

PROJET MÉDICAL PARTAGÉ



30 JUIN 2017



SOMMAIRE

SOMMAIRE	3
ACRONYMES	7
GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE TOURAINE VAL-DE-LOIRE	9
PARTIE 1	10
PRÉSENTATION GÉNÉRALE	11
1. LE LOGO DU GHT TOURAINE-VAL DE LOIRE	11
2. LE CADRE LÉGISLATIF DU GHT	11
3. LE CONTEXTE DE LA RÉGION CENTRE-VAL DE LOIRE	12
4. LE CONTEXTE DE L'INDRE-ET-LOIRE	13
METHODE	16
1. LES PRINCIPES GÉNÉRAUX	16
2. LA MÉTHODE DE TRAVAIL SUR LES PARCOURS DE SOINS	17
3. LES CONSIGNES AUX GROUPES PARCOURS.....	19
LES OBJECTIFS STRATEGIQUES	22
1. AMÉLIORER LE PARTAGE DE L'INFORMATION MÉDICALE	22
2. FACILITER LA COMMUNICATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DU GHT	22
3. CONDUIRE UNE POLITIQUE MÉDICALE DE GHT	23
4. MUTUALISER LES FORMATIONS MÉDICALES ET PARAMÉDICALES	23
5. RENFORCER LES LIENS STRUCTURELS INTER-HOSPITALIERS	23
FILIERES DE SOINS / PARCOURS DE SOINS / DISPOSITIFS : DEFINITIONS	25
1. FILIÈRE DE SOINS	25
2. PARCOURS DE SOINS.....	26
3. DISPOSITIF DE SOINS	26
LES OBJECTIFS MEDICAUX	28
1. LE RAPPEL DES OBJECTIFS MÉDICAUX	28
2. LES ENJEUX DU PMP	29
LES OBJECTIFS EN MATIÈRE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS	30
1. LA POLITIQUE QUALITÉ / GESTION DU RISQUE DU GHT TVL	30
2. LES VALEURS DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ DANS LES TRAVAUX DU PMP.....	31
L'ORGANISATION PAR FILIÈRE D'UNE OFFRE DE SOINS GRADUÉE	34
1. LA NOTION DE TERRITOIRE.....	34
2. LE TERRITOIRE DE SANTÉ : LE DÉPARTEMENT	34
3. LE NIVEAU INFRA-TERRITORIAL.....	34
PARTIE 2	39
LES PRINCIPES D'ORGANISATION DES ACTIVITÉS AU SEIN DE CHACUNE DES FILIÈRES AVEC LEUR DÉCLINAISON PAR ÉTABLISSEMENT	40
CAPACITES ET SECTEURS D'ACTIVITES DU GHT TOURAINE-VAL-DE-LOIRE	41
1. LA RÉPARTITION CAPACITAIRE DES ÉTABLISSEMENTS DU GHT TVL :	41
2. LA RÉPARTITION CAPACITAIRE DES ÉTABLISSEMENTS HORS GHT TVL.....	43

LA PERMANENCE DES SOINS ET LA CONTINUITE DES SOINS.....	45
1. EXTRAIT DU PRS CVL / SROS 2012-2016.....	45
2. LES EFFECTIFS MÉDICAUX DES ÉTABLISSEMENTS PARTIES DU GHT TVL	46
3. LA PDS, LA CONTINUITÉ DES SOINS AVEC SA DÉCLINAISON PAR SITE	46
4. LES ACTIVITÉS RÉALISÉES PAR TELEMEDECINE AU SEIN DU GHT TVL	51
5. LE PROGRAMME PDS / CONTINUITÉ DES SOINS / TÉLÉMÉDECINE	52
6. LE LIEN « FACULTÉ DE MÉDECINE – HÔPITAL – TERRITOIRE ».....	53
6.1. Dispositions pédagogiques :	53
6.2. Dispositions statutaires :.....	54
7. MÉDECINE DU TRAVAIL ET GHT.....	54
7.1. Le constat :.....	54
7.2. Le programme du GHT :.....	54
LES ACTIVITES DE CONSULTATIONS EXTERNES ET NOTAMMENT LES CONSULTATIONS AVANCEES	55
1. LES LIENS MÉDECINE DE VILLE – GHT TVL.....	55
2. LE MAILLAGE INTER-ÉTABLISSEMENTS DU GHT.....	56
LES ACTIVITES AMBULATOIRES, D’HOSPITALISATION PARTIELLE ET CONVENTIONNELLE	60
1. FILIÈRE MÉDECINE – GÉRIATRIE.....	60
1.1 Rappel des Objectifs médicaux	60
1.2 Le Parcours de Soins de la Personne âgée polypathologique.....	60
2. FILIÈRE ONCOLOGIE – SOINS PALLIATIFS	61
2.1 Rappel des Objectifs médicaux	61
2.2 Le Parcours de Soins d’un patient en Soins Palliatifs Chroniques.....	62
3. FILIÈRE DE PÉRINATALITÉ	64
3.1 Rappel des Objectifs médicaux	64
3.2 Le Parcours de Soins de la femme ayant une grossesse à haut risque	64
3.3 Les Parcours de Soins à venir.....	64
4. FILIÈRE DE SANTÉ MENTALE ADULTE ET ADDICTOLOGIE.....	64
4.1 Rappel des Objectifs médicaux	64
4.2 Le secrétariat permanent de la Psychiatrie	64
4.3 Les Parcours de Soins à venir.....	65
5. FILIÈRE DE SANTÉ MENTALE ENFANT ET ADOLESCENT ET ADDICTOLOGIE	66
5.1 Rappel des Objectifs médicaux	66
5.2 Les Parcours de Soins.....	66
6. FILIÈRE URGENCES	66
6.1 Rappel des Objectifs médicaux	66
6.2 Le parcours du patient porteur d’un AVC dans la phase pré-hospitalière.....	67
6.3 Les Parcours de Soins à venir.....	67
7. FILIÈRE CHIRURGIE – ANESTHÉSIE ET RÉANIMATION.....	67
7.1 Rappel des Objectifs médicaux	67
7.2 Le patient porteur d’un cancer digestif	68
7.3 Le patient obèse devant bénéficier d’une chirurgie bariatrique	68
7.4 Le patient porteur d’une fracture du col du fémur	69
8. FILIÈRE SOINS DE SUITE ET DE RÉADAPTATION FONCTIONNELLE	69
8.1 Rappel des Objectifs médicaux	69
8.2 Le parcours de soins du patient porteur d’un AVC nécessitant une rééducation	70
8.3 Les Parcours de Soins à venir.....	70
LES PLATEAUX TECHNIQUES	71
1. DÉFINITIONS	71
2. LA PEC PRÉ-HOSPITALIÈRE DU PATIENT PRÉSENTANT UN AVC	72
LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMES	73

L'ORGANISATION DE LA REPONSE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES	74
1. CONTEXTE	74
2. LA DÉCLINAISON TERRITORIALE	75
LES ACTIVITES D'HAD	76
1. LES OBJECTIFS DE L'ASSAD-HAD SONT :	77
2. LES OBJECTIFS DE L'HAD VAL DE LOIRE SONT :	79
PREVENTION ET GHT TVL.....	82
LES ACTIVITES DE PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE.....	83
1. LE CADRE DU PRS	83
2. LE CADRE DU GHT	83
3. LE PROGRAMME DU GHT	84
LE PROJET DE BIOLOGIE DE TERRITOIRE	85
1. LE CONTEXTE	85
2. LE PRS 2012-2016.....	85
3. CONSTAT ET OBJECTIF.....	85
4. LES ACTIONS :	85
LE PROJET D'IMAGERIE MEDICALE ET INTERVENTIONNELLE.....	86
1. CONSTAT	86
2. OBJECTIFS.....	86
3. ACTIONS.....	86
LE PROJET DE PHARMACIE.....	87
1. CONTEXTE	87
2. CONSTAT	88
3. OBJECTIFS.....	88
4. ACTIONS.....	88
LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE L'ASSOCIATION DU CHU PORTANT LES MISSIONS MENTIONNÉES AU IV DE L'ARTICLE L.6132-3 DU CSP	90
1. LE CHRU DE TOURS ET LES GHT DE SA RÉGION.....	90
2. LES CONFÉRENCES HOSPITALO-UNIVERSITAIRES CENTRE-VAL DE LOIRE	91
LES PRINCIPES D'ORGANISATION TERRITORIALE DES ÉQUIPES MÉDICALES COMMUNES	92
LE DIM DE TERRITOIRE	93
1. GOUVERNANCE.....	93
2. OUTILS DE TRAVAIL PARTAGÉS ET ACTIVITÉS DÉVELOPPÉES.....	93
2.1 Plateforme d'échange (état : réalisé)	93
2.2 Messagerie sécurisée (état : en cours de déploiement)	94
2.3 Règlement intérieur (état : en cours de validation)	94
2.4 Plan de formation (état : en cours de conception)	94
2.5 Élaboration de fiches de codage partagées et de requêtes « qualité » (état : enrichissement au fil de l'eau)	94
2.6 Tableau de bord de pilotage commun (état : en cours de conception).....	94
2.7 Procédure de validation des données E.PMSI (état : en cours de déploiement).....	94
2.8 Analyse de données et base de données PMSI (état : en cours)	95
3. SCHÉMA DIRECTEUR DES SYSTÈMES D'INFORMATION SDSI (ÉTAT : EN COURS).....	95
LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET D'ÉVALUATION	96
1. LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE :	96
2. L'ÉVALUATION :	96
CONCLUSION	97
ANNEXES.....	102

Annexe I Article R.6132-3.I. Code de la Santé Publique Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire	102
Annexe II ARS Centre-Val de Loire Décision de Madame la Directrice Générale portant sur la création du GHT Touraine Val de Loire.....	104
Annexe III Règlement Intérieur du Secrétariat Permanent de Psychiatrie	109
Annexe IV Cartes d'identité 2015 des établissements parties du GHT TVL.....	113
CHRU de Tours	114
Centre Hospitalier Intercommunal Amboise-Château-Renault	116
Centre Hospitalier Paul Martinais	121
Centre Hospitalier du Chinonais	124
Pôle Santé Sud 37	127
Centre Hospitalier Jean Pagès.....	131
Centre Hospitalier Louis Sevestre	135



AVIS AU LECTEUR

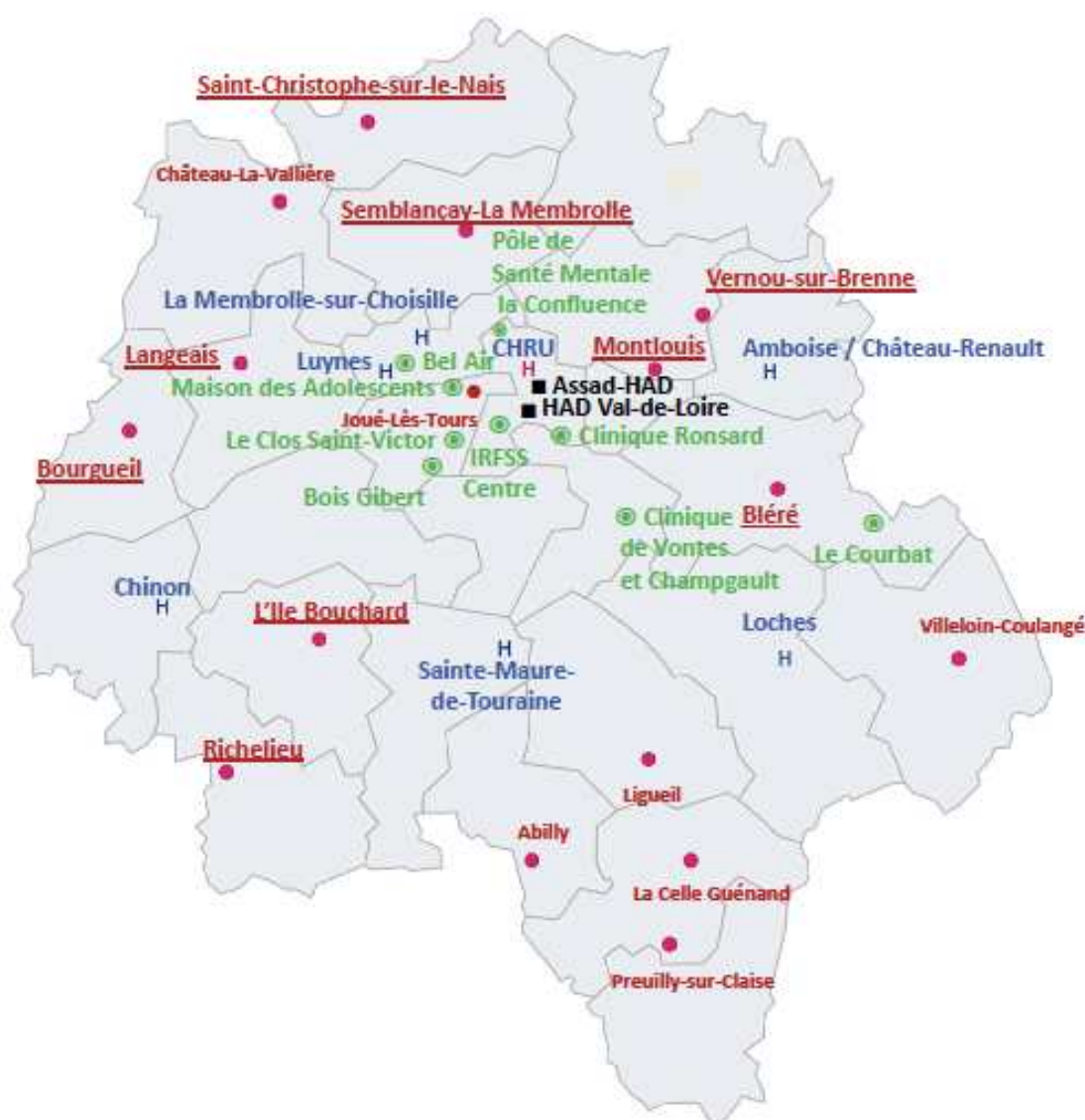
Les pavés configurés comme celui-ci permettent une lecture rapide du document

ACRONYMES

A	Adulte
ANAP	Agence Nationale d'Appui à la Performance
ARE	Anesthésie et Réanimation
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CH	Centre Hospitalier
CHC	Centre Hospitalier du Chinonais
CHIC	Centre Hospitalier Inter-Communal d'Amboise-Chateau-Renault
CHL	Centre Hospitalier Paul Martinais, Loches
CHLS	Centre Hospitalier Louis Sevestre, La Membrolle/Choisille
CH Ly	Centre Hospitalier Jean Pagès, de Luynes
CHRU	Centre Hospitalier Régional et Universitaire, de Tours
CHSM	Pôle Santé Sud 37, Centre Hospitalier de Sainte Maure de Touraine
CREX	Comité de Retour d'EXpérience
CS	Consultation Spécialisée
CAARUD :	Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues.
CSAPA :	Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSG	Court Séjour Gériatrique
CVL	Centre-Val de Loire
DIM	Département de l'Information Médicale
DMS	Durée Moyenne de Séjour
DPP	Dossier Patient Partagé
EAD	Équipe d'Appui Départementale en soins palliatifs
EHPAD	Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes
ES	Établissement de Santé
ESAT	Établissement et Service d'Aide par le Travail
FIHUSP	Fédération Inter Hospitalo-Universitaire de Soins Palliatifs
GHT TVL	Groupe Hospitalier de Territoire Touraine Val-de-Loire
HAD	Hospitalisation À Domicile
HAS	Haute Autorité de Santé
HGE	Hépatogastro-entérologie
IML	Institut Médico-Légal
INCa	Institut National du Cancer
LISP	Lits Identifiés de Soins Palliatifs
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée

MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MSP	Maison de Santé Pluridisciplinaire
ODS	Offre de Soins
PA	Personnes Âgées
PCME	Président de Commission Médicale d'Établissement
PEC	Prise En Charge
PAERPA	Personne Âgée En Risque de Perte d'Autonomie
PHRC	Programme Hospitalier de Recherche Clinique
PMP	Projet Médical Partagé
PRADO	PRogramme d'Accompagnement de Retour A Domicile après hospitalisation
PREGNANT.SEE	Prévention des Risques de la Grossesse au premier Trimestre-Sécurisation Et Évaluation
RCP	Réunion de Concertation Pluridisciplinaire
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SIH	Système d'Information Hospitalière
SIMEES	Service d'Information Médicale, Épidémiologie et Économie de la Santé
SM-Ad	Santé Mentale-Addictologie
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SP	Soins Palliatifs
SSIAD	Service de Soins Infirmiers À Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
UHCD	Unité d'Hospitalisation de Courte Durée
UNV	Unité Neuro Vasculaire
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
ZA	Zone d'Attraction

**GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE
TOURAIN VAL-DE-LOIRE**



- H Hôpitaux**
- **EHPAD ayant adhéré**
 - EHPAD non membre du GHT
 - **HAD**
 - **PSPH**

PARTIE 1

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

1. Le LOGO du GHT Touraine-Val de Loire

« ...la belle solitude de notre parc, nos fraîches prairies et notre Loire pailletée par ses sables, à laquelle aucune rivière ne ressemble. » Honoré de Balzac, Deux jeunes Mariées



Et c'est ainsi que le GHT TOURAINE-VAL-DE-LOIRE s'habille de bleu, de beige et de vert ...

2. Le cadre législatif du GHT

La loi dite de modernisation du système de santé publiée le 27 janvier 2016 fixe, parmi les nombreux objectifs qu'elle comporte, celui de consolider et de développer une organisation sanitaire cohérente et organisée permettant de concilier égalité d'accès, qualité, proximité et sécurité des soins au regard de leur gravité et de la capacité des hôpitaux à y faire face conformément à leurs missions de proximité, de recours, de référence et en tenant compte des moyens dont ils disposent.

Confrontés à un environnement en mouvements constants dans un contexte économique difficile caractérisé par une multiplication des normes et des contraintes réglementaires les établissements hospitaliers ont engagé au cours des dernières années une stratégie d'ouverture et de coopération qui a pris des formes diverses en fonction des projets et des outils juridiques disponibles.

Cette loi, entend, parmi les nombreux objectifs qu'elle comporte, prolonger ces dispositifs de coopération et de concertation en mettant en place des groupements hospitaliers de territoire.

Ce dispositif conventionnel, non doté de la personnalité morale, qui doit permettre d'améliorer et de coordonner l'organisation des soins au sein d'un territoire doit également favoriser la rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements.

Ces groupements, auxquels doivent être parties les établissements publics de santé sous peine de sanction financière, repose sur un triptyque Projet Médical Partagé (PMP), Projet de Gestion Partagé (PGP) et convention constitutive.

Clé de voute du GHT, le projet médical partagé doit permettre à un territoire de disposer d'une offre de soins à la fois maillée, cohérente, rationnelle graduée et sécurisée en cohérence avec les objectifs du Programme Régional de Santé (PRS).

La dimension du territoire de référence n'est pas unique. Arrêtée par le directeur général de l'ARS, les limites de cette circonscription s'inscrivent dans une volonté d'organiser avec raison l'offre de soins au sein d'une région et d'un territoire.

Pour la région Centre-Val de Loire, le cadre géographique retenu est le département. Cette région disposera donc de 6 GHT chacun organisé autour d'un établissement support qui assurera pour le compte des membres de chaque groupement :

- La stratégie, l'optimisation et la gestion commune d'un système d'information convergent et en particulier la mise en place d'un dossier patient permettant une prise en charge coordonnée et sécurisée des malades au sein des établissements d'un territoire
- La gestion d'un Département de l'Information Médicale (DIM) de territoire
- La fonction achat
- La coordination des instituts et des écoles de formation paramédicales du groupement et des plans de formation continue et de DPC des personnels des établissements du groupement.

Établissement support du GHT Touraine Val-de-Loire, le CHU de Tours par sa vocation Universitaire aura également la responsabilité de coordonner au bénéfice des établissements supports parties aux autres groupements de la région :

- Les missions d'enseignements de formation initiale des professionnels médicaux
- Les missions de gestion de la démographie médicale
- Les missions de référence et de recours
- La recherche.

Le cadre posé par la loi fait donc du GHT un dispositif majeur de l'organisation sanitaire d'une région et pour la région Centre-Val-de-Loire de chaque département.

Pour la Région Centre-Val-de-Loire, qui est une des rares régions française dont les contours administratifs n'ont pas été modifiés par la réforme territoriale, la mise en œuvre des GHT constitue le levier d'une consolidation de l'offre de soins publics dont les acteurs premiers sont les équipes hospitalières et universitaires.

Le territoire c'est à la fois la Région Centre-Val-de-Loire pour certains aspects en raison de la vocation Universitaire des hôpitaux de Tours et le département d'Indre-et-Loire comme circonscription de base du GHT arrêté par le directeur général de l'ARS.

3. Le contexte de la région Centre-Val de Loire

La définition d'un tel projet repose en premier lieu sur une approche des caractéristiques du territoire et de ses opportunités.

