

La circulaire du 29 juillet 2011 relative à l'organisation de la recherche clinique et au renforcement des structures de recherche clinique incite les établissements de santé à se doter de nouveaux outils hospitaliers dédiés à la réalisation de la recherche clinique. La réalisation des missions des Délégations à la Recherche Clinique et à l'Innovation peuvent ainsi être mutualisées entre établissements de santé à travers la mise en place d'outils de coopération notamment sous la forme de groupement de coopération sanitaire (GCS) selon des logiques géographiques ou thématiques. A ce titre, le CHRU de Nancy a vocation à assurer un rôle de tête de réseau dans l'organisation régionale de la recherche clinique, pour promouvoir et coordonner des structures de coopération inter-établissements pour le GCS.

Les établissements membres du Groupement constituent un potentiel d'inclusion très important pour les essais mis en œuvre et/ou coordonnés par les équipes du CHRU. Faire de l'association de nos établissements publics et des équipes qui les composent une organisation plus coordonnée pour offrir un panel d'inclusion de patients élargis, permettra à la fois d'élargir la visibilité de la recherche portée par les équipes de recherche existantes mais plus encore de pouvoir associer à l'échelle du GCS l'ensemble des équipes médicales volontaires aux protocoles mis en œuvre et d'ouvrir de potentielles nouvelles orientations.

Aussi, c'est forts des compétences réunies au sein de la recherche du CHRU (Centre d'investigation clinique, Fédération hospitalo-universitaire, équipe d'épidémiologie, direction de la recherche clinique et de l'innovation, équipes INSERM et CNRS), que les établissements du GCS pourront faire émerger de nouveaux projets et en réseau accroître la place de la recherche médicale lorraine.

A ce titre, plusieurs actions sont à mettre en œuvre :

3.2.1 FACILITER L'INCLUSION DES PATIENTS DANS DES PROTOCOLES DE RECHERCHE CLINIQUE

Les protocoles de recherche clinique, qu'ils soient industriels ou académiques, constituent une part importante des activités de recherche appliquée. La capacité des établissements à pouvoir garantir un panel de patients importants constitue ainsi un enjeu essentiel – car crédibilisant leur capacité à mener à terme les études ouvertes dans des délais tenus et accroissant à ce titre l'attractivité de ces centres, d'autre part permettant aux patients des établissements d'accéder aux dernières innovations thérapeutiques.

Afin de renforcer le potentiel d'inclusion à l'échelle du GCS, il est ainsi proposé, sur la base des essais notamment conduits par les équipes du CHRU et grâce au soutien méthodologique des équipes de la DRCI de :

- Communiquer sur les essais ouverts au CHRU dans chaque spécialité, afin de permettre à chaque service de prendre contact avec le responsable de l'essai au niveau lorrain afin de définir les conditions de sa potentielle association au protocole de recherche clinique
- Organiser préalablement les conditions opérationnelles de mise en œuvre de protocoles de recherche clinique sur une base multicentrique coordonnée par les équipes du CHRU (ceci incluant notamment les aspects d'organisation du recueil, traçabilité et de logistique médicale et pharmaceutique) ;
- Identifier des centres investigateurs associés aux CHRU, qui seraient mis en avant par le CHRU lors de ses réponses à candidature pour projets de recherche ;
- Développer des actions visant à favoriser la conception, la diffusion et l'acquisition des innovations dans le champ diagnostique et thérapeutique

3.2.2 APPORTER UN APPUI AUX TRAVAUX DE RECHERCHE MENES DANS LES ETABLISSEMENTS DU GCS

Les équipes médicales des établissements membres conduisent également à leur niveau des projets de recherche et souhaitent pouvoir renforcer l'impact et la lisibilité de ceux-ci. L'accès aux ressources mises en place par les équipes de la DRCI constitue un apport essentiel. Ce soutien pourrait notamment répondre aux enjeux suivants :

- Favoriser l'engagement méthodologique et le suivi des projets porté de manière centralisée
- Consolider les partenariats entre le CHRU et les établissements d'une part, et avec les universités et centres de recherche d'autre part
- Aider à mieux valoriser la recherche dans le cadre des MERRI
- Favoriser le développement de la recherche médicale et paramédicale dans l'ensemble des établissements du GCS
- Contribuer à la mise en place d'un fond régional de soutien à la recherche clinique accessible à l'ensemble des établissements membres

Enfin, l'objectif de construction d'une Maison Régionale de la Recherche Clinique - associant l'ensemble des compétences et donnant une lisibilité externe à la collaboration engagée entre les établissements - pourrait constituer un projet fédérateur, lieu lisible du développement de la recherche à l'échelle du GCS et plus largement à l'échelle de la région.

II. OBJECTIFS EN MATIERE D'AMELIORATION DE LA QUALITE ET DE LA SECURITE DES SOINS

Ils s'imposeront à tous les projets médicaux des établissements du GCS en vue d'apporter une réponse équivalente sur l'ensemble du territoire de Lorraine Sud. Ils seront inscrits dans le compte qualité de chacun des établissements. Il pourra s'agir d'actions :

- proposées par les différents groupes de travail pour améliorer les prises en charge de leur filière (ex : délai maximum pour une consultation spécialisée, ...)
- permettant d'améliorer les parcours patients entre les établissements membres du GCS (structuration de la lettre de liaison, numéro de téléphone unique, harmonisation des pratiques...)
- associées aux projets pilotés par le GCS

La définition d'objectifs qualité propres au GCS incite également à mener une réflexion pour coordonner les démarches dans le domaine de l'hygiène et de la qualité. Une structuration de ces activités pour répondre aux besoins de chaque zone de proximité est à privilégier

