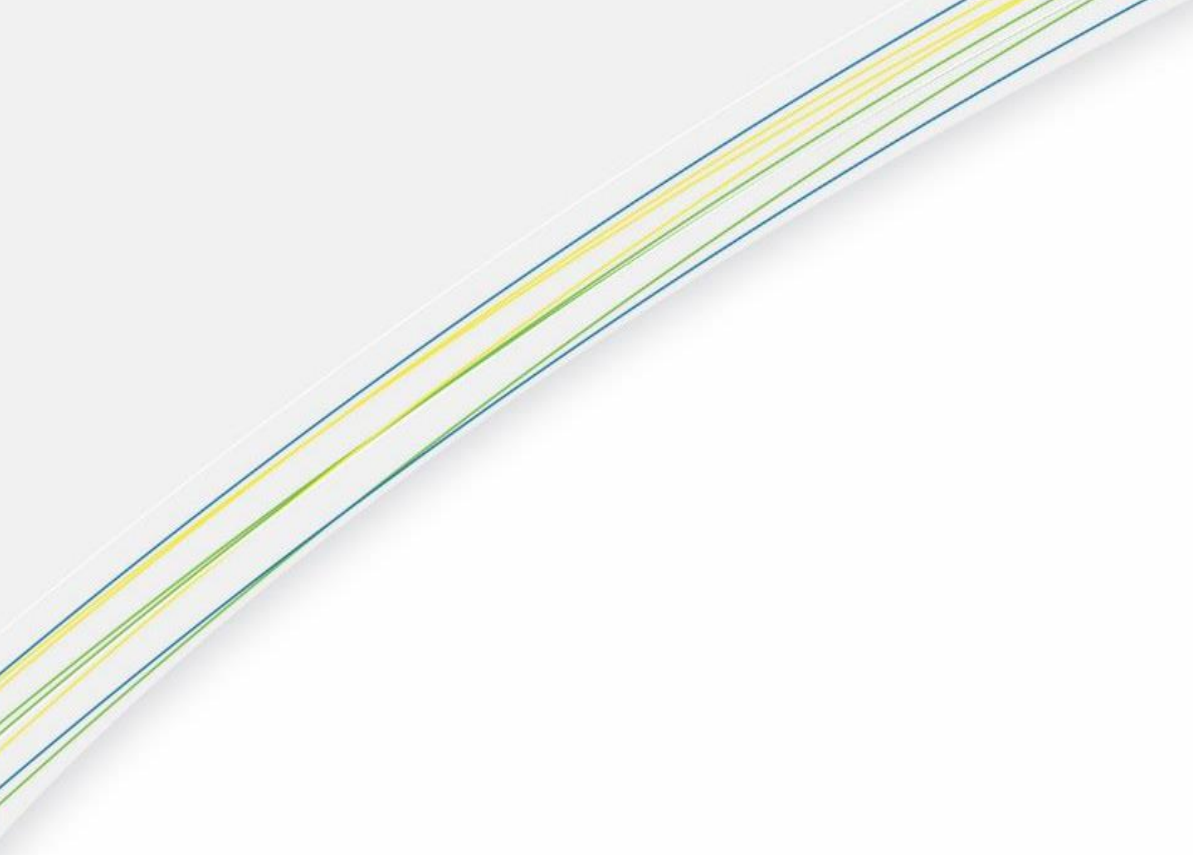




Centre Hospitalier Tarbes-Lourdes

Hôpital commun projet médical actualisé - Décembre 2021

Table des matières

I. Eléments de contexte	5
1.1 Historique et argumentaire	5
1.2 Un projet inscrit dans les évolutions attendues du système de santé français	6
1.2. Méthodologie du projet médical du site unique	7
II. Etat des lieux	9
2.1 Présentation du territoire	9
2.2 Caractéristiques socio-démographiques du bassin de population	9
2.3 Caractéristiques de santé publique : présentation des particularités du territoire de santé	10
2.4 Organisation de l'offre de soins ambulatoire et sanitaire	11
III. Les Enjeux majeurs du nouvel hôpital	15
3.1 Centrer la démarche d'organisation et de soins sur le patient	16
3.2 Garantir la qualité et la sécurité des soins dans le respect des règles d'éthique et de bonnes pratiques	16
3.3 Poursuivre l'évolution des modes de prise en charge	18
3.4 Développer la territorialité et les partenariats	20
3.5 Construire un hôpital numérique.....	23
IV. Les activités du futur établissement	25
4.1 Les axes privilégiés	25
4.1.1 Une attention particulière donnée à certains profils de patients	25
4.1.2 Une conception décloisonnée et efficiente de la mise en œuvre des activités	26
4.1.3 Un hôpital attractif s'appuyant sur plateau technique performant, regroupé et moderne	29
4.1.4 Des équipes médicales organisées et structurées afin d'assurer l'attractivité des recrutements et la continuité des soins sur le territoire.....	33
4.1.5 La poursuite du déploiement de la recherche clinique	34
4.2 Présentation des spécialités	35
4.2.1 Urgences et soins critiques	36
4.2.2. Réanimation et surveillance continue	38
4.2.3. Gastro-hépatologie.....	39
4.2.4. Cardiologie	39
4.2.5. Pneumologie.....	41
4.2.6. Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition	42
4.2.7. Néphrologie et dialyse.....	46
4.2.8. Neurologie.....	46
4.2.9. Médecine interne	47
4.2.10. Oncologie transversale	48
4.2.11. Infectiologie	48
4.2.12. Dermatologie	49
4.2.13. Plaies et cicatrisation	50
4.2.14. Angiologie.....	52
4.2.15 Rhumatologie.....	52
4.2.16 Addictologie	53
4.2.17. Soins palliatifs	53
4.2.18. Médecine polyvalente et gériatrique	53
4.2.19. Court séjour gériatrique	54
4.2.20. Articulation avec les sites gériatriques du GHT	55
4.2.21. Equipe mobile de gériatrie	61
4.2.22. Gynécologie-obstétrique.....	61
4.2.23. Pédiatrie-Néonatalogie	62

4.2.24. Anesthésie et bloc opératoire	62
4.2.25. Orthopédie-traumatologie.....	64

4.2.26. Chirurgie viscérale et digestive	65
4.2.27. Ophtalmologie	66
4.2.28. ORL	67
4.2.29 Odontologie-stomatologie	70
4.2.30 Stratégie évolutive pour la période transitoire en chirurgie (d'ici le site unique)	72
4.2.31 Hématologie	73

I. Éléments de contexte

1.1 Historique et argumentaire

Les Centres Hospitaliers de Tarbes et de Lourdes sont situés dans le département des Hautes-Pyrénées. D'une superficie de 4464 km², le département compte 228 582 habitants (population légale 2018). Il se caractérise par une part de la population de + de 60 ans importante (1/3 de la population) et une absence de croissance démographique. Département principalement rural, il est également composé de zones montagneuses et isolées, ce qui rend le critère de proximité de l'offre de soins extrêmement prégnant dans certaines zones du département. Deux bassins de population se côtoient : l'un regroupant l'agglomération tarbaise et le nord du département et l'autre plus au sud avec l'agglomération lourdaise et les zones montagneuses. Le département des Hautes-Pyrénées a un fort potentiel touristique tant en ce qui concerne le tourisme lié aux activités de montagne (hiver et été), que les pèlerinages à Lourdes attirant 2 millions de visiteurs chaque année.

Le département des Hautes-Pyrénées comprend 5 établissements de santé MCO :

- Centre Hospitalier de Bagnères-de-Bigorre
- Centre Hospitalier de Tarbes
- Polyclinique de l'Ormeau (Tarbes)
- Hôpitaux de Lannemezan
- Centre Hospitalier de Lourdes

Le Groupe Hospitalier Tarbes-Lourdes s'inscrit dans une démarche qui s'est mise en place depuis plusieurs années.

- 1987 : création du centre intercommunal Tarbes-Vic-en-Bigorre
- 2003 : changement de dénomination : Centre Hospitalier de Bigorre
- 2009 : Direction commune Tarbes/Lourdes
- 2011 : Le CHB assure la direction par intérim du CH de Bagnères de Bigorre
- 2017 : Le CH de Bigorre assure la direction par intérim du CH Le Montaigu à Astugue
- 2018 : direction commune Tarbes-Lourdes-Astugue

Avec près de 50 000 séjours en 2018, les Centres Hospitaliers de Tarbes et de Lourdes produisent près de 58% de l'activité avec hébergement du territoire de santé des Hautes-Pyrénées (si l'on excepte l'activité de radiothérapie de la clinique de l'Ormeau). Ils assurent 66% des passages aux urgences (plus de 63 000 par an), 60% de l'obstétrique et 70% de la médecine. L'essentiel des disciplines médicales sont développées dans le cadre du territoire de santé plutôt autarcique (seulement 19% des séjours hospitaliers de ses habitants sont réalisés à l'extérieur du territoire).

Depuis 2007, les CH de Tarbes et de Lourdes se sont organisés autour d'équipes territoriales bi-sites visant à optimiser les prises en charge sur les plans médico-économiques et à éviter les redondances des deux sites.

Malgré un recrutement constant depuis plusieurs années de spécialistes bi-sites, persiste :

- Un déficit budgétaire avec plan de retour à l'équilibre depuis plusieurs années
- Une vétusté des bâtiments ne répondant plus aux normes de sécurité et nécessitant d'engager sur les deux sites de lourds travaux de rénovation
- Une impasse sur les mutualisations de personnes poussées à leur maximum actuellement
- Des difficultés d'optimisation des organisations notamment avec le virage ambulatoire, les soins externes grandissants et le travail bi-site.

C'est dans ce contexte là qu'il nous paraît important de réaliser une refonte des hôpitaux de Tarbes et de Lourdes autour d'un site unique répondant ainsi à un objectif de performance, de regroupement des compétences, d'optimisation des budgets avec une réorganisation nouvelle permettant de s'inscrire

dans un hôpital moderne en restructurant les services, les plateaux médico-techniques, les blocs opératoires, etc...

Les travaux ont débuté au printemps 2017 avec la mise en place de groupes de travail. Le cabinet A2MO accompagne les établissements sur les aspects relatifs aux éléments capacitaires et de programmation. Déterminant les axes stratégiques autour desquels les prises en charge des patients du territoire des Hautes-Pyrénées seront développées, ce projet s'articule avec les travaux menés dans le cadre du GHT des Hautes-Pyrénées.

En effet, le 1^{er} juillet 2016, la Directrice Générale de l'ARS a arrêté la composition du Groupement Hospitalier de Territoire des Hautes-Pyrénées. Il se compose de 5 établissements parties :

- Le CH de Tarbes, établissement support
- Le CH de Bagnères de Bigorre
- Le CH de Lourdes
- Le CH Le Montaigu, Astugue
- Le CH de Lannemezan

La convention constitutive a été signée par l'ARS Occitanie le 5 avril 2017. Des groupes de travail se sont mis en place afin de formaliser le projet médical et soignant du territoire. Conformément aux orientations du Projet Régional de Santé, huit filières de soins ont été identifiées :

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

Le Projet médical partagé et le projet de soins de territoire ont été transmis le 15 juin à l'ARS. Les instances du GHT ont été mises en place et se réunissent régulièrement. Les fonctions mutualisées ont été déterminées au sein du GHT et sont partagées entre les différents établissements parties.

1.2 Un projet inscrit dans les évolutions attendues du système de santé français

Le Projet médical établi dans la perspective de la reconstruction sur site commun des centres hospitaliers de Tarbes et de Lourdes, s'inscrit dans l'esprit et la complémentarité de celui du GHT des Hautes-Pyrénées dont le CH de Bigorre est établissement support.

Ce projet médical du futur site commun s'inscrit de plus en cohérence avec la vision proposée par la stratégie nationale « 'Ma Santé 2022' », cette dernière faisant le constat d'un système de santé ne répondant plus aux attentes des patients dans un contexte de transition démographique (vieillesse de la population particulièrement marquée sur le territoire) et épidémiologique (émergence forte des pathologies chroniques) majeure, dans un contexte de cloisonnement relatif des différents professionnels, entravés par des difficultés à partager/obtenir l'information, générant le mécontentement de ces derniers ainsi qu'un service rendu aux patients optimisable au regard des moyens déployés.

En cohérence avec les évolutions inscrites dans la loi Stratégie de transformation du système de santé (STSS), le projet de Site Commun souhaite résolument s'ancrer dans les réponses à ces constats proposés par la stratégie nationale « Ma Santé 2022 ». Il cible en particulier la proposition d'un concept hospitalier permettant de s'articuler avec les professionnels de ville pour des organisations communes autour de parcours de soins favorisant l'anticipation des situations de rupture de parcours. Pour ce faire, le projet s'engage dans la voie de structures et d'organisations d'interface entre professionnels de ville et hospitaliers qui faciliteront l'émergence de parcours pertinents adaptés aux besoins des patients.

Les évolutions des soins de premiers recours ont été travaillées en intégrant la mise en place du Service d'Accès aux Soins, qui permettra d'impliquer les praticiens de ville dans la maîtrise du nombre de passages aux urgences.

Les évolutions des modalités tarifaires vers une forfaitisation progressive seront un facteur impactant

par des freins ou des incitations, les évolutions organisationnelles et les parcours. L'émergence d'une tarification au forfait en particulier sur les maladies chroniques à court et moyen termes -, va d'autre part, créer une nouvelle logique et ouvrir de nouvelles perspectives pour transformer les parcours de soins non plus dans une logique de « course à l'acte », mais bien dans celle de la meilleure prise en charge possible, limitant les recours aux compétences et structures sanitaires au strict nécessaire pour un patient. Et cela évitant les ruptures de parcours (maladies chroniques) et les sollicitations non médicalement pertinentes du système de santé.

C'est dans cette logique que se sont projetées les équipes dans le cadre de ce projet.

1.3. Méthodologie du projet médical du site unique

Un comité de pilotage

Installé le 10 janvier 2017, il se compose des personnes suivantes :

- Le Directeur et l'équipe de direction commune Tarbes - Lourdes
- Les Présidents de CME de Tarbes et de Lourdes
 - Drs Nadine DUBROCA, Jean-Eudes BOURCIER, David MALET à Lourdes,
 - Dr Pascal CAPDEPON à Tarbes
- Le président du Collège médical du GHT, Dr Christian DEMASLES
- Dr Laurence DEMASLES, Chirurgien CH de Lourdes
- Dr David MALET, service Diabétologie-Endocrinologie CHL, ancien Chef du Pole MCO
- Dr Michèle HEMERY, Service Néphrologie CHB,
- Dr Philippe PETUA, service Réanimation CHB
- Dr Jean-Philippe REDONNET, service Urgences/SMUR CHL
- Dr Vincent DODIER, Unité péri-opératoire gériatrique, CHB
- Les cadres supérieurs de santé de Tarbes et de Lourdes

Les représentants du personnel et les représentants des usagers de Tarbes et de Lourdes ont également été intégrés au comité de pilotage.

Une consultation de tous les médecins des deux sites

Chaque médecin a été invité, seul ou en groupe, à remplir une matrice type SWOT (forces, faiblesses, opportunités, menaces) visant à établir un état des lieux de sa spécialité, recueillir les attentes et imaginer les perspectives à l'horizon des 10 ans. L'objectif était d'obtenir une diversité de réponses afin d'explorer toutes les questions posées face aux évolutions attendues : vieillissement de la population, accroissement des pathologies chroniques, développement d'une médecine hospitalière de haute technicité plutôt ambulatoire, multiplication des échanges de données concernant le patient, développement de l'intelligence artificielle et du numérique, développement durable, etc...

Les réponses, individuelles ou collectives ont été analysées et synthétisées par les médecins du COPIL afin d'alimenter les groupes de travail. Ces synthèses ont été présentées tant en COPIL que dans les CME de chaque établissement.

Des groupes de travail thématiques

5 groupes de travail ont été mis en place à compter d'avril 2017 sur les thèmes suivants :

- Urgences, soins critiques,
- Médecine polyvalente et gériatrie,
- Médecine spécialisée,
- Chirurgie et obstétrique,
- Plateau technique.

A partir de la consultation décrite ci-dessus et du débat en résultant, il a pu être dégagé les principales orientations stratégiques sur les aspects transversaux ou concernant chaque spécialité.

La consultation des partenaires de santé libéraux

Un questionnaire a également été transmis aux différents ordres professionnels du département des Hautes-Pyrénées pendant l'été 2018 (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens, maïeuticiens, podologues, Kinés) afin de recueillir leurs attentes et leurs craintes par rapport à ce projet.

Un travail d'actualisation à l'automne 2019, puis au printemps 2021

Afin d'actualiser les données du projet médical du site commun et inscrire le projet de futur site commun dans une trajectoire sur la période intermédiaire jusqu'à l'ouverture du nouveau site, les référents médicaux de chaque grande filière de soins ont été sollicités sous l'impulsion des deux Commissions Médicales d'Etablissement (CME) pour redéfinir cette trajectoire ; ce travail a permis de préciser des démarches déjà mises en œuvre, ou projetées sur les années à venir, et ayant vocation :

- A aboutir à plus ou moins court terme selon les spécialités, à des équipes de territoire uniques et coordonnées dans leur vision stratégique et dans leur déploiement opérationnel ;
- A inscrire l'offre des deux établissements dans une interaction pertinente avec leur environnement institutionnel (autres établissements sanitaires ou médico-sociaux) et avec les professionnels de santé de ville avec lesquels ils interagissent quotidiennement.

Un groupe de travail a été spécifiquement organisé pour approfondir le rôle des sites gériatriques au sein du GHT, et leurs liens avec le site de Lanne. Ce groupe de travail regroupant des praticiens des 3 sites de Labastide, l'Ayguerote et Vic en Bigorre, ainsi que des urgentistes s'est réuni à 4 reprises en mai, juin et juillet 2021.

Enfin, au mois de juin 2021, les responsables de service des deux établissements ont été sollicités pour mettre à jour la partie du projet médical les concernant.

II. Etat des lieux

2.1 Présentation du territoire



2.2 Caractéristiques socio-démographiques du bassin de population

En 2018, le département comptabilise 1 805 naissances et 2 953 décès. (*Source : Insee, dossier complet, Hautes-Pyrénées*). Dans les Hautes-Pyrénées, la part des personnes âgées continue à progresser.

Le rapport du nombre des 60 ans ou plus sur celui des moins de 20 ans en fait l'un des départements les plus âgés de la région et même du pays.

34 % des habitants des Hautes-Pyrénées sont âgés de 60 ans ou plus et 14 % ont 75 ans ou plus alors que les habitants de 15 à 29 ans ne représentent que 14 % de la population du département.

D'après les projections OMPHALE réalisées par l'INSEE (juin 2017), la population du département des Hautes-Pyrénées devrait connaître une relative stabilité avec un taux d'évolution de -0,15% par an.

En revanche, la population du territoire de santé vieillira de façon sensible avec un taux d'évolution de 1,52% par an au détriment des classes d'âge les plus jeunes.

	Recensement 2013		Estimation 2030		Ecart 2030 / 2013			
	N	Proportion	N	Proportion	N	Evolution	N	Evolution
Moins de 18 ans	42 747	18,7%	38 287	17,2%	-4 460	-10,4%	-20 828	-12,0%
18 à 64 ans	130 814	57,2%	114 446	51,4%	-16 368	-12,5%		
65 à 74 ans	24 763	10,8%	31 039	13,9%	6 276	25,3%		
75 à 84 ans	20 737	9,1%	26 616	12,0%	5 879	28,4%	14 651	26,5%
85 ans ou plus	9 809	4,3%	12 305	5,5%	2 496	25,4%		
Total	228 870	100,0%	222 693	100,0%	-6 177	-2,7%	-6 177	-2,7%

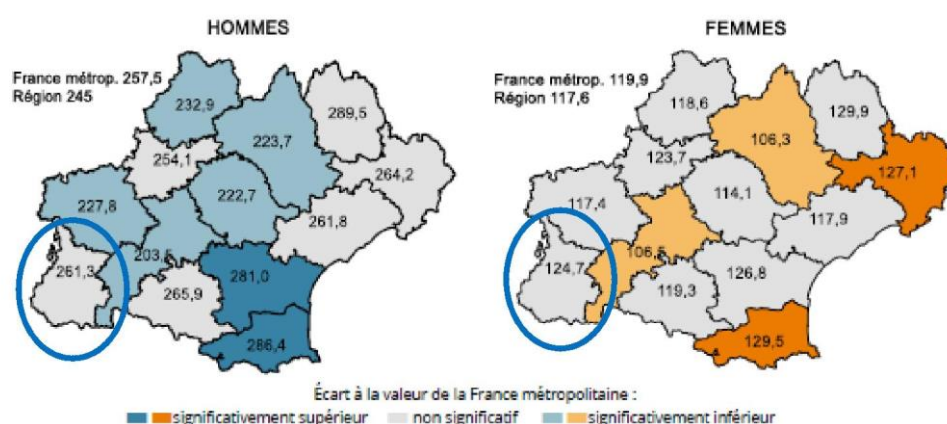
Le contraste important entre les taux d'évolution des strates de population les plus âgées versus les adultes jeunes et les moins de 18 ans, a conduit les établissements à prendre en compte cette évolution dans le projet médical, afin d'adapter l'offre du site unique à la prise en charge des populations âgées, souvent polypathologiques et fragiles, et sujettes à une plus grande vulnérabilité sociale.

2.3 Caractéristiques de santé publique : présentation des particularités du territoire de santé

L'espérance de vie à la naissance en 2014¹ s'élève à 79 ans pour les hommes et 85,5 ans pour les femmes ce qui est inférieur à la moyenne régionale (Occitanie) pour les hommes (79,7) mais quasiment identique pour les femmes (85,6 ans). Le taux standardisé de mortalité pour les hommes (1 028,2 pour 100 000 habitants) est supérieur au taux régional (964 pour 100 000 habitants). En ce qui concerne les femmes, le taux standardisé des Hautes-Pyrénées (578,7) est équivalent à celui de la région (572,2) et demeure inférieur au taux national (589,6). On note une baisse de la mortalité tant pour les hommes que pour les femmes dans le département des Hautes-Pyrénées sur les dix dernières années.

La mortalité prématurée (avant 65 ans) dans le département est équivalente au niveau national et régional.

Carte 9. Taux standardisés de mortalité* prématurée dans les départements d'Occitanie en 2011-2013



* Taux standardisés sur la population de la France entière au RP 2006, en moyennes triennales, p. 100 000 hab.
Sources : Inserm CépiDC, Insee – Exploitation CREAL-ORS Languedoc-Roussillon, ORS Midi-Pyrénées

On constate une diminution de la mortalité prématurée depuis les 10 dernières années sur le département.

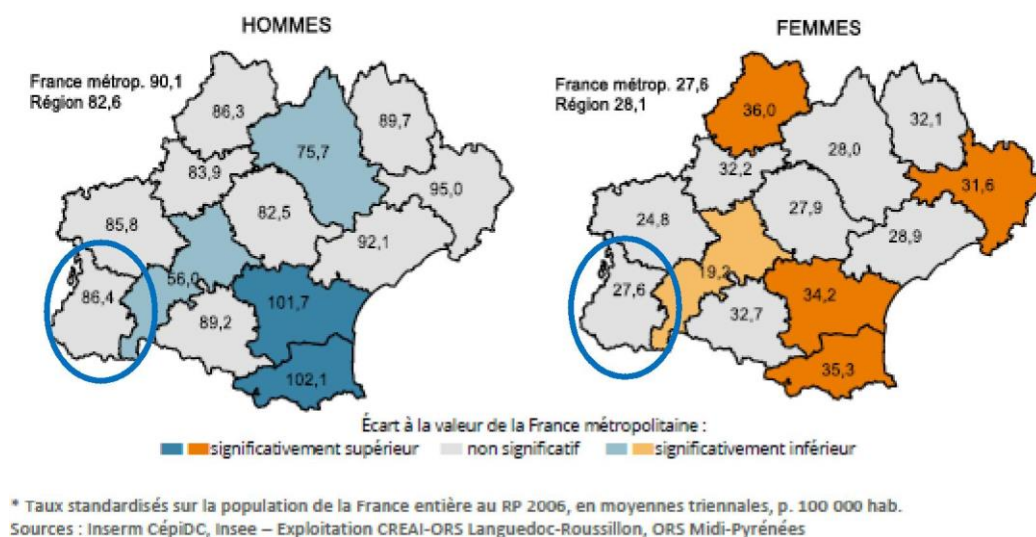
Le taux de mortalité prématurée évitable (cf. visuel ci-dessous) sur le département est conforme au taux national. Ce taux est particulièrement en baisse sur les Hautes-Pyrénées pour les hommes.

