



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

OCCITANIE

RECUEIL DES ACTES
ADMINISTRATIFS
N°R76-2017-167

PUBLIÉ LE 25 OCTOBRE 2017

Sommaire

ARS

R76-2017-10-02-015 - Décision ARS Occitanie 2017-2876 désignation représentants des usagers Conseil Régional Ordre des pédicures podologues (2 pages) Page 4

ARS OCCITANIE MONTPELLIER

R76-2017-09-12-009 - 2017-2324 Arrêté modificatif composition du GHT Est-Hérault et Sud-Aveyron (3 pages) Page 7

R76-2017-09-14-005 - 2017-2345 Arrêté avenant n°1 à la convention constitutive du GHT des Hautes-Pyrénées et son annexe (79 pages) Page 11

R76-2017-09-12-008 - 2017-2714 Décision approuvant l'avenant n°3 à la convention constitutive du GHT Cévennes-Gard-Camargue (4 pages) Page 91

R76-2017-09-12-007 - 2017-2715 Décision approuvant l'avenant n°2 à la convention constitutive du GHT Est-Hérault et Sud-Aveyron (3 pages) Page 96

R76-2017-09-12-010 - 2017-2761 Décision approbation des avenants 4 et 5 à la convention constitutive du GHT des Centres Hospitaliers de Perpignan, Narbonne (3 pages) Page 100

R76-2017-09-14-004 - 2017-2762 Décision approuvant l'avenant n°2 à la convention constitutive du GHT Ouest Hérault (3 pages) Page 104

DDT11

R76-2017-10-21-002 - ARDC dossier autorisation d'exploiter à FORT Arnaud sous le numéro 11170114 (1 page) Page 108

R76-2017-10-17-002 - ARDC dossier autorisation d'exploiter à SANS Aurélien sous le numéro 11170100 (1 page) Page 110

R76-2017-10-21-001 - ARDC dossier autorisation d'exploiter à TERRIER Dominique sous le numéro 11170096 (1 page) Page 112

R76-2017-10-20-005 - ARDC dossier autorisation d'exploiter à TOUSTOU Tristan sous le numéro 11170053 (1 page) Page 114

Direction Départementale des Territoires

R76-2017-10-17-001 - DRAAF OCCITANIE - ARDC dossier d'autorisation d'exploiter à Monsieur Pascal FOURES sous le numéro 81171560 (1 page) Page 116

R76-2017-10-20-003 - DRAAF OCCITANIE - ARDC dossier d'autorisation d'exploiter à Monsieur Sebastien PUEL sous le numéro 81171562 (1 page) Page 118

DRAAF

R76-2017-10-20-004 - a subd bop149-775 20171020 (4 pages) Page 120

DRJSCS Occitanie

R76-2017-10-09-021 - Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2017 du Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) "Le Logis Millavois" géré par l'association trait d'Union (3 pages) Page 125

R76-2017-10-09-022 - Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2017 du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) REGAIN et action PARENTHÈSE gérés par l'Association ADAGES (4 pages)	Page 129
R76-2017-10-09-023 - Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2017 du Foyer d'hébergement d'urgence sis Côte des Besses à Rodez (12000) géré par le Centre Communal d'Action Sociale (3 pages)	Page 134
R76-2017-10-09-025 - Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2017 du SAO CORUS géré par l'association ISSUE (3 pages)	Page 138
R76-2017-10-09-024 - Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2017 du Service d'Accueil et d'Orientation (SAO) géré par l'association AERS (3 pages)	Page 142
Préfecture de la région Occitanie	
R76-2017-10-16-005 - AP désaffectation d'une parcelle LPA Martin Luther King (1 page)	Page 146
R76-2017-10-16-007 - AP portant désaffectation d'un bâtiment du lycée polyvalent Pablo Picasso (1 page)	Page 148
R76-2017-10-16-006 - AP portant désaffectation d'une parcelle du lycée professionnel Jules Ferry (1 page)	Page 150

ARS

R76-2017-10-02-015

Décision ARS Occitanie 2017-2876 désignation
représentants des usagers Conseil Régional Ordre des
pédicures podologues
Désignation représentants d'usagers

Décision ARS Occitanie/2017-2876

DECISION PORTANT MODIFICATION DE LA DECISION N°2017-666 DE DESIGNATION DE REPRESENTANTS DES USAGERS

à la chambre disciplinaire de première instance du Conseil Régional de l'Ordre des pédicures-podologues de Midi-Pyrénées

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie

- Vu** la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires ;
- Vu** le code de la santé publique et notamment les articles L.4322-1 et suivants ;
- Vu** l'ordonnance n° 2015-1620 du 10 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé et les unions régionales de professionnels de santé à la nouvelle délimitation des régions ;
- Vu** le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé ;
- Vu** le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Languedoc-Roussillon - Midi-Pyrénées - Mme CAVALIER (Monique) ;
- Vu** le décret n° 2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie ;
- Vu** la décision N°2017-134 du 13 janvier 2017 portant délégation de signature de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie à la Directrice de la Délégation Démocratie Sanitaire – Usagers – Qualité – Ethique, Madame Marie-Pierre BATTESTI ;
- Vu** la décision N°2017-666 du 4 mai 2017 portant désignation de représentants des usagers à chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des pédicures podologues de Midi-Pyrénées ;

Considérant, l'article L.4322-10 du code de la santé publique qui prévoit que : « Lorsque les litiges concernent les relations entre professionnels et usagers, la chambre disciplinaire s'adjoit deux représentants des usagers désignés par le ministre chargé de la santé » ;

Considérant, l'instruction DHOS/P1/2008/239 en date du 18 juillet 2008 publié au BO Santé-Protection sociales-Solidarité n°9/2008 SOMTHE, p.202 qui prévoit que le Ministre demandait aux Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales, pour exécution, de procéder à la désignation des représentants des usagers amenés à siéger en tant que de besoin au sein des chambres disciplinaires de première instance des pédicures podologues et des masseurs-kinésithérapeutes ;

Considérant, que le Directeur Général de l'Agence Régionale de Santé est compétent pour nommer les deux représentants prévus par l'article L.4322-10 du code de la santé publique ;

Considérant la proposition de l'Association La Ligue Contre le Cancer (LCC) agréée sous le numéro N2016RN0084 en date du 29 octobre 2016 ;

Considérant la proposition du Conseil National des Associations Familiales Laïques agréée sous le numéro N2015AG0039 en date du 11 janvier 2016 ;

DECIDE

Article 1 : L'article 1 de la décision N°2017-666 du 4 mai 2017 portant désignation de représentants des usagers à la chambre disciplinaire de première instance du conseil régional de l'ordre des pédicures podologues de Midi-Pyrénées est modifié comme suit :

- En qualité de titulaire représentant des usagers :

Christiane WEINMANN Association Française des Diabétiques (AFDMP)

Yves DUCHENE Ligue Contre le Cancer (LCC 81)

- En qualité de suppléant représentant des usagers :

Josette FRUCHOU Association Française des Diabétiques (AFDMP)

Michel ARNOULD Conseil Départemental des Associations
Familiales Laïques (CDAFAL 81)

Le reste sans changement.

Article 2 : La Directrice de la délégation démocratie sanitaire, usagers, qualité, éthique, est chargée, de l'exécution de la présente décision. Cette décision sera notifiée aux membres ci-dessus désignés et publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Article 3 : La présente décision est susceptible de recours devant le Tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa notification et de sa publication.

Fait à Montpellier, le 2 octobre 2017

La Directrice Générale de l'Agence
Régionale de Santé Occitanie
Pour la Directrice Générale de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie
et par délégation, Le Directeur Général Adjoint

Dr Jean-Jacques MORFOISSE

Monique CAVALIER

ARS OCCITANIE MONTPELLIER

R76-2017-09-12-009

2017-2324 Arrêté modificatif composition du GHT
Est-Hérault et Sud-Aveyron

Arrêté modificatif ARS/GHT/34 2017-2324

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

- VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-5 et L. 1434-3, R. 6132-1 et suivants,
- VU l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire,
- VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionale de santé,
- VU le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions,
- VU le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de Madame Monique CAVALIER en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées,
- VU le décret n°2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie,
- VU le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire,
- VU l'arrêté n°2012-213 du 9 mars 2012 de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon relatif au Schéma Régional d'Organisation des Soins du Languedoc-Roussillon, et ses avenants, en particulier l'arrêté ARS LR n°2015/2297 en date du 3 novembre 2015 portant adoption de l'avenant n°8 modifiant le Schéma Régional d'Organisation des Soins du Languedoc-Roussillon,
- VU l'arrêté en date du 11 décembre 2012 portant approbation du Projet Régional de Santé de Midi-Pyrénées publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 28 décembre 2012,
- VU l'arrêté du 2 août 2013 portant retrait partiel de l'arrêté du 11 décembre 2012 susvisé, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 9 août 2013,
- VU l'arrêté n°2016-889 du 1^{er} juillet 2016 de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées relatif à la composition du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE L'EST-HERAULT ET DU SUD-AVEYRON»,

- VU la décision n°2016-1088 du 31 août 2016 de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées approuvant la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE L'EST-HERAULT ET DU SUD-AVEYRON », publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 31 août 2016,
- VU la décision n°2017-377 du 3 avril 2017 de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie approuvant l'avenant n°1 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE L'EST-HERAULT ET DU SUD-AVEYRON » publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 4 avril 2017,
- VU l'avenant n°3 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE L'EST-HERAULT ET DU SUD-AVEYRON » en date du 4 juillet 2017 relatif à la composition du groupement,

CONSIDERANT que l'avenant n°3 visé ci-dessus prévoit d'étendre la composition du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE L'EST-HERAULT ET DU SUD-AVEYRON » à de nouveaux membres, il convient de modifier l'arrêté n°2016-889 fixant la composition du groupement.

ARRETE

Article 1 :

Le groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE L'EST-HERAULT ET DU SUD-AVEYRON » est composé des établissements suivants :

- Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, Finess EJ 340780477, sis 191 Avenue du Doyen Gaston Giraud 34295 MONTPELLIER CEDEX 5, représenté par son directeur, Monsieur Thomas LE LUDEC,
- Centre Hospitalier des Hôpitaux du Bassin de Thau (HBT), Finess EJ 340011295, sis Boulevard Camille Blanc BP 475 34207 SETE CEDEX, représenté par sa directrice, Madame Claudie GRESLON,
- Centre Hospitalier de Clermont l'Hérault, Finess EJ 340780543, sis Cours Chicane BP 97 34800 CLERMONT-L'HERAULT, représenté par sa directrice, Madame Florence FRIES,
- Centre Hospitalier de Lodève, Finess EJ 340780519, sis 13 Boulevard Pasteur BP 70 34702 LODEVE CEDEX, représenté par son directeur, Monsieur Patrick TRIAIRE,
- Centre Hospitalier Pôle de santé de Lunel, Finess EJ 340780535, sis 141 Place de la République CS 10014 34403 LUNEL CEDEX, représenté par son directeur, Monsieur Bertrand VANNEUFVILLE,

- Centre Hospitalier de Lamalou les Bains, Finess EJ 340796358, sis 5 Avenue Georges Clemenceau BP 3 34240 LAMALOU LES BAINS représenté par son directeur, Monsieur Ronald KUHMELE,
- Centre Hospitalier de Millau, Finess EJ 120004528, sis 265 Boulevard Achille Souques 12100 MILLAU, représenté par son directeur, Monsieur Thomas LE LUDEC,
- Centre Hospitalier de Saint-Affrique, Finess EJ 120004619, sis 88 Avenue Lucien Galtier 12400 SAINT-AFFRIQUE, représenté par sa directrice, Madame Dominique SAUVAIRE,
- Centre Hospitalier de Sévérac-le-Château, Finess EJ 120780291, sis Engayresque, 12150 SEVERAC-LE-CHATEAU, représenté par son directeur, Monsieur Thomas LE LUDEC.

Auxquels est ajouté l'établissement suivant :

- EHPAD public autonome de Millau, Finess EJ 120007430, sis 265 boulevard Achille Souques 12100 Millau, représenté par son Directeur, Monsieur Thomas LE LUDEC.

Article 2 :

Le présent arrêté peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie, d'un recours hiérarchique auprès de madame la ministre des solidarités et de la santé, direction générale de l'offre de soins, 14 avenue Duquesne, 75350 Paris SP 07, ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif territorialement compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

Article 3 :

La Directrice de l'offre de soins et de l'autonomie de l'Agence Régionale de Santé Occitanie est chargée de l'exécution de cet arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Région.

Fait à Montpellier, le 2 SEP. 2017

La directrice générale,



Monique CAVALIER

ARS OCCITANIE MONTPELLIER

R76-2017-09-14-005

2017-2345 Arrêté avenant n°1 à la convention constitutive
du GHT des Hautes-Pyrénées et son annexe

Arrêté ARS/GHT/65 n°2017-2345

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

- VU l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire,
- VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé,
- VU le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de Madame Monique CAVALIER en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées,
- VU le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions,
- VU le décret n°2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie,
- VU le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire,
- VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-2 et R. 6132-1 à R. 6132-6,
- VU l'arrêté n°2012-213 du 9 mars 2012 du Directeur de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon relatif au Schéma Régional d'Organisation des Soins du Languedoc-Roussillon, et ses avenants, en particulier l'arrêté ARS LR n°2015/2297 en date du 3 novembre 2015 portant adoption de l'avenant n°8 modifiant le Schéma Régional d'Organisation des Soins du Languedoc-Roussillon,
- VU l'arrêté en date du 11 décembre 2012 portant approbation du Projet Régional de Santé Midi-Pyrénées, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Midi-Pyrénées le 28 décembre 2012,
- VU l'arrêté en date du 2 août 2013 portant retrait partiel de l'arrêté du 11 décembre 2012 susvisé, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Midi-Pyrénées le 9 août 2013,
- VU l'arrêté n°2016-897 en date du 1^{er} juillet 2016 relatif à la composition du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES », publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 6 juillet 2016,
- VU l'arrêté modificatif n°2016-06 en date du 24 août 2016 relatif à la composition du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES », publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 26 août 2016,

- VU l'arrêté n°2017-652 en date du 5 avril 2017 approuvant la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES », publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 7 avril 2017,
- VU le projet médical partagé et le projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES » du 26 mai 2017,

CONSIDERANT Que le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES » comprend l'organisation d'une offre de soins graduée pour les filières suivantes :

- Filière « Urgences et soins critiques »,
- Filière « Femme-mère couple enfant »,
- Filière « Santé des jeunes »,
- Filière « Maladies chroniques et métaboliques »,
- Filière « Cancer »,
- Filière « Addictions »,
- Filière « Santé mentale et psychiatrie »,
- Filière « Personnes âgées et vieillissement ».

CONSIDERANT Que le projet médical partagé et le projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES » est conforme au 2° de l'article 5 du décret relatif au groupement hospitalier de territoire sus visé et qu'il respecte globalement les orientations du Projet Régional de Santé en vigueur,

CONSIDERANT Que, par défaut de mise en conformité, la convention constitutive initiale a été arrêtée par la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé. Il revient à la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé d'arrêter l'avenant à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire,

ARRETE

Article 1 :

L'avenant n°1 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES » est arrêté dans la version annexée au présent arrêté.

Article 2 :

L'avenant n°1 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES » arrêté dans l'article 1^{er} s'applique à l'ensemble des établissements listés dans l'arrêté n°2016-897 fixant la composition du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES ».

Article 3 :

Les modifications apportées par l'avenant n°1 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES » n'ont aucune incidence sur la durée de la convention constitutive arrêtée pour une durée de dix ans à compter du 7 avril 2017.

Article 4 :

L'avenant n°1 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES » est publiée par l'Agence Régionale de Santé sur son site internet.

Article 5 :

Le présent arrêté peut faire l'objet, dans un délai de deux mois suivant sa publication, d'un recours administratif et/ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent.

Article 6 :

La Directrice de l'offre de soins et de l'autonomie de l'Agence Régionale de Santé Occitanie et le Délégué départemental des Hautes-Pyrénées, sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au Recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de Région.

Fait à Montpellier, le **14 SEP. 2017**

La Directrice Générale,

Pour la Directrice Générale de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie
et par délégation, **Monique CAVALIER**

Dr Jean-Jacques MORFOISSE



Groupement hospitalier de territoire des Hautes-Pyrénées

Avenant n°1 à la convention constitutive

- VU l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire,
- VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé,
- VU le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de Madame Monique CAVALIER en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées,
- VU le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions,
- VU le décret n°2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie,
- VU le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire,
- VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-2 et R. 6132-1 à R. 6132-6,
- VU l'arrêté n°2012-213 du 9 mars 2012 du Directeur de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon relatif au Schéma Régional d'Organisation des Soins du Languedoc-Roussillon, et ses avenants, en particulier l'arrêté ARS LR n°2015/2297 en date du 3 novembre 2015 portant adoption de l'avenant n°8 modifiant le Schéma Régional d'Organisation des Soins du Languedoc-Roussillon,
- VU l'arrêté en date du 11 décembre 2012 portant approbation du Projet Régional de Santé Midi-Pyrénées, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Midi-Pyrénées le 28 décembre 2012,
- VU l'arrêté en date du 2 août 2013 portant retrait partiel de l'arrêté du 11 décembre 2012 susvisé, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Midi-Pyrénées le 9 août 2013,
- Vu l'arrêté n°2016-899 en date du 1er juillet 2016 portant refus de dérogation à l'obligation d'être partie à un groupement hospitalier de territoire, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 6 juillet 2016,
- VU l'arrêté n°2016-897 en date du 1^{er} juillet 2016 relatif à la composition du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES », publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 6 juillet 2016,
- VU l'arrêté modificatif n°2016-06 en date du 24 août 2016 relatif à la composition du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES », publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 26 août 2016,
- VU l'arrêté n°2017-652 en date du 5 avril 2017 approuvant la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES », publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 7 avril 2017,
- VU le projet médical partagé et le projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES » du 26 mai 2017, réceptionné à l'agence régionale de santé le 5 juillet 2017,

La Directrice Générale arrête l'avenant n°1 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES HAUTES-PYRENEES » comme suit

Sommaire

1. PREAMBULE : Principe et contexte	3
1.1. Contexte réglementaire	3
1.2. Constitution du GHT	3
1.3. Valeurs.....	3
1.4. Méthodologie d'élaboration du PMP	4
1.5. Conditions de mise en œuvre et de suivi	4
2. PRESENTATION DU TERRITOIRE	5
2.1. Analyse socio-démographique et épidémiologique.....	5
2.2. Analyse de l'offre de soins.....	7
3. OBJECTIFS MEDICAUX.....	9
4. FILIERES RETENUES.....	10
5. PRESENTATION DES FILIERES.....	11
5.1. Filière gériatrie	11
5.2. Filière UNV	14
5.3. Filière Maladies chroniques.....	19
6. LES PROCHAINES ETAPES	26
7. ANNEXES	27
7.1 Liste des experts	27
7.2 Détail des fiches action et tableaux des principes d'organisation par filière	27

1. PREAMBULE : Principe et contexte

1.1. Contexte réglementaire

La Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé met en place les Groupements Hospitaliers de Territoire.

L'article R 6132-3 du Code de la santé publique précise que le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire.

Les Groupements Hospitaliers de Territoire ont pour objet de permettre aux établissements publics de santé de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge concertée et graduée du patient, dans le but d'assurer un meilleur accès aux soins sécurisés et de qualité. Le projet médical partagé est en cohérence avec les orientations de l'ARS en matière de filières médicales et constitue la pierre angulaire du Groupement Hospitalier de Territoire des Hautes-Pyrénées.

1.2. Constitution du GHT

La Directrice Générale de l'ARS a arrêté le 5 avril 2017 la convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire des Hautes-Pyrénées.

Le Groupement Hospitalier de Territoire des Hautes-Pyrénées comprend cinq établissements parties :

- Le Centre Hospitalier Le Montaigu à Astugue,
- Le Centre Hospitalier de Bagnères de Bigorre,
- Le Centre Hospitalier de Bigorre,
- Le Centre Hospitalier de Lannemezan,
- Le Centre Hospitalier de Lourdes.

Le Centre Hospitalier de Bigorre est l'établissement support du Groupement Hospitalier de Territoire.

1.3. Valeurs

Le Projet médical partagé s'appuie sur les valeurs communes que partagent les établissements parties au GHT, inscrits dans la convention constitutive et qui sont repris ci-dessous :

Les établissements parties au GHT des Hautes-Pyrénées sont unis par le partage de valeurs communes autour du maintien et du renforcement du service public de la santé exercé par ses membres et les partenaires avec lesquels ils coopèrent, quelle qu'en soit la taille. L'offre actuelle de soin de proximité comme l'offre de soin de recours doit demeurer et se renforcer par des synergies

territoriales, qui doivent permettre à chacun de bénéficier d'un égal accès à des soins sécurisés et de qualité certifiée.

Par une coopération renforcée au sein du GHT des Hautes-Pyrénées, les établissements parties veulent se donner les moyens de mieux soigner tout en maîtrisant les coûts :

- En garantissant, par des synergies territoriales, une offre de soins de qualité, sécurisée, accessible à tous et garante des missions de service public ;
- En mettant en place une gradation des soins et en développant une stratégie médicale et soignante concertée, orientée sur les besoins de santé du bassin de population ;
- En élaborant un projet médical et soignant, partagé, portant sur des filières de soins déclinées pour chaque membre, en offre de soins de proximité, de référence et de recours.

1.4. Méthodologie d'élaboration du PMP

Le GHT des Hautes-Pyrénées a mis en œuvre une démarche projet afin de formaliser le projet médical partagé. Signe de la volonté des acteurs de travailler ensemble afin de favoriser la prise en charge concertée des patients sur le territoire, les groupes de travail sur le PMP ont été mis en place alors même que la convention constitutive du GHT n'était pas encore validée par l'Agence Régionale de Santé. Un comité de pilotage a assuré le suivi des travaux réalisés.

Le GHT des Hautes-Pyrénées a bénéficié du dispositif d'accompagnement national mis en place et financé par la DGOS. Un accompagnement sur la thématique de la stratégie de territoire a été réalisé par SPH Conseil et NEERIA (dans le cadre du marché national UNIHA). Il portait notamment sur le positionnement du GHT sur le territoire et le projet médical partagé. Le GHT a également bénéficié d'un accompagnement plus spécifique sur les orientations des plateaux médico-techniques (PUI, laboratoire et imagerie). Cet accompagnement, toujours réalisé dans le cadre du dispositif national, a été réalisé par l'EHEESP.

Cet accompagnement a permis la formalisation de 3 filières au 30 juin 2017 :

- Urgences neurovasculaires,
- Maladies chroniques,
- Personnes âgées et vieillissement.

Par la suite, le GHT poursuivra la déclinaison des autres filières prioritaires identifiées dans le cadre d'avenants au PMP.

Le tableau suivant présente de manière synthétique les différents groupes de travail qui se sont mobilisés sur le projet médical partagé :

Groupe de travail	Urgences Neuro Vasculaires	Maladies chroniques	Personnes âgées Vieillessement	Plateau médico-technique	Urgences chirurgicales	Urgences cardio-vasculaires
Dates de réunion	7 mars 28 mars 9 mai	8 mars 28 mars 9 mai	7 mars 28 mars 9 mai	15 mars 16 mars	3 mai	26 avril

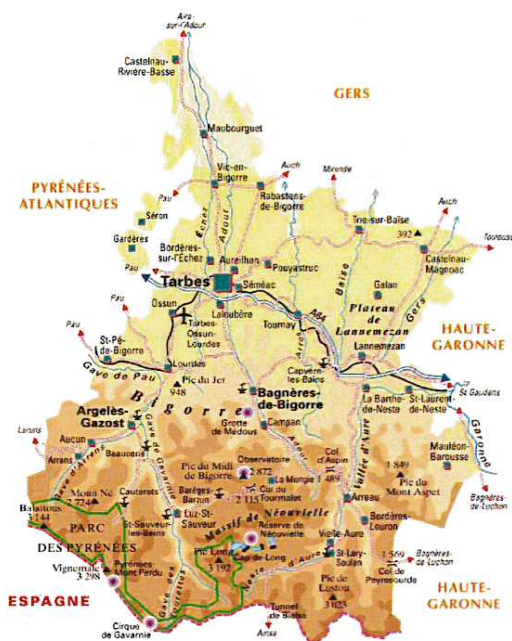
1.5. Conditions de mise en œuvre et de suivi

Le Président du collège médical présente annuellement au comité stratégique du GHT le suivi de la mise en œuvre du projet médical partagé de territoire.

2. PRESENTATION DU TERRITOIRE

2.1. Analyse socio-démographique et épidémiologique

○ Chiffres clés du département des Hautes-Pyrénées



Sources : Insee Flash N°30-Janvier 2017
+ Insee - Estimations de population

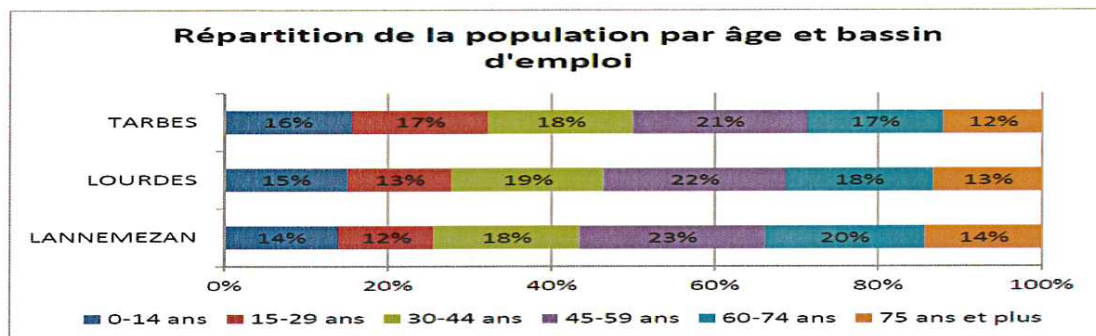
- Le département des Hautes Pyrénées s'étend sur 4.463 km².
- 228 950 habitants en 2014
- Une légère diminution entre 2009 et 2014 : -0.1% par an
- En 2014, plus de seniors (60 ans et plus) que dans la grande région Occitanie (32% contre 27%)
Un vieillissement de population plus rapide que les autres départements de la région (après le Lot) : +11% de personnes âgées de 60 ans et plus entre 2007 et 2040
- 13% de personnes âgées de 75 ans et plus en 2014 (11% en Occitanie et 9% en métropole)
- 154 personnes âgées de 60 ans et plus pour 100 jeunes de moins de 20 ans (119 en Occitanie)

○ Situation de pauvreté

- Une situation de pauvreté moins marquée qu'au niveau national pour la population totale du département
 - Taux de pauvreté de 14.3% en 2013 (17% en Occitanie et 14.5% en métropole)
 - 6.7% de la population du département bénéficient de la CMU Complémentaire (8.5% en Occitanie et 6.9% en métropole)

- Des personnes âgées plus souvent bénéficiaires des minima sociaux que la moyenne nationale
 - 3.8 allocataires du minimum vieillesse (ASPA, ASV) pour 100 personnes de 60 ans et plus (3.1% en métropole)
 - 27.1 bénéficiaires de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour 100 personnes de 75 ans et plus

○ Répartition de la population par âge et par bassins d'emploi



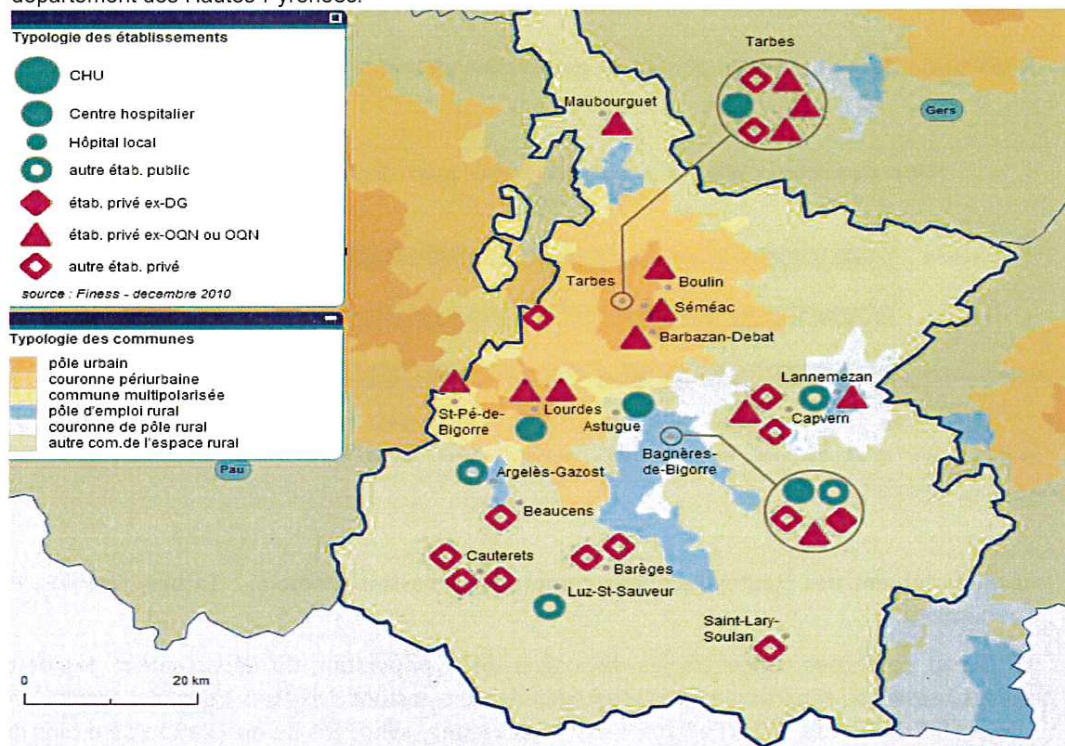
Source : Insee 2010

Le département des Hautes-Pyrénées compte trois bassins d'emploi : Tarbes, Lourdes, et Lannemezan.