III. OBJECTIFS SPECIFIQUES A CHAQUE FILIERE

Ils reposeront sur les propositions de chacun des groupes de travail. Toutes les filières ont vocation à être déclinées. Les groupes de travail organisés principalement par spécialité définiront la ou les pathologies qui nécessiteront une déclinaison, ainsi que leur méthodologie. Une première priorisation a été établie pour répondre aux besoins immédiats identifiés par les membres du GCS (Annexe V), parmi les thématiques suivantes :

- Filière ORL et ophtalmologie
- Filière traumatologie et orthopédie
- Filière urologique
- Filière soins continus, anesthésie, réanimation
- Filière périnatalité : gynécologie-obstétrique, pédiatrie
- Filière cardiologie - chirurgie vasculaire
- Filière endocrinologie - diabétologie - nutrition - obésité
- Filière digestif : hépato-gastro-entérologie, chirurgie digestive
- Filière gériatrique
- Filière hématologie
- Filière médecine interne - maladies infectieuses
- Filière SSR
- Filière neurologie
- Filière néphrologie
- Filière pneumologie
- Filière rhumatologie
- Filière médecine d'urgence
- Filières soins palliatifs
- Filière éducation thérapeutique et santé publique
- Filière géro-psycho-geriatrie

IV. PROJET DE PSYCHIATRIE ET DE SANTE MENTALE

Le projet médical partagé dans son volet psychiatrie et santé mentale définit la stratégie de prise en charge commune et graduée des patients dans le but d'assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité.

A cet égard, la loi de santé du 26 janvier 2016 réaffirme la place centrale du secteur psychiatrique dans les soins de proximité.

Cette rédaction, commune aux CME des CHS de Ravenel et du CPN de Laxou, vient répondre à la volonté du Directeur Général de l'ARS Grand Est, dans son courrier du 15 mars 2016 (Annexe VI). Celui-ci précise la place centrale de la psychiatrie, et de la santé mentale de façon plus générale, dans le projet médical partagé du groupement. Il établit comme étant l'un des axes principaux de ce projet les liens entre établissements de santé mentale et établissements somatiques.

Son pilotage est confié à ces deux établissements, en association étroite avec les établissements sanitaires et médico-sociaux pour la prise en charge psychique des patients y séjournant. Dans le cadre de la gouvernance du GHT, et sous le contrôle de ses instances, ils organisent l'ensemble de l'activité de psychiatrie, c'est à dire les conditions d'accès de la population à la prévention, aux soins et aux modalités d'accompagnement et d'insertion sociale.

Cette coordination combine proximité et recours. L'organisation du parcours de proximité pour assurer à chaque patient l'accès à l'ensemble des services constitue le fondement du secteur psychiatrique. Parallèlement, l'évolution vers des techniques de plus en plus spécifiques rend nécessaire une véritable gradation du parcours de soins.

L'organisation des soins en psychiatrie revêt également un caractère très spécifique car la maladie psychique répond à un modèle bio-psycho-social qui implique d'étroites relations avec les partenaires médico-sociaux et avec l'ensemble des acteurs territoriaux bien au-delà du domaine sanitaire (élus, bailleurs sociaux, enseignants etc.). Ce sont du reste ces particularités qui sous-tendent, aujourd'hui encore, le choix d'une dotation de financement populationnelle et non une tarification à l'acte.

La communauté psychiatrique de territoire visera à renforcer les liens et coopérations éventuelles entre des établissements psychiatriques de GHT différents et pourrait associer d'autres acteurs territoriaux, en particulier médico-sociaux.

Le projet de psychiatrie et de santé mentale s'appuie sur 10 objectifs opérationnels. Les plans d'actions identifiés et communs d'autres filières de soins pourront faire l'objet d'une gestion ou d'une mise en œuvre conjointe avec les différents établissements du groupement.

4.1 RENFORCER LES LIENS ENTRE ETABLISSEMENTS DE SANTE MENTALE ET ETABLISSEMENTS SOMATIQUES

La psychiatrie publique a pour vocation de participer à la prise en charge globale des patients pour la dimension psychique du soin. Les établissements publics de santé mentale de Nancy et Mirecourt ont mis en œuvre depuis de nombreuses années déjà une stratégie de prises en charge communes multidisciplinaires des patients par leur activité en psychiatrie de liaison et aux urgences. Le volet psychiatrie du PMP visera :

- à conforter et renforcer ces liens avec une gradation des dispositifs selon le volume d'activité des hôpitaux généraux concernés
- à assurer une formation des équipes de soins MCO à la compréhension et au traitement des troubles psychiques
- à l'élaboration conjointe de protocoles de prise en charge dans certaines pathologies (conduites addictives, troubles du comportement alimentaire, pathologies psychiatriques liées au vieillissement etc.)

Les liens entre psychiatrie et MCO seront renforcés par la création de filières de soins au sein du groupement. La géronto-psychiatrie a été retenue comme une priorité.

Certaines révisions des limites géographiques des secteurs sont en cours de réflexion par rapport aux flux de population et pourront intégrer la notion des zones de proximité du GHT.