La région Centre avec 2,6 millions d'habitants sur 40 000 km² se caractérise par une densité de population de 64 habitants/km² inférieure à la moyenne nationale essentiellement concentrée sur l'axe ligérien et la frange francilienne.

Cette partie « ligérienne » de la population se développe à un rythme supérieur à la moyenne régionale creusant un écart de plus en plus important avec les autres parties du territoire.

Plus âgée que la moyenne nationale, la population de la région Centre-Val de Loire va continuer de vieillir au détriment des tranches les plus jeunes. Si l'on prend en compte les prévisions de l'INSEE les 80 ans et plus qui représentent aujourd'hui 5,6% de la population régionale représenteront 11% de cette même population en 2040 alors que la part des moins de 20 ans passera sur la même période de 24,3% à 22,4%.

Au plan sanitaire, la région connaît une cause de surmortalité régionale et prématurée pour les cancers, le suicide, les maladies de l'appareil circulatoire et les accidents de la route.

Les travaux de l'ORS ont également mis en évidence des inégalités territoriales fortes qui placent le Cher, l'Indre, l'Eure et Loire et le Loir-et-Cher en mauvaise position sur les critères de la mortalité générale et de la mortalité prématurée.

Pour répondre aux besoins de santé, la région dispose d'une offre de soins répartie de façon cohérente et caractérisée par une graduation des niveaux de prise en charge entre structures de référence et de proximité pour la majorité des activités de soins en particulier dans le traitement du cancer et des maladies cardiaques.

Cette organisation hospitalière est en revanche contrebalancée par une situation démographique des professionnels de santé préoccupante tant au niveau des hospitaliers que des médecins généralistes qui avec 92 généralistes pour 100 000 habitants fait de la densité médicale de la région Centre Val de Loire la plus faible des régions métropolitaines.

Cette faiblesse démographique persistante malgré une augmentation du *numerus clausus* qui n'a pas encore produit ses effets donne au CHRU de Tours un rôle majeur dans le dispositif « GHT » au regard de ses missions de formation initiale des professionnels de santé et de gestion de la démographie médicale. **Il convient par ailleurs de préciser qu'au-delà du *numerus clausus* la question essentielle est l'augmentation du nombre d'internes de 3ème cycle.**

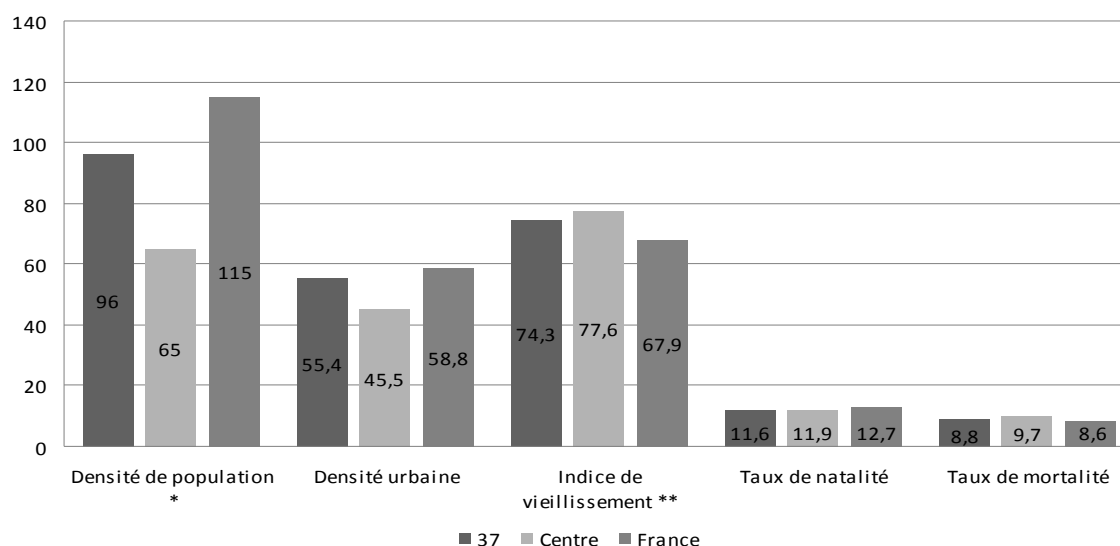
Cette vocation régionale confère également au CHRU une responsabilité particulière en lien avec les autres établissements supports du GHT. Elle ajoute aux missions qu'il va devoir assumer en tant qu'établissement support du GHT Touraine Val-de-Loire.

4. Le contexte de l'Indre-et-Loire

Le GHT Touraine Val-de-Loire concerne, en premier lieu, les sept établissements hospitaliers d'un département qui représente près de 24% de la population de la région Centre.

Nombreux sont les établissements de santé et les structures qui nous ont rejoint le GHT TVL depuis le début des travaux de sa mise en marche.

Ce territoire présente à la fois des caractéristiques communes avec la région et des particularités comme en témoigne les indicateurs démographiques ci-dessous.



Source : INSEE 2009

- . *Densité de population : nombre d'habitants au km²
- . **Indice de vieillissement de la population : rapport de la population de 65 ans et + sur celle des – de 20 ans. Il permet de mesurer le degré de vieillissement de la population. Plus l'indice est élevé, plus le vieillissement est important.
- . Taux de natalité : rapport entre le nombre annuel de naissances et la population exprimée en pour 1000.

Le département avec 588 500 habitants est fortement polarisé par l'unité urbaine de Tours qui compte 23 communes soit près de 50% de la population de l'Indre-et-Loire.

La croissance de la population est modérée mais continue notamment au profit des communes péri-urbaines de Tours-Amboise.

Cet essor démographique qui concerne également les espaces péri-urbains de Chinon, Loches, Monts, Langeais, Azay-le-Rideau et Neuillé-Pont-Pierre est appelé à se poursuivre et à accentuer son différentiel avec les autres départements de la région (source : INSEE, Omphale 2010 scénario central).

Cette croissance de la population, qui contraste avec la situation des autres départements de la région et fait de l'Indre-et-Loire un territoire à forte densité urbaine, va de pair avec un indice de vieillissement et un taux de mortalité moindre que ceux observés au niveau régional mais supérieur à ceux constatés au plan national.

Population au 1^{er} janvier 2012 (recensement 2009)

	TOTAL	moins de 20 ans	%	de 20 à 59 ans	%	de 60 à 74 ans	%	75 ans et plus	%
Indre et Loire	588 420	142 384	24,2	306 487	52,1	82 972	14,1	56 577	9,6
Tours	343 679	83 041	24,2	184 585	53,7	45 663	13,3	30 390	8,8
Amboise Château-Renault	109 767	28430	25,9	56 836	51,8	15 216	13,8	9 285	8,46
Chinon	82 343	19 269	23,4	40 014	48,6	13 062	15,9	9 998	12,1
Loches	52 631	11 644	22,1	25 052	47,6	9 030	17,2	6 904	13,1
région CVL	2 538 590	610 262	24,0	1 300 221	51,2	373 185	14,7	254 922	10,0

Source : Insee, recensement de la population

Le département d'Indre-et-Loire se caractérise par :

- **24,20%** de sa population âgée de moins de 20 ans (contre 24,04% en région Centre)
- **52,08%** de sa population âgée de 20 à 59 ans (contre 51,22% en région Centre)
- **23,72%** de sa population âgée de 60 ans et plus (24,74% en région Centre)



Il convient de retenir que l'Indre et Loire est un territoire de fort contraste avec 77% de sa population concentrée sur le bassin Tours/Amboise et plutôt dynamique avec la tranche de population active 20-59 ans supérieure à la moyenne régionale.

Pour autant, les projections de l'INSEE mettent en évidence que la progression des personnes âgées en Indre-et-Loire sera supérieure au reste de la région (+25,75% contre 22,47% en région sur la période 2010-2040). Ce phénomène se constatera également pour les personnes âgées dépendantes dont l'augmentation sera de 17,6% en Indre et Loire contre 13,6% pour la région sur la même période.

Le département d'Indre et Loire connaîtra donc une modification profonde sa structure en à l'horizon 2040 :

- **La population de moins de 20 ans ne représenterait plus que 22,4% de la population (24,2% aujourd'hui),**

- La part des personnes âgées de 60 ans et plus s'élèverait à 32% (contre 22,6% en 2007) et celle des 80 ans et plus à 10,8% (contre 5,4% en 2007).

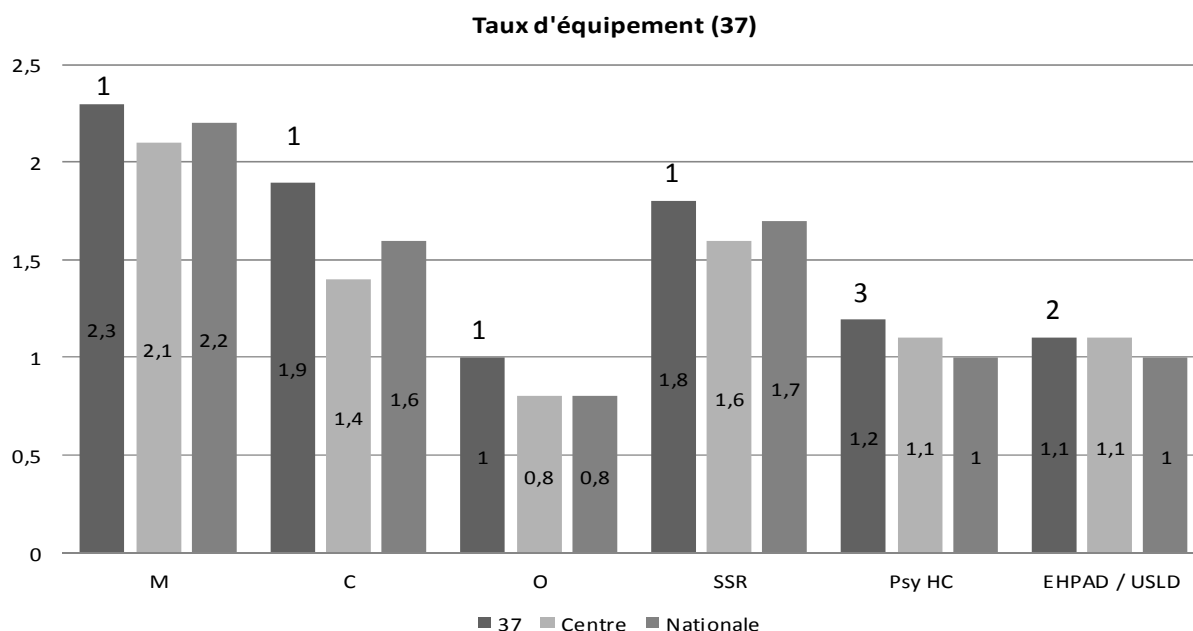
Cette évolution aura nécessairement une incidence sur les besoins de santé à satisfaire au regard des pathologies liées à l'âge (maladies neurodégénératives, tumeurs, maladies cardiovasculaires...).

Pour répondre à cette évolution prévisionnelle des besoins liés au vieillissement de la population, le département dispose d'une offre de soins caractérisée, au niveau ambulatoire par une densité de médecins généralistes et spécialistes supérieure à la moyenne régionale (densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants en Indre et Loire, 116 contre 92 pour la région Centre Val de Loire, pour les médecins spécialistes, 103 en Indre et Loire contre 73 en région Centre Val de Loire).

Pour autant cette situation qui pourrait être perçue de façon positive masque des inégalités territoriales fortes notamment sur le secteur sud Lochois et au nord du département où le nombre de médecins généralistes et spécialistes apparaît insuffisant voire très insuffisant.

Les engagements pris à travers le Pacte Territoire Santé pour lutter contre les « déserts médicaux » a permis de cibler les zones prioritaires qui servent de référence aux étudiants souhaitant s'installer à terme dans ces bassins de vie et bénéficier d'un contrat d'engagement de service public. Ce dispositif qui peut s'adresser aux maisons pluridisciplinaires de santé contribue à répondre à un besoin non satisfait qui pèse aujourd'hui sur de nombreux cantons du département.

En ce qui concerne l'offre hospitalière, l'Indre-et-Loire présente un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale et nationale même si cette affirmation doit être tempérée pour l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) au regard de l'implantation sur ce territoire de services spécialisés à vocation régionale voire extra régionale.



Extrait du Programme Territorial de Santé d'Indre-et-Loire 2013-2016, validé par le Directeur Général de l'ARS CVL le 22 novembre 2013.

MCO/SSR/Psy : taux d'éq. pour 1000 hab

EHPAD/USLD : Tx d'éq. Pour 10 hab de + de 75 ans

METHODE

1. Les principes généraux

Le Projet Médical Partagé Touraine-Val-de-Loire se construit avec les professionnels de santé des établissements parties, associés et partenaires. Selon le Code de Santé Publique, Article R.6132-4. « Le PMP est élaboré pour une durée maximale de 5 ans. »

La finalité de ce projet médical partagé réside dans le but d'améliorer le chaînage de soins inter-établissements. Ce projet ne se résume pas à une liste de parcours de soins déjà étudiés mais à présenter surtout une méthode de travail pour couvrir les 5 ans de ce PMP.

Ce projet médical se veut donc évolutif pour adapter ses actions au plus près des évolutions de l'état de l'Art, des innovations diagnostiques et thérapeutiques, des restructurations attendues et d'actualisation de la planification régionale du PRS II.

Il s'agit bien d'une démarche maîtrisée et participative afin de trouver ensemble la bonne idée à mettre en œuvre au moment opportun pour l'utilisateur et les professionnels de santé.

Le succès d'un tel travail repose sur trois fondements :

- **L'adhésion de tous les acteurs aux Principes suivants :**

- Respecter les spécificités culturelles de chaque bassin de vie,
- Donner un sens à l'action,
- Partager le même référentiel,
- Maintenir une communication permanente.

- **La qualité de la Méthode engagée :**

Depuis les objectifs visés jusqu'aux résultats obtenus, il nous faut à la fois engager les moyens nécessaires pour rendre le projet pertinent et contraindre ces mêmes moyens pour le rendre efficient.

Ce projet médical est avant tout l'aboutissement d'une méthode validée, confirmée par le travail mené sur 10 parcours de soins déjà engagés mais aussi un engagement d'avenir pour s'approprier d'autres thématiques médicales en fonction de l'adaptabilité dont le GHT TVL devra faire preuve face à l'évolution de l'état de l'Art de la Médecine, aux innovations diagnostiques, thérapeutiques et technologiques.

- **La mise en œuvre des actions retenues :**

- Cette phase de déploiement et de réalisation des actions s'inscrit dans le cadre du suivi du travail des groupes Parcours de soins. La concrétisation des orientations retenues par les équipes nourrira la confiance installée parmi les membres du GHT.

Un échéancier sera établi pour chaque action et un référent Projet désigné afin Réflexion et Questionnement deviennent Réalité et Partage.



LA DEMARCHE GENERALE retenue pour l'élaboration des tome I, II et III du Projet Médical Partagé fut **RESOLUMENT PARTICIPATIVE**.

Les équipes médicales concernées par les objectifs médicaux et les filières (tome I) puis par les parcours de soins (tome II) ont participé à la validation de la METHODE qui sera utilisée tout au long des 5 ans de durée de ce PMP pour travailler sur les Parcours de Soins.



LA METHODE DE TRAVAIL DES PARCOURS DE SOINS a été mise en place dès 2016 (réf. PMP-tome II – p.15 à p.20) pour les dix premiers parcours jugés prioritaires.

Cette démarche a été qualifiée de satisfaisante par les professionnels de santé sur les critères suivants :

- Dispositif léger peu contraignant (nombres de réunions restreintes),
- Propositions d'actions concrètes, pratiques,
- Retour de l'équipe GHT auprès des pilotes des groupes Parcours

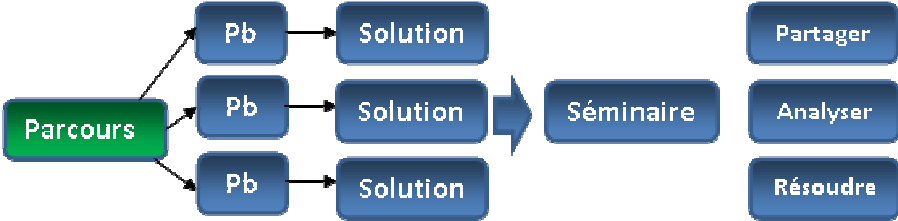
Cette méthode sera la méthode de référence pour travailler sur les parcours de soins à venir.

Ce PMP n'est pas exhaustif des actions à mener. Sa légitimité réside dans la méthode testée en 2016 qui amène les professionnels de santé médicaux à réfléchir sur des parcours de soins à améliorer et des actions à proposer.

2. La méthode de travail sur les parcours de soins

Le déroulement de la méthode est la suivante :

Temps 1	Repérage et identification des parcours de soins auprès des établissements parties, associés ou partenaires par l'équipe GHT au cours de réunions avec les professionnels de santé dans chaque bassin de vie.
Temps 2	La liste des parcours de soins est validée par le Collège Médical du GHT.
Temps 3	Chaque parcours de soins fait l'objet d'un groupe de travail multidisciplinaire et multi établissements du GHT. Chaque groupe est conduit par un binôme pilotes.

Temps 4	Réunion Méthode Équipe GHT –Pilotes : Ce temps est l'un des plus importants de la méthode puisqu'il va permettre aux pilotes des groupes de cerner le cadre de leur mission selon les consignes mentionnées au point suivant.
Temps 5	<p>Un séminaire de restitution est programmé annuellement.</p>  <p>Chaque binôme pilote présentera les conclusions du groupe selon la maquette suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Le contexte du Parcours de soins travaillé : chiffres d'activité, indicateurs... ■ Les problèmes identifiés de coordination inter-établissement : fréquence du dysfonctionnement, intérêt de le résoudre... ■ Les objectifs d'amélioration et/ou de résolution du problème ■ Les actions à mener ■ L'échéancier des actions à mener et les référents à identifier. <p>Les participants de ce séminaire sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Les directeurs des établissements de santé membres du GHT, ■ Les directeurs de soins, ■ Les présidents de CME ■ Les membres des groupes de travail <div data-bbox="339 1227 1404 1574" style="border: 1px solid blue; padding: 10px; margin-top: 20px;"> <div style="display: flex; align-items: center; margin-bottom: 10px;"> <div style="width: 20px; height: 10px; background-color: #00a0e3; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 20px; height: 10px; background-color: #008000; margin-right: 5px;"></div> <div style="width: 20px; height: 10px; background-color: #ffa500; margin-right: 5px;"></div> </div> <p>Le Triple objectif du SEMINAIRE :</p> <p>PARTAGER les retours des groupes de travail,</p> <p>ANALYSER par « regards croisés » les problèmes identifiés,</p> <p>RESOUDRE collégialement ces problèmes à partir des actions proposées et d'un échéancier de mise en œuvre.</p> </div>
Temps 6	Présentation des conclusions de travail des groupes parcours au Collège Médical du GHT.
Temps 7	<p>Suivi / mise en œuvre / évaluation des actions :</p> <p>Les actions ciblées seront attribuées pour mise en œuvre aux établissements concernés et à leurs différentes directions. Un point régulier sera réalisé entre l'équipe coordonnatrice du GHT TVL et les participants aux groupes de Gestion Partagée composés des directions Achats/logistique, SIH, RH personnel non médicaux, soins et Écoles/formations.</p> <p>Un calendrier de rencontres sera ainsi programmé incluant également la direction des</p>

	<p>Affaires Médicales et la direction Qualité du CHRU de Tours ainsi que le Médecin coordonnateur du DIM de territoire.</p> <p>Certaines actions ne pourront être traitées que par les établissements membres, parties, associés et partenaires du GHT, compte tenu que le GHT ne dispose pas d'une personnalité morale, à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L'instruction des dossiers de demandes de nouvelles autorisations ou de reconnaissance d'activité conformes au projet médical des établissements membres ▪ Lorsque l'action concerne l'organisation interne en propre d'un établissement membre du GHT.
--	--

La grille de Méthode décrite au temps 4 sera reconduite chaque année pour ouvrir des travaux sur d'autres Parcours de Soins.

Le suivi et l'évaluation de ces nouveaux travaux et de leur mise en œuvre viendra s'agréger à l'ordre du jour des réunions de suivi.

Le succès du PMP réside en la capacité de fédérer les communautés médicales des établissements membres et de coordonner le travail des groupes qui s'exprimera à des temps différents d'avancement tout au long des 5 années à venir.

3. Les consignes aux Groupes Parcours

■ Chaque groupe de travail ne travaillera qu'un seul parcours de soins :

Pour autant et afin de prendre en compte les différences de prise en charge d'un bassin de vie à un autre, un même parcours de soins peut être travaillé par bassin de vie et son groupe sera piloté par l'établissements de soins de proximité.

Le groupe doit être pluri-professionnel, pluridisciplinaire et pluri-institutionnel.

Les représentants des usagers, les représentants des instances de l'établissement ou du GHT, les acteurs de la médecine de ville peuvent intégrer le groupe de travail.

Il est recommandé que le médecin DIM de l'établissement participe au groupe de travail.