Le cancer du poumon est la première cause de décès prématuré évitable dans le département de Hautes-Pyrénées (37%) et en Occitanie. Les suicides sont la deuxième cause de mortalité prématurée évitable et représentent 25% des causes de mortalité prématurée. Les pathologies liées à une consommation d'alcool constituent le troisième groupe de décès prématurés évitables (13,9%). Les cancers des voies aérodigestives supérieures et les accidents de la circulation représentent respectivement 13% et 10% des causes de mortalité prématurée dans le département².

¹ Tableau de bord sur la santé en Occitanie - 2016

² Tableau de bord sur la santé en Occitanie - 2016

Carte 11. Taux standardisés de mortalité* prématurée évitable dans les départements d'Occitanie en 2011-2013



Les taux standardisés de mortalité par cancer dans le département n'ont pas d'écarts significatifs avec les taux nationaux tant chez les hommes que chez les femmes. Cependant, on note une augmentation de 10% de la mortalité par cancer colorectal chez les hommes depuis dix ans.

On observe également :

- une surmortalité liée ou associée au diabète significativement supérieure à la mortalité métropolitaine,
- une surmortalité par maladie de l'appareil respiratoire (hors cancer) masculine,
- une surmortalité masculine par accident de la circulation.

Les admissions en ALD concernant l'insuffisance cardiaque grave ainsi que la maladie coronaire sont significativement supérieures au taux national. En revanche, ces admissions sont inférieures au niveau national pour les tumeurs, le diabète, les affections psychiatriques.

Les Hautes-Pyrénées font partie des départements d'Occitanie pour lesquels les zones radons sont identifiées.

La part des personnes âgées de 75 ans et plus qui vivent seules à domicile, particulièrement sur les bassins de vie de Tarbes et de Lourdes (entre 40 et 50%) est supérieure à la moyenne nationale (42,7%).

2.4 Organisation de l'offre de soins ambulatoire et sanitaire

L'offre de soins ambulatoire

L'ex-région Midi-Pyrénées (Ouest Occitanie) 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 habitants³. 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). On compte cependant davantage de plus de 60 ans qu'en France.

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

³ (Source : Ordre des médecins, 1er janvier 2016)

un diplôme européen, et 12,5% ont un diplôme extra-européen. Fait remarquable : 75% des nouveaux inscrits ont une activité salariée.

Le département est également correctement pourvu en infirmiers libéraux (25,6 / 10 000 habitants vs 13,6 en France), kinésithérapeutes (11,0 / 10 000 habitants vs 9,9 en France), dentistes (7,6 / 10 000 habitants vs 5,3 en France) hormis les orthophonistes (19,1 / 10 000 habitants vs 29,2 en France).

Une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) a vu le jour sur l'agglomération tarbaise, des discussions sont encore en cours sur Lourdes et Argelès-Gazost. Une maison de santé pluridisciplinaire est très active en proximité du site de Vic. L'expérience du PAERPA (Personnes âgées en risque de perte d'autonomie) s'est pour beaucoup appuyée sur cette synergie.

Ces éléments sont contrastés entre des professions paramédicales plutôt bien présentes et le vieillissement des médecins entraînant une déprise des cabinets de ville. Ce constat renforce la nécessité d'améliorer la structuration des soins de 1er recours, de créer un dialogue entre professionnels de ville et hospitaliers dans l'objectif d'enrichir et adapter les parcours de soins programmés et non programmés aux besoins des patients. Parallèlement, le groupe hospitalier Tarbes-Lourdes commence à être sollicité par de jeunes médecins souhaitant un exercice mixte ville-hôpital et y répond de façon favorable.

L'offre de soins sanitaire

Le Groupement Hospitalier de Territoire se compose de cinq établissements de santé, tous situés dans le département des Hautes-Pyrénées. L'offre de soin du GHT des Hautes-Pyrénées se répartit sur le territoire de la façon suivante :

Offre de soins sanitaires

Activité	GHT 65				Autres	Total
	CH Bigorre (Tarbes)	CH Lourdes	Autres établissements	Total		
MCO	352	111	87	550	220	770
Lits	293	98	74	465	180	645
Places	59	13	13	85	40	125
Soins de suite et réadaptation	83	50	320	453	109	562
Lits	83	50	279	412	97	509
Places			41	41	12	53
Soins de longue durée	148	33	78	259	0	259
Lits	148	33	78	259		259
Psychiatrie	0	0	374	374	104	478
Lits			221	221	92	313
Places			153	153	12	165
Hospitalisation à domicile	0	0	0	0	50	50
Places				0	50	50
Total	583	194	859	1 636	483	2 119

Source : données SAE 2018

Les « Autres » établissements (hors GHT 65) comprennent la polyclinique de l'Ormeau (2 sites à Tarbes) en MCO, le Centre médical de l'Arbizon (Bagnères de Bigorre) et la maison d'enfants diététique Soleil et Bigorre (Capvern) en SSR, les cliniques de Piétat et Lampre (Périphérie de Tarbes) en psychiatrie

Offre de soins médico-sociale

Activité	GHT 65				Autres établissements	Total
	CH Bigorre (Tarbes)	CH Lourdes	Autres établissements	Total		
Etablissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)	369	152	234	755	2 162	2 917
Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	36		127	163	486	649
Adultes handicapés			338	338	874	1 212
Enfance handicapée			114	114	621	735
Total	405	152	813	1 370	4 143	5 513

Le territoire de santé comprend également un établissement de santé privé, la polyclinique de l'Ormeau qui développe une activité de MCO et deux autres établissements de SSR, le centre MGEN L'Arbizon et Soleil et Bigorre à Capvern.

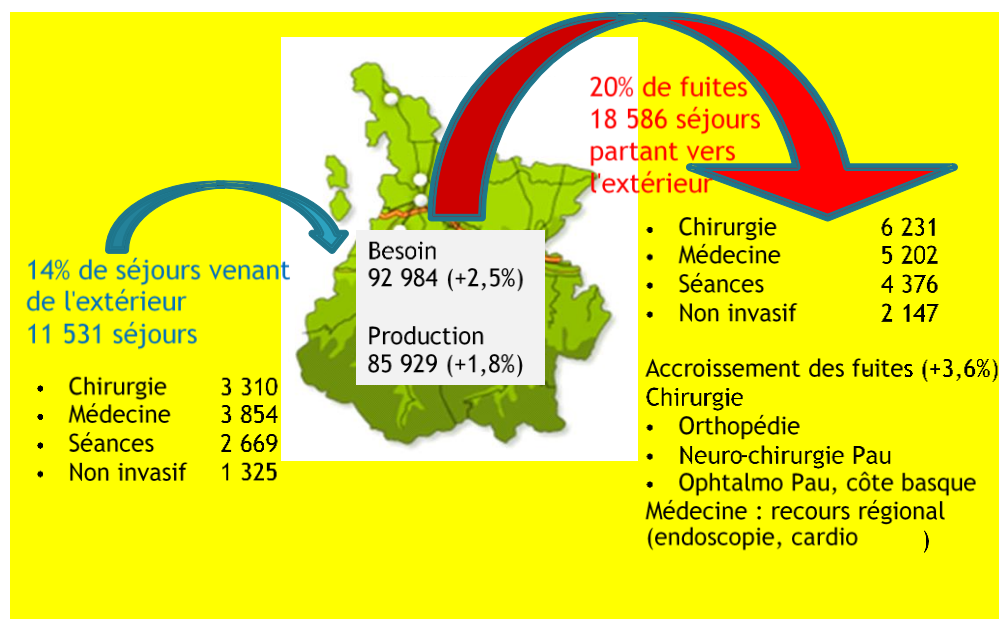
Equipements matériels lourds

Les Equipements Matériels Lourds se répartissent entre les Centres Hospitaliers de Tarbes (Scanner, IRM, gamma-caméra, co-gestion du TEP scan à Pau), de Lourdes (Scanner), de Lannemezan (Scanner) et la Polyclinique de l'Ormeau (scanner, IRM et radiothérapie).

Etablissement	IRM	Scanner	Gamma-caméra	TEP scan	Accélérateurs de Radiothérapie
CH de Bigorre (Tarbes)	1 (GIE)	1	2	1 (GCS CH Pau et CIMOF Toulouse)	
CH de Lourdes		1			
Polyclinique de l'Ormeau (Tarbes)	1	2			2
CH de Lannemezan		1			

➤ Données d'activité hospitalière Médecine chirurgie obstétrique (MCO) en 2019

L'activité hospitalière de court séjour générée par les haut-pyrénéens ou produite par les établissements de santé du territoire est représentée par le schéma suivant :



Catégorie activité	Groupe Hospitalier Tarbes Lourdes			Ormeau	CH Bagnères	CH Lannemezan	Total
	CH Bigorre	CH Lourdes	Total				
C - Chirurgie non ambulatoire	2 911	679	3 590	4 068	2	942	8 602
C - Chirurgie ambulatoire	3 559	823	4 382	4 851		1 397	10 630
K - Actes peu invasifs	3 343	1 153	4 496	5 828		798	11 122
N - Nouveau-nés	1 018		1 018	769		1	1 788
O - Obstétrique	1 739	58	1 797	1 154		23	2 974
S - Séances	15 847	972	16 819	6 877	15	242	23 953
X - Médecine non ambulatoire	9 930	3 454	13 384	3 007	707	2 112	19 210
X - Médecine ambulatoire	3 485	987	4 472	1 938	105	1 135	7 650
Total	41 832	8 126	49 958	28 492	829	6 650	85 929

Données PMSI année 2019 - ne prend pas en compte les séances de radiothérapie de l'Ormeau

Avec près de 50 000 séjours, le groupe hospitalier Tarbes-Lourdes totalise 58% de l'activité (si l'on excepte la radiothérapie réalisée à l'Ormeau). L'activité est en hausse de 1,6% (+781 séjours en chirurgie ambulatoire, séances toutes causes, explorations) dans un contexte de hausse de l'activité départementale (1,8%) et d'accroissement de l'ambulatoire.

L'Ormeau renforce son activité (3,2%) ; le CH de Lannemezan est stable et le CH de Bagnères de Bigorre est en baisse (-11,7%).

Le groupe Tarbes-Lourdes réalise 68% % des séjours médicaux, 60% de l'obstétrique ; il est devancé par l'Ormeau en chirurgie (46%) et sur les actes peu invasifs (54%). Lannemezan réalise 12% de la chirurgie (stabilité).

Les fuites, définies par les séjours réalisés à l'extérieur du territoire de santé, sont également en hausse (3,6%). On note cependant l'importance des fuites en orthopédie (plus de 2 000 séjours) et l'accroissement de celles-ci en digestif et en endoscopie (Toulouse dont clinique Croix du Sud, clinique Navarre à Pau), en ophtalmo (Navarre Pau et CH Pau, côte basque), en gynéco (Navarre Pau) en cardiologie (CHU et cl. Pasteur en interventionnel).

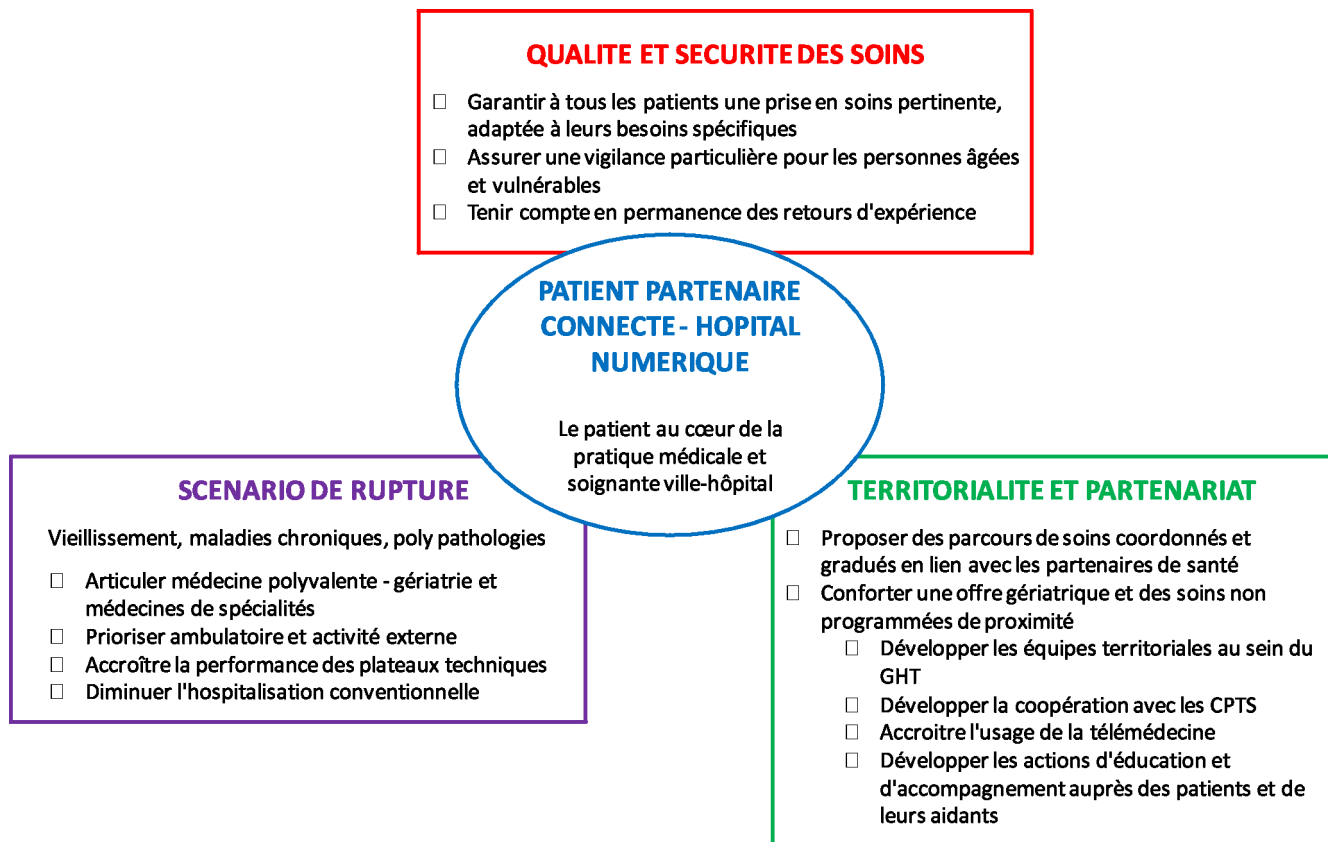
Catégorie d'activité de soins (CAS)	2017	2018	2019	2020
C - Chirurgie non ambulatoire	4 061	3 633	3 590	3 090
C - Chirurgie ambulatoire	3 846	4 043	4 382	3 636
K - actes peu invasifs	4 213	4 371	4 496	3 702
N - Nouveau-nés	1 067	1 039	1 018	1 029
O - Obstétrique	1 766	1 740	1 797	1 760
S - Séances	15 520	15 797	16 819	16 687
X - Médecine non ambulatoire	13 966	13 786	13 384	11 595
X - Médecine ambulatoire	4 914	4 768	4 472	3 951
Total général	49 353	49 177	49 958	45 450

Les séjours réalisés en 2018 à l'extérieur du territoire de santé (fuites) sont au nombre de 17 385 en 2018 contre 17 416 en 2017 (stables). Les Hautes-Pyrénées sont parmi les départements ayant le moins de fuites de l'Occitanie.

En chirurgie, en dehors du recours vers le CHU de Toulouse, les fuites concernent essentiellement l'orthopédie (principalement vers les cliniques toulousaines), la neuro-chirurgie (vers Pau, spécialité non pratiquée dans les Hautes-Pyrénées), l'ophtalmologie (vers Pau et la côte basque), la gynécologie (vers le CHU et les cliniques de Pau), l'ORL vers Pau. Les séjours médicaux relèvent également du recours régional (en faible augmentation) à l'exception de quelques suivis thérapeutiques gérés dans des cliniques paloises.

III. Les Enjeux majeurs du nouvel hôpital

Le projet médical du nouvel hôpital a pour objectif d'offrir des soins assurant qualité et sécurité aux patients pris en charge au sein de la nouvelle structure. La construction d'un nouvel établissement constitue un enjeu majeur pour l'ensemble des professionnels de santé car il permettra d'améliorer les conditions d'accueil des patients mais également de mettre en commun les savoir-faire développés au sein des deux centres hospitaliers. Il s'appuie sur les enjeux suivants :



3.1 Centrer la démarche d'organisation et de soins sur le patient partenaire

Même si l'hôpital public garde pour vocation l'accueil de l'ensemble des patients dans leur diversité, l'accent est mis sur les patients plutôt âgés. Ces derniers sont plutôt porteurs de maladies chroniques, polypathologiques, dépendants ou à risque de le devenir mais également de plus en plus "connectés".

3.2 Garantir la qualité et la sécurité des soins dans le respect des règles d'éthique et de bonnes pratiques

Dans la continuité des actions menées depuis plusieurs années, le futur site unique poursuivra son engagement dans une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. L'augmentation du niveau d'exigence en termes de qualité et de gestion des risques représente un des enjeux majeurs dans les années à venir.

La politique qualité, définie en lien avec les orientations stratégiques, s'appuie sur la volonté permanente de :

- Répondre aux besoins et attentes des usagers,
- Satisfaire aux obligations légales et réglementaires,
- Garantir à tous les patients et résidents une prise en soins optimale, sécurisée et adaptée à leurs besoins spécifiques avec une vigilance particulière pour les sujets âgés,
- Renforcer la culture qualité et sécurité des soins et développer un système de management de qualité et de la gestion des risques efficace.

⇒ Les objectifs généraux prioritaires

- ✓ Améliorer le système de management de la qualité et de la gestion des risques et notamment :
 - ⇒ Promouvoir l'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) comme partie intégrante et incontournable de certains parcours de soins (maladies chroniques en particulier) au service de l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients et généraliser les EPP dans tous les secteurs de l'établissement.
 - ⇒ Poursuivre la gestion des risques « a priori » et « a posteriori » ; généraliser les CREX et RMM dans tous les secteurs à risques afin de sécuriser au maximum les pratiques.
 - ⇒ Mettre en place de nouvelles organisations afin de développer les démarches qualité et gestion des risques au plus près du terrain et renforcer ainsi la culture qualité et sécurité.
 - ⇒ Améliorer le dispositif des vigilances sanitaires.
 - ⇒ S'assurer de la mise à jour des outils nécessaires à la mise en œuvre d'une gestion de crise sanitaire (plan blanc, Annexes NRBC, ...) et déployer une information/formation auprès de l'ensemble du personnel.
 - ⇒ Améliorer la gestion documentaire de l'établissement et son appropriation par les équipes.
 - ⇒ Améliorer le délai de réponse aux usagers dans le cadre de la gestion des plaintes et des réclamations.
 - ⇒ Améliorer le suivi global des chutes à l'échelle de l'établissement.
- ✓ Faire progresser la culture qualité et sécurité des soins en développant des ateliers didactiques tels que la chambre des erreurs et en s'appuyant sur une stratégie de communication écrite et orale.
- ✓ Intégrer la dimension éthique dans les pratiques professionnelles en s'appuyant sur le Groupe de Réflexion Ethique (GREP).
- ✓ Poursuivre la politique de maîtrise du risque infectieux pilotée par l'Equipe Opérationnelle d'hygiène et le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.
- ✓ Renforcer la démarche de sécurisation de la prise en charge médicamenteuse du patient en lien avec la politique du médicament, en particulier sur les critères de conformité des prescriptions et d'administration.
- ✓ Mobiliser les professionnels autour du respect des droits des patients et résidents en améliorant notamment l'information et le recueil du consentement du patient.
- ✓ Renforcer les outils de maîtrise des risques liés à l'identitovigilance.
- ✓ Optimiser la prise en charge de la douleur et des patients en soins palliatifs.
- ✓ Améliorer la qualité et la lisibilité des parcours de soins en interne et en articulation avec les partenaires extérieurs et renforcer les réflexions pluridisciplinaires et la collégialité.
- ✓ Améliorer la tenue du dossier patient et le délai d'envoi du courrier à la sortie du patient.
- ✓ Poursuivre les démarches qualité dans les secteurs à risques de l'établissement (notamment les urgences, le bloc opératoire, les endoscopies, l'imagerie interventionnelle et le secteur naissance).

Ethique

L'Ethique est une constante dans le domaine des soins, à laquelle le législateur a souhaité donner une place prépondérante. Le futur site unique sera convié à jouer un rôle de tout premier plan dans la mise en place d'un espace éthique respectueux des démarches engagées depuis de longues années au sein du centre hospitalier de Tarbes et du centre Hospitalier de Lourdes.

Que ce soit pour assurer un égal accès aux soins, pour éclairer des décisions à prendre tout au long du parcours de soins, les soignants sont sans cesse confrontés à des choix que doit guider la réflexion éthique.

D'une part, l'activité hospitalière doit s'inscrire dans un contexte médico-économique contraint, devant allier efficacité et performance tout en répondant aux missions de service public en faveur de tous, dont les plus vulnérables. C'est ainsi que l'hôpital, lieu de décisions et d'arbitrages, donc de choix, doit inscrire son action dans un questionnement éthique partagé.

D'autre part, le management des hommes et des organisations requiert également un discernement accru que la réflexion éthique peut éclairer afin de centrer le management dans le respect d'un questionnement partagé.

C'est ainsi que le projet du futur site unique, en lien avec la démarche GHT, favorisera la mise en place d'un espace de réflexion et de questionnement éthique tant au niveau stratégique qu'au niveau plus opérationnel au cœur des pratiques managériales et soignantes.

Concrètement, l'accent est mis pour les deux établissements sur :

- Réalisation de Patients traceurs
- Compte-rendu type et Courrier de sortie à J0
- Directives anticipées
- Analyse des événements indésirables
- Hygiène des mains et réévaluation des antibiotiques

Ces objectifs seront mis en œuvre conjointement en 2020.

3.3 Poursuivre l'évolution des modes de prise en charge

Des évolutions fortes sont souhaitées par les communautés médicales afin de mieux répondre aux enjeux sanitaires du territoire de santé. Compte tenu des caractéristiques démographiques de la population du département des Hautes-Pyrénées, et des acteurs de santé du territoire, les secteurs privilégiant la prise en charge de la personne âgée et vulnérable ont été fortement développés.

Les secteurs de spécialité disposant de plateaux techniques performants ont été regroupés et orientés sur des prises en charge spécialisées. Par ailleurs, afin de rompre avec les modèles acquis et de tenir compte des évolutions des modes de prise en charge, l'ambulatoire occupe une place majeure dans le futur site unique.

Ainsi, la structure hospitalière moderne n'est plus centrée autour de l'hospitalisation conventionnelle, mais s'appuie sur le postulat suivant : « tout ambulatoire sauf quand cela s'avère impossible ».



⇒ **Poursuite du déploiement de l'ambulatoire**

Le développement de l'ambulatoire sera favorisé sur le futur site unique et concernera tant l'activité chirurgicale que l'activité médicale. Les deux établissements ont déjà réalisé d'importants progrès à ce sujet. En effet, les CH de Tarbes et de Lourdes ont mis en place des unités ambulatoires favorisant le circuit du patient en ambulatoire. Fort de cette expérience réalisée notamment dans le cadre du PTE ONDAM et du coaching UCA, le développement de l'ambulatoire sur le site unique s'inscrira donc dans une continuité de l'évolution des pratiques chirurgicales. Ainsi, l'organisation de l'activité chirurgicale devra permettre de respecter la marche en avant et de favoriser la rotation des patients au sein des box.

Au vu des évolutions prévisionnelles d'activité sur l'ambulatoire, l'hospitalisation conventionnelle en

chirurgie devra être envisagée au sein d'une seule et même unité, quelles que soient les spécialités concernées. Les patients n'y seraient accueillis qu'à l'issue de leur prise en charge au bloc opératoire, leur admission se faisant dans une unité dédiée afin de favoriser la gestion des lits au sein de l'unité d'hospitalisation. A ce titre, une unité d'accueil commune à l'ensemble des spécialités chirurgicales devra être déployée.

Au regard des prévisions d'évolutions techniques et des objectifs nationaux d'activité, l'ambulatoire devient le mode d'organisation princeps de l'activité. En conséquence, la plupart des spécialités chirurgicales et médicales seront organisées selon ce mode de prise en charge.

- L'essentiel de l'activité réglée des spécialités chirurgicales (orthopédie, digestif, ORL, gynécologie, ophtalmologie, dermatologie, odontologie, stomatologie...) se déroulera en ambulatoire. Pour les interventions plus lourdes, le fast track et la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) deviendront la règle (cf. paragraphe ci-dessous relatif à la dynamique lancée sur les deux établissements).
- Les spécialités médicales assureront bilans, explorations et évaluations en ambulatoire lorsque ces activités ne pourront pas être développées en externe. En particulier, l'évaluation gériatrique à la journée prendra une importance capitale compte tenu de l'évolution démographique et du vieillissement de la population.