4.2 POURSUIVRE L'EVOLUTION VERS L'AMBULATOIRE

Depuis de nombreuses années, la psychiatrie s'est résolument tournée vers le soin ambulatoire avec l'objectif de faciliter un accès très précoce aux soins et de permettre dès le tout début des troubles une réinsertion sociale essentielle à leur évolution. Cette logique du parcours de soins est réaffirmée dans les projets médicaux des deux établissements comme un axe prioritaire :

- Articuler la psychiatrie de secteur avec les autres acteurs territoriaux à travers les Conseils Locaux en Santé Mentale
- Renforcer les Centres Médico-Psychologiques, développer l'Hospitalisation de Jour 7 jours sur 7
- Poursuivre l'articulation avec le champ médico-social dans le contexte d'une réhabilitation psycho-sociale la plus précoce possible

4.3 AMELIORER LA COMMUNICATION VILLE-HOPITAL

- Promouvoir la communication téléphonique avec les médecins généralistes, l'utilisation d'une messagerie sécurisée
- Favoriser l'articulation avec les acteurs psychiatriques du secteur libéral

4.4 ORGANISATION DES MISSIONS UNIVERSITAIRES

Le CPN comporte l'ensemble des services universitaires de psychiatrie. En coordination avec le CHRU, il assure, sous la responsabilité de l'UFR de médecine, l'enseignement de la psychiatrie ainsi que les missions de référence et de recours en psychiatrie. Il poursuivra l'évolution vers la coordination de la recherche médicale en psychiatrie (cf. article 10.1 de la convention constitutive du GHT).

4.5 PROMOUVOIR L'UTILISATION DES NOUVELLES TECHNOLOGIES EN PSYCHIATRIE

Les nouvelles technologies (internet, SMS, applications etc.) offrent un champ considérable en psychiatrie, même s'il s'agit encore de dispositifs expérimentaux : techniques de « rester en contact » avec les suicidants, télépsychiatrie en particulier pour les EHPAD et les maisons médicales géographiquement isolées, entre autres.

4.6 RENFORCER LA PEDOPSYCHIATRIE

Les filières « péri-natalité » et « 15-25 ans » sont à mettre en œuvre.

4.7 ARTICULER PSYCHIATRIE DE PROXIMITE ET DE RECOURS

La notion de soins de proximité constitue le fondement du secteur psychiatrique. Parallèlement, l'évolution vers des techniques de plus en plus spécifiques rend nécessaire une véritable gradation du parcours de soins. A titre d'exemples :

- la mutualisation de plateaux techniques (par exemple stimulation magnétique transcrânienne, sismothérapie etc.)
- la création d'unités de recours pour le dépistage précoce des patients à risque de psychose, les troubles des conduites alimentaires, le trouble déficit de l'attention +/- hyperactivité, l'autisme et les troubles du spectre autistique chez les adultes etc.

4.8 SOUTENIR LA DEMOGRAPHIE MEDICALE PSYCHIATRIQUE

- Créer des postes médicaux partagés (mi-temps dans un service universitaire de recours, partage avec un mi-temps d'exercice libéral).
- Proposer des profils de carrière renforcés par le DPC.
- Prévoir une clause d'entraide entre les deux établissements psychiatriques.

4.9 INTENSIFIER LA REINSERTION PSYCHOSOCIALE DES PATIENTS EN SEJOUR PROLONGE

- Concrétiser le projet d'une MAS psychiatrique au CH de Ravenel
- Poursuivre la mise en place d'actions spécifiques sur les séjours prolongés
- Organiser des complémentarités entre les deux établissements pour certains aspects (à titre d'exemple, accueil familial thérapeutique), tout en restant compatible avec un suivi de proximité

4.10 DEVELOPPER LES PRATIQUES ORGANISATIONNELLES

- Harmoniser les pratiques soignantes entre les deux établissements psychiatriques à partir des bonnes pratiques cliniques et de leurs réactualisations régulières (staffs communs, RMM...)
- Développer les formations post-universitaires et promouvoir DPC

V. PROJET DE CANCEROLOGIE

Porté par le Pôle de cancérologie de Lorraine et les établissements autorisés ou associés en cancérologie, ce projet vise à définir et organiser les filières dans ce domaine à l'échelle du groupement. Il s'appuie sur les objectifs généraux définis précédemment, ainsi que sur les principes d'élaboration du projet médical pour développer 4 axes :

5.1 CONSOLIDER LES PARCOURS DE SOINS EN CANCEROLOGIE

Il s'agira ainsi de :

- Renforcer les liens entre partenaires hospitaliers publics et parapublics, dans une logique de réciprocité permettant de dégager des contreparties positives et équilibrées pour l'ensemble des parties.
- Favoriser la coordination des différents acteurs pour permettre la fluidité, la cohérence et l'optimisation des articulations des étapes successives des parcours de prise en charge des cancers.
- Garantir à tous les patients une égalité d'accès à des soins de qualité, et la coordination et la continuité des soins, ainsi que le suivi de la prise en charge des patients dans leur parcours de soins
- Passer d'un parcours de soins en cancérologie à un parcours de santé assurant une continuité de la prise en charge sans rupture (Plan Cancer 2014-2019).
- Renforcer les liens "ville/hôpital" : accessibilité de l'offre de soins, renforcement des liens avec les médecins traitants et les réseaux de soins.
- Optimiser les parcours de soins en définissant des indicateurs de performance du parcours :
 - Améliorer les délais de rendez-vous de primo-consultations et primo-traitements.