Le bassin de Tarbes concentre les deux tiers de la population du département, les deux autres bassins se répartissant de façon égale le tiers restant. Les trois bassins d'emploi ont des profils différents. Celui de Tarbes est le plus jeune, avec 33% de population de moins de 30 ans, contre 28% pour Lourdes et 26% pour Lannemezan. A l'inverse, la part des personnes de 60 ans et plus est plus importante à Lannemezan (34%) que dans les bassins de Lourdes (31%) et Tarbes (29%).

2.2. Analyse de l'offre de soins

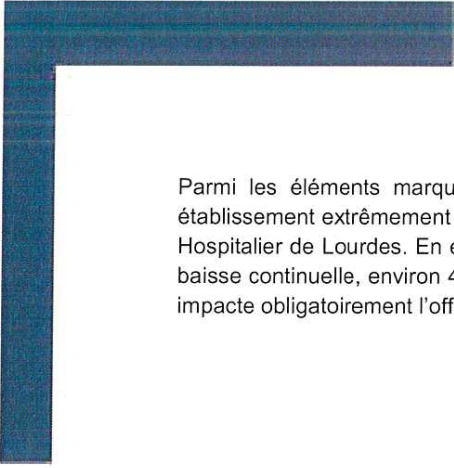
Quelle offre de soins sur le territoire ? La carte ci-dessous présente les différents établissements de santé du département des Hautes-Pyrénées.



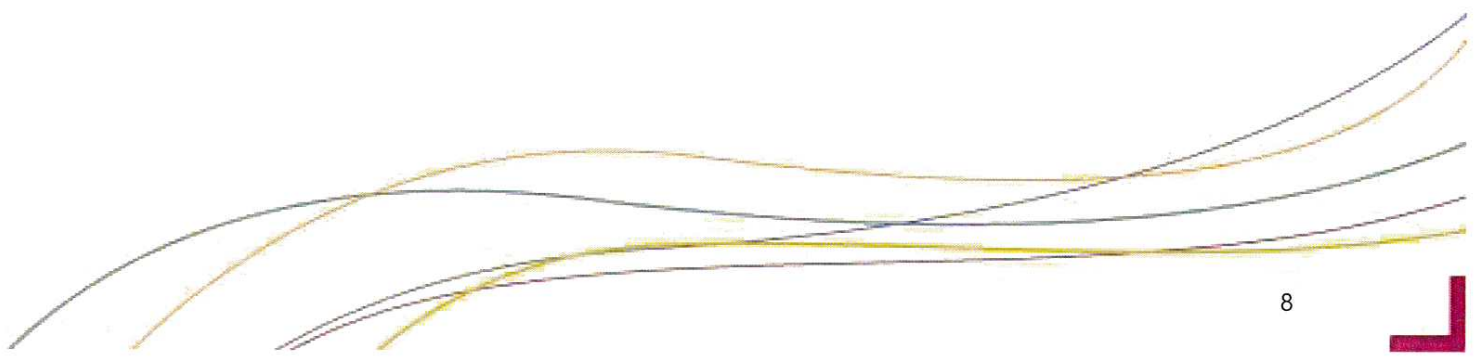
La région Midi-Pyrénées présente une densité médicale supérieure à la moyenne nationale : la région compte 299,9 médecins pour 100.000 habitants. Ce constat est également valable pour le département des Hautes-Pyrénées qui recense 313,4 médecins pour 100.000 habitants. (Source : Ordre des médecins, 1^{er} janvier 2016). La densité en médecins généralistes du département des Hautes-Pyrénées est également supérieure à la densité régionale (10,3 médecins généralistes/10.000 habitants, contre 9,3 au niveau régional). Le département présente la particularité d'une sur-représentation des médecins avec un diplôme européen ou extra-européen. En effet, 50% des nouveaux inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins ont un diplôme européen, et 12,5% ont un diplôme extra-européen. Fait remarquable : 75% des nouveaux inscrits ont une activité salariée.

Le Groupement Hospitalier de Territoire se compose de cinq établissements de santé, tous situés dans le département des Hautes-Pyrénées : les Centres Hospitaliers « Le Montaigu » à Astugue, de Bagnères de Bigorre, de Bigorre, de Lannemezan, de Lourdes. L'offre de soin du GHT des Hautes-Pyrénées se répartit sur le territoire de la façon suivante :

Offre de soins (60% du nombre de lits et places total)	Offre de santé médico-sociale (40% du nombre de lits et places total)
Médecine Chirurgie Obstétrique (lits et places) : 546	EHPAD : 656
SSR : 453	SSIAD : 36
Psychiatrie générale : 231	USLD : 244
Pédopsychiatrie : 14	Placement familial : 7
HDJ et HAD de psychiatrie : 166	
Centre de crise : 16	



Parmi les éléments marquants de ce Groupement Hospitalier de Territoire, il faut noter la présence d'un établissement extrêmement marqué par des afflux de population provenant de tous les points du globe : le Centre Hospitalier de Lourdes. En effet, même si les statistiques de la Sous-Préfecture d'Argelès-Gazost font état d'une baisse continue, environ 4,5 millions de pèlerins fréquenteraient annuellement ce site religieux. Cet état de fait impacte obligatoirement l'offre de santé de ce territoire.



3. OBJECTIFS MEDICAUX

Dans le cadre des orientations stratégique définies dans la convention constitutive, et afin de mettre en œuvre une stratégie de prise en charge concertée et graduée du patient, dans le but d'assurer un meilleur accès aux soins sécurisés et de qualité, les objectifs médicaux suivants ont été identifiés :

- Optimisation ou harmonisation des pratiques de prises en charge entre établissements du GHT (écriture de protocoles communs, programmation de formations communes,...) afin de renforcer les activités de la filière et les parcours de soin,
- Développement de la Télémédecine et télésurveillance,
- Développement des activités de recherche en lien avec le CHU,
- Promotion des activités à l'égard des professionnels de santé de ville et des patients,
- Développement de coopération entre établissements et notamment mise en place de ressources communes.

4. FILIERES RETENUES

8 Filières ont été retenues par le GHT Hautes Pyrénées dans le Projet Médical Partagé :

- Urgences et soins critiques ;
- Femme-mère couple enfant ;
- Santé des jeunes ;
- Malades chroniques et métaboliques ;
- Cancer ;
- Addictions ;
- Santé mentale et psychiatrie ;
- Personnes âgées et vieillissement.

5. PRESENTATION DES FILIERES

Les fiches action et les principes d'organisation au sein de chacune des filières sont décrits en annexe du PMP.

5.1. Filière gériatrie

Présentation de la filière et analyse de l'activité

Le périmètre de la filière gériatrique va de la prise en charge du sujet âgé du domicile jusqu'à l'institution.

Les différentes structures gériatriques travaillent ensemble sur des bassins gérontologiques au nombre de cinq : Tarbes, Vic, Lourdes, Bagnères de Bigorre, Lannemezan.

Ces filières sont complètes sauf :

- HDJ à Lourdes
- SSR à Lannemezan.

Ce dispositif s'articule autour d'une Equipe Territoriale Vieillesse et Prévention de la Dépendance.

Les actions menées s'inscrivent dans une stratégie partagée de proximité tant sur le volet hospitalier que sur le volet extra – hospitalier.

Le département des Hautes Pyrénées est site expérimentateur du dispositif PAERPA.

Analyse SWOT de la filière

➤ Forces

Existence d'une filière gériatrique sur chaque bassin gérontologique
Présence d'une équipe territoriale. Vieillesse et prévention de la dépendance
Véritable culture gériatrique partagée et de proximité

➤ Points à améliorer

SSR Lannemezan
HDJ Lourdes
UCC (10 lits insuffisants)
Renforcement des EMG

➤ Opportunités

Territoire avec une population vieillissante

Développement des outils de la télémédecine

► Limites

Démographie médicale

Prise en charge sanitaire lors des afflux des patients très âgés

Détermination des objectifs du PMP

Objectifs	Bénéfices attendus	Actions associées
Objectif 1 : Optimiser les filières gériatriques par bassin gérontologique : création de nouvelles activités et besoin en personnel	<p>Activités : chaque bassin disposera d'une filière gériatrique complète : diminution du délai d'attente aux urgences, organisation de la prise en charge en chirurgie ortho gériatrique.</p> <p>Déploiement des EMG en extra hospitalier et mise en place de nouvelles activités</p> <p>Diminution des délais d'attente pour les bilans neuropsychologiques (actuellement 3 à 9 mois d'attente)</p>	Fiche Action N°1
Objectif 2 : améliorer la gestion et la prise en charge des troubles du comportement des sujets âgés de + de 75 ans porteurs ou pas d'un diagnostic de démence	Amélioration de la prise en charge des troubles du comportement aigus	Fiche Action N°2
Objectif 3 : mettre en place une commission de coordination gériatrique (CCG) dans les établissements du GHT	<p>Uniformiser les outils de repérage et d'évaluation gériatrique dans l'établissement. Généraliser les actions de réduction du risque iatrogénique (conciliation médicamenteuse, livret thérapeutique...). Promouvoir un document de sortie d'hospitalisation avec évaluation gériatrique et échelles d'autonomie. Simplifier l'accès à des expertises gériatriques (ALLO PA)</p> <p>Garantir les conditions de fonctionnement et les moyens de l'EMG à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement.</p> <p>Promouvoir la formation des équipes de soins sur les thèmes gériatriques</p>	Fiche Action N°3
Objectif 4 : optimiser les outils et actions de prévention de la iatrogénie médicamenteuse	<p>Livret gériatrique : sécuriser et standardiser la prise en charge médicamenteuse.</p> <p>Conciliations : fiabiliser le recueil de données médicamenteuses au moment de l'admission et le transfert d'information médicamenteuse au médecin traitant, pharmacien d'officine ou IDE libérale du patient. De plus, la conciliation d'entrée doit permettre de sélectionner les patients en mésusage, mal observant et nécessitant un soutien éducatif.</p> <p>Programme ETP vulnérabilité iatrogénie : favoriser l'autonomisation patient/aidant, limiter les événements iatrogènes et créer le lien avec la partie iatrogénie du PAERPA. Sensibiliser les soignants "au réflexe iatrogène", à la détection d'effets indésirables chez à la personne</p>	Fiche Action N°4

âgée", aux bonnes pratiques d'administration chez la PA.

Objectifs	Bénéfices attendus	Actions associées
Objectif 5 : promouvoir et développer la télémédecine	Travail en interaction entre les 5 bassins gériatriques du département et avec d'autres intervenants extérieurs (gérontopôle, EHPAD, soins palliatifs, ...) Limiter les déplacements des patients âgés, fluidifier les parcours de soins, harmoniser les pratiques professionnelles, connexions multipoints permettant d'avoir accès à plusieurs spécialistes sur un même temps pour permettre une PEC pluridisciplinaire (pharmacien, gériatre, psychiatre, spécialiste d'organe...).	Fiche Action N°5
Objectif 6 : Promouvoir la recherche clinique gériatrique	Amélioration de la prise en charge des personnes âgées sur le département des hautes Pyrénées en donnant accès au droit de participation aux programmes de recherche clinique	Fiche Action N°6

5.2. Filière UNV

Présentation de la filière et analyse de l'activité

➤ Démographie médicale

8 neurologues sont recensés dans le département:

- Une forte densité de 3.4 pour 100 000 habitants (3.6 de moyenne en métropole)
- Une augmentation de 60% de l'effectif entre 2007 et 2016

Répartition des 8 neurologues sur le département :

- 3 libéraux à Tarbes
- 4 à l'hôpital de Tarbes
- 1 temps partiel à l'hôpital de Lourdes
- 2 neurologues font des consultations avancées sur Lourdes, Lannemezan et SSR neuro de Bagnères de Bigorre

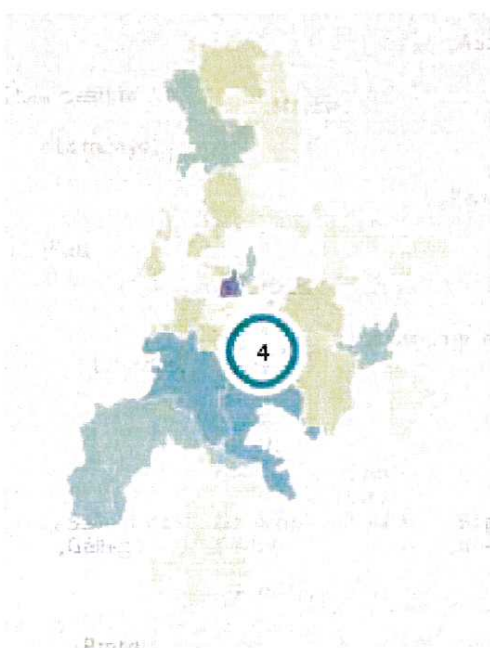
23 radiologues

→ Une densité moyenne de 9.7 pour 100 000 habitants (11 de moyenne en métropole)

2 chirurgiens vasculaires sont recensés :

→ Une densité moyenne de 0.8 pour 100 000 habitants (0.8 de moyenne en métropole)

Aucun neurochirurgien recensé dans le département (24 spécialistes sont recensés dans le département de Haute-Garonne)



Les établissements du GHT des Hautes-Pyrénées réalisent 750 séjours pour des AVC.
Entre 2014 et 2015 le nombre de séjour a diminué de 5.2%.
80% de l'activité du GHT concernant les AVC est issue des communes ci-contre.
75.2% des séjours sont réalisés dans le C.H de Bigorre.

Sources : ADAPT - HEVA

► Etude des Accidents Vasculaires Cérébraux (AVC)



Sources : ADAPT - HEVA

Les séjours concernant des AVC représentent 1,4% de l'activité total du GHT (0,7% pour la région Occitanie).

La durée moyenne d'un séjour est de 7,5 jours, soit une durée inférieure à celle de la France : IPDMS = 0,86

SÉJOURS

01/10/2017 10:17

GHT des Hautes-Pyrénées - LGA



0,4 %
DES SÉJOURS NATIONAUX
(750 / 176 113)

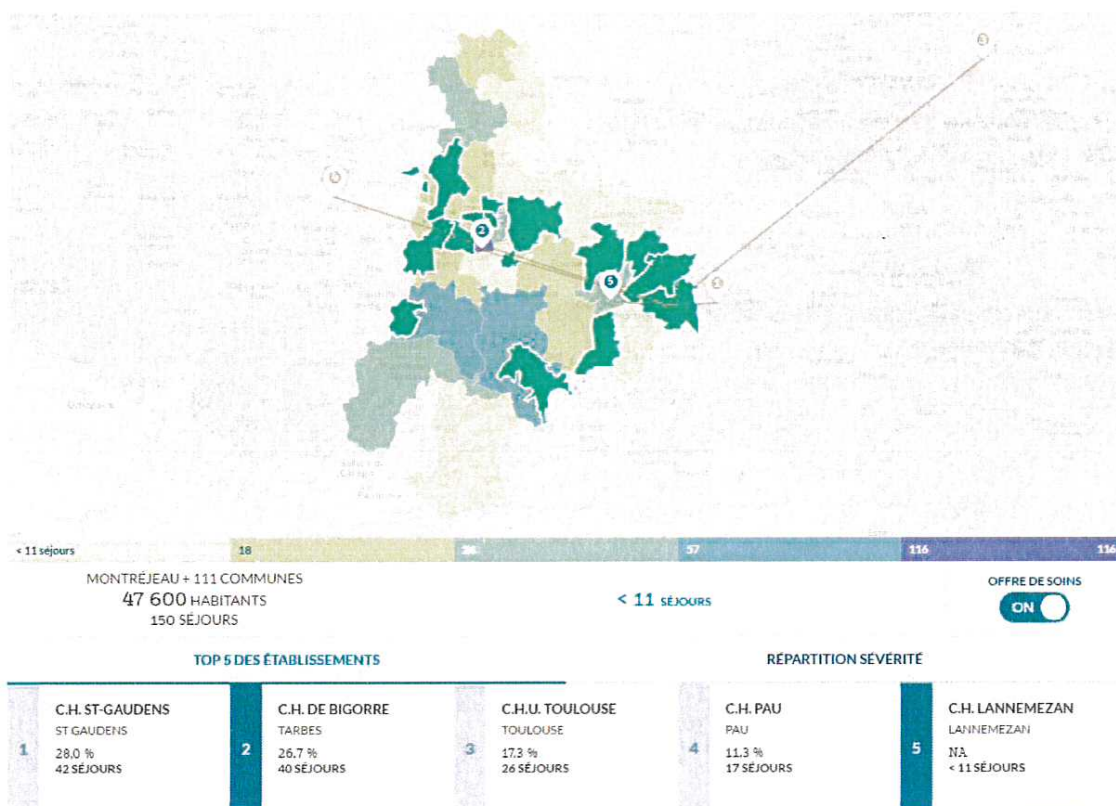
4,7 %
DES SÉJOURS RÉGIONAUX
(750 / 15 947)

	A	OCCITANIE	FRANCE
ÂGE MOYEN	74,3	73,6	72,3
ÂGE MÉDIAN	78	77	76
TAUX DE PERS. > 69 ANS	67,2%	66,2%	62,7%
TAUX DE PERS. > 75 ANS	47,3%	43,7%	40,9%

Sources : ADAPT - HEVA

Le GHT prend en charge des patients plus âgés que la moyenne régionale et nationale : 74.3 ans contre 72.3 ans au niveau national.

Environ 67% des patients ont plus de 69 ans contre 66% en région et 63% en France.



Sources : ADAPT - HEVA

Les séjours provenant des communes alentours mais qui **ne font pas parties** des communes cumulant 80% de l'activité AVC du GHT (en vert fluo ci-contre), sont comptabilisés en premier lieu au C.H de St-Gaudens, puis en 3^{ème} et 4^{ème} positions au C.H.U de Toulouse et au C.H de Pau.

➤ Volume d'activité sur Tarbes:

	Entrées	Thrombolyse IV	Thrombectomie
2015	515	67	13
2016	448	62	20

Analyse SWOT de la filière

➤ Forces

UNV dans le GHT avec une filière
Envie de collaborer entre les acteurs
Filière SSR performante
DMS AVC courte en MCO et SSR

➤ Points à améliorer

Démographie médicale (neurologue, gériatre) et paramédicale (orthophoniste)
Effectif paramédical insuffisant en UNV : kinésithérapeute, ergothérapeute, assistante sociale
Système de transmission d'image et visio
Fluidifier les échanges entre Tarbes et Lourdes
Fluidifier la filière gériatrique (AVC)

➤ Opportunités

Thrombectomie de Pau (si accord du ministère)
Développement de la télémédecine

➤ Limites

Démographie médicale à très court et moyen terme
Départs en retraite

Détermination des objectifs du PMP

Objectifs	Bénéfices attendus	Actions associées
Objectif 1 : Mettre en place la télémédecine	Optimiser le dg des AVC et réduire les délais de début de traitement Améliorer la prise en charge des AVC hospitalisés dans un autre établissement du GHT Transfert de connaissance vers ces services	Fiche Action N°1
Objectif 2 : Optimiser le parcours des patients âgés : de l'aigue jusqu'au domicile ou l'institution	Fluidifier le parcours des personnes âgées. Actuellement 11 % des patients admis dans le GHT en MCO pour un AVC récent ont plus de 90 ans. Ce chiffre va augmenter dans les prochaines années	Fiche Action N°2
Objectif 3 : Développer les coopérations entre l'UNV et les équipes de court séjour des établissements sans UNV (en particulier le service de cardiologie du GH de Lourdes)	Augmenter le nombre de patients AVC ou AIT intégrant la filière UNV et renforcer les coopérations entre l'UNV et le service de cardiologie de Lourdes	Fiche Action N°3
Objectif 4 : Mettre en place les évaluations post AVC	Dans le cadre du "virage ambulatoire" améliorer la prise en charge des patients ayant été victimes d'AVC en lien avec la ville pour faciliter le maintien au domicile et réduire les récurrences vasculaires	Fiche Action N°4
Objectif 5 : Optimiser la régulation (phase pré hospitalière)	Optimiser l'orientation des patients vers l'UNV ayant le plateau technique le plus adapté. Amélioration des délais de prise en charge	Fiche Action N°5

5.3. Filière Maladies chroniques

Présentation de la filière et analyse de l'activité

Cette filière comprend 2 axes : BPCO et diabète.

► Démographie médicale

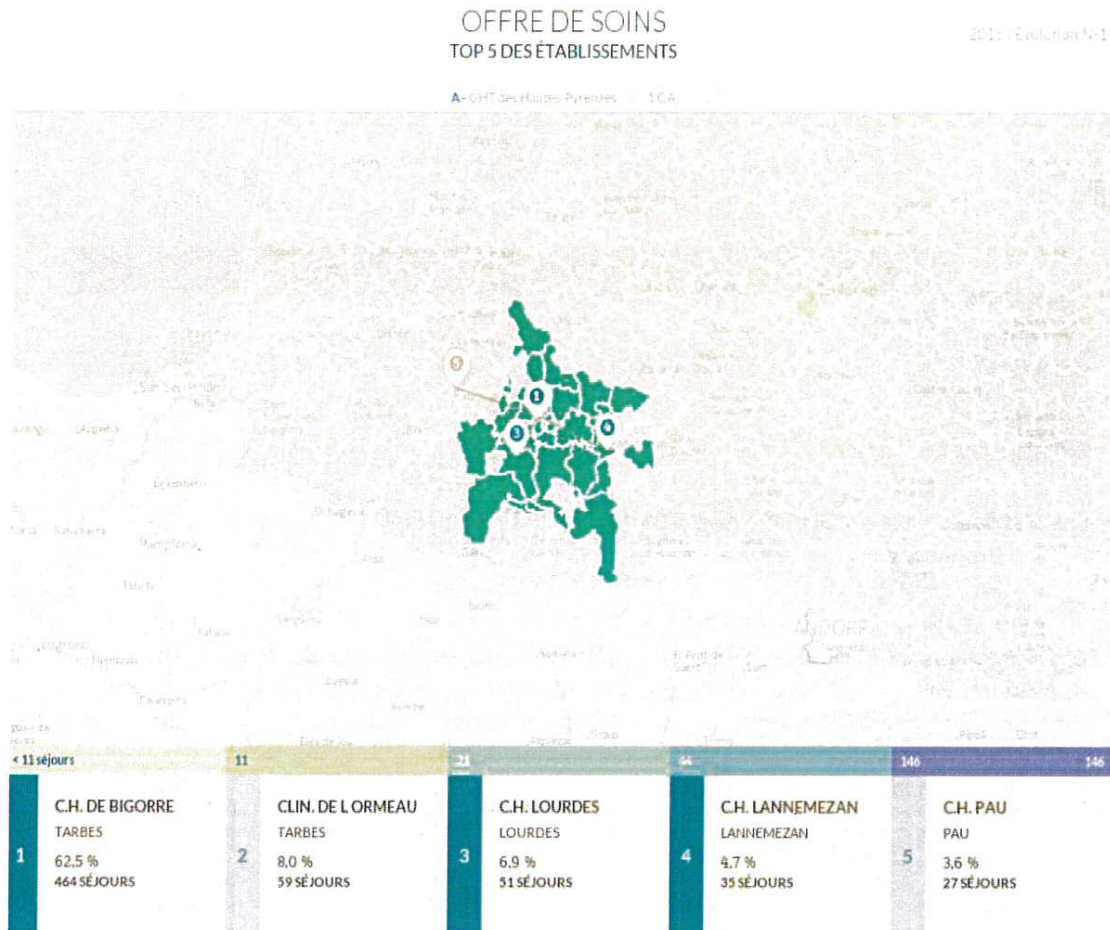
Pneumologues	France	Région Midi-Pyrénée	Département Hautes-pyrénées
Effectifs			
Nombre	2794	128	11
Densité (Pour 100 000 habitants)	4,1	4,2	4,6
Mode d'exercice			
Salariés	60,3%	46,9%	36,4%
Libéraux	24,7%	42,2%	36,4%
Mixtes	15,0%	10,9%	27,3%
Profil démographique			
Part des plus de 60 ans	26,3%	25,8%	45,5%
Part des moins de 40 ans	19,5%	19,5%	27,3%
Age moyen	51	51	54
Conseil de l'ordre des médecins 2016			

Endocrinologues	France	Région Midi-Pyrénée	Département Hautes-pyrénées
Effectifs			
Nombre	1758	119	7
Densité (Pour 100 000 habitants)	2,6	3,9	3
Mode d'exercice			
Salariés	57,3%	52,9%	71,4%
Libéraux	26,9%	31,9%	28,6%
Mixtes	15,8%	15,1%	0,0%
Profil démographique			
Part des plus de 60 ans	18,5%	26,1%	42,6%
Part des moins de 40 ans	23,3%	17,6%	0,0%
Age moyen	49	51	56
Conseil de l'ordre des médecins 2016			

Le département présente une densité de pneumologues supérieure à la densité régionale et nationale. Cependant, la part des pneumologues de plus de 60 ans y est elle aussi supérieure. Ce

constat est similaire pour les endocrinologues 42,6% des endocrinologues de la région ont plus de 60 ans, aucun à moins de 40 ans.

➤ Etude de l'activité de pneumologie (Bronchites, bronchiolites Asthme) des établissements du GHT



La carte ci-dessus présente la zone de recrutement du GHT Hautes-Pyrénées pour les pathologies suivantes:

- Bronchites,
- Bronchiolites
- Asthme.

Sur cette zone de recrutement, pour les activités citées ci-dessus, le CH de Bigorre détient en 2015, 62,5% de parts de marché (Soit 464 séjours), le CH de Lourdes détient 6,9% des parts de marché La clinique de l'Ormeau détient 8% des parts de marché.



SÉJOURS

2015 (Evolution N-1)

A - GHT des Hautes Pyrénées | 1/54



0,4 %
DES SÉJOURS NATIONAUX
(730 / 190 233)

5,1 %
DES SÉJOURS RÉGIONAUX
(730 / 14 319)

	A	OCCITANIE	FRANCE
ÂGE MOYEN	41,4	38,2	34,8
ÂGE MEDIAN	45	34	18
TAUX DE PERS. > 69 ANS	34,4%	30,8%	26,6%
TAUX DE PERS. > 79 ANS	25,5%	21,4%	17,7%

Les établissements du GHT réalisent 730 séjours pour les pathologies suivantes:

- Bronchites
- Bronchiolites
- Asthme

Ils prennent en charges des patients plus âgés que la moyenne régionale et nationale.

Quasiment, 60% des patients ont plus de 69 ans contre 52,2% en région et 44,3% en France.

De plus, le niveau de sévérité des patients est moins important pour les établissements du GHT, 47,5% des patients sont soignés pour de très courtes durées.

IPDMS est bien inférieur à la région il est de 0,75.

➤ GHM Bronchopneumopathies chroniques

SÉJOURS

2015 / Evolution N°1

A - GHT des Hautes-Pyrénées | 19 GHM



0,5 %
DES SÉJOURS NATIONAUX
(502 / 100 730)

5,5 %
DES SÉJOURS RÉGIONAUX
(502 / 9 134)

	A	OCCITANIE	FRANCE
ÂGE MOYEN	74,9	73,6	72,5
ÂGE MÉDIAN	78	76	75
TAUX DE PERS. > 69 ANS	65,7%	65,1%	61,7%
TAUX DE PERS. > 79 ANS	47,4%	39,2%	36,1%

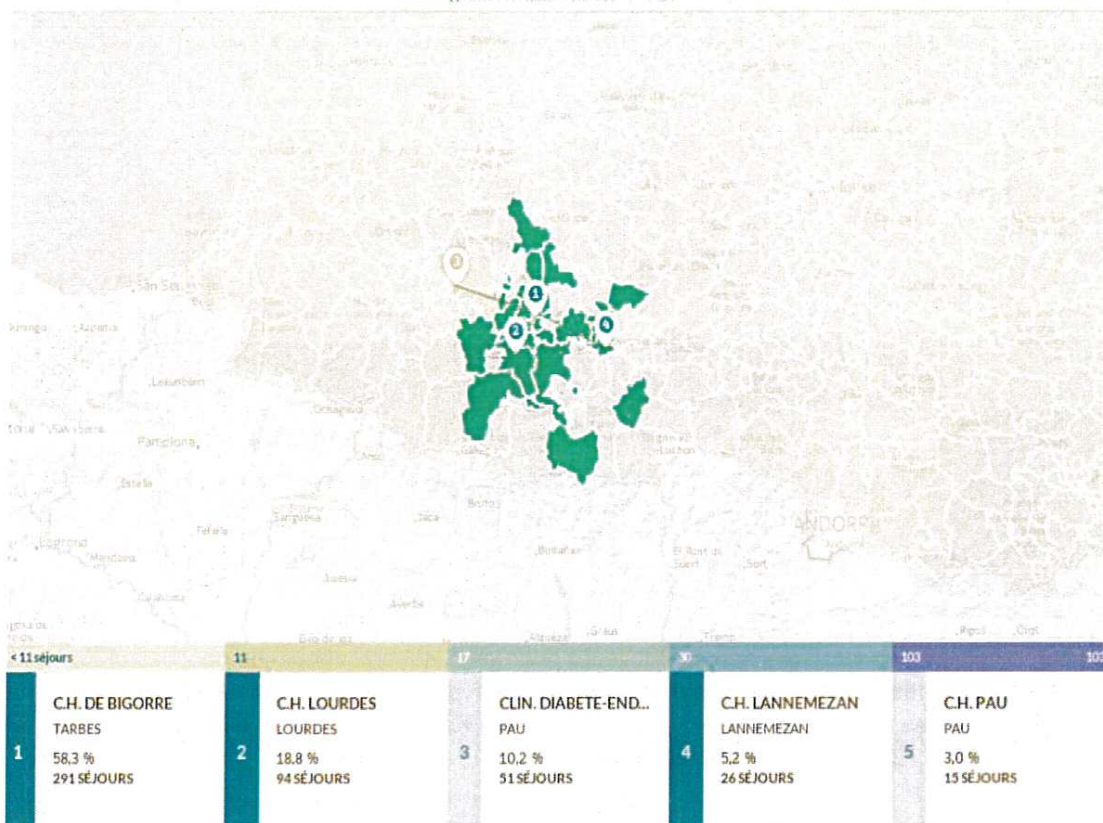
Les établissements du GHT réalisent 502 séjours pour les GHM bronchopneumopathies chroniques. Concernant ces pathologies, les établissements du GHT prennent en charge des personnes plus âgées qu'au niveau régional et national. Les patients ont en moyenne 74,9 ans contre 73,6 ans au niveau régional et 72,5 ans au niveau national.