Comme déjà mentionné, les discussions au sein du groupe doivent rester confraternelles, bienveillantes et non culpabilisantes. Les discussions sur la compétence professionnelle, la compétence des établissements et la pertinence des actes diagnostiques et thérapeutiques prescrits ou demandés sont sans objet dans les groupes de travail. L'anonymat des patients devra être respecté.

Le calendrier des réunions sera défini lors de la première réunion. Il devra prendre en considération l'échéance du 17 NOVEMBRE 2016, date du séminaire de restitution.

Chaque réunion fait l'objet d'une feuille d'émargement et d'un relevé de conclusion. (ANNEXE II)

■ Constitution du Groupe Parcours :

Chaque groupe sera mené par un binôme pilote (médecin et profession médicale, paramédicale ou administrative).

Les pilotes sont titulaires de leur poste au sein de leur établissement et leur désignation est validée par le directeur de l'établissement.

Les pilotes constituent leur groupe de travail, coordonnent la démarche, peuvent déléguer des tâches au sein du groupe (rédacteur, rapporteur,...).

Le groupe valide le compte-rendu de chaque réunion.

■ Critères de choix des dysfonctionnements :

Une maquette reprenant les grandes étapes d'un parcours de soins est le support de travail. Cette maquette d'aide à la discussion intègre également des rubriques innovantes et des vides afin de permettre au groupe une liberté de réflexion. Le groupe de travail identifie les points de dysfonctionnement pour un nombre limité de rubriques d'un parcours de soins compte tenu des délais impartis. Le pilote et son groupe de travail aidés par le médecin DIM et la direction Qualité de l'établissement identifie dans le parcours de soins les étapes qui impliquent plusieurs services ou structures appartenant à des établissements différents au sein du GHT TVL.

L'étude de quelques dossiers Patient, d'indicateurs ou de documents listés ci-dessous pourront permettre d'objectiver les points de rupture ou de dysfonctionnement du parcours en tant que de besoin.

La démarche est rétrospective.

■ Liste des documents et/ou indicateurs pouvant contribuer à objectiver le(s) dysfonctionnement(s) dans le parcours de soins :

Les DMS longues et leurs causes

Le taux de ré-hospitalisation précoce

Les Retours d'Expérience

Les plaintes patient/famille

Les inadéquations de prise en charge par rapport au guide de bonnes pratiques

Les dossiers Patient

■ Les critères de choix des dossiers Patient :

Le séjour doit être complexe, pluri-professionnel, pluridisciplinaire et dans tous les cas pluri-établissements,

Les parcours à travailler traitent des thématiques identifiées prioritaires par le COPIL du 8 septembre 2016,

Les problèmes à identifier concernent l'articulation des prises en charge uniquement entre établissements parties, associés ou partenaires du GHT TVL.

■ Les critères de choix des dysfonctionnements au sein des parcours de soins :

Le dysfonctionnement est fréquent,

Le dysfonctionnement constitue une perte de chance pour le patient.

■ Quelques étapes inter-établissement potentiellement source de dysfonctionnements sont données à titre d'exemple :

Le transfert en urgence d'un établissement de proximité vers un établissement de recours,

Le transfert programmé d'un établissement de proximité vers un établissement de recours,

Le passage non justifié par le SAU lors d'un transfert inter-établissement,

L'accès à un plateau d'imagerie en urgence,

L'accès à un plateau d'imagerie programmée,

L'information au patient et à sa famille en tant qu'acte de bienveillance.

Les éléments du socle commun :

Le partage de l'information médicale

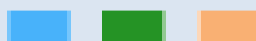
La communication

La politique des postes médicaux partagés

La mutualisation des formations médicales et paramédicales

Le renforcement des liens structurels inter-hospitaliers

Fluidifier l'accès aux équipements lourds d'imagerie (scanners, IRM) et à l'échographie.



Les missions du Groupe de travail ou « Groupe Parcours » :

- **REPERER** les points de rupture ou les dysfonctionnements dans les prises en charge de patients qui nécessitent l'intervention de plusieurs services ou structures d'établissements au regard d'un parcours idéal, (Recommandations HAS, sociétés savantes)
- **IDENTIFIER** les causes de ces dysfonctionnements,
- **PROPOSER** des objectifs atteignables à mettre en œuvre pour y remédier,
- **PRIVILEGIER** des actions simples, réalisables selon un calendrier.

LES OBJECTIFS STRATEGIQUES

Les objectifs stratégiques forment le socle commun à tous les travaux initiés dans le cadre des filières de soins. Ils concernent essentiellement le partage et l'échange de l'information médicale entre les professionnels de santé et la répartition des effectifs médicaux au sein du GHT TVL.

1. Améliorer le partage de l'information médicale

■ La mise en œuvre du Dossier Médical Partagé fin 2017

Le territoire de santé 37 est site pilote de ce dispositif déployé par la CNAMTS.

L'utilisation nationale d'un seul identifiant pour chaque patient sur l'ensemble du territoire, l'INS/C ou NIR est attendue.

■ La mise en œuvre d'une messagerie sécurisée de santé à la fin 2017

■ La mutualisation des images d'Équipement d'Imagerie en coupes

Construit dans une démarche participative et concertée, fruit d'une lente maturation le projet de Mutualisation des Images en Région CVL (projet MIRC) s'organise autour de 3 modules :

- L'archivage externalisé : permettre de stocker sa production d'images chez un hébergeur de données de santé agréé,
- Le partage et la diffusion des examens afin d'éviter les redondances d'examens, de limiter l'irradiation du patient,
- La gestion et la diffusion de l'image (module PACS).

Ce dispositif permettra de réduire les coûts induits par chacun de son archivage des données, de fiabiliser la conservation de celles-ci. Il permet également un décroisement entre établissements de santé et entre Médecine de ville et hospitalière.

Il est le pré requis indispensable à la bonne mise en œuvre du dossier médical partagé du GHT 37 et un des objectifs du SROS Télémédecine.

2. Faciliter la communication entre les professionnels de santé du GHT

Faciliter la communication est un facteur clé d'amélioration de la prise en charge et du parcours soins du patient. Les médecins militent pour l'accès à un annuaire partagé (emails et téléphones).

Les réunions des groupes de travail ont été appréciées par tous. Elles ont permis d'établir un dialogue et de mieux connaître et comprendre la place de chacun dans les parcours soins.

Les médecins souhaitent conserver ces échanges dans le cadre des travaux de mise en œuvre du PMP.

3. Conduire une politique médicale de GHT

La coopération inter-établissement a pour objectif de maintenir des compétences spécialisées dans les bassins de vie. Des coopérations existaient avant le PMP. Certaines seront à développer, d'autres à initier au regard des restructurations attendues de l'ODS.

Ces coopérations concernent des activités diverses, chirurgie, oncologie, neurologie...Elles sont mentionnées aux chapitres 3 et 4 de ce projet médical.

Dans sa stratégie d'implantation territoriale, la Faculté de médecine de Tours a entrepris une démarche proactive d'ouverture des établissements parties du GHT à l'accueil d'étudiants en médecine. Cette démarche a été initiée avec le CH de Chinon et une convention est en cours de finalisation entre les deux parties.

Sous réserve d'un projet pédagogique validé, 12 étudiants en médecine de 5^{ème} année (DFASM2-MM2) seront accueillis par période de 6 semaines au CH de Chinon dès la rentrée 2017 dans les services de médecine, gériatrie aigüe, urgences, maternité et psychiatrie.

Il s'agit de contribuer à tisser des liens entre les générations futures de Médecins et leur territoire de santé.

4. Mutualiser les formations médicales et paramédicales

Les médecins s'accordent pour demander que le plan de formation médicale et paramédicale profite à tous. Il devrait donc être concerté et cibler des thématiques d'enjeu prioritaire afin soit de développer une activité (soins palliatifs), soit de permettre une acquisition de compétences nouvelles (télémédecine).

5. Renforcer les liens structurels inter-hospitaliers

Les fédérations médicales inter-hospitalières sont de nature à favoriser l'éclosion des pôles inter-hospitaliers qui contribueront à l'identification et à la fluidité des parcours de soins et, le cas échéant, à constituer des équipes médicales communes.

À ce jour il existe :

- La FMIH de gynécologie-obstétrique entre le CHU et le CHC,
- La FMIH de soins palliatifs entre le CHU et CHLy (FIHUSP),
- La FMIH d'addictologie entre le CHLS et le CHU (FMIA 37),
- La FUIHMRP de Médecine Physique et de Réadaptation entre le CHRU et le CHIC.



Les objectifs stratégiques :

Socle commun à toutes actions des groupes parcours de soins

- **Mettre en œuvre le Dossier Médical Partagé fin 2017**
- **Mettre en œuvre la messagerie sécurisée de santé en fin 2017**
- **Mutualiser les images d'Imagerie en coupe**
- **Faciliter la communication entre les professionnels de santé du GHT**
- **Conduire une politique médicale de GHT**
- **Mutualiser les formations médicales et paramédicales**
- **Renforcer les liens structurels inter-hospitaliers**

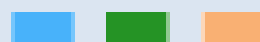
FILIERES DE SOINS / PARCOURS DE SOINS / DISPOSITIFS : DEFINITIONS

1. Filière de soins

L'ANAP reconnaît l'absence de référentiel uniforme et mène une réflexion plutôt d'ordre méthodologique sur la construction de filières de soins en croisant les différentes approches que les différents PMP ont déjà donné à ces filières :

- Filières par grandes familles de pathologies (l'insuffisance rénale, la santé mentale,...)
- Filières par rapprochements populationnels (les jeunes, les personnes âgées,...)
- Filières par modes de prises en charge (consultations, soins de suite, soins postcritiques...).

Nous présenterons donc les définitions des mots « FILIERE DE SOINS » et « PARCOURS DE SOINS » qui prévalent au PMP du GHT Touraine-Val de Loire.



Une **FILIERE DE SOINS** embrasse le champ d'une **DISCIPLINE MEDICALE** :

1. **MEDECINE**
2. **GERIATRIE**
3. **URGENCES**
4. **SANTE MENTALE ET ADDICTOLOGIE**
5. **PERINATALITE**
6. **ONCOLOGIE – SOINS PALLIATIFS**
7. **CHIRURGIE – ANESTHESIE – REANIMATION**

Ces filières de soins ont été définies dans le tome 1 du PMP validées par l'ARS CVL. (ANNEXE I)

Chaque filière de soins ainsi définie dans notre travail est large et plurielle. Ces filières permettent de repérer et d'organiser des typologies de parcours depuis l'ODS de proximité (médecine de Ville) vers le 1^{er} recours (ES de proximité) et le niveau de référence (Plateaux techniques spécialisés).

Les groupes de travail concernant les plateaux médico-techniques tels que **l'IMAGERIE, la PHARMACIE et la BIOLOGIE** s'inscrivent dans une approche transversale et auront toute leur place dans l'étude de chaque parcours de soins.

La mise en place du **DIM unique de territoire** ne relève pas d'une filière de soins à proprement parlé.

CHAQUE FILIERE DE SOINS FOURMILLE DONC DE PARCOURS DE SOINS.

2. Parcours de soins



Le **PARCOURS DE SOINS** du GHT Touraine-Val de Loire s'entend comme la succession d'événements que va vivre le patient, sa famille et les professionnels de santé impliqués dans sa prise en charge au cours de son hospitalisation.

Il est défini par pathologie ou par ensemble de pathologies.

Il recouvre à la fois la carte de l'Offre de Soins actuel, sa dynamique, ses forces et faiblesses et ses challenges.

Pour être efficient, le parcours de soins doit être fluide, lisible, cohérent, coordonné et sécurisé.

Le parcours de soins doit tendre vers les prises en charges les plus adaptées en fonction des besoins du patient selon les référentiels en cours. (Sociétés savantes, recommandations HAS)

Or ce parcours connaît des zones de faille, des points de rupture et sera d'autant plus complexe que devront intervenir des professionnels de santé différents, des services différents ou encore des établissements différents ayant chacun leur propre culture du soins, leur propre logique, leur propre organisation et leur propre logistique.

La fluidité de ce parcours, la correction des maillons faibles, la mise en œuvre des maillons manquants conditionnent l'efficacité de la prise en charge de l'utilisateur de la santé.

3. Dispositif de soins

Un dispositif est l'ensemble des établissements et institutions sollicités lors des différentes étapes du parcours d'un patient.

Ainsi nous pouvons retenir comme exemple la filière addictologie et le parcours de la prise en charge alcoolique dans lequel le patient aurait recours au CSAPA, à l'hospitalisation pour sevrage, aux services sociaux pour hébergement, à la prise en charge en santé mentale ou à la greffe hépatique... Nous ne pouvons que constater la diversité des intervenants et la complexité parfois de leur synchronisation dans l'action auprès du patient.



Un **dispositif**, dans le champ de la planification de l'ODS, est constitué de l'ensemble des établissements et institutions concourant à la mise en œuvre d'une politique de santé publique.



L'étude du parcours de soins dans le cadre du GHT s'attachera à **AMELIORER** l'articulation entre deux professionnels, deux services d'établissements différents ou encore à **REVISER** les règles de fonctionnement inter-établissements.

L'objectif est de **REPERER** les nœuds, incidents, dysfonctionnements, points de rupture qui nuisent à la sécurité ou à la qualité de la prise en charge afin d'y **REMEDIER**.

LES OBJECTIFS MEDICAUX

1. Le rappel des objectifs médicaux

Les objectifs médicaux ont été définis par filière de soins. (PMP, TOME I)

Chaque filière de soins rassemble de nombreux parcours de soins.

Chaque parcours de soins donnera lieu, autant que de besoin, à des actions d'amélioration dans le champ sanitaire, social ou médico-social.

FILIERE MEDECINE – GERIATRIE

- Fluidifier les parcours de soins
- Diversifier les parcours de soins
- Adapter l'offre de soins à la personne âgée

FILIERE ONCOLOGIE – SOINS PALLIATIFS

- Faciliter la PEC thérapeutique
- Faciliter la PEC palliative au plus près du lieu de vie du patient
- Prendre en considération la prévalence des cancers des PA

FILIERE DE PERINATALITE

- Doter les services des moyens nécessaires afin de développer le dispositif PReGnanT.SEE
- Reconnaître un centre de PEC Parent/Enfant autour de la grossesse
- Améliorer le dépistage et la prise en charge de l'alcoolisme chez la femme enceinte
- Conforter et améliorer la structure parents-enfants au CHLS

FILIERE DE SANTE MENTALE ADULTE

- Améliorer la PEC post urgence
- Diversifier l'ODS pour répondre aux nouveaux besoins
- Conforter le lien « court séjour / SSR spécialisés »
- Compléter l'ODS par des lits de sevrage de niveau II

FILIERE DE SANTE MENTALE ENFANT ET ADOLESCENT

- Améliorer la PEC des jeunes enfants dès le SAU
- Améliorer la PEC des adolescents par rapport à des difficultés spécifiques

FILIERE URGENCES

- Sensibiliser les SAU sur le rôle et les missions de l'IML
- Fluidifier et accélérer le parcours direct vers UNV
- Augmenter l'ODS en UNV par diminution de la DMS en fluidifiant son aval

- Mise en cohérence des plans blancs

FILIERE CHIRURGIE – ANSTHESIE ET REANIMATION


- Poursuivre le virage ambulatoire
- Maintenir une ODS et réexaminer les capacités en lits et places
- Rendre les conditions de travail plus attractives
- Pérenniser les postes ARE
- Partager les mêmes procédures de recrutements au sein des établissements du GHT_TVL

FILIERE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE

- Faire évoluer l'offre en SSR non spécialisés vers des PEC spécialisées manquantes
- Diversifier l'ODS SSR gériatrique pour mieux répondre aux besoins en réadaptation du patient
- Développer l'ODS SSR ambulatoire
- Réaffirmer l'urgence de la PEC des Troubles du Comportement Alimentaire

2. Les enjeux du PMP

Durant les 5 ans à venir le GHT TVL devra se mobiliser pour chaque filière de soins selon le questionnement suivant :



Les enjeux du PMP

Comment concilier ODS de proximité et Garantie de sécurité de prise en charge ?

Comment dans ce challenge redéfinir si besoin l'ODS de proximité ?

Quels sont les leviers existants et innovants à mobiliser pour « déverrouiller » l'ODS en aval de la PEC sanitaire ?

Comment s'inscrire dans le virage ambulatoire en synchronisant les réponses des services d'aval à la PEC sanitaire sinon le succès ne sera pas au rendez-vous ?

Quels dispositifs nous permettront demain de mieux répondre à l'augmentation de certaines pathologies dans certaines filières comme celle de la santé mentale ?...

LES OBJECTIFS EN MATIÈRE D'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA SÉCURITÉ DES SOINS

1. La politique qualité / gestion du risque du GHT TVL

La politique qualité/gestion des risques mise en place au sein des établissements sanitaires et médico-sociaux du GHT TVL repose sur la cohésion et l'implication des professionnels en charge de la dynamique qualité.

■ Le premier séminaire « Qualité – GHT » fondateur de la démarche :

Il a eu lieu le 06 juillet 2016.

L'objectif était de réunir l'ensemble des acteurs de la qualité afin de présenter des thématiques transversales de travail.

Parallèlement, un questionnaire qualité /Gestion Du Risque a été adressé à l'ensemble des membres du GHT afin de réaliser un état des lieux de la politique qualité, son déploiement dans chaque structure et ainsi de faire émerger les besoins et attentes de chacun.

En liminaire, il est apparu essentiel à tous de respecter le dimensionnement et la personnalité de chaque établissement et sa place dans son environnement.

Il est aussi important de répondre aux attentes des professionnels de santé d'EHPAD ainsi qu'à leurs résidents en termes de qualité et sécurité des soins qu'à celles et ceux du secteur sanitaire.

La structuration nécessaire et commune des démarches Qualité des établissements du sanitaire en vue d'une démarche de certification commune à compter de 2020, ne doit pas minorer le développement des plans d'amélioration de la qualité définis par les évaluations externes des démarches d'accréditation du médico-social.

C'est le **principe de solidarité et de complémentarité** dans la démarche qualité qui prévaut, et devra permettre à chacun d'évoluer dans ses actions soutenues par le groupe.

L'état des lieux a mis en relief :

- *La nécessaire implication du corps médical dans la démarche, la proximité des équipes pour des établissements à « taille humaine » et la collaboration de l'encadrement,*
- *Des niveaux d'appropriation différents des outils et méthodes Qualité avec souvent une gestion manuelle des fiches d'évènements indésirables chronophage.*

Afin d'accompagner chaque établissement dans une démarche commune et malgré tout personnalisée, il a été décidé d'organiser régulièrement des rencontres Qualité au niveau du GHT TVL. Le secrétariat de ce groupe étant porté par les directions Qualité du CH de Chinon et du CHU de Tours. Ces rencontres auront lieu trois fois dans l'année, et seront organisées à tour de rôle dans l'ensemble des établissements du GHT

L'ordre du jour tiendra compte de l'actualité juridique, des demandes spécifiques de certaines structures et des thématiques communes ciblées par l'état des lieux.

À chaque rencontre, une partie du temps d'échanges sera consacrée à l'animation d'ateliers.

Les thématiques communes à développer seront :

- Le signalement des événements indésirables, leur circuit et gestion
- L'analyse des risques : outils et méthodes
- Le développement de la bientraitance
- L'élaboration d'un compte qualité commun
- La qualité de vie au travail

Pour permettre le déploiement de ces objectifs, il sera proposé à l'ensemble des établissements :

- D'utiliser les outils qualité/GDR déjà existants et mis en œuvre dans certains des établissements. Pour ce faire, il sera constitué une base de données mise à disposition
- D'assister aux formations internes proposées par certains des établissements (CREX, cartographie des processus, audit interne...)
- De solliciter les établissements qui forment des auditeurs, pour pouvoir bénéficier de leur intervention.

Chaque année, un bilan de l'activité de ce groupe sera produit et présenté aux instances.

2. Les valeurs des professionnels de santé dans les travaux du PMP

La qualité des soins doit passer également par l'engagement de valeurs fortes de la part des professionnels :

■ La confiance et la communication :

Les réunions de groupes de travail ont permis aux nombreux professionnels médicaux qui nous ont rejoints de se rendre compte que leurs préoccupations étaient souvent partagées par d'autres, de se retrouver autour d'un même socle commun, moteur indispensable dont dépend le succès du travail partagé.

Ce socle commun, qui sera développé ci-après selon la partie qui le concerne, renferme :

- Faciliter la communication entre médecins par la mise en cohérence des systèmes informatiques afin d'accéder aux informations du DMP dans un premier temps, puis du DPP (données cliniques, biologiques et radiologiques) selon les différents lieux de prise en charge du patient,
- Conforter l'offre de proximité et maintenir des compétences médicales spécialisées,
- Construire une offre de formation médicale et paramédicale continue et diversifiée commune.