- Rendre plus performants les délais de prise en charge inter-établissements,
- Développer des consultations avancées pour permettre les soins à proximité du domicile, d'améliorer la visibilité de l'offre publique et conforter les partenariats, y compris par des partages de temps médicaux entre établissements
- Intégrer les infirmières de coordination dans l'organisation et la coordination des parcours de soins. Associer les professionnels paramédicaux concernés dans la construction des parcours de prise en charge des cancers
- Mettre en place une consultation de fin de traitement pour faciliter l'articulation entre l'hôpital et la ville, le partage et la programmation de la surveillance à proximité du domicile, avec remise d'un programme personnalisé de l'après-cancer (PPAC)
- Optimiser l'accompagnement social personnalisé
- Permettre un accès large au diagnostic individualisé : accès au dispositif d'oncogénétique, accès aux tests moléculaires

5.2 ORGANISER LES PARCOURS DE SOINS COMPLEXES

Cet axe visera à :

- Définir des parcours patients impliquant des spécialités complémentaires, et éventuellement plusieurs établissements dans une offre graduée de soins en cancérologie
- Garantir une prise en charge adaptée aux maladies nécessitant un traitement complexe : identifier les pathologies et situations complexes ou nécessitant un plateau technique particulier, pour lesquelles un adressage des patients vers des établissements référents ayant un niveau adapté de compétence et d'expertise permettant d'éviter toute perte de chance (Plan Cancer 2014-2019), par exemple pour les cancers de l'enfant, de l'ovaire, de l'œsophage, du foie, du pancréas, du testicule et les sarcomes

5.3 PROMOUVOIR LES BONNES PRATIQUES

Plusieurs actions contribueront à cet objectif :

- Optimiser la participation à l'actualisation des référentiels ONCOLOR
- Optimiser la diffusion des bonnes pratiques médicales
- Renforcer la traçabilité des pratiques
- Mettre en œuvre une homogénéisation des pratiques fondée sur des référentiels diagnostiques et thérapeutiques en cancérologie validés
- Contribuer à la formation continue des professionnels concernant les activités organisées en coopération
- Promouvoir le développement de programme d'éducation thérapeutique des patients

5.4 DIFFUSER LA RECHERCHE ET L'INNOVATION

Plusieurs leviers seront mobilisés :

- Faciliter l'accès des patients aux innovations diagnostiques et thérapeutiques
- Intégrer dans les parcours le screening pour une inclusion potentielle dans une étude de recherche clinique
- Apporter une aide spécifique à la conception de projets de recherche clinique en cancérologie
- Communiquer sur les essais cliniques disponibles au niveau du Grand Est

VI. PROJET MEDICO-SOCIAL

Plusieurs EHPAD sont représentées au sein du groupement dans le cadre de leur rattachement à des établissements publics de santé. D'autres établissements médico-sociaux pourront en outre être intégrés dans le cadre d'une démarche volontaire.

Structures incontournables du parcours de soins de la personne âgée, les EHPA/EHPAD construisent leur approche des actions centrées sur le projet de vie du résident. Les structures médico-sociales en charge des publics handicaps quant à elles, représentent dans le cadre de leur rapprochement du monde sanitaire, un enjeu fondamental d'amélioration de la réponse apportée par ces derniers à des publics exigeant l'organisation de nouveaux parcours. A ce titre, un volet spécifique du projet médical leur est réservé, dans le cadre d'une articulation forte avec les objectifs sanitaires déclinés précédemment.

VII. PROJET MEDICO-TECHNIQUE

Il convient de définir des projets spécifiques pour les activités médico-techniques (biologie, imagerie, pharmacie) à l'échelle du groupement en soutien aux activités cliniques. Chacune porte des enjeux et problématiques différentes qui pourraient trouver des réponses dans un cadre collectif.

7.1 PROJET DE BIOLOGIE MEDICALE

Cette thématique avait été identifiée dès 2012 comme une priorité du projet médical du GCS. Dans un contexte de difficulté de démographie médicale, de suppression des remises pour les établissements sous-traitant au privé, d'accréditation CO-FRAC des laboratoires, de regroupement de l'offre privée et de reconstruction du pôle laboratoire au CHRU de Nancy, plusieurs actions avaient été identifiées : prendre en charge collectivement l'activité réalisée par les laboratoires privés, partager les résultats d'analyse de biologie médicale pour faciliter la coordination lors des transferts, recentrer les examens spécialisés au CHRU de Nancy, et améliorer la communication entre les membres (référentiels de prescription et staffs communs, partage de retours d'expérience...). Elles nécessitent d'être actualisées mais restent d'actualité.

Les établissements membres du GCS se donnent pour objectif d'assurer une prise en charge de leurs examens biologiques par les laboratoires publics présents sur le Groupement. Ils organisent en lien avec les laboratoires publics du GCS et les établissements réalisant actuellement une sous-traitance au privé, l'évaluation des besoins de prestation et les conditions de reprises dans des délais limités de cette activité tout en garantissant une qualité de service (délais de prise en charge des prélèvements et rendu des résultats, transferts informatisés des résultats,...).

7.2 PROJET D'IMAGERIE MEDICALE

Plusieurs actions avaient été identifiées par les membres du GCS en 2012. Elles concernaient le soutien à la démographie médicale des établissements publics, le partage d'image entre les différents sites et la mutualisation possible de la permanence des soins grâce au développement de la télé-imagerie. Si certaines de ces actions ont été menées dans un cadre régional, sous l'égide du GCS Télésanté Lorraine, elles méritent d'être poursuivies et approfondies. Cette mise en œuvre pourrait s'appuyer sur la structuration de plateformes d'imagerie diagnostique et interventionnelle complètes, telles que préconisées par la commission imagerie de la FHF en octobre 2014, et respectueuses des coopérations privées engagées par les établissements membres du GCS.

7.3 PROJET DE PHARMACIE

L'organisation de la prise en charge thérapeutique des patients est une activité structurante pour les activités cliniques. Elle répond à des exigences réglementaires, mais aussi à des enjeux médico-économiques pour les établissements de santé. Les coopérations dans ce domaine sont complexes car la qualité et la sécurité des soins est directement impactée par des organisations qui nécessitent une présence pharmaceutique au plus près des patients.