➤ Zone de recrutement des pathologies diabétiques

OFFRE DE SOINS TOP 5 DES ÉTABLISSEMENTS

2015 - Extrait de N°1

A - GHT des Hautes Pyrénées | 1 CA



La carte ci-dessus montre la zone de recrutement du GHT Hautes Pyrénées pour les pathologies diabétiques. Sur cette zone de recrutement, le CH de Bigorre détient en 2015, 58,3% de parts de marché (Soit 291 séjours), le CH de Lourdes détient 18,8% des parts de marché et le CH de Lannemezan 5,2%.

La clinique Princess, spécialisée dans la prise en charge du diabète de l'obésité et des maladies métaboliques à Pau détient 10,2% des parts de marché.

SÉJOURS

2015 | Evolution N°1

A - GHT des Hautes-Pyrénées | LGA



0,5 %
DES SÉJOURS NATIONALIX
(517 / 95 150)

7,0 %
DES SÉJOURS RÉGIONAUX
(517 / 7 346)

	A	OCCITANIE	FRANCE
ÂGE MOYEN	60	54,4	54
ÂGE MEDIAN	62	59	58
TAUX DE PERS. > 69 ANS	34,4 %	28,1 %	25,0 %
TAUX DE PERS. > 79 ANS	16,8 %	13,0 %	11,0 %

Comme pour les maladies chroniques respiratoires, les établissements du GHT prennent en charge des patients plus âgés que la moyenne régionale et nationale.

51,2% des patients ont plus de 69 ans. C'est 10% de plus que la moyenne régionale et 14,5 % de plus qu'au niveau national.

Analyse SWOT de la filière

➤ Forces

Organisation territoriale depuis 10 ans sur Tarbes Lourdes (diabète) avec une équipe territoriale d'astreinte.

Véritable volonté de travailler en commun de tous les partenaires médicaux du territoire.

➤ Points à améliorer

Pas de SSR de nutrition sur le département

Effectifs médicaux et paramédicaux (diabète)

Manque de diététiciens pour l'éducation thérapeutique

Difficulté de trouver en particulier pour la filière BPCO, des kinésithérapeutes pour la rééducation pulmonaire

➤ Opportunités

Besoins croissants de la population (diabète)

Existence d'un réseau partenaire sur Tarbes Lourdes avec une implication réelle de généralistes

➤ **Limites**

Concurrence dans les autres départements et notamment à Pau (diabète)
Départs en retraite d'endocrin

Détermination des objectifs du PMP

Enjeux - Orientations stratégiques			
Thème	Objectifs		Actions associées
BPCO	1	Généraliser la mise en place dans le cadre de la prévention d'un dépistage précoce (Stades 1 et 2) chez le médecin généraliste	Fiche Action N°7
	2	Poursuivre le projet de réhabilitation respiratoire (Part'Ner) ambulatoire après un séjour en Pathologie respiratoire et de 21 jours en SSR.	Fiche Action N°6
	3	Education thérapeutique (ciblée traitement inhalée), oxygénation, ventilation médicale assistée	Fiche Action N°8
	4	Dépistage des exacerbations par le patient et l'entourage	Fiche Action N°11
	5	Travailler sur le parcours du patient vers le CHU: coils, valves, essais cliniques, et transplantations.	Fiche Action N°9 et 10
Diabète	1	Développer la prise en charge les personnes âgées qui ont une faible mobilité (y compris le développement de la télémédecine et télésurveillance)	Fiche Action N°4
	2	Optimiser et promouvoir l'astreinte départementale de diabétologie (avis téléphonique)	Fiche Action N°1
	3	Mettre en place un SSR de nutrition	Fiche Action N°2
	4	Augmenter l'offre d'éducation thérapeutique et notamment renforcer les moyens paramédicaux	Fiche Action N°3
	5	Améliorer la prise en charge des patients diabétiques hospitalisés dans les établissements de santé du GHT.	Fiche Action N°5

6. LES PROCHAINES ETAPES

- Présentation/validation du PMP auprès des instances du GHT (collège médical + comité stratégique)
 - 30 mai 2017

- Présentation du PMP (version intermédiaire) à l'ARS
 - juin 2017

- Priorisation des objectifs par le comité stratégique du GHT avant négociation avec l'ARS + Identification des orientations ou thématiques transversales du PMP
 - Juin 2017

- Détermination des modalités de suivi de la mise en œuvre et de l'évaluation du PMP
 - 30 mai 2017 ou en Juin 2017

- Transmission du PMP final à l'ARS
 - Fin Juin 2017

Pour la Directrice Générale de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie
et par délégation, Le Directeur Général Adjoint

Dr Jean-Jacques MORFOISSE

7. ANNEXES

7.1 Liste des experts

Filière	Expert
Gériatrie	Philippe VERGER
UNV	France WOIMANT
Maladies chroniques	Stephan MEYER

7.2 Détail des fiches action et tableaux des principes d'organisation par filière

- Voir documents annexés :
- Filière Maladies Chroniques - BPCO, Diabète
 - Filière Gériatrique
 - Filière UNV
 - Pharmacie à Usage intérieur (PUI)



FILIERE MALADIES CHRONIQUES BPCO, DIABETE

FEUILLE DE ROUTE "FILIERE GHT"			
Date création fiche	08/03/17	ETAT	
		En cours	
Nom de la filière	Maladies chroniques : BPCO, Diabète		
Responsable de la filière	Joelle CRUDEAU (BPCO) et David MALET (Diabète)		
Description de la filière	Cette filière comprend 2 axes : BPCO et diabète.		
Etablissements concernés	Tous les établissements du GHT		
Acteurs concernés	Interne GHT : pneumologues, gériatres, endocrino, autres ? Externe GHT : Pneumologue privé à Lannemezan, autres ?		
Contexte actuel			
<p>FORCES</p> <p>Organisation territoriale depuis 10 ans sur Tarbes Lourdes (diabète) avec une équipe territoriale d'astreinte</p> <p>Véritable volonté de travailler en commun de tous les partenaires médicaux du territoire.</p>	<p>POINTS A AMELIORER</p> <p>Pas de SSR de nutrition sur le département</p> <p>Effectifs médicaux et paramédicaux (diabète)</p> <p>Manque de diététiciens pour l'éducation thérapeutique</p> <p>Difficulté de trouver en particulier pour la filière BPCO, des kinésithérapeutes pour la rééducation pulmonaire</p>		
<p>OPPORTUNITES</p> <p>Besoins croissants de la population (diabète)</p> <p>Existence d'un réseau partenaire sur Tarbes Lourdes avec une implication réelle de généralistes</p>	<p>LIMITES</p> <p>Concurrence dans les autres départements et notamment à Pau (diabète)</p> <p>Départs en retraite d'endocrino</p>		
Enjeux - Orientations stratégiques			
Thème	Objectifs	Actions associées	
BPCO	1	Généraliser la mise en place dans le cadre de la prévention d'un dépistage précoce (Stades 1 et 2) chez le médecin généraliste	A compléter suite GT3
	2	Poursuivre le projet de réhabilitation respiratoire (Part'Ner) ambulatoire après un séjour en Pathologie respiratoire et de 21 jours en SSR.	A compléter suite GT3
	3	Educations thérapeutiques (ciblé traitement inhalée), oxygénation, ventilation médicale assistée	A compléter suite GT3
	4	Dépistage des exacerbations par le patient et l'entourage	A compléter suite GT3
	5	Travailler sur le parcours du patient vers le CHU: coils, valves, essais cliniques, et transplantations.	A compléter suite GT3
Diabète	1	Développer la prise en charge des personnes âgées qui ont une faible mobilité (y compris le développement de la télémédecine et télésurveillance)	A compléter suite GT3
	2	Optimiser et promouvoir l'astreinte départementale de diabétologie (avis téléphonique)	A compléter suite GT3
	3	Mettre en place un SSR de nutrition	A compléter suite GT3
	4	Augmenter l'offre d'éducation thérapeutique et notamment renforcer les moyens paramédicaux	A compléter suite GT3
	5	Améliorer la prise en charge des patients diabétiques hospitalisés dans les établissements de santé du GHT.	A compléter suite GT3
Prochaines réunions			
Commentaires			

FICHE ACTION GHT - Filière Maladies Chroniques DIABÈTE (1)			
Date création fiche	Avril 2017	État d'avancement	
Nom de l'action	1 – Promouvoir l'astreinte départementale de diabétologie		
Description de l'action	Depuis 2007, un diabétologue est joignable 24h/24 7j/7 pour des avis téléphoniques thérapeutiques ou d'orientation des patients. Cette action devra permettre de mieux faire connaître cette astreinte à vocation départementale.		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleure prise en charge des patients. - Orientation plus adéquate des patients. 		
Responsable de l'action	Dr Malet		
Étapes de mise en œuvre	Modalité 1 : Mailing (postal + internet)	1) Établir une liste des correspondants 2) Rédiger le message 3) Procéder à l'envoi	Les correspondants seront institutionnels, médicaux, paramédicaux mais aussi les patients (Associations et grand public)
	Modalité 2 : Réunions publiques	Rappeler l'existence d'une astreinte pendant les EPU ou les réunions publiques - Affichage sur les sites Internet des CH du GHT	- Créer une diapositive - Créer des flyers
	Modalité 3 : Sites Internet	- Affichage sur un site Internet régional (à créer par l'ARS)	
Moyens nécessaires	Humains : Temps de secrétariat + médical (ponctuels) Financier : Aide au financement de l'astreinte par l'ARS (ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle) Matériel : Coût des flyers et du mailing postal		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :		Début réel :
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)			
Évaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)			
Points d'attention / Commentaires	<p style="text-align: center;">Du fait de la réforme prévue du 3ème cycle des études médicales, les modalités d'astreinte risquent de changer radicalement à partir de novembre 2017, ce qui pourra avoir des conséquences Sur l'astreinte départementale de Diabétologie,</p> <p><i>Communication nécessaire, prérequis (exemple : Action X doit être réalisée avant action Y, validation en CME avant initiation étape 4), coût, livrables, etc</i></p>		

FICHE ACTION GHT - Filière Maladies Chroniques DIABÈTE (2)			
Date création fiche	Avril 2017	État d'avancement	
Nom de l'action	2 - Conforter et compléter la filière de prise en charge des patients atteints de pathologies nutritionnelles.		
Description de l'action	Les patients atteints par un diabète de type 2 (90 % des cas) nécessitent une prise en charge nutritionnelle. Celle-ci peut être réalisée dans le cadre de la filière de PEC de l'obésité qui est en cours de structuration depuis 2012, mais qui se heurte à un manque de personnel médical et paramédical, ainsi qu'à l'absence d'un SSR de Nutrition dans le département,		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	- Assurer une prise en charge satisfaisante en qualité et en quantité des pathologies nutritionnelles - Compléter la filière de prise en charge des patients atteints de pathologies nutritionnelles au sein du GHT.		
Responsable de l'action	Référénts médicaux en Nutrition des différents CH du GHT		
Étapes de mise en œuvre	Modalité 1	Évaluation des besoins par chaque CH	Évaluer les besoins en personnel (médical, para-médical, secrétariat,...) et en matériel
	Modalité 2	Identifier un SSR de Nutrition dans le GHT (Hôpital du Montaigu)	Voir le cahier des charges des SSR Nutrition (DESC nutrition ou temps de présence)
	Modalité 3	Créer une instance de coordination des politiques nutritionnelles au sein du GHT	Rôle dévolu à l'InterCLAN ? Surtout des diététiciens cars pas assez de médecins
Moyens nécessaires	- Augmentation du temps médical dédié - Recrutement de paramédicaux formés (diététiciens, psychologues, éducateurs sportifs, psychomotriciens, relaxologues, assistants sociaux,...) - Création d'un SSR de Nutrition (SSR du Montaigu) - Matériel adapté aux patients obèses		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :		Début réel :
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	Nombre de centres ayant fait cas de leurs besoins et voulant participer		
Évaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	nombre de patients pris en charge par la filière		
Points d'attention / Commentaires	- Des besoins spécifiques seront probablement mis en évidence chez les patients présentant des pathologies psychiatriques (troubles du comportement alimentaires, effets secondaires des médicaments, fragilité sociale...) - La prise en charge de l'anorexie mentale nécessitera des mesures spécifiques - Des liens existent avec de nombreuses spécialités (dépistage du SAS, orthopédie, ...)		
<i>Communication nécessaire, prérequis (exemple : Action X doit être réalisée avant action Y, validation en CME avant initiation étape 4), coût, livrables, etc</i>			

FICHE ACTION GHT - Filière Maladies Chroniques DIABÈTE (3)			
Date création fiche	Avril 2017	État d'avancement	
Nom de l'action	3 – Sécuriser et conforter l'offre d'Éducation Thérapeutique du Patient (ETP) sur les CH du GHT en diabétologie.		
Description de l'action	<p>Les sites du CH de Lourdes et du CH de Tarbes proposent un offre complète d'ETP (Diabète de type 1, Diabète de type 2, Pompes à insuline, Surpoids, ...). Cependant, cette activité est limitée par les moyens disponibles, essentiellement en terme de personnel para-médical, alors que la demande des patients est forte.</p> <p>Plusieurs projets d'ETP ont été mis en place sur les autres sites du GHT mais certains ont du être abandonnés par manque de moyens dédiés,</p>		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	<p>Augmentation de l'activité d'ETP : hospitalisations, consultations, Forfait de Prestation Intermédiaire FPI (voir plus bas)</p> <p>Diminution des hospitalisations en urgence Pour les pathologies chroniques</p> <p>Diminution des complications aiguës et chroniques</p>		
Responsable de l'action	Référénts médicaux en ETP de chaque CH du GHT		
Étapes de mise en œuvre	Modalité 1	Évaluation des besoins par CH	Évaluer les besoins en personnel (médical, para-médical, secrétariat,...) et en matériel
	Modalité 2	Réflexion autour au FPI	Voir si une réorganisation des PEC en ETP est souhaitable et réalisable
	Modalité 3	Création d'une entité de coordination de l'ETP au sein du GHT	En respectant une gradation de la PEC (ETP de proximité/ETP de recours)
Moyens nécessaires	<p>Humains : diététiciens, IDE d'éducation, psychologues, éducateurs sportifs, psychomotriciens, ...</p> <p>Financier :</p> <p>Matériel : Matériel d'ETP</p>		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :		Début réel :
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	- Nombre de professionnels de santé impliqués dans l'ETP		
Évaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>- Nombre de patients pris en charge en ETP selon les différentes modalités (hospitalisation, externe, FPI, ...)</p> <p>- Nombre de séances d'ETP réalisées</p>		
Points d'attention / Commentaires	<p>- Depuis le 1/3/2017, la création d'un Forfait de Prestation Intermédiaire (FPI) permet de financer les actions d'ETP en externe, ce qui devrait faciliter leur développement</p> <p>- Place des équipes mobiles ?</p> <p><i>Communication nécessaire, prérequis (exemple : Action X doit être réalisée avant action Y, validation en CME avant initiation étape 4), coût, livrables, etc</i></p>		

FICHE ACTION GHT - Filière Maladies Chroniques DIABÈTE (4)

Date création fiche	Avril 2017	État d'avancement	
Nom de l'action	4 – Améliorer la prise en charge ambulatoire des patients diabétiques À mobilité réduite dans le Territoire de Santé		
Description de l'action	Faciliter l'accès à un avis spécialisé en Diabétologie (Consultations avancées, Télémédecine,...) aux personnes dont la mobilité est réduite (personnes âgées, handicapés, prisonniers,...) Dans la totalité du département.		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	<ul style="list-style-type: none"> - Meilleur accès aux soins - Meilleure orientation des patients - Diminution des coûts des consultations (Télémédecine) 		
Responsable de l'action	Référénts médicaux en Diabétologie de chaque CH du GHT		
Étapes de mise en œuvre	Modalité 1	Évaluation de la demande par CH	Évaluer la demande de soins par CH : nombre de consultations nécessaires pour patients à mobilité réduite (DIM)
	Modalité 2	État des lieux du réseau de Télémédecine du GHT	Voir avec correspondants Télémédecine de chaque CH du GHT
	Modalité 3	Évaluation des besoins par CH	Évaluer les besoins en personnel (médical, para-médical, secrétariat,...) et en matériel pour répondre à la demande (Télémédecine, Consultations avancées, ...)
Moyens nécessaires	<u>Consultations avancées :</u> Humains et Financier : Temps médical ET paramédical (+ secrétariat) Matériel : Locaux de consultation <u>Télémédecine :</u> Humains et Financier : Temps de technicien (+ Temps médical ET paramédical) + secrétariat Matériel : Matériel de Télémédecine et locaux dédiés		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :		Début réel :
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)			
Évaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	<ul style="list-style-type: none"> - Nombre de consultations avancées - Nombre d'actes de Télémédecine 		
Points d'attention / Commentaires	<p>*La Télémédecine semble plutôt adaptée au cas des prisonniers, afin de diminuer le coût des consultations pour ces patients, place pour les patients à mobilité réduite (MAS...)</p> <p>*Une consultation avancée de Diabétologie n'a de sens que si elle permet une prise en charge globale multi-professionnelle (IDE d'éducation, Diététicien, ...)</p> <p>*Il sera difficile de « filtrer » les patients « à mobilité réduite »</p> <p>*Des modalités de coopération avec les HDJ (de Gériatrie notamment) pourront être trouvés</p>		
<i>Communication nécessaire, prérequis (exemple : Action X doit être réalisée avant action Y, validation en CME avant initiation étape 4), coût, livrables, etc</i>			

FICHE ACTION GHT - Filière Maladies Chroniques DIABÈTE (5)

Date création fiche	Avril 2017	État d'avancement	
Nom de l'action	5 – Améliorer la prise en charge des patients diabétiques <u>hospitalisés</u> dans les établissements de santé du GHT.		
Description de l'action	Améliorer la prise en charge des patients diabétiques hospitalisés dans les établissements de santé du GHT par : - recours à un avis spécialisé (consultation avancée, télémedecine). - la formation des acteurs locaux (médecins et paramédicaux)		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	- Amélioration de la qualité des soins - Diminution de la DMS - Optimisation du codage de la pathologie « Diabète »		
Responsable de l'action	Référénts médicaux en Diabétologie de chaque CH du GHT		
Étapes de mise en œuvre	Modalité 1	Évaluation de la demande par CH	Évaluer la demande de soins par CH : nombre de consultations nécessaires pour patients hospitalisés (DIM) (cs sur site ou par télémedecine)
	Modalité 2	Formation des acteurs locaux	Formations des acteurs médicaux et para-médicaux par les Diabétologues du GHT
	Modalité 3	Diffusion de protocoles de prise en charge	Mise à disposition de protocole pour guider la PEC des patients diabétiques
Moyens nécessaires	Humains : Temps médical, paramédical (IDE, Diététicien) et technique (Télémedecine) Financier : Matériel : Locaux dédiés		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :		Début réel :
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)			
Évaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	- Nombre de Consultations avancées - DMS des patients diabétiques - Analyse du codage PMSI du diabète		
Points d'attention / Commentaires	- Une consultation avancée de Diabétologie n'a de sens que si elle permet une prise en charge globale multi-professionnelle (IDE d'éducation, Diététicien, ...) dans le même temps - La formation des acteurs locaux devra être réalisée de préférence par l'équipe territoriale de Diabétologie (sur site ou non)		
<i>Communication nécessaire, prérequis (exemple : Action X doit être réalisée avant action Y, validation en CME avant initiation étape 4), coût, livrables, etc</i>			

FICHE ACTION GHT - Filière Filière Maladies Chroniques BPCO		
Date création fiche	21/03/17	Etat d'avancement
Nom de l'action	6- Promouvoir la réhabilitation respiratoire et en améliorer l'accès	
Description de l'action	<p>Existant : unité de 20 lits de réhabilitation respiratoire(RR)opérationnelle depuis 2006 avec une équipe pluridisciplinaire dédiée</p> <p>Programme de réhabilitation centré sur l'activité physique adaptée et l'éducation thérapeutique avec plusieurs ateliers (voir fiche réhabilitation)</p> <p>Moyens utilisés : convaincre praticien et patient des bénéfices de RR dans ses indications : diffusion de l'information du programme de RR auprès des praticiens et services concernés par RR, ouverture d'une plage de consultation de pneumologie à l'hôpital Le Montaigu</p>	
Résultats attendus (valeur ajoutée)	Améliorer le recrutement des patients pour la RR (filière MCO - SSR et également les admissions directes du domicile)	
Responsable de l'action	Docteur Mohamed CHHIH	
Etapes de mise en œuvre	<p>le 30/03/2017</p> <p>Contacté par courrier les medecins généralistes du département pour les informer et les sensibiliser sur la pertinence de la réhabilitation respiratoire dans ses indications</p> <p>Contacté les medecins des spécialités concernées par la réhabilitation respiratoire (Pneumologue, Cardiologues,Chirurgiens thoraciques,...)pour les informer de la disponibilité de cette prise en charge à l'hopital Le Montaigu</p> <p>Plaquette information du programme RR est jointe au courrier</p>	
Moyens nécessaires	<p>Humains: Equipe Réhabilitation Respiratoire en place</p> <p>Financier: Prévoir Achat matériel pour mesure Vomax</p> <p>Matériel:plaquette d'information sur RR destinée aux praticiens concernés</p> <p>Programme RR sur site internet Le Montaigu: wordpress,hopital-le-montaigu,fr</p>	
Échéance prévisionnelle / réelle		Début réel :
	Échéance prévisionnelle :	Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	<p>Suivi des statistiques d'hospitalisation en réhabilitation</p> <p>Modalités du suivi et d'Evaluation du Maintien des Aquis,les moyens utilisés:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Certains patients sont mis en contact avec le reseau Partn'Air si disponible * D'autres patients achètent le matériel pour poursuivre le réentraînement à l'effort au domicile (vélo d'appartement,tapis roulant,...) *Rappeler certains patients pour les remotiver pour l'exercice physique 	
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	Bilan activité suivi par le DIM	
Points d'attention / Commentaires	<p>Réhabilitation respiratoire consacre une attention particulière à l'éducation thérapeutique , 10 ateliers d'ETP sont proposés en groupe parfois en individuel</p> <p>Exemple: Bon usage du traitement inhalé, les signes d'aggravation et conduite à tenir,,,,,,,,,,,,,</p> <p><i>Communication nécessaire, prérequis (exemple : Action X doit être réalisée avant action Y, validation en CME avant initiation étape 4), coût, livrables, etc</i></p>	

FICHE ACTION GHT - Filière MALADIES CHRONIQUES BPCO			
Date création fiche		Etat d'avancement	
Nom de l'action	7 - Favoriser le dépistage précoce des patients BPCO en promouvant la réalisation de la spirométrie chez les médecins généralistes (MG) des Hautes Pyrénées		
Description de l'action	Former les médecins généralistes aux spiromètres portables pour qu'ils proposent cet examen à tous leurs patients fumeurs de plus de 40 ans ou > 20PA. Accompagner les MG sur le long terme : apprentissage de la technique, interprétation des résultats, adressage des patients dès anomalie.		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	Détecter plus précocément la BPCO pour : traiter et inverser l'évolution naturelle de la maladie (en prévenant les exacerbations et en aidant le patient dans son sevrage tabagique). Renforcer les liens entre la médecine de ville et l'hôpital.		
Responsable de l'action	Dr DEMAEGDT (CH de Tarbes)		
Étapes de mise en œuvre	Etape 1	Sensibiliser les MG à cette pratique	EPU, courriers.....
	Etape 2	Envois réguliers de bulletin	
	Etape 3	Réunion bi ou tri-annuelle	
	Etape 4	Définir à quel moment adresser les patients aux pneumologues	
	Etape 5	Définir un lien direct avec MG (mail, numéro de tél..) pour réponse rapide	
Moyens nécessaires	Humains : pneumologues; médecins généralistes Financier : formations des MG à la spirométrie et interprétations Matériel : spiromètres de bureau (700 à 1200 euros)/logiciels de transmission/ support visuel pour formation des MG		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel : septembre 2017		Début réel :
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	Nombre de patients suivis; nombre de patients qui ont arrêté le tabagisme....		
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de MG formés, utilisant leur spiromètres; Nombre de patients dépistés		
Points d'attention / Commentaires	Début des réunions en mai 2017 ; Besoin de moyens et du soutien de l'ARS pour pérenniser l'action ; Intérêt de ce dispositif chez MG motivés, en cabinet de groupe ; Potentiel existant sur Centre de Rééducation Fonctionnelle de Bagnères nécessitant un achat de spiromètre/formation d'IDE/vacation de pneumologue/validation en CME au préalable		
<i>Communication nécessaire, prérequis (exemple : Action X doit être réalisée avant action Y, validation en CME avant initiation étape 4), coût, livrables, etc</i>			

FICHE ACTION GHT - Filière MALADIES CHRONIQUES BPCO			
Date création fiche		Etat d'avancement	
Nom de l'action	8- Améliorer l'éducation thérapeutique des patients en terme de traitement inhalé, aérosolthérapie, oxygénothérapie et VNI		
Description de l'action	Mise en œuvre d'un programme personnalisé avec des séances individuelles pour apprentissage des techniques de prise de traitements inhalés, d'aérosols, d'oxygénothérapie et de VNI (au CH de Tarbes dans un premier temps puis extension aux autres centres hospitaliers dans un deuxième temps). Poursuite de la prise en charge dans les SSR.		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	Meilleure prise en charge du patient avec amélioration de la qualité de vie et réduction du nombre d'exacerbations et d'hospitalisations sur le secteur. Un élargissement de l'action est à envisager en fonction des résultats et moyens obtenus.		
Responsable de l'action	DR COURDEAU JOELLE (CH de Tarbes)		
Etapes de mise en œuvre	Etape 1	Dffusion de plaques éducatives	Commentaires étape 1
	Etape 2	Formation des différents personnels	
	Etape 3	Information et coordination avec le médecin traitant	
	Etape 4	Définir un suivi régulier	
	Etape 5	Evaluation à 6 mois	
Moyens nécessaires	Humains : Recrutement de personnel formé aux différentes techniques (infirmière, kinésithérapeute) Financier : Diffusion de plaquettes éducatives Matériel :		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :		Début réel :
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	Identification et surveillance d'indicateurs d'efficacité au long cours de ces différents traitements : exacerbations, hospitalisations, recours aux urgences, consultations non programmées, séjours en réanimation, absentéisme professionnel. Nombre de sites bénéficiant de l'éducation thérapeutique		
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de réhospitalisation de patients, d'admission en réanimation.		
Points d'attention / Commentaires	le succès de cette démarche devrait permettre une extension à d'autres sites.		
	<i>Communication nécessaire, prérequis (exemple : Action X doit être réalisée avant action Y, validation en CME avant initiation étape 4), coût, livrables, etc</i>		

FICHE ACTION GHT - Filière MALADIES CHRONIQUES BPCO			
Date création fiche		Etat d'avancement	
Nom de l'action	9- Optimiser le parcours des patients à prise en charge spécifique vers le CHU (valves, greffe pulmonaire...)		
Description de l'action	Définir des critères communs au GHT pour les orientations des BPCO en Phase aiguë : Faisabilité ? Obstacles ?		
Résultats attendus (valeur ajoutée)			
Responsable de l'action	Docteur Azeddine ASSOUAN CH Lannemezan		
Etapas de mise en œuvre	Etape 1	Recueil des données DIM : RUM et RSS BPCO Phase aiguë	A-Demande fournir pour l'année 2016 les BPCO, les Insuffisances Respiratoires Aigües et Chroniques en diagnostic principal ou significatif aux urgences et en soins continus ainsi que l'orientation du patient à sa sortie » B- Méthodologie Extraction des données avec la requête : Passage par Diag.sql Sélection des Diagnostics : BPCO : de J44 à J44.9 IRC Aigües : J 96.00, J96.01 et J96.09 IRC Chroniques Obstrucives : J96.100, J96.110 et J96.190
	Etape 2	Contacteur les responsables UF Urgences des 4 établissements GHT	Critères évaluation à l'accueil + Critères hospitalisation + Critères pour choix de l'unité + Critères RAD + Critères SSR + Quels suivis intra et extra ?
Moyens nécessaires	<p>A Court Terme :</p> <p>Temps médical pour 2 – 3 réunions avec les acteurs sur le terrain : Urgentistes/Pneumologues pour définir les Critères communs (de Gravité-d'orientation) en fonction des spécificités de chaque établissement – Redéfinir les coopérations existantes et les renforcer.</p> <p>A Moyen Terme :</p> <p>Identifier besoins pour fluidifier la prise en charge des BPCO aiguës aux urgences :</p> <p>1-Capacités des services autre que Pneumologie, -Temps d'attente Avis Pneumo : UHCD – Autres services ? -Besoins en formations ? Oxygénothérapie ? VNI ?</p> <p>2-Besoins de lits d'aval en SRR : -Combien de lits SRR orientés BPCO dans le bassin du GHR ? -Evaluer temps moyen entre demande et Disponibilité de place en services autre ou SSR? -Evaluer les difficultés des SRR à réorienter une BPCO stable devenant aiguë</p> <p>3-Nature des besoins :</p> <p>Tous ces besoins doivent être évalués en Nature : Humain (ETP), matériel, formation</p>		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :		Début réel :
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	<p>Plusieurs critères peuvent être choisis :</p> <p>- Nb BPCO Stabilisés aux Urgences/UHCD sans lits d'aval ? - Temps d'attente entre CHG et SSR pour une BPCO Stabilisée - Nb de VNI utilisés pour BPCO aiguë stabilisée (capacités des services à gérer les VNI) - Nb de jours d'Antibio IV pour BPCO</p>		
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)			
Points d'attention / Commentaires	<p>L'échéance prévisionnelle dépendra :</p> <p>- Des relevés DIM 4 structures GHT - De l'organisation de travail en comité local de réflexion : Duo de Pneumologue/Urgentiste par CH du GHT pour réfléchir sur les étapes à mettre en œuvre - Puis réunion du Groupe GHT BPCO pour confronter résultats des comités Locaux.</p> <p>Estimation temps : 6 mois (hors mois d'été)</p>		