⇒ **L'hospitalisation conventionnelle**

Le projet médical axe l'activité d'hospitalisation des activités médicales de spécialités sur les prises en charge programmées des patients chroniques et/ou le traitement des phases aiguës des pathologies. Elle comprend également la prise en charge des personnes les plus âgées dont seules 20% des hospitalisations relèveront de l'hospitalisation en ambulatoire. En fonction des besoins et de la démographie médicale hospitalière, les équipes médicales du futur site assurent des consultations avancées sur d'autres sites du territoire de santé dans le cadre du GHT.

En matière d'hospitalisations programmées en chirurgie, le Groupe Hospitalier Tarbes-Lourdes s'est engagé dans la Réhabilitation Améliorée Après Chirurgie (RAAC) en orthopédie (PTH et PTG) et en chirurgie colorectale, avec un travail engagé sur l'harmonisation et la protocolisation des pratiques Tarbes - Lourdes. En effet cette démarche RAAC est conduite conjointement par les équipes de Tarbes et Lourdes pour chacune des deux spécialités chirurgicales majeures dans le cadre d'un accompagnement régional organisé par l'ARS Occitanie. Cette démarche conjointe bi-site permet une harmonisation des protocoles cliniques et procédures d'organisation de services qui anticipe et facilitera le regroupement sur le site unique.

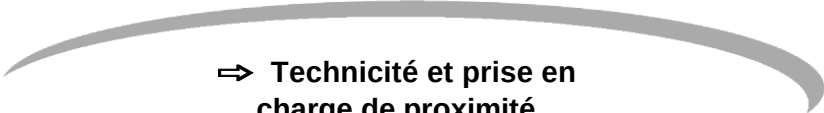
3.4 Développer la territorialité et les partenariats



⇒ **Inscription du projet de site unique au sein du GHT des Hautes-Pyrénées**

Etablissement support du Groupement hospitalier de Territoire des Hautes-Pyrénées, la reconstruction sur site unique des CH de Tarbes et de Lourdes a vocation à occuper un rôle central dans la prise en charge des patients sur le territoire.

Le projet médical du site unique s'inscrit pleinement dans les filières de soins identifiées et développées dans le projet médical partagé de territoire. Il en est le porteur sur certaines spécialités. Ainsi, des équipes de territoire ont déjà été constituées et sont en cours de déploiement afin de garantir une égalité d'accès à des soins gradués sur le département.



⇒ **Technicité et prise en charge de proximité**

Les communautés médicales ont en effet affirmé leur volonté que le futur établissement dispose de plateaux techniques regroupés, performants et efficaces tout en maintenant et développant les prises en charge de proximité en lien avec les différents acteurs de santé du territoire (médecine de ville, milieu associatif, établissements sanitaires et médico-sociaux).

Le site est susceptible d'accueillir des activités de consultation, de suivi, voire de rééducation des autres établissements du GHT, particulièrement sur l'activité de SSR.

Le déploiement de consultations avancées permettra d'assurer une présence médicale spécialisée sur d'autres sites hospitaliers ou médico-sociaux. Celui-ci ne pourra être effectif que si la démographie médicale hospitalière le permet.



⇒ **Développement des liens avec les partenaires institutionnels du territoire**

Afin de répondre aux besoins de santé du territoire, le futur site unique coopérera avec les établissements d'Occitanie (CHU et cliniques spécialisées) ou de Nouvelle-Aquitaine (Centre hospitalier de Pau, clinique de Navarre, Centre hospitalier de Bayonne, CHU de Bordeaux) susceptibles d'être des recours ou permettant des complémentarités de prise en charge.

Le Groupe hospitalier Tarbes Lourdes est partie prenante du GCS Relais Santé Pyrénées qui gère l'HAD, le réseau de soins palliatifs et la prise en charge des patients complexes sur le plan médico-social.

Les collaborations sont actives autour des patients cancéreux avec la Clinique de l'Ormeau qui met en œuvre une activité de radiothérapie.

Le CH de Tarbes assure le recours territorial des établissements situés à sa périphérie, ce sera encore le cas du futur site unique, qui mettra en œuvre le même niveau de recours dans l'ensemble des filières de soins du territoire.

Les coopérations sont nombreuses avec les établissements SSR publics ou privés dans le cadre d'habitude d'adressage ou de filières formalisées dans le cadre du GHT en fonction des autorisations et savoir-faire de ces partenaires. Le futur site unique poursuivra ces coopérations étroites avec les SSR et les services d'aide au retour à domicile (prise en charge rapide, consultations de suivi) afin de permettre des filières les plus fluides possible. Ce point est particulièrement développé par l'équipe de neurologie dans le cadre des prises en charge post AVC. Le travail réalisé par les sites gériatriques inscrit également ces sites dans une continuité de soins avec ceux réalisés en phase aigüe sur Lanne : lits post-urgences sur les sites gériatriques, mise en place de la télémedecine pour recours à la téléexpertise ou à la téléconsultation avec le médecin traitant,...

Les partenariats existants avec le CHU, notamment dans le cadre de la convention d'association du Groupement Hospitalier de Territoire seront maintenus voire développés.

Le développement de la pratique de la téléconsultation avec certains partenaires institutionnels permettra d'augmenter le service médical rendu à certains patients en établissements médico-sociaux par exemple, mais aussi pour apporter des expertises de spécialité à d'autres sites hospitaliers ne disposant pas de la spécialité tel qu'en néphrologie (déjà mise en place). Ces pratiques ont vocation à être rapidement déployées afin de limiter les transferts de patients (en particulier les transferts aux urgences) et sécuriser les équipes locales.



⇒ **Vers des parcours de soins
coordonnés articulés avec les
partenaires de la ville**

L'articulation avec les partenaires de ville (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes) sera facilitée par la mise en œuvre d'outils de communication numériques facilitant l'échange d'information afin de garantir l'interactivité et la continuité Hôpital/Cabinet/Domicile (téléconsultation - télésurveillance - accès au dossier médical des patients...) ;

Les équipes de Tarbes et Lourdes souhaitent proposer une offre de soins s'inscrivant au sein de parcours définis et articulés avec les professionnels de ville, et en particulier avec les interlocuteurs que vont représenter les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS).

La CPTS de Tarbes est récente et celle de Lourdes est en cours de constitution. Concrètement, les objectifs poursuivis par la CPTS de l'agglomération tarbaise tels qu'annoncés lors d'une réunion départementale tenue le 12 décembre 2019 sont :

- L'accès au médecin traitant,
- Les soins non programmés,
- Les parcours pluriprofessionnels

Les participants ont insisté sur l'intérêt de disposer d'une messagerie d'appui à la coordination. Les CME participent aux réunions de la CPTS de Tarbes avec une volonté de travail commun.

D'ores et déjà, plusieurs équipes de spécialité ont constitué des organisations alliant un relationnel étoffé avec les professionnels de ville et le domicile des patients d'une part, ainsi qu'avec les grands centres de recours d'autre part dans une logique de gradation de l'offre et des prises en charge. Il s'agit, d'ici l'ouverture du site commun, de poursuivre le développement du relationnel ville-hôpital déjà très

développé, par un large panel d'actions et d'évolutions planifiées dans les prises en charges et parcours de soins :

- Mise en place d'un contact direct avec les médecins hospitaliers (astreintes téléphoniques) qui organise la prise en charge des patients en semi-urgence soit sur un mode de consultation, soit sur un mode d'hospitalisation de jour, soit sur une hospitalisation de courte durée (programmation des examens complémentaires à l'avance).
- La généralisation de la pratique de la télé-expertise
- L'élargissement de la mise en œuvre de la télésurveillance
- La mise en place d'outils de coordination et de suivi des patients chroniques
- La collaboration avec les maisons médicales et les CPTS pour la formation des professionnels de ville. Projets déjà identifiés en diabétologie et en cardiologie :
 - Collaboration des diabétologues et des cardiologues avec une maison médicale et d'autres cabinets validant pour la formation des médecins généralistes et des internes, qui a débuté fin 2019.
 - Formation en Diabétologie des infirmiers ASALEE du département (programmée pour 2021).
 - Ouverture des formations hospitalières en Diabétologie pour IDE et AS aux IDE et AS libérales (courant 2022 ou 2023).
 - Organisation de la transition adolescent-adulte pour les patients porteurs d'un diabète ou d'une pathologie endocrine (2022).
- Développement des programmes d'éducation thérapeutique des patients (ETP), en s'appuyant notamment sur l'unité transversale d'éducation thérapeutique du GHT créée à partir du CH du Montaigu à Astugue, avec par exemple :
 - A très court terme, la participation commune des deux équipes de cardiologie (Tarbes et Lourdes) à l'activité d'éducation thérapeutique développée sur le site de Lourdes
 - Un projet ETP Diabète Gestationnel (2022)
 - Un projet de développement de l'ETP en hépato gastro-entérologie

Des actions visant à structurer les parcours patients ont également été mises en œuvre, par exemple en diabétologie :

- Développement de la prise en charge multi professionnelle ambulatoire (Consultations groupées Médecin + IDE +/- Diététicien ± PAPA ± Psychologue) entrant dans le cadre de la nouvelle tarification de l'ambulatoire/HDJ) sur les 4 sites de court séjour (2021) ;
- Poursuite de l'engagement dans les nouvelles technologies de traitement du diabète (capteurs, pompes semi-automatiques, pancréas artificiels, etc.).

3.5 Construire un hôpital numérique

Au-delà de la construction du nouveau bâtiment, l'apport du numérique sera privilégié pour faciliter le lien avec les patients et les professionnels, pour la plupart déjà connectés, pour répondre à une ambition claire d'améliorer la prise en charge des patients et faciliter les conditions de travail. Des axes prioritaires ont été définis pour garantir la valeur ajoutée des technologies envisagées.

Les Urgences

Les urgences sont un point toujours complexe d'entrée dans l'établissement. L'hôpital s'est donné comme objectif de diminuer dans les années à venir l'augmentation des arrivées aux urgences. De plus, l'amélioration de l'arrivée ou de l'adressage des patients aux urgences est actuellement une thématique nationale, déclinée au niveau des territoires et la mise en place des projets SAS ou les missions des CPTS. Le numérique y tient une place essentielle.

Les solutions proposées (en cours de déploiement ou de test) ont pour objectif :

- Informer le patient et leurs aidants, pour qu'il s'oriente vers la structure la plus adaptée à sa prise en charge (information sur les temps d'attente, sur les alternatives aux urgences pour les prises en charge en soins non programmés, diagnostics en ligne, prise de RDV rapide avec un professionnel libéral, accueil direct en service spécialisé...)
- Aider au tri des patients dans le service
- Améliorer la fluidité des prises en charge pendant le passage au sein des urgences
- Accélérer la sortie du service des urgences, avec en particulier la mise en place d'une gestion centralisée des lits

La prise en charge des patients chroniques :

Le numérique permet la mise en place de services, optimisant la prise en charge de ces patients, avec comme objectifs de diminuer leurs hospitalisations (en particulier non programmées), leurs passages aux urgences, leurs potentielles décompensations. Sur le territoire de l'établissement, les pathologies concernées majeures sont : le diabète, l'insuffisance cardiaque, l'insuffisance respiratoire.

Le numérique peut permettre la mise en place d'une télésurveillance, d'outils d'éducation thérapeutique, de solutions d'accompagnement des patients et des aidants...

Ces solutions vont permettre aux praticiens hospitaliers de mieux accompagner leurs patients dans la gestion de leur maladie au quotidien (reprise de l'activité physique après un épisode aigu, respect des prescriptions, règles de vie, contact entre patient, praticiens de ville et praticiens hospitaliers, ...), de mettre du lien entre eux et la médecine libérale, de participer aux parcours de soins.

L'établissement a déjà mis en place des solutions connectées pour le suivi des pathologies chroniques, en particulier diabète et insuffisance cardiaque. Ces premières expériences ont permis la mise en place de nouvelles organisations, avec leurs conséquences pour les professionnels et les patients. Un des objectifs sera de capitaliser sur ces premiers usages : évaluer, intégrer et généraliser aux différentes pathologies chroniques et pour tous les patients pour qui cela fait sens.

Optimiser la chirurgie ambulatoire

L'objectif du projet médical est de faire de la chirurgie ambulatoire la chirurgie de référence chaque fois que cela fait sens. Le numérique permet une meilleure prise en charge, avec optimisation des parcours :

- En amont en sécurisant la préparation et l'arrivée du patient (information, recueil du consentement, respect des consignes, rappels, ...)
- En réduisant le stress à l'arrivée dans l'établissement
- En optimisant la fluidité de la prise en charge pendant l'acte chirurgical (suivi du patient, optimisation des moyens et de la logistique...)
- En aval, en assurant l'appel du lendemain, et en fluidifiant le lien avec la ville pour assurer le suivi.

L'établissement a déjà autour de cette pratique une organisation en place avec la prise en charge des patients en chirurgie ambulatoire sur Tarbes à l'aide d'une application disponible sur smartphone qui permet l'appel de la veille et du lendemain, le partage d'informations pratiques sous forme de conseils ou de vidéos, la gestion de la douleur.... Un des objectifs sera d'évaluer la pratique, et ensuite de la généraliser.

Partage de l'information médicale avec les patients et les praticiens de ville pour une meilleure prise en charge globale

L'apport du numérique sera en particulier privilégié pour faciliter le lien avec les patients et les professionnels, pour la plupart déjà connectés, pour répondre à une ambition claire d'améliorer la prise en charge des patients et faciliter les conditions de travail. Ainsi, les services proposés seront entre autres : portail dédié aux professionnels de ville (accès aux résultats de leurs patients), mise en place de télé expertise, partage d'information via le DMP, prises de rendez-vous facilitées...

IV. Les activités du futur établissement

4.1 Les axes privilégiés

4.1.1 Une attention particulière donnée à certains profils de patients

4.1.1.2 La prise en charge du sujet âgé

Afin de tenir compte des évolutions démographiques dans le département, de la démographie médicale et des besoins en santé de la population du territoire, le projet médical du site unique a pour ambition de déployer les services assurant la prise en charge globale du sujet âgé (Unité péri-opératoire gériatrique, court séjour gériatrique, médecine polyvalente, Unité de post-urgence gériatrique). Affichant un capacitaire ambitieux, les services de spécialité seront redimensionnés en tenant compte des prises en charge spécifiques à leur secteur d'activité.

Par ailleurs, le projet médical partagé du GHT des Hautes-Pyrénées a développé les objectifs suivants sur les différentes filières de soins identifiées en lien avec la prise en charge de la personne âgée sur le territoire :

- L'optimisation des filières gériatriques par bassin gérontologique,
- L'amélioration de la gestion et de la prise en charge des troubles du comportement des sujets âgés de plus de 75 ans porteurs ou pas de démence,
- La mise en place d'une commission de coordination gériatrique dans les établissements du GHT,
- L'optimisation des outils et des actions de prévention de l'iatrogénie médicamenteuse,
- Le développement de la télémédecine afin de limiter le déplacement des personnes âgées, fluidifier les parcours de soins et harmoniser les pratiques professionnelles,

- La promotion de la recherche clinique gériatrique,
- La fluidification du parcours des personnes âgées dans le cadre des filières des urgences neurologiques, cardiologiques, traumatologiques.

Enfin, pierre angulaire de la filière, l'évaluation gériatrique sera développée dans l'ensemble des services de médecine polyvalente et des services à orientation gériatrique du futur site unique. Elle est également présente sur l'ensemble des trois sites annexes du futur ensemble hospitalier (Labastide à Lourdes, Ayguerote à Tarbes, Vic-en-Bigorre) sous la forme d'hôpital de jour de dépistage de la fragilité/mémoire/Alzheimer. Par ailleurs, en lien avec la médecine de ville, le nouveau site unique offrira à la filière gériatrique un hôpital de jour permettant des bilans plus complexes liés à la disposition sur place du plateau technique (imagerie radiologique et nucléaire) ou des différentes spécialités médicales.

4.1.1.3 La permanence d'accès aux soins de santé

Actuellement déployée sur Tarbes et sur Lourdes, elle sera située sur le futur établissement à proximité des urgences. Initialement destinée à la prise en charge des personnes ne bénéficiant pas de couverture sociale, la PASS a vu ses missions s'élargir à la prise en charge des populations migrantes. En effet, ne bénéficiant pas de droits sociaux à leur arrivée sur le territoire et souffrant le plus souvent de pathologies chroniques, ces populations nécessitent des prises en charge hospitalières dès leur arrivée sur le département. Le réseau actuellement développé avec les centres d'accueil et organismes sociaux en charge de ces populations devra être maintenu voire développé. Le positionnement géographique du futur site unique nécessitera de mener une réflexion avec les acteurs locaux institutionnels et associatifs afin de développer un maillage territorial favorisant l'accès à l'hôpital pour ces populations.

4.1.1.4 Les Personnes en situation de handicap

Des consultations dédiées sont envisagées sur le futur établissement concernant la prise en charge bucco-dentaire des personnes en situation de handicap. La mise en place de consultations dédiées permettra de prendre en charge les patients :

- Ayant des difficultés de compréhension et/ou de communication, tant par rapport aux symptômes qui sont les leurs que par rapport aux soins qui leur sont proposés,
- Nécessitant une prise en charge adaptée du fait d'associations et/ou troubles du comportement,
- Nécessitant un temps de consultation particulièrement allongé.

Ces consultations s'adressent à des patients adultes ou enfants dont le recours à la médecine de ville est rendu impossible compte tenu de leur handicap et des soins qu'il est nécessaire de leur apporter. Plus généralement, elles s'adressent à des patients qui nécessitent une compensation du handicap et des adaptations pour la réalisation des soins primaires.

Des partenariats seront établis avec les partenaires institutionnels et associatifs concernés dans l'établissement afin de tenir compte des spécificités des prises en charge (consultation, ambulatoire, hospitalisation conventionnelle) liées aux situations de handicap.

Une réflexion est en cours dans le cadre des commissions des usagers de Tarbes et de Lourdes sur la mise en œuvre de la Charte Romain JACOB. Les actions menées dans ce cadre seront pérennisées sur le site unique.

Ces actions s'inscrivent dans le cadre de la réponse apportée à un appel à projet au niveau du GHT concernant le déploiement de consultations dédiées aux personnes en situation de handicap.

4.1.2 Une conception découplée et efficace de la mise en œuvre des activités

Le projet médical du futur établissement implique une conception des espaces mutualisée par modalité de prise en charge (externe, hôpital de jour) permettant demain des organisations performantes et flexibles, tout en respectant et valorisant les compétences humaines utilisatrices de ces espaces pour chaque typologie de prise en charge.

4.1.2.1 Identification d'un plateau de consultations externes commun

Les évolutions de nombre de spécialités laissent envisager un développement de l'activité externe très important. Il en est ainsi pour la plupart des spécialités médicales sous forme de consultations pluridisciplinaires (diabétologie, rhumatologie, cardiologie, cancérologie, dermatologie, cicatrisation...) ou d'explorations ne donnant pas forcément lieu à une prise en charge en ambulatoire (par exemple, forfait de prestation intermédiaire ou endoscopie digestive, pneumologique ou ORL).

Le secteur externe du site unique sera constitué autour d'un plateau commun, facilement accessible depuis l'extérieur et disposant de ressources dédiées en termes de fonctionnement.

L'identification d'un secteur externe a pour objectif :

- De fluidifier le circuit des patients
- D'améliorer la qualité et la sécurité de soins en mettant en place une organisation adaptée aux prises en charge externes
- De favoriser des gains d'efficacité des organisations
- De permettre une communication avec des établissements de santé éloignés et éclatés sur le territoire permettant ainsi de ne pas déplacer les patients fragiles et de ne pas laisser de zone blanche sur certaines activités de soins.

4.1.2.2 Mise en place d'une salle blanche

Parallèlement, les spécialités chirurgicales réalisent l'activité externe de "petite chirurgie" au sein d'une salle blanche afin d'éviter l'embolisation de l'unité de chirurgie et anesthésie ambulatoire et du bloc opératoire. Il s'agit d'une salle répondant aux normes chirurgicales, proche du bloc mais de gestion plus souple que celui-ci. Le développement de l'activité externe ainsi que la substitution d'une activité d'hospitalisation complète en externe impactera pleinement les organisations médicales, paramédicales, administratives et logistiques qui devront tenir compte des impératifs liés à ces modes de prise en charge.

4.1.2.3 Déploiement des activités ambulatoires au sein de plateaux regroupés dédiés

Les activités ambulatoires tant chirurgicales que médicales ne peuvent se concevoir sur le site unique que regroupées chacune au sein d'un espace dédié, bénéficiant d'organisations humaines spécifiquement adaptées au fonctionnement de ces activités.

Si le plateau ambulatoire chirurgical (unité de chirurgie ambulatoire) devra être situé en proximité directe du bloc opératoire, le plateau ambulatoire médical bénéficiera d'une proximité avec le plateau des consultations externes décrit ci-dessus, ainsi que d'avec le service des urgences de l'établissement ; en effet les interrelations entre ces 3 plateaux, et les frontières d'activités telles que nous les

connaissances aujourd'hui, sont amenées à évoluer de façon probablement importantes dans les 10 années à venir.

4.1.2.4 Mise en place d'une UTEP et d'un plateau dédié à l'éducation thérapeutique

La prise en charge des maladies chroniques constitue un enjeu de santé publique. L'éducation thérapeutique du patient est un processus éducatif continu intégré aux soins. Elle s'adresse au patient atteint de maladie chronique et vise à favoriser son autonomie dans la gestion de la maladie, en relation avec son entourage et en interaction avec les soignants. Compte tenu des données épidémiologiques sur les maladies chroniques et afin d'éviter les hospitalisations itératives, il ressort que l'éducation thérapeutique devra être identifiée et structurée sur le site unique. Elle est dispensée par des professionnels de santé de toutes les spécialités et des patients formés à la méthodologie de l'éducation thérapeutique. L'ETP peut être proposée sous la forme de programmes d'éducation thérapeutique mais aussi par des activités éducatives au moment du soin et en fonction des besoins de chaque patient vivant avec une pathologie chronique.

Le Projet médical partagé du GHT prévoit la **mise en place d'une UTEP**. En effet, les cinq établissements parties au GHT participent au développement de l'éducation thérapeutique dans le département. L'hôpital Le Montaigu à Astugue a été un précurseur dans le développement et la création d'une équipe dédiée dès les années 2000. Les actions d'ETP sont multiples dans le département, ne rendant pas forcément claires les propositions faites aux patients. Il n'existe pas non plus de communication pertinente auprès des différents professionnels de santé du département. Les différents programmes d'ETP existent et cohabitent sans que des liens entre tous soient réalisés. La création d'une UTEP sur le territoire semble nécessaire. Coordonnée et experte, elle serait une évolution cohérente au vu du développement actuel de l'ETP et des enjeux de santé qu'elle soulève. Il s'agit d'une unité ressource qui a vocation à favoriser le développement d'une ETP intégrée aux soins, comme le préconise le plan pour l'amélioration de la qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques. Elle devra créer une dynamique dans les institutions ainsi que dans le département en lien avec la médecine de ville.

Le projet territorial du futur site unique doit donc intégrer la montée en puissance des activités d'ETP, avec en particulier les activités suivantes :

- L'endocrinologie déjà largement impliquée dans des démarches d'ETP (une salle d'ETP de diabétologie (externe/consultation) actuellement utilisée à temps complet).
- L'addictologie (dont le tabagisme) et la prise en charge des dépendances sont envisagées dans le projet de gastro-entérologie.
- La pédiatrie l'envisage dans le pôle mère-enfant.
- La cardiologie dans le cadre de la prise en charge des patients insuffisants cardiaques chroniques.
- Plus généralement l'ensemble des spécialités prenant en charge des patients atteints de pathologies chroniques.

En lien avec les travaux de coordination de l'UTEP (liens entre addiction, cardiologie facteurs de risque cardiovasculaire, nutrition-obésité), des avancées en matière de tarification concernant la prise en charge des programmes d'ETP en externe, **une unité commune « ETP » identifiée sur le plan géographique** devra voir le jour. Le futur plateau technique d'éducation thérapeutique devra tenir compte de l'évolution des maladies métaboliques. Des locaux modulables devront être envisagés en tenant compte en particulier :

- De l'augmentation de la prévalence du diabète de 5% par an,
- De l'activité insuffisance cardiaque Tarbes Lourdes en développement,
- De l'émergence de nouveaux projets de programmes d'ETP externe financé par FPI sur les maladies chroniques (rhumatologie pour l'instant).

L'usage des nouvelles technologies pour accompagner les patients dans leur maladie chronique sera également au service de leur éducation thérapeutique.

4.1.2.5 La mise à disposition des outils de télémédecine à l'échelle de l'établissement

Compte tenu de l'évolution de la démographie médicale, de la géographie du département et des projections démographiques envisagées, il ressort que l'activité de télémédecine devra également se développer sur certaines activités (dermatologie, endocrinologie, diabétologie, cardiologie, maladies inflammatoires...). L'ensemble des maladies chroniques bénéficieront rapidement de telles prises en charge et suivis à distance.