■ L'innovation

Les innovations en santé pourraient être réparties en 3 domaines, à savoir :

- L'innovation diagnostique et thérapeutique, s'inscrivant dans le champ de la recherche,

- L'innovation technologique et numérique, trouvant son application en télémédecine en région par le dispositif MIRC. Il s'agit là du partage des données de santé qui est une des grandes priorités à mettre en œuvre afin de permettre la réalisation des actions portées par ce projet médical partagé.
- L'innovation organisationnelle et comportementale, s'intéressant aux nouveaux modes d'exercice et de prise en charge, parcours de soins coordonnés, dossier médical partagé, plateformes de suivi à distance, éducation thérapeutique, patient connecté, solutions de e-santé ayant un impact sur l'organisation et les comportements. Cette recherche organisationnelle pour ce qui nous occupe est de l'ordre du « comment mieux soigner ensemble ? Quelles actions et quels moyens pour une fluidification du parcours de soins ? ». Le projet médical rejoint là les objectifs portés par le projet de soins et de la qualité.

Certains des projets présentés sont issus d'une projection dans l'offre de soins de demain. Ils anticipent à ce titre les contours du futur PRS Centre-Val de Loire. Il en est ainsi notamment pour des structures de prise en charge des parcours de soins de gériatrie, d'oncologie, de SSR, de psychiatrie.

■ L'éthique

L'hôpital est un lieu de vie comme un lieu de mort. Il brasse une population plurielle. Le soin y a des droits. Il nous appartient d'ajuster aux coutumes et mœurs des usagers dans un seul objectif « guérir sinon soigner ».

- Pour cette raison, **l'Espace de Réflexion Éthique de la région Centre-Val de Loire (ERERC)** sera associé à nos réflexions sur l'élaboration des parcours de soins.

Dans le cadre du projet médical partagé du GHT Touraine Val de Loire, la réflexion éthique a toute sa place. Les questions qui se posent aux professionnels, quelle que soit leur fonction au sein de l'établissement, aux usagers, patients ou résidents sont nombreuses. Comment trouver la juste attitude envers un patient ou résident ? Cela signifie savoir, expérience et compétence professionnels, mais ce prendre soin de l'autre consiste aussi à faire des choix, prendre des décisions avec et pour le patient ou résident, avoir des comportements, des attitudes et des habitudes adaptées à la personne singulière soignée. Il ne s'agit pas d'une éthique construite, issue d'une réflexion rationnelle, appliquée par l'extérieur, mais d'une conduite qui oriente vers le bien d'une personne, donne sens au soin, discerne la fin à poursuivre, fait des choix parmi les moyens disponibles et qui ne peut se passer d'une réflexion. Tout professionnel est confronté à de nombreuses questions qui semblent ne pas poser de problème, pourtant certaines décisions ne vont pas de soi. Et, à la réflexion, de très nombreuses attitudes et habitudes peuvent ou doivent être questionnées.

Aucune loi ou réglementation ne définit le fonctionnement d'une structure éthique dans un établissement sanitaire, médico-social ou social. L'ANESM propose des recommandations pour la mise en œuvre d'une démarche éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. Le manuel de certification des établissements de santé demande d'intégrer la réflexion et le questionnement éthique : les projets de l'établissement prennent en compte la dimension éthique de la prise en charge (critère 1c).

Ainsi plusieurs établissements ont mis en place un lieu de réflexion éthique :

ES	REFERENTS
CHRU de Tours	Dr Béatrice Birmelé
CHIC	Dr Mathieu Chicoisne Mme Véronique Thomas, directrice de soins
CHL	Dr Isabelle Berger
CHC	Dr Sylvain Cantagrel Dr Agnès Helie
ASSAD-HAD en Touraine	Mr Tony-Marc Camus, directeur
Centre BOIS GIBERT	Dr Magalie Hénault, Dr Catherine Denis
EHAPD Semblançay/La Membrolle	Dr Rivière Mme Françoise Adiceom, cadre
Clinique Ronsard	Dr Hélène Villain
Clinique de Vontes & Champgault	Dr Gilles Aspe

Chaque structure a un fonctionnement singulier et propre selon l'historique de l'établissement et des personnes impliquées dans la démarche. Il est essentiel que cette activité se poursuive de cette manière, permettant une proximité avec les professionnels de terrain.

Mais il est possible et souhaitable d'envisager des liens plus étroits entre ces structures dans le cadre du GHT, permettant des partages d'expériences, voire un réseau entre les structures éthiques et les professionnels engagés dans cette démarche.

Différentes activités peuvent être envisagées en commun :

- **Partage d'expériences, de questionnements**
- **Échanges autour des différents modes de fonctionnement**
- **Réflexions sur une problématique commune**
- **Réflexion sur la communication autour de la réflexion éthique au sein des établissements, dans le GHT ?**
- **Réflexion sur l'accompagnement proposé au patient ou résident, une personne singulière, dans une continuité de prise en charge : prendre soin de lui lorsqu'il est pris en charge dans un établissement, accompagner ce « prendre soin » lors de son passage d'un établissement à une autre.**

Ce réseau et cette collaboration entre structures éthiques des établissements du GHT Touraine Val de Loire pourraient ainsi accompagner le parcours du patient ou résident, sans se substituer à la démarche faite par chaque structure éthique au sein de son établissement.



Éthique : Le dispositif GHT

- **Réunion annuelle entre les référents, voire entre les membres des structures éthiques, voire même plus largement entre et pour les professionnels intéressés et engagés dans la réflexion éthique dans leurs établissements respectifs**
- **Partage d'une plateforme sur un site internet, permettant d'échanger des informations sur les activités de chacun, les questionnements, les rencontres et réunions, les comptes rendus de réunions.**
- **Formations communes avec un intervenant extérieur**
- **Conférences d'un intervenant extérieur**

L'ORGANISATION PAR FILIÈRE D'UNE OFFRE DE SOINS GRADUÉE

1. La notion de TERRITOIRE

La notion de « Territoire » donne lieu à des définitions variées selon le cadre administratif de référence.

Simplement, pour ce qui concerne le GHT TVL, nous retiendrons le cadre suivant :

2. Le territoire de santé : le département

L'ARS du Centre a retenu les six départements de la région comme territoires de santé, notion administrative et opposable dans le cadre de la planification de l'offre de soins (article L.1434-9 du Code de santé publique (CSP)) et de l'installation des conférences de territoires.

Au-delà de cette définition juridique, le SROS doit aussi tenir compte des territoires dits « de proximité ».

Pour le volet hospitalier du SROS s'inscrit dans la continuité du précédent schéma sanitaire avec des établissements ou pôles de référence correspondant aux principales villes de la région, approche qui a été confortée par le choix de l'ARS de retenir le département comme territoire de santé.

Les territoires infra départementaux correspondent aux zones d'attractivité des établissements de santé installés dans les villes de sous-préfectures auxquelles s'ajoutent les zones de Gien et d'Amboise Château-Renault.

Pour le schéma de l'OFFRE DE SOINS AMBULATOIRES (Médecine de Ville), le territoire de proximité correspondant à un territoire de projet qui renvoie à un espace de coopération issu des volontés locales ; il n'est pas défini a priori et n'a pas vocation à être figé dans le temps.

Le département d'Indre-et-Loire est donc un le TERRITOIRE DE SANTE du GHT Touraine-Val de Loire.

3. Le niveau INFRA-TERRITORIAL

■ LE NIVEAU « PREMIER RECOURS » : LES BASSINS DE VIE

Ce niveau structure l'offre de soins de la Médecine de Ville de premier recours et l'articulation Ville-Hôpital de proximité.

« Les territoires de proximité, qui constituent le cadre géographique retenu pour la planification de l'offre de premier recours, sont les bassins de vie. »

Réf : PRS CVL 2012-2016, Document de Synthèse, p31.

Le bassin de vie est le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants classés en 6 domaines : services aux particuliers, commerce, enseignement, sports / loisirs et culture, transports et santé.

Le territoire d'Indre-et-Loire compte 16 bassins de vie. Réf. INSEE 2016.

■ LE NIVEAU « PROXIMITE » : LES ZONES D'ATTRACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DE PROXIMITE

Ce niveau correspond à la zone d'attractivité de l'établissement de santé installé dans les villes de sous-préfectures auxquelles s'ajoute pour l'Indre-et-Loire la zone d'Amboise-Château-Renault (Réf. SROS 2012-2016 ARS CVL) du pays Loire Touraine.

Les lits d'hospitalisation complète en Médecine et/ou les lits et places en Chirurgie hors Plateaux Techniques Hautement Spécialisés (PTHS) définissent l'OFFRE SANITAIRE DE PROXIMITE, aire géographique en couronne d'un établissement public de santé.

La richesse en offre de soins de chaque bassin de vie dépend de sa démographie en professionnels de santé, des autorisations et reconnaissances d'activité détenues par chaque établissement de santé, mais aussi de la qualité des liens inter-établissements afin que le patient puisse bénéficier du plateau technique d'établissement de recours si nécessaire.

L'étude des parcours de soins s'attachera principalement à identifier les dysfonctionnements inter-hospitaliers.

Notre aire géographique de référence sera donc les 4 Zones d'Attraction ZA (bassins de vie au titre de la Santé Publique et du PMSI) des établissements hospitaliers du niveau de proximité définies dans le tableau ci-dessous :

ZA	Amboise	Chinon	Loches	Tours
Établissement de Proximité	CHIC	CHC + CHSM	CHL	CHRU
Établissement de recours	CHRU	CHRU + (CHC et CHIC pour CHSM)	CHRU	CHRU
Établissement de Référence	CHRU	CHRU	CHRU	CHRU
Communes	37110 CHATEAU RENAULT 41400 MONTRICHARD 37530 NAZELLES NEGRON 37150 BLERE 37270 MONTLOUIS SUR LOIRE 37210 ROCHECORBON 37400 AMBOISE	86200 LOUDUN 37500 CHINON 37800 STE MAURE DE TOURAINE 37120 RICHELIEU 86120 LES TROIS MOUTIERS 37220 L'ILE BOUCHARD 37190 AZAY LE RIDEAU 37130 LANGEAIS 37140 BOURGUEIL 37420 BEAUMONT EN VERON	37460 GENILLE / MONTRESOR 37600 LOCHES 36290 MEZIERES EN BRENNES 37290 YZEURES SUR CREUSE / PREUILLY SUR CLAISE 37310 CHAMBOURG SUR INDRE 36700 CHATILLON SUR INDRE 37240 LIGUEIL 37350 LE GRAND PRESSIGNY 36360 LUCAY LE MALE 36240 ECUEILLE 36180 PELLEVOISIN	Les autres communes du département d'Indre-et-Loire

Commentaire : La commune de Descartes apparaît sur la zone d'attractivité du GHT 37 mais n'est rattachée à aucune zone d'attractivité d'établissement car la prise en charge hospitalière de ses habitants se fait principalement sur Châtellerauld.

Remarque : LE PAYS, au titre des Contrats Locaux de Santé, non superposable à la ZA n'est pas retenu dans notre travail.

■ LE NIVEAU DE RECOURS TERRITORIAL (NIVEAU DE REFERENCE) :

Le CHRU de Tours, établissement support du GHT TVL, est l'établissement de santé concerné puisqu'il dispose d'autorisations d'activité et d'équipements spécifiques dans le département en termes d'offre sanitaire publique.

Le CHC est également établissement de recours territorial pour le CH de Sainte-Maure-de-Touraine, les deux établissements sont concernés par la même ZA sur la base PMSI.

Le niveau de recours territorial concerne également et plus largement les activités des Plateaux Techniques Hautement Spécialisés. Ces activités sont strictement définies par voie réglementaire : chirurgie cardiaque, grands brûlés, neuroradiologie, neurochirurgie, greffes d'organes et greffes de cellules souches hématopoïétiques.

Ces pôles de référence, activités ciblées par le SIOS du Grand Ouest, drainent quant à eux une aire de recrutement régionale voir interrégionale.

Les zones d'attractivité du GHT 37





Les repères géographiques du GHT TVL :

- **Le département d'Indre-et-Loire est le TERRITOIRE DE SANTE du GHT Touraine-Val de Loire.**
- **Le BASSIN DE VIE, selon la définition de l' INSEE, concerne l'offre de soins de premiers recours, c'est-à-dire l'offre de soins de la Médecine de Ville.**
- **Toute commune dont les habitants, pour au moins 1%, ont été hospitalisés dans l'établissement de soins de proximité (toutes prises en charge confondues en MCO) est intégrée à la ZONE D'ATTRACTION (ZA) de cet établissement.**
Cette ZA dessine le BASSIN DE VIE au titre de la Santé Publique dans le référentiel PMSI. Il forme un maillage autour de l'établissement hospitalier de proximité.
- **Le CHRU de Tours est l'établissement de référence ou de recours territorial.**

PARTIE 2

LES PRINCIPES D'ORGANISATION DES ACTIVITÉS AU SEIN DE CHACUNE DES FILIÈRES AVEC LEUR DÉCLINAISON PAR ÉTABLISSEMENT

CAPACITES ET SECTEURS D'ACTIVITES DU GHT TOURAIN-VAL-DE-LOIRE

1. La répartition capacitaire des établissements du GHT TVL :

La répartition capacitaire est portée dans les tableaux suivants selon les champs d'autorisation.
Cette répartition est affinée selon les autorisations d'activités dans les fiches d'identité de chaque établissement en annexe de ce document.

■ RÉPARTITION DES LITS ET PLACES DES ÉTABLISSEMENTS PARTIES :

Les capacités du tableau ci-dessous sont extraites des « cartes d'identités » renseignées par les établissements parties du GHT 37.

GHT 37 Capacité en lits et places	MCO	SSR	PSY	EHPAD	USLD	SSIAD, ESAT, MAS	TOTAL
CHRU de Tours	1442	109	365	96			2012
CH du Chinonais	87	85	132	177	124	56	661
CH de Loches	74	30	15	225		75	419
CHIC d'Amboise Château-Renault	97	64	80	446		104	791
CH de Sainte-Maure-de-Touraine	14			254		91	359
CH de Luynes	10	70		210		26	316
Centre Hospitalier Louis Sevestre		140					140
TOTAL	1724	498	592	1408	124	352	4698

■ RÉPARTITION DES LITS ET PLACES DES ÉTABLISSEMENTS HAD ASSOCIES :

Les capacités du tableau ci-dessous sont extraites du Programme Territorial de Santé d'Indre-et-Loire 2013-2016, validé par le Directeur Général de l'ARS CVL le 22 novembre 2013.

HAD	LITS
HAD Val de Loire – LNA Santé	103
ASSAD-HAD en Touraine	104
TOTAL	207

■ RÉPARTITION DES LITS ET PLACES DES ÉTABLISSEMENTS SSR PARTENAIRES :

Les capacités du tableau ci-dessous sont extraites du Programme Territorial de Santé d'Indre-et-Loire 2013-2016, validé par le Directeur Général de l'ARS CVL le 22 novembre 2013.

SSR	LITS	PLACES	TOTAL
Centre de Médecine physique et de réadaptation fonctionnelle « Bel Air »	96	11	107
Centre de réadaptation cardiovasculaire « Bois Gibert »	92	23	115
Établissement de santé Le Courbat	56		56
Centre de réadaptation fonctionnelle « Le Clos Saint Victor »	90	12	102
TOTAL	334	46	380

■ RÉPARTITION DES LITS ET PLACES DES ÉTABLISSEMENTS PRIVÉS PARTENAIRES :

Les capacités du tableau ci-dessous sont extraites du Programme Territorial de Santé d'Indre-et-Loire 2013-2016, validé par le Directeur Général de l'ARS CVL le 22 novembre 2013.

ÉTABLISSEMENT PRIVÉ	PSY	USLD	TOTAL
Clinique Ronsard	113		113
Clinique psychiatrique des Domaines de Vontes et Champgault	135		135
USLD Psychiatrique La Confluence		120	120
TOTAL	248	120	368

Les capacités du tableau ci-dessous sont extraites du Programme Territorial de Santé d'Indre-et-Loire 2013-2016, validé par le Directeur Général de l'ARS CVL le 22 novembre 2013.

■ RÉPARTITION DES LITS ET PLACES DES EHPAD PARTIES :

EHPAD	LITS et PLACES	SSIAD	TOTAL
Bléré	231	62	293
Bourgueil	100		100
Langeais	79		79
L'Île Bouchard	83		83
Montlouis-sur-Loire	130	60	190
Richelieu	95		95
Saint Christophe sur le Nais	91		91
Semblançay/La Membrolle	169	57	226
Vernou-Sur-Brenne	84		84
TOTAL	1061	179	1241

■ Autres membres partenaires du GHT TVL :

ÉTABLISSEMENTS ASSOCIATIFS
Institut Régional de Formation Sanitaire et Sociale Centre de la Croix-Rouge
Maison Départementale des Adolescents
SOS MEDECINS TOURS

2. La répartition capacitaire des établissements HORS GHT TVL

Les capacités du tableau ci-dessous sont extraites du Programme Territorial de Santé d'Indre-et-Loire 2013-2016, validé par le Directeur Général de l'ARS CVL le 22 novembre 2013.

ETABLISSEMENT Capacité en lits et places	MCO (Dialyse)	SSR	PSY	USLD	EHPAD	TOTAL
Clinique Saint Gatien	177					177
Clinique de l'Alliance	203					203
Pôle Santé Léonard de Vinci	414	60				474
Clinique Jeanne d'Arc	70					70
Clinique du Val-de-Loire			62			62
Centre Malvau (<i>en cours d'adhésion</i>)		62				62
Clinique Velpeau		107				107
A.R.A.U.C.O	70					70
TOTAL	864 + 70	229	62			1155 + 70

EHPAD	LITS et PLACES
Abilly	114
Château la Vallière	110
Joué les Tours	237
La Celle Guénand	83
Ligueil	147
Preuilly Sur Claise	123
Villeloin-Coulangé	85
TOTAL	889

En 2017 :

Le GHT TVL compte 1931 lits et places MCO + HAD.

Les établissements hors GHT TVL comptent 934 lits et places en MCO + ARAUCO.

Le GHT TVL compte 832 lits et places en SSR.

Les établissements hors GHT TVL comptent 229 lits et places en SSR.

Le GHT TVL compte 2469 lits d'EHPAD.

Les établissements hors GHT TVL comptent 889 lits d'EHPAD.



Le GHT TVL, en quelques chiffres, concerne :

70% des lits et places MCO du territoire d'Indre-et-Loire.

93% des lits de prise en charge en santé mentale d'Indre-et-Loire.

78% des lits et places SSR du territoire d'Indre-et-Loire.

74 % des lits d'EHPAD du territoire d'Indre-et-Loire.

531 lits et places en SSIAD, ESAT et MAS.

244 lits en USLD soit la totalité de la capacité en lits.

LA PERMANENCE DES SOINS ET LA CONTINUITE DES SOINS

1. Extrait du PRS CVL / SROS 2012-2016

« La Permanence des soins en établissement de santé (PDSES) se définit comme l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence, la nuit (à partir de 20h le plus souvent, et jusqu'à 8h le lendemain matin), le week-end (sauf le samedi matin) et les jours fériés.

La PDSES concerne le seul champ de la Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale au sein des structures de médecine d'urgence des établissements ex-OQN.

Par conséquent, les hôpitaux locaux, SSR, USLD et psychiatrie ne peuvent donc pas relever du dispositif de PDSES. Les structures de médecine d'urgence des établissements ex-DG, les structures autorisées à l'activité de greffe (forfait) et les structures d'hospitalisation à domicile (activité) font l'objet d'un dispositif spécifique d'indemnisation des gardes et astreintes.

Les plateaux techniques hautement spécialisés (PTHS) appartiennent au réseau des urgences et relèvent à ce titre automatiquement du schéma cible de PDSES : toute ligne de garde ou d'astreinte en établissement de santé ne relève pas de la permanence des soins. En effet, une autorisation d'activité de soins nécessite une organisation de prise en charge continue des soins 24 heures sur 24. Cela définit la continuité des soins dont le financement est lié à l'activité par la rémunération des séjours d'hospitalisation.

La permanence des soins inclut des activités médicales réglementées, non réglementées et médico-techniques.

Les activités réglementées : certaines activités de soins autorisées sont assorties d'obligation de permanence des soins. Ce sont principalement :

- les activités de périnatalité, de gynécologie obstétrique,
- les réanimations adulte et pédiatrique, unités de surveillance continue et soins intensifs cardiologiques,
- les unités neurovasculaires,
- la cardiologie interventionnelle,
- la chirurgie cardiaque, neurochirurgie, neuroradiologie interventionnelle : ces activités relèvent pour leur organisation du schéma inter-régional d'organisation des soins et ne sont par conséquent pas traitées dans le présent schéma ; elles sont en revanche indemnisées au titre de l'enveloppe de financement de la PDSES (MIG ou FIR),
- l'hémodialyse, les greffes d'organe et de cellules hématopoïétiques : la greffe relève d'un financement spécifique hors schéma, l'hémodialyse relève de la continuité des soins.

Les activités non réglementées : il s'agit de spécialités médicales et chirurgicales nécessitant potentiellement une prise en charge aiguë spécialisée au sein des urgences ou directement dans un service de spécialités :

- spécialités médicales : neurologie, gastroentérologie, cardiologie, pneumologie, hématologie clinique,
- spécialités chirurgicales : chirurgie vasculaire et thoracique, chirurgie viscérale et digestive, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie de la main, chirurgie infantile, ophtalmologie, urologie.