FICHE ACTION GHT - Filière MALADIES CHRONIQUES BPCO			
Date création fiche		Etat d'avancement	
Nom de l'action	10 - Optimiser le parcours des patients à prise en charge spécifique vers le CHU (valves, greffe pulmonaire...)		
Description de l'action	Dépistage et accompagnement des patients pouvant bénéficier de techniques innovantes et de l'intégration à des essais cliniques.Participation à un projet de réhabilitation respiratoire.Sensibilisation des équipes à la greffe avec amélioration de la prise en charge locale(bilan prégreffe optimal,nutritionnel,psychologique,etc,,)		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	Bénéfice pour le patient; accès aux techniques innovantes; pas de perte de chance pour les patients		
Responsable de l'action	Dr COURDEAU JOELLE (CH de Tarbes)		
Etapes de mise en œuvre	Etape 1	répertorier les profils des patients répondant aux critères	
	Etape 2	réunion de consensus avec chirurgie thoracique	
	Etape 3	formation du personnel; protocole spécifique	
	Etape 4	convention avec le CHU?	
Moyens nécessaires	Attaché de recherche clinique, augmentation du temps paramédical(psychologue, diététicienne, infirmière, kiné), programme de réhabilitation respiratoire ambulatoire		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :		Début réel :
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	Nombre de patients bénéficiant de techniques innovantes et/ou en bilan pré greffe.Indicateurs d'efficacité sur le long terme de ces thérapeutiques.Questionnaires de suivi de la qualité de vie.		
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de patients bénéficiant de cette prise en charge spécifique		
Points d'attention / Commentaires	<p><i>Communication nécessaire, prérequis (exemple : Action X doit être réalisée avant action Y, validation en CME avant initiation étape 4), coût, livrables, etc</i></p>		

FICHE ACTION GHT - Filière MALADIES CHRONIQUES BPCO			
Date création fiche		Etat d'avancement	
Nom de l'action	11 - Dépistage des exacerbations par le patient et l'entourage/Orientation du patient		
Description de l'action	Reconnaissance des symptômes de l'état stable(intensité de la dyspnée aspect habituel de l'expectoration) et des symptômes d'une exacerbation (augmentation de la dyspnée,augmentation du volume et de la purulence de l'expectoration) Connaissance des signes de gravité(dyspnée de repos,angoisse,sueurs,malaise,palpitations,cyanose,oedèmes)		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	Prise en charge rapide et optimale Orientation ciblée d'emblée		
Responsable de l'action			
Étapes de mise en œuvre	Etape 1	Intitulé de l'étape 1	Commentaires étape 1
	Etape 2		
	Etape 3		
	Etape 4		
	Etc		
Moyens nécessaires	Humains :Connaître et afficher les n° d'urgences Déclencher l'intervention d'une aide extérieure(personne ressource informée de la conduite à tenir et capable de la mettre en œuvre Appel du médecin traitant,SAMU selon signes de gravité Financier : Matériel :		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :		Début réel :
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)			
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)			
Points d'attention / Commentaires	Communication nécessaire, prérequis (exemple : Action X doit être réalisée avant action Y, validation en CME avant initiation étape 4), coût, livrables, etc		



FILIERE GERIATRIQUE

FEUILLE DE ROUTE "FILIERE GHT"			
Date création fiche	07/03/17	ETAT	En cours
Nom de la filière	GERIATRIQUE		
Responsable de la filière	Docteur Serge BORDES		
Description de la filière	Filière gériatrique - prise en charge du sujet âgé du domicile à l'institution		
Etablissements concernés	L'ensemble des établissements du GHT		
Acteurs concernés	Interne GHT : tous les acteurs de la gériatrie (médecins, cadres soignants et sociaux...) Externe GHT : tous les acteurs de la gériatrie (médecins, personnels soignants, SSIAD, MAIA, Assistantes Sociales, CLIC...)		
Contexte actuel (à compléter à partir du diagnostic territorial)			
<p align="center"><u>FORCES</u></p> Existence d'une filière gériatrique sur chaque bassin gérontologique Présence d'une équipe territoriale. Vieillesse et prévention de la dépendance Véritable culture gériatrique partagée et de proximité		<p align="center"><u>POINTS A AMELIORER</u></p> SSR Lannemezan HDJ Lourdes UCC (10 lits insuffisants) Renforcement des EMG	
<p align="center"><u>OPPORTUNITES</u></p> Territoire avec une population vieillissante Développement des outils de la télé-médecine		<p align="center"><u>LIMITES</u></p> Démographie médicale Prise en charge sanitaire lors des afflux des patients très âgés	
Enjeux - Orientations stratégiques			
Objectifs	Bénéfices attendus	Actions associées	
Objectif 1 : optimiser les filières gériatriques par bassin gérontologique : création de nouvelles activités et besoin en personnel	Activités : chaque bassin disposera d'une filière gériatrique complète : diminution du délai d'attente aux urgences, organisation de la prise en charge en chirurgie ortho gériatrique. Déploiement des EMG en extra hospitalier et mise en place de nouvelles activités,, Diminution des délais d'attente pour les bilans neuropsychologiques (actuellement 3 à 9 mois d'attente),	Fiche Action N°1	

Enjeux - Orientations stratégiques		
Objectifs	Bénéfices attendus	Actions associées
Objectif 2 : améliorer la gestion et la prise en charge des troubles du comportement des sujets âgés de + de 75 ans porteurs ou pas d'un diagnostic de démence	Amélioration de la prise en charge des troubles du comportement aigus	Fiche Action N°2
Objectif 3 : mettre en place une commission de coordination gériatrique (CCG) dans les établissements du GHT	uniformiser les outils de repérage et d'évaluation gériatrique dans l'établissement. Généraliser les actions de réduction du risque iatrogénique (conciliation médicamenteuse, livret thérapeutique...). Promouvoir un document de sortie d'hospitalisation avec évaluation gériatrique et échelles d'autonomie. Simplifier l'accès à des expertises gériatriques (ALLO PA) Garantir les conditions de fonctionnement et les moyens de l'EMG à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. Promouvoir la formation des équipes de soins sur les thèmes gériatriques	Fiche Action N°3
Objectif 4 : optimiser les outils et actions de prévention de la iatrogénie médicamenteuse	Livret gériatrique : sécuriser et standardiser la prise en charge médicamenteuse. Conciliations : fiabiliser le recueil de données médicamenteuses au moment de l'admission et le transfert d'information médicamenteuse au médecin traitant, pharmacien d'officine ou IDE libérale du patient. De plus, la conciliation d'entrée doit permettre de sélectionner les patients en mésusage, mal observants et nécessitant un soutien éducatif. Programme ETP vulnérabilité iatrogénie : favoriser l'autonomisation patient/aidant, limiter les événements iatrogènes et créer le lien avec la partie iatrogénie du PAERPA. Sensibiliser les soignants "au réflexe iatrogène", à la détection d'effets indésirables chez la personne âgée, aux bonnes pratiques d'administration chez la PA.	Fiche Action N° 4

Enjeux - Orientations stratégiques		
Objectifs	Bénéfices attendus	Actions associées
Objectif 5 : promouvoir et développer la télémédecine	Travail en interaction entre les 5 bassins gériatriques du département et avec d'autres intervenants extérieurs (gérontopôle, EHPAD, soins palliatifs, ...) limiter les déplacements des patients âgés, fluidifier les parcours de soins, harmoniser les pratiques professionnelles, connexions multi-points permettant d'avoir accès à plusieurs spécialistes sur un même temps pour permettre une PEC pluridisciplinaire (pharmacien, gériatre, psychiatre, spécialiste d'organe...).	Fiche Action N°5
Objectif 6 : promouvoir la recherche clinique gériatrique	Amélioration de la prise en charge des personnes âgées sur le département des Hautes-Pyrénées en donnant accès au droit de participation au programme de Recherche Clinique.	Fiche Action N°6
Prochaines réunions	30/05/2017	
Commentaires	Présentation de chaque objectif stratégique avec déclinaison de la fiche action par chaque pilote en séance plénière, comité stratégique et collège médical	

FICHE ACTION GHT - Filière GERIATRIE			
Date création fiche	22/05/17	Etat d'avancement	
Nom de l'action	1 - Optimiser les filières gériatriques par bassin gérontologique: création de nouvelles activités et besoins en personnels,		
Description de l'action	<p><u>Création de nouvelles activités</u>: 1- création de 25 lits de SSR-PAP sur les Hôpitaux de Lannemezan. 2- Ouverture d'une activité d'Hôpital de Jour Gériatrique (HDJ-G) sur le Centre Hospitalier de Lourde. 3- Ouverture d'une Unité Péri Opératoire Gériatrique de 14 lits sur le site de Tarbes et</p> <p><u>Renforcement de l'existant au niveau des filières</u> : 1 renforcement en moyens médicaux sur les hôpitaux afin de développer l'activité extra hospitalière des EMG et de fonctionner de manière correcte sur l'ensemble des filières. 2, Renforcement du temps de neuropsychologue sur la consultation mémoire départementale</p>		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	<p><u>Activités</u> : Chaque bassin disposera d'une filière gériatrique complète: diminution du délai d'attente aux urgences, optimisation de la prise en charge en chirurgie ortho gériatrique. <u>RH</u> : Déploiement des EMG en extra hospitalier et en place de nouvelles activités. Diminution des délais d'attente pour les bilans neuropsychologiques (actuellement 3 à 9 mois d'attente)</p>		
Responsable de l'action	A déterminer		
Etapes de mise en œuvre	Etape 1	Etat des lieux de la gériatrie sur le 65.	Cf. fiche en annexe
	Etape 2	Mise en place progressive des nouvelles activités	
Moyens nécessaires	<p>Moyens médicaux supplémentaires : <u>Lourdes</u> : 1,7 ETP - <u>Bagnères</u> : 1 ETP - <u>Lannemezan</u> : 1,8 ETP - <u>Tarbes/Vic</u> : 2,5 ETP;</p> <p>Temps de Neuropsychologue supplémentaire : 1 ETP</p>		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel : 2 ^e semestre 2017 pour les activités et 1 ^{er} janvier 2018 pour le recrutement du neuropsychologue et au fil de l'eau sur les 5 ans pour les temps médicaux		Début réel :
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	Recrutement des personnels médicaux et para médicaux nécessaires.		
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Activité facilement quantifiable des nouvelles activités créées</p> <p>Nombre d'intervention des EMG en extra hospitalier. Mise en place de nouvelles activités. Diminution des délais d'attente pour une évaluation neuropsychométrique.</p> <p>Nombre de passages aux urgences. Activités de chaque pôle gériatrique (hospitalisations, activité HDJ - consultations),</p>		
Points d'attention / Commentaires	<p><u>Activités</u> : Place indispensable du SSR-PAP dans les filières gériatriques (véritable "plaque tournante de la filière"), nécessité d'Equipe Mobiles Gériatriques extra hospitalière et intérêt des HDJ-G dans la prise en charge ambulatoire des patients.</p> <p><u>RH</u> : Nécessité urgente de recrutement d'un ETP neuropsychologue,</p>		

FICHE ACTION GHT - Filière GERIATRIE		
Date création fiche	22/05/17	Etat d'avancement
Nom de l'action	2 - Améliorer la gestion et la prise en charge des troubles du comportement des sujets âgés de plus de 75 ans, porteurs ou pas d'un diagnostic de démence	
Description de l'action	Homogénéiser les moyens et la prise en charge des troubles du comportement de la personne âgée sur chaque bassin gériatrique des Hautes Pyrénées.	
Résultats attendus (valeur ajoutée)	Amélioration de la prise en charge des troubles du comportement aigus.	
Responsable de l'action	Dr PRADALIE (pilote) et Dr MISBAH EL IDRISSEI (copilote)	
Etapas de mise en œuvre	Etape 1	Création d'un SSR sur Lannemezan.
	Etape 2	Harmonisation du nombre de lit MCO , SSR Geriatrique , d'aval sur chaque bassin; des équipements de sécurisation ; des plans de formation pour prise en charge des troubles du comportement en gériatrie. Le tout sur chaque bassin gériatrique.
	Etape 3	Harmonisation de la composition des équipes mobile de gériatrie et de psychiatrie pour intervenir en prévention au domicile.
Organisation générale	<p>1 - Création d'un socle de services hospitaliers commun par bassin associant des lits de court séjour sécurisés pouvant accueillir 1 ou 2 personnes de ce type en plus des autres patients ; SSR sécurisé pilier du système vers lesquels sont préférentiellement adressés ces patients ; filière d'aval dynamique (USLD, UHR, EHPAD) ; EMG.</p> <p>2 - Services de Recours : garder les différentes unités que l'on renforce : UCC (Vic en Bigorre) , Lits de gérontopsychiatrie non sectorisés (Lannemezan).</p> <p>3 - Moyens : PH formés en psychogériatrie sur chaque bassin ; ASG et/ou personnels formés à la bientraitance et aux troubles du comportement en gériatrie sur chaque service .</p>	
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel : 2018	Début réel :
	Échéance prévisionnelle :	Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	Nombre d'hospitalisation pour troubles du comportement (PMSI) ; suivi NPIES (entrée, sortie).	
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	Evaluation de la mise en place du socle commun par bassin.	
Points d'attention / Commentaires	Priorité : création d'un SSR à Lannemezan.	

FICHE ACTION GHT - Filière GERIATRIE			
Date création fiche	22/05/17	Etat d'avancement	
Nom de l'action	3- Mise en place d'une commission de coordination gériatrique (CCG) dans les établissements hospitaliers du GHT		
Description de l'action	<p>La commission de coordination gériatrique sera une sous commission de la CME et aura pour objet</p> <ul style="list-style-type: none"> - d'adapter la prise en charge hospitalière aux PA de 75 ans et plus - d'éviter les hospitalisations ou réhospitalisations inutiles ou inadéquates - d'anticiper les modalités du retour à domicile des patients <p>L'équipe de la CCG, pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle sera en contact avec les unités de soins qui traitent les patients âgés pour les soutenir dans cette approche.</p>		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	<ol style="list-style-type: none"> 1. uniformiser les outils de repérage et d'évaluation gériatrique dans l'établissement 2. généraliser les actions de réduction du risque iatrogénique (conciliation médicamenteuse, livret thérapeutique...). 4. promouvoir un document de sortie d'hospitalisation avec évaluation gériatrique et échelles d'autonomie. 5. simplifier l'accès à des expertises gériatriques ALLO PA 6. garantir les conditions de fonctionnement et les moyens de l'EMG à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement. 7. promouvoir la formation des équipes de soins sur les thèmes gériatriques 		
Responsable de l'action	Dr JF PUCHEU (Lourdes) DR V. FELICELLI (Vic)		
Etapes de mise en œuvre	Etape 1	définir les missions de la CCG	en lien avec le 3eme niveau de coordination du PAERPA
	Etape 2	déterminer la composition de la commission et son mode de fonctionnement	Direction, personnel médical, paramédical Présidence, secrétariat, tenue des réunions
	Etape 3	Soumettre le projet à la CME et au Directoire	
	Etape 4	faire, dans l'établissement concerné, un état des lieux pour chaque mission définie	
	Etape 5	Établir un calendrier des actions à mettre en place	
Moyens nécessaires	<p>Humains : secretariat en temps partagé</p> <p>Financier :</p> <p>Matériel : salle de réunion avec vidéoprojecteur</p>		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel : 3eme trim 2017		Début réel :
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)			
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)			
Points d'attention / Commentaires			

FICHE ACTION GHT - Filière GERIATRIE			
Date création fiche	22/05/17	Etat d'avancement	
Nom de l'action	4 - Optimiser les outils et actions de prévention de la iatrogénie médicamenteuse		
Description de l'action	<p>Concevoir un livret thérapeutique gériatrique (liste positive issue du START/STOPP en tenant compte des MPI de Laroche)</p> <p>Etendre la conciliations médicamenteuses des PA admis dans les services de gériatrie et autres. Organiser la conciliation de sortie.</p> <p>Mettre en place programme ETP pour les patients identifiés vulnérables à la iatrogénie (en cours de dépôt)</p> <p>Assurer la formation des personnels soignant à la IATRO chez PA, en intégrant le retour d'expérience, la culture qualité,</p>		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	<p>Livret gériatrique : Sécuriser et standardiser la prise en charge médicamenteuse.</p> <p>Conciliations : Fiabiliser le recueil de données médicamenteuses au moment de l'admission et le transfert d'information médicamenteuse au MT, pharmacien d'officine ou IDE libérale de patient. De plus, la conciliation d'entrée doit permettre de sélectionner les patients en mésusage, mal observants et nécessitant un soutien éducatif.</p> <p>Programme ETP vulnérabilité iatrogénie : favoriser l'autonomisation patient / aidant, limiter les événements iatrogènes et créer le lien avec la partie iatrogénie du PAERPA</p> <p>Sensibiliser les soignants "au réflexe iatrogène", à la détection d'effet indésirable chez le PA, aux bonnes pratiques d'administration chez le PA..</p>		
Responsable de l'action	Dr. M MARCHAND, Dr. B BOURGADE et Dr. M SCARLATESCU		
Etapas de mise en œuvre	Etape 1	Formation du personnel soignant à la iatrogénie chez les PA, culture qualité, réflexe iatrogénique et RETEX	Formation DPC proposée par le CH LE MONTAIGU effective, annualisée pour le CHBB et CH de LOURDES. En cours de mise en place pour CH de BIGORRE. A proposer pour les EPHAD.
	Etape 2	Elaboration du livret thérapeutique gériatrique	En s'appuyant sur les commissions de coordination gériatriques
	Etape 3	Conciliation médicamenteuse (CM)	<p>Séquence:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Définir les critères d'éligibilité à la CM (Commission de coordination gériatriques, CME pour validation) -Concevoir les outils communs de CM : BMO, OMA, Grille d'entretien, Indicateurs suivis (Equipes pharmaceutiques) -->en cours sur la région -Evaluer le temps pharmaceutique nécessaire en fonction des critères d'inclusions et à partir des expériences déjà en place (Equipe pharmaceutique). -Groupe de travail en lien avec éditeurs de logiciel pour intégrer les outils de CM d'entrée et de sortie dans les DPI (équipe pharmaceutique + CSIH) - Prévoir un temps dédié pour une évaluation pluridisciplinaire des impacts de la conciliation sur des critères clinique - économiques. Méthode d'évaluation à définir (Géiatres - pharmaciens). A inclure dans les indicateurs d suivis ou pour une étude médico-économique ?
	Etape 4	ETP vulnérabilité à la iatrogénie	<p>Séquence:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Finalisation des ateliers du programme (en cours d'élaboration) entre CHBB et CH Le MONTAIGU -Septembre 2017-> dépôt du programme -Ouverture du programme aux pateln agé du GHT selon adhésion au projet et les spécificités de chaque établissement
	Etape 5	CM de sortie	<p>Les CM de sortie supposent l'intégration et de cette activité dans les différents logiciels métiers pour éviter toutes retranscriptions et autres recopiage dans la transmission des données relatives aux traitement vers les différents professionnels d'aval (médecin traitant, IDEL, pharmacien d'officine).</p> <p>La messagerie sécurisée MEDIMAIL est effective</p> <p>Cette intégration permettra également l'impémentation des dossiers pharmaceutiques sur la carte vitale du patient.</p>
Moyens nécessaires	Humains : Temps de pharmacien dédié à hauteur de 2.5 ETP (0.5 ETP par bassin gérontologique) pour les étapes 3,4,et 5. Financier : / Matériel : /		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel : Fin 2017 (formation)		Début réel :
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)			
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Nombre d'agent formés à la iatrogénie chez le PA / nombre d'établissement EPHAD compris avec agents formés</p> <p>Nombre de prescription au produit "hors livret" pour les populations de patients concernées</p>		
	<p>Indicateurs "classiques" de la conciliations d'entrée et de sortie:</p> <ul style="list-style-type: none"> -pour le CM d'entrée : taux de patients conciliés, nombre de divergences (intentionnelles - non intentionnelles) et taux de prescripion d'entrée modifiées. -pour les CM de sortie: taux de patient avec une conciliation de sotie transmise par MEDIMAIL, enquête de satisfaction... <p>Indicateur programme ETP : taux de patients inclus dans les programmes, nombre de re-hospitalisation suite à un événement iatrogénique</p>		
Points d'attention / Commentaires	<p>La faisabilité des étapes 1 et 2 est importante. La formation sur cette thématique existe déjà.</p> <p>Les étapes 3 et 4 sont liées: La CM doit être un des moyens pour détecter un risque iatrogène et donc déclencher une proposition d'ETP. Avec l'étapes 5, elles nécessitent des besoins humains et technologique (logiciels métiers adaptés). La montée en charge de la CM n'est envisageable qu'avec la mise en oeuvre du projet pharmaceutique de territoire et notamment les axes relatifs à la pharmacie clinique et à la mutualisation des activités liés au achats.</p>		

FICHE ACTION GHT - Filière Gériatrie

Date création fiche	22/05/17	Etat d'avancement	
Nom de l'action	5- Promotion et développement de la télémédecine		
Description de l'action	Faire l'état des lieux et établir un projet de télémédecine en gériatrie (téléconsultation - téléexpertise- téléassistance - télésurveillance...) dans chacun des 5 bassins de santé (en structure sanitaire, médicosociale et au domicile) en utilisant les nouvelles technologies de l'information et de la communication pour permettre un accès à des soins de qualité aux patients âgées en tout point du territoire, promouvoir la formation des professionnels de santé et faciliter les échanges.		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	Travail en interaction entre les 5 bassins gériatriques du département et avec d'autres intervenants extérieurs (gérontopôle, EHPAD, soins palliatifs, pansements...). Limiter les déplacements des patients âgées, fluidifier les parcours de soins, harmonisation des pratiques professionnelles, connexions multi-point permettant d'avoir accès à plusieurs spécialistes sur un même temps pour permettre une prise en charge pluri-disciplinaire (pharmaciens, psychiatres, gériatres, spécialistes d'organe etc...).		
Responsable de l'action	Dr OSTENDORF Kaï		
Etapes de mise en œuvre	Etape 1	Recenser le parc matériel de télémédecine et créer une unité de pilotage de la télémédecine du GHT	
	Etape 2	Connaitre l'activité actuelle en télémédecine au sein du GHT et créer une UF de télémédecine avec un temps dédié = 1 technicien - 1 médecin	
	Etape 3	Evaluer les besoins pour chaque bassin	
	Etape 4	Repérer les personnes ressources	
	Etape 5	Elaborer les protocoles de fonctionnement	
	Etape 6	Etudier le financement possible	
	Etape 7	Déployer en 3 phases: 1) urgent, 2) nécessaire, 3) extension du projet	
Moyens nécessaires	Humains : Médecins, un cadre administratif, techniciens/ informaticiens (pour formation), IDE, secrétaires. Il sera nécessaire de mettre en place un bureau de pilotage (éventuellement sous forme d'une Unité Fonctionnelle) au sein du GHT pour la coordination globale du projet. Il doit comporter au moins un médecin 0,50 ETP et un technicien qualifié 1 ETP. Financier : financement des actes et des acteurs. Le montant est à évaluer pour chaque structure Matériel : Poste télémédecine (ordinateur, caméra, micro) en fonction de l'existant, abonnements pour les liaisons sécurisées et dossiers patients.		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :		Début réel :
	Échéance prévisionnelle : Septembre 2017		Échéance réelle : Octobre 2017
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	Nombre de services équipés en télémédecine / date + matériel utilisé		
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre d'échanges, de téléconsultation - téléexpertise...		
	Nombre de dysfonctionnements Satisfaction des différents intervenant de la filière gériatrique		
Points d'attention / Commentaires	Déploiement sur 2 ans maximum. Le financement des actes et des acteurs en télémédecine est essentiel car une utilisation de la télémédecine qui est uniquement basé sur le bénévolat risque de représenter un frein. Il est nécessaire de s'appuyer sur des personnes ressources par structure. Il faut s'assurer d'un bon fonctionnement technique+++ Le projet doit s'intégrer dans un schéma régional (PRT). Les formations par télémédecine doivent être intégrés au plan de formation annuel du GHT.		

FICHE ACTION GHT - Filière GERIATRIE			
Date création fiche	22/05/17	Etat d'avancement	
Nom de l'action	6- Promouvoir la recherche clinique gériatrique		
Description de l'action	A partir de l'existant développer et structurer toutes les actions de recherche		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	Amélioration de la prise en charge des personnes âgées sur le département des hautes Pyrénées en donnant accès au droit de participation aux programmes de recherche clinique		
Responsable de l'action	Dr BORDES Serge Dr MISBAH EL IDRISSE Samira		
Etapes de mise en œuvre	Etape 1	Bilan de l'existant	cf document joint
	Etape 2	création d'une structure (département? Pole?) de recherche clinique dans la cadre du GHT	
	Etape 3	Participation des différents sites gériatriques aux programmes de RC	
	Etape 4	Favoriser la possibilité pour les personnes âgées du département de participer aux programmes de RC	
Moyens nécessaires	Humains : 2 Attachés de RC dont 1 en plus - secrétaire- responsable administratif- IDE Financier : / Matériel : un bureau équipé (telephonie internet)		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel : immédiatement		Début réel : debut 2018
	Échéance prévisionnelle :		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	Suivi de la création du département de RC sur les PA et comptage du nombre de PA participant à des programmes de RC		
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de centres ayant participé à la RC et nombre de PA ayant participé à la RC		
Points d'attention / Commentaires			

PRINCIPES D'ORGANISATION										
Titre NOM DE LA TIÈRE	Etablissement TARBES VIC		Etablissement LANMEZAN		Etablissement ASTUQUE LE MONTAIGU		Etablissement LOURDES		Etablissement BAGNERES	
	Constats (situation actuelle)	Propositions pour le GHT (à intégrer dans le PMP)	Constats (situation actuelle)	Propositions pour le GHT (à intégrer dans le PMP)	Constats (situation actuelle)	Propositions pour le GHT (à intégrer dans le PMP)	Constats (situation actuelle)	Propositions pour le GHT (à intégrer dans le PMP)	Constats (situation actuelle)	Propositions pour le GHT (à intégrer dans le PMP)
Repartition des emplois médicaux	8,9 PH (dont 3,2 non recrutés)	2,5 PH en +	5 PH	1,8 PH en +	3 PH	idem	5 PH	1,7 PH en +	6 PH	1 PH en +
Equipe médicale communale	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Solution de médecine	Site LA GESPE existant Site AYOUIROTE existant Site de VIC existant	La GESPE - A élargir AYOUIROTE - A créer	Existant	A élargir	Existant	A élargir	Existant	A élargir	Existant	A élargir
Coopération de la permanence des soins	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Activité de consultations externes et notamment des consultations ambulatoires	Consultations externes - ou consultations ambulatoires - ou consultations (VIC HDJ)	Oui	Consultations externes - EMG extra hospitaliers - (370 consultations)	Renforcement des moyens	Non	Non	Oui	Oui + HDJ	Oui + HDJ	Oui + à élargir
Activité ambulatoire, notamment pour les soins de première et secondaires	Oui	Oui	3 lits installés 416 GHS	Intégré vers 500 GHS	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Plateaux techniques	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Prise en charge des urgences et soins non programmés	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui
Organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles	Plan Blanc Plan Bleu	Idem	Plan Blanc Plan Bleu	Idem	Plan Blanc Bleu	Idem	Plan Blanc Plan Bleu	Idem	Plan Blanc Plan Bleu	Idem
Activité d'hospitalisation à domicile	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Activité de prise en charge médicale	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Relations avec les médecins de ville libéraux	PAERPA - ALLO PA-EMG - Réseau Gerontologique	Idem	PAERPA - ALLO PA- réseau gerontologique -	Idem	PAERPA	Idem	PAERPA-EMG - Réseau Gerontologique	Idem	PAERPA-ALLO PA-EMG - Réseau Gerontologique - Société médicale regroupant les médecins généralistes du secteur	Idem
Création des parts	logique de bassin gerontologique - UCC-CHU (gestion des cas complexes)	Idem	UCC -logique de bassin gerontologique - CHU (gestion des cas complexes)	Idem	UCC	Idem	logique de bassin gerontologique - UCC - CHU (gestion des cas complexes)	Idem	logique de bassin gerontologique - UCC-CHU (gestion des cas complexes)	Idem