Des organisations transversales définies à l'échelle de l'établissement et mettant à disposition des équipes médicales les différents outils de télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, télésoins, télésurveillance) sont déjà en cours d'implantation sur les sites de Tarbes et Lourdes, et seront utilisées en routine pour un certain nombre de situations identifiées.

A ce stade, dans le cadre du GHT et en lien avec les thèmes prioritaires par l'ARS, il a été défini que la télémédecine concernerait les prises en charge suivantes :

- La prise en charge des AVC et notamment l'activité de thrombectomie
- La permanence des soins en imagerie médicale
- La santé des personnes détenues

D'autre part, les filières pour lesquelles le bénéfice attendu de la télémédecine est prioritaire pour le GHT sont les suivantes :

- La prise en charge des personnes âgées
- Les réunions de concertation pluridisciplinaires d'oncologie
- Les consultations avancées de psychiatrie
- Les consultations de l'Unité sanitaire de médecine pénitentiaire (USMA)

Il est prévu la mise en place d'une gouvernance spécifique à la télémédecine avec une instance stratégique au niveau du GHT. Le site unique s'inscrira pleinement dans ces démarches, les Centres Hospitaliers de Tarbes et de Lourdes s'inscrivent d'ailleurs déjà actuellement dans les dynamiques de télémédecine suivantes :

- La généralisation de la pratique de la **télé-expertise** (entretien avec un médecin ou soignant et rapport médical) pouvant se substituer aux multiples échanges téléphoniques informels et les sécuriser (accès dossier médical, trace) notamment chez des personnes polypathologiques, en lien avec l'Equipe mobile de gériatrie. La télé-expertise sur le volet « requérant » déjà en place (dossier d'oncologie, dossiers de cardiologie interventionnelle complexes) va aussi continuer de se développer pour solliciter des avis auprès des équipes CHU.
- Le développement de la pratique de la **téléconsultation** pour atteindre différents objectifs :
 - pour une patientèle chronique, pour des patients plutôt stables en adaptation de traitement face à un événement intercurrent (le patient est déjà connu),
 - pour apporter des expertises de spécialité à d'autres sites hospitaliers ne disposant pas de la spécialité tel qu'en néphrologie (déjà en place),
 - téléconsultation en EHPAD, qu'elle soit à vocation gériatrique ou éventuellement sur d'autres spécialités (pathologies chroniques),
 - téléconsultation en USMA permettant à la fois une baisse des coûts et un suivi plus fréquent (pathologies chroniques).Ces pratiques ont vocation à être rapidement déployées afin de limiter les transferts de patients (en particulier les transferts aux urgences) et sécuriser les équipes locales.
- Il existe déjà une collaboration étroite avec les EHPAD via le système SYNAPSE et bientôt PASTEL 65 développé par l'ARS avec un médecin de cicatrisation, articulation étroite avec l'HAD et lien transversal important avec les différents services de médecine (interne, infectiologie, dermatologie...) chirurgie, notamment la chirurgie vasculaire de la Clinique de l'Ormeau.
- L'élargissement de la mise en œuvre de la **télésurveillance** pour des patients chroniques difficiles à équilibrer (actuellement sur le diabète, l'insuffisance cardiaque et la rythmologie avec une file active de plus de 200 patients actuellement). Sur le diabète par exemple, l'objectif est d'accompagner ces patients sur l'adaptation de l'insuline en post-hospitalisation ou pour repérer précocement des situations de déséquilibre et éviter des hospitalisations (Programme ETAPES), pour arrêter l'insuline après PEC initiale, pour des PEC pluridisciplinaires, pour le diabète gestationnel compte tenu de l'élargissement de la définition (1er trimestre, permettrait d'alléger l'organisation).

4.1.3 Un hôpital attractif s'appuyant sur plateau technique performant, regroupé et moderne

La construction d'un nouvel établissement permettra de fluidifier le parcours du patient au sein de l'établissement mais également d'améliorer les conditions de travail de l'ensemble des professionnels de santé avec des plateaux techniques regroupés, modernisés et performants. Ainsi, les principes d'organisation retenus dans le projet médical sont de plusieurs ordres :

- Faciliter les accès architecturaux en fonction des besoins des patients
- Fluidifier les liaisons fonctionnelles entre les services et les différents plateaux techniques

Le bloc opératoire et la SSPI

Le bloc opératoire du futur site unique identifiera tant dans l'organisation que dans les parcours les activités de chirurgie conventionnelle et de chirurgie ambulatoire.

- ✚ Activité de chirurgie conventionnelle : Des salles d'urgence dédiées ainsi que des salles polyvalentes.
- ✚ Activité de chirurgie ambulatoire : Des salles réservées pour l'activité d'ophtalmologie dont une servira pour l'activité de Femtolaser, des salles de chirurgie polyvalentes, des salles d'endoscopie, une salle de coronarographie, une salle de rythmologie ainsi qu'une salle permettant l'activité de radiologie interventionnelle.

La SSPI identifiera également un secteur dédié à l'activité programmée et un secteur dédié à l'activité ambulatoire.

Le laboratoire

Actuellement, seuls les hôpitaux de Tarbes et de Lourdes disposent d'un laboratoire. Les deux laboratoires sont accrédités par le COFRAC depuis 2016. L'activité de biologie médicale s'est organisée à l'échelle de Tarbes et de Lourdes avec la mise en œuvre d'une forte coopération basée sur des échanges d'examens. Une réflexion est en cours sur la mise en place d'un laboratoire commun multi-sites. Les deux laboratoires seront réunis au sein d'un même plateau technique permettant la prise en charge des analyses suivantes : notamment développement de la biologie moléculaire et de la pharmacotoxicologie.

Une activité de prélèvement devra être déployée. Elle est actuellement existante sur le CH de Bigorre et de Lourdes mais ne permet pas de couvrir toutes les demandes des spécialités.

L'imagerie médicale

Les secteurs d'imagerie de Tarbes et de Lourdes seront également réunis au sein d'un même plateau technique permettant la réalisation des activités d'imagerie conventionnelle, d'IRM conventionnelle, d'IRM ostéo-articulaire, de scanner, de coro-scanner, de mammographie et d'échographie. Compte tenu des évolutions des indications de scanner, une deuxième autorisation de scanner devra être envisagée sur le site unique. Par ailleurs, le développement de la tomosynthèse devra également être anticipé. L'organisation du service ainsi que l'architecture des lieux devra permettre d'identifier et de développer l'activité externe. Le déploiement de la télé-radiologie est envisagé sur l'activité de Permanence des soins. Enfin, si la démographie médicale le permet, le développement de la radiologie interventionnelle devra également être anticipé. Le partenariat actuel entre le CH de Bigorre et la polyclinique de l'Ormeau permet d'assurer une réponse sur cette activité mais qui n'est que partielle compte tenu du nombre d'opérateurs.

La médecine nucléaire

La médecine nucléaire disposera d'un plateau technique dédié sur le site unique. Le Centre Hospitalier de Tarbes dispose actuellement de deux gammas-caméras couplées à un TDM et d'un laboratoire de marquage cellulaire-

Le Centre Hospitalier de Tarbes est actuellement associé au fonctionnement du TEP SCAN du Centre Hospitalier de Pau.

L'accueil d'un TEP SCAN sur le nouveau site est prévu.

L'activité de médecine nucléaire consiste à continuer la prise en charge diagnostique de très nombreuses pathologies représentées par exemple par :

- les pathologies ostéo-articulaires dans leur ensemble,
- les bilans d'extension en cancérologie,
- l'exploration et le traitement des troubles endocriniens,
- les explorations neurologiques,
- les pathologies infectieuses et sanguines.

Le service poursuivra sur le nouveau site l'accompagnement des progrès techniques de la discipline (acquisition des examens, cardiologues avec la technique des semi-conducteurs par exemple)

La pharmacie à usage intérieur

Le projet pharmaceutique du projet médical partagé (PMP) de territoire est structuré autour des objectifs suivants :

- Poursuivre la sécurisation et l'amélioration de la qualité du circuit du médicament et de la prise en charge médicamenteuse (médicaments et dispositifs médicaux) des patients ;
- Assurer, à coûts maîtrisés, toutes les missions des PUI pour l'ensemble des établissements du GHT en intégrant l'activité de pharmacie clinique telle que définie dans le Code de la santé publique ;
- Garantir la continuité de la permanence pharmaceutique sur tous les sites autorisés ;
- Promouvoir la lutte contre l'iatrogénie médicamenteuse et le bon usage des produits de santé auprès des équipes soignantes ;
- Inclure les pharmaciens dans la construction du lien ville-hôpital.

La pharmacie clinique est la priorité de ce projet. Activité de proximité, elle suppose le déploiement de ressources pharmaceutiques au plus près des patients, en lien avec les soignants. Le renforcement des équipes pharmaceutiques et la mutualisation des fonctions logistiques, dans la mesure du possible, sont les leviers susceptibles de mobiliser les équipes de PUI sur la pharmacie clinique. Cela doit passer par la centralisation des approvisionnements en produits de santé au sein d'une plateforme logistique pour tous les établissements partis du GHT, à l'exception du CH de Lannemezan. Le projet pharmaceutique de territoire identifie le futur site unique Tarbes-Lourdes pour accueillir cette structure.

Actuellement, le Centre Hospitalier de Tarbes ainsi que le Centre Hospitalier de Lourdes disposent chacun d'une PUI. Sur le futur site unique, l'activité pharmaceutique de ces deux équipes sera centralisée au sein d'une même PUI. Pour répondre au projet pharmaceutique du PMP, la PUI du site unique devra être équipée d'une plateforme logistique complète.

La structure devra être dimensionnée pour assurer la préparation des doses à administrer aux patients du site unique, ceux des établissements de santé rattachés (Ayguerote, Vic-en-Bigorre et Labastide), mais également pour les différents « clients » de la plateforme logistique, tels que le CH de Bagnères-de-Bigorre et celui d'Astugue. L'automatisation de la préparation des doses à administrer au sein d'une plateforme logistique contribue à la sécurisation du circuit du médicament, mais elle impose des contraintes architecturales, informatiques et financières (matérielles et RH) qui devront être prises en compte.

L'équipe pharmaceutique du site commun sera présente dans les services de soins afin de garantir, entre autres, la sécurisation et l'optimisation des dotations de services, la conciliation médicamenteuse et la pharmacie clinique.

La perspective du site unique Tarbes-Lourdes permettra également de réunir la stérilisation et la préparation des chimiothérapies anticancéreuses au sein d'un plateau technique unique.

L'Anatomo-pathologie

Le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques a pour vocation de poursuivre les activités actuelles.

Le CH de Tarbes dispose d'un Service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques qui assure la prise en charge

des prélèvements cytologiques (gynécologiques et organes profonds) et histologiques (biopsies et pièces opératoires) ainsi que la foetopathologie.

Ces prélèvements proviennent du CH de Tarbes, mais aussi des CH de Lourdes, CH de Lannemezan, CH de Bagnères et pour la foetopathologie CH St Gaudens et Polyclinique de l'Ormeau.

Cette prise en charge inclut l'examen macroscopique, photographie des pièces opératoires, l'examen histologique (lecture des lames), l'immunohistochimie, l'immunofluorescence.

La cytologie est techniquée selon la méthode ThinPrep- HOLOGIC (couche mince), complétée pour les frottis cervico utérins par un test HPV en cas de besoin.

Les praticiens hospitaliers et les internes participent aux différentes réunions de concertation pluri disciplinaire (RCP) soit sur site, soit par télémedecine.

Le Service reçoit chaque semestre un interne en formation et toute l'année des stagiaires à la technique.

[Les explorations fonctionnelles neurologiques \(adultes-enfants\), ORL, pneumologie et cardiologie](#)

Le futur site unique comporte un plateau performant d'explorations fonctionnelles à proximité des consultations.

[La Simulation en santé](#)

L'obligation de développement professionnel continu doit s'appuyer sur la simulation en santé. A ce titre le site unique disposera d'un centre de simulation permettant de répondre aux objectifs suivants :

- Former à des procédures, à des gestes ou à la prise en charge de situations ;
- Acquérir et réactualiser des connaissances et des compétences techniques et non techniques (travail en équipe, communication entre professionnels, etc.) ;
- Analyser ses pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même lors du débriefing ;
- Aborder les situations dites « à risque pour le patient » et d'améliorer la capacité à y faire face en participant à des scénarios qui peuvent être répétés ;
- Reconstituer des événements indésirables, de les comprendre lors du débriefing et de mettre en œuvre des actions d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

[4.1.4 Des équipes médicales organisées et structurées afin d'assurer l'attractivité des recrutements et la continuité des soins sur le territoire](#)



⇒ Importance de l'attractivité de l'établissement sur les recrutements médicaux

Le projet de site unique constitue un facteur d'attractivité pour les professionnels médicaux des hôpitaux de Tarbes et de Lourdes. Il constitue un projet structurant à l'échelle d'une spécialité médicale car il vise l'amélioration des conditions d'accueil et de prise en charge des patients.

De même, les organisations médicales, soignantes et administratives déployées sur le site unique

devront tirer parti des expériences menées sur les hôpitaux de Tarbes et de Lourdes afin de rendre plus attractives les conditions de travail.

Ce projet constitue également un facteur d'attractivité pour des recrutements extérieurs compte tenu du déploiement d'un plateau technique unique, modernisé et performant. La politique de recrutement actuellement déployée à l'échelle du groupe hospitalier Tarbes-Lourdes et en lien avec le CHU de Toulouse notamment dans le cadre des assistants partagés sera poursuivie et favorisée sur le site unique.

⇒ **Organisation de la continuité et de la permanence des soins**

Avec le regroupement des hôpitaux de Tarbes et de Lourdes, les communautés médicales ont la volonté de pouvoir assurer leurs missions concernant la continuité et la permanence des soins à l'échelle du territoire de santé. L'organisation et le dimensionnement des équipes permettront d'assurer la continuité et la permanence des soins des activités déployées sur le site unique en lien notamment avec le développement des nouvelles technologies en santé (télémédecine...).

4.1.5 La poursuite du déploiement de la recherche clinique

Les hôpitaux de Tarbes et de Lourdes se sont investis dans la recherche clinique afin d'attirer de jeunes praticiens et de pérenniser les équipes en place sur certaines spécialités. La recherche clinique s'est structurée à l'échelle du groupe hospitalier et des moyens spécifiques ont été mis en œuvre. Cette activité devra se développer en lien avec le CHU dans de nombreuses spécialités.

LES POINTS MARQUANTS

URGENCES ET SOINS CRITIQUES

- Un « juste » dimensionnement
- Des circuits clairement identifiés et des filières spécialisées

Projection de
75 000 passages
16 lits d'UHCD

10 lits de
réanimation et 10
lits de soins
continus

SPECIALITES MEDICALES

- Développement des secteurs privilégiant la prise en charge de la personne âgée et vulnérable
- Redimensionnement des unités de spécialités centré sur les prises en charge techniques nécessitant un plateau spécifique (activité interventionnelle)

Un secteur
ambulatoire de 34
places

Services de
spécialités
modulables sur 3
unités de 30 lits

CSG, médecine
polyvalente et
médecine interne : 4
unités de 28 lits

Unité Péri-Opératoire
Gériatrique médico-
chirurgicale de 28 lits

SPECIALITES CHIRURGICALES

- Poursuite du déploiement de l'ambulatoire et de la réhabilitation améliorée après chirurgie -
- Unité d'accueil commune pour l'ensemble des chirurgies
- Fluidification du circuit du patient

Une unité de chirurgie
ambulatoire de 20
places

Unité de Chirurgie
toutes spécialités
45 lits

Le SAU, SAMU, SMUR et SMUR Montagne

Les deux centres hospitaliers assurent actuellement environ 57 000 passages. Compte tenu de l'augmentation continue du nombre de passages aux urgences, du vieillissement de la population, du contexte touristique du département, de l'évolution de la continuité et de la permanence des soins de médecine générale, les prévisions d'activité pourraient se situer à environ 75 000 passages. L'ensemble de la chaîne des urgences, depuis la régulation jusqu'à l'accueil des urgences voire les unités post-urgences devra être dimensionnée afin d'absorber le flux des patients.

Concernant la régulation du Centre 15, celle-ci pourra être poursuivie selon le modèle actuellement existant sur le Centre Hospitalier de Tarbes. En raison de l'augmentation d'activité au Centre 15 il faudra renforcer les ressources humaines. Sur le plan médical, un seul médecin régulateur hospitalier devient insuffisant, il en est de même pour les effectifs ARM.

Afin de favoriser le lien entre les différents professionnels ainsi que l'harmonisation des pratiques, les praticiens impliqués sur la régulation et le SMUR interviendront également au sein du SAU.

De plus, la création d'un SMUR hélicoptéré de type hélismur permettra de rationaliser les moyens SMUR en optimisant les disponibilités des équipes, mais également de mieux couvrir les zones blanches (notamment celles du Nord du département et du Sud du Gers).

Le SMUR montagne doit être conservé de manière à répondre aux spécificités du département (secours en montagne, zones blanches en montagne dans le Sud du département).

Il est indispensable de créer une hélistation permettant le stationnement de deux hélicoptères (hélicoptère sanitaire et hélicoptère d'état du secours en montagne) de manière concomitante afin d'éviter les transits inutiles et coûteux et d'éviter les retards de départs en intervention et d'accueil des patients.

En outre, les solutions de télémedecine et le développement des prises en charge par les paramédicaux sur certaines missions-pourraient également permettre une épargne des ressources médicales.

La gestion des SSE est également une priorité (risques pandémiques, risques terroristes, accidents industriels...), cela implique une formation permanente des personnels (CESU) mais également des locaux adaptés permettant le stockage et l'activation rapide des moyens matériels dédiés.

Compte tenu du nombre de passages attendu aux urgences, l'organisation du service d'accueil des urgences doit être une priorité. Elle doit être basée sur le principe de la marche en avant. Les locaux doivent permettre la fluidité, la sécurité et le confort au travail.

Le SAU bénéficiera d'un accès dédié qui sera facilité pour les patients et les ambulances.

En cas de crise sanitaire et/ou d'afflux inhabituel de patients, le service doit pouvoir être dédoublé immédiatement afin de pouvoir gérer les urgences quotidiennes et les admissions en rapport avec cet afflux de patients.

Ainsi, 4 circuits seront identifiés :

- **Un circuit court** relevant des patients externes et la petite traumatologie. Ce circuit pourra comprendre une consultation de médecine générale en dehors des horaires d'ouverture de la maison médicale de garde ou en permanence si les maisons médicales de Tarbes et de Lourdes restent dans les agglomérations.
- **Un circuit long pour les urgences médico-chirurgicales stables.** La coopération avec les différentes spécialités (gériatrie, anesthésie, etc.) doit être une priorité. Dans le cadre du GHT, le partenariat existant avec le CH de Lannemezan permet d'assurer les prises en charge psychiatrique aux urgences.

- Un circuit des patients relevant de **soins critiques** : la SAUV Le travail en partenariat avec les réanimateurs permettra une prise en charge des urgences vitales de qualité assurée par les médecins urgentistes
- Un **circuit pédiatrique** au sein des urgences, sous la responsabilité des pédiatres, mais en équipe conjointe urgentistes-pédiatres.

L'UHCD devra être dimensionnée de manière à permettre une bonne fluidité avec le SAU et les services d'hospitalisation. Elle ne doit pas se substituer aux services d'hospitalisation notamment en gériatrie.

L'accès à l'imagerie est indispensable. Le service des urgences devra disposer d'une salle d'imagerie conventionnelle et d'un scanner dédiés. L'accès à l'IRM H24 sera facilité.

Dans toutes les filières, la poursuite du développement de l'échographie d'urgence sera de nature à optimiser les prises en charge.

La recherche clinique sera développée de même que les actions de formation afin de maintenir l'attractivité auprès de jeunes confrères.

4.2.2. Réanimation et surveillance continue

La réanimation et le service de soins continus répondent aux obligations concernant les patients présentant des défaillances d'organes ou nécessitant une surveillance rapprochée sur les objectifs suivants :

- Conforter la place du service de réanimation du futur site unique Tarbes-Lourdes dans son rôle de Réanimation Départementale comprenant 10 lits
- Placer la structure Réanimation - Unité de Surveillance Continue au cœur de la filière de soins « Patients Critiques Adultes »
 - Au sein du Site unique Tarbes Lourdes en créant des passerelles dynamiques fonctionnelles et géographiques entre les secteurs de soins critiques (USC Réanimation, Déchoquage, USC, UNV.)
 - Au sein du GHT en développant des partenariats avec les autres établissements publics ou privés du territoire notamment en établissant des conventions avec les établissements disposant d'une USC
 - En développant la coopération avec le CHU de Toulouse pour optimiser le parcours du patient en amont de l'admission dans la filière, durant le séjour ou en aval.
- Améliorer les pratiques et la sécurité des soins
 - En poursuivant le déploiement d'une démarche de gestion des risques basée sur une cartographie actualisée prenant en compte les risques spécifiques prioritaires :
 - Risques liés aux médicaments
 - Risques liés aux Infections Associées aux Soins
 - Risques liés aux procédures invasives
 -
 - En favorisant les démarches d'analyse des événements indésirables graves
 - En mettant en œuvre une politique de formation permettant le partage et l'actualisation des connaissances
- Contribuer et renforcer la filière des prélèvements d'organe
- Développer des domaines d'excellence ou d'expertise dans les limites compatibles du plateau technique dont dispose l'établissement
- Des projets à court terme (2020) :
 - Projet de développement d'une unité d'abords vasculaires (picline, midline), basée sur l'USCP de Lourdes avec proposition d'offre de soins à l'ensemble des sites du GHT.
 - Mutualisation des équipes paramédicales urgences USCP sur le site de Lourdes afin d'améliorer et élargir les compétences, entretenir le sentiment d'équipe et de cohésion et gagner en souplesse de fonctionnement.
 - Développement de l'activité de maladie infectieuse sur le CH Lourdes avec des lits en médecine polyvalente et en USCP sous la supervision du Pr Marchou présent sur les deux sites.
- Développer *de la recherche clinique*
- Développer des activités nouvelles, notamment de consultations post-réanimation
- Développer des techniques nouvelles (échanges plasmatiques, par exemple)

Le futur site unique comprendra également une unité de soins continus qui comprendra 5 lits à orientation chirurgicale, sous la responsabilité des anesthésistes (SIPO) et 5 lits à orientation médicale la responsabilité des réanimateurs.

Une unité de rééducation post-réanimation pourra être mise en œuvre dans le cadre d'une collaboration organique et fonctionnelle à définir avec le CH de Bagnères de Bigorre.

4.2.3. Gastro-hépto-entérologie

Une équipe territoriale intervient actuellement sur les Centres Hospitaliers de Tarbes et de Lourdes et assure des activités interventionnelles, d'oncologie, d'éducation thérapeutique pour les maladies chroniques et inflammatoires. Ces activités seront centralisées sur le site unique et auront vocation à se développer.

La démographie médicale actuelle et à venir nous permet de projeter pour le site unique et probablement pour la période intermédiaire une offre publique exclusive, et par la donc de mettre en adéquation le recrutement et le dimensionnement du service et du plateau technique.

L'objectif est de développer la prise en charge des pathologies fonctionnelles et des pathologies complexes (maladies inflammatoires chroniques) pour lesquelles il existe peu d'offres sur le territoire et qui constituent une porte d'entrée importante sur l'hôpital. Ce service est également très impliqué dans la prise en charge des personnes âgées en oncologie et pour les hémorragies digestives (et ce en lien avec l'augmentation des maladies chroniques).

En fonction des recrutements à venir, des consultations avancées sur les autres sites hospitaliers dans le cadre du GHT assureront l'accessibilité de la discipline à l'échelle territoriale et l'orientation des prises en charge technique vers le plateau technique du site unique.

Actuellement, un certain nombre de coopérations et de mutualisations entre les équipes des deux sites sont mises en œuvre, ou en projet à court terme :

- Participation de l'ensemble de l'équipe des 2 sites à la permanence des soins.
- RCP communes de gastroentérologie et d'oncologie digestive en lien avec la chirurgie digestive à l'échelle du territoire.
- RCP maladie inflammatoire chronique de l'intestin (MICI) tous les 2 mois.
- Projet d'éducation thérapeutique en cours de réalisation en MICI et oncologie.
- Projet de recherche clinique commun sur la thématique des MICI.
- Développement d'une filière pluridisciplinaire de prise en charge du cancer colorectal.
- Projet de mise en place de consultations prioritaires dans le cadre de la gestion des tests de dépistage positifs (cancérologie colorectale).
- Projet de mise en place d'une gestion délocalisée (téléconsultation) des suivis de chimiothérapie (complications).