Les activités médico-techniques : ce sont l'imagerie médicale et radiologie, la biologie, la pharmacie. Elles sont nécessaires à la continuité des soins mais participent aussi à la permanence des soins. Elles sont inscrites dans le schéma cible.

Les spécialités suivantes ne sont pas concernées par le schéma de permanence des soins :

- traitement du cancer,
- soins de suite et de réadaptation, de la rééducation et réadaptation fonctionnelle,
- activités de biologie d'assistance médicale à la procréation, de diagnostic prénatal,
- examen de caractéristiques génétiques,
- psychiatrie,
- urgences. »

2. Les effectifs médicaux des établissements parties du GHT TVL

Chiffres 2016

statut	Praticien Hospitalier Temps plein et temps partiel Nombre / ETP	Praticien Contractuel, Praticien attaché, Assistant Nombre / ETP	Médecin Hospitalo-Universitaire Nombre / ETP
ES parties du GHT			
CHRU de TOURS	388 / 368,4	352 / 216,55	211 / 105,5
CHIC	40 / 33,92	30 / 22,58	
CHC	41 / 38,43	40 / 20,30	
LOCHES	20 / 19,30	12 / 6,83	
POLE SANTE SUD 37	0	2 / 1,95	
LUYNES	9 / 6,43	8 / 2,20	
CLS	5 / 4,75	2 / 0,67	
TOTAUX	503 / 471,23	446 / 271,08	211 / 105,5

Commentaires :

Les postes d'internes en médecine sont au nombre de 342.

Les liens Ville-Hôpital du GHT TVL seraient à consolider déjà avec les « praticiens attachés » exerçant à la fois en Ville et à l'hôpital.

3. La PDS, la continuité des soins avec sa déclinaison par site

Les tableaux des lignes de gardes et astreintes des établissements parties du GHT Touraine Val-de-Loire sont portés ci-dessous :

CHRU de Tours

n° ligne	Type	Libellé
1	S	bactériologie Bretonneau, Trousseau
2	S	biochimie
3	S	cecos-fiv (biologistes dimanches et jours fériés la journée)
4	S	hématologie
5	Forfait A	pharmacologie et toxicologie
6	O	Neurologie
8	S	hémodialyse enfants
9	Forfait B	ophtalmologie
10	Forfait B	O.R.L. - Bretonneau, Clocheville
11	S	pneumologie Bretonneau
12	S	pédiatrie
13	S	hématologie-cancérologie
14	Demi Garde Demi OP	S.A.U. Psychiatrie (demi-garde nuit 18h30 à 0h30+dim.et jrs fériés 8h30 à 12h30) (demi-astreinte opérationnelle nuit 0h30 à 8h30+sam.dim.et jrs fériés 12h30 à 18h30)
15	S	néonatalogie
16	O	endoscopie et hémorragie digestives
17	S	réanimation Clocheville
18	O	angioplastie Trousseau
19	Forfait C	urologie Bretonneau
20	S/place	neuro-chirurgie Trousseau, Bretonneau, Clocheville
21	S	2 tableaux : greffe hépatique
	S	prélèvement hépatique
22	S	chirurgie plastique et brûlés
23	O	chirurgie cardiaque adulte
24	Forfait B	chirurgie orthopédique Clocheville
25	Forfait B	chirurgie viscérale Clocheville
26	Forfait B	chirurgie maxillo faciale
27	Forfait C	chirurgie viscérale Trousseau
28	S/place	chirurgie traumatologique Trousseau
29	Forfait C	chirurgie vasculaire Trousseau
30	Forfait B	chirurgie AMCO Trousseau
31	S	cecos-fiv (cliniciens dimanche et jours feries la journée)
32	S	pédo-psychiatrie
33	S	imagerie-radiologie Adultes Bretonneau, Trousseau
34	S	radiologie Clocheville
35	S	oncologie médicale et CORAD
36	O	neuro-radiologie Bretonneau
36	O	neuro-radiologie interventionnelle - hémostase
37	S/place	Urgences Trousseau Chirurgie
38	Forfait A	échographie Bretonneau, Trousseau
39	S/place	urgences Trousseau Médecine (Urgentistes) + pour les non urgentistes présence du vendredi soir au lundi matin, feries jour et nuit
39	1/2	urgences temps renfort 1ere partie nuit

	garde	
39	1/2 garde	urgences temps renfort dimanche et férié matin
40	S/place	gynécologie obstétrique 1 Bretonneau
41	S	gynécologie obstétrique n° 2
42	S/place	urgences Clocheville
43	S/place	pédiatrie maternité
44	S/place	anesthésie Bretonneau (hors gynécologie obstétrique)
45	S/place	anesthésie 1 Trousseau
46	S/place	anesthésie 2 Trousseau
47	S/place	anesthésie gynécologie obstétrique
48	S/place	anesthésie brûlés Trousseau
49	O	anesthésie chirurgie cardio-vasculaire Trousseau
50	S/place	anesthésie 1 Clocheville
51	S	anesthésie 2 Clocheville
52	S	réanimation médicale - USC - recherche clinique
53	S/place	U.S.C.I. - Trousseau (Unité de Soins Intensifs de Cardiologie)
54	S/place	réanimation chirurgie cardio-vasculaire Trousseau
56	S/place	hémodialyse adultes S.I.
57	S/place	anesthésie réanimation neuro-traumatologie Trousseau
58	S/place	anesthésie réanimation neuro-chirurgie Bretonneau
59	S/place	anesthésie réanimation chirurgie Trousseau
60	S/place	U.P.S.I. - Clocheville (Unité Pédiatrique de Soins Intensifs)
61	S/place	réanimation médicale Bretonneau
62	S/place	SAMU régulation
63	S/place	SMUR 1 sud
63	S/place	SMUR 2 sud
64	S/place	SMUR Nord
65	S/place	SMUR pédiatrique
79	S	cardiologie pédiatrique et pédiatrie
80	S	oncologie pédiatrique (week-end et jours fériés)
81	S	chirurgie thoracique (week-end et jours fériés)
82	S	greffes cardiaques et chirurgie pédiatrique
84	S/place	SMUR LOCHES
87	S	Pharmaciens
88	S	Pharmacie UBCO (dimanche et jours férié s8h30 18h30)
89	S	Greffe hépatique - anatomo pathologie
90	S	Greffe hépatique - hépatologie
91	S	Greffe hépatique - AR senior
92	O	Médecine légale
93	S	DPP (tableau à trous)
94	S	médecine communautaire dimanche et fériés journées X 2 tableaux
94	S	
95	S	USC médecine Pédiatrique
96	S	médecine interne et maladies infectieuses dim et férié matin
97	S	radiologie interventionnelle

Les lignes de garde du CHU de Tours sont financées par l'ARS CVL.
Les lignes d'astreinte sont financées par l'ARS CVL à l'exception de :

- Astreinte de médecine pédiatrique,
- Astreinte de médecine communautaire,
- Astreinte de médecine interne et de maladies infectieuses,
- Astreinte de radiologie interventionnelle,
- Demi garde aux urgences adultes les dimanches et fériés matin.

CH de Luynes

Spécialités	Garde	Astreinte opérationnelle	Astreinte de sécurité	Financement	Observations + Activités réalisées par Télémédecine
Unité de soins palliatifs		X		CHLy	
SSR-EHPAD		X		CHLy	

CH d'Amboise Château-Renault

Spécialités	Garde	Astreinte opérationnelle	Astreinte de sécurité	Financement	Observations + Activités réalisées par Télémédecine
SAU	X			CHIC	
Anesthésie			X	CHIC	
Chirurgie générale			X	CHIC	
Médecine Amboise		X		ARS	
Médecine CR		X		ARS	
Psychiatrie		X (week-end)	X (semaine)	CHIC	
Imagerie		X		ARS	
Smur	X			CHIC	

Il existe des CS avancées de chirurgie sur le site de Château-Renault.

CH de Louis Sevestre

Spécialités	Garde	Astreinte opérationnelle	Astreinte de sécurité	Financement	Observations + Activités réalisées par Télémédecine
SSR ADDICTOLOGIE			X	CHLS	Réglementaire pas de télémédecine

CH du Chinonais

Spécialités	Garde	Astreinte opérationnelle	Astreinte de sécurité	Financement	Observations + Activités réalisées par Télémédecine
SAU	X			ARS	réglementaire
SMUR	X			ARS	Réglementaire
Interne de médecine	X			CHC	Internes de médecine générale
Médecine polyvalente		X		ARS	Mise en œuvre partiellement avec permanence sur place d'interne de médecine (cf. ci-dessus) et présence d'au moins un médecin les samedi, dimanche et férié le matin
Anesthésie-réanimation		X		ARS & CHC	Rémunération en astreinte forfaitaire pour les praticiens remplaçants du CHC et en temps additionnel pour les praticiens du CHU
Gynécologie-obstétrique		X		ARS & CHC	Rémunération en astreinte forfaitaire pour les praticiens du CHC et en temps additionnel pour les praticiens du CHU
Pédiatrie		X		ARS	Mise en œuvre partielle : présence les matins des samedis et fériés et disponible par téléphone les après-midis et le dimanche
Psychiatrie			X	CHC	Réglementaire

Il existe des activités de CS externes dans le cadre de la FMIH de gynécologie-obstétrique, dans le cadre de mises à disposition de praticiens du CHU de Tours (chirurgie vasculaire, douleur chronique rebelle, neurologie, oncologie, onco-gériatrie).

CH de Loches

Spécialités	Garde	Astreinte opérationnelle	Astreinte de sécurité	Financement	Observations + Activités réalisées par Télémédecine
Anesthésie		X		CHL	
Chirurgie		X		CHL	
Médecine		X		CHL	
SSR		X	X	CHL	Astreinte de sécurité à partir de mai 2016
Pharmacie		X	X	CHL	Astreinte de sécurité à partir de

					mai 2016
Radiologie		X		CHL	Téléradiologie
Urgences	X			CHL	Fonctionnement 24/24

CH de Sainte Maure de Touraine

Spécialités	Garde	Astreinte opérationnelle	Astreinte de sécurité	Financement	Observations + Activités réalisées par Télémédecine
Médecine			X	CHSM	
Pharmacie*			X	CHSM	

* : Remplacement assuré par la pharmacie de l'EHPAD de Ligueil.

4. Les activités réalisées par TELEMEDECINE au sein du GHT TVL

Le dispositif de télémédecine s'élabore selon les principes suivants :

- Permettre de développer des consultations de proximité en soutien des exercices regroupés pour faire face à la désertification médicale,
- Rompre l'isolement des professionnels de santé dans les bassins de vie et permettre des téléconsultations et des visioconférences,
- Organiser la PDS en Imagerie,
- Expérimenter la télé échographie robotisée entre le CHRU de Tours et les MSP.

Depuis 2008, le CHRU de Tours est activement engagé dans le développement des usages de la Télémédecine qui permettent notamment de :

- Développer l'accès à l'expertise au plus près du domicile du patient
- Rompre l'isolement des professionnels de santé
- Améliorer la permanence des soins en Imagerie.

Dans ce contexte et grâce à une dynamique régionale récemment réaffirmée sur le sujet, les usages se développent sur les territoires et notamment au sein du GHT37.



Dans le cadre du GHT TVL, le CHRU de Tours assure un rôle CENTRE EXPERT pour des activités telles que :

- **TELEEXPERTISE en Neurochirurgie avec le CHIC et le CHC**
- **TELEEXPERTISE, TELECONSULTATION et TELESTAFF en Gériatrie et Géro-nto-psychiatrie auprès notamment des EHPAD et MSP et en deuxième ligne auprès des CH disposant de compétences en la matière**
- **TELEECHOGRAPHIE avec la MSP de Richelieu.**

La Dermatologie par notamment le suivi des Plaies et Cicatrisations constitue une discipline en voie de développement pour la TELEMEDECINE.

Au-delà du département d'Indre-et-Loire, au niveau régional, le CHRU assure, par le biais de la télémedecine, un rôle de CENTRE EXPERT pour les activités suivantes :

- Neurochirurgie (TELEEXPERTISE) avec 8 établissements publics de santé
- Suivi des patients greffés hépatiques (téléconsultation) avec le CH de Bourges
- Suivi des patients greffés rénaux (TELESTAFFS et TELEEXPERTISE) avec 7 établissements de santé
- Expertise en matière de prise en charge de l'autisme (TELEEXPERTISE et TELEFORMATION) avec la Maison des Oiseaux
- TELE-AVC avec le CH de Châteauroux
- Urologie (TELEEXPERTISE) avec le CH de Dreux
- TELEECHOGRAPHIE avec le CH de Montoire
- Chirurgie Maxillo-faciale avec 6 établissements publics de santé dont 4 établissements de l'inter-région Grand-Ouest.

La Dermatologie et le suivi des Plaies et Cicatrisations constituent des domaines dans lesquels le développement d'une activité de Télémedecine, par le biais de la plateforme collaborative régionale de Télémedecine, est très attendu au niveau départemental comme au niveau régional. Des échanges ont déjà lieu entre les professionnels.

De nombreux projets sont à l'étude et devrait voir le jour dans les prochaines années : en Chirurgie orthopédique et Traumatologique, en Neuropédiatrie, en Addictologie, en Ophtalmologie... »

5. Le programme PDS / continuité des soins / Télémedecine

Les outils de TELEMEDECINE se révèlent déjà pour certains des aides précieuses tant à la phase diagnostique que pour le suivi d'une pathologie sans avoir recours systématiquement au transfert d'un patient vers un site de consultations programmées et spécialisées.

Un dispositif de télémedecine utilisant la plateforme COVOTEM, centré sur « plaies et cicatrisation » est organisé par le service de chirurgie en direction des EHPAD (Bléré, Montlouis, Amboise, Château-Renault).

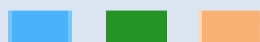
Ils contribuent à faciliter la communication médicale directe Ville-Hôpital (ex TELEMEDECINE MSP – HOPITAL) et la qualité et sécurité des soins (ex TELEMEDECINE EHPAD – HOPITAL)



Les lignes directrices des projets de TELEMEDECINE :

- Servir l'organisation selon le principe de gradation des soins,
- Garantir au patient un accès direct aux PTHS,
- Sécuriser le parcours de soins non programmés,
- Contribuer à sécuriser la PDS entre le GHT

6. Le lien « Faculté de Médecine – Hôpital – Territoire »



Le lien « Faculté de Médecine – Hôpital – Territoire » :

Deux objectifs déjà engagés :

- Permettre à des étudiants de Médecine de découvrir les établissements de santé du GHT des bassins de vie par l'ouverture de terrains de stages. Ce dispositif sera mis en place dès 2017 et concernera le CHC dans un premier temps.
- « Universitariser » les MSP par la présence de chefs de clinique de Médecine Générale.

6.1. Dispositions pédagogiques :

Les étudiants en 2ème année de 2ème cycle des études médicales (DFASM2) sont concernés par ce dispositif.

Les services ciblés pour l'accueil et l'accompagnement pédagogique de ces étudiants sont les services de médecine, de gériatrie, d'urgences, de gynéco-obstétrique, de psychiatrie adulte et de pédopsychiatrie.

Les maquettes pédagogiques proposées par les responsables de stages ont été validées par la commission pédagogique de la faculté.

Deux étudiants maximum sont affectés par service.

La durée du stage est de 6 semaines consécutives.

Les stages s'échelonnent sur toute l'année civile.

Les médecins libéraux des MSP du chinonais participent chaque fois que possible aux discussions de dossiers illustrant la thématique du parcours de soins du patient.

Les collègues de Chinon seront représentés au sein de la commission pédagogique de la faculté de médecine

L'ouverture des terrains de stage est effective à la rentrée 2017.

6.2. Dispositions statutaires :

Les étudiants hospitaliers participent à l'activité hospitalière sous la responsabilité des chefs de service du Centre Hospitalier de Chinon : ils exécutent les tâches qui leur sont confiées par le médecin responsable du service dans lequel ils sont affectés, à l'occasion des visites et consultations externes, des examens cliniques, radiologiques et biologiques, des soins et des interventions. Ils peuvent exécuter des actes médicaux de pratique courante : ils sont chargés de la tenue des observations. Ils participent aux entretiens portant sur les dossiers des malades.

7. Médecine du travail et GHT

7.1. Le constat :

La situation des établissements du GHT au regard de la Médecine du Travail est hétérogène.

Une enquête sur l'organisation de la Médecine du Travail au sein des établissements parties a révélé que le temps médical est jugé globalement insuffisant pour appréhender à la fois l'environnement au travail, mettre en place des cellules de reconversion, de prévention, d'ergonomie...

7.2. Le programme du GHT :

Une réflexion sur une mutualisation par plusieurs établissements d'un médecin du travail unique, voire d'une équipe territoriale (médecin du travail et IDE) pourrait être conduite. Le cadre du recrutement serait à bâtir ensemble.

Ce dispositif intégrerait la politique à mener de souffrance au travail des soignants.

Le cadre de cette réflexion est à rapprocher notamment du parcours de soins « PEC du burn-out et syndrome post-traumatique » qui fera l'objet d'un groupe « Parcours de soins » piloté par les professionnels du Courbat dès 2017.

LES ACTIVITES DE CONSULTATIONS EXTERNES ET NOTAMMENT LES CONSULTATIONS AVANCEES

1. Les liens Médecine de Ville – GHT TVL

- **Poursuivre le développement ville/hôpital par des actions de communications, d'information, de formations (DPC)**

Les actions de communications, de partage de l'information sont essentielles entre les établissements du GHT et la Médecine de Ville.

Le GHT TVL s'inscrit dans le déploiement du DMP.

L'entretien du 1^{er} Mars 2017 entre le Président du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins et Madame la Directrice Générale du CHU de Tours en sa qualité d'établissement support du GHT TVL et CHU de référence de la région CVL, en présence de l'équipe GHT a permis de poser les bases d'une collaboration rapprochée entre la Ville et l'Hôpital.

Une attention particulière sera destinée aux praticiens attachés à exercice partagé Ville-Hôpital afin de les impliquer pleinement aux travaux des Parcours de Soins compte tenu de cette plus-value apportée par leur bi-appartenance.

- **Développer ou intensifier le dispositif PAERPA**

Le parcours de Soins d'aval du patient ayant bénéficié d'une chirurgie pour fracture du col du fémur fait déjà appel au dispositif PAERPA depuis le CHU et le CH du Lochois.

Néanmoins ce dispositif ne répond pas totalement aux besoins pour ce qui concerne les Personnes âgées polypathologiques pour lesquels l'admission en SSR reste une étape incontournable.

La clinique de Vontes s'inscrit dans le dispositif PAERPA et complète ainsi son offre de soins par un programme d'Éducation Thérapeutique en groupes d'usagers et en prise en charge individuelle autour des syndromes dépressifs et personnalités bipolaires.

- **Pérenniser les consultations avancées avec les mêmes praticiens hospitaliers afin de créer un climat de confiance auprès de leurs confrères de ville**

Les consultations de médecins spécialistes du CHU dans les bassins de vie du GHT TVL permettent d'offrir aux usagers un accès de proximité, de conforter le niveau de proximité et d'accélérer s'il y a lieu l'accès au niveau de recours.

Il s'agit donc d'un dispositif extrêmement « consistant » en termes d'offre de soins. Certains groupes Parcours ont déjà fait valoir l'intérêt de cette pratique. Certaines de ces consultations sont déjà mises en œuvre.

Ainsi pour exemple il existe :

- Une consultation avancée de neurologie depuis le CHU de Tours au CHC,
- Une consultation avancée de chirurgie urologique depuis le CHU de Tours au CHL,

- Une consultation avancée de chirurgie orthopédique depuis le CH d'Amboise à Château-Renault,
- Fin 2017, une consultation avancée d'ORL depuis le CHRU de Tours au CHC.

Cette liste n'est pas exhaustive. Les besoins en consultations émergent des travaux des groupes Parcours comme le projet de consultations avancées en chirurgie carcinologique digestive au CHIC par exemple.

Ces consultations avancées présentent également l'intérêt d'identifier un médecin spécialiste comme interlocuteur pour sa spécialité auprès des médecins de Ville.

- **Encourager la reconnaissance de Maîtres de stage en MSP**

Il s'agit par ce projet de soutenir l'implication de la Faculté de Médecine dans le GHT TVL.

- **Faciliter l'admission au CHU de l'usager depuis sa prise en charge par SOS Médecins**

L'association SOS Médecins implantée en centre-ville de Tours participe à la PDS ambulatoire et organise des consultations non programmées.

Un travail est envisagé entre le CHU de Tours et SOS Médecins dans le cadre des filières de soins suivantes :

- La prise en charge du PA polypathologique
- L'accès direct à l'UNV
- L'accès direct dans les services de chirurgie et notamment de la chirurgie de la main.

2. Le maillage inter-établissements du GHT

■ La légitimité du GHT résidera dans sa capacité à tisser des liens médicaux, administratifs, techniques et médico-techniques entre ses établissements et dans sa volonté de nourrir le débat et être force de propositions.



Travailler ensemble !