HAD polyvalente associative sur l'ensemble du territoire GHT



FILIERE UNV

FEUILLE DE ROUTE "FILIERE GHT"		
Date création fiche	22/05/17	ETAT
		En cours
Nom de la filière	Urgences neuro vasculaires	
Responsable de la filière	Robert SANKEY / Jean Marc LARRIEU	
Description de la filière	SAMU/SAU, UNV, MCO (hors établissements UNV), SSR, USLD, retour à domicile , institution	
Etablissements concernés	Tous les établissements du GHT	
Acteurs concernés	Interne GHT : Neurologues, urgentistes, radiologues, cardiologues, internistes, gériatres, MPR Externe GHT : NRI (Toulouse , voire Pau), SSR Arbizon	
Contexte actuel		
<p>FORCES</p> <p>UNV dans le GHT avec 1 filière Envie de collaborer entre les acteurs Filière SSR performante DMS AVC courte en MCOet SSR</p>	<p>POINTS A AMELIORER</p> <p>Démographie médicale (neurologue, geriatre) et paramedicale (orthophoniste), Effectif paramédical insuffisant en UNV : kinésithérapeute, ergothérapeute, assistante sociale Système de transmission d'image et visio Fluidifier les échanges entre Tarbes et Lourdes Fluidifier la filière gériatrique (AVC)</p>	
<p>OPPORTUNITES</p> <p>Thrombectomie de Pau (si accord du ministère) Développement de la télé médecine</p>	<p>LIMITES</p> <p>Démographie médicale à très court et moyen terme Départs en retraite</p>	
Enjeux - Orientations stratégiques		
Objectifs	Bénéfices attendus	Actions associées
Objectif 1 : Mettre en place la télé médecine	Optimiser le dg des AVC et réduire les délais de début de traitement Améliorer la prise en charge des AVC hospitalisés dans un autre établissement du GHT Transfert de connaissance vers ces services	Recrutement de neurologues Mise en place d'une gouvernance Etat des lieux des outils disponibles sur le GHT
Objectif 2 : Optimiser le parcours des patients âgés : de l'aigue jusqu'au domicile ou l'institution	Fluidifier le parcours des personnes âgées. Actuellement 11 % des patients admis dans le GHT en MCO pour un AVC récent ont plus de 90 ans. Ce chiffre va augmenter dans les prochaines années	Evaluation gériatrique précoce des patients AVC agés et polypathologiques Priorisation de places pour les AVC en USLD et EHPAD
Objectif 3 : Développer les coopérations entre l'UNV et les équipes de court séjour des établissements sans UNV (en particulier le service de cardiologie du GH de Lourdes)	Augmenter le nombre de patients AVC ou AIT intégrant la filière UNV et renforcer les coopérations entre l'UNV et le service de cardiologie de Lourdes	Formation à l'AVC des professionnels du GH de Lourdes
Objectif 4 :Mettre en place les évaluations post AVC	Dans le cadre du "virage ambulatoire" améliorer la prise en charge des patients ayant été victimes d'AVC en lien avec la ville pour faciliter le maintien au domicile et réduire les recidives vasculaires	Mise en oeuvre d'une consultation post AVC selon le cahier des charges de l'instruction ministérielle Définir lien avec les équipes mobiles extrahospitalières du GHT pour l'évaluation du handicap neurologique
Objectif 5 :Optimiser la régulation (phase pré hospitalière)	Optimiser l'orientation des patients vers l'UNV ayant le plateau technique le plus adapté. Amélioration des délais de prise en charge	Rédaction d'un protocole validé par le centre 15, l'ensemble des établissements du GHT et les UNV de recours

Prochaines réunions	1- 07/03/17 2- 28/03/17 3- 09/05/17
Commentaires	<p>La filière AVC est menacée par la démographie médicale. La mise en place de la télémedecine est indispensable pour structurer la filière AVC.</p> <p>Vu le vieillissement des patients AVC : il est nécessaire de mettre en place une filière AVC gériatrique.</p> <p>Dans le cadre du virage ambulatoire : les évaluations post AVC (lien ville hopital), inscrites dans le plan national AVC sont à mettre en oeuvre.</p> <p>Les nouveaux traitements à la phase aiguë des AVC dont la thrombectomie nécessitent d'actualiser les protocoles de régulation préhospitalière en lien avec les UNV de recours.</p>

FICHE ACTION GHT - Filière UNV			
Date création fiche	22/05/17	Etat d'avancement	
Nom de l'action	1- Mettre en place la télémédecine		
Description de l'action	Des dispositifs existent mais qui ne sont pas toujours fonctionnels et ces outils ne sont pas harmonisés à l'échelle du GHT. La mise en place de la télémédecine est indispensable pour poursuivre la structuration de la filière neurovasculaire entre établissements MCO du GHT (urgences, médecine, gériatrie), avec les UNV de Toulouse et Pau (si service de NRI reconnu dans cet établissement) pour les actes experts de neuroradiologie interventionnelle et de neurochirurgie, avec les SSR et les USLD du GHT		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	Optimiser le dg des AVC et réduire les délais de début de traitement Améliorer la prise en charge des AVC hospitalisés dans un autre établissement du GHT Transfert de connaissance vers ces services		
Responsable de l'action	Dr Baudon (Lourdes)		
Etapes de mise en œuvre	Etape 1	Mettre en place une gouvernance (comité de pilotage) pour le suivi de la mise en place des outils et des projets médicaux	Professionnels du GHT dont les radiologues), administration, SI de tous les établissements
	Etape 2	Rédaction d'un projet médical prenant en compte les différents usages (neuro, dermato, gériatrie, psychiatrie, chirurgie ...) pouvant	Pour la partie neurologie : professionnels du GHT et des UNV de recours
	Etape 3	Etats des lieux des outils disponibles sur le GHT (transfert d'images et visioconsultation)	SI et administration
	Etape 4	Vérifier la compatibilité entre les différents outils du GHT et avec les outils des centres de recours de Toulouse et Pau	
	Etape 5	Rédiger une convention entre établissement (prévoir une annexe financière) et un contrat avec ARS	
Moyens nécessaires	Humains : Financier : Matériel :	Neurologues à Tarbes Installation et uniformisation des outils surtout les établissements	
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel :	juin-17	Début réel :
	Échéance prévisionnelle :	fin 17	Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	1 / Mise en place du comité de pilotage 2 / Validation du projet médical 3 / Validation de la fonctionnalité et de l'interopérabilité de l'ensemble des outils y compris dans le cadre de l'urgence 4/ Formation des utilisateurs		
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	Indicateur de performance : taux d'AVC admis dans le GHT ayant une expertise neurovasculaire avec ou sans TLM (indicateur IPAQSS) Nombre d'actes de TLM entre établissements MCO et UNV Nombre de thrombolyses effectuées par TLM Nombre d'actes de TLM entre MCO (dont UNV) et SSR (indicateurs à créer, au sein de l'outil TLM ?) Satisfaction des utilisateurs de l'outil dans l'urgence		

Points d'attention /
Commentaires

1 / recruter des neurologues à court et à moyen terme sur des postes attractifs; postes d'internes et d'assistants partagés avec le CHU, former à la pathologie neurovasculaire des urgentistes, gériatres, cardiologues

2/ s'assurer de la compatibilité des outis avec UNV de recours

3/ Prévoir les éléments de valorisation / tarification de la télémédecine : PIE à intégrer dans des conventions inter établissements

4/ Prévoir des procédures "dégradées" pour prendre en charge les patients évalués par TLM, lorsque l'UNV n'a plus de lits disponibles.

FICHE ACTION GHT - Filière UNV			
Date création fiche	22/05/17	Etat d'avancement	
Nom de l'action	2- Optimiser le parcours des patients âgés : de l'aigu jusqu'au domicile ou l'institution		
Description de l'action	Fluidifier le parcours des personnes âgées. En 2016, 28 % des patients admis dans le GHT en MCO pour un AVC récent ont plus de 85 ans (données PMSI). Ce chiffre va augmenter dans les prochaines années		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	Améliorer et fluidifier la prise en charge des patients AVC âgées polypathologiques et fragiles victimes d'un AVC à tous les stades de la prise en charge		
Responsable de l'action	Hélène Savignol et Henri Rodriguez		
Etapas de mise en œuvre	Etape 1	Organiser en UNV une évaluation gériatrique des patients fragiles et polypathologiques, pour aider à la prise en charge et à définir l'orientation future du patient (domicile, SSR, USLD, Institution)	Rédaction d'un protocole avec les gériatres du GHT afin de définir des parcours adaptés aux AVC âgés
	Etape 2	Inclure l'équipe mobile gériatrique dans cette filière afin de réévaluer si nécessaire les patients âgés, après leur retour au domicile ou institutionnalisés	
	Etape 3	Mettre en place des passerelles entre SSR neuro et SSR gériatriques	Groupe de travail entre professionnels des SSR pour définir les modalités de transfert
	Etape 4	Prioriser des lits en USLD et EHPAD du GHT pour les AVC	
Moyens nécessaires	Humains : recrutement d'un gériatre pour l'UNV (poste partagé entre 2 services neuro- cardio?), renforcer le temps d'assistante sociale au sein de l'UNV Financier : Matériel :		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel : à la date du recrutement de gériatre	Début réel :	
	Échéance prévisionnelle : fin 2017	Échéance réelle :	
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	Validation du protocole : parcours des patients AVC âgés et fragiles Groupe de travail MPR - Gériatres pour travailler sur transfert entre SSR Soumission de cette action aux filières gériatriques du GHT		
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre d'avis gériatriques chez patients âgés fragiles et polypathologiques (> 85 ans dans un premier temps) Délai d'attente de patients > 85 ans pour transfert de MCO en SSR (trajectoire) Délai d'attente de patients > 85 ans pour transfert en USLD ou structure médicosociale (.document Cerfa, Trajectoire ?)		

Points d'attention / Commentaires	1/ Préciser le nombre de patients pouvant intégrer cette filière 2/ Préciser le nombre de patients AVC admis en secteur médicosocial et en USLD au décours de leur AVC (post MCO ou SSR)
--------------------------------------	--

FICHE ACTION GHT - Filière UNV			
Date création fiche	22/05/17	Etat d'avancement	
Nom de l'action	3- Développer les coopérations entre l'UNV de Tarbes et les équipes de court séjour des établissements sans UNV du GHT (en particulier le CH de Lourdes)		
Description de l'action	<p>Orientation, après le bilan neurologique effectué en UNV des patients stables sur le plan neurologique en service de cardiologie du CH de Lourdes afin de réaliser le bilan cardiovasculaire (avec l'avantage pour les patients de Lourdes et environ de pouvoir organiser un suivi de proximité en cas de problème d'ordre cardiovasculaire). Les patients pouvant bénéficier d'un tel parcours sont :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Patients ne nécessitant pas une évaluation par les médecins rééducateurs de Bagnères (AVC mineurs ou AIT) quel que soit l'âge. 2. Patients âgés à provenance de Lourdes ne nécessitant pas de rééducation intensive qui peuvent compléter leurs séjours en SSR . 3. Patients déjà évalués par le CRF de Bagnères qui relèvent d'une rééducation intensive mais qui sont en attente d'une place et du bilan cardiologique qui pourrait être réalisé sur 48 heures sur Lourdes. 		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	Augmenter le nombre de patients AVC ou AIT intégrant la filière UNV et renforcer les coopérations entre l'UNV et le service de cardiologie de Lourdes		
Responsable de l'action	Christian Demasles		
Etapes de mise en œuvre	Etape 1	Rédaction du protocole	en cours
	Etape 2	Accord de tous les acteurs	
	Etape 3	Désignation d'un référent sur les deux structures afin de simplifier les démarches entre les deux services.	
	Etape 4	Intégrer l'évaluation post AVC dans cette filière, à proposer à tous les patients sortant directement au domicile	
	Etape 5	Former le personnel du service de cardiologie à la prise en charge des AVC (IDE, AS, kine, brancardier ...)	
Moyens nécessaires	Humains : Financier : Matériel :		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel : juin 2017		Début réel :
	Échéance prévisionnelle : fin 2017		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	Validation du protocole Formation des professionnels du CHG de Lourdes Nomination des 2 référents		
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	Nombre de patients adressés dans le service de cardiologie de Lourdes Age des patients adressés dans le service de cardiologie de Lourdes DMS en UNV des patients adressés en cardiologie au CH Lourdes Mode de sortie des patients AVC du CHG de Lourdes		
Points d'attention / Commentaires	<ol style="list-style-type: none"> 1 / déterminer le nombre de patients pouvant intégrer cette filière 2 / s'assurer que le traitement de sortie sera décidé conjointement par neurologue et cardiologue 3 / proposer systématiquement aux patients de cette filière, sortant à leur domicile une évaluation post AVC dans le centre labellisé. 		

FICHE ACTION GHT - Filière UNV			
Date création fiche	22/05/17	Etat d'avancement	
Nom de l'action	4- Mettre en place les évaluations post AVC		
Description de l'action	<p>Dans le cadre du "virage ambulatoire" , améliorer, en lien avec la ville, la prise en charge des patients ayant été victimes d'AVC pour faciliter le maintien au domicile et réduire les récives vasculaires</p> <p>Mettre en oeuvre les consultations pluridisciplinaires post AVC selon le cahier des charges de l'instruction ministérielle (Lieu envisagé : CRF Bagnères de Bigorre),</p> <p>et faire le lien avec les équipes mobiles du GHT pour l'évaluation du handicap neurologique</p> <p>Principe : évaluer en priorité ceux qui échappent à la filière (cad ceux qui ne sont pas admis en UNV) puis ceux qui rentrent directement à leur domicile puis étendre aux SSR non neurologiques</p>		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	<p>Meilleur suivi</p> <p>Réduction des récives par une meilleur prévention des FDR cardineuro vasculaire</p> <p>Dépistage et prise en charge des séquelles de l'AVC</p>		
Responsable de l'action	Valérie Gerdessus		
Etapas de mise en œuvre	Etape 1	Listing des patients qui sortent directement au domicile établi par l'UNV	
	Etape 2	Identification d'une IDE coordonatrice, fiche de poste	
	Etape 3	Elaboration d'un questionnaire d'appel des patients pour cibler la consultation et organiser l'intervention des professionnels (assistante sociale, neuropsychologue, ergothérapeute, orthophoniste....)	
	Etape 4	Communication aux professionnels hospitaliers du GHT, aux structures médico-sociales et aux professionnels libéraux Information du patient	numéro de téléphone ou adresse mail
	Etape 5	Définir le lien entre cette consultation post AVC et les équipes mobiles extra hospitalières du GHT pour l'évaluation du handicap neurologique	
Moyens nécessaires	<p>Humains :IDE coordonatrice, temps médical, orthophoniste, ergothérapeute,kinésithérapeute, neuropsychologue, assistante sociale</p> <p>Financier : enveloppe allouée par l'ARS</p> <p>Matériel : /</p>		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnelle :septembre 2017		Début réel :
	Échéance prévisionnelle : fin 2017		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	<p>Identification de l'IDE coordinatrice</p> <p>Ouverture de la consultation pluriprofessionnelle</p> <p>Communication en milieu hospitalier , médicosocial et libéral</p>		
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	<p>Nombre de patients vus / nombre de patients convoqués</p> <p>Préconisations au décours de la consultation : Nombre de prescriptions de rééducation (indicateur à créer)</p> <p>Rappel des patients à distance de la consultation par l'IDE pour le suivi des préconisations</p>		

Points d'attention /
Commentaires

Rappel : INSTRUCTION N°DGOS/R4/2015/262 du 3 août 2015 relative à l'organisation régionale des consultations d'évaluation pluri professionnelle post Accident Vasculaire Cérébral (AVC) et du suivi des AVC. : "Tout site UNV labellisé par une ARS doit à terme disposer d'une consultation d'évaluation pluri professionnelle post AVC. Les ARS devront par ailleurs désigner les sites de consultation en établissement de SSR en fonction des compétences identifiées au sein des filières de prise en charge des patients victimes d'AVC"

Démographie des neurologues à court et à moyen terme : recrutement sur des postes attractifs; postes d'internes et d'assistants partagés avec le CHU
Travail avec l'ensemble des équipes mobiles du GHT

FICHE ACTION GHT - Filière UNV			
Date création fiche	22/05/17	Etat d'avancement	
Nom de l'action	5- Optimiser la phase pré-hospitalière de la prise en charge des AVC		
Description de l'action	Actualisation du protocole de régulation des appels concernant les AVC , suite aux nouveaux traitements de la phase aiguë des AVC dont la thrombectomie. Tous les AVC ou AIT récents doivent être proposés à une UNV.		
Résultats attendus (valeur ajoutée)	Orientation des patients vers l'UNV ayant le plateau technique le plus adapté. Amélioration des délais de prise en charge		
Responsable de l'action	Dr Claire VIGNEAU		
Etapas de mise en œuvre	Etape 1	Rédaction du protocole	en cours
	Etape 2	Accord de tous les acteurs	Validation avec l'UNV de recours de Toulouse et UNV de Pau si le service de NRI est autorisé
	Etape 3	Rédaction de la fiche de renseignements pour les régulateurs du 15	Validation par centre 15 et neurologue
	Etape 4	Diffusion du protocole pour application	
Moyens nécessaires	Humains : neurologues au sein de l'UNV de Tarbes pour répondre aux appels du SMUR / maintien des moyens alloués aux transferts médicalisés interhospitaliers Financier : Matériel :		
Échéance prévisionnelle / réelle	Début prévisionnel : juin 2017		Début réel :
	Échéance prévisionnelle septembre 2017		Échéance réelle :
Modalités de suivi de la mise en œuvre de l'action (indicateurs de suivi qualitatif et quantitatif)	Rédaction du protocole, validation par l'ensemble des professionnels		
Evaluation de l'action (indicateurs de résultats qualitatif et quantitatif)	Indicateur de performance : augmentation du taux d'AVC du GHT arrivant en UNV (en 2016 : 75 %) Suivi du nombre de thrombolyse et de thrombectomie, Analyse des délais de prise en charge (indicateur à créer)		
Points d'attention / Commentaire	Pour la conférence à 3 entre régulateur du 15, neurologue de UNV de Tarbes et NRI de UNV de recours : nécessité d'une ligne téléphonique dédiée permettant de joindre le neurologue d'astreinte de l'UNV de Tarbes à son domicile A actualiser régulièrement selon évolution des recommandations et des plateaux techniques (télémédecine notamment, thrombectomie à Pau ou pas)		

Filière UNV	PRINCIPES D'ORGANISATION	
	Constats (situation actuelle)	Propositions pour le GHT (à intégrer dans le PMP)
Solutions de télémédecine	Des dispositifs existent mais qui ne sont pas toujours fonctionnels et ces outils ne sont pas harmonisés à l'échelle du GHT.	Mise en place d'une gouvernance Etat des lieux des outils disponibles sur le GHT (transfert d'images et visioconsultation) Rédaction d'un projet médical prenant en compte les différents usages (neuro, dermato, gériatrie, psychiatrie, chirurgie .) pouvant utiliser la TLM
Organisation de la permanence des soins	En UNV : démographie des neurologues insuffisante pour assurer la permanence des soins	Recruter des neurologues à court et à moyen terme sur des postes attractifs; postes d'internes et d'assistants partagés avec le CHU Former à la pathologie neurovasculaire des urgentistes, gériatres, cardiologues
Activités de consultations externes et notamment des consultations avancées	Consultations avancées de neurologues sur Lourdes, sur CRF, medecine Bagnères	Mise en place des cions post AVC sur le CRF
Activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle	HDJ SSR neurologique sur CH de Bagnères	Développement de l'activite d'HDJ SSR neurologique sur CH de Tarbes
Plateaux techniques	Difficultes d'accès à l'IRM en urgence pour les AIT (accidents ischémiques trasitoires)	IRM dédiée aux urgences

PUI

Compte rendu de la réunion des Pôles Médicotechniques en vue de la mise en place du GHT des Hautes-Pyrénées

Membres présents : *Mmes Claire Manioloux, Françoise Bayle et Mrs Bruno Chave, Martial Marchand, Charles Trang et Bruno Bourgade.*

Le but de cette réunion était de travailler sur les coopérations entre les différentes PUI du GHT des Hautes –Pyrénées.

1^{ère} ETAPE :

La première étape de cette réunion a été de construire un diagramme de SWOT (cf. [https://fr.wikipedia.org/wiki/SWOT_\(m%C3%A9thode_d%27analyse\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/SWOT_(m%C3%A9thode_d%27analyse)))

Le résultat a été le suivant :

Forces	Faiblesses
<ul style="list-style-type: none"> • 65 : territoire à taille humaine : <ul style="list-style-type: none"> ✓ 5 PUI : on se connaît et on travaille déjà ensemble • Groupement d'achat identique : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Même médicaments, même dispositifs médicaux, même fournisseurs, même prix • Certification V2014 : OK sur la PECM pour les 5 ETS • Dispensation nominative : 100 % des lits pour les 5 CH • DSI : <ul style="list-style-type: none"> ✓ 4 ETS possèdent comme GEF : MAGH2 ✓ 3 ETS possèdent comme DPI : CROSWAY ✓ 2 ETS possèdent comme DPI ECS/OSIRIS ✓ Circuit du médicament 100 % informatisé • Pharmaciens impliqués dans l'AQ/GDR (certifications/Retex/promotion de la culture qualité) • Pharmacie clinique développée ou en cours de développement sur les 5 établissements. • Travaux communs concernant le PECM pour 2 ETS (BdB, LM) • Service de stérilisation sur 3 établissements (LZ, T, LD) 	<ul style="list-style-type: none"> • Locaux PUI : vétustes, inadaptés, non fonctionnels, non évolutifs pour l'hôpital pivot et partiellement non réglementaire (rétrocessions, ...) • Effectifs pharmaceutiques : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pharmacien : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisant pour 1 ETS (T) ▪ Précaire pour 2 ETS (BdB et LM) ✓ PPH : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Insuffisant pour 1 ETS (T) ▪ Sans plus pour 4 ETS • Permanences pharmaceutiques : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Jours ouvrés : <ul style="list-style-type: none"> ▪ 3 PUI ne répondent pas à la réglementation (LM, T (V) et LD (LB)) • DSI : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hétérogénéité des logiciels ✓ Cloisonnement par sites (= 5 exemplaires différentes du livret thérapeutique) • Echanges à développer concernant : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Documents de travail ✓ Réunions ✓ Personnels

Opportunité	Menaces
<ul style="list-style-type: none"> • Montée en charge de la Pharmacie Clinique appuyée par de nouveaux textes réglementaires • Démarche régionale du collectif des pharmaciens <ul style="list-style-type: none"> ✓ Appui de l'ARS pour la mise en place de la conciliation médicamenteuse ✓ Groupe de travail <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pharmacie clinique (2 membres sur le 65) ▪ Stérilisation (1 membre sur le 65) ▪ Logistique (peut-être à développer ?) ✓ Projet SROSS Pharmaceutique créant 3 niveaux de PUI : <ul style="list-style-type: none"> ▪ Recours : PUI de CHU ▪ Territorial : PUI de l'hôpital pivot • Réflexions sur l'opportunité d'achat de logiciels métier : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestion du circuit des stupéfiants ✓ Gestions des armoires de service + dispensation avec douchettes • Projet de site unique : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Centralisation de certaines tâches avec ou sans valeur ajoutée ✓ Automatisation 	<ul style="list-style-type: none"> • Ressources humaines : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Effectifs faibles s'appuyant sur des personnes ressources

La deuxième étape :

Dans un deuxième temps, nous avons repris les différentes missions des PUI. Pour chaque mission, un état de lieux a été réalisé. En poursuivant la réflexion, le groupe a proposé que certaines d'entre elles pourraient être mutualisées sur un site de notre GHT, voire sur un site unique. Voici sous forme de tableau, l'état de nos réflexions :

Mission	Détails	Aujourd'hui	Projet pharmaceutique dans le cadre du projet GHT	Projet pharmaceutique dans le cadre de la création d'une PUI unique
Gestion	Fichier produit	Autant de fichiers que de PUI	1 fichier fournisseur 1 fichier produit 1 fichier marché	Idem
	Fichier Fournisseur			
	Fichier Marché			
Livret	Médicaments	Proches	Identiques	Identiques
	DM	Proches	Identiques	Identiques
Approvisionnement DM et Médicaments	Bon de commande	Dans chaque PUI	Dans chaque PUI	A étudier
	Gestion de stock			
	Dispensation			
Outils informatiques	Gef	Identique pour 4 PUI / 5	4/4 des PUI (projet de fusion entre 2 PUI)	
	Circuit du médicament	Très différents	1 seul logiciel	
	DPI	Très différents	1 seul logiciel	
	Logiciel de gestion des commandes + stocks dans les unités de soins (douchettes)	Inexistant	A développer	idem
	Logiciel de gestion des stupéfiants	Inexistant	A développer	idem
Reconditionnement des doses unitaires	/	Dans certaine PUI	Centralisation souhaitée sur une PUI et dispensation vers les autres	
Automate de dispensation	/	Non	A développer	
Préparatoire	/	Dans chaque PUI	Centralisation souhaitée sur une PUI	
Préparation des chimiothérapies	/	Dans certaines PUI	Centralisation à étudier	
Stérilisation des DM	/	Dans certaines PUI	Centralisation à étudier	

Mission	Détails	Aujourd'hui	Projet pharmaceutique dans le cadre du projet GHT	Projet pharmaceutique dans le cadre de la création d'une PUI unique
Pharmacie clinique	Validation des prescriptions	Dans chaque PUI	Dans chaque PUI	Dans chaque PUI
	Conciliation médicamenteuse	Dans certaines PUI	A développer sur chaque site	
	ETP	Dans certaines PUI	A développer sur chaque site	
	Entretien avec le patient	Dans certaines PUI	A développer sur chaque site	
Culture Qualité	MAQ	Différent dans chaque PUI	Identique	Identique
	Procédure	Différents dans chaque PUI	Identiques	Identiques
	MO	Différents dans chaque PUI	Identiques	Identiques
	FT	Différents dans chaque PUI	Identiques	Identiques
	Formation	Différents dans chaque PUI	Identiques	Identiques
	Retex	Différents dans chaque PUI	Identiques	Identiques
	Audit / EPP	Différents dans chaque PUI	Identiques	Identiques
PSM	Fichier produit	2 fichiers	1 fichier avec 1 gestionnaire	Idem
	Stock	2 stocks	2 stocks	
Astreinte pharmaceutique		Partiellement centralisée	Centralisation à étudier entre T et LD	

La troisième étape :

Dans un troisième temps, le groupe a dégagé 3 axes de travaux :

- **Axe n° 1 : Assurer les missions réglementaires des PUI, leurs mises en conformité et les coopérations :**
 - But : A partir des tableaux précédents : priorisation des actions d'amélioration.

- **Axe n° 2 : Consolider l'activité de Pharmacie Clinique :**
 - But : mettre en place les recommandations nationales concernant la pharmacie clinique sur chaque ETS avec :
 - Conciliation médicamenteuse
 - Education thérapeutique
 - Entretiens patients / prescripteurs
 - Relations avec les unités de soins

- **Axe n° 3 : sécuriser les ressources humaines :**
 - But : faire en sorte que les PUI disposent de ressources humaines à la hauteur de leurs missions.

Le « fil rouge » : des réunions entre les différents acteurs et des visites de centres hospitaliers reconnus pour avoir une PUI d'excellence dans un des domaines que nous souhaitons développer.



PROJET DE SOINS DU GHT DES HAUTES-PYRENEES ORIENTATIONS STRATEGIQUES 2017-2021

Introduction

Le projet de soins partagé est avec le projet médical partagé le ciment de l'édification du GHT pour mettre en place une gradation des soins structurée autour de filières de prise en charge. Il est ancré dans un diagnostic territorial des besoins en santé permettant de définir les actions à engager pour construire une réponse adaptée aux besoins de santé du territoire.

Ce projet de soins a pour finalité de :

- ▶ Traduire la volonté d'améliorer les soins aux patients,
- ▶ Répondre aux préoccupations des soignants dans leur pratique quotidienne pour donner sens à leur exercice professionnel.

Le GHT est une véritable opportunité pour fonder une communauté de pratiques et ainsi s'enrichir pour sécuriser davantage et faire évoluer les parcours et les prises en charge médico-soignantes des patients, des usagers et résidents.

Le Projet de soins du GHT des Hautes-Pyrénées est centré sur le patient et plus largement sur l'utilisateur dans une dynamique de prise en charge individualisée. Il puise sa philosophie dans les principes fondamentaux auxquels adhèrent les communautés soignantes de tous les établissements parties du GHT des Hautes-Pyrénées.

Ce projet :

- S'attache à promouvoir la qualité de la prise en charge de l'utilisateur dans un environnement organisationnel et managérial efficient.
- Garantit la sécurité des patients et des professionnels du soin dans une recherche continue d'amélioration de la qualité et la gestion des risques.
- S'inscrit dans une approche pluridisciplinaire au service des usagers de l'hôpital et s'assure de la cohérence de la prise en charge par le développement des compétences, l'évaluation des pratiques professionnelles et la promotion d'outils de soins performants.

Son élaboration doit s'appuyer sur une démarche participative intégrant des représentants de l'ensemble des soignants des établissements parties, visant l'implication du plus grand nombre et favorisant l'adhésion de tous dans la mise en œuvre d'un plan d'actions formalisé.

Ce projet, porté par les Directions des soins des établissements parties et plus largement par l'encadrement au sein des pôles, favorise la responsabilité et la participation des professionnels.

Il est garant d'un parcours patient pensé, intégrant le partage, la relation de confiance. Un des objectifs prioritaire étant de faire évoluer les parcours des patients tout en favorisant les pratiques collaboratives, agissant ainsi sur les interfaces afin d'éviter les ruptures de soins.



Ce projet sera enrichi des travaux des filières médicales et de la finalisation de la CPT pour la psychiatrie.

1. Contexte institutionnel

Le projet de soins du GHT des Hautes-Pyrénées est élaboré dans un contexte récent de Groupement Hospitalier de Territoire, issu de la Loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, dont la convention constitutive a été arrêtée par l'ARS Occitanie en date du 5 avril 2017.