Si cette thématique n'a été abordée à ce jour par le GCS que sous l'angle d'une stérilisation commune pour quelques adhérents, il paraît utile de capitaliser sur la dynamique de coopération engagée depuis une vingtaine d'année au sein du groupement de commande Pharmavenir qui regroupe à ce jour la majorité des membres du groupement.

Une organisation territoriale des pharmacies à usage intérieur pourrait ainsi être envisagée dans cette continuité en s'appuyant sur les zones de proximité, les GHT ou le GCS. Elle pourrait viser et contribuer à :

- partager de l'information (modes opératoires, procédures, état des stocks de médicaments spécifiques,...) et harmoniser les pratiques
- mutualiser les ressources afin de répondre aux exigences du contrat de bon usage et de la certification en redéployant des moyens économisés vers des activités à forte valeur ajoutée telles que les activités de pharmacie clinique
- partager des ressources humaines pour répondre aux difficultés annoncées pour de petites structures dans le cadre de la réforme du DES de pharmacie hospitalière
- partager des infrastructures et des équipements pour optimiser les activités de production en pharmacie hospitalière, permettant une mutualisation de certaines activités : pharmacotechnie, stérilisation, production de doses unitaires, approvisionnements d'autres PUI, contrôles analytiques de préparations, achats et stockage des produits de santé

VIII. ACTIONS SPECIFIQUES RELATIVES A LA FORMATION INITIALE, A LA RECHERCHE, ET A LA GESTION DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

En complément du rôle d'établissement référent ou de recours du CHRU de Nancy dans certaines filières, d'autres domaines de compétence sont à organiser au sein du GCS. Il s'agit d'éléments d'attractivité majeurs qui pourraient être expérimentés avec les membres, avant d'envisager une extension régionale.

IX. MODALITES PARTICULIERES D'ORGANISATIONS MEDICALES ENTRE DES ETABLISSEMENTS DU GCS

Sur la base des travaux des groupes de travail, il est utile d'accompagner l'évolution de certaines organisations médicales pour mettre en œuvre les objectifs du projet médical partagé. De nouvelles modalités peuvent en effet être souhaitables pour accompagner des projets professionnels de praticiens qui s'engageraient dans un exercice territorial. Il conviendra donc, sur la base des projets des filières et des objectifs portés, de décrire les modalités de mise en œuvre d'animation de filière, d'équipes médicales de territoire, ou de constitution de pôles inter-établissements. Chacune de ces organisations pourra se déployer à une échelle variable en fonction des projets.

X. MODALITES DE SUIVI DE LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET MEDICAL ET DE SON EVALUATION

Elles sont indispensables pour assurer l'atteinte des objectifs ambitieux du projet médical partagé du GCS. Elles nécessiteront des moyens dédiés.

ANNEXE I : COURRIER DES PRESIDENTS DE CME DU GCS AUX PRESIDENTS DES CONSEILS DE SURVEILLANCE ET AU DIRECTEUR GENERAL DE L'ARS GRAND-EST

**Groupement de Coopération Sanitaire
des Centres Hospitaliers d'Epinal - Lunéville - l'Ouest Vosgien - Pompey -
Pont-à-Mousson - Remiremont - St Dié des Vosges et de Toul,
et du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy**

DP/FG/CL/GCS-10-2016-02

Monsieur Claude d'HARCOURT
Directeur Général
Agence Régionale de Santé Alsace
Champagne, Ardenne, Lorraine
3 Boulevard Joffre
54036 NANCY Cedex

Lunéville, le 25 février 2016

Objet : Projet médical partagé du GCS

Monsieur le Directeur Général,

Vous trouverez ci-joint une copie du courrier adressé par les membres du Comité médical du GCS des « Hôpitaux de Lorraine sud » aux Présidents des Conseils de surveillance et Directeurs des établissements membres.

Il réaffirme d'une part la volonté de nos communautés médicales de définir un projet médical unique et partagé à l'échelle du GCS pour organiser un égal accès à des soins sécurisés et de qualité pour notre population. Il sollicite d'autre part une réflexion pour déterminer les organisations, tant médicales qu'administratives, les plus adaptées afin de garantir la réussite de ce projet.

Ces travaux devraient ainsi permettre de définir un projet médical structurant et opérationnel à l'échelle du GCS. Il s'adaptera aux contours des futurs Groupements Hospitaliers de Territoire qui seront définis par les acteurs lorsque la réglementation sera stabilisée.

Dans ce cadre, nous souhaiterions vous rencontrer pour vous présenter l'intérêt médical de cette approche et la démarche que nous avons adoptée.

Vous remerciant par avance de l'intérêt que vous porterez à nos travaux et à notre demande, veuillez agréer, Monsieur le Directeur Général, l'expression de notre haute considération.

Docteur David PNEY
Coordinateur du comité médical



Copie à :

- Président du GCS
- Administrateur GCS
- Directeurs et Présidents de CME des établissements membres
- Directeur de l'offre de soins

Siège du Groupement de Coopération Sanitaire : CHRU DE NANCY
Secrétariat Administratif : Bâtiment STERILORR
29 Avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny - CO 60084 - 54035 NANCY CEDEX
Tél : 03.83.85.94.55 - fax : 03.83.85.94.71

**Groupement de Coopération Sanitaire
des Centres Hospitaliers d'Epinal - Lunéville - l'Ouest Vosgien - Pompey -
Pont-à-Mousson - Remiremont – St Dié des Vosges et de Toul,
et du Centre Hospitalier Régional Universitaire de Nancy**

DPICL/GCS 2016-01

Monsieur Henry LEMOINE
Président de l'Assemblée Générale
Président du Conseil de Surveillance
Mairie
11, place Durac

54700 PONT-A-MOUSSON

Lunéville, le 24 février 2016

Objet : Projet médical partagé du GCS

Monsieur le Président de l'Assemblée Générale
Monsieur le Président du Conseil de Surveillance.