- 5 Établissements publics de santé en direction commune
- 4 Fédérations Médicales Inter Hospitalières (FMIH) : Gynécologie-obstétrique, soins palliatifs, addictologie, médecine physique et réadaptation
- 115 conventions et partenariats entre le CHRU et les hôpitaux du département 37
- 33 conventions et partenariats entre le CHRU et les EHPAD du département 37
- 1 GCS de Gynécologie chirurgicale Obstétrique public/privé
- 1 convention de coopération de biologie entre le CHRU, le CHLy, le CHIC et le Centre Bois Gibert
- Une soixantaine de médecins en postes partagés entre le CHRU et les autres établissements du GHT TVL

Ce dispositif est appelé à évoluer et à se fortifier selon les orientations prises dans certaines filières de soins comme celle des URGENCES ou encore de la PERINATALITE.

■ Les collaborations médicales, les consultations avancées :

Les tableaux ci-après traduisent le maillage qui existe déjà entre les équipes médicales (tous statuts confondus) des différents établissements du GHT TVL.

■ Entre les établissements parties :

MEDECINE – PSYCHIATRIE – ADDICTOLOGIE - ONCOLOGIE – GERIATRIE - PEDIATRIE		
CHU	<ul style="list-style-type: none"> • Temps médical PDS (USP) • Cs gérontopsychiatrie → 	1 demi jour / 3 fois / mois
CHU	<ul style="list-style-type: none"> • Médecine physique et réadaptation → 	50% (1 praticien à 5 demi-journées hebdo depuis le 01/07/2016 + 1 praticien à 2 demi-journées hebdo)
CHU	<ul style="list-style-type: none"> • Régulation SAMU • CSAPA 37 (addictologue) • CRA 37 (pédiatre) • CeGIDD 37 – antenne locale (médecine générale) 	3 jours/Hebdo 1 jour/Hebdo 1/2 jour/Hebdo
CHU	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiologue → • Pédiatre → • Oncologue → • PDS Gynéco-obstétrique → • PDS Anesthésie-réanimation → • Pédopsychiatre → • Neurologie → 	2 jours / Hebdo 1 jour et demi / Hebdo 1 jour / Hebdo 66 % 38 % 1 demi-journée / hebdo 5 demi-journées / hebdo
CHU	<ul style="list-style-type: none"> • Activité SMUR + 2 praticiens à 5 demi-journées hebdo (Urgences) • PDS Psychiatrique • Gastroentérologue → 	5 jours et demi / Hebdo
CHU	<ul style="list-style-type: none"> • PAERPA → 	6 demi-journées / Hebdo

CHIRURGIE

CHU	←	<ul style="list-style-type: none"> • Cs infertilité masculine → • Urologie → 	1 jour / Hebdo 2 demi-journées hebdo + participation à l'astreinte régionale greffe rénale	CHIC
CHU	---	<ul style="list-style-type: none"> • CHIR ORTHO TRAUMATO → • Cs IVG → • Cs GYNECO → 	5 demi-journées hebdo chacun (2 praticiens) 1 demi jour / Hebdo 1 jour / Hebdo	CHIC
CHU	---	<ul style="list-style-type: none"> • PDS Gynéco-obstétrique → • Cs chirurgie vasculaire → 	100 % 1 Cs / mois	CHINON
CHU	←	<ul style="list-style-type: none"> • OPH PDS +2 demi-journées/semaine 		LOCHES
CHU	---	<ul style="list-style-type: none"> • CHIR VISC → • GYN OBS → • CHIR VASC → • CHIR URO → 	4 demi jours/ Hebdo 2 demi jours / Hebdo 2 demi jours / Hebdo 6 demi jours / Hebdo	LOCHES

DIM

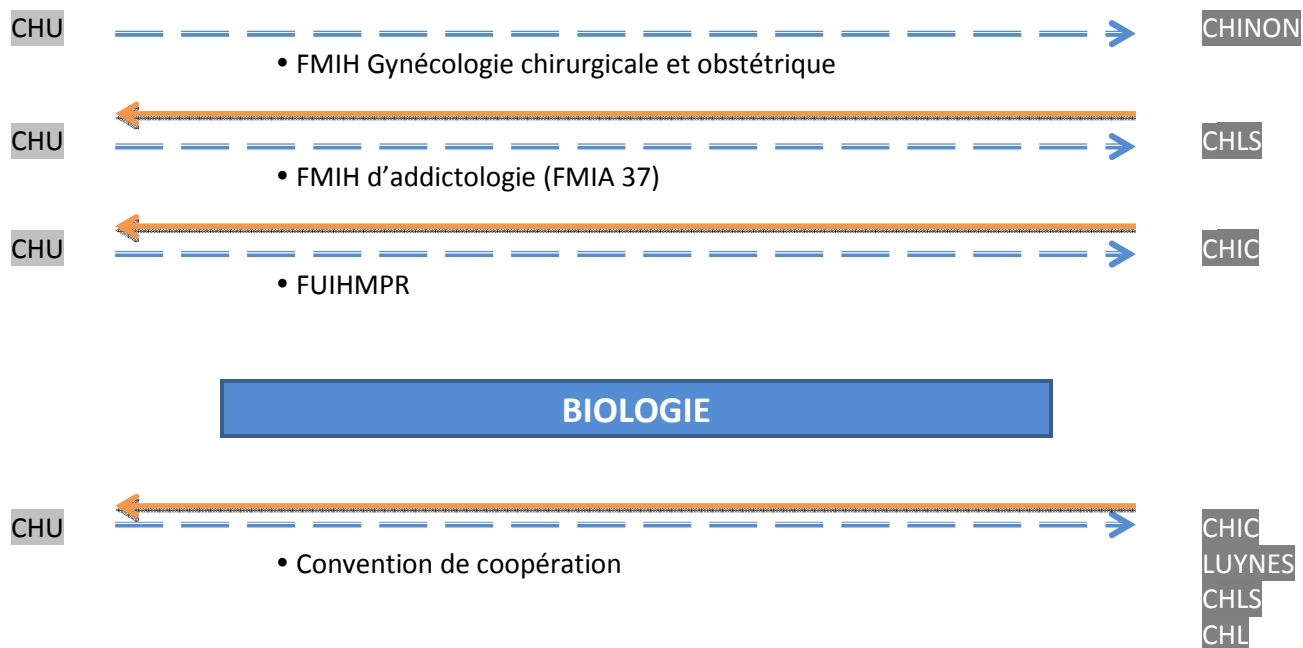
CHU	---	<ul style="list-style-type: none"> • Temps médical 		LUYNES
				CHLS
				CHINON

SSR

CHU	←	<ul style="list-style-type: none"> • Consultations (ELSA 37) 		CHLS
CHU	---	<ul style="list-style-type: none"> • CPU 		CHLS

FMIH

CHU	←	<ul style="list-style-type: none"> • Soins Palliatifs (FIHUSP) 	→	LUYNES
	←			



▪ Entre établissements parties et établissements partenaires :

Le Centre Bois Gibert et le Centre Bel Air sont centres formateurs pour les internes en médecine.
 Le Centre Bel Air est favorable à recevoir des étudiants de 5^{ème} année de médecine sous réserve de validation d'un projet pédagogique.
 Ces 2 établissements partagent avec le CHU de la ressource médicale pour le DIM.



Contribuer à promouvoir un hôpital de proximité fort dans chaque bassin de vie c'est notamment :

- Garantir l'accès à des consultations de dépistage, diagnostique, post hospitalisation, de suivi,
- Garantir l'accès direct aux plateaux techniques par la formation des urgentistes et le maillage de SMUR (UNV, cardiologie)
- Consolider le lien Ville-hôpital et la politique de consultations avancées de spécialités,
- Faciliter l'accueil et les stages d'internes et d'étudiants dans les bassins de proximité.

LES ACTIVITES AMBULATOIRES, D'HOSPITALISATION PARTIELLE ET CONVENTIONNELLE

Le SROS 2012-2016 souligne l'intérêt du dispositif ambulatoire pour ce qui concerne notamment la prise en charge des maladies chroniques.

Le GHT Touraine Val-de-Loire, en phase avec cette recommandation, propose de développer la prise en charge ambulatoire dans un souci de fluidité du parcours de soins. Pour autant cette démarche devra être synchrone avec une adaptation des modalités de PEC à la sortie du patient. (SSR, domicile...)

Le développement des modes d'hospitalisation de jour devra être attentif aux innovations thérapeutiques notamment dans le domaine dit « interventionnel ».

Selon la méthode arrêtée et présentée en PARTIE 1, le programme des actions validées pour les groupes Parcours de Soins mis en marche dès 2016 sont listées ci-après par filières de soins.

1. Filière Médecine – Gériatrie

1.1 Rappel des Objectifs médicaux

- Fluidifier les parcours de soins en évitant le passage systématique par les SAU
- Diversifier les parcours de soins
- Adapter l'offre de soins à la personne âgée

1.2 Le Parcours de Soins de la Personne âgée polypathologique

PERSONNE AGÉE POLYPATHOLOGIQUE	
PORTEUR DE PROJET	ACTIONS À MENER
EQUIPE GHT	1. Constitution d'une cellule médico-juridique et sociale
Chaque ES concerné	1. Centre d'appel afin de favoriser le maillage territorial. <i>Il apparaît au cours de la réunion que ce dispositif est défini et parfois mis en place de manière différente d'un bassin de proximité à l'autre.</i> 2. Structurer les échanges avec la Médecine Libérale dans chaque bassin de proximité
EQUIPE GHT + ES concernés	1. Augmentation de la capacité en lits de gériatrie UCC et création d'une UHR sur le bassin de Tours+ <i>Une enquête conduite auprès des services MCO et SSR des établissements du GHT TVL entre le 6 et le 31 mars 2017</i>

	<i>montre que 33 patients auraient dû être pris en charge en UCC et 5 patients relevaient d'une UHR. Par défaut, aucun de ces patients n'a été orienté vers la structure adaptée à sa situation.</i>
DSI	1. Favoriser l'utilisation du DMP et de la Messagerie Sécurisée
EQUIPE PROJET DE SOINS GHT	1. Renforcement du soutien psychologique aux équipes soignantes

Les Parcours de Soins à venir

- Organiser un dispositif d'évaluation à l'aptitude physique du sportif et/ou du patient atteint d'une affection de longue durée

Suite à la parution de l'article L. 1172-1 du code de la santé publique qui prévoit que, dans le cadre du parcours de soins des patients, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient. Le décret précise les conditions dans lesquelles sont dispensées ces activités physiques adaptées et prévoit les modalités d'intervention et de restitution des informations au médecin traitant.

(Références : le décret est pris pour l'application de l'article 144 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé créant un article L. 1172-1 dans le code de la santé publique et du Décret n° 2016-1157 du 24 août 2016 relatif au certificat médical attestant de l'absence de contre-indication à la pratique du sport).

Une réflexion sera engagée notamment entre le CHRU et le Centre Bois Gibert pour donner de la lisibilité aux parcours de la cardiologie du sport, se coordonner et ainsi définir les périmètres d'actions réciproques, de manière à construire un écosystème efficient et complémentaire tel que souhaité par le législateur dans le cadre du GHT.

- Améliorer le parcours de soins de la personne handicapée
- Améliorer la prise en charge urgente d'un patient ayant une hémorragie digestive
- Consolider la filière cardio-gériatrique dans les composantes suivantes :
 - Accès à l'échographie cardiaque
 - Accès à un avis Cardiologue Sénior

2. Filière Oncologie – Soins Palliatifs

2.1 Rappel des Objectifs médicaux

- Faciliter la PEC thérapeutique
- Faciliter la PEC palliative au plus près du lieu de vie du patient
- Prendre en considération la prévalence des cancers des PA

2.2 Le Parcours de Soins d'un patient en Soins Palliatifs Chroniques

Dans le cadre de la FIHUSP plusieurs groupes de travail ont été mis en place par le Pr Mallet ;

- Un groupe de professionnels d'établissements de santé membres du GHT TVL disposant de LISP :

Il s'agit de travailler sur comment se donner les moyens de pérenniser une ODS de grande compte tenu des mouvements en personnel notamment. La validation de protocoles communs et la désignation d'un référent Soins Palliatifs par service permettrait déjà de répondre à l'objectif de ce groupe.

La formation dans le domaine des Soins Palliatifs est un des enjeux majeur de la diffusion des bonnes pratiques de soins. C'est pourquoi les acteurs de la FIHSP proposent de rencontrer les médecins chefs de service concernés annuellement.

- Un groupe de professionnels de santé d'établissements membres du GHT TVL concernés par une demande de reconnaissance de LISP (CHL, CHIC et le CHSM) :

Les besoins estimés lors des travaux (PMP TOME I et II) font état de :

- CHSM : 2 lits
- CHL : 4 lits
- CHIC : 4 lits.

Cette reconnaissance permettra de valoriser le travail actuellement accompli par les équipes soignantes au bénéfice de patients déjà accueillis et d'engager les moyens d'une meilleure PEC.

L'innovation en matière de PEC doit bénéficier aux patients relevant de soins palliatifs ainsi qu'aux aidants autour d'un projet de lits de répit. Ces lits à installer dans une unité de SSR permettrait d'accueillir pour une dizaine de jours des patients afin de faire un point thérapeutique et psychologique et de soulager les aidants.

Cette dimension est également à prendre en considération pour les soignants qui ne sont pas ainsi en permanence confrontés à la mort.

- La formation est un axe essentiel d'amélioration et de motivation des soignants !

Avec le soutien et l'engagement du Doyen de la Faculté de Médecine de Tours l'enjeu est de donner aux étudiants en Médecine un enseignement sur les patients et leurs familles confrontés aux soins palliatifs.

Des stages d'externes en Médecine sont ainsi proposés à hauteur d'1 semaine par stage au CHLy.

Un stage d'externe au CHC est en cours de finalisation.

Un stage d'externe de 6 semaines à l'EMSP est en projet.

- La FIHUSP :

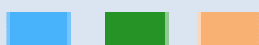
Cette Fédération prône comme méthode de travail les échanges, les rotations entre équipes mais les moyens humains restent insuffisants pour nourrir le dialogue et s'investir sur les PEC, la formation et la recherche.

L'Unité Mobile d'Accès aux Soins Palliatifs (UMASP) qui intervient en intra-hospitalier compte un effectif de 1,8 ETP et l'Équipe d'Appui Départemental 0,8 ETP.

Face à ces effectifs de grande fragilité il est bon de rappeler qu'actuellement 3000 personnes en Indre-et-Loire relèveraient de soins palliatifs chroniques et que les caractéristiques de la population vers un vieillissement est inéluctable.

La FIHUSP s'attache également à travailler sur le renforcement du soutien psychologique aux équipes soignantes, l'articulation avec les PEC en HAD. Une première rencontre a eu lieu avec les HAD. Elle a permis déjà de poser quelques principes simples de collaboration :

- **Consacrer un temps de rencontre conséquent** entre l'infirmière ou le médecin coordonnateur de l'HAD et le soignant ou le médecin du service de soins afin d'exposer de manière globale et ajustée l'ensemble de la situation
- Vérifier systématiquement avant le retour au domicile la **rédaction de prescriptions anticipées**
- Exposer **en anticipation** et de manière continue, par orale et par écrit, **les éléments significatifs relatifs à la délibération sur les orientations de traitements** sans pour autant prétendre être dans une maîtrise d'un futur qui demeure incertain.
- Instaurer, pour des situations singulières, une **rencontre collégiale** entre les différents acteurs afin de croiser les analyses de la situation et de définir des orientations commune



Le travail des groupes de Parcours de Soins médicaux concluent en un besoin de renforcement de l'offre sanitaire et médico-sociale existante :

- Reconnaître des LISP dans chaque bassin de vie
- Ouvrir des lits d'UCC et d'UHR
- Renforcer les équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs
- Diversifier la PEC avec des séjours de répit en SSR
- Développer la formation médicale
- Harmoniser les pratiques autour de protocoles communs
- Accéder à de nouvelles pratiques professionnelles au service d'un meilleur environnement au travail

3. Filière de Périnatalité

3.1 Rappel des Objectifs médicaux

- Doter les services des moyens nécessaires afin de développer le dispositif PReGnanT.SEE
- Reconnaître un centre de PEC Parent/Enfant autour de la grossesse
- Lutter, dépister et accompagner la femme enceinte autour de l'alcool
- Conforter et améliorer la structure parents-enfants au CHLS

3.2 Le Parcours de Soins de la femme ayant une grossesse à haut risque

- Finalisation du déploiement du dispositif PReGnant-SEE à Chinon, Loches et Amboise incluant une réflexion sur le Diagnostic Prénatal Non Invasif
- Mise en place d'une plateforme téléphonique d'orientation vers une consultation médicale
- Tester la prise de RDV par mail
- Mise en place de transfert de courriers vers le médecin traitant grâce au dossier Maternity du DPP
- Utilisation des outils de « Santé Connectée » et proposition d'une demande de PHRC sur une étude portant sur la plus-value médico-économique de la télé-surveillance

3.3 Les Parcours de Soins à venir

- L'élargissement des indications de chirurgie gynécologique ambulatoire
- Le parcours d'une femme ayant une grossesse à bas risque piloté par les sages-femmes
- La télémédecine entre les sites d'échographie obstétricale et le site « Olympe de Gouges ».

4. Filière de Santé Mentale Adulte et Addictologie

4.1 Rappel des Objectifs médicaux

- Améliorer la PEC post urgence
- Diversifier l'ODS pour répondre aux nouveaux besoins
- Conforter le lien « court séjour / SSR spécialisés »
- Compléter l'ODS par des lits de sevrage de niveau II

4.2 Le secrétariat permanent de la Psychiatrie

Le secrétariat permanent de la psychiatrie Touraine-Val de Loire devient l'instance de travail des projets transversaux en Santé Mentale tant pour l'Adulte que pour l'Enfant et l'Adolescent. Le règlement intérieur de ce comité est porté en annexe 3.

Il est l'interlocuteur de l'ARS CVL et contribue au Projet Territorial de Santé Mentale.

La vocation essentielle du Secrétariat permanent de la psychiatrie est, au sein du GHT, de porter le projet médical psychiatrique de territoire et plus largement de coordonner les efforts de prise en charge des patients par les équipes de secteur et les établissements. Ainsi que le prévoit la loi récente portant réforme hospitalière à travers la mise en œuvre du Projet territorial de santé mentale.

Dans cette perspective, un certain nombre de projets répondant aux besoins exprimés par les usagers et les professionnels rassemblent la communauté hospitalière. Certains ont reçu l'assentiment du GHT et sont, en l'état, au nombre de trois :

- Ouverture d'une unité d'hospitalisation parent/bébé.
- Ouverture d'une unité d'hospitalisation de pédopsychiatrie pour les patients de moins de 12 ans.
- Création d'une unité de prise en charge des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux

D'autres verront le jour, lors de travaux à venir et viendront compléter un ensemble institutionnel qui, dans le champ de la psychiatrie, adulte comme pédiatrique, est aujourd'hui considéré comme largement déficitaire.

À cet égard, il convient d'indiquer que certains secteurs géographiques, notamment dans le sud et le nord-ouest du département font l'objet d'une absence de couverture en pédopsychiatrie. Que d'autres, en psychiatrie adulte, présentent des développements qui requerraient une attention particulière. À cet effet, le Secrétariat entame une réflexion sur la répartition et le redécoupage, au sens large, des secteurs de psychiatrie du territoire, tels que définis par la circulaire du 15 mars 1960.

Par ailleurs, deux actions font l'objet d'un travail spécifique :

- La constitution d'un groupe de travail pluri-institutionnel pour le traitement des situations dites complexes.
- La création d'un site internet d'information et la réalisation de documents destinés à améliorer la lisibilité de l'offre de soin.

Il est à noter que désormais les cadres de santé (un par établissement) assistent aux réunions du Secrétariat, que Mme le Dr Mélanie Biotteau (PMSI psy) est présente à titre permanent, que le Secrétariat participe au groupe PRS « Santé mentale ».