Cinq établissements composent le GHT des Hautes-Pyrénées :

- Le Centre Hospitalier de Lourdes,
- Le Centre Hospitalier de Bigorre,
- Le Centre Hospitalier de Bagnères de Bigorre,
- L'Hôpital Le Montaigu,
- Les Hôpitaux de Lannemezan.

Ces établissements de santé composent l'offre de soins publique du Territoire des Hautes-Pyrénées (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, Urgences, SSR et santé mentale) et partagent les mêmes valeurs et principes inscrits dans la convention constitutive.

2. La politique Qualité et Gestion des Risques

La politique d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques est définie selon les orientations stratégiques des établissements parties et coordonnée à l'échelle du GHT. Elle s'appuie sur la volonté de :

- ▶ Répondre aux besoins et attentes des usagers,
- ▶ Garantir à tous, une prise en soins optimale, coordonnée et structurée en filières, sécurisée et adaptée aux besoins de santé de la population du département.
- ▶ Renforcer la culture qualité et sécurité des soins et contribuer à développer un système de management de la qualité et de la gestion des risques communs aux établissements parties.

3. Les défis

Au-delà du contexte institutionnel, le projet de soins du GHT des Hautes-Pyrénées a une vision territoriale du soin en cohérence avec le projet régional de santé.

- ▶ L'offre de soins par la formalisation de coordinations et la mise en place de réseaux de soins.
- ▶ La demande de santé en lien avec le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, l'exigence de qualité et de prise en charge ambulatoire
- ▶ La responsabilité sociale des organisations dans la qualité de vie au travail et la prévention des risques psychosociaux



- ▶ L'évolution des pratiques et des prises en charge (Laïcité, Droits des patients, ambulatoire, etc...) et l'évolution du contexte médico-économique des établissements de santé
- ▶ Adapter la fonction managériale
- ▶ Définir une politique harmonisée des compétences, de formation, de développement professionnel continu, d'accompagnement des soignants et d'encadrement.
- ▶ L'évolution des technologies médicales (télémédecine, système d'information, etc, ...) qui ont un impact important sur les organisations médicales et paramédicales
- ▶ Entretenir l'esprit de coopération entre les professionnels et la motivation des acteurs de santé

4. Les concepts et valeurs socles

Le projet de soins du GHT des Hautes-Pyrénées définit des orientations stratégiques communes en matière de prévention, de soins, de qualité et de sécurité des soins, d'évaluation des pratiques professionnelles. Il repose à l'évidence sur des valeurs partagées par l'ensemble des professionnels des établissements parties.

Extrait de la Convention Constitutive

« Les établissements parties au GHT des Hautes-Pyrénées sont unis par le partage de valeurs communes autour du maintien et du renforcement du service public de la santé exercé par ses membres et les partenaires avec lesquels ils coopèrent.

L'offre actuelle de soin de proximité comme l'offre de soin de recours doit demeurer et se renforcer par des synergies territoriales qui doivent permettre à chacun de bénéficier d'un égal accès à des soins sécurisés et de qualité certifiée. »

Les valeurs essentielles qui fédèrent l'ensemble des professionnels des établissements et qui sont garantes de l'éthique professionnelle et de l'amélioration de la qualité des soins et la qualité de vie au travail sont :

Le respect, l'intégrité, le sens du service, l'équité et la solidarité, la bienveillance et la bienfaisance, l'autonomie, le professionnalisme.

Les établissements de santé sont le lieu de décisions et d'arbitrages et doivent inscrire leur action dans un questionnement éthique partagé.

- ▶ Une vision partagée du « travailler ensemble » par une mobilisation de toutes les communautés hospitalières
- ▶ La connaissance, le partage et le respect des champs de compétences et des rôles de chacun
- ▶ Le développement des compétences en termes de management de tous les corps professionnels.



5. Le soin

La notion de soins s'entend dans une approche biopsychosociale et une conception holistique. Cette démarche s'inscrit dans un souci de qualité des soins pour laquelle les compétences professionnelles sont mises au profit du patient placé au cœur du dispositif. Ainsi, le soin s'inscrit dans une cohérence Ethique, Déontologique et Légale.

La bienveillance a pour particularité de partir des besoins et des demandes de l' « autre » dont on prend soin et qui est en position de vulnérabilité ; c'est un processus et non un état et il peut être apparenté au concept de qualité et de sécurité des soins.

L'éthique est une constante dans le domaine des soins, que ce soit pour assurer un accès égal aux soins, pour éclairer des décisions à prendre ; les soignants sont sans cesse confrontés à des choix que doit guider la réflexion éthique.

6. Méthodologie d'élaboration

Sur la base des projets de soins des établissements parties du GHT des Hautes-Pyrénées, les **orientations stratégiques du projet de soins de territoire** ont été définies par les Présidents des Commissions de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques, des établissements parties :

1. **Le Parcours Patient : lien avec l'amont et l'aval**

En cohérence avec le projet médical partagé, le projet de soins partagé s'inscrit dans une vision « parcours patient » au regard des filières identifiées par le projet médical partagé (PMP). Les objectifs sont, la cohésion des filières et l'harmonisation des pratiques professionnelles ainsi que la promotion des pratiques innovantes et des démarches de recherches cliniques.

Les axes :

- ↪ Déterminer les chemins cliniques/filières structurées et coordonnées
- ↪ Utiliser les nouvelles technologies (recours à la télé-expertise, télé-médecine, etc...) ex : plaies et cicatrisation - les IDE libérales ont les informations pour le suivi et le traitement du patient

2. **Ressources, compétences et Management**

Dans la perspective et l'application concrète d'une meilleure accessibilité aux filières de soins, la mise à disposition de compétences en tout lieu équivalentes est un enjeu majeur pour la mise en œuvre du projet de soins partagé. Cette mise en œuvre doit favoriser une logique de mobilité concertée avec les professionnels au sein du GHT, logique inscrite dans des parcours professionnels pertinents.

Les axes :

- ↪ Cartographie des compétences sur le GHT
- ↪ Mutualisation des compétences et métiers en tension, etc...
- ↪ Accompagnement des cadres



Les orientations stratégiques du projet de soins du GHT des Hautes-Pyrénées ont été validées par la Commission paramédicale du GHT des Hautes-Pyrénées le 30 juin 2017.

Des groupes de travail, après appel à candidatures dans les CSIRMT des établissements parties, vont être mis en place dès septembre 2017 afin de formaliser des fiches actions sur les différentes thématiques conformément aux orientations stratégiques.

Un comité de relecture sera mis en place avec une participation pluridisciplinaire de professionnels dans sa composante médicale et paramédicale, des usagers et des représentants d'associations.

Le projet de soins partagé est élaboré pour une période maximale de 5 ans.

En dehors de cette révision quinquennale, ce document n'est pas figé dans son contenu. Il est évolutif, il a donc vocation à être revu et ajusté en fonction des évaluations annuelles.

7. Approche Communic'actionnelle

Il apparaît indispensable de communiquer et d'élaborer une stratégie de communication spécifique au Projet de soins du GHT des Hautes-Pyrénées au service de la dynamique participative et de son appropriation progressive par le plus grand nombre de soignants des établissements parties.



3. La Qualité et la Sécurité des soins et la gestion des risques liés aux soins

La garantie d'un niveau permanent de qualité et de sécurité des soins requiert un management continu de la qualité et une gestion des risques ambitieuse. L'enjeu institutionnel managérial est de créer des conditions permettant d'accroître les compétences individuelles et collectives, et pour atteindre cet objectif, d'impulser une pratique d'évaluation continue de la qualité. Ainsi, les organisations médico-soignantes participeront à une démarche qualité permanente et partagée.

Les axes :

- ↳ Analyse des pratiques professionnelles au niveau du GHT au sein de filières coordonnées et structurées
- ↳ Analyse préliminaire des risques dans le cadre des chemins cliniques

4. Education thérapeutique et promotion à la santé

Acteur et promoteur de sa santé, le patient est considéré au cœur du dispositif de soins. Son entourage est aussi un élément déterminant de sa prise en charge dans une logique de co-construction de ses parcours.

L'accroissement du nombre de maladies chroniques ainsi que les limites multi factorielles d'observance des traitements prescrits, incitent fortement à mettre l'accent sur l'organisation de l'éducation thérapeutique et à renforcer ses effets. Celle-ci peut s'envisager à l'échelle du GHT et bénéficier de regroupement d'équipes, de mise en commun de savoir-faire et de mobilisation des ressources matérielles.

Les axes :

- ↳ Coordonner au niveau du territoire une politique d'éducation thérapeutique
- ↳ Recherche d'autonomie du patient : cohérence tout au long de son parcours de soin avec les mêmes objectifs dans tous les établissements partie du GHT.
- ↳ Equipes solides et formées en Education thérapeutique à l'échelle du territoire

5. La recherche, l'enseignement et la formation

Les enjeux en termes de formation initiale, comme en formation continue sont tels, qu'ils nécessitent une vigilance renforcée. Un des enjeux forts est l'harmonisation de la politique de stage et sa déclinaison, considérant que l'excellence de la formation pratique est un gage de qualité future des soins dispensés.

Les axes :

- ↳ Harmonisation des politiques de formation et d'intégration des étudiants à l'échelle du GHT
- ↳ Détermination de la politique de formation au service du soin
- ↳ Développement de programmes de recherche

ARS OCCITANIE MONTPELLIER

R76-2017-09-12-008

2017-2714 Décision approuvant l'avenant n°3 à la
convention constitutive du GHT
Cévennes-Gard-Camargue

Décision ARS/GHT/30 n°2017-2714

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

- VU l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire,
- VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé,
- VU le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de Madame Monique CAVALIER en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées,
- VU le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions,
- VU le décret n°2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie,
- VU le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire,
- VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-2 et R. 6132-1 à R. 6132-6,
- VU l'arrêté n°2012-213 du 9 mars 2012 du Directeur de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon relatif au Schéma Régional d'Organisation des Soins du Languedoc-Roussillon, et ses avenants, en particulier l'arrêté ARS LR n°2015/2297 en date du 3 novembre 2015 portant adoption de l'avenant n°8 modifiant le Schéma Régional d'Organisation des Soins du Languedoc-Roussillon,
- VU l'arrêté en date du 11 décembre 2012 portant approbation du Projet Régional de Santé Midi-Pyrénées, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Midi-Pyrénées le 28 décembre 2012,
- VU l'arrêté en date du 2 août 2013 portant retrait partiel de l'arrêté du 11 décembre 2012 susvisé, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Midi-Pyrénées le 9 août 2013,
- VU l'arrêté n°887 en date du 1^{er} juillet 2016 relatif à la composition du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE CEVENNES-GARD-CAMARGUE » publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 6 juillet 2016,
- VU les arrêtés modificatifs n°2016-1215 en date du 31 août 2016 et n°2016-1991 en date du 6 décembre 2016, relatif à la composition du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE CEVENNES-GARD-CAMARGUE », publiés au recueil des actes administratifs de la préfecture de région respectivement le 31 août 2016 et le 7 décembre 2016,

- VU la décision n°2016-1092 en date du 31 août 2016 approuvant la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE CEVENNES-GARD-CAMARGUE », publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 31 août 2016,
- VU la décision n°2017-1800 en date du 28 juillet 2017 approuvant l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE CEVENNES-GARD-CAMARGUE », publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 1 août 2017,
- VU les avis des commissions médicales, des comités techniques d'établissements, des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques puis des conseils de surveillance du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, du Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze, du Centre Hospitalier d'Uzès, du Centre Hospitalier de Pontails, du Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit, du Centre Hospitalier d'Alès-Cévennes, du Centre Hospitalier Le Vigan et du Centre Hospitalier le Mas Careiron, après concertation des directeurs, sur l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE CEVENNES-GARD-CAMARGUE »,
- VU les avis des comités techniques d'établissements puis la délibération des conseils d'administration de l'EHPAD de Montfrin, de l'EHPAD d'Aramon, de l'EHPAD de Redessan-Cabrières, de l'EHPAD d'Euzet-les-Bains, de l'EHPAD de Saint-Gilles et de l'EHPAD de Beauvoisin, de l'EHPAD de Sauve, de l'EHPAD de Saint-Hippolyte du Fort, de l'EHPAD de Lasalle, sur l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE CEVENNES-GARD-CAMARGUE »,
- VU l'avenant n°3 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE CEVENNES-GARD-CAMARGUE » en date du 10 juillet 2017,

CONSIDERANT que les directeurs du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, du Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze, du Centre Hospitalier d'Uzès, du Centre Hospitalier de Pontails, du Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit, du Centre Hospitalier d'Alès-Cévennes, du Centre Hospitalier Le Vigan, du Centre Hospitalier le Mas Careiron, de l'EHPAD de Montfrin, de l'EHPAD d'Aramon, de l'EHPAD de Redessan-Cabrières, de l'EHPAD d'Euzet-les-Bains, de l'EHPAD de Saint-Gilles et de l'EHPAD de Beauvoisin, de l'EHPAD de Sauve, de l'EHPAD de Saint-Hippolyte du Fort, de l'EHPAD de Lasalle, ont signé l'avenant n°3 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE CEVENNES-GARD-CAMARGUE »,

CONSIDERANT Que l'avenant n°3 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE CEVENNES-GARD-CAMARGUE » est conforme aux dispositions du Code de la Santé Publique relatives au groupement hospitalier de territoire et qu'il respecte globalement les orientations du Projet Régional de Santé en vigueur,

DECIDE

Article 1 :

L'avenant n°3 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE CEVENNES-GARD-CAMARGUE », signé par les directeurs du Centre Hospitalier Universitaire de Nîmes, du Centre Hospitalier de Bagnols sur Cèze, du Centre Hospitalier d'Uzès, du Centre Hospitalier de Pontails, du Centre Hospitalier de Pont-Saint-Esprit, du Centre Hospitalier d'Alès-Cévennes, du Centre Hospitalier Le Vigan, du Centre Hospitalier le Mas Careiron, de l'EHPAD de Montfrin, de l'EHPAD d'Aramon, de l'EHPAD de Redessan-Cabrières, de l'EHPAD d'Euzet-les-Bains, de l'EHPAD de Saint-Gilles et de l'EHPAD de Beauvoisin, de l'EHPAD de Sauve, de l'EHPAD de Saint-Hippolyte du Fort, de l'EHPAD de Lasalle, établissements parties au groupement, est **approuvé**.

Article 2 :

L'approbation de l'avenant n°3 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE CEVENNES-GARD-CAMARGUE » n'empêche, pour les établissements concernés, aucune conséquence en termes d'autorisation, de reconnaissance contractuelle ou de financement.

Article 3 :

Les modifications apportées par l'avenant n°3 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE CEVENNES-GARD-CAMARGUE » n'ont aucune incidence sur la durée de la convention constitutive conclue pour une durée de dix ans à compter du 31 août 2016.

Article 4 :

L'avenant n°3 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE CEVENNES-GARD-CAMARGUE » est publié par l'Agence Régionale de Santé sur son site internet.

Article 5 :

La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois suivant sa publication, d'un recours administratif et/ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent.

Fait à Montpellier, le 12 SEP. 2017

Pour la Directrice
et, l'Agence Régionale de Santé
et par délégation **La Directrice Générale**

Dr Jean-Jacques OISSE
Monique CAVALLIER

ARS OCCITANIE MONTPELLIER

R76-2017-09-12-007

2017-2715 Décision approuvant l'avenant n°2 à la
convention constitutive du GHT Est-Hérault et
Sud-Aveyron

Décision ARS/GHT/34 n°2017-2715

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

- VU l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire,
- VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé,
- VU le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de Madame Monique CAVALIER en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées,
- Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions,
- Vu le décret n°2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie,
- VU le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire,
- VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-2 et R. 6132-1 à R. 6132-6,
- VU l'arrêté n°2012-213 du 9 mars 2012 du Directeur de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon relatif au Schéma Régional d'Organisation des Soins du Languedoc-Roussillon, et ses avenants, en particulier l'arrêté ARS LR n°2015/2297 en date du 3 novembre 2015 portant adoption de l'avenant n°8 modifiant le Schéma Régional d'Organisation des Soins du Languedoc-Roussillon,
- VU l'arrêté en date du 11 décembre 2012 portant approbation du Projet Régional de Santé Midi-Pyrénées, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Midi-Pyrénées le 28 décembre 2012,
- VU l'arrêté en date du 2 août 2013 portant retrait partiel de l'arrêté du 11 décembre 2012 susvisé, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Midi-Pyrénées le 9 août 2013,
- VU l'arrêté n°2016-889 en date du 1^{er} juillet 2016 relatif à la composition du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EST-HERAULT ET SUD-AVEYRON », publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 6 juillet 2016,
- VU la décision n°2016-1088 en date du 31 août 2016 approuvant la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EST-HERAULT ET SUD-AVEYRON », publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 31 août 2016,

- VU la décision n°2016-377 en date du 3 avril 2017 approuvant l'avenant n°1 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EST-HERAULT ET SUD-AVEYRON », publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 4 avril 2017,
- VU l'avenant n°3 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DE L'EST-HERAULT ET DU SUD-AVEYRON » en date du 4 juillet 2017 relatif à la composition du groupement,
- VU les avis des commissions médicales, des comités techniques d'établissements, des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques puis des conseils de surveillance du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, du Centre Hospitalier de Lodève, du Centre Hospitalier de Clermont l'Hérault, du Centre Hospitalier de Lunel, du Centre Hospitalier de Lamalou-les-Bains, du Centre Hospitalier de Millau, du Centre Hospitalier de Saint-Affrique, du Centre Hospitalier de Sévérac-le-Château et les Hôpitaux du Bassin de Thau, après concertation des directoires, sur l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EST-HERAULT ET SUD-AVEYRON »,
- VU l'avis du comité technique d'établissement puis la délibération du conseil d'administration de l'EHPAD de Millau sur l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EST-HERAULT ET SUD-AVEYRON »,
- VU l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EST-HERAULT ET SUD-AVEYRON » en date du 12 juin 2017,

CONSIDERANT Que les directeurs du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, du Centre Hospitalier de Lodève, du Centre Hospitalier de Clermont l'Hérault, du Centre Hospitalier de Lunel, du Centre Hospitalier de Lamalou-les-Bains, du Centre Hospitalier de Millau, du Centre Hospitalier de Saint-Affrique, du Centre Hospitalier de Sévérac-le-Château, des Hôpitaux du Bassin de Thau et de l'EHPAD de Millau ont signé l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EST-HERAULT ET SUD-AVEYRON »,

CONSIDERANT Que l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EST-HERAULT ET SUD-AVEYRON » est conforme aux dispositions du Code de la Santé Publique relatives au groupement hospitalier de territoire et qu'il respecte globalement les orientations du Projet Régional de Santé en vigueur,

DECIDE

Article 1 :

L'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EST-HERAULT ET SUD-AVEYRON », signé par les directeurs du Centre Hospitalier Universitaire de Montpellier, du Centre Hospitalier de Lodève, du Centre Hospitalier de Clermont l'Hérault, du Centre Hospitalier de Lunel, du Centre Hospitalier de Lamalou-les-Bains, du Centre Hospitalier de Millau, du Centre Hospitalier de Saint-Affrique, du Centre Hospitalier de Sévérac-le-Château, des Hôpitaux du Bassin de Thau et de l'EHPAD de Millau, établissements parties au groupement, est **approuvé**.

Article 2 :

L'approbation de l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EST-HERAULT ET SUD-AVEYRON » n'emporte, pour les établissements concernés, aucune conséquence en termes d'autorisation, de reconnaissance contractuelle ou de financement.

Article 3 :

Les modifications apportées par l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EST-HERAULT ET SUD-AVEYRON » n'ont aucune incidence sur la durée de la convention constitutive conclue pour une durée de dix ans à compter du 31 août 2016.

Article 4 :

L'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE EST-HERAULT ET SUD-AVEYRON » est publié par l'Agence Régionale de Santé sur son site internet.

Article 5 :

La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois suivant sa publication, d'un recours administratif et/ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent.

Fait à Montpellier, le **12 SEP. 2017**
Pour la Directrice Générale de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie
et par délégation, Le Directeur Général Adjoint **La Directrice Générale,**
Dr Jean-Jacques MORFOISSE **Monique CAVALIER**

ARS OCCITANIE MONTPELLIER

R76-2017-09-12-010

2017-2761 Décision approbation des avenants 4 et 5 à la convention constitutive du GHT des Centres Hospitaliers de Perpignan, Narbonne

Décision ARS/GHT/66 n°2017-2761

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

- VU l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire,
- VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé,
- VU le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de Madame Monique CAVALIER en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées,
- Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions,
- Vu le décret n°2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie,
- VU le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire,
- VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-2 et R. 6132-1 à R. 6132-6,
- VU l'arrêté n°2012-213 du 9 mars 2012 du Directeur de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon relatif au Schéma Régional d'Organisation des Soins du Languedoc-Roussillon, et ses avenants, en particulier l'arrêté ARS LR n°2015/2297 en date du 3 novembre 2015 portant adoption de l'avenant n°8 modifiant le Schéma Régional d'Organisation des Soins du Languedoc-Roussillon,
- VU l'arrêté en date du 11 décembre 2012 portant approbation du Projet Régional de Santé Midi-Pyrénées, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Midi-Pyrénées le 28 décembre 2012,
- VU l'arrêté en date du 2 août 2013 portant retrait partiel de l'arrêté du 11 décembre 2012 susvisé, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Midi-Pyrénées le 9 août 2013,
- VU l'arrêté n°2016-893 en date du 1^{er} juillet 2016 relatif à la composition du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES CENTRES HOSPITALIERS DE PERPIGNAN – NARBONNE – LEZIGNAN-CORBIERES – PORT-LA-NOUVELLE – PRADES », publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 6 juillet 2016,

- VU la décision n°2016-893 en date du 31 août 2016 approuvant la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES CENTRES HOSPITALIERS DE PERPIGNAN – NARBONNE – LEZIGNAN-CORBIERES – PORT-LA-NOUVELLE – PRADES », publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 31 août 2016,
- VU la décision n°2017-273 en date du 27 février 2017 approuvant les avenants n°1 et 2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES CENTRES HOSPITALIERS DE PERPIGNAN – NARBONNE – LEZIGNAN-CORBIERES – PORT-LA-NOUVELLE – PRADES », publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 28 février 2017,
- VU les avis des commissions médicales, des comités techniques d'établissements, des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, des commissions des usagers puis des conseils de surveillance du Centre Hospitalier de Perpignan, du Centre Hospitalier de Narbonne, du Centre Hospitalier de Lézignan-Corbières, du Centre Hospitalier de Port-la-Nouvelle et du Centre Hospitalier de Prade après concertation des directoires, sur les avenants 4 et 5 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES CENTRES HOSPITALIERS DE PERPIGNAN – NARBONNE – LEZIGNAN-CORBIERES – PORT-LA-NOUVELLE – PRADES »,
- VU les avenants n°4 et 5 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES CENTRES HOSPITALIERS DE PERPIGNAN – NARBONNE – LEZIGNAN-CORBIERES – PORT-LA-NOUVELLE – PRADES » en date du 30 juin 2017,

CONSIDERANT Que les directeurs du Centre Hospitalier de Perpignan, du Centre Hospitalier de Narbonne, du Centre Hospitalier de Lézignan-Corbières, du Centre Hospitalier de Port-la-Nouvelle et du Centre Hospitalier de Prades ont signé les avenants n°4 et 5 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES CENTRES HOSPITALIERS DE PERPIGNAN – NARBONNE – LEZIGNAN-CORBIERES – PORT-LA-NOUVELLE – PRADES »,

CONSIDERANT Que les avenants n°4 et 5 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES CENTRES HOSPITALIERS DE PERPIGNAN – NARBONNE – LEZIGNAN-CORBIERES – PORT-LA-NOUVELLE – PRADES » sont conformes aux dispositions du Code de la Santé Publique relatives au groupement hospitalier de territoire,

DECIDE

Article 1 :

Les avenants n°4 et 5 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES CENTRES HOSPITALIERS DE PERPIGNAN – NARBONNE – LEZIGNAN-CORBIERES – PORT-LA-NOUVELLE – PRADES », signés par les directeurs du Centre Hospitalier de Perpignan, du Centre Hospitalier de Narbonne, du Centre Hospitalier de Lézignan-Corbières, du Centre Hospitalier de Port-la-Nouvelle et du Centre Hospitalier de Prades, établissements parties au groupement, sont **approuvés**.

Article 2 :

L'approbation des avenants n°4 et 5 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES CENTRES HOSPITALIERS DE PERPIGNAN – NARBONNE – LEZIGNAN-CORBIERES – PORT-LA-NOUVELLE – PRADES » n'emporte, pour les établissements concernés, aucune conséquence en termes d'autorisation, de reconnaissance contractuelle ou de financement.

Article 3 :

Les modifications apportées par les avenants n°4 et 5 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES CENTRES HOSPITALIERS DE PERPIGNAN – NARBONNE – LEZIGNAN-CORBIERES – PORT-LA-NOUVELLE – PRADES » n'ont aucune incidence sur la durée de la convention constitutive conclue pour une durée de dix ans à compter du 31 août 2016.

Article 4 :

Les avenants n°4 et 5 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE DES CENTRES HOSPITALIERS DE PERPIGNAN – NARBONNE – LEZIGNAN-CORBIERES – PORT-LA-NOUVELLE – PRADES » sont publiés par l'Agence Régionale de Santé sur son site internet.

Article 5 :

La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois suivant sa publication, d'un recours administratif et/ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent.

Fait à Montpellier, le 2 SEP. 2017

La Directrice Générale,

Pour la Directrice Générale de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie
et par délégation, Le Directeur Général Adjoint
Monique CAVALIER

Dr Jean-Jacques MORFOISSE

ARS OCCITANIE MONTPELLIER

R76-2017-09-14-004

2017-2762 Décision approuvant l'avenant n°2 à la
convention constitutive du GHT Ouest Hérault

Décision ARS/GHT/34 n°2017-2762

La Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé Occitanie,

- VU l'article 107 de la loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire,
- VU le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé,
- VU le décret du 17 décembre 2015 portant nomination de Madame Monique CAVALIER en qualité de Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé de Languedoc-Roussillon Midi-Pyrénées,
- Vu le décret n°2015-1650 du 11 décembre 2015 adaptant les agences régionales de santé à la nouvelle délimitation des régions,
- Vu le décret n°2016-1264 du 28 septembre 2016 portant fixation du nom et du chef-lieu de la région Occitanie,
- VU le décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire,
- VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-2 et R. 6132-1 à R. 6132-6,
- VU l'arrêté n°2012-213 du 9 mars 2012 du Directeur de l'Agence Régionale de Santé du Languedoc-Roussillon relatif au Schéma Régional d'Organisation des Soins du Languedoc-Roussillon, et ses avenants, en particulier l'arrêté ARS LR n°2015/2297 en date du 3 novembre 2015 portant adoption de l'avenant n°8 modifiant le Schéma Régional d'Organisation des Soins du Languedoc-Roussillon,
- VU l'arrêté en date du 11 décembre 2012 portant approbation du Projet Régional de Santé Midi-Pyrénées, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Midi-Pyrénées le 28 décembre 2012,
- VU l'arrêté en date du 2 août 2013 portant retrait partiel de l'arrêté du 11 décembre 2012 susvisé, publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région de Midi-Pyrénées le 9 août 2013,
- VU l'arrêté n°2016-890 en date du 1^{er} juillet 2016 relatif à la composition du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE OUEST HERAULT », publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 6 juillet 2016,
- VU l'arrêté modificatif n°2016-1214 en date du 31 août 2016 relatif à la composition du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE OUEST HERAULT », publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 31 août 2016,
- VU la décision n°2016-1704 en date du 20 octobre 2016 approuvant la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE OUEST HERAULT », publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 20 octobre 2016,

- VU la décision n°2016-272 en date du 27 février 2017 approuvant la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE OUEST HERAULT », publiée au recueil des actes administratifs de la préfecture de région le 28 février 2017,
- VU les avis des commissions médicales, des comités techniques d'établissements, des commissions des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, des commissions des usagers puis des conseils de surveillance du Centre Hospitalier de Béziers, du Centre Hospitalier de Pézenas et du Centre Hospitalier de Bédarieux, après concertation des directoires, sur l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE OUEST HERAULT »,
- VU les avis du comité technique d'établissement puis la délibération du conseil d'administration de l'EHPAD de Cazouls les Béziers sur l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE OUEST HERAULT »,
- VU les avis du collège médical et du comité stratégique du groupement sur l'avenant n°1 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE OUEST HERAULT »,
- VU l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE OUEST HERAULT » en date du 13 juillet 2017,

CONSIDERANT Que les directeurs du Centre Hospitalier de Béziers, du Centre Hospitalier de Pézenas, du Centre Hospitalier de Bédarieux et de l'EHPAD de Cazouls les Béziers ont signé l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE OUEST HERAULT »,

CONSIDERANT Que l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE OUEST HERAULT » est conforme aux dispositions du Code de la Santé Publique relatives au groupement hospitalier de territoire et qu'il respecte globalement les orientations du Projet Régional de Santé en vigueur,

DECIDE

Article 1 :

L'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE OUEST HERAULT », signé par les directeurs du Centre Hospitalier de Béziers, du Centre Hospitalier de Pézenas, du Centre Hospitalier de Bédarieux et de l'EHPAD de Cazouls les Béziers, établissements parties au groupement, est **approuvé**.

Article 2 :

L'approbation de l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE OUEST HERAULT » n'emporte, pour les établissements concernés, aucune conséquence en termes d'autorisation, de reconnaissance contractuelle ou de financement.

Article 3 :

Les modifications apportées par l'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE OUEST HERAULT » n'ont aucune incidence sur la durée de la convention constitutive conclue pour une durée de dix ans à compter du 20 octobre 2016.

Article 4 :

L'avenant n°2 à la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire « GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE OUEST HERAULT » est publié par l'Agence Régionale de Santé sur son site internet.