4.2.4. Cardiologie

Le Centre Hospitalier de Tarbes et le Centre Hospitalier de Lourdes bénéficient chacun d'un service de cardiologie qui seront fusionnés dans le cadre du projet de reconstruction permettant une augmentation du potentiel d'activité par la mise en commun des moyens humains tant médical que paramédical et des moyens techniques. Des consultations avancées continueront à être assurées sur les sites hospitaliers de Bagnères de Bigorre et de Lannemezan conformément au projet médical de GHT.

Actuellement, un certain nombre de coopérations et de mutualisations entre les équipes des deux sites sont mises en œuvre, ou en projet à court terme :

- Constitution d'une Fédération de Cardiologie depuis 2015 ; les futurs recrutements seront à faire sur une équipe territoriale bi-site mais également de GHT avec pour mission de participer à l'ensemble de l'activité territoriale qu'elle soit programmée ou rattachée à la permanence des soins.

- Participation actuelle sur les deux sites de membres de l'équipe sur la base du volontariat à la permanence des soins et à la continuité des soins en cardiologie médicale.
- Participation commune des 2,6 ETP à l'activité interventionnelle et aux astreintes interventionnelles actuellement, avec des protocoles communs.
- Participation actuelle des deux équipes à une activité territoriale de consultations avancées dans le cadre du GHT (sites de Lannemezan et de Bagnères de Bigorre).
- Mise en commun des protocoles de soins et de préparation aux actes.
- Activité de télésurveillance commune en matière d'insuffisance cardiaque et de rythmologie regroupée sur le site de Tarbes.
- Participation commune à l'activité d'éducation thérapeutique développée sur le site de Lourdes.
- Mise en œuvre des explorations fonctionnelles du sportif (activité départementale) en lien avec l'équipe de médecine sportive sur le site de Lourdes.
- Développement en cours d'un relationnel ville hôpital et décharge du pôle urgences par mise en place d'un contact direct avec le médecin de garde sur place qui organisera la prise en charge des patients semi-urgents soit sur un mode de consultation, soit sur un mode d'hospitalisation de jour (préférentiellement sur le site de Tarbes) soit sur une hospitalisation de courte durée (préférentiellement sur le site de Tarbes pour les patients coronariens, préférentiellement sur le site de Lourdes pour les patients insuffisants cardiaques).
- Développement de la télésurveillance de l'insuffisant cardiaque débouchant pour les patients en décompensation sur la même gestion que précédemment.
- Développement d'un système de téléconsultation pour les patients du GHT hospitalisés sur des sites sans équipe de cardiologie sur place.

Sur le site unique, la fusion des moyens humains et techniques dans des structures mieux adaptées en particulier à la pratique ambulatoire et à la télé médecine concourent aux objectifs suivants :

- Continuer de développer une activité de cardiologie interventionnelle de qualité avec coronarographie et angioplastie en programmé et en urgence avec éventuellement développement d'activités spécifiques non encore pratiquées : rotablator, CTO (occlusion coronaire totale)
- Se préparer à la possibilité de pouvoir réaliser à terme des TAVI (implantation de valve aortique par voie percutanée) dans des centres sans chirurgie cardiaque avec collaboration de certains cardiologues interventionnels avec le CHU ou la clinique Pasteur
- Développer l'activité de rythmologie avec poursuite des implantations de stimulateurs, de défibrillateurs, explorations électrophysiologiques, radiofréquence de flutter ou du nœud auriculo-ventriculaire - développer la radiofréquence nodale voire à terme l'ablation de la fibrillation auriculaire
- Développer sur un seul site les techniques d'imagerie cardiologique scanner (faite actuellement sur Lourdes) et IRM (faite actuellement sur Tarbes)
- Développer la pratique de VO2max pour l'insuffisance cardiaque et le sportif en collaboration avec l'équipe de pneumologie
- Poursuivre et développer l'activité d'exploration doppler vasculaire
- Développer un projet d'éducation thérapeutique sur le mode de celui initié au CH Lourdes en le rendant accessible à toute la population du département

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

4.2.5. Pneumologie

Actuellement, les centres hospitaliers de Tarbes et de Lourdes assurent une activité de pneumologie sur l'ensemble des pathologies respiratoires. Le service d'hospitalisation de spécialité est situé sur le site de Tarbes. L'ensemble des activités sera centralisé sur le site unique. Le service organisera son activité autour d'un secteur d'hospitalisation dédié à l'ensemble des pathologies respiratoires, d'un secteur ambulatoire dédié à l'oncologie thoracique, d'un secteur de consultation, d'un plateau technique performant d'endoscopie bronchique (endoscopies, écho-endoscopies, échographie pleurale, thoracoscopie, ponction sous TDM), d'exploration respiratoire et du sommeil, d'actions d'éducation thérapeutique et de prévention tabacologie.

Des coopérations sont développées et seront maintenues avec le CHU de Toulouse, les SSR, le centre de réhabilitation respiratoire d'Astugue, l'HAD, le réseau RESAPY (relais santé Pyrénées ex-Arcade) et le service de chirurgie thoracique du CH de Pau.

Une véritable équipe territoriale va se construire progressivement, avec en particulier, une stratégie de recrutement concertée, dans une optique d'activité bi-site avec une participation commune à la continuité des soins ; tout en gardant un rattachement à l'un des deux sites concernant le lieu de consultation, sur la phase intermédiaire d'ici le site unique. Ce projet a fait l'objet d'une concertation récente dans la cadre de l'élaboration clairement formalisée pour 2020 d'un projet de territoire.

Dans le cadre du futur site hospitalier, les missions de l'équipe de pneumologie seront les suivantes :

- Assurer la prise en charge des patients présentant une pathologie pulmonaire aiguë et chronique ;
- Favoriser la prise en charge des patients en ambulatoire ;
- Assurer la réalisation des actes diagnostiques et interventionnels en pathologie respiratoire ;
- Développer l'éducation thérapeutique et la prévention à la santé.

L'unité d'hospitalisation sera centrée sur la spécialité et l'ambulatoire sera développé (cancers et chimiothérapies, embolie pulmonaire, fibroscopies, ponctions et drainages thoraciques, bilans divers, initiations de traitement, antibiothérapies, aérosolthérapies spécifiques à certaines pathologies comme les DDB, Polysomnographie). L'accent sera mis sur le lien avec la médecine de ville (chimiothérapies per os, filière BPCO, réhabilitation respiratoire en lien avec le SSR d'Astugue).

- Développement d'un centre de référence pour les asthmes sévères avec des réunions de concertation pluridisciplinaire en réseau avec le CHU ;
- Développement du plateau technique en lien avec les radiologues (embolisation bronchique, pose d'endo-prothèses), bronchoscopies (pour cryothérapie, laser, exérèse de corps étrangers), allergologie spécifique, explorations du sommeil de l'enfant ;
- Développement de la télémédecine pour la surveillance des PPC dans les syndromes d'apnées du sommeil et des VNI dans les BPCO ;
- Renforcement de l'équipe médicale avec médecin formé à l'allergologie spécifique et aux techniques innovantes ;
- Développement de l'éducation thérapeutique et de la prévention (asthme, BPCO, tabacologie, oncologie-etc.).

L'unité de sommeil sera par ailleurs rattachée au service de Pneumologie avec réalisation de polygraphies ventilatoires, polysomnographies en ambulatoire ou en hospitalisation afin de dépister et appareiller les patients souffrant de Syndrome d'Apnées Obstructives du Sommeil. L'éducation thérapeutique pourra être mise en place pour favoriser l'observance des patients.

Un projet d'équipe de pneumologie déployé à l'échelle des établissements du GHT est en cours de réflexion afin d'assurer un maillage territorial suffisant et gradué sur cette spécialité.

Enfin, le développement d'un lien ville hôpital par numéro de contact unique pour les patients semi-urgents visant à organiser des consultations rapides ou des hospitalisations directes brèves (programmation des examens à l'avance) est en cours avec pour projet un renforcement rapide dans les mois à venir.

4.2.6. Endocrinologie, Diabétologie, Nutrition

Cette spécialité est exclusivement assurée par les établissements publics de santé depuis juillet 2017 sur l'ensemble du département. Exercée principalement en ambulatoire et en externe, elle s'appuie sur une équipe pluri-professionnelle (médecin, IDE, diététicien, psychologue, éducateur sportif, etc.).

Actuellement, l'ensemble de l'équipe bi-site, structurée en équipe de territoire depuis 2007, participe de façon mutualisée aux activités suivantes :

- La prise en charge graduée des patients sur les 5 établissements MCO du GHT.
- L'astreinte de territoire.
- La formation des équipes.
- La rédaction de protocoles communs.
- Des réunions communes (RCP de chirurgie bariatrique avec les chirurgiens des 2 sites, réunions d'équipe Territoriale, formation, ...).

Depuis 2019, des actions ont été menées pour asseoir le fonctionnement de l'équipe territoriale :

- Consolidation de l'équipe territoriale de GHT avec recrutement d'un ETP transversal sur les 5 sites du GHT pour viser un effectif cible de 7 spécialistes sur le département ;
- Consolidation et pérennisation des organisations mises en place en 2018 sur Bagnères et Lannemezan (Cs + ETP de proximité)

La mise en commun des protocoles de prise en charge est en cours. En outre, il est prévu **à court terme** de former les urgentistes (CH Lannemezan, Bagnères, Tarbes) sur les urgences diabétologiques (projet ayant été reporté en raison de l'épidémie de COVID-19).

Des actions visant à structurer les parcours patients ont également été mises en œuvre :

- Développement de la prise en charge multi professionnelle ambulatoire (Consultations groupées Médecin + IDE +/- Diététicien ± PAPA ± Psychologue) entrant dans le cadre de la nouvelle tarification de l'ambulatoire/HDJ) sur les 4 sites de court séjour (2021) ;
- Poursuite de l'engagement dans les nouvelles technologies de traitement du diabète (capteurs, pompes semi-automatiques, pancréas artificiels, etc.).

En complément, **à moyen terme d'ici l'ouverture du site commun**, les objectifs suivants sont identifiés ; ces objectifs visent à structurer les parcours patients par l'amélioration d'un relationnel ville-hôpital déjà très développé et ceci au sein de l'équipe territoriale dans son ensemble par :

- Téléexpertise (entretien avec un médecin ou soignant et rapport médical) pouvant se substituer aux multiples échanges téléphoniques informels et les sécuriser (accès dossier

médical, trace) notamment dans les questions concernant le diabète chez des personnes polyopathologiques. Lien avec l'Equipe mobile de gériatrie ;

- Téléeexpertise en requérant pour solliciter un avis du CHU ;
- Téléconsultation pour pied diabétique (en requis ou en requérant avec le CHU), les appels de patients plutôt stables en adaptation de traitement face à un évènement intercurrent (le patient est déjà connu), pour alterner entre consultations physiques et téléconsultation pour des gens qui sont plutôt stables ;
- Télésurveillance pour des personnes peu équilibrées pour les accompagner sur l'adaptation de l'insuline en post-hospitalisation ou pour éviter des hospitalisations (programme ETAPES), pour arrêter l'insuline après PEC initiale, pour des PEC pluridisciplinaires, pour le diabète gestationnel compte tenu de l'élargissement de la définition (1er trimestre, permettrait d'alléger l'organisation) ;
- Développement de la téléconsultation (dans un premier temps UCSA, Handicapés, Diabète Gestationnels) (2021) ;
- Téléconsultations pour les résidents d'EHPAD : Inscription au programme PASTEL (05/2021) ;
- la collaboration avec une maison médicale pour la formation des Médecins Généralistes et des Internes est en cours depuis mai 2021, avec extension à d'autres cabinets en cas de succès (Reportée en raison de l'épidémie de COVID-19)
- Formation en Diabétologie des infirmiers ASALEE du département (programmée pour 2021)
- Ouverture des formations hospitalières en Diabétologie pour IDE et AS aux IDE et AS libérales (*Reportée en raison de l'épidémie de COVID courant 2022 ou 2023*) ;
- Organisation de la transition adolescent-adulte pour les patients porteurs d'un diabète ou d'une pathologie endocrine (2022)-
- Projet ETP Diabète Gestationnel (2022)
- Collaboration avec des hôpitaux de jour gériatriques (Bagnères et Lannemezan) pour les patients diabétiques âgés (2022).

Le Service d'Endocrinologie du nouvel Hôpital aura une vocation départementale avec un site principal et des sites de proximité répartis dans le département en fonction des besoins locaux (Vic en Bigorre, Ayguerote, Montaigu, Bagnères, Lannemezan). Une collaboration Public-Privé est envisageable (SSR de l'Arbizon, Clinique de l'Ormeau, Endocrinologues et Nutritionnistes libéraux).

Il offrira une couverture large, graduée et homogène dans les activités suivantes :

Diabétologie :

- Augmentation d'au moins 30 % de l'activité à l'horizon 2028
- Transfert massif des activités d'hospitalisation conventionnelles vers des prises en charge ambulatoires, favorisées par les nouvelles techniques de monitorisation de la glycémie (capteurs, systèmes flash)

Nutrition :

- prise en charge de l'obésité,
- soutien transversal sur la prise en charge de la dénutrition

- lien avec le CH du Montaigu comme SSR spécialisé en Nutrition dans le cadre du GHT

Endocrinologie « pure » :

- Prise en charge des pathologies hypophysaires, surrénaliennes, ou parathyroïdiennes (peu d'évolution de la prévalence) comme site de recours

Activités Transversales :

- Investissement dans différentes activités transversales (unité transversale d'éducation à la santé, CLAN, cellule « EPP », Centre de Cicatrisation multidisciplinaire)

L'activité sera déclinée sous différents modes :

➤ **Consultations, Consultations pluriprofessionnelles, Ambulatoire, Hospitalisation de Jour :**

Permettant la prise en charge de premier niveau, elles constitueront l'essentiel (en volume) de l'activité de la spécialité.

Elles devront être organisées autour d'un Pôle de Consultations pluri-professionnelles, avec des bureaux facilement disponibles et utilisables par les médecins et les paramédicaux (IDE, diététicien, kinésithérapeute ou professeur d'activité physique adaptée, psychologue, ...), une salle d'éducation et une salle dédiée aux explorations fonctionnelles (décharge des holters glycémiques, pose de capteurs implantés, ...)

➤ **Hospitalisations Complètes :**

Même si le recours à l'hospitalisation complète devra être réduit, il restera des indications absolues comme la découverte de diabète, les décompensations aiguës, la réévaluation de traitement, les plaies du pied, la mise en place de pompes ou de pancréas artificiels, les pathologies hypophysaires, les hyperthyroïdies sévères, etc...

Ces activités nécessitent un secteur d'hospitalisation dédié de 14-15 lits (diabète, obésité, pied diabétique) avec du personnel formé du fait de l'évolution des prises en charge vers une grande technicité (pompes, capteurs, réglages de pancréas artificiel, ...) et une grande spécificité (découverte de diabète, éducation thérapeutique, ...).

Ce secteur devra comprendre une salle d'éducation thérapeutique / salle de réunion pouvant accueillir une quinzaine de personnes, à usage exclusif de la spécialité.

La prise en charge de la chirurgie bariatrique sera réalisée en transversalité avec la chirurgie viscérale et la prise en charge du pied diabétique en lien avec les équipes chirurgicales et les spécialistes "plaies et cicatrisation".

➤ **Centre de Cicatrisation :**

Le recours à un Centre de Cicatrisation ambulatoire (dont les structures pourront être mutualisées avec les autres spécialités concernées (angiologie, lymphologie, dermatologie, ...)) est indispensable pour la prise en charge rapide médico-légale (dans les 48h) et dans le suivi en externe des troubles de la cicatrisation dans le diabète.

➤ **Télémédecine :**

Elle s'adressera aux patients difficilement déplaçables (Unité de soins en maison d'arrêt - USMA, handicapés lourds en Maison d'accueil spécialisée - MAS), mais aussi pour les patients fragiles (diagnostic récent, grossesse, ...). En cas de nouvelle pandémie, elle sera un recours indispensable.

- **De nombreux programmes d'éducation thérapeutique** seront proposés dans le cadre d'un plateau technique spécialisé d'éducation thérapeutique : Diabète de type 2, Diabète de type 1, initiation de pompes à insuline, Obésité et risques métaboliques, préparation à la chirurgie bariatrique, Programme ambulatoire de suivi (diabète et obésité).

➤ **Activités « extérieures » :**

Dans un objectif de maillage territorial, les Endocrinologues interviendront sur des CH hors du Site Unique pour :

- Des consultations internes (SSR Ayguerote, Lourdes, Montaigu, Vic-en-Bigorre, CH de Bagnères de Bigorre et de Lannemezan)
- Des consultations externes (« avancées ») (CH de Bagnères de Bigorre et de Lannemezan)
- Des activités d'Education Thérapeutique de premier niveau (SSR Montaigu, CH de Bagnères de Bigorre et de Lannemezan)

➤ **Recours à un Moyen séjour :**

L'identification d'une structure de Moyen Séjour départementale en Nutrition nous semble nécessaire dans le parcours de soins, avec passage régulier d'un Endocrinologue et formation du personnel médical et paramédical (par exemple au CH Le Montaigu).

4.2.7. Néphrologie et dialyse

Actuellement, le Centre Hospitalier de Tarbes assure l'ensemble de l'activité de dialyse du département depuis la reprise de l'activité du centre de Bartrès. Dès que l'effectif médical sera suffisant, il sera déployé sur les 2 sites pour faciliter l'accès aux soins de néphrologie. Les évolutions envisagées sur cette activité prévoient une augmentation annuelle du nombre de patients dialysés annuellement de 4 à 5 patients. Parallèlement, le nombre de dialyses en centre lourd a progressé dans une proportion moins conséquente. Le site unique doit permettre d'assurer conformément à la réglementation les évolutions d'activité prévisibles (augmentation du nombre de postes de dialyse). Outre la dialyse en centre, le suivi des patients en auto-dialyse, la dialyse péritonéale sera développée ainsi que l'aphérèse pour la prise en charge de maladies inflammatoires.

4.2.8. Neurologie

Actuellement, les centres hospitaliers de Tarbes et de Lourdes assurent une activité de neurologie. Le service d'hospitalisation de spécialité est situé sur le site de Tarbes. L'ensemble des activités sera centralisé sur le site unique.

Le service de neurologie dispose d'une unité de soins intensifs neuro-vasculaires (SI UNV) permettant la réalisation de thrombolyse. En revanche, l'accès à la thrombectomie est réalisé en partenariat avec les centres régionaux autorisés (CHU de Toulouse, CH de Pau, CH de Bayonne). Une collaboration est établie avec les services de médecine des hôpitaux environnants pour un retour rapide des patients polypathologiques victimes d'un AVC. Le télé-AVC fonctionne entre les urgences de Lourdes et l'astreinte départementale de neurologie de Tarbes, avec la thrombolyse réalisée localement. Une coopération avec le CH de Pau a été initiée autour de la thrombectomie pour les patients susceptibles d'en bénéficier (neuroradiologie interventionnelle).

Une convention est active avec le Centre hospitalier de Bagnères de Bigorre (centre de rééducation fonctionnelle) et le Centre l'Arbizon (Bagnères de Bigorre) pour la rééducation des patients neuro-vasculaires. L'équipe rééducative est présente toutes les semaines dans le service pour évaluer les patients. Les consultations pluridisciplinaires post-AVC sont réalisées au sein du SSR.

Le service prend également en charge la pathologie inflammatoire avec le développement des thérapeutiques nouvelles (biothérapies...) et les épilepsies. Il assure le diagnostic des pathologies dégénératives, infectieuses, traumatiques. La présence d'une neuropsychologue permet l'évaluation. Le service assure également la prise en charge de la douleur chronique en lien avec la consultation pluridisciplinaire idoine.

La neurologie assure également l'ensemble des explorations fonctionnelles de la spécialité (EEG, vidéo-EEG, holter EEG, EMG, potentiels évoqués moteurs et sensoriels...) sur un plateau technique commun avec la pédiatrie. Ces explorations doivent être proches de la consultation compte tenu de la mobilité réduite des patients. Les résultats sont digitalisés pour permettre les échanges avec les autres centres et partenaires.

La neurologie nécessite un accès performant à l'imagerie, particulièrement de l'IRM, ainsi qu'une transmission des images et des examens cliniques en ligne (télé AVC comme requis ou requérant) en service normal ou durant les astreintes.

Le service travaille en lien avec les services du handicap pour un suivi thérapeutique. L'établissement dispose également d'un secteur de rééducation fonctionnelle en hospitalisation. Le Centre Hospitalier de Bagnères de Bigorre déploiera sur le site un secteur d'hospitalisation de jour permettant une sortie plus rapide, plus adaptée et une réévaluation en lien avec les rééducateurs du CH de Bagnères de Bigorre. D'autres spécialités pourraient être concernées.

Le regroupement des activités de neurologie sur le site unique permettra de poursuivre et de

renforcer les prises en charge actuellement assurées sur les sites de Tarbes et de Lourdes et d'assurer une attractivité plus importante pour le recrutement de nouveaux praticiens essentiel au maintien de cette activité.

4.2.9. Médecine interne

Cette discipline organise la prise en charge globale en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle de l'ensemble des pathologies systémiques ou complexes, des pathologies inflammatoires chroniques et des maladies orphelines.

Elle s'entoure des différentes compétences présentes au sein de l'établissement, soit des autres spécialités médicales (néphrologie, pneumologie, neurologie, cardiologie) ou chirurgicales (réalisation d'actes techniques), soit transversales comme la dermatologie, la rhumatologie, l'infectiologie et l'hématologie.

Des liens étroits et privilégiés sont développés avec la médecine de ville, le service des urgences et des post-urgences, les référents du CHU de Toulouse et de l'Oncopole en médecine interne, rhumatologie, maladie infectieuse et hématologie. La discipline s'inscrit dans l'activité de recherche clinique développée sur l'établissement.

L'hypothèse de fonctionnement retenue est la suivante :

- Une activité de consultation en rhumatologie, dermatologie, médecine interne et hématologie. Ces consultations ont pour objectifs de répondre aux problèmes diagnostiques de patients adressés par les médecins de ville ou de l'hôpital, d'assurer leur suivi ambulatoire dans le cadre des maladies chroniques et de réévaluer des patients dans les suites d'une hospitalisation en secteur conventionnel. Un travail d'éducation thérapeutique pourrait être développé dans le cadre des maladies chroniques inflammatoires et pour le renouvellement de chimiothérapies orales, avec du temps médical et paramédical dédié : un pôle de consultation. Développer la télémedecine ;
- Une activité d'hospitalisation de jour pour prendre en charge les bilans programmés, chimiothérapies en hématologie, les immunothérapies, les biothérapies et les transfusions ainsi que les bilans programmés. Nous estimons qu'entre 5 et 15 lits quotidiens sont nécessaires sur cette une unité ;
- Une activité de chirurgie dermatologique. Bloc avec gestion de la petite chirurgie à ce niveau ;
- Une hospitalisation traditionnelle H24 avec une capacité de 30 lits afin d'assurer une prise en charge des patients de toutes les pathologies relevant des spécialités précédemment décrites, les patients polyopathologiques et les cas complexes, directement du domicile ou après un passage par les urgences
- Une activité interservices afin de donner des avis diagnostiques et thérapeutiques concernant les pathologies inflammatoires, systémiques, rhumatologiques ou dermatologiques ;
- Des équipes dites mobiles (équipe mobile de rhumatologie) ;
- Une activité de recherche clinique et la de publication.

4.2.10. Oncologie transversale

Les Centres Hospitaliers de Tarbes et de Lourdes assurent des prises en charge oncologiques tant en hospitalisation conventionnelle qu'en ambulatoire. Le projet médical souhaite structurer cette prise en charge. Cette activité est structurée autour d'un oncologue avec les objectifs suivants :

- Coordonner le 3C Tarbes et Lourdes voire de Lannemezan

- Travailler sur les lits d'aval des patients en cancérologie (liens avec les SSR et HAD) et la prise en charge des patients palliatifs sur le territoire en lien étroit avec l'unité mobile de soins palliatifs
- Projet de création d'une unité SSR identifiés oncologie en lien étroit avec les services aigus (gérés en contiguïté par les équipes MCO) afin de faciliter le passage depuis les services de MCO ou des hospitalisations directes permettant de décharger les services aigus et les services d'urgence.
- Etre présent et animer toutes les réunions de concertation spécialisées du territoire
- Développer la recherche clinique en lien avec les différentes spécialités et le coordonnateur de la recherche clinique de l'établissement.

4.2.11. Infectiologie

L'infectiologie s'est récemment organisée dans le groupe hospitalier Tarbes-Lourdes avec sa localisation sur le CH de Lourdes, dans le service de Médecine Polyvalente et Maladies Infectieuses.