Enfin, les représentants du Secrétariat permanent de psychiatrie au collège médical du GHT sont :

- Le Professeur Ballon
- Le Docteur Lenoir
- Le Docteur Baudry

4.3 Les Parcours de Soins à venir

- Le parcours du patient atteint de troubles cognitifs
- Le suivi du patient sortant du CHLS en consultation externe au CHLS
- Le parcours du patient nécessitant un sevrage complexe

5. Filière de Santé Mentale Enfant et Adolescent et Addictologie

5.1 Rappel des Objectifs médicaux

- Améliorer la PEC des jeunes enfants dès le SAU
- Améliorer la PEC des adolescents par rapport à des difficultés spécifiques

5.2 Les Parcours de Soins

SANTÉ MENTALE DE L'ENFANT	
PORTEUR DE PROJET	ACTIONS À MENER
SECRETARIAT PERMANENT DE LA PSYCHIATRIE (cf. point 5.3)	<ul style="list-style-type: none">▪ Reconstituer un groupe de travail pluri-institutionnel pour le traitement des situations « complexes »▪ Élaborer un site INTERNET d'informations à destination des usagers et des professionnels de santé sur l'Offre de Soins en 37 relevant de la prise en charge de la santé mentale de l'enfant
CHIC	<ul style="list-style-type: none">▪ Unité d'hospitalisation PARENT-ENFANT au centre de périnatalité
CHRU / CHC	<ul style="list-style-type: none">▪ Unité de prise en charge des adolescents souffrant de refus scolaire sévère
CHRU	<ul style="list-style-type: none">▪ Unité d'hospitalisation de pédo-psychiatrie pour les enfants de moins de 13 ans

6. Filière Urgences

6.1 Rappel des Objectifs médicaux

- Sensibiliser les SAU sur le rôle et les missions de l'IML
- Éviter le passage par un SAU (patients relevant de l'UNV, patients âgés)
- Augmenter l'ODS en UNV par diminution de la DMS en fluidifiant son aval (SSR, HAD)
- Mise en cohérence des plans blancs

6.2 Le parcours du patient porteur d'un AVC dans la phase pré-hospitalière

- Constitution d'un groupe de travail multidisciplinaire et multi institutionnel pour réenclencher une dynamique de sensibilisation des usagers et des acteurs à l'urgence de la PEC de l'AVC dans les 6H maximum :
 - Réalisation de procédures simplifiées pour les acteurs de la régulation
 - Formations et informations répétées aux urgentistes
 - Redéfinir le rôle de l'infirmière d'accueil et d'orientation dans les SAU
 - Revoir les conventions administratives pour permettre le déclenchement sans délai des transporteurs sanitaires terrestres pour assurer un transfert urgent.
 - Travailler à définir les conditions nécessaires pour accéder à l'imagerie en coupes de qualité dans chaque bassin de vie H24/365 jours

6.3 Les Parcours de Soins à venir

- Le circuit court « Urgences – HAD »
- L'admission directe d'un patient adressé au CHU par un médecin de Ville ou un ES membre du GHT

7. Filière Chirurgie – Anesthésie et Réanimation

7.1 Rappel des Objectifs médicaux

- Poursuivre le virage ambulatoire
- Maintenir une ODS de proximité mais réexaminer les capacités en lits et places
- Rendre les conditions de travail plus attractives
- Pérenniser les postes ARE
- Partager les mêmes procédures de recrutements au sein des établissements du GHT TVL.

7.2 Le patient porteur d'un cancer digestif

PATIENT PORTEUR D'UN CANCER DIGESTIF	
PORTEUR DE PROJET	ACTIONS À MENER
CHRU	Mettre en place des consultations avancées de cancérologie digestive au CHIC.
CHRU – DSI	Rendre opérationnel le dossier communicant en cancérologie.

D'autres actions seront à réaliser pour ce parcours :

- Accélérer le retour des patients vers les CH de Loches, Chinon et Amboise-Château-Renault en post-opératoire
- Inclure les médecins traitants dans le suivi post-opératoire
- Réfléchir à des Pratiques Avancées comme le statut d' « infirmier clinicien en cancérologie »
- Assurer la pérennité des équipes médicales et paramédicales
- Assurer le renouvellement du matériel (parc d'endoscopes) et l'augmentation des amplitudes d'accès au bloc opératoire
- Garantir un accès rapide et privilégié à l'IRM pour la PEC des patients cancéreux du GHT en cas de suspicion d'épidurite métastatique
- Les actions ont pour finalité la mise en conformité aux recommandations des référentiels nationaux
- Réduire le délai entre la RCP et le début de la chimiothérapie (actuellement de 20 jours)
- Renforcer le dispositif d'annonce sur le territoire : Créer un poste d'IDE d'annonce au CHIC et augmenter le temps en IDE, diététicienne et psychologue au CHL
- Rendre accessible l'annuaire des professionnels du CHRU.

7.3 Le patient obèse devant bénéficier d'une chirurgie bariatrique

PATIENT OBÈSE DEVANT BÉNÉFICIER D'UNE CHIRURGIE BARIATRIQUE	
PORTEUR DE PROJET	ACTIONS À MENER
CHRU – DSI	<p>Rendre lisible et accessible la filière de PEC notamment par la mise à jour du site internet du CHRU</p> <p>Rendre accessible à partir du site internet du CHRU le site OBECENTRE, les listes de professionnels de santé impliqués, le livret d'informations</p> <p>Mise en place sur le site internet du carnet de suivi patient/médecin traitant</p> <p>Réfléchir sur la prise de RDV depuis le site internet</p>
CHRU – CHL – CHIC - CHC	<p>Développer la formation médicale continue et poursuivre l'animation territoriale de la filière du Centre de Soins de l'Obésité</p> <p>Et proposer des consultations de proximité au sein du GHT TVL (diététicienne, psychologue) en coordination avec le CSO</p>

7.4 Le patient porteur d'une fracture du col du fémur

Créer un service d'orthogériatrie géré par les gériatres en collaboration avec les orthopédistes
Orienter rapidement le patient en attente d'intervention chirurgicale vers l'établissement dont le bloc opératoire est rapidement disponible

Se donner les moyens de bien informer le patient sur les avantages d'une intervention rapide

Améliorer les échanges et la communication inter-établissement (courriers/consignes/imagerie)

Impliquer le dispositif privé pour fluidifier le parcours et permettre l'accès rapide au bloc opératoire

Une réflexion sur « le circuit court » devrait permettre d'optimiser l'accès au bloc opératoire.

PATIENTS PORTEURS D'UNE FRACTURE DU COL DU FÉMUR	
PORTEUR DE PROJET	ACTIONS À MENER
CHRU	- Unité d'orthogériatrie en collaboration avec les orthopédistes
CHRU	- Améliorer les échanges inter-établissements notamment pour la fiche de liaison
Direction Qualité et des Usagers Commission des Usagers	- Travail sur l'information donnée aux patients et familles sur la plus-value de l'orientation du patient en fonction du plateau chirurgical disponible

8. Filière Soins de Suite et de Réadaptation Fonctionnelle

8.1 Rappel des Objectifs médicaux

- Faire évoluer l'offre en SSR non spécialisés vers des PEC spécialisées manquantes
- Diversifier l'ODS SSR gériatrique pour mieux répondre aux besoins en réadaptation du patient
- Développer l'ODS SSR ambulatoire afin de concilier « hôpital de jour » et « prise en charge en SSR »
- Réaffirmer la priorité de la PEC des Troubles du Comportement Alimentaire par la création d'une unité de 6 lits
- Renforcer le partenariat entre les services de court séjour et les SSR autorisés pour la prise en charge de l'appareil locomoteur et des pathologies neurologiques afin de fluidifier les parcours.

8.2 Le parcours de soins du patient porteur d'un AVC nécessitant une rééducation

QUELLE RÉÉDUCATION POUR QUEL AVC ?	
PORTEUR DE PROJET	ACTIONS À MENER
GROUPE AVC/SSR	<ol style="list-style-type: none">1. Élaboration d'une grille d'évaluation permettant :<ul style="list-style-type: none">■ Une orientation adéquate en SSR■ Ou une prise en charge adaptée.Cette grille après validation par le groupe sera utilisée par l'ensemble des SSR.
PRS	<ol style="list-style-type: none">1. Demande de reconnaissance de Consultations Externes au sein des SSR2. Diversifier les modes de prise en charge (hôpital de jour).
	<ol style="list-style-type: none">1. Élaborer un projet de plateforme d'appui à l'orientation et à la coordination des multi-professionnels dans la prise en charge en SSR.

8.3 Les Parcours de Soins à venir

- Permettre aux équipes médicales de SSR spécialisés de poursuivre le suivi des patients sortants par un dispositif de consultations externes
- Améliorer la PEC du patient victime souffrant d'un syndrome post-traumatique
- Améliorer la PEC des patients souffrant du syndrome de « burn out »
- Réfléchir au sein du pôle inter-établissements de Médecine Physique et Réadaptation fonctionnelle à des unités novatrices style lits « tampon » permettant une sortie plus rapide du service de court séjour dans l'attente de la prise en charge de rééducation. La mission confiée à ces unités serait la gestion de la sortie du patient et de son orientation après le SSR.

LES PLATEAUX TECHNIQUES

1. Définitions

Les plateaux techniques au titre du SROS ARS CVL 2012-2016 sont :

- La cardiologie interventionnelle
- Réanimation, Soins intensifs et Surveillance continue Adulte
- Réanimation, Soins intensifs et Surveillance continue pédiatrique
- Prise en charge de l'Insuffisance rénale chronique
- Imagerie

	Cardiologie interventionnelle	Réanimation, Soins intensifs et Surveillance continue Adulte	Réanimation, Soins intensifs et Surveillance continue pédiatrique	Prise en charge de l'Insuffisance rénale chronique	Imagerie	UNV
CHU	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI
CHC		OUI				
CHL					OUI	
CHIC					OUI	

Ces plateaux techniques seront concernés par les réflexions à mener dans le cadre des parcours de soins en fonction de leur spécificité.

L'UNV est à intégrer aux PTHS au regard du Code de Santé Publique qui définit le PTHS comme le plateau technique permettant **un accès direct du patient H24/365j**. Pour cette raison ce parcours de soins est présenté ci-dessous.

2. La PEC pré-hospitalière du patient présentant un AVC

LA PRISE EN CHARGE PRÉ-HOSPITALIER DU PATIENT PRÉSENTANT UN AVC	
PORTEUR DE PROJET	ACTIONS À MENER
CHRU Direction de la Qualité Commission des Usagers Direction des Soins	<ol style="list-style-type: none">1. Limiter la perte de chance par une orientation rapide à partir du Centre 15 et des SAU du département → plan de communication auprès des usagers.
D ^r BONNAUD D ^r PINÇON	<ol style="list-style-type: none">1. Une enquête prospective a été mise en place au CHIC et au CHC pour estimer le nombre de patients régulés vers l'UNV et les patients refusés.2. Le même dispositif est à mettre en place avec le CH de Loches.3. Programme de formation auprès des urgentistes.

LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMES

	SAMU / 15	SMUR terrestre	SAU	SAU Pédiatrie
CHU	X	Terrestre A + néonatal Hélico	X	X
CHIC		Terrestre Hélisurface	X	
CHC		Terrestre Hélisurface	X	
CHL		Terrestre Hélisurface	X	

Le programme du GHT Touraine Val-de-Loire

- Permettre une **admission directe** d'un patient d'un SAU du CHL, du CHC ou du CHIC dans le service receveur au CHU sans générer une étape supplémentaire par un passage systématique au SAU du CHU.
- Actualiser la charte de bonnes pratiques entre l'IML et les SAU du GHT concernant l'orientation des victimes de violences physiques au maximum à J10 pour l'établissement d'un certificat médical initial.
- Mener une réflexion sur les perspectives d'une Fédération médicale inter-hospitalière des urgences fondée sur des modalités organisationnelles communes, des fiches de postes standardisées, des missions multisites.
- Sécuriser la PEC en urgence ou lors de consultations non programmées en travaillant à partir du questionnaire suivant : A-t-on les moyens en effectifs médicaux et en compétence de garantir sur la totalité des SAU territoriaux une PDS H24/365j ?

Ce travail dépasse le champ territorial, c'est pourquoi le GHT TVL souhaite s'inscrire dans un travail régional sur les principes de la PDS des SAU au regard des problèmes récurrents auxquels les CH sont confrontés : tensions estivales en terme d'effectifs, recours à l'intérim peu satisfaisant, accès à l'imagerie en coupes H24 non garantie, activité très disparate en nuit profonde.

Ce travail impacte la planification des SAU et pourrait engager des restructurations en terme d'autorisations. Il devra être conduit par l'ARS CVL pour préparer le PRS II en lien avec la FHF.

L'ORGANISATION DE LA REPONSE AUX SITUATIONS EXCEPTIONNELLES

Dans le cadre du GHT, les établissements sanitaires s'engagent à une mutuelle connaissance de la déclinaison de leur plan blanc et à l'harmonisation de leurs pratiques.

L'objectif est, en lien avec le pilotage régional de l'ARS, de permettre aux établissements d'assurer au mieux leur rôle dans l'accueil et la prise en charge des victimes.

1. Contexte

Un nouveau dispositif de crise ORSAN permettant une meilleure coordination régionale des dispositifs existants dans les 3 secteurs : ambulatoire, hospitalier et médico-social a été mis en place. Il se décline en 5 volets dont on voit la traduction dans les plans blancs :

- **ORSAN AMAVI** : Accueil MAssif de Victimes non contaminées
- **ORSAN CLIM** : PEC de nombreux patients suite à un problème CLIMatique
- **ORSAN EPI-VAC** : gestion d'une EPIdémie/pandémie (Ex. EBOLA)
- **ORSAN BIO** : risque BIOlogique
- **ORSAN NCR** : risque Nucléaire, Chimique et Radiologique

Les plans blancs des établissements doivent donc s'adapter et prévoir un **volet spécifique de prise en charge de victimes civiles multiples par attentats terroristes**, en s'appuyant sur la mise en place du « *Damage control* ».

L'objectif de cette nouvelle organisation qui concerne aussi bien la phase pré hospitalière que hospitalière vise à optimiser l'ensemble du parcours de la prise en charge médico-chirurgicale des victimes tout en assurant la sécurité des acteurs sur le terrain. La sécurité des victimes et des intervenants sur le site est priorisée, La police permettant l'accès à l'intervention des acteurs du champ sanitaire. L'évacuation des victimes est réalisée après un tri rapide par convois vers les établissements hospitaliers.

Les différentes typologies de victimes évoluent.

Les « Urgences Dépassées » : victimes pour lesquelles une prise en charge médico chirurgicale n'est plus envisageable et pour lesquelles seule la mise en place de mesures palliatives est requise.

2. La déclinaison territoriale

Les établissements du GHT sont concernés de diverses manières ; on distingue trois catégories d'établissements : ceux de première ligne, ceux de recours et enfin les établissements de repli.

Capacités des ES pour mise en œuvre de « Damage control » hospitalier	Localisation des ES par rapport au Périmètre isochrone = 2H	Catégorisation des Établissements
Plateau de chirurgie public	< 2 heures	1 ^{ère} ligne
Plateaux techniques hautement spécialisés publics	< 2 heures UA complexes >2 heures UA et UR secondaires	Recours et 1 ^{ère} ligne
Hospitalisation MCO publique	> 2 heures (transports secondaires)	Repli

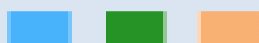
Quelques principes de base partagés :

Dès la survenue de l'événement, le personnel sur place doit attendre l'arrivée de renforts.

Les personnels informés d'une catastrophe par les médias ne doivent pas téléphoner pour ne pas encombrer le standard, mais doivent attendre d'être appelés par leur service (sauf message contraire diffusé par média (radio, TV), rejoindre leur domicile au plus vite en cas d'absence.

Si ils se présentent spontanément, il peut leur être demandé de rentrer à leur domicile pour revenir dans un deuxième temps, suivant les besoins en personnel des établissements ; en effet il faut pouvoir accueillir et gérer les victimes sur un continuum de 72 heures.

Les établissements du GHT auront accès au schéma organisationnel de chacun d'entre eux et un répertoire des principaux intervenants pourra être établi.



Quelques principes de base partagés :

- Dès la survenue de l'événement, le personnel sur place doit attendre l'arrivée de renforts.
- Les personnels informés d'une catastrophe par les médias ne doivent pas téléphoner pour ne pas encombrer le standard, mais doivent attendre d'être appelés par leur service (sauf message contraire diffusé par média (radio, TV), rejoindre leur domicile au plus vite en cas d'absence.
- Si ils se présentent spontanément, il peut leur être demandé de rentrer à leur domicile pour revenir dans un deuxième temps, suivant les besoins en personnel des établissements ; en effet il faut pouvoir accueillir et gérer les victimes sur un continuum de 72 heures.
- **Les établissements du GHT auront accès au schéma organisationnel de chacun d'entre eux et un répertoire des principaux intervenants pourra être établi.**

LES ACTIVITES D'HAD

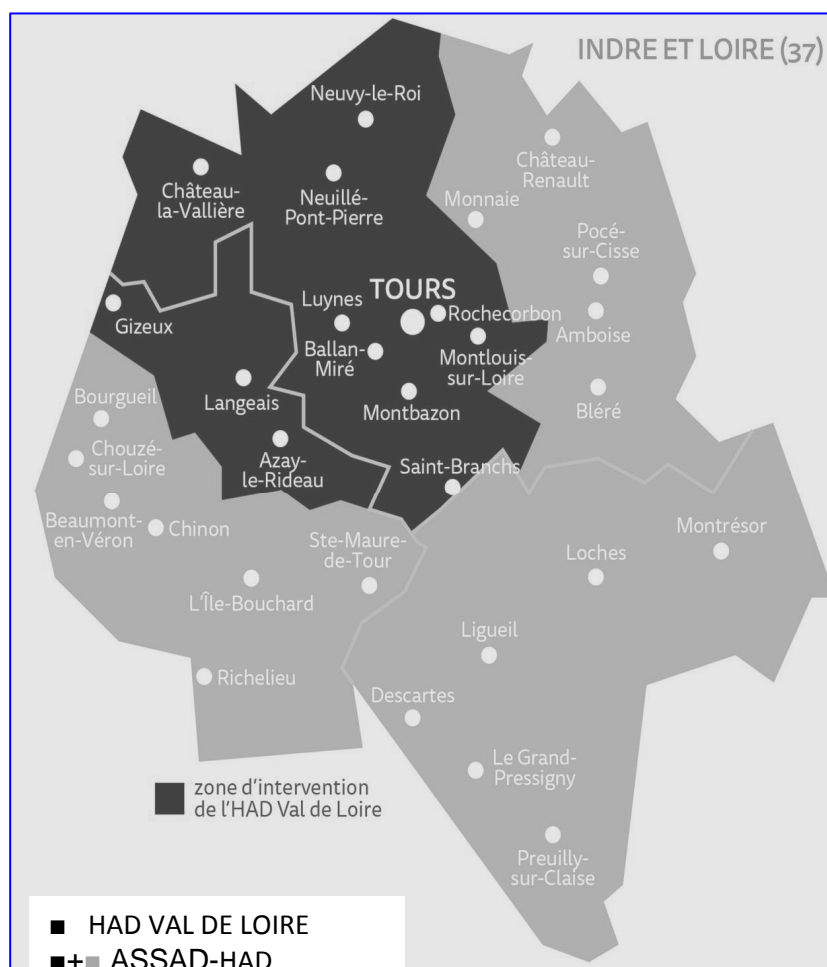


L'engagement des 2 établissements HAD associés concerne un programme diversifié :

- **La prise en charge de la personne âgée polypathologique à travers les composantes médicales, sociales et médico-sociales**
- **La place de l'HAD dans le parcours de soins du patient porteur d'un AVC, le parcours à partir de l'UNV**
- **L'implication de l'HAD aux services d'accueils et d'urgence**
- **La chimiothérapie en HAD**
- **La place de l'HAD dans la prise en charge en Santé Mentale**

Deux HAD interviennent sur le territoire du GHT TVL. Il s'agit de l'ASSAD-HAD et de l'HAD Val de Loire. Ces 2 HAD ont été associées aux travaux d'élaboration du PMP et sont force de propositions.

Les zones d'intervention de ces deux HAD sont présentées dans la figure ci-contre.



1. Les objectifs de l'ASSAD-HAD sont :

- **De poursuivre l'anticipation des sorties de l'hôpital vers l'HAD (Trajectoire...)** qui peut de par ses missions coordonner le retour au domicile tant au niveau du projet de soins que du projet de vie,
- **De renforcer la place de l'HAD dans la filière d'aval de l'hôpital** afin :
 - de favoriser des sorties anticipées des patients vers le domicile,
 - de favoriser les retours des patients vers leur ESMS d'origine avec l'intervention de l'HAD,

- de favoriser le recours à l'HAD pour les patients en SSR dans l'attente de l'entrée en EHPAD si l'HAD est justifiée et d'accompagner le patient vers cette entrée en structure,
 - de poursuivre la réflexion sur la filière AVC et de coordonner le retour à domicile de ces publics,
- **De favoriser l'intégration de l'HAD au sein du parcours de santé du patient atteint d'une maladie neurodégénérative**, notamment pour les situations complexes, dans le but de favoriser le choix de vie du patient, qu'il soit au domicile en ESMS, EPHAD ou domicile (éducation thérapeutique, expertise professionnelle pour le patient et les autres professionnels, coordination de la prise en charge,
 - **De recourir aux outils modernes de télémédecine, télésurveillance, téléassistance pour structurer le maintien à domicile des patients en HAD**,
 - **De poursuivre le travail engagé dans le cadre de la filière palliative** en renforçant le positionnement de l'HAD dans l'accompagnement des personnes à domicile en lien avec les acteurs de soins palliatifs du département,
 - **De renforcer le recours à la chimiothérapie en HAD ou en suivi post-chimio**,
 - **De structurer les liens avec les urgences sur les sorties post urgence** sur le département au travers d'un protocole d'admission simplifié,
 - **D'assurer une meilleure coordination avec le SAMU** dans le cadre des prises en charge en HAD (fiches relais/accès dossier/échanges...).
 - À titre accessoire, **poursuivre l'exploration sur les prises en charge sur le secteur maternité et obstétrique** :
 - des grossesses à risques pour permettre à la patiente de rester dans son cadre de vie et de favoriser la future relation « mère-enfant » qui à mon sens (expérience en maternité vue) peut être mise à mal lorsqu'il a des hospitalisations longues, loin du cadre familial,
 - du suivi post-accouchement « complexe » pour permettre de raccourcir les délais d'hospitalisation et répondre aux attentes des patientes et de leur famille.