Article 5 :

La présente décision peut faire l'objet, dans un délai de deux mois suivant sa publication, d'un recours administratif et/ou d'un recours contentieux devant le tribunal administratif territorialement compétent.

Fait à Montpellier, le 14 SEP. 2017

La Directrice Générale,

Pour la Directrice Générale de
l'Agence Régionale de Santé Occitanie
et par délégation, Le Directeur Général Adjoint
Monique CAVALIER

Dr Jean-Jacques MORFOISSE

DDT11

R76-2017-10-21-002

ARDC dossier autorisation d'exploiter à FORT Arnaud
sous le numéro 11170114



PREFET DE L'AUDE

Carcassonne, le 27 juin 2017

Direction Départementale
des Territoires et
de la Mer de l'Aude

Le Directeur Départemental des Territoires et de la Mer
à

Service Economie
Agricole et
Développement Rural

Monsieur FORT Arnaud
1 Impasse du Pic de BUGARACH

11000 - CARCASSONNE

Contrôle des structures

Affaire suivie par : Elisabeth BURAIIS - Géraldine DEVEAU – SEADR

Télécopie : 04 68 71 24 46 Téléphone : 04 68 71 76 71 et 04 68 71 76 41

Courriel : elisabeth.burais@aude.gouv.fr geraldine.deveau@aude.gouv.fr

OBJET : Demande d'autorisation d'exploiter - Accusé de réception d'un dossier complet

Monsieur,

J'accuse réception le **20/06/2017** de votre dossier **complet** de demande d'autorisation d'exploiter portant sur **1,0490 ha**, situés sur la commune de **MOUX** et appartenant au **GFA BROTO**.

L'exploitant antérieur ou preneur en place, **tel qu'indiqué dans votre demande**, est :

- **PEARL LA COSTE** sise à **11700 - MONTBRUN DES CORBIERES**

Les références administratives de votre dossier sont les suivantes :

- date de réception : **20/06/2017**
- numéro d'enregistrement : **11-17-0114**

Je vous précise que votre dossier présente les pièces nécessaires pour un début d'instruction.

En l'absence de réponse de l'administration dans un délai de quatre mois suivant la date de réception de votre dossier complet mentionnée plus haut, l'autorisation d'exploiter vous sera tacitement accordée, à compter du « **20/10/2017** ».

Ce délai d'instruction de quatre mois est susceptible d'être prolongé de deux mois, conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime. Dans ce cas, vous en serez avisé **avant la date citée ci-dessus**.

En cas d'accord tacite, la copie du présent accusé de réception sera affichée et publiée dans les mêmes conditions qu'une autorisation expresse, conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime : affichage en mairie et publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Après publication, le présent accusé de réception aura valeur d'attestation d'accord **tacite**, telle qu'elle est prévue à l'article L. 232-3 du code des relations entre le public et l'administration – titre III section 1. Il ne vous sera donc pas nécessaire de faire une autre demande d'attestation à l'administration pour bénéficier de vos droits.

Conservez dès maintenant ce document qui sera, en cas d'accord tacite, le seul à valoir autorisation d'exploiter le bien foncier agricole que vous avez demandé.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour le Directeur Départemental
des Territoires et de la Mer
Le Chef de Service,

Patrick FAYOLLE

horaires d'ouverture :
8 h. 30 – 12 heures
14 heures – 16 h.30
16 heures le vendredi

DDTM de l'Aude
CS 40001
105 Bd Barbès
11838 CARCASSONNE
CEDEX

DDT11

R76-2017-10-17-002

ARDC dossier autorisation d'exploiter à SANS Aurélien
sous le numéro 11170100



PREFET DE L'AUDE

Carcassonne, le 22 juin 2017

Direction Départementale
des Territoires et
de la Mer de l'Aude

Le Directeur Départemental des Territoires et de la Mer
à

Service Economie
Agricole et
Développement Rural

Monsieur SANS Aurélien
23 bis chemin de Maurel

11110 - SALLES D'AUDE

Contrôle des structures

Affaire suivie par : Elisabeth BURAI - Géraldine DEVEAU – SEADR

Télécopie : 04 68 71 24 46 Téléphone : 04 68 71 76 71 et 04 68 71 76 41

Courriel : elisabeth.burais@aude.gouv.fr geraldine.deveau@aude.gouv.fr

OBJET : Demande d'autorisation d'exploiter - Accusé de réception d'un dossier complet

Monsieur,

J'accuse réception le **16/06/2017** de votre dossier **complet** de demande d'autorisation d'exploiter portant sur **0,6353 ha**, situés sur la commune de **SALLES D'AUDE** et appartenant à **Monsieur SANS Philippe**.

L'exploitant antérieur ou preneur en place, **tel qu'indiqué dans votre demande**, est :

- **Monsieur SANS Philippe** sis à **11110 – SALLES D'AUDE**

Les références administratives de votre dossier sont les suivantes :

- date de réception : **16/06/2017**
- numéro d'enregistrement : **11-17-0100**

Je vous précise que votre dossier présente les pièces nécessaires pour un début d'instruction.

En l'absence de réponse de l'administration dans un délai de quatre mois suivant la date de réception de votre dossier complet mentionnée plus haut, l'autorisation d'exploiter vous sera tacitement accordée, à compter du « **16/10/2017** ».

Ce délai d'instruction de quatre mois est susceptible d'être prolongé de deux mois, conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime. Dans ce cas, vous en serez avisé **avant la date citée ci-dessus**.

En cas d'accord tacite, la copie du présent accusé de réception sera affichée et publiée dans les mêmes conditions qu'une autorisation expresse, conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime : affichage en mairie et publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Après publication, le **présent accusé de réception aura valeur d'attestation d'accord tacite**, telle qu'elle est prévue à l'article L. 232-3 du code des relations entre le public et l'administration – titre III section 1. Il ne vous sera donc pas nécessaire de faire une autre demande d'attestation à l'administration pour bénéficier de vos droits.

Conservez dès maintenant ce document qui sera, en cas d'accord tacite, le seul à valoir autorisation d'exploiter le bien foncier agricole que vous avez demandé.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

DDTM de l'Aude
CS 40001
105 Bd Barbès
11838 CARCASSONNE
CEDEX

Pour le Directeur Départemental
des Territoires et de la Mer,
Le Chef de Service,

Patrick FAYOLLE

DDT11

R76-2017-10-21-001

ARDC dossier autorisation d'exploiter à TERRIER
Dominique sous le numéro 11170096



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

PREFET DE L'AUDE

Carcassonne, le 26 juin 2017

Direction Départementale
des Territoires et
de la Mer de l'Aude

Le Directeur Départemental des Territoires et de la Mer
à

Service Economie
Agricole et
Développement Rural

Monsieur TERRIER Dominique
1 Rue de la Tramontane

11360 – FONTJONCOUSE

Contrôle des structures

Affaire suivie par : Elisabeth BURAIIS - Géraldine DEVEAU – SEADR

Télécopie : 04 68 71 24 46 Téléphone : 04 68 71 76 71 et 04 68 71 76 41

Courriel : elisabeth.burais@aude.gouv.fr geraldine.deveau@aude.gouv.fr

OBJET : Demande d'autorisation d'exploiter - Accusé de réception d'un dossier complet

Monsieur,

J'accuse réception le **20/06/2017** de votre dossier **complet** de demande d'autorisation d'exploiter portant sur **9,92 ha**, situés sur les communes de **LAGRASSE** et **SAINT PIERRE DES CHAMPS** et appartenant à **GFA DU CHÂTEAU DE SAINT AURIOL**.

L'exploitant antérieur ou preneur en place, **tel qu'indiqué dans votre demande**, est :

- **La SCEA LES PROMESSES DE LA TERRE** sise à **11220 - LAGRASSE**

Les références administratives de votre dossier sont les suivantes :

- date de réception : **20/06/2017**
- numéro d'enregistrement : **11-17-0096**

Je vous précise que votre dossier présente les pièces nécessaires pour un début d'instruction.

En l'absence de réponse de l'administration dans un délai de quatre mois suivant la date de réception de votre dossier complet mentionnée plus haut, l'autorisation d'exploiter vous sera tacitement accordée, à compter du « **20/10/2017** ».

Ce délai d'instruction de quatre mois est susceptible d'être prolongé de deux mois, conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime. Dans ce cas, vous en serez avisé **avant la date citée ci-dessus**.

En cas d'accord tacite, la copie du présent accusé de réception sera affichée et publiée dans les mêmes conditions qu'une autorisation expresse, conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime : affichage en mairie et publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Après publication, **le présent accusé de réception aura valeur d'attestation d'accord tacite**, telle qu'elle est prévue à l'article L. 232-3 du code des relations entre le public et l'administration – titre III section 1. Il ne vous sera donc pas nécessaire de faire une autre demande d'attestation à l'administration pour bénéficier de vos droits.

Conservez dès maintenant ce document qui sera, en cas d'accord tacite, le seul à valoir autorisation d'exploiter le bien foncier agricole que vous avez demandé.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour le Directeur Départemental
des Territoires et de la Mer,
Le Chef de Service


Patrick FAYOLLE

horaires d'ouverture :
8 h. 30 – 12 heures
14 heures – 16 h.30
16 heures le vendredi

DDTM de l'Aude
CS 40001
105 Bd Barbès
11838 CARCASSONNE
CEDEX

DDT11

R76-2017-10-20-005

ARDC dossier autorisation d'exploiter à TOUSTOU
Tristan sous le numéro 11170053



PREFET DE L'AUDE

Carcassonne, le 26 juin 2017

Direction Départementale
des Territoires et
de la Mer de l'Aude

Le Directeur Départemental des Territoires et de la Mer
à

Service Economie
Agricole et
Développement Rural

Monsieur TOUSTOU Tristan
43 Avenue de FLEURY

11110 - SALLES D'AUDE

Contrôle des structures

Affaire suivie par : Elisabeth BURAIIS - Géraldine DEVEAU – SEADR

Télécopie : 04 68 71 24 46 Téléphone : 04 68 71 76 71 et 04 68 71 76 41

Courriel : elisabeth.burais@aude.gouv.fr geraldine.deveau@aude.gouv.fr

OBJET : Demande d'autorisation d'exploiter - Accusé de réception d'un dossier complet

Monsieur,

J'accuse réception le **19/06/2017** de votre dossier **complet** de demande d'autorisation d'exploiter portant sur **1,8501 ha**, situés sur la commune de **SALLES D'AUDE** et appartenant à **Monsieur TOUSTOU Alain**.

L'exploitant antérieur ou preneur en place, **tel qu'indiqué dans votre demande**, est :

- **Monsieur TOUSTOU Alain sis à 11110 – SALLES D'AUDE**

Les références administratives de votre dossier sont les suivantes :

- date de réception : **19/06/2017**
- numéro d'enregistrement : **11-17-0053**

Je vous précise que votre dossier présente les pièces nécessaires pour un début d'instruction.

En l'absence de réponse de l'administration dans un délai de quatre mois suivant la date de réception de votre dossier complet mentionnée plus haut, l'autorisation d'exploiter vous sera tacitement accordée, à compter du « **19/10/2017** ».

Ce délai d'instruction de quatre mois est susceptible d'être prolongé de deux mois, conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime. Dans ce cas, vous en serez avisé **avant la date citée ci-dessus**.

En cas d'accord tacite, la copie du présent accusé de réception sera affichée et publiée dans les mêmes conditions qu'une autorisation expresse, conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime : affichage en mairie et publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Après publication, **le présent accusé de réception aura valeur d'attestation d'accord tacite**, telle qu'elle est prévue à l'article L. 232-3 du code des relations entre le public et l'administration – titre III section 1. Il ne vous sera donc pas nécessaire de faire une autre demande d'attestation à l'administration pour bénéficier de vos droits.

Conservez dès maintenant ce document qui sera, en cas d'accord tacite, le seul à valoir autorisation d'exploiter le bien foncier agricole que vous avez demandé.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour le Directeur Départemental
des Territoires et de la Mer,
Le Chef de Service,


Patrick FAYOLLE

horaires d'ouverture :
8 h. 30 – 12 heures
14 heures – 16 h.30
16 heures le vendredi

DDTM de l'Aude
CS 40001
105 Bd Barbès
11838 CARCASSONNE
CEDEX

Direction Départementale des Territoires

R76-2017-10-17-001

DRAAF OCCITANIE - ARDC dossier d'autorisation
d'exploiter à Monsieur Pascal FOURES sous le numéro
81171560

**DIRECTION DEPARTEMENTALE
DES TERRITOIRES**

Albi, le 7 juillet 2017

à l'attention de

Monsieur Pascal FOURES
En Assalit

81220 SAINT-PAUL-CAP-DE-JOUX

Service économie agricole et forestière

Bureau des exploitations agricoles,
de la forêt et de la chasse

Dossier suivi par : Gilles LUQUE
gilles.luque@tarn.gouv.fr

Objet : Accusé de réception de dossier complet
de demande d'autorisation d'exploiter

Tél. : 05.81.27.59.39

Fax : 05 81 27 51 07

Monsieur,

J'accuse réception le 16 juin 2017 du caractère complet de votre dossier de demande d'autorisation d'exploiter 18.56 ha situés sur les communes de ALGANS (11.56 ha) et de ROQUEVIDAL (7 ha), appartenant à Messieurs Jean-Christophe et Guillaume FOURES.

Les références administratives de votre dossier sont les suivantes :

- Date de réception de votre demande : **16/06/2017**
- Numéro d'enregistrement : **n° 81171560**

En l'absence de réponse de l'administration dans un délai de 4 mois suivant la date de réception de votre dossier complet mentionnée plus haut, l'autorisation d'exploiter vous sera tacitement accordée, à compter du **17 octobre 2017**.

Ce délai d'instruction de 4 mois est susceptible d'être prolongé de deux mois conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime. Dans ce cas, vous en serez avisé **avant la date citée ci-dessus**.

En cas d'accord tacite, la copie du présent accusé de réception sera affichée et publiée dans les mêmes conditions qu'une autorisation expresse conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime: affichage en mairie et publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Après cette publication, **le présent accusé de réception aura valeur d'attestation d'accord tacite** telle qu'elle est prévue à l'article L. 232-3 du code des relations entre le public et l'administration - titre III section 1. Il ne vous sera donc pas nécessaire de faire une autre demande d'attestation à l'administration pour bénéficier de vos droits.

Conservez dès maintenant ce document qui sera, en cas d'accord tacite, le seul à valoir autorisation d'exploiter le bien foncier agricole que vous avez demandé.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour le préfet et par délégation,
Le chef du service économie agricole
et forestière

Laure HEIM



Visites et appels téléphoniques uniquement les matinées des lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9 h à 11 h 30

Direction Départementale des Territoires

R76-2017-10-20-003

DRAAF OCCITANIE - ARDC dossier d'autorisation
d'exploiter à Monsieur Sebastien PUEL sous le numéro
81171562

**DIRECTION DÉPARTEMENTALE
DES TERRITOIRES**

Service économie agricole et forestière

Bureau des exploitations agricoles,
de la forêt et de la chasse

Dossier suivi par : Gilles LUQUE
gilles.luque@tarn.gouv.fr

Tél. : 05.81.27.59.39

Fax : 05 81 27 51 07

Albi, le 19 juillet 2017

à l'attention de

Monsieur Sébastien PUEL
La Rougearié

81350 CRESPINET

Objet : Accusé de réception de dossier complet
de demande d'autorisation d'exploiter

Monsieur,

J'accuse réception le 19 juin 2017 du caractère complet de votre dossier de demande d'autorisation d'exploiter 40.72 ha, situés sur la commune de CRESPINET (20.63 ha), appartenant à Mesdames Rose-Marie FARSSAC et Jocelyne BOUSQUET et à Messieurs Jean-Marc et Laurent PUEL et sur la commune de SERENAC (20.09 ha), appartenant à Mesdames Claire CANAC, Marie-Christine LAFFONT, Martine PAULHE, Odile ALVERNHE, Mireille PUEL, Jeanine GAUSSERAND, Colette MARTY, Brigitte DEMAZURE et Véronique GAUSSERAND LATORSE et à Messieurs Jean-Yves CALMETTES et Hervé DEJEAN .

Les références administratives de votre dossier sont les suivantes :

- Date de réception de votre demande : **19/06/2017**
- Numéro d'enregistrement : **n° 81171562**

En l'absence de réponse de l'administration dans un délai de 4 mois suivant la date de réception de votre dossier complet mentionnée plus haut, l'autorisation d'exploiter vous sera tacitement accordée, à compter du **20 octobre 2017**.

Ce délai d'instruction de 4 mois est susceptible d'être prolongé de deux mois conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime. Dans ce cas, vous en serez avisé **avant la date citée ci-dessus**.

En cas d'accord tacite, la copie du présent accusé de réception sera affichée et publiée dans les mêmes conditions qu'une autorisation expresse conformément à l'article R. 331-6 du code rural et de la pêche maritime: affichage en mairie et publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Après cette publication, **le présent accusé de réception aura valeur d'attestation d'accord tacite** telle qu'elle est prévue à l'article L. 232-3 du code des relations entre le public et l'administration - titre III section 1. Il ne vous sera donc pas nécessaire de faire une autre demande d'attestation à l'administration pour bénéficier de vos droits.

Conservez dès maintenant ce document qui sera, en cas d'accord tacite, le seul à valoir autorisation d'exploiter le bien foncier agricole que vous avez demandé.

Je vous prie d'agréer, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pour le préfet et par délégation,
Le chef du service économie agricole
et forestière

Laure HEIM



Visites et appels téléphoniques uniquement les matinées des lundi, mardi, jeudi et vendredi de 9 h à 11 h 30

DDT - 19, rue de Ciron 81013 ALBI Cedex 09 - Téléphone : 05 81 27 50 01 - fax : 05 81 27 51 07

DRAAF

R76-2017-10-20-004

a subd bop149-775 20171020

Arrêté subdélégation de signature BOP 149 et 775

PRÉFET DE LA RÉGION D'OCCITANIE

Direction Régionale de
l'Alimentation, de l'Agriculture et de
la Forêt

Secrétariat Général

ARRÊTÉ N° R76-2017-298

Portant subdélégation de signature à
certains agents de la direction régionale de
l'alimentation, de l'agriculture et de la
forêt pour la mise en œuvre des crédits des
BOP 149 et 775 (circuit ASP)

Le Directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt ,

VU le décret n° 2010-429 du 29 avril 2010 relatif à l'organisation et aux missions des directions régionales de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt;

Vu le décret n°2015-1689 du 17 décembre 2015 portant diverses mesures d'organisation et de fonctionnement dans les régions de l'administration territoriale de l'État et de commissions administratives;

VU l'arrêté interministériel du 30 décembre 2008 portant règlement de comptabilité du ministère de l'agriculture et de la pêche pour la désignation des ordonnateurs secondaires et de leurs délégués ;

VU l'arrêté ministériel du 1^{er} janvier 2016 nommant M. Pascal AUGIER directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt pour la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées ;

VU l'arrêté préfectoral du 4 janvier 2016, établissant les missions et l'organisation de la direction régionale de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt de la région Languedoc-Roussillon-Midi-Pyrénées ;

VU l'arrêté préfectoral en date du 13 octobre 2017, portant délégation de signature en matière de compétence administrative générale et d'ordonnancement secondaire pour les dépenses et les recettes des budgets opérationnels de programme du ministère en charge de l'agriculture, à M. Pascal AUGIER directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt pour la région Occitanie ;

ARRÊTE

Article 1 :

En cas d'absence ou d'empêchement de Monsieur Pascal AUGIER, directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt, délégation de signature est donnée à Messieurs Bruno LION et Xavier VANT, directeurs régionaux adjoints, à l'effet de répartir entre UO les crédits des programmes 149 « Economie et développement durable des entreprises agricoles, agroalimentaires et forestières » et 775 « Développement et transfert en agriculture » (circuit ASP) et de signer les décisions d'attribution, les rapports d'instruction, les certificats de service fait, les demandes de mise en paiement et les demandes de reversement correspondant aux dispositifs d'aides attribués sur les BOP 149 et 775 (circuit ASP) et instruits par la DRAAF.

Article 2 :

1) Délégation est donnée à M. Guillaume RANDRIAMAMPITA, chef du service régional de l'agriculture et de l'agroalimentaire (SRAA), à l'effet de répartir entre UO les crédits des programmes 149 (hors mesures forêt) et 775.

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Guillaume RANDRIAMAMPITA, la présente délégation pourra être exercée par Mme Marie SCHILL ou M. Rodolphe ANJARD, adjoints au chef du service.

2) Délégation est donnée à M. Xavier PIOLIN, chef du service régional Forêt Bois (SRFoB) à l'effet de répartir entre UO les crédits du programme 149 (mesures forêt).

En cas d'absence ou d'empêchement de M. Xavier PIOLIN, la présente délégation pourra être exercée par M. Grégoire GAUTIER, chef de l'unité « filières et territoires ».

3) Sont autorisés à procéder à l'ensemble des opérations de mise à disposition dans l'application OSIRIS :

- Mme Nathalie MONTAGNÉ,
- Mme Sylvie CINÇON,
- M. Jérôme CHAUR,
- M. Grégoire GAUTIER,
- M. Nicolas BLANC.

Article 3 :

1) Délégation est donnée à M. Guillaume RANDRIAMAMPITA, chef du SRAA, à l'effet de signer les décisions d'attribution, les rapports d'instruction, les certificats de service fait, les demandes de mise en paiement, les demandes de reversement et l'ensemble des courriers liés, correspondant aux dispositifs d'aides attribués sur les BOP 149 et 775 et instruits par la DRAAF - SRAA.

Cette même délégation pourra être exercée par Mme Marie SCHILL ou M. Rodolphe ANJARD, adjoints au chef de service.

A l'exclusion des décisions attributives d'aide et de reversement, la présente délégation pourra également être exercée par Mmes Nadine LOIRETTE-BALDIT, Sylvie SARTHOU ou M. Simon MIQUEL.

Les rapports d'instruction et les courriers liés pourront être signés par Mmes Annie BOGGIA, Nathalie COLIN et MM Mathieu NIVAL, Laurent BACCELLA, Damien LONGUEVILLE, chacun sur le dispositif d'aide dont il est instructeur.

2) Délégation est donnée à M. Xavier PIOLIN, chef du SRFoB, à l'effet de signer les décisions d'attribution, les rapports d'instruction, les certificats de service fait, les demandes de mise en paiement, les demandes de reversement et l'ensemble des courriers liés, correspondant aux dispositifs d'aides attribués sur le BOP 149 et instruits par la DRAAF – SRFoB.

Cette même délégation pourra être exercée par M.Grégoire GAUTIER, chef de l'unité « filières et territoires »

A l'exclusion des décisions attributives d'aide et de reversement, la présente délégation pourra également être exercée par M. Philippe HANS.

Article 4 :

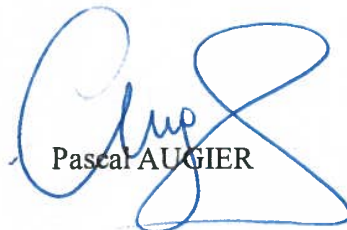
Toutes les dispositions antérieures à cette subdélégation sont abrogées.

Article 5 :

Le directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt d'Occitanie est chargé de l'exécution du présent arrêté qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Occitanie.

Fait à Toulouse, le 20/10/2017

Le directeur régional de l'alimentation,
de l'agriculture et de la forêt,



Pascal AUGIER

1. The purpose of this document is to provide information on the current status of the project and to outline the proposed next steps. It is intended for the use of the project team and the steering committee.

2. The project has made significant progress since the last meeting. The initial scope has been defined, and the project plan has been developed.

3. The next steps are to complete the project plan, identify the resources required, and begin the implementation phase.

4. It is recommended that the steering committee meet on the 15th of next month to discuss the project plan and approve the next steps.

5. The project team will continue to work on the project plan and will provide a detailed report to the steering committee at the next meeting.



A handwritten signature and the date '15/10/2017' are visible in the lower middle section of the page.

DRJSCS Occitanie

R76-2017-10-09-021

Arrêté portant fixation de la dotation globale de
financement 2017 du Centre d'hébergement et de
réinsertion sociale (CHRS) "Le Logis Millavois" géré par
l'association trait d'Union

Direction régionale
de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale

**Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2017
du Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) « Le Logis Millavois »
géré par l'association Trait d'Union**

Le préfet de la région Occitanie,
préfet de la Haute-Garonne
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'ordre national du Mérite

- VU le code de l'action sociale et des familles, notamment les articles L.314-4, L.345-1 et le 8^o alinéa de l'article L.312-1 ;
- VU la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois des finances – NOR: ECOX0104681L ;
- VU la loi no 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 – NOR: ECFX1623958L ;
- VU le décret n° 2016-1937 du 29 décembre 2016 portant répartition des crédits et découverts autorisés par la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 – NOR: ECFB1634399D ;
- VU le budget opérationnel de programme 177 *Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables*, action 12 *Hébergement et logement adapté*, sous-action 0177-12-10 *Centres d'hébergement et d'insertion sociale – structures en dotation globale*, code 017701051210, validé par le contrôleur financier régional le 10 mars 2017 ;
- VU la délégation de crédits du BOP 177 *Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables*, action 12 *Hébergement et logement adapté* en date du 12 janvier 2017 et les subdélégations qui ont suivies ;
- VU l'arrêté du 25 avril 2017 pris en application de l'article L.314-4 du code de l'action sociale et des familles fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale – NOR: LHAS1712527A – paru au journal officiel n°0108 du 7 mai 2017 ;
- VU l'arrêté du préfet de région n° R76-2017-08-21-005 du 21 janvier 2017 portant délégation de signature au directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale pour l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses du budget de l'État en qualité de responsable du BOP 177 *Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables* ;

- VU la délégation de gestion en date du 22 mars 2017 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services entre, d'une part, le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Occitanie, dénommé le *délégrant* et d'autre part, le directeur départemental de la cohésion sociale et de la protection des populations de l'Aveyron dénommé le *déléataire* ;
- VU l'arrêté préfectoral en date du 25 mars 2005 autorisant la création d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale dénommé Trait d'Union pour 11 places d'hébergement ;
- VU l'arrêté préfectoral en date du 6 août 2009 portant extension de capacité de 10 places, sise 66 avenue Edouard Alfred Martel 12100 Millau, et géré par l'association Trait d'Union ;
- VU l'arrêté préfectoral du 2 mai 2011 relatif à la restructuration de l'activité du CHRS Trait d'Union dans la limite des places autorisées ;
- VU l'arrêté préfectoral n° 20160922-03 du 22 septembre 2016 portant autorisation d'extension non importante de la capacité du centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) géré par l'association Trait d'Union ;
- VU les propositions budgétaires et leurs annexes adressées par l'association Trait d'Union pour le fonctionnement du centre d'hébergement et de réinsertion sociale sur l'exercice 2017 datées du 26 octobre 2016 ;
- VU le rapport d'orientation budgétaire relatif aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale de la région Occitanie pour la campagne budgétaire 2017, établi le 12 mai 2017 ;
- VU le rapport de propositions budgétaires pour l'exercice 2017 transmis le 22 juin 2017 ;
- VU les observations faites par l'association Trait d'Union en date du 30 juin 2017 ;
- VU la notification de la décision d'autorisation budgétaire et de tarification en date du 4 juillet 2017 ;
- SUR proposition du Secrétaire général des affaires régionales ;

ARRÊTE

Article 1^{er} – Pour l'exercice budgétaire 2017, les recettes et des dépenses prévisionnelles du centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) géré par l'association Trait d'Union sont autorisées comme suit :

	Groupes fonctionnels	Montants (en euros)	Total (en euros)
DÉPENSES	Groupe I Dépenses d'exploitation courante	55 086,00 €	387 679,41 €
	Groupe II Dépenses afférentes au personnel	284 131,41 €	
	Groupe III Dépenses afférentes à la structure	48 462,00 €	
PRODUITS	Groupe I Produits de la tarification	376 679,41 €	387 679,41 €
	Groupe II Autres produits relatifs à l'exploitation	5 200,00 €	
	Groupe III Produits financiers et produits non encaissables	5 800,00 €	

Article 2 – Pour l'exercice budgétaire 2017 et sur les crédits ouverts au programme 177 *Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables*, action 12 *Hébergement et logement adapté*, sous-action 0177-12-10 *Centres d'hébergement et d'insertion sociale – structures en dotation globale*, code 017701051210, une subvention globale de financement de **376 679,41 €** (trois cent soixante-seize mille six cent soixante-dix-neuf euros et quarante-et-un centimes) est attribuée à l'organisme suivant :

Centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) « Le Logis Millavois »
Association Trait d'Union
50 avenue Martel – B.P. 40437
12 104 MILLAU CEDEX

La fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de financement s'élève à **31 389,95 €** (trente-et-un mille trois cent quatre-vingt-neuf euros et quatre-vingt-quinze centimes).

Article 3 – La présente décision peut faire l'objet :

- d'un recours administratif, soit gracieux auprès du préfet de la région Occitanie, soit hiérarchique auprès du ministre en charge du logement, dans le délai d'un mois suivant la notification ;
- d'un recours contentieux auprès du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux – greffe de la cour administrative d'appel de Bordeaux sis 14 cours de Verdun CS 81224 – 33074 Bordeaux Cedex, dans un délai d'un mois à compter de sa notification ou dans le délai d'un mois à partir de la réponse de l'administration si un recours administratif a été déposé.