L'organisation de cette discipline est actuellement :

- une activité de prise en charge des patients au sein d'un service identifié sur le CH de Lourdes (hospitalisation complète et hospitalisation de jour) ;
- une activité transversale avec une « équipe mobile d'infectiologie » sur le CH de Tarbes et de Lourdes en présentiel et par conseil téléphonique avec les autres établissements du GHT65 et les médecins libéraux du département;
- une activité de consultation de Maladies Infectieuses sur le CH de Tarbes (Consultation Dermatologie et Infectiologie) et sur le CH de Lourdes.

Les liens et relations avec le service référent régional (SMIT CHU Toulouse) sont et resteront étroits pour l'actualisation des protocoles, les conseils et la collaboration dans la prise en charge de patients difficiles.

L'activité et le rôle du service est : le diagnostic et le traitement des infections bactériennes, virales, parasitaires ou mycosiques. Il assure notamment la prise en charge de l'infection VIH. Il assure la prise en charge des infections (potentiellement) graves, les infections graves des tissus mous, infections ostéo-articulaires complexes et/ou compliquées ; spondylodiscites, infections endo-cardiovasculaires, infections neuro-méningées, infections des immunodéprimés : SIDA, patients sous immunosuppresseurs, diabétiques..., infections liées à des agents d'importation notamment tropicale, infections liées à des agents contagieux notamment à transmission respiratoire ou digestive, infections à BHRé. La gestion des situations épidémiques comme la COVID-19, grippe est aussi une des missions du service.

La prise en charge des infections du sujet âgé, notamment du fait des réalités démographiques est aussi une activité importante du service. Du fait du vieillissement de la population, cette activité devra probablement être développée.

L'activité transversale au sein de « l'équipe mobile d'infectiologie » a pour objectifs de promouvoir le bon usage des anti-infectieux, d'améliorer la qualité du diagnostic en pathologie infectieuse et de la prescription des anti-infectieux. Son but est aussi de contribuer à la prévention des infections liées aux soins.

Le fonctionnement actuel est une activité transversale d'avis spécialisé « au lit du patient » principalement sur le CH de Tarbes et aussi sur le CH de Lourdes. Des avis infectieux sont aussi donnés auprès des médecins des ES du GHT et des médecins libéraux (pour le moment par conseil téléphonique).

Une collaboration étroite est essentielle avec le laboratoire de microbiologie, l'EOH et la pharmacie avec en projet une fusion des commissions des anti infectieux (COMAI) du CH de Tarbes et du CH de Lourdes. Des outils d'aide à la prise en charge des patients présentant une infection sont actuellement présents sur le CH de Tarbes et

de Lourdes comme le ePOPI, d'autres protocoles sont en cours d'élaboration. Le but est d'instaurer un accès identique à ces documents sur les CH de Tarbes et Lourdes.

Des réunions de concertation pluridisciplinaires (Réanimation, IOAC, pied diabétique, ...) sont prévues.

L'activité de consultation est actuellement plus importante sur le CH de Tarbes. Les consultations en rapport avec le VIH sont aussi assurées en partie par des praticiens de Médecine Interne. Elle gère aussi les AES (accidents d'exposition au sang/sexe) de même que la prise en charge des traitements pré exposition de type PrEP.

La spécialité Maladies Infectieuses est associée à la spécialité Médecine Polyvalente au sein d'un même service et doit le rester, car étroitement liées. Plus loin est présentée l'activité « plaie et cicatrisation » qui est rattachée au même service. Cette activité est indispensable à la prise en charge de certaines pathologies infectieuses complexes.

4.2.12. Dermatologie

Afin de répondre aux besoins de la population du territoire, les Centres Hospitaliers de Tarbes et de Lourdes vont développer à compter de novembre 2018 une activité de dermatologie répartie sur les deux sites établissements avec le recrutement de deux jeunes praticiennes du CHU de Toulouse.

Ce recrutement permettra notamment de poursuivre et de renforcer l'activité de dermatologie qui est déjà déployée sur le Centre Hospitalier de Lourdes et de développer cette activité sur le Centre Hospitalier de Tarbes.

La dermatologie sera organisée sous la forme d'une ressource transversale sur l'ensemble des pathologies systémiques, pour la prise en charge des tumeurs spécifiques. Elle agit en lien avec les différents services des spécialités médicales ou chirurgicales. Outre l'activité en consultation et en télémedecine, une activité de petite chirurgie dermatologique sera développée dans la salle blanche. Cette activité sera poursuivie et centralisée sur le futur établissement.

4.2.13. Plaies-et cicatrisation et lymphologie

- **Plaies et cicatrisation**

Cette activité a pour vocation la prise en charge de tout retard de cicatrisation quelle qu'en soit l'étiologie . Il s'agit de plaies chroniques ou subaiguës. Ceci concerne donc les retards de cicatrisation de plaies chirurgicales, les moignons d'amputation, les ulcères vasculaires, les ulcères de causes rares, les plaies cancéreuses et enfin les escarres. Nous n'intégrons volontairement pas le pied diabétique ici. Néanmoins il peut s'y rattacher sans problème y compris dans sa déclinaison de prise en charge, à l'identique d'une plaie chronique.

Cette prise en charge comporte plusieurs volets :

-hospitalisation conventionnelle : elle doit être rattachée à un service de médecine polyvalente et/ou maladies infectieuses ; elle permet de poser un projet thérapeutique à la lumière des co morbidités et des résultats des différents examens complémentaires avec l'intervention de plusieurs plateaux techniques et spécialités (avis transversaux) : angiologie, radiologie avec angioTDM et scanners osseux, orthopédie en ce qui concerne les ostéo arthrites, dermatologie, oncologie (plaies cancéreuses avec exérèse nécessaire et PEC des lits d'exérèses, et /ou de radiodermes avec plaies microcirculatoires), pose de TPN avec ou sans instillation, antalgie, détersion mécanique sous analgésie multimodale .

-hospitalisation de jour : pansement lourd et complexe avec évaluation nutritionnelle, comorbidités, adaptation de l'antalgie, greffes en pastilles, mise en place de compression par bandes

-Education thérapeutique : prises d'antalgiques et compression vasculaire médicale par bandes

-consultation : box de consultations dédiés avec au moins 3 salles équipées de pédiluves, bien éclairées ;

Ces salles peuvent être partagées avec « le pied diabétiques » et les chirurgiens mais elles doivent être vacantes et au nombre de 3 au moins 5 demi-journées/semaine

-soins externes de l'hôpital : ils sont partagés avec les différentes spécialités de chirurgiens et permettent une Pec régulière par IDE hospitalière avec recours potentiel médical sur place. C'est une façon d'absorber des créneaux de cs pleins.

-téléconsultation : une salle équipée d'un ordinateur de télémedecine pour de la téléconsultation et téléexpertise à la fois par le médecin et avec délégation à IDE experte. Ceci permet de désengorger les cs, de ne pas déplacer les patients fragiles ou le moins possible, de voir des patients d'EHPAD et ou de SSR ou secteurs gériatriques sur des hôpitaux de proximité, permettant de façon formalisée des avis transversaux intersites, intra GHT, et ville – hôpital ;

La téléconsultation telle que déclinée actuellement concerne le réseau Pastel via TELEO mais aussi CICAT OCCITANIE à travers DOMOPLAIE.

Développement **d'une équipe transversale de cicatrisation** permettant de délester certains secteurs de soins de pansements longs et complexes mais surtout de donner des avis et réajuster les protocoles par des avis d'experts. Ainsi le temps de cicatrisation est optimisé, la sortie plus rapide et mieux étayée, inscrivant automatiquement le patient dans une **filière « plaies »**.

- **Lymphologie**

PEC le plus précocement possible des lymphoedèmes en particulier secondaires (complication post cancer ou chirurgie d'exérèse ganglionnaire) pour lequel il n'existe pas de service dédié mais une simple vacation sur le CHB (1/2 journée tous les 15 jours). Ceci a pour conséquence d'engorger la consultation de lymphologie de toulouse où le délai de RDV est à 6 mois.

Il s'agit donc de les prendre en charge localement. Cette consultation doit se dérouler à l'étage des salles de consultation cicatrisation.

La prise en charge du lymphoedème relève :

- de l'HDJ pour éducation thérapeutique, application de bandage, réalisation de drainage lymphatique manuel, presso-thérapie, nutrition,
- de la consultation.

Au final, on retiendra donc une activité de cicatrisation rattachée à un service de médecine, trois salles dédiées pour la cs pouvant se transformer ou s'appeler « unité de cicatrisation », de l'HDJ , de l'éducation thérapeutique , de l'activité transversale, de la téléconsultation et télé-expertise avec délégation à l'IDE formée, experte .

Développer et travailler à une filière plaie fluide et efficiente dans le département, GHT et bassin de population en intégrant différents acteurs que sont les angiologues, les acteurs multidisciplinaires de l'hôpital public, la collaboration avec le privé (chirurgie vasculaire), avec l'HAD et la plateforme d'appui territorial, DOMOPLAIE de cicat occitanie au titre actuel de l'article 51. Poursuite du partenariat étroit avec le CHU référent (CHU rangeuil) en particulier la médecine vasculaire, chirurgie plastique et des praticiens partagés comme actuellement fait en lymphologie (Dr Badenco CHL sur CHU les lundis) avec retour de pratique et d'expérience sur CHL-CHB et drainage de nouveaux patients sur leur territoire.

4.2.14. Angiologie / Médecine vasculaire

Le service de Médecine Vasculaire du CH Tarbes comprend actuellement 2 praticiens hospitaliers + 1 intervenant hebdomadaire pour la consultation de lymphoedème sur le site de Tarbes + 1 intervenant sur le CH de Lourdes pour le traitement thermique endoveineux et phlébectomie en ambulatoire.

L'unité de Médecine Vasculaire comporte donc 2 ETP mais est saturée et nécessite à terme le recrutement d'un 3^{ème} ETP pour assurer le surplus d'activité, le développement de l'endoveineux et la prise en charge du lymphœdème après le départ à la retraite du Docteur GAYRAUD qui est imminente.

Le futur service de Médecine vasculaire devra comporter :

1- Trois grandes salles de 50 à 60 m² dotées d'une fenêtre chacune avec :

A. Un espace d'explorations fonctionnelles vasculaires (EFV) qui doit être adapté pour pouvoir intégrer :



- Un écho-doppler,
- Un brancard,
- Un lit (le brancard étant à ce moment-là déplacé dans cette même salle),
- Un point d'eau avec un lavabo
- Des placards
- Un escabeau de phlébologie

Une des salles d'examen devra également accueillir le tapis de marche.

Dimensions des portes adaptées pour pouvoir faire rentrer les lits.

B. Un espace bureau et informatique.

Un secrétariat

Une salle de réserve pour le stockage du matériel dédié à la réalisation des examens, fauteuil roulant....

La salle blanche dédiée au traitement thermique endoveineux.

4.2.15 Rhumatologie

Cette discipline est actuellement développée dans le cadre du service de médecine interne.

Outre la consultation tournée vers la prise en charge des rhumatismes inflammatoires chroniques, l'activité rhumatologique se concentre aussi sur l'Hospitalisation de jour avec la réalisation de Biothérapies ou de bilan sur la journée, une vacation d'échographie ostéo articulaire diagnostique ou thérapeutique, ainsi qu'une activité d'infiltration réalisée sous contrôle scopique.

L'activité hospitalière s'articule avec la rhumatologie de ville, en interne (consultation inter service), et en lien étroit avec le C.H.U toulousain.

Par ailleurs, plusieurs études cliniques sont en cours.

A terme, il s'agirait de développer une « filière ostéoporose » en collaboration avec l'U.P.O.G, et des journées d'éducation thérapeutique avec kinésithérapeute, infirmier, ergothérapeute, assistante sociale, médecin.

4.2.16 Addictologie

La filière addiction a fait l'objet d'une formalisation dans le cadre du projet médical partagé de GHT. L'addictologie sur le futur site unique s'intègre dans les perspectives d'évolution de la filière sur le territoire avec notamment :

- l'identification d'une unité dédiée qui a pour mission la prise en charge et le suivi en hospitalisation et en externe de patients atteints d'addictions,
- le renforcement de l'équipe ELISA,
- la poursuite de l'activité de consultations internes et externes.

4.2.17. Soins palliatifs

Le nouvel établissement devra disposer d'une unité de soins palliatifs ou d'une unité composée des lits identifiés de soins palliatifs. L'Equipe mobile de soins palliatifs de l'établissement travaillera en lien avec les responsables de cette unité tout en continuant ses missions intra-hospitalières en coordination avec les partenaires extérieurs.

Le praticien ayant suivi le patient poursuivra la prise en charge, notamment la nuit, les WE et les jours fériés. Les soignants de cette unité seront formés à la pratique des soins de support et palliatifs.

4.2.18. Médecine polyvalente et gériatrique

Cette unité n'existe pas à l'heure actuelle sur le CH de Tarbes mais est déjà développée sur le CH de Lourdes. Néanmoins, les projections de population de l'INSEE prévoient un accroissement très important des personnes âgées en France et particulièrement des personnes de 75 ans et plus. Ces dernières passeront d'ici 2050 de 13% à 20% de la population dans un département qui ne devrait pas connaître d'augmentation du nombre de ses habitants. Les passages aux urgences des personnes âgées se multiplient. En 2013, ils étaient près de 15 par jour de 75 ans et plus à être admis aux urgences du CH de Tarbes : ils sont 18 en 2016. Les problèmes polypathologiques présentés rendent difficile leur admission dans des services spécialisés d'organes.

Le projet médical entend changer de paradigme et permettre un abord global des patients âgés. A l'instar du service de médecine polyvalente du CH de Lourdes et de l'Unité péri-opératoire gériatrique du CH de Tarbes, l'enjeu est de réunir autour du patient l'ensemble des spécialistes nécessaires sous la coordination d'un gériatre ou d'un médecin polyvalent hospitalier.

L'intérêt de cette unité est de se positionner entre soins primaires et services d'hyper-spécialités. A ce titre, elle ne se substitue à aucun service de spécialité. Elle développe les objectifs suivants :

- prise en charge globale de patients souvent atteints de plusieurs pathologies au plus près de leur lieu de vie ;
- lien étroit entre la médecine de ville et les urgences car directement impliqué dans le diagnostic de nombreuses pathologies, leur prise en charge et la gestion des comorbidités, qui souvent décompensent à la faveur d'un processus aigu ;
- lien étroit avec les spécialistes d'organes pour le dépistage, la prise en charge et le suivi de ces patients.

Les patients sont pris en charge en hospitalisation sous forme d'admission non programmée non urgente et semi-programmée en admission directe. La règle d'admission au sein du service de médecine polyvalente doit être la polypathologie et pas l'âge (critères de polypathologie avec une problématique gériatrique de perte d'autonomie).

- Durée moyenne de séjour de 5 à 8 jours, en lien avec la médecine de ville et les urgences qui restent des interlocuteurs privilégiés ;
- Patients présentant plusieurs pathologies nécessitant une prise en charge globale, patients âgés robustes, patients dépendants, patients polyhandicapés ;
- Avis rapide de spécialistes (avis quotidien nécessaire, intégré dans le mode d'organisation des spécialistes d'organe et spécifié dans la charte de fonctionnement de chaque service de spécialité) ;
- Accès à un plateau technique ;
- Prise en charge pluri professionnelle au plus près des besoins des patients : assistante sociale, kinésithérapeute, diététicienne, psychologue, équipes mobiles, pharmaciens ;
- Anticipation et fluidité de l'aval : sortie à domicile, SSR polyvalents, HAD, filière gériatrique, soins à domicile au sens large (IDE, SSIAD), PRADO ;
- Organiser une Consultation de médecine polyvalente « post sortie ».

Cette unité constitue l'un des principaux services d'aval des urgences. Les admissions directes sont possibles (programmation d'admission dans les 48 heures après appel des médecins de ville). Elle permet une

adaptation capacitaire en période de flux important de patients pour le CSG et la médecine interne (épidémie de grippe, etc...).

La présence d'une IDE coordonnatrice de soins identifiée-constitue un prérequis pour une prise en charge globale et une durée moyenne de séjour courte. Ce professionnel :

- Evalue les besoins bio-psycho-sociaux du patient lors de l'hospitalisation ;
- Coordonne les différents acteurs paramédicaux autour du patient ;
- Anticipe les requis nécessaires pour un retour à domicile en faisant le lien avec la ville ;
- Organise le retour à domicile en liaison avec les différents acteurs libéraux ;
- Prévoit les RDV nécessaires post-sortie : RDV pour séance d'éducation thérapeutique (patient et/ou famille), RDV vaccination, RDV diététicienne, RDV stomathérapeute, etc.
- Interlocuteur privilégié pour la famille ;
- Participe au staff hebdomadaire du service.

Il est néanmoins important de souligner que cette unité n'a pas vocation à devenir le service d'attente de SSR.

4.2.19. Court séjour gériatrique

Actuellement, les Centres Hospitaliers de Tarbes et de Lourdes disposent chacun d'un service de court séjour gériatrique. Le futur établissement devra également comporter une unité de court séjour gériatrique avec les lits de Post-urgence gériatrique ainsi qu'une unité sécurisée de prise en charge des troubles du comportement.

Le service assurera la prise en charge des patients âgés en situation aigüe de stress justifiant une hospitalisation, en priorisant les personnes âgées fragiles et dépendantes, susceptibles de décompenser à cette occasion leurs comorbidités.

Le critère de l'âge peut être discriminant, mais il reste artificiel du fait de la notion de différence entre âge physiologique et âge chronologique. L'orientation de patients âgés dépendants et/ou déments en CSG ne se discute pas. Il en va de même pour les patients âgés fragiles. Mais il reste une zone d'ombre pour les patients âgés robustes, qui recoupent aussi le champ de la médecine polyvalente, et qui ne sont pas non plus à exclure nécessairement d'une orientation en CSG.

Le CSG s'articule de façon étroite avec :

- La médecine de ville, les acteurs paramédicaux libéraux et les services sociaux : admissions directes possibles en CSG par l'intermédiaire du médecin traitant, organisation de la prise en charge à domicile à la sortie de l'hôpital,
- Les spécialités d'organes au sein de l'hôpital : adaptation et optimisation des prises en charge en fonction des pathologies rencontrées, transferts en service spécialisé lorsque la situation l'exige,
- L'ensemble des autres services hospitaliers : évaluations gériatriques sur demande pour des patients hospitalisés dans d'autres services,
- Le service des urgences : porte d'entrée incontournable à l'ensemble des services hospitaliers,
- L'ensemble de la filière gériatrique : SSR, UCC, UHR, USLD, EHPAD, MAIA, CLIC, balises du parcours patient.

Le fonctionnement du service est envisagé comme suit :

L'hospitalisation non programmée ou programmée

- Au sortir des urgences ou admission directe en lien avec la médecine de ville,
- Pour une DMS prévisible de 5 à 10 jours
- Pourrait inclure les prises en charge post opératoires immédiates en orthopédie,
- Doit inclure absolument une unité sécurisée pour une prise en charge adaptée des patients avec des pertes cognitives, déambulants et/ou atteints de troubles psycho-comportementaux,
- Permet de désencombrer les urgences lorsque l'admission directe est possible,

- Doit aboutir à une prise en charge globale gériatrique du patient avec repérage des fragilités, orientation dans la filière gériatrique en fonction des besoins, organisation du retour à domicile, programmation d'évaluations complémentaires en hôpital de jour, etc.
- Il est nécessaire d'avoir une filière gériatrique solide en amont et en aval pour assurer la meilleure fluidité possible dans la rotation des malades et ne pas transformer le CSG en moyen séjour, en particulier lorsqu'il s'agit de patients avec des pertes cognitives ou atteints de troubles psycho-comportementaux.
- La lourdeur potentielle des patients recrutés implique naturellement des personnels soignants formés, motivés et en nombre suffisant : IDE, AS, kinésithérapeutes, diététiciennes, assistantes sociales.

Unité de Post-Urgences Gériatriques

- Admission uniquement via les urgences,
- Pour des DMS prévisibles inférieurs à 5 jours,
- Permet de désengorger les urgences en limitant l'accès au court séjour pour des malades qui ne le nécessitent pas sur des situations simples.
- Permet une meilleure orientation des patients lorsque la situation initiale comporte des zones d'ombre.
- Peut nécessiter une consultation gériatrique ou spécialisée rapide après la sortie, voire une évaluation en hôpital de jour.
- Implique un accès rapide aux spécialistes lorsque nécessaire.

Hôpital de jour gériatrique

- Accès après repérage en consultation ou en hospitalisation par l'équipe mobile gériatrique ou des médecins formés à la gériatrie,
- A priori pas d'accès direct,
- On peut lui attribuer plusieurs missions :
 - Evaluation des fragilités préalablement repérées en vue d'élaborer un plan personnalisé de soins et d'en organiser le suivi
 - Examens complémentaires ; par exemple IRM, PL dans le cadre de l'exploration de troubles cognitifs...
 - Consultations spécialisées dans le contexte d'évaluation globale.

4.2.20. Articulation avec les sites gériatriques du GHT

Etat des lieux

L'offre gériatrique du territoire s'appuie sur les 5 sites actuels de Tarbes, Lourdes, Vic-en-Bigorre, Bagnères-de-Bigorre et Lannemezan qui sont déjà coordonnés. Un projet spécifique de réorganisation de la filière gériatrique a été construit afin d'apporter des réponses aux besoins du territoire et aux problématiques des établissements.

Les établissements actuels sont confrontés à une situation immobilière dégradée ayant un impact sur la qualité de prise en charge des patients.

Pour l'Ayguerote (Tarbes)

Des locaux trop étroits	• La troisième aile du projet d'extension du bâtiment n'a pas été construite • Le bâtiment abrite des associations, des services départementaux, l'HAD et les archives → surfaces non exploitables pour l'accueil et le soin
Des locaux inadaptés	• De nombreuses chambres à 2 lits, des chambres sans douche • Manque de locaux pour les professionnels • Pas d'espace de déambulation
Une filière incomplète	• L'établissement manque de 6 lits de médecine à orientation gériatrique, 2 lits d'hôpital de jour pour des check-ups gériatriques • L'équipe mobile de gériatrie devrait pouvoir être logée au sein du site, et nécessite d'être renforcée

Pour Labastide (Lourdes)

Des locaux inadaptés	• De nombreuses chambres à 2 lits, des chambres sans douche • Manque de locaux pour les professionnels • Nécessité de sécuriser le site • Plus de morgue (à l'hôpital) • Des locaux qui pourraient être récupérés (blanchisserie)
Une filière incomplète	• L'établissement manque de 5 lits de médecine à orientation gériatrique, 2 lits d'hôpital de jour pour des check-ups gériatriques • L'équipe mobile de gériatrie devrait pouvoir être logée au sein du site, et nécessite d'être renforcée • Un pôle de consultation est à prévoir dans l'optique de l'éloignement de l'hôpital, tout comme l'accès au plateau technique (labo, imagerie)

Pour Vic-en-Bigorre

Des emplacements inadaptés	• La MRA est régulièrement inondée à chaque crue. Un projet de reconstruction a été proposé en 2016 et 2019 mais non retenu par le CNSA • La Clairière n'est pas adaptée à la grande dépendance (plutôt gir 4 à 6), une route passante sépare les 2 bâtiments et les bâtiments sont très chers (300000 euros / an)
Des locaux inadaptés	• Des chambres à 2 lits pour l'USLD psycho-gériatrique (sur 3 étages) • La bâtiment des Acacias n'est pas aux normes, les couloirs et portes sont trop étroits, pas de salles de douche, pas d'adaptation au handicap • 12 lits ne sont pas installés • SSR en chambre double
Une filière complète à renforcer	• L'éloignement de Vic du futur site de Lanne nécessitera de prévoir des urgences gériatriques sur le site

Equipes mobiles et coordination territoriale

Les établissements du GHT ont développé une approche coordonnée de la prise en charge. Le département a été pilote pour le dispositif PAERPA. Les équipes fonctionnent en Equipe Territoriale Vieillesse et Prévention de la Dépendance, en lien avec le Gérontopole de Toulouse.

Les établissements gériatriques du GHT ont développé des orientations :

- Troubles Neurologiques et Parkinson à l'Ayguerote
- Oncogériatrie à Lourdes

- Psycho-gériatrie et troubles du comportement sévères à Vic

Il existe 2 équipes mobiles de gériatrie, essentiellement tournées vers l'extérieur (visites à domicile, dans les EHPAD externes)

- Tarbes/Vic : l'équipe a été créée sur dotation globale, sur des budgets PAERPA
- Lourdes : l'équipe fonctionne sur des MIG-FIR, et est plus réduite (0,2 ETP médecin, pas de secrétaire) – il faudrait au moins 0,5 ETP de médecin

Une expérimentation d'astreintes de nuit pour les EHPAD par bassin est en cours (3ème année pour le bassin de Lourdes) et démontre de vrais bénéfices pour les établissements hors GHT.