Dans la continuité de la décision de l'Assemblée Générale du Groupement de coopération sanitaire (GCS) du 5 novembre 2015, les Présidents de Commissions médicales des établissements (CME) membres souhaitent réaffirmer leur volonté de définir un projet médical unique et partagé à l'échelle du GCS pour organiser un égal accès à des soins sécurisés et de qualité pour notre population.

Cette volonté forte de nos communautés médicales repose sur la confiance qui s'est instaurée depuis plusieurs années ainsi que sur les filières naturelles ou constituées de prise en charge des patients. Si les actions menées actuellement restent partielles, elles apportent des réponses concrètes aux enjeux de démographie médicale et de gestion de l'offre de soins. Cette dynamique de coopération doit maintenant s'accélérer pour proposer dans chaque spécialité une réponse aux besoins exprimés par nos usagers.

Dans ce contexte, nous vous informons que le Comité médical du GCS s'est réuni le 23 février 2016 au Centre Hospitalier d'Epinal pour lancer la démarche d'actualisation du projet médical partagé du GCS avec les nouveaux membres. Les Présidents de CME du Centre hospitalier de Ravenel et du Centre psychothérapique de Nancy étaient également invités afin de déterminer l'articulation possible entre nos projets médicaux respectifs.

Une mission d'accompagnement retenue par l'Administrateur et pilotée par les Présidents de CME devrait maintenant apporter son soutien à la démarche afin de gagner en efficacité. L'implication forte de l'ensemble de nos communautés médicales est en effet fondamentale pour s'approprier, définir et mettre en oeuvre ce projet collectif.

Parallèlement, nous souhaitons que soit menée rapidement une réflexion pour lever les réticences ou les inquiétudes qui ont récemment pu s'exprimer. Il s'agira ainsi de déterminer les organisations, tant médicales qu'administratives, les plus adaptées afin de garantir la réussite de ce projet essentiel pour notre territoire. Elles devront assurer une gouvernance équilibrée, dans le respect du rôle et de l'identité de chacun, ainsi que l'autonomie et la vitalité de chaque établissement.

.../...

Siège du Groupement de Coopération Sanitaire : CHRU DE NANCY
Secrétariat Administratif : BSMent STERILORR
29 avenue du Maréchal de Lattre de Tassigny – CO 60034 - 54035 NANCY CEDEX
Tél : 03.83.85.94.66 - fax : 03.83.85.94.71

Ces travaux conjoints devraient ainsi permettre de définir un projet médical structurant et opérationnel à l'échelle du GCS. Il s'adapte aux contours des futurs Groupements hospitaliers de territoire qui seront définis par les acteurs lorsque la réglementation sera stabilisée.

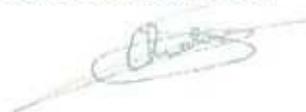
Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président de l'Assemblée Générale, Monsieur le Président du Conseil de Surveillance, l'expression de nos salutations distinguées.

Docteur David PINEY



Coordonnateur
Président de CME
CH de Lunéville

Docteur Stéphanie CHEVALIER



Présidente de CME
CH de Remiremont

Professeur Michel CLANDON



Président de CME CHRU de Nancy

Docteur Claude DEMANGE



Président de CME
CH de St-Dié-des-Vosges

Docteur Christelle DOUART-LEGER



Présidente de CME
CH de l'Ouest-Vosgien

Docteur Fabienne DURANTAY



Présidente de CME
CH de Pompey

Docteur Laurence GAILLARD



Présidente de CME
CH de Pont-à-Mousson

Docteur Jilil HOMMAN



Président de CME
CH de Toul

Docteur Jean-Marc LALOT



Président de CME
CH d'Epinal

Courrier adressé à :

- Président du GCS
- Présidents des Conseils de surveillance des établissements membres
- Directeurs des établissements membres

Copie à :

- Directeur Général de l'ARS de Lorraine

ANNEXE III : Fiche technique – Méthodologie adoptée par les groupes de travail

Ce document a pour objectif de guider les discussions et réflexions des membres des groupes de travail en vue de proposer les orientations stratégiques et les objectifs opérationnels du projet médical du GCS.

Préambule - Articulation avec les projets médicaux d'établissements

Conformément aux principes énoncés dans le document d'orientation stratégique, le projet médical du GCS articule besoins des habitants de chaque zone de proximité avec la réponse existante, souhaitée ou à développer de l'établissement du territoire ainsi que des autres établissements de la filière de soins publique. L'organisation de chaque filière de spécialité médicale lui est spécifique, de même que la gradation de l'offre existante ou à développer au niveau du recours et de l'expertise pour chaque territoire et pour chaque filière médicale. A ce titre une description de l'existant, des besoins et orientations par filière de spécialité médicale fait sens au sein du projet médical partagé du GCS.

Il est ainsi proposé, sur la base de l'examen des besoins et problématiques de chaque territoire et de chaque filière de spécialité médicale, et sur la base des offres existantes et projets développés par les établissements du GCS, d'assurer la coordination des différents projets en vue d'une cohérence territoriale plus forte, une amélioration de la qualité de prise en charge des patients, une amélioration de la lisibilité et de la force des filières publiques.

L'échelle du GCS permet ainsi de garantir une offre de proximité, de recours et de référence sur l'ensemble des territoires couverts par les établissements membres du GCS, dans le respect des objectifs et projets médicaux en cours dans chacun des établissements, ainsi que des logiques de collaboration renforcées déjà mis en œuvre entre établissements (Groupe hospitalier de l'Est de la Meurthe-et-Moselle - CH Dieuze, CH Pont-à-Mousson – CH Pompey, CH Epinal – CH Remiremont, CH Saint-Dié des-Vosges – établissements de la Déodatie, CH de l'Ouest Vosgien – Hôpitaux locaux de l'ouest vosgien...).