Article 4 – Le Secrétaire général pour les affaires régionales et le Directeur départemental de la cohésion sociale et de la protection des populations de l'Aveyron sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont une copie sera adressée à l'organisme concerné et qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Toulouse, le **- 9 OCT. 2017**

Pour le Préfet et par délégation,
le **Directeur Régional Adjoint de la Jeunesse,
des Sports et de la Cohésion Sociale**

Yannick AUPETIT

DRJSCS Occitanie

R76-2017-10-09-022

Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2017 du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS) REGAIN et action PARENTHÈSE gérés par l'Association ADAGES

PRÉFET DE LA RÉGION OCCITANIE

Direction régionale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale

**Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2017
du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale (CHRS)
REGAIN et action PARENTHÈSE
gérés par l'Association ADAGES**

Le préfet de la région Occitanie,
préfet de la Haute-Garonne
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'ordre national du Mérite,

- VU le Code de l'Action Sociale et des Familles, notamment ses articles L.314-4, L.345-1 et le 8° de son article L.312-1 ;
- VU la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 ;
- VU le décret n° 2016-1937 du 29 décembre 2016 portant répartition des crédits et découverts autorisés par la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 ;
- VU le budget opérationnel de programme n°177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » validé par le contrôleur financier régional le 10 mars 2017 ;
- VU la délégation de crédits du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » en date du 12 janvier 2017 et les subdélégations qui ont suivi ;
- VU l'arrêté ministériel du 25 avril 2017 fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale paru au Journal Officiel du 7 mai 2017 ;
- VU l'arrêté du préfet de région n° R76-2017-08-21-005 du 21 août 2017 portant délégation de signature au directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale pour l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses du budget de l'État en qualité de responsable du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » ;
- VU la délégation de gestion en date du 22 mars 2017 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services entre, d'une part, le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Occitanie, dénommé le « délégant » et d'autre part, le directeur départemental de la cohésion sociale (et de la protection des populations) du département de l'Hérault dénommé(e) le « délégataire » ;

VU le rapport d'orientation budgétaire relatif aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale de la région Occitanie pour la campagne budgétaire 2017, établi le 12 mai 2017 ;

VU le rapport de propositions budgétaires pour l'exercice 2017 en date du 20 juin 2017 ;

VU la notification de la décision d'autorisation budgétaire et de tarification en date du 25 juillet 2017 ;

SUR proposition du directeur départemental de la cohésion sociale du département de l'Hérault ;

SUR proposition du secrétaire général des affaires régionales ;

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} :

Pour l'exercice budgétaire 2017, les recettes et les dépenses prévisionnelles du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale REGAIN géré par l'association ADAGES sont autorisées comme suit :

	Groupes fonctionnels	Montant	Total (€)
DEPENSES	Groupe I : Dépenses afférentes à l'exploitation courante	154 237,00	1 801 260,00
	Groupe II : Dépenses afférentes au personnel	1 199 040,00	
	Groupe III : Dépenses afférentes à la structure	447 983,00	
PRODUITS	Groupe I : Produits de la tarification	1 493 173,00	1 801 260,00
	Groupe II : Autres produits relatifs à l'exploitation	303 126,00	
	Groupe III : Produits financiers et produits non encaissables	4 961,00	

DGF places CHRS : 1 364 725 €

DGF places stabilisation 128 448 €

ARTICLE 2 :

Pour l'exercice budgétaire 2017, la dotation globale de financement du Centre d'Hébergement et de Réinsertion Sociale REGAIN géré par l'association ADAGES est fixée à 1 493 173 € (*un million quatre cent quatre vingt treize mille cent soixante treize euros*) dont 10 000 € en crédits non reconductibles (CNR).

Hors CNR, la fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de financement s'élève à 123 597,75 € (*cent vingt trois mille cinq cent quatre vingt dix sept euros et soixante quinze centimes*).

ARTICLE 3 :

Pour l'exercice budgétaire 2017, les recettes et les dépenses prévisionnelles de l'action PARENTHÈSE gérée par l'association ADAGES sont autorisées comme suit :

	Groupes fonctionnels	Montant	Total (€)
DEPENSES	Groupe I : Dépenses afférentes à l'exploitation courante	0,00	51 456,53
	Groupe II : Dépenses afférentes au personnel	50 000,00	
	Groupe III : Dépenses afférentes à la structure	1 456,53	
PRODUITS	Groupe I : Produits de la tarification	51 456,53	51 456,53
	Groupe II : Autres produits relatifs à l'exploitation	0,00	
	Groupe III : Produits financiers et produits non encaissables	0,00	

ARTICLE 4 :

Pour l'exercice budgétaire 2017, la dotation globale de financement de l'action PARENTHÈSE gérée par l'association ADAGES est fixée à 51 456,53 € (*cinquante et un mille quatre cent cinquante six euros et cinquante trois centimes*).

La fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de financement s'élève à 4 288,04 € (*quatre mille deux cent quatre vingt huit euros et quatre centimes*).

ARTICLE 5 :

Le versement de ces dotations par douzième allouées au CHRS REGAIN et à l'action PARENTHÈSE gérés par l'association ADAGES, au titre de l'exercice 2017, est imputé sur les crédits ouverts du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables », référencés :

Pour le CHRS :

Centre financier : 0177-D034-DD34,
Référentiel activité : **017701051210**,
Groupe de marchandises : 12-02-01,
Domaine fonctionnel : **0177-12-10**,
Sur le compte ouvert au nom de : **BFCC**,
Domiciliation : **Montpellier**,
N° de compte : **42559-00034-21021960706/ 57**.

Pour l'action PARENTHÈSE :

Centre financier : 0177-D034-DD34,
Référentiel activité : **017701051211**,
Groupe de marchandises : 12-02-01,
Domaine fonctionnel : **0177-12-11**,
Sur le compte ouvert au nom de : **BFCC**,
Domiciliation : **Montpellier**,
N° de compte : **42559-00034-21021960706/ 57**.

ARTICLE 5 :

La présente décision peut faire l'objet :

- d'un recours administratif, soit gracieux auprès du préfet de la région Occitanie, soit hiérarchique auprès du Ministre en charge du logement, dans le délai d'un mois suivant la notification,
- d'un recours contentieux auprès du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux, sis : greffe de la cour administrative d'appel de Bordeaux - 17 Cours de Verdun - 33 074 Bordeaux cédex, dans un délai d'un mois à compter de sa notification, ou dans le délai d'un mois à partir de la réponse de l'administration si un recours administratif a été déposé.

ARTICLE 6 :

Le secrétaire général pour les affaires régionales et le directeur départemental de la cohésion sociale du département de l'Hérault sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont une copie sera adressée à l'établissement concerné et qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Toulouse, le **- 9 OCT. 2017**

Pour le Préfet et par délégation,
le Directeur Régional Adjoint de la Jeunesse,
des Sports et de la Cohésion Sociale

Yannick AUPÉTIT

DRJSCS Occitanie

R76-2017-10-09-023

Arrêté portant fixation de la dotation globale de
financement 2017 du Foyer d'hébergement d'urgence sis
Côte des Besses à Rodez (12000) géré par le Centre
Communal d'Action Sociale

Direction régionale
de la jeunesse, des sports
et de la cohésion sociale

**Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2017
du Foyer d'hébergement d'urgence sis Côte des Besses à Rodez (12000)
géré par le Centre Communal d'Action Sociale**

Le préfet de la région Occitanie,
préfet de la Haute-Garonne
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'ordre national du Mérite

- VU le code de l'action sociale et des familles, notamment les articles L.314-4, L.345-1 et le 8° alinéa de l'article L.312-1 ;
- VU la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois des finances – NOR: ECOX0104681L ;
- VU la loi no 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 – NOR: ECFX1623958L ;
- VU le décret n° 2016-1937 du 29 décembre 2016 portant répartition des crédits et découverts autorisés par la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 – NOR: ECFB1634399D ;
- VU le budget opérationnel de programme 177 *Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables*, action 12 *Hébergement et logement adapté*, sous-action 0177-12-10 *Centres d'hébergement et d'insertion sociale – structures en dotation globale*, code 017701051210, validé par le contrôleur financier régional le 10 mars 2017 ;
- VU la délégation de crédits du BOP 177 *Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables*, action 12 *Hébergement et logement adapté* en date du 12 janvier 2017 et les subdélégations qui ont suivies ;
- VU l'arrêté du 25 avril 2017 pris en application de l'article L.314-4 du code de l'action sociale et des familles fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale – NOR: LHAS1712527A – paru au journal officiel n°0108 du 7 mai 2017 ;
- VU l'arrêté du préfet de région n° R76-2017-08-21-005 du 21 août 2017 portant délégation de signature au directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale pour l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses du budget de l'État en qualité de responsable du BOP 177 *Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables* ;

- VU la délégation de gestion en date du 22 mars 2017 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services entre, d'une part, le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Occitanie, dénommé le *délegant* et d'autre part, le directeur départemental de la cohésion sociale et de la protection des populations de l'Aveyron dénommé le *délegataire* ;
- VU l'arrêté préfectoral en date du 18 avril 2001 autorisant la création d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale "Les Besses" géré par le Centre communal d'action sociale de la commune de Rodez, sise Côte des Besses 12000 Rodez d'une capacité de 18 places ;
- VU l'arrêté préfectoral en date du 2 août 2011 relatif à la restructuration de l'implantation des places autorisées ;
- VU l'arrêté préfectoral n° 20160922-02 du 22 septembre 2016 portant autorisation d'extension non importante de la capacité du centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) "Les Besses" géré par le centre communal d'action sociale (CCAS) de la commune de Rodez ;
- VU l'arrêté préfectoral n° 20170918-04 du 18 septembre 2017 portant autorisation d'extension non importante de la capacité du centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) "Les Besses" géré par le centre communal d'action sociale (CCAS) de la commune de Rodez ;
- VU les propositions budgétaires et leurs annexes adressées par le centre communal d'action sociale de la commune de Rodez pour le fonctionnement du centre d'hébergement et de réinsertion sociale sur l'exercice 2017 datées du 25 octobre 2016 ;
- VU le rapport d'orientation budgétaire relatif aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale de la région Occitanie pour la campagne budgétaire 2017, établi le 12 mai 2017 ;
- VU le rapport de propositions budgétaires pour l'exercice 2017 transmis le 22 juin 2017 ;
- VU la notification de la décision d'autorisation budgétaire et de tarification en date du 4 juillet 2017 ;
- SUR proposition du Secrétaire général des affaires régionales ;

ARRÊTE

Article 1^{er} – Pour l'exercice budgétaire 2017, les recettes et des dépenses prévisionnelles du centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) géré par le centre communal d'action sociale de Rodez sont autorisées comme suit :

	Groupes fonctionnels	Montants (en euros)	Total (en euros)
DÉPENSES	Groupe I Dépenses d'exploitation courante	66 500,00 €	472 323,00 €
	Groupe II Dépenses afférentes au personnel	359 573,00 €	
	Groupe III Dépenses afférentes à la structure	46 250,00 €	
PRODUITS	Groupe I Produits de la tarification	358 535,00 €	472 323,00 €
	Groupe II Autres produits relatifs à l'exploitation	113 788,00 €	
	Groupe III Produits financiers et produits non encaissables	0,00 €	

Article 2 – Pour l'exercice budgétaire 2017 et sur les crédits ouverts au programme 177 *Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables*, action 12 *Hébergement et logement adapté*, sous-action 0177-12-10 *Centres d'hébergement et d'insertion sociale – structures en dotation globale*, code 017701051210, une subvention globale de financement de **358 535,00 €** (trois cent cinquante-huit mille cinq cent trente-cinq euros) est attribuée à l'organisme suivant :

Foyer d'hébergement d'urgence sis Côte des Besses à Rodez (12000)
Centre communal d'action sociale
26 place Eugène Raynaldy
12000 RODEZ

La fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de financement s'élève à **29 877,91 €** (vingt-neuf mille huit cent soixante-dix-sept euros et quatre-vingt-onze centimes).

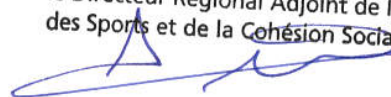
Article 3 – La présente décision peut faire l'objet :

- d'un recours administratif, soit gracieux auprès du préfet de la région Occitanie, soit hiérarchique auprès du ministre en charge du logement, dans le délai d'un mois suivant la notification ;
- d'un recours contentieux auprès du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux – greffe de la cour administrative d'appel de Bordeaux sis 14 cours de Verdun CS 81224 – 33074 Bordeaux Cédex, dans un délai d'un mois à compter de sa notification ou dans le délai d'un mois à partir de la réponse de l'administration si un recours administratif a été déposé.

Article 4 – Le Secrétaire général pour les affaires régionales et le Directeur départemental de la cohésion sociale et de la protection des populations de l'Aveyron sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont une copie sera adressée à l'organisme concerné et qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Toulouse, le **- 9 OCT. 2017**

Pour le Préfet et par délégation,
le Directeur Régional Adjoint de la Jeunesse,
des Sports et de la Cohésion Sociale



Yannick AUPETIT

DRJSCS Occitanie

R76-2017-10-09-025

Arrêté portant fixation de la dotation globale de
financement 2017 du SAO CORUS géré par l'association
ISSUE

PRÉFET DE LA RÉGION OCCITANIE

Direction régionale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale

**Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2017
du SAO CORUS
géré par l'association ISSUE**

Le préfet de la région Occitanie,
préfet de la Haute-Garonne
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'ordre national du Mérite,

- VU le Code de l'Action Sociale et des Familles, notamment ses articles L.314-4, L.345-1 et le 8° de son article L.312-1 ;
- VU la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 ;
- VU le décret n° 2016-1937 du 29 décembre 2016 portant répartition des crédits et découverts autorisés par la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 ;
- VU le budget opérationnel de programme n°177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » validé par le contrôleur financier régional le 10 mars 2017 ;
- VU la délégation de crédits du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » en date du 12 janvier 2017 et les subdélégations qui ont suivi ;
- VU l'arrêté ministériel du 25 avril 2017 fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale paru au Journal Officiel du 7 mai 2017 ;
- VU l'arrêté du préfet de région n° R76-2017-08-21-005 du 21 août 2017 portant délégation de signature au directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale pour l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses du budget de l'État en qualité de responsable du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » ;
- VU la délégation de gestion en date du 22 mars 2017 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services entre, d'une part, le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Occitanie, dénommé le « délégant » et d'autre part, le directeur départemental de la cohésion sociale (et de la protection des populations) du département de l'Hérault dénommé(e) le « délégataire » ;
- VU le rapport d'orientation budgétaire relatif aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale de la région Occitanie pour la campagne budgétaire 2017, établi le 12 mai 2017 ;

VU le rapport de propositions budgétaires pour l'exercice 2017 en date du 20 juin 2017 ;

VU la notification de la décision d'autorisation budgétaire et de tarification en date du 5 juillet 2017 ;

SUR proposition du directeur départemental de la cohésion sociale du département de l'Hérault ;

SUR proposition du secrétaire général des affaires régionales ;

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} :

Pour l'exercice budgétaire 2017, les recettes et les dépenses prévisionnelles du SAO CORUS géré par l'association ISSUE sont autorisées comme suit :

	Groupes fonctionnels	Montants en euros	Total en euros
DEPENSES	Groupe 1 : Dépenses d'exploitation courante	36 552,00	596 600,00
	Groupe 2 : Dépenses afférentes au personnel	490 566,00	
	Groupe 3 : Dépenses afférentes à la structure	69 482 ,00	
PRODUITS	Groupe 1 : Produits de la tarification Dont 240 000 € en subvention	550 000,00	596 600,00
	Groupe 2 : Autres produits relatifs à l'exploitation	21 600,00	
	Groupe 3 : Produits financiers et produits non encaissables	25 000,00	

ARTICLE 2 :

Pour l'exercice budgétaire 2017, la dotation globale de financement du SAO CORUS géré par l'association ISSUE est fixée à 310 000 € (*trois cent dix mille euros*) dont 10 000 € en Crédits Non Reconductibles (CNR).

Hors CNR, la fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de financement s'élève à 25 000 € (*vingt cinq mille euros*).

ARTICLE 3 :

Le versement de cette dotation par douzième allouée au SAO CORUS géré par l'association ISSUE, au titre de l'exercice 2017, est imputé sur les crédits ouverts du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables », référencé :

Centre financier : 0177-D034-DD34

Référentiel activité : 017701051211

Groupe de marchandises : 12.02.01

Domaine fonctionnel : 0177-12-11

sur le compte ouvert au nom de : Association ISSUE

Domiciliation : BFCC

N° de compte : **42559 – 00034 – 21023839501 - 51**

ARTICLE 4 :

La présente décision peut faire l'objet :

- d'un recours administratif, soit gracieux auprès du préfet de la région Occitanie, soit hiérarchique auprès du Ministre en charge du logement, dans le délai d'un mois suivant la notification,
- d'un recours contentieux auprès du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux, sis : greffe de la cour administrative d'appel de Bordeaux - 17 Cours de Verdun - 33 074 Bordeaux cedex, dans un délai d'un mois à compter de sa notification, ou dans le délai d'un mois à partir de la réponse de l'administration si un recours administratif a été déposé.

ARTICLE 6 :

Le secrétaire général pour les affaires régionales et le directeur départemental de la cohésion sociale du département de l'Hérault sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont une copie sera adressée à l'établissement concerné et qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Toulouse, le **- 9 OCT. 2017**

Pour le Préfet et par délégation,
le Directeur Régional Adjoint de la Jeunesse,
des Sports et de la Cohésion Sociale


Yannick AUPETIT

DRJSCS Occitanie

R76-2017-10-09-024

Arrêté portant fixation de la dotation globale de
financement 2017 du Service d'Accueil et d'Orientation
(SAO) géré par l'association AERS

PRÉFET DE LA RÉGION OCCITANIE

Direction régionale de la jeunesse,
des sports et de la cohésion sociale

**Arrêté portant fixation de la dotation globale de financement 2017
du Service d'Accueil et d'Orientation (SAO)
géré par l'association AERS**

Le préfet de la région Occitanie,
préfet de la Haute-Garonne
Officier de la Légion d'honneur,
Officier de l'ordre national du Mérite,

- VU le Code de l'Action Sociale et des Familles, notamment ses articles L.314-4, L.345-1 et le 8° de son article L.312-1 ;
- VU la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 ;
- VU le décret n° 2016-1937 du 29 décembre 2016 portant répartition des crédits et découverts autorisés par la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017 ;
- VU le budget opérationnel de programme n°177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » validé par le contrôleur financier régional le 10 mars 2017 ;
- VU la délégation de crédits du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » en date du 12 janvier 2017 et les subdélégations qui ont suivi ;
- VU l'arrêté ministériel du 25 avril 2017 fixant les dotations régionales limitatives relatives aux frais de fonctionnement des centres d'hébergement et de réinsertion sociale paru au Journal Officiel du 7 mai 2017 ;
- VU l'arrêté du préfet de région n° R76-2017-08-21-005 du 21 août 2017 portant délégation de signature au directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale pour l'ordonnancement secondaire des recettes et des dépenses du budget de l'État en qualité de responsable du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables » ;
- VU la délégation de gestion en date du 22 mars 2017 relative à la procédure de tarification des établissements et services sociaux et des services entre, d'une part, le directeur régional de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale Occitanie, dénommé le « délégué » et d'autre part, le directeur départemental de la cohésion sociale (et de la protection des populations) du département de l'Hérault dénommé(e) le « délégataire » ;
- VU le rapport d'orientation budgétaire relatif aux centres d'hébergement et de réinsertion sociale de la région Occitanie pour la campagne budgétaire 2017, établi le 12 mai 2017 ;

VU le rapport de propositions budgétaires pour l'exercice 2017 transmis le 23 juin 2017 ;

VU la notification de la décision d'autorisation budgétaire et de tarification en date du 12 septembre 2017 ;

SUR proposition du directeur départemental de la cohésion sociale du département de l'Hérault ;

SUR proposition du secrétaire général des affaires régionales ;

ARRÊTE

ARTICLE 1^{er} :

Pour l'exercice budgétaire 2017, les recettes et les dépenses prévisionnelles du Service d'Accueil et d'Orientation AERS sont autorisées comme suit :

	Groupes fonctionnels	Montants en euros	Total en euros
DEPENSES	Groupe 1 : Dépenses d'exploitation courante	1 680,00	88 137,00
	Groupe 2 : Dépenses afférentes au personnel	80 078,00	
	Groupe 3 : Dépenses afférentes à la structure	6 379,00	
PRODUITS	Groupe 1 : Produits de la tarification	79 088,00	88 137,00
	Groupe 2 : Autres produits relatifs à l'exploitation	6 915,00	
	Groupe 3 : Produits financiers et produits non encaissables	0	
	Reprise excédent 2015	2 134,00	

ARTICLE 2 :

Pour l'exercice budgétaire 2017, la dotation globale de financement du Service d'Accueil et d'Orientation AERS est fixée à 79 088 € (*soixante dix neuf mille quatre vingt huit euros*) dont 3 788 € en Crédits Non Reconductibles (CNR).

Hors CNR, la fraction forfaitaire égale au douzième de la dotation globale de financement s'élève à 6 275 € (*six mille deux cent soixante quinze euros*).

ARTICLE 3 :

Le versement de cette dotation par douzième allouée au Service d'Accueil et d'Orientation AERS, au titre de l'exercice 2017, est imputé sur les crédits ouverts du BOP 177 « Hébergement, parcours vers le logement et insertion des personnes vulnérables », référencé :

Centre financier : 0177-D034-DD34

Référentiel activité : 017701051211

Groupe de marchandises : 12..02.01

Domaine fonctionnel : 0177-12-11

sur le compte ouvert au nom de : AERS

Domiciliation : CRCA MTP CELLENEUVE

N° de compte : 13506 – 10000 – 03218260000 - 07

ARTICLE 4 :

La présente décision peut faire l'objet :

- d'un recours administratif, soit gracieux auprès du préfet de la région Occitanie, soit hiérarchique auprès du Ministre en charge du logement, dans le délai d'un mois suivant la notification,
- d'un recours contentieux auprès du tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale de Bordeaux, sis : greffe de la cour administrative d'appel de Bordeaux - 17 Cours de Verdun - 33 074 Bordeaux cédex, dans un délai d'un mois à compter de sa notification, ou dans le délai d'un mois à partir de la réponse de l'administration si un recours administratif a été déposé.

ARTICLE 6 :

Le secrétaire général pour les affaires régionales et le directeur départemental de la cohésion sociale du département de l'Hérault sont chargés, chacun pour ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté dont une copie sera adressée à l'établissement concerné et qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Toulouse, le

- 9 OCT. 2017

Pour le Préfet et par délégation,
le Directeur Régional Adjoint de la Jeunesse,
des Sports et de la Cohésion Sociale


Yannick AUPETIT

Préfecture de la région Occitanie

R76-2017-10-16-005

AP désaffectation d'une parcelle LPA Martin Luther King

Désaffectation d'une parcelle du lycée professionnel agricole Martin Luther King à Narbonne

PRÉFET DE LA RÉGION OCCITANIE

Secrétariat Général pour les Affaires Régionales

Mission Éducation – Culture – Sport

**Arrêté portant désaffectation d'une parcelle
du Lycée professionnel agricole (LPA) Martin Luther King, à Narbonne (11)**

Le Préfet de la région Occitanie
Préfet de la Haute-Garonne
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'ordre national du Mérite

Vu la loi n° 83-633 du 22 juillet 1983, modifiée notamment par la loi n°85-97 du 25 janvier 1985 portant dispositions diverses relatives aux rapports entre l'État et les collectivités territoriales ;

Vu le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements ;

Vu le code rural et de la pêche maritime, notamment son livre VIII portant sur l'enseignement, la formation professionnelle et le développement agricole, la recherche agronomique ;

Vu l'arrêté préfectoral du 1^{er} août 2016 déclarant cessibles au profit de l'État représenté par la Société Autoroutes du Sud de la France (ASF) les emprises nécessaires à la réalisation du projet d'amélioration de la bifurcation des autoroutes A61-A9, et portant transfert de gestion ;

Vu la délibération n°2017-28-03-IV-11 du conseil d'administration de l'EPLEFPA de Carcassonne concernant la désaffectation d'une parcelle constituant pour partie l'assiette foncière du Lycée professionnel agricole Martin Luther King à Narbonne ;

Vu la délibération n°CP/2017 – MAI/01.04 de la commission permanente du 19 mai 2017 du conseil régional portant sur la désaffectation du service public de l'enseignement de la parcelle IK 1066 ;

Vu la demande du conseil régional en date du 30 mai 2017 sollicitant la désaffectation du service public de l'enseignement de la parcelle IK 1066 rattachée au lycée professionnel agricole Martin Luther King, de Narbonne ;

Sur proposition du Directeur régional de l'alimentation, de l'agriculture et de la forêt ;

ARRÊTE

Article 1^{er} – La parcelle IK 1066, d'une superficie de 572 m², situées sur la commune de Narbonne (11) et appartenant au Lycée professionnel agricole (LPA) Martin Luther King, à Narbonne, est désaffectée du service public de l'enseignement.

Article 2 - Le secrétaire général pour les affaires régionales et le directeur régional de l'agriculture et de la forêt sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Toulouse, le **16 OCT. 2017**

Pour le préfet et par délégation,
le secrétaire général
pour les affaires régionales,

Laurent CARRIÉ

Préfecture de la région Occitanie

R76-2017-10-16-007

AP portant désaffectation d'un bâtiment du lycée
polyvalent Pablo Picasso

Arrêté portant désaffectation d'un bâtiment du lycée polyvalent Pablo Picasso à Perpignan

PRÉFET DE LA RÉGION OCCITANIE

Secrétariat Général pour les Affaires Régionales
Mission Éducation – Culture – Sport

**Arrêté portant désaffectation d'un bâtiment
du Lycée polyvalent Pablo Picasso, à Perpignan (66)**

Le Préfet de la région Occitanie
Préfet de la Haute-Garonne
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'ordre national du Mérite

Vu la loi n° 83-633 du 22 juillet 1983, modifiée notamment par la loi n°85-97 du 25 janvier 1985 portant dispositions diverses relatives aux rapports entre l'État et les collectivités territoriales ;

Vu le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements ;

Vu la délibération du 5 décembre 2016 du conseil d'administration du lycée polyvalent Pablo Picasso approuvant la désaffectation d'un immeuble propriété de l'établissement, sis 12, rue des Jardins Saint Louis, cadastré CO n°s 591 et 593, à Perpignan (66) ;

Vu la délibération n°CP/2017 – JUILL/01.23 de la commission permanente du 7 juillet 2017 du conseil régional approuvant la désaffectation du service public de l'enseignement de l'immeuble sis 12 rue des Jardins saint Louis, cadastré CO n°s 591 et 593, à Perpignan ;

Sur proposition du secrétaire général pour les affaires régionales ;

ARRÊTE

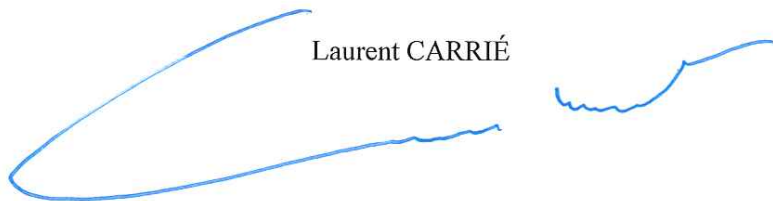
Article 1^{er} - L'immeuble sis 12 rue des Jardins Saint Louis, cadastré CO n°s 591 et 593, d'une superficie totale de 1845 m², situé sur la commune de Perpignan (66) et appartenant au Lycée polyvalent Pablo Picasso, à Perpignan, est désaffecté du service public de l'enseignement.

Article 2 - Le secrétaire général pour les affaires régionales et Madame le recteur de l'Académie de Montpellier sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Toulouse, le **16 OCT. 2017**

Pour le préfet et par délégation,
le secrétaire général
pour les affaires régionales,

Laurent CARRIÉ



Préfecture de la région Occitanie

R76-2017-10-16-006

AP portant désaffectation d'une parcelle du lycée
professionnel Jules Ferry

Arrêté portant désaffectation d'une parcelle du lycée professionnel Jules Ferry à Montpellier

PRÉFET DE LA RÉGION OCCITANIE

Secrétariat Général pour les Affaires Régionales
Mission Éducation – Culture – Sport

**Arrêté portant désaffectation d'une parcelle
du Lycée professionnel Jules Ferry, à Montpellier (34)**

Le Préfet de la région Occitanie
Préfet de la Haute-Garonne
Officier de la Légion d'honneur
Officier de l'ordre national du Mérite

Vu la loi n° 83-633 du 22 juillet 1983, modifiée notamment par la loi n°85-97 du 25 janvier 1985 portant dispositions diverses relatives aux rapports entre l'État et les collectivités territoriales ;

Vu le décret n° 2004-374 du 29 avril 2004 modifié relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et les départements ;

Vu la délibération du 3 février 2017 du conseil d'administration du lycée professionnel Jules Ferry approuvant la désaffectation de la parcelle cadastrée IW n°340, à Montpellier (34) ;

Vu la délibération n°CP/2017 – MAI/01.03 de la commission permanente du 19 mai 2017 du conseil régional approuvant la désaffectation du service public de l'enseignement d'une emprise de 361 m² de la parcelle IW n°340 en vue de sa cession à Montpellier Métropole dans le cadre d'une opération d'élargissement de voirie aux abords du Lycée Jules Ferry, à Montpellier ;

Sur proposition du secrétaire général pour les affaires régionales ;

ARRÊTE

Article 1^{er} - Une emprise de 361 m² sur la parcelle IW n°340, sise rue des Églantiers et avenue de la colline, à Montpellier, appartenant au Lycée professionnel Jules Ferry, à Montpellier, est désaffectée du service public de l'enseignement.

Article 2 - Le secrétaire général pour les affaires régionales et Madame le recteur de l'Académie de Montpellier sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au recueil des actes administratifs de la préfecture de région.

Fait à Toulouse, le **16 OCT. 2017**

Pour le préfet et par délégation,
le secrétaire général
pour les affaires régionales,



Laurent CARRIÉ