Axes d'évolution

Les enjeux identifiés pour l'évolution globale de la filière gériatrique au niveau du GHT et du territoire sont divers et concernent l'ensemble des volets de la prise en charge.



1 – Compléter la filière gériatrique, notamment sur les sites de Labastide et de l'Ayguerote

Les sites de l'Ayguerote à Tarbes et de Labastide à Lourdes offriront tous à terme quelques lits MCO de proximité à l'instar de ce qui a été créé à Vic. Ces unités bénéficient également de la proximité des SSR polyvalents et poly-pathologiques d'ores et déjà présents sur ces sites. Une liaison de télé-médecine sera également organisée entre ces différents sites, et avec le futur hôpital de Lanne pour faciliter les prises en charge, deuxièmes avis,...

Pour ce faire, il est proposé :

- de transformer 6 lits d'hospitalisation complète initialement prévus sur Lanne en 4 lits de court séjour pour des personnes présentant des troubles neuro-évolutifs et 2 lits de post-urgences gériatriques sur le site de l'Ayguerote et de les intégrer à un service de SMR. Ces patients seraient accueillis à la demande du médecin traitant ou après repérage par l'équipe de gériatrie, ou après passage par les urgences.
- de transformer 14 lits d'USLD en 14 lits d'UHR sur le site de l'Ayguerote, proposant un accompagnement thérapeutique et individualisé du projet personnalisé pour patients souffrants de symptômes psycho-comportementaux sévères consécutifs d'une MND associée à un syndrome démentiel, en aval d'une hospitalisation ;
- de créer une Structure d'Accueil Spécialisée Alzheimer (SASA) sur le site de l'Ayguerote (33 résidents) et un hébergement temporaire (4 lits) adapté aux prises en charge des personnes atteintes de MND, pour répondre à une logique de parcours global en décloisonnant les services au sein d'un même établissement et éviter les ruptures de prise en charge, diminuer le recours aux urgences dans le cadre d'une majoration de troubles du comportement, améliorer l'accompagnement aux aidants sur le territoire ;
- de créer 2 lits d'hôpital de jour pour des bilans gériatriques sur le site de l'Ayguerote et de Labastide ;
- de transformer 10 lits de SSR polyvalent en 10 lits de SSR pour les personnes âgées polypathologiques sur le site de Labastide ;
- de redonner à l'Unité Protégée du SSR de Labastide (4 chambres individuelles) une orientation comportementale et élargir la prise en charge à des patients de court séjour représentant des SPCD qui ne peuvent être pris en charge sur un court séjour classique ;
- de transformer 5 lits de SSR polyvalent en 5 lits de médecine polyvalente à orientation gériatrique sur le site de La Bastide et de les intégrer à un service de SMR ;
- de relocaliser les consultations gériatriques qui se font aujourd'hui au CH de Lourdes sur le site de Labastide.

Ce projet s'inscrit dans le développement de la filière gériatrique du Projet médical partagé du GHT.

2 – Adapter les locaux des sites historiques pour une meilleure prise en charge de l'ensemble des missions

Un projet de réhabilitation et d'adaptation des locaux aux transformations proposées ci-dessus est en cours d'évaluation pour bénéficier des crédits issus du Ségur de la santé et notamment :

- l'humanisation architecturale des sites gériatriques.
- La reconstruction de l'EHPAD MRA avec prise en charge de 62 lits afin d'améliorer la prise en charge dans une structure plus adaptée aux besoins des patients, des familles et du personnel soignant.
- La reconstruction du service USLD Psycho gériatrie de 60 lits, car les locaux actuels ne sont pas adaptés à la population accueillie.

3 – Améliorer la fluidité avec la ville, les EHPAD externes et le secteur libéral pour éviter les passages aux urgences

L'accueil dans les lits de MCO positionnés sur les sites gériatriques serait réalisé de façon programmée ou non à la demande du médecin traitant ou après repérage par l'équipe mobile de gériatrie, ou après passage par les urgences. Ce dispositif renforcerait le souhait de majorer l'accès direct en lien avec la médecine de ville, en phase avec le plan "Ma santé 2022". Cette unité

travaillera également en lien avec la plateforme territoriale d'accompagnement et de répit (PTAR) dont l'objet est de soutenir les aidants de personnes atteintes de maladies neuro-évolutives.

Il permettrait, dès la période intermédiaire avant l'ouverture du site unique, un fonctionnement lisible pour les acteurs du domicile en orientant ces prises en charge vers l'Ayguerote. L'équipement des sites en dispositifs de télémedecine fixe ou mobiles permettrait également d'associer le médecin traitant à certaines consultations afin de renforcer le lien avec l'établissement.

La création du PASA La Clairière à Vic en Bigorre est proposée pour intégrer les activités de l'EHPAD.

Afin de soulager les aidants il est proposé de créer un accueil de nuit pour les personnes atteintes de troubles du comportement à l'EHPAD la Clairière.

Enfin, la transformation des plateformes COVID-PA devrait permettre une meilleure communication entre la ville et l'hôpital. Les responsables des cinq plateformes, au vu de l'intérêt de ce dispositif en faveur du parcours qualitatif des personnes âgées, proposent un cahier des charges adapté de la manière suivante :

- L'Equipe Parcours Santé Personnes Agées 65 prendra la forme d'un dispositif départemental s'inscrivant dans la structuration de l'organisation actuelle et s'articulant avec les différents dispositifs déjà existants ou en cours de déploiement sur le territoire (PTA, EMG, DAC...).
- Elle visera à garantir une aide à la décision, un accompagnement au parcours de la personne âgée et à éviter le recours à l'hospitalisation.
- Le public cible est ainsi défini : résidents d'EHPAD, personnes de plus de 75 ans accompagnés par les SSIAD ou SPASAD, PHV en ESMS PH
- Un pool sera constitué en renforcement des équipes mobiles de gériatrie afin de permettre à ces équipes d'effectuer des missions qui s'ajouteraient aux missions initiales des EMG
- Ce pool sera composé d'infirmières (IPA si possible) et d'un secrétariat. Les ressources seront affectées en fonction de la taille et de besoin des bassins gériatriques.
- Ce pool travaillera en lien avec la PTA du territoire.

Ce projet d'organisation envisagée pour la future EPS PA des Hautes-Pyrénées est en cours de formalisation par le collège des plateformes, y compris des éléments de financement et des indicateurs proposés.

4 - Installer des soins de premiers recours gériatriques à Vic et prévoir des lits de post-urgences sur les sites de centre-ville

L'éloignement géographique du bassin de Vic-en-Bigorre a suscité une réflexion sur la prise en charge en urgence sur ce bassin, et notamment des personnes âgées. Le volume de passage pour des CCMU 1 et 2 estimé sur le bassin (Gers, Pyrénées-Atlantiques, Val d'Adour et 30% de l'agglomération de Tarbes) est d'environ 9 500 passages/an, dont 1 600 pour des personnes de 75 ans et plus.

Plusieurs solutions sont envisageables :

- la mise en place d'un Centre de Soins Non Programmés, soit hospitalier, soit libéral, en horaires d'ouverture 8h-20h ;
- la mise en place d'un service d'urgences « bras armé » des urgences de Lanne, sur le modèle de ce qui est en place à Bagnères-de-Bigorre. Ce scénario permettrait d'accueillir des patients CCMU 1, 2 et 3, soit un volume estimé à 11 800 passages / an.

Ces structures s'appuieraient sur un cabinet libéral de radiologie de Vic-en-Bigorre et sur le laboratoire de Lanne.

L'impact et l'analyse de ces scénarios reste à affiner, avec les acteurs libéraux des différents secteurs, et en lien avec la mise en place du SAS.

D'une manière similaire, un centre de soins non programmés pourrait être envisagé dans le centre

de Lourdes, ainsi que dans le centre de Tarbes. Ces centres doivent s'inscrire dans une organisation territoriale des soins de premier recours

5 – Anticiper les problèmes de logistique

L'éloignement du futur hôpital des sites gériatriques nécessitera de repenser et d'améliorer les circuits logistiques, et notamment :

- le transport des échantillons pour analyse ;
- le transport des patients vers l'imagerie de Vic ou Lanne ;
- le transport des patients entre les sites gériatrique ;
- les circuits de collecte, entretien et distribution du linge ;
- les circuits de restauration.

4.2.21. Equipe mobile de gériatrie

Actuellement, les Centres Hospitaliers de Tarbes et de Lourdes disposent chacun d'une EMG. Sur le site unique, l'équipe mobile de gériatrie devra disposer des moyens nécessaires correspondant à la population desservie sur chacun des sites de Lourdes, Tarbes et Vic. L'équipe agira en :

- Intra-muros : avis gériatriques pour des patients âgés hospitalisés dans les autres unités. Il y a des liens étroits avec l'ensemble des équipes des services d'hospitalisation adulte.
- Extra-muros : évaluations à domicile sur demande du médecin traitant, dans le but de proposer un plan personnalisé de soins et d'en coordonner la mise en route dans ses dimensions médicales, paramédicales et sociales.

Ceci devrait permettre dans un certain nombre de cas d'éviter des hospitalisations inappropriées en urgence. Suivi en post hospitalisation avec l'accord du médecin traitant d'une situation complexe à l'origine d'un plan d'aide susceptible de devoir être adapté ensuite et nécessitant à ce titre un suivi gériatrique.

4.2.22. Gynécologie-obstétrique

Le Centre Hospitalier de Tarbes assure la moitié des accouchements du département. Le CH de Lourdes dispose d'un CPP qui travaille en lien avec le service de gynéco-obstétrique du CH de Bigorre. Depuis 2 à 3 années, on constate une diminution progressive du nombre de naissances dans le département des Hautes-Pyrénées. Vue les projections démographiques, on peut estimer une stabilisation des naissances entre 1500 et 1700 par an.

Les objectifs de l'équipe de gynécologie-obstétrique sont la prise en charge des affections médicales en recours des praticiens de ville, la prise en charge des pathologies tumorales ou non nécessitant une chirurgie et l'ensemble de la surveillance des grossesses, à risque ou non, jusqu'à l'accouchement. Cette dernière activité se réalise dans le cadre d'une maternité de niveau 2b en lien avec le service de pédiatrie qui sécurise la naissance. L'ensemble des pratiques périnatales (préparation à l'accouchement, rééducation périnéales, accompagnement autour des addictions...) sont proposées aux parturientes.

Actuellement, les gynécologues-obstétriciens sont d'astreinte opérationnelle. Cependant, sur le futur site unique, il est envisagé d'assurer la présence sur site d'un praticien 24h/24 (en garde sur place) dès que l'effectif médical le permettra. Cette nouvelle organisation permettra de sécuriser les naissances et de favoriser l'attractivité du service pour les praticiens.

Le plateau technique du site unique devra être conforme aux obligations législatives et réglementaires et permettre de répondre aux besoins des parturientes ; les objectifs que se fixe l'équipe d'obstétrique sur le site unique sont les suivants :

- Sécurisation de la naissance à maintenir et à promouvoir : plateaux techniques performants comprenant une salle physiologique et à proximité les uns des autres (respect de la législation) dans le service de Néonatalogie.
- Mise en place de gardes sur place pour les obstétriciens (et gardes sur place des pédiatres et anesthésistes à maintenir).
- Mises en place de consultations sages-femmes (suivi de grossesse, consultations postnatales) avec montée en compétences notamment sur l'activité d'échographie afin de tenir compte de la démographie médicale des gynécologues et de mieux répondre aux besoins des femmes concernant le suivi de grossesse.
- Maintien des liens de proximité avec les différents intervenants (PMI, sages-femmes libérales, médecins généralistes, gynécologues de ville...).
- Service de Maternité, de Néonatalogie et de Pédiatrie sur le même étage (en relation directe).
- Développer des activités de prévention telles que l'acupuncture, la tabacologie et l'allaitement maternel.
- Déployer une activité d'hôpital de jour afin de diminuer les hospitalisations conventionnelles sur certains suivis de grossesse.
- Mettre en œuvre un circuit des urgences gynécologiques identifié au sein du SAU.
- Amélioration de l'accueil du père dans les blocs d'accouchement et les salles de naissance.

- Organisation d'une SSPI dédiée sur l'activité d'obstétrique entre le bloc opératoire et le bloc accouchement afin de permettre l'accueil des mères, de leur bébé et du père mais également d'assurer la surveillance des patients sous NALADOR ou en état de pré éclampsie sous IVSE.

Avec la mise en place du site unique Tarbes-Lourdes et la mise en commun des équipes médicales et paramédicales et du plateau technique nécessaire à la gynécologie-obstétrique, le CPP n'a plus de raison d'être à Lourdes.

Il faut donc repenser les missions qui pourraient lui être confiées au sein d'un pôle femme-mère-enfant. Quatre axes peuvent se dégager :

- Périnatalité et aide à la parentalité
- Orthogénie
- Infertilité
- Sénologie et prise en charge de la ménopause

4.2.23. Pédiatrie-Néonatalogie

Le service de pédiatrie est actuellement centralisé sur le CH de Tarbes. Sur le futur établissement, il devra, comme actuellement, disposer de l'ensemble du plateau technique nécessaire pour sécuriser les naissances dans le cadre de la maternité de niveau 2b. Il assure la prise en charge, 24h/24 des enfants de 1 mois à 15 ans. Par ailleurs, l'unité de pédiatrie assure les urgences dans le cadre d'une filière dédiée et identifiée au sein du service d'accueil des urgences ainsi que le suivi des affections pédiatriques chroniques (allergologie, nutrition, endocrinologie, neuropédiatrie). Les plateaux techniques d'explorations fonctionnelles neurologiques et le service de neurologie adulte sont séparés. La permanence des soins des pédiatres est organisée sous forme d'une garde sur place pour assurer ces missions en périodes de PDSSES. Les chambres individuelles seront privilégiées afin de pouvoir laisser systématiquement un accompagnant avec l'enfant.

Le site unique bénéficiera d'une néonatalogie permettant d'assurer en continu la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés à risque ou dont l'état s'est déstabilisé après la naissance, qu'ils soient nés ou non dans l'établissement.

Des consultations spécialisées seront développées concernant l'hématologie, la neurologie, la gastrologie, l'infectiologie, la pneumologie, l'allergologie, l'obésité, P'timip. Des actions d'éducation thérapeutique sont également mises en œuvre concernant l'allergie, l'asthme, l'eczéma, le diabète, les hormones de croissance, l'obésité, l'épilepsie.

Le Centre Hospitalier de Tarbes est centre référent des troubles des apprentissages depuis 2001. Dans le cadre de l'article 51, un centre de compétence devrait prendre en charge dès 2020 l'essentiel des patients et réserver l'accès au centre référent aux situations complexes.

Le centre est par ailleurs pilote pour une expérimentation de coordination des soins en lien avec l'Education nationale, la Maison départementale des personnes handicapées, la plateforme territoriale d'appui (RESAPY) pour améliorer l'entrée de parcours de ces enfants. Cette activité sera poursuivie sur le site unique.

La pédiatrie travaille également en lien avec la Maison des adolescents.

4.2.24. Anesthésie et bloc opératoire

Les services d'anesthésie de Tarbes et de Lourdes seront regroupés sur le futur établissement.

Le service d'anesthésie a pour mission de participer à la prise en charge médicale des patients en péri-opératoire que ce soit en programmé ou en urgences. L'évaluation pré-opératoire est effectuée lors des

consultations d'anesthésie. Le service d'anesthésie assure également la coordination de la chirurgie ambulatoire sur l'établissement mais également au sein d'un réseau ville-hôpital. Il occupe un rôle central dans la prise en charge analgésique. L'adaptation des techniques anesthésiques à la prise en charge en ambulatoire constitue un des objectifs poursuivis par le service de même que l'intégration des urgences au sein du parcours ambulatoire.

Au sein de l'unité de surveillance continue, 5 lits seront dédiés à la prise en charge péri-opératoire. Ils seront placés sous la responsabilité de l'équipe d'anesthésie afin de prendre en charge les patients justifiant d'une surveillance continue ou relevant d'une charge en soins paramédicaux soutenus en collaboration avec les chirurgiens concernés. Le projet de réhabilitation précoce des patients constitue une des projets majeurs des hôpitaux de Tarbes et de Lourdes actuellement. Il sera intégralement déployé dans le cadre du futur site unique.

Les projets ainsi déployés visent une sécurité des prises en charge accrue, avec une optimisation des techniques spécialisées de prise en charge de la douleur et vise la diminution de la morbidité et de la durée de séjour. La coopération multidisciplinaire sera favorisée et en particulier, la promotion du réseau ville-hôpital.

Des conseils et avis seront déployés au sein des secteurs d'hospitalisation traditionnelle en chirurgie, de l'UPOG, du service de pédiatrie en particulier dans le cadre de l'analgésie par l'intermédiaire d'un SAPO (service d'analgésie postopératoire) en développant également des techniques complémentaires de prise en charge de la douleur (hypno-analgésie, RESC...)

La prise en charge des urgences chirurgicales à mesure de leur arrivée devra être favorisée notamment avec la possibilité de réaliser des actes d'anesthésie-analgésie dès l'admission aux urgences, de diminuer la douleur liée à l'attente de la chirurgie, de respecter le principe : pas d'occupation d'un lit « en attendant ». Des salles d'urgence devront être dédiées au bloc opératoire afin de ne pas désorganiser le programme opératoire.

La possibilité de réaliser des interventions en ambulatoire même en dehors des heures d'ouverture de l'UCA sera développée avec une hospitalisation sur le secteur de l'UHCD.

La prise en charge des urgences est une des missions fondamentales de l'hôpital public, et constitue un volume important de son activité. Ceci nécessite une organisation spécifique avec des équipes dédiées, de façon à assurer qualité et efficacité sans désorganiser le reste des activités opératoires. Les contraintes liées à l'appréciation de la nécessité ou non d'une préparation opératoire, à l'estimation de la durée du jeûne, etc.. nécessitent une intervention précoce de l'anesthésiste réanimateur, coordinateur de la prise en charge avec le chirurgien.

Le service a pour objectif de collaborer étroitement avec l'équipe obstétricale pour la prise en charge des parturientes. Cet objectif vise, au-delà de la simple réalisation d'une analgésie péridurale, d'anticiper sur les difficultés potentielles rencontrées pour adapter au mieux la stratégie anesthésique et analgésique, participer activement à la prévention et au traitement des complications, notamment hémorragiques, permettre aux praticiens qui le souhaitent d'avoir une activité partagée anesthésie et réanimation, participer à la formation des internes DES anesthésie-réanimation, élèves IDE, IADE.

La formation, l'évaluation régulière des pratiques (RMM, évaluation des protocoles d'analgésie ...), ainsi que la tenue de staff hebdomadaire permettront le maintien à niveau des équipes médicales.

Etat des lieux :

L'activité d'orthopédie-traumatologie est actuellement effectuée sur les deux établissements par une équipe chirurgicale territoriale qui assure une activité de chirurgie orthopédique programmée de pointe avec notamment la réalisation de prothèses de hanche et de genou en ambulatoire et en parcours RAAC (récupération améliorée après chirurgie) ainsi que la chirurgie arthroscopique, la chirurgie de la main, de l'épaule, du pied, grâce à une équipe chirurgicale spécialisée et une structure d'hospitalisation répartie sur 3 secteurs : l'UCA (unité de chirurgie ambulatoire), le service d'hospitalisation chirurgical, et l'UPOG (unité péri-opératoire gériatrique pour la prise en charge des patients âgés nécessitant une chirurgie programmée d'arthroplastie ou de changement de prothèse).

L'équipe assure également la PDS (permanence des soins) de traumatologie pour l'ensemble du département des Hautes-Pyrénées, ce qui génère une activité importante du fait à la fois du vieillissement de la population mais également des nombreuses activités sportives et de montagne, liées à la géographie du département. Elle est impactée par l'accroissement de la population sur certaines périodes de l'année (hiver et été) lié au tourisme et enregistre ainsi des pics saisonniers et de nombreux patients opérés originaires d'autres régions qui nécessitent ensuite un rapatriement.

La traumatologie suit le même schéma d'hospitalisation que le programmé sur les 3 unités (UCA, UPOG, service) dans des proportions différentes.

Les problèmes infectieux sont pris en charge de façon pluri-disciplinaire avec l'équipe d'inféctiologie et les autres spécialistes médicaux (diabétologues, dermatologues).

Objectifs sur le site unique :

Maintien et développement de l'offre de soins de chirurgie orthopédique programmée grâce à l'attractivité du nouveau site qui permettra d'offrir aux patients des conditions d'hospitalisation modernes et confortables, et qui permettra également d'attirer de nouveaux praticiens spécialisés dynamiques avec éventuellement de nouvelles compétences (chirurgie du rachis, chirurgie plastique, microchirurgie...).

Il faut conserver le même niveau d'excellence chirurgicale, les mêmes parcours ambulatoire et RAAC, et le même schéma d'hospitalisation sur les 3 secteurs (UCA, UPOG et service de chirurgie) afin d'optimiser le parcours de chaque patient en chirurgie programmée ou non-programmée.

L'effectif de l'équipe chirurgicale d'Orthopédie comprendra 6 ou 7 praticiens, et le bloc opératoire devra comporter 2 salles dédiées à la chirurgie orthopédique programmée pour offrir de vraies vacances opératoires aux chirurgiens.

La traumatologie est envisagée sous la forme intégrée d'un trauma center, ce qui impose une salle d'urgence au bloc opératoire dédiée à la traumatologie ouverte 7 jours sur 7.

Les coopérations avec les différentes spécialités chirurgicales, médicales et médico-techniques sont poursuivies et favorisées (prise en charge pluri-disciplinaire des urgences vitales, des infections ostéo-articulaires, des plaies chroniques...).

4.2.26. Chirurgie viscérale et digestive

Etat des lieux :

L'activité est actuellement exercée sur les deux Centres Hospitaliers. Cette activité représente 60% des parts du marché des Hautes Pyrénées.

Objectifs sur le nouvel hôpital :

- 1- Conforter l'activité actuelle avec une organisation optimisée.
- 2- Développer de nouvelles activités.

- 3- Optimiser le versant économique permettant les investissements nécessaires au développement de nouvelles techniques chirurgicales comme la chirurgie robotique (achat d'un robot).

Fonctionnement :

L'équipe est à la fois polyvalente pour la prise des urgences et spécialisée pour la prise en charge de la chirurgie programmée.

Assurer la permanence des soins et la continuité des soins sur un seul site qui permettra l'optimisation de la prise en charge des patients par rapport à un bi-site et optimisera les organisations.

Activité qui s'exercera sur plusieurs secteurs :

- Consultation sur site
- Consultation avancée sur site périphérique en fonction des besoins
- Hospitalisation des patients sur différents secteurs : ambulatoire, hospitalisation conventionnelle, secteur hospitalisation gériatrique, secteur pédiatrique, secteur salle blanche.

Le secteur d'hospitalisation conventionnelle sera organisé afin de continuer le développement de la RAAC, de l'optimiser et calquer sur l'organisation de l'ambulatoire.

Activité et transversalité :

Elles doivent permettre la fluidification du parcours du patient. Elle se fait en lien avec les autres spécialités médicales et chirurgicales hospitalières, avec la médecine de ville, les établissements partenaires (Clinique de l'Ormeau, CHU, Oncopole).

Prise en charge des urgences chirurgicales en lien avec la réanimation, soins intensifs, urgences, anesthésie, radiologie.

Prise en charge cancérologie digestive en lien avec les oncologues, gastro entérologues, radiologues, radiothérapeutes.

- Partenariat avec d'autres établissements (Clinique de l'Ormeau).
- Réalisation d'une RCP d'oncologie inter établissements.

Réalisation de la chirurgie de l'obésité en lien avec les équipes de diabétologie et d'endocrinologie ainsi qu'avec les équipes paramédicales et d'éducation thérapeutique : RCP bariatrique.

- Chirurgie hépatobiliaire, chirurgie du pancréas et de l'œsophage en lien avec les gastro-entérologues et les radiologues : radiologie interventionnelle, RCP de gastro-entérologie.

Chirurgie générale et viscérale :

- Chirurgie pariétale.

Chirurgie dermatologique en lien avec les dermatologues de l'hôpital et de la ville (utilisation du secteur de la salle blanche)

Chirurgie infantile, urgence pathologique ou rentre en lien avec les équipes pédiatriques et le secteur d'hospitalisation pédiatrique.

Réalisation de la chirurgie robotique digestive qui pourra être développé avec d'autres spécialités hospitalières comme l'ORL ou non hospitalière comme l'urologie.

Chirurgie de la personne très âgée en lien avec les gériatres et oncogériatres.

Transversalité avec personnel paramédical :

- Consultation de stomathérapie.
- Consultation psychologue.

- Consultation diététicienne.