Il est proposé à chaque groupe de travail constitué (1), sur la base de l'analyse de l'existant dans chaque zone (2.1), de définir les orientations stratégiques de la filière – c'est –à-dire le type de réponse médicale attendue pour chaque zone de proximité (2.2) ainsi que les moyens à mettre en place pour atteindre ces orientations stratégiques (2.3) ceci afin de répondre au triple objectifs du projet médical : améliorer l'offre de soins proposée, développer l'activité au sein de la filière publique et renforcer l'attractivité médicale des établissements membres.

1. Identification des membres du groupe de travail

Un groupe de travail est établi entre les établissements du GCS pour chaque filière médicale.

Les membres des groupes de travail sont désignés par chaque établissement membre et doivent permettre de garantir la représentativité des différentes zones de proximité. Chaque zone peut désigner un ou plusieurs membres au groupe de travail. En outre, le groupe de travail pourra être élargi – tant que de besoin – à des interlocuteurs clés d'autres établissements ou structures non membres du GCS (ex. établissements HAD, médico-sociaux, médecins libéraux...)

Le groupe de travail est assisté par deux représentants désignés par le comité directeur afin de garantir un suivi et une homogénéité des travaux au sein des groupes. Pour ce faire, le comité directeur désigne un PCME et un chef d'établissement chargés du suivi du groupe de travail et de la garantie des délais proposés.

2. Livrables attendus des groupes de travail et calendrier

2.1 Etat des lieux, description de la filière de spécialité

Le groupe de travail s'attachera à identifier au sein de sa filière, pour chaque zone de proximité, l'état des besoins actuels et les réponses apportées tant au sein de la zone qu'en dehors par les établissements membres ou concurrents.

Il conviendra ainsi notamment de s'attacher à :

- Identifier les besoins sanitaires dans la filière par zone de proximité et les évolutions attendues de ce besoin
- Présenter les modalités actuelles et attendues d'organisation de la permanence et la continuité des soins
- Identifier la nature de la réponse apportée à ce besoin dans chaque zone : identifier les acteurs publics et privés de la filière ainsi que l'organisation actuelle des filières d'adressage (ville-hôpital ; proximité-recours-référence)
- Identifier les réponses apportées ou les besoins insuffisamment couverts
- Analyser la démographie médicale présente dans chacun des établissements

Cette analyse devra notamment permettre d'identifier les forces et faiblesses de chaque acteur au niveau du territoire (ex. qualité du plateau technique, dimension de l'équipe et évolution à venir de celle-ci, qualité de la réponse apportée par les intervenants...), mais également de comprendre le fonctionnement actuel de la filière publique : quel fonctionnement réel, quelles limites, quelle origine des difficultés rencontrées.

Pour permettre au groupe de travail de répondre à cet objectif, et au-delà des données disponibles au sein du SROS, les membres du groupe pourront s'appuyer sur l'analyse de l'existant réalisé par le CMD-Kare (analyse concurrentielle sur base des données PMSI ; analyse des projets médicaux).

2.2 Définition des orientations stratégiques de la filière de spécialité médicale

L'objectif proposé au groupe de travail est d'identifier le positionnement stratégique souhaité pour l'ensemble du groupement au sein de la filière. Il s'agit ainsi de pouvoir proposer les axes d'amélioration de l'offre médicale existante.

Il est ainsi demandé au groupe de :

- **Définir les objectifs d'amélioration de la prise en charge patient** que la filière de soins souhaite apporter sur chaque zone de proximité
- **Définir les enjeux majeurs de structuration de la filière** : comment améliorer la place de chaque établissement sur son territoire, renforcer la lisibilité de l'offre de la filière publique et faire fonctionner une filière publique complète au niveau du recours et de la référence
- **Définir des objectifs d'amélioration de la démographie ou de l'attractivité médicale**

Il est recommandé de limiter le nombre d'objectifs/orientations stratégiques afin d'en garantir leur suivi.

2.3 Déclinaison opérationnelle des orientations stratégiques – définition des objectifs de filière

Sur base des orientations stratégiques de filière validées par le comité directeur, il sera proposé de définir les objectifs opérationnels pour chaque établissement et pour la structuration de la filière de spécialité.

Les objectifs opérationnels attendus (qualitatifs en matière d'offre pour le patient, économiques, qualitatifs en terme de formation des acteurs...) qui seront proposés par le groupe de travail devront être accompagnés d'une description des actions (plan d'actions) envisagées, d'une détermination des résultats qualitatifs et économiques attendus, ainsi que de la présentation d'un calendrier de mise en œuvre des actions et des responsables d'actions.

A travers la fixation de ces objectifs et plan d'actions, il est notamment proposé au groupe de travail de répondre aux questions suivantes :

- Quelles prises en charge sont à conforter/développer au niveau des établissements dans leur réponse de proximité ?
- Quelles prises en charge sont à développer au niveau du recours et de la référence ?
- Quelle est l'organisation/structuration attendue de la filière et comment structurer celle-ci ?
- Quels moyens sont à mettre en œuvre pour répondre aux objectifs stratégique la filière (ex. organisation d'un annuaire des seniors ; organisation de rencontre de filière régulière/trimestrielle ; ...) ?
- Quelle doit être l'organisation territoriale proposée pour la filière : désignation d'un animateur de filière, mise en place d'une équipe médicale de territoire, création d'un pôle ou d'une fédération inter-établissement... ?

Une analyse économique pourra être proposée des gains attendus de la structuration de la filière publique ainsi qu'une analyse de l'impact des moyens nouveaux à mettre en œuvre.

Il est rappelé si la structuration d'une filière – au-delà du bénéfice patient attendu - devait permettre à chaque établissement de trouver intérêt à la participation à la filière (logique gagnant/gagnant), l'analyse de l'intérêt économique de chaque établissement à participer au fonctionnement de la filière/groupe publique ne devrait être proposée qu'au niveau de l'ensemble des filières.

Calendrier : il sera proposé d'engager cette étape à l'issue de la validation des orientations stratégiques de chaque filière par le comité directeur (juin) pour un rendu des travaux par filière au cours du second semestre 2016.

[définir dans certains domaines/groupes de travail des objectifs d'amélioration de la qualité de prise en charge. Ex : délai d'obtention d'un avis spécialisé ; délai d'accès à certains plateau ; amélioration des dépistages précoces...]

ANNEXE IV : DEFINITION DES ZONES DE PROXIMITE, DE PSYCHIATRIE ET DE CANCEROLOGIE

ZONE DE PROXIMITE	ETABLISSEMENTS
1	CH DE PONT A MOUSSON CH INTERCOMMUNAL DE POMPEY ET LAY ST CHRISTOPHE CHRU DE NANCY
2	CH DE TOUL CH DE COMMERCY
3	CH DE LUNEVILLE CH DE SAINT NICOLAS DE PORT CH DE 3 H SANTE CH DE DIEUZE EHPAD DE GERBEVILLER
4	CH DE L'OUEST VOSGIEN CH DE LAMARCHE
5	CHI EMILE DURKHEIM D'EPINAL CH DU VAL DU MADON CH DE BRUYERES CH DE CHATEL-SUR-MOSELLE CH DE RAMBERVILLERS CH DE REMIREMONT CH DE BUSSANG CH LE THILLOT
6	CH DE GERARDMER CH DE SAINT-DIE CH DE RAON L'ETAPE CH DE FRAIZE CH DE SENONES
ZONE DE PSYCHIATRIE	CHS DU CENTRE PSYCHOTERAPIQUE DE NANCY CHS DE RAVENEL
ZONE DE CANCEROLOGIE	INSTITUT DE CANCEROLOGIE DE LORRAINE CHRU DE NANCY CH DE LUNEVILLE CH DE TOUL CH DE REMIREMONT CH DE ST DIE DES VOSGES CHI EMILE DURKHEIM

ANNEXE V : GROUPES DE TRAVAIL

Les thématiques priorisées ont été sélectionnées par les Présidents de CME du Comité médical du GCS Sud Lorraine qui ont accepté de piloter un groupe de travail. Elles répondent à des besoins immédiats de leur établissement ou s'appuient sur une dynamique lancée localement.

Intitulé	Pilotes PCME Directeur	Appui méthodo.	Groupe travail pressenti à adapter selon pilotes	Calendrier et attendus
Impact des modalités de pilotage envisageables	Pr Claudon Dr Piney M. Gasparina	-	PCME Directeurs	Mi-mai 2016 : Déclinaison différentes hypothèses sur base décret GHT, avec mesures palliatives selon scénarios (Gouvernance, organisations médicales associées, fonctions supports...)
Orientations stratégiques	Dr Piney M. Gasparina	-	PCME Directeurs	Mi-juin 2016 : Finalisation document
Prospective médicale	Pr Claudon Dr Demange Mme Sammour	-	PCME DAM CH Resp. medic CHRU	Mi-Juin 2016 : Plan d'action pluriannuel (prospective, financement, projet professionnel) + Mise en œuvre immédiate pour recrutements nov. 2016
Filière Cardiologie dont rythmologie et cardiopathie ischémique	Dr Piney M. Gasparina	CMDKARE	PCME Cardiologues Etb	Fiche projet finalisée : stratégie médicale et déclinaison rationnelle
Filière Obstétrique	Dr Chevalier M. Goeminne	CMDKARE	Gynécologues-obstétriciens	Novembre 2016 : Fiche projet finalisée avec stratégie médicale et déclinaison opérationnelle
Filière Pédiatrie	Dr Demange M. Renaudin	CMDKARE	Pédiatres	
Filière Chirurgie ambulatoire	Dr Homman/ Dr Gindre M. Thierry	CMDKARE	Chirurgiens	
Filière Géron- to-psychiatrie	Dr Pichené/ Dr Mordasini M. Gauthier	CMDKARE	PCME : LG, FD,... Gérialres Psychiatres	
Filière Soins critiques	Dr Lalot M. Rocher	CMDKARE Ou CHSD	Anesthésie / Réa / Responsable SC	
Filière accès aux urgences	Dr Douart M. Barou	CMDKARE Ou CHSD	Urgentistes / psychiatres	
Filière cancer du sein	Dr Rangeard M. Penven	CMDKARE Ou CHSD	Oncologues / chirurgiens / radiologues	
Filière urologique	Maturité importante à l'échelle du GCS depuis 2014, à approfondir et décliner dans le cadre institutionnel			
Filière alcoologie	Travaux initiés par les établissements vosgiens à étendre à l'ensemble du GCS pour disposer d'une stratégie médicale commune			
Filière AVC				
Filière per- sonne âgée / Alzheimer				

Soutien méthodologique par CMDKARE ou Mme Peiffer du CH de Saint-Dié-des-Vosges : analyse de situation par filière + diaporama pour conduite de réunion + réunion téléphonique préparatoire

Organisation des réunions et la circulation de l'information : Mme Sandrine Sahnoune