Projet de formation recherche :

- Projet de service ayant pour mission l'enseignement des internes.
- Possibilité de créer des postes d'assistants plus ou moins partagés avec le CHU.
- Développement de nouvelles techniques.
- Inclusion des patients dans des études.
- Plan de formation en interne pour continuer le développement de nouvelles techniques et faire évoluer la formation et la pratique des chirurgiens.
- Réunion en interne pour bon fonctionnement et prise en charge des patients : RMM et Staff chirurgien anesthésiste.

4.2.27. Ophtalmologie

L'activité interventionnelle d'ophtalmologie ainsi que des consultations sont actuellement exercées sur le site de l'hôpital de Tarbes. Des activités de consultation avancées sont assurées sur le CH de Lourdes. Des réflexions sont en cours pour le déploiement d'activités de consultation et de chirurgie sur les hôpitaux de Lannemezan.

L'unité d'ophtalmologie poursuit la prise en charge de la chirurgie réfractive avec un haut niveau de technicité. La prise en charge demeure quasi-exclusivement ambulatoire ; des solutions adaptées pourront être développées avec des acteurs privés concernant l'hébergement péri-opératoire des patients ne pouvant regagner leur domicile. L'unité reste active dans les prélèvements et greffes de cornées.

Le redémarrage d'une activité concernant la chambre postérieure de l'œil, rétine et corps vitré reste un des objectifs du futur établissement.

La prise en charge de la dégénérescence maculaire liée à l'âge reste très active notamment en utilisant la salle blanche pour les injections intra-vitréennes. L'accueil des enfants pour les prises en charge complexes est également un objectif poursuivi par cette équipe.

L'ensemble des activités exercées sur les hôpitaux de Tarbes et de Lourdes seront centralisées sur le site unique.

4.2.28. ORL

L'activité d'ORL (consultation et chirurgie) est exclusivement effectuée actuellement sur les sites de Tarbes et de Lannemezan.

L'ensemble des prises en charge médicales (programmées et urgences), explorations fonctionnelles (explorations de l'audition, de l'équilibre enfant et adulte) et chirurgicales de la spécialité sont développées au sein du futur établissement.

L'équipe d'ORL actuelle est constituée de 2 chirurgiens ORL, une assistante et un interne de spécialité.

2 médecins ORL à temps partiel et dont l'activité principale est l'exploration fonctionnelle de l'audition et de l'équilibre aussi bien chez l'adulte et l'enfant.

La carcinologie ORL a fait l'objet d'un développement particulier en lien avec les acteurs transversaux de la prise en charge du cancer.

L'exploration de la pathologie carcinologique est facilitée par l'apport des investigations radiologiques (scanner et IRM au sein de l'établissement) et plus récemment par le TEP scan disponible dans des délais raisonnables au sein du CH de PAU.

La prise en charge médico-chirurgicale des cancers ORL est quotidienne englobant le bloc, l'équipe

d'anesthésie, les soins péri-opératoires en réanimation, la prise en charge de la douleur par une équipe mobile ainsi que des soins palliatifs sans oublier HAD depuis quelques années.

La concertation pluridisciplinaire avec l'équipe d'oncologie et de radiothérapie de la clinique de l'ormeau est hebdomadaire, la concertation de recours avec l'Oncopole de Toulouse est facile et courtoise entre nos équipes.

Nous essayerons de développer la chirurgie au laser au sein de notre structure dans les mois à venir (activité à valoriser pour le site unique) par contre la chirurgie robotisée n'est pas à l'ordre du jour (investissement exorbitant excepté si mutualisation avec d'autres spécialités comme la chirurgie digestive et urologie).

La prise en charge des pathologies endocriniennes type pathologie thyroïdienne et parathyroïdienne est aisée avec une concertation élaborée depuis plusieurs années entre notre équipe d'une part et celle d'endocrinologie et de néphrologie d'autre part.

La pathologie des glandes salivaires est de pratique courante au sein de notre établissement cependant le développement de la chirurgie endoscopique (sial-endoscopie) est fortement souhaitable.

Cette pratique chirurgicale conservatrice n'est disponible actuellement qu'au CHU de Toulouse et celui de Bordeaux, avec des délais d'attente important.

La chirurgie endoscopique des sinus et des voies lacrymales s'est diversifiée depuis l'arrivée du Dr MARINICA et du Dr SADELER, cette chirurgie a besoin d'être performante en qualité et en quantité pour répondre aux sollicitations de nos patients ainsi que par le perfectionnement du matériel chirurgical par l'apport de la navigation assistée par ordinateur de pratique courante dans différents services d'ORL en France.

L'ORL pédiatrique en ambulatoire et en hospitalisation est de pratique quotidienne au CH de Bigorre et représente la moitié de notre activité chirurgicale.

L'exploration de l'audition et de l'équilibre en pédiatrie avec dépistage néonatale de la surdité sont pratiquées de façon quotidienne mais nécessiteront l'acquisition de nouvelles techniques et surtout la formation des infirmières (DU d'audiophonologie).

Nous allons axer nos efforts sur les troubles respiratoires hauts avec exploration du sommeil par l'acquisition de matériel d'exploration adapté à la pédiatrie et en collaboration avec les pédiatres.

Cette exploration est réalisée par la polygraphie ventilatoire, polysomnographie et en dernier lieu par l'endoscopie sous sommeil induit.

Cette dernière technique est réalisée au bloc opératoire mais uniquement chez l'adulte depuis peu-et en collaboration avec le service d'anesthésie.

Cette exploration permettra d'affiner les indications chirurgicales dans les syndromes d'apnées du sommeil.

La chirurgie otologique sous microscope est de pratique courante sur notre site et sera complétée par de nouvelle technique comme l'endoscopie.

L'activité des praticiens ORL (effectif cible à 4 praticiens) sera répartie en plusieurs sous spécialités et notamment otologie, rhinologie, chirurgie cervico-faciale et exploration fonctionnelle.

L'activité d'ORL pourra également être complétée par une activité de chirurgie esthétique (rhinoplastie post traumatique ou esthétique ...).

En plus de l'activité médico-chirurgicale ORL, l'apport d'un praticien maxillo-facial aussi bien pour la traumatologie maxillo-faciale, la reconstruction plastique complexe par lambeau libre (activité en stand-

by depuis le début du COVID), les implants dentaires serait souhaitable pour l'attractivité du site commun.

4.2.29 Odontologie-stomatologie

Dans la perspective du nouveau site hospitalier, il est primordial et urgent de positionner notre activité. Les spécialités que nous pourrions y développer ne se passeront pas d'une organisation spatiale spécifique et ergonomique.

En odontologie, nous utilisons l'expression de « soins spécifiques » ou de « besoins spécifiques » ou encore de « patients vulnérables » : nos prises en charge concernent des patients pour qui les soins en cabinet libéral sont difficiles voire impossibles.

La notion de patients à besoins spécifiques regroupe les patients (adulte et enfant) en situation de handicap (moteur, visuel, auditif, psychique), la déficience intellectuelle, les maladies invalidantes et dégénératives (neurologiques, respiratoires, cardiaques, digestives, parasitaires, infectieuses...), mais peut également être élargie aux patients en situation précaire.

La configuration actuelle du service (moyens humains et matériels) ne permet pas de répondre à la réalité des besoins : nos délais de consultation sont longs, et notre prise en charge insuffisante.

La présence de nombreuses structures dédiées à la prise en charge de patients porteurs de handicap sur le bassin et les bassins alentours (IME, ESAT, ADAPEI, CAT, MAS...), le vieillissement de la population, la forte baisse démographique en chirurgien-dentiste ... génèrent une augmentation de la demande de consultations et de soins dentaires pour cette population.

Depuis sa création, le service reçoit également des patients externes, qui ne nécessitent pas de prise en charge particulière, dont certains, assez nombreux, y sont suivis depuis plus de 20 ans.

Etat des lieux :

1. L'existant

Les deux Cabinets Dentaires (site de la Gespe et site de l'Ayguerote) sont ouverts à tous les patients et aux résidents de l'EHPAD, SSR, USLD. Certains sont suivis sur ces structures depuis plus de 20 ans.

L'activité d'odontologie est intégrée au pôle de chirurgie de l'établissement. Elle regroupe une activité de consultation et soins en omnipratique et une activité de soins odontologiques et de petite chirurgie sous Anesthésie Générale, activité réalisée un mardi sur 2 principalement au sein de l'Unité de Chirurgie Ambulatoire de l'établissement (UCA).

L'activité est en lien étroit et fréquent avec différents services hospitaliers : néphrologie, pédiatrie, cardiologie, stomatologie, ORL, dialyse, addictologie, médecine interne, pneumologie, gastro-entérologie, urgences, orthopédie... tout comme les relations avec les praticiens de ville qui orientent vers nous leurs patients pour des prises en charge spécifiques.

Depuis 2017, le service, à la demande de la direction, refuse tout nouveau patient ne rentrant pas dans la catégorie « patients à besoins spécifiques ».

Un seul dentiste intervient sur le centre hospitalier de Tarbes à hauteur de 0,4 ETP sur le site de La Gespe, et de 0,2 ETP sur le site de l'Ayguerote. Il est assisté d'une aide-soignante, titulaire d'une formation d'assistante dentaire, à temps plein qui se partage sur 3 lieux d'exercice (site de la Gespe, site de l'Ayguerote, USMA). Il n'y a pas de secrétaire dédiée à l'activité.

Sur chaque lieu, les locaux disposent d'un seul cabinet dentaire et fauteuil unique, le secrétariat est dans les salles de soin.

Autour du centre hospitalier de Tarbes, d'autres cabinets dentaires hospitaliers sont en activité :

- *Cabinet Dentaire de l'USMA* : Docteur Michel VALERY, à titre libéral, à hauteur de 0,2 ETP (0,3 ETP prévu à partir de septembre 2021) pour la prise en charge des détenus.
- *Cabinet Dentaire de la Bastide EHPAD à Lourdes* : Docteur Mirta LORENDEAU, à hauteur de 0,1 ETP, mise à disposition par CH de Lannemezan, pour la prise en charge des résidents.
- *Cabinet Dentaire au CH de Lourdes* : Docteur Sylvain SOUMEILLAN, à titre libéral, à hauteur de 2 demi-journées par mois de bloc opératoire pour la prise en charge des patients porteurs de handicap.
- *Cabinet Dentaire de Bagnères de Bigorre* : Docteur Emmanuelle CHARRIER, à hauteur de 0,4 ETP (sous convention avec le CH de Bigorre) : prise en charge uniquement de patients à besoins spécifiques ou hospitalisés venant de tout le bassin du Haut Adour : Arbizon...

La stomatologie concernait dans notre établissement un certain nombre d'actes au fauteuil (le mardi et le mercredi matin, un vendredi après-midi sur deux), ou sous anesthésie générale (un vendredi matin sur deux) : avulsions multiples, de dents de sagesse, de dents incluses, biopsies, prise en charge de détenus de Lannemezan pour avulsions...

Mais ces prises en charge sont actuellement extrêmement réduites car le départ en retraite du Docteur Philippe MARTINET est effectif depuis le 31 mars 2021 ; seul le Docteur Richard CASSOU consulte tous les mercredis matins, mais sans prise en charge sous Anesthésie Générale.

Cette spécialité est indispensable à notre activité d'odontologie ainsi qu'à l'activité d'ORL.

b. Renforcer les Axes de Travail existants ou en cours

• Consultations internes en lien avec les autres services/Renforcer les relations avec les autres services

Le service d'odontologie peine à répondre à la demande des services du CH de Tarbes en raison du manque de temps médical. Nos délais de rendez-vous sont de 4 mois, ce qui dans la plupart des pathologies prises en charge au CH de Bigorre (oncologie, cardiologie, ...), est beaucoup trop long.

Chaque unité de soins du centre hospitalier de Tarbes a ses spécificités ; il me semble donc indispensable de rencontrer régulièrement les praticiens des autres spécialités médicales, afin de simplifier les prises en charge des patients, et être davantage efficaces.

• Consultations externes dédiées aux patients porteurs de handicap

Nous travaillons déjà depuis de nombreuses années avec les institutions (Hautes-Pyrénées, Pyrénées-Atlantiques, Gers) pour accueillir et soigner ces patients, mais cela ne suffit pas.

La prise en charge est insuffisante, et doit être améliorée : les délais sont trop longs, l'accessibilité est insuffisante (cabinet ou service), l'administratif manque de rigueur.

Certains patients se tournent vers le Centre Jean Vignalou (centre hospitalier de Pau), où une consultation odontologique dédiée est en place depuis 3 ans, avec le Docteur Maguelone SEQUEVAL. En revanche, n'ayant pas la structure adaptée, elle nous adresse les patients qui relèvent d'une prise en charge au bloc opératoire sous anesthésie générale.

En mai 2018, nous avons répondu à l'appel à projet de l'ARS sur « Les Consultations dédiées aux soins des patients Handicapés ». Après plusieurs échanges et correctifs apportés, l'ARS a demandé un travail concerté avec les différents acteurs du GHT : Lourdes, Bagnères, Tarbes, Lannemezan.

Notre dernière réunion concertée a eu lieu en février 2020, la crise sanitaire a interrompu le travail et les actions à mettre en œuvre : il est primordial de relancer le travail.

- ***Consultations externes dans le cadre de la PASS/ renforcer les liens avec l'Université de Toulouse***

La PASS est la Permanence d'Accès aux Soins de Santé : dans ce cadre, un projet de convention avec la faculté d'odontologie de Toulouse et le Professeur Hamel est en cours de discussion. Des étudiants en dentaire de 6ème année, viendraient assurer des soins sous tutorat afin de répondre aux besoins sur le territoire des populations les plus démunies. Il s'agit également d'un souhait de l'ARS que nous développons ce secteur de soins dentaires au sein du centre hospitalier de Tarbes.

2. Activités à développer

a. Pédodontie :

Nous prenons régulièrement en charge des enfants polycariés ou non coopérants, porteurs ou non de handicap sous MEOPA, ou sous AG. La demande est très importante sur le bassin, face à une offre très faible. La connaissance de certaines pathologies spécifiques (MIH...) et surtout l'augmentation de leur prévalence, rendent de plus en plus complexe cette spécialité.

Sur le bassin de santé, le Docteur Stéphanie ERAMOUSPE, praticienne libérale exerçant sur Vic en Bigorre, intervient également deux fois par mois, au bloc opératoire à la Clinique de l'Ormeau.

Hors département, les possibilités pour les patients sont Anglet (sans possibilité d'AG), Bordeaux, Libourne ou Toulouse.

C'est face à cette réalité que le recrutement d'un praticien spécialisé et si possible formé (ou en cours de formation) à hauteur de 0.2 ETP devient primordial : compte tenu de la demande, cette activité nécessitera certainement un élargissement du temps dédié.

b. Stomatologie/Maxillo-Faciale (spécialité internat médecine) Chirurgie Orale/médecine bucco-dentaire (spécialité internat chirurgie-dentaire)

Suite au départ récent du Docteur Philippe MARTINET, seul le Docteur Richard CASSOU consulte en externe le mercredi matin (à hauteur de 0.1 ETP), sans prise en charge sous AG. Comme précisé précédemment, cette spécialité est indispensable à notre activité, aussi bien en odontologie que pour l'ORL.

Le Docteur Philippe MARTINET a proposé de revenir en libéral pour des blocs programmés, pour une période de 2 ans. Cette solution pourrait nous permettre de préparer un recrutement et de maintenir l'activité au sein du Centre Hospitalier de Bigorre ; compte tenu que d'ici 2023, les Docteurs Richard CASSOU et Philippe DE BONNECAZE partiront à la retraite.

Le projet serait de recruter un praticien spécialisé en chirurgie orale qui pourra assurer, sous anesthésie locale ou générale : avulsions complexes, chirurgie muco-gingivale, chirurgie du périapex, kystes et tumeurs bénignes des maxillaires, chirurgie à visée orthodontique, chirurgie pré-implantaire et implantaire, chirurgie pré-prothétique des tissus mous et durs, dermatologie buccale, dépistage des lésions et tumeurs malignes de la cavité buccale, douleurs oro-faciales...

Un temps dédié à hauteur de 0.3ETP pourrait être envisagé pour cette activité.

En parallèle, ces 2 activités différentes et complémentaires nécessitent le recrutement d'un médecin maxillo-facial sur le CH de Tarbes.

c. Filière urgences dentaires

Le recrutement de plusieurs PH permettrait une continuité dans la permanence de soins médicaux, notamment par la mise en place d'astreinte.

3. Organisation possible à mettre en place : comparaison avec le CH de Libourne

Depuis un peu plus d'un an, le dentiste essaie de se rendre au sein du service d'Odontologie du Centre Hospitalier de Libourne pour y effectuer un stage par comparaison. Il est en relation avec deux des praticiens hospitaliers qui y exercent : le Docteur Sandrine CASTELAIN, et le Docteur Terence BARSBY. A cause, entre autres, des deux premiers confinements, ce projet n'a pas encore pu aboutir. Mais deux autres opportunités en juin et/ou en novembre 2021 sont de nouveau envisagées.

Le CH de Tarbes et le CH de Libourne étant de taille similaire, le praticien s'est inspiré de leur organisation de service, qui fonctionne et se développe depuis plusieurs années, pour réaliser ce projet de service.

A noter que géographiquement, cet hôpital est plus proche du CHU de Bordeaux, que nous du CHU de Toulouse.

Leur service d'odontologie est orienté vers la prise en charge bucco-dentaire des patients à besoins spécifiques et les consultations internes du CH. Il regroupe plusieurs spécialités (évoquées précédemment) pour un équivalent de 2,4 ETP.

- omnipratique orientée vers les patients à besoin spécifique pour 1 ETP par le Docteur Sandrine CASTELAIN.
- odontologie pédiatrique et gériatrique principalement avec une petite part d'omnipratique pour 1 ETP (réduit à 0,9) par le Docteur TERENCE BARSBY ;
- chirurgie orale et implantologie pour 0,3 ETP par le Docteur GLOCK.

- parodontologie pour 0,2 ETP par le Docteur MUNOZ.

Outre les praticiens, l'équipe est constituée de deux secrétaires à hauteur de 1,5 ETP et de trois aides-soignantes à hauteur de 2,8 ETP.

L'astreinte réalisée par les Docteur CASTELAIN, BARSBY et GLOCK permet d'assurer la permanence des soins.

En complément du service d'odontologie, un service de chirurgie ORL et cervico-maxillo-faciale, dispose, outre des ORL, d'un médecin maxillo-facial, (à hauteur de 0,5 ETP) spécialisé en chirurgie orthognathique, en cancérologie oro-maxillo-faciale. Il traite les cas de traumatologie, de cancérologie cutanée de la face et de stomatologie.

4. Moyens actuels/moyens nécessaires

Actuellement sur la Gespe □ 0,4 ETP temps médical + 0,5 temps paramédical + 0 temps secrétariat.

Actuellement sur l'Ayguerote □ 0,2 ETP temps médical + 0,3 temps paramédical + 0 temps secrétariat.

A cours terme, il est déjà envisagé de développer l'activité de l'USMA, actuellement à 0,2 ETP, pour la passer à 0,4 ETP.

Récapitulatif des moyens actuels en comparaison des moyens futurs nécessaires à la mise en œuvre du projet de service :

	Temps médical		Temps paramédical		Temps secrétariat	
	moyens actuels	moyens nécessaires	moyens actuels	moyens nécessaires	moyens actuels	moyens nécessaires
Gespe	0,4	2	0,5	2,2	0	1
Ayguerote	0,2	0,4	0,3	0,6	0	?
USMA	0,2	0,4	0,2	0,5	1	?

Le Docteur Michel VALERY, pourrait compléter cette activité par 0,2 ETP sur l'un des sites du Centre Hospitalier de Bigorre, permettant de répondre et donc d'améliorer la prise en charge des résidents et des patients à besoins spécifiques. Il exerce déjà en omnipratique, en petite chirurgie, et chirurgie implantaire, et envisage d'exercer encore 5 ans.

Cette option représente une réponse rapide à notre besoin actuel ainsi que dans l'optique d'une création d'activité.

Concernant le futur hôpital commun, la création d'une seconde salle de soins (avec un second fauteuil) est indispensable ainsi qu'une pièce dédiée au secrétariat et une salle pour la stérilisation.

4.2.30 Stratégie évolutive pour la période transitoire en chirurgie (d'ici le site unique)

Maintien des activités de chirurgie digestives et orthopédique unifiées dans le cadre d'une fédération, préfiguration d'un pôle inter-établissement durant la période transitoire sur le site de Lourdes pour les raisons suivantes :

1- Les activités réalisées sur le site de Lourdes ne sont pas des activités en miroir, avec par exemple des activités spécifiques de chirurgie orthopédique (pied) plus difficiles à développer pour des raisons organisationnelles sur le site de Tarbes, et des activités très développées sur le versant hospitalisation de jour pour la chirurgie digestive.

2- Les files actives de Lourdes liées en partie à la proximité ne se reporteront pas totalement en cas de délocalisation sur le site de Tarbes où existe une activité privée concurrentielle (contrairement à ce qui se passera lors de la formation d'un site unique qui aura l'avantage d'être au centre géographique de recrutement des deux sites actuels)

3- Il y a une nécessité du maintien d'une permanence de soin pour la chirurgie digestive sur les deux sites. Et cela pour assurer une gestion optimale des patients admis aux urgences, éviter des pertes de chance par les temps de transports et surcharger davantage les équipes SMUR du territoire qui seraient forcément sollicitées pour ces transferts.

Un certain nombre de travaux collaboratifs et visant à l'homogénéisation des procédures et des pratiques sont incontournables sur la période transitoire :

- Protocoles de réhabilitation précoce (RAAC) sur les deux sites par pathologie, travaillés en commun.
- Travailler à une homogénéisation du chemin clinique des patients de chirurgie pris en charge soit par le biais des urgences soit de manière programmée par pathologie.
- Poursuite d'une entraide des équipes chirurgicales pour assurer la permanence des soins sur les deux sites.
- Projet d'élaboration d'une Fédération de chirurgie étape vers un éventuel pôle de chirurgie inter-établissement.

4.2.31 Hématologie

Cette discipline organise la prise en charge en ambulatoire ou en hospitalisation conventionnelle de pathologies hématologiques avec une activité majoritairement centrée sur l'onco-hématologie (hémopathies myéloïdes et lymphoïdes, myélomes, syndromes myélodysplasiques et myéloprolifératifs).

Elle s'entoure principalement des compétences transversales telles que l'infectiologie, la médecine interne et l'Equipe Mobile de Soins Palliatifs.

Des liens étroits et privilégiés sont développés avec la médecine de ville, le service des urgences et des post-urgences, l'Oncopole de Toulouse par le biais du Réseau Onco-Occitanie notamment pour les RCP d'onco-hématologie et pour les cas complexes.

L'hypothèse de fonctionnement retenue est la suivante :

- Une activité de consultation en hématologie. Ces consultations ont pour objectifs de répondre aux problèmes diagnostiques de patients adressés par les médecins de ville ou de l'hôpital, d'assurer leur suivi ambulatoire dans le

cadre des maladies chroniques et de réévaluer des patients dans les suites d'une hospitalisation en secteur conventionnel. Le développement majeur des thérapies orales (chimiothérapies orales et thérapies ciblées) a engendré une majoration du nombre de patients traités en ambulatoire avec suivis réguliers clinico-biologiques. Dans ce contexte, des infirmières de pratique avancée seront probablement nécessaires afin d'aider au suivi et à l'observance de ces patients. Un travail d'éducation thérapeutique pourrait être également développé.

- Une activité d'hospitalisation de jour pour prendre en charge les bilans programmés (biopsies ganglionnaires, myélogrammes, biopsies ostéo-médullaires), les chimiothérapies IV ou SC, les immunothérapies IV ou SC, les supports transfusionnels, les perfusions d'immunoglobulines polyvalentes. Nous estimons que 15 lits quotidiens semblent nécessaires sur cette unité.

- Une hospitalisation traditionnelle H24 avec une capacité de 14 lits afin d'accueillir les patients directement du domicile ou après un passage par les urgences. Cette unité gèrera les cas complexes, les complications liées aux maladies ou aux traitements, certains soins de supports notamment les soins palliatifs. Certaines initiations de chimiothérapies ou de thérapies ciblées nécessitent au moment de leur instauration une prise en charge en hospitalisation conventionnelle pour surveillance et gestion du risque d'effets secondaires graves. Une réflexion est en cours sur des activités plus spécifiques comme l'autogreffe de cellules souches hématopoïétiques accompagnant des chimiothérapies intensives qui nécessiteraient alors quelques chambres équipées de flux laminaire (un secteur protégé de 4 chambres serait nécessaire).

- Une activité interservices afin de donner des avis diagnostiques et thérapeutiques concernant les pathologies hématologiques.

- Une activité de recherche clinique et de publication.