2. Les objectifs de l'HAD Val de Loire sont :

■ **CANCEROLOGIE et SOINS PALLIATIFS**

L'HAD Val de Loire a développé la prise en charge des pathologies cancéreuses à différents stades de la maladie :

❖ **Prise en charge en période de traitement actif de la maladie :**

- Chimiothérapie et thérapies ciblées :
 - Réalisation des chimiothérapies IV ou sous-cutanées : procédures et conventions avec les prescripteurs, reconnaissance de l'HAD Val de Loire comme Établissement Associé.

L'HAD Val de Loire a mis en œuvre un circuit de la prise en charge médicamenteuse fondée sur une PUI, ce qui permet un fonctionnement sécurisé du transport et de l'administration des chimiothérapies grâce au lien de PUI à PUI. Les chimiothérapies sont préparées à l'UBCO du CHRU de Tours et récupérées par le personnel pharmaceutique de la PUI de l'HAD Val de Loire.

Administration des chimiothérapies par voie sous-cutanée à délivrance non hospitalière,

- Administration des chimiothérapies et thérapies ciblées par voie orale :
 - surveillance de la prise des traitements,
 - surveillance des effets secondaires,
 - surveillance en intercure : clinique et biologique, douleur, surveillance d'aplasie

- Radiothérapie:
 - Surveillance de la tolérance et des effets secondaires en cours de traitement
 - Surveillance en post radiothérapie
 - Surveillance nutritionnelle : nutrition entérale et parentérale

❖ **Prise en charge palliative (qui n'est pas réservée uniquement à la cancérologie) en collaboration étroite avec les services de spécialités (pneumologie, gastro-entérologie,...), les Unités de Soins Palliatifs, les EADSP/UMSP et le médecin traitant :**

- **Surveillance clinique et biologique**
- **Traitement de la douleur et gestion des inconforts**
- **Soins de confort (ponctions, massages, ...)**
- **Accompagnement de fin de vie**
- **Prise en charge psychologique et sociale du patient et de son entourage**

- La cancérologie est un thème de prédilection sur l'offre de soins HAD. Elle nécessite un temps de coordination médicale important de la part du Médecin Coordonnateur HAD, une information exacte des prescripteurs (cliniques et hôpitaux), une information exacte des médecins traitants, la construction d'un projet commun définissant spécifiquement ce que le prescripteur attend de l'équipe HAD et la mise en place d'un dossier de liaison.
- Le développement des chimiothérapies IV hospitalières en HAD demande un temps de « construction » et la reconnaissance du rôle pivot de l'HAD dans la chimiothérapie à domicile et du rôle actif du Médecin Coordonnateur HAD est une nécessité ; sa participation en RCP de cancérologie doit être facilitée.

■ PLAIES ET CICATRISATION

Pansements complexes et TPN avec les services de Chirurgie Plastique et Dermatologie

Le Traitement des plaies par Pression Négative (TPN), selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, est une technique, si réalisée à domicile, exclusivement en HAD, et donc une activité importante pour l'HAD Val de Loire.

Il nécessite une organisation réfléchie pour un maximum d'efficacité dans la prise en soins : expertise médicale et soins HAD dans ce domaine, modélisation des prises en soins par un chemin clinique prévoyant les relais en sortie d'hospitalisation, mise à jour des pratiques de soins en concordance avec les recommandations HAS et sociétés savantes, suivi régulier avec iconographie, ... Le cas particulier des TPN est un élément incontournable de la prise en soins de cicatrisation en HAD.

■ PEDIATRIE ET ONCOLOGIE

L'HAD Val de Loire a développé la prise en charge en onco-pédiatrie en dotant l'équipe soignante de 2 Infirmières Puéricultrices, qui peuvent ainsi assurer les soins chez des enfants et former les Infirmières de l'établissement aux soins spécifiques à la patientèle pédiatrique.

■ CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAITEMENT POST-TRAUMATOLOGIQUE

Cette prise en charge comprend les patients en alitement prolongé pour fracture du bassin, vertébrale ou traction collée. L'HAD met en place un lit proclive et prodigue les soins de nursing et de kinésithérapie adaptés à la pathologie du patient jusqu'à sa reverticalisation.

■ LA CONTINUITE DES SOINS et LA PERMANENCE MEDICALE

Comme tout établissement de santé, les HAD ont une obligation de continuité de soins sur le nyctémère. Dans notre établissement, une équipe de nuit d'infirmières intervient sur des actes programmés et sur demande des patients ou des médecins.

Au niveau de la continuité de coordination médicale, stratégie exclusive de l'HAD Val de Loire, un Médecin Coordonnateur HAD d'astreinte à domicile peut être joint par le personnel les nuits, week-ends et jours fériés en cas de besoin et pourra être amené à se déplacer au domicile du patient.

Le Médecin Coordonnateur jugera alors si un transfert du patient en hospitalisation complète est nécessaire et organisera le transfert. Bien évidemment, tout transfert sera anticipé pour favoriser une ré-hospitalisation dans le service adresseur du patient.

Dans le cas de la fin de vie, durant la prise en soins, il aura été abordé avec le patient et l'entourage si le décès est souhaité au domicile ou non.

Dans ces situations de fin de vie ou d'autres situations d'urgences, notre équipe médicale HAD va parfois plus loin que l'activité de coordination obligatoire et se déplace au domicile du patient.

■ **ATOUTS ET EXPERTISE DE L'HAD VAL DE LOIRE**

- Capacité de réactivité aux demandes de prise en charge (sous 12h / 48h)
- Expertise médicale interne avec permanence médicale sur astreinte
- Implication des professionnels libéraux
- Partenariat étroit avec les établissements du territoire, les réseaux de santé et équipes mobiles (Gérontologique, Soins palliatifs, Plaies et Cicatrisation, ...)
- Volonté de LNA Santé de porter une modélisation des établissements d'HAD sur le territoire national
- Sécurisation du circuit du médicament : fonctionnement en PUI sur chaque établissement
- Développement de prises en charge innovantes.

PREVENTION ET GHT TVL

LE CeGIDD

Le Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic (CeGIDD) a vu ses missions étendues et transformées, elles traitent maintenant en plus du VIH, des hépatites virales, des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) et de la santé sexuelle. Elles devront mieux cibler les publics les plus vulnérables. La loi prévoit, au minimum, un Cegidd par territoire de santé. Le CeGIDD du territoire d'Indre-et-Loire est rattaché au CHU de Tours.

Le CeGIDD reprend donc les anciennes missions des CDAG et des Ciddist : la prévention, le dépistage, et le diagnostic VIH/hépatites ; la prévention, le dépistage, le diagnostic et le traitement des IST simples.

Le CeGIDD propose une "prise en charge psychologique et sociale de première intention de l'utilisateur pour l'ensemble de ces infections et orientation en cas de besoin", que l'utilisateur soit positif ou négatif. Il propose à tous la vaccination contre l'hépatite B, contre l'hépatite A hors indications pour les voyageurs, et contre le papillomavirus humain (HPV), ainsi que les vaccinations recommandées par les autorités sanitaires pour des publics cibles au-delà des hépatites virales et des IST. Le CeGIDD devra adapter son offre en fonction des besoins de ces populations et des infections qui circulent en leur sein. Enfin, le CeGIDD d'Indre-et-Loire oriente l'utilisateur vers le service de maladies infectieuses du CHU pour la prise en charge et le suivi d'un accident d'exposition au VIH, au VHB et au VHC.

Le CeGIDD doit également s'attacher à prévenir les autres risques liés à la sexualité, dans une approche globale de santé sexuelle (délivrance d'information, prescription de contraception, prévention et détection des violences sexuelles, des violences liées à l'orientation sexuelle, des troubles et dysfonctions sexuels).

Dans le cadre du GHT 37, il est nécessaire de faire connaître l'existence de cette structure en relayant l'information auprès des usagers des bassins de vie et en organisant des liens fonctionnels entre le CeGIDD et les établissements parties du GHT 37. Le CeGIDD comprend une antenne sur la commune de Chinon et une antenne sur le Loches.

Les actions de dépistage et de prévention constituent une préoccupation partagée des acteurs du GHT TVL. L'illustration en est donnée par quelques exemples intégrées aux parcours mentionnés comme le dispositif PREGNANT-SEE, le dépistage du facteur de risque ALCOOL chez la femme enceinte. Le dispositif de consultations avancées contribue par l'accès à des consultations de spécialités médicales à ce développement de proximité.

LES ACTIVITES DE PRISE EN CHARGE MEDICO-SOCIALE

1. Le cadre du PRS

Le champ d'application du dispositif médico-social comprend en référence au PRS 2012-2016 de l'ARS CVL :

- Les établissements et services pour enfants et adultes handicapés,
- Les établissements et services pour personnes âgées
- Les centres de ressources
- Les établissements ou services à caractère expérimental,
- Les appartements de coordination thérapeutiques, les lits halte soins santé, les structures médico-sociales d'addictologie (CSAPA et CAARUD) *

*CSAPA : Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

*CAARUD : Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour les Usagers de Drogues.

2. Le cadre du GHT

CHAMP D'APPLICATION	DISPOSITIF MEDICO-SOCIAL
Les établissements et services pour enfants et adultes handicapés	MAS du CHC EHPAD Saint-Christophe sur le Né : 10 places pour PA handicapées vieillissantes
Les établissements et services pour personnes âgées	9 EHPAD + EHPAD des établissements parties SSIAD HAD + SSIAD des établissements parties
Les centres ressources	Centre de Ressources Autisme du CHRU de Tours Le CSAPA du CHRU de Tours ayant des antennes à Tours, Chinon et Loches

3. Le programme du GHT

- Travailler sur les parcours de soins des usagers handicapés
- Le secrétariat permanent de la psychiatrie étudiera la faisabilité de la mise en place d'une cellule médico-socio-juridique départementale pour traiter des « cas complexes ».
Il réfléchira à des structures de réinsertions telles que les **appartements de coordination thérapeutiques pour des populations fragiles en rupture sociale sortant des structures de SSR spécialisées et incluant le « post-cure »**.
- Animer un programme territorial avec les EHPAD dans l'objectif de fluidifier le parcours de soins d'aval mais aussi de créer des liens privilégiés en tant que de besoin entre les services d'hospitalisation et les services d'hébergement et/ou de domicile.
- Pour rappel, le groupe « PA Polypathologique » a validé les actions suivantes :
 - Mettre en place une cellule médico-sociale-juridique départementale pour faciliter la recherche d'une place en EHPAD,
 - Développer une filière gériatrique dans chaque bassin de vie. Le modèle chinonais peut servir d'exemple.
 - Mailler le territoire en UCC, UHR et UCS afin de répondre et d'accompagner les médecins de ville dans leurs démarches d'hospitalisation de leurs patients.

LE PROJET DE BIOLOGIE DE TERRITOIRE

1. Le Contexte

En 2015 sur les 7 établissements publics de santé du GHT seuls 2 (CHU et CHIC) disposaient d'un LBM. Les autres établissements de santé avaient établis des contrats avec des LBM privés pour la réalisation des examens de biologie de leurs patients.

La réflexion sur la réalisation des actes de biologie par le LBM du CHU de Tours est antérieure aux travaux d'élaboration du PMP DU GHT 37. Le dispositif réfléchi est en parfaite cohérence avec l'Art. L.6132-3 CSP de la Loi de Santé qui affirme « que les établissements parties du GHT organisent en commun les activités de biologie médicale. »

2. Le PRS 2012-2016

Il s'agit du 1^{er} SROS de biologie basé sur un changement en profondeur des conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires selon la réforme par ordonnance du 13 janvier 2010.

La réglementation devient identique pour l'hôpital et la ville. Elle offre des options de coopération différente graduée en matière de biologie médicale soit par contrat de coopération soit par groupement de coopération sanitaire afin de permettre les restructurations. Elle impose une garantie de qualité par une obligation d'accréditation.

3. Constat et Objectif

L'ODS en LAB publics est hétérogène et doit être revue selon les obligations d'accréditation demandées.

L'objectif du CHU de Tours depuis 2015 est de réaliser la biologie de l'ensemble des établissements publics de santé du territoire 37 dans le but d'homogénéiser la réalisation des examens de biologie, d'assurer une optimisation de la qualité, une efficience des équipements et ainsi une réduction des coûts pour la collectivité.

4. Les Actions :

- À compter du 1^{er} mai 2015 le LBM du CHU de Tours a pris en charge l'activité de biologie du CH Luynes, dans le cadre d'un marché à procédure adaptée,
- Concomitamment le CHU s'est engagé dans la constitution d'une convention de coopération avec le CHIC, le CHLy et le CHLS. Cette convention est effective depuis le 1^{er} janvier 2016,
- Au 1^{er} janvier 2017 le CHL a rejoint la coopération de biologie, le CHC le fera à compter du 1^{er} novembre 2017,
- Un premier contact a été pris avec le CH de Sainte-Maure de Touraine pour envisager son intégration dans la coopération.
- Le LBM du CHU réalise également la biologie pour le CH Bois Gibert.

LE PROJET D'IMAGERIE MEDICALE ET INTERVENTIONNELLE

1. Constat

- Le non partage des images entre établissement nuit à la qualité du parcours dans certaines situations d'urgence (traumatologie, neurochirurgie) et conduit à des retards de prise en charge spécialisée.
- Le partage et le transfert des images permettraient de faciliter la communication médicale. Elle doit être envisagée dans un contexte plus global encore de partage du dossier médical tant sur les données cliniques, biologiques et radiologiques. À ce jour, le MIRC n'est pas utilisable tant que la CNIL ne se prononce pas.

2. Objectifs

Tous les établissements sièges d'un SAU du GHT 37 adhèrent au dispositif MIRC en vue d'échange et de partage des images de radiologie dans un 1^{er} temps.

L'adhésion à MIRC de la société libérale de radiologie de la clinique Jeanne d'Arc procède d'une concertation à mener sous l'égide de l'ARS CV. Cette adhésion, compte tenu du contexte est essentielle pour optimiser les délais de prise en charge de certains types de patients.

3. Actions

- Rendre effectif l'échange d'images dans MIRC une fois les obstacles juridiques levés au travers du GCS TELESANTE
- Partager au sein d'une commission la veille technologique en vue d'une politique d'achats concertée
- Créer un Centre de recours en expertise radiologique au sein du GHT chaque fois que les effectifs de radiologues du CHU le permettront.
- Faciliter les parcours de soin de certains patient en :
 - S'intégrant à des filières déjà définies
 - Initiant de nouvelles filières centrées sur l'imagerie (sénologie, pédiatrie).

LE PROJET DE PHARMACIE

1. Contexte

Chaque établissement parti du GHT dispose d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).

Chaque PUI a son propre système d'information. Il existe une hétérogénéité des procédures de dispensation nominative.

La reconstitution des préparations de chimiothérapie :

- Le CHL prépare les adjuvants et les chimiothérapies (de l'ordre de 3000/an),
- Le CHC prépare les chimiothérapies (de l'ordre de 2800 poches/an). Les adjuvants ne sont pas préparés mais dispensés,
- Le CHU ne prépare que les chimiothérapies (35 000 poches /an).

La PDS

- Le CHL dispose d'une astreinte,
- Le CH de Chinon, le CH de Luynes et le CH de Louis Sevestre ne disposent pas d'astreinte. Une procédure interne à l'établissement régit le recours à la PUI du CHU en période de PDS, sur la base d'une convention CHU/chaque établissement,
- Le CH de Sainte-Maure-de-Touraine dispose d'une PDS H24,
- Le CHU dispose d'une garde d'interne et d'une astreinte de sécurité de pharmacien sénior,
- Le CHIC Amboise Château-Renault ne dispose pas d'astreinte et a une procédure interne de recours ponctuel au CHU non conventionnel.

Les politiques achats :

Tous les établissements adhèrent à la Centrale Régionale d'Achats de Pharmacie (CeRAP) du CVL à l'exception du CHLS qui adhère à la CACIC (Centrale de référencement, de conseil et d'information hospitalière privée-publique) et le CHU qui adhère à l'UNIHA (hormis un lot positionné au CeRAP).

La PUI dans son offre de proximité :

Le lien avec les établissements sociaux et médico-sociaux de chaque bassin de vie est très différent d'un CH à l'autre.

- Le CHL : dispensation nominative pour chaque résident avec double contrôle après validation pharmaceutique pour 400 lits d'EHPAD du CHL et l'EHPAD d'Abilly, demande de cette prestation par l'EHPAD de Bléré,
- Le CHIC : Assure la dispensation nominative mensuelle de 450 résidents de l'EHPAD du CHIC,
- Le CHU : La PUI dispense à 96 résidents d'EHPAD de l'établissement. Une demande est à l'étude concernant les 4 EHPAD de Tours,

- Le CHC : Dispensation en global par quinzaine aux 180 résidents d'EHPAD et dispensation individuelle nominative mensuelle aux résidents de la Maison d'Accueil Spécialisée et d'une partie des patients de l'USLD,
- Le CH Luynes : Dispensation nominative hebdomadaire (semainiers) avec double contrôle pour les 210 résidents d'EHPAD, et dispensation nominative hebdomadaire avec double contrôle pour 10 lits MCO, dispensation globale pour 70 lits de SSR et préparation des piluliers,
- Le CH Sainte-Maure : Dispensation nominative mensuelle pour les 240 résidents d'EHPAD et une dispensation nominative hebdomadaire pour les 14 patients du service de Médecine.

2. Constat

L'hétérogénéité des outils informatiques nuit au partage de l'information entre établissements. Les pratiques pharmaceutiques sont différentes d'un établissement à l'autre, le groupe est prêt à travailler à l'amélioration de ces pratiques en termes d'harmonisation et de mutualisation.

3. Objectifs

- Le groupe Pharmacie, en tant que « prestataire » adaptera sa réponse aux objectifs et actions retenues par les groupes médico-chirurgicaux du PMP et inscrira ses actions en cohérence,
- S'inscrire dans la révision du schéma territorial de chimiothérapie, notamment au travers du parcours du patient atteint d'un cancer digestif,
- S'inscrire dans une démarche de pratique homogène de la prise en charge thérapeutique du patient âgé polypathologique et de lutte contre l'iatrogénie associée, dans le cadre du parcours patient et de sa fluidité,
- Optimiser la PDS et la continuité, notamment en relation avec la modification de réglementation relative aux conditions d'exercice en PUI,
- Intégrer l'ensemble des établissements du GHT 37 dans la politique d'enseignement et de formation pharmaceutique.

4. Actions

- Homogénéiser les pratiques conventionnelles sur le territoire,
- Mise en place d'une politique Achat commune,

- Formalisation d'un livret thérapeutique commun,
- Réfléchir à toute action de mutualisation qui doit permettre de centrer l'activité des pharmaciens sur leur cœur de métier,
- S'adapter à la restructuration des activités médicales comme la chimiothérapie ambulatoire, et des activités chirurgicales.



Pharmacie et GHT TVL

- Travailler à la mise en place d'une politique Achat commune,
- Travailler à un livret thérapeutique commun,
- Converger vers des outils communs d'information,
- Réfléchir à un parc commun d'équipements en automates,
- S'adapter à l'évolution des activités médicales (chimiothérapie).

LES CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE DE L'ASSOCIATION DU CHU PORTANT LES MISSIONS MENTIONNÉES AU IV DE L'ARTICLE L.6132-3 DU CSP

1. Le CHRU de Tours et les GHT de sa région

La mise en place des GHT offre une occasion supplémentaire de conforter les coopérations inter-hospitalières.

La loi de santé du 26 janvier 2016, dispose dans son article 107 que *tous les GHT s'associent à un CHU. Cette association est traduite dans le projet médical partagé du GHT ainsi que dans une convention d'association entre l'établissement support du GHT et le CHU.*

Le décret qui l'accompagne prévoit que *la convention constitutive de chaque GHT définit les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier universitaire portant sur l'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux, la recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1, la gestion de la démographie médicale et les filières de référence et de recours.*

Ainsi, au regard des GHT, le CHU de Tours est doté d'une double responsabilité :

- Le CHRU de Tours est l'établissement support du GHT de son département, tout comme le sont les hôpitaux d'Orléans, de Bourges de Châteauroux, de Blois et de Chartres au sein de leur territoire.
- Le CHRU de Tours est également associé aux projets médicaux de chacun des GHT de la région, par une convention d'association.

Afin de prévoir les conditions de mise en œuvre de l'ensemble des activités hospitalo-universitaires citées dans le décret au profit des établissements membres de chacun des GHT de la région, le CHRU de Tours est associé par les établissements support de ces GHT à l'élaboration de leur projet médical partagé.

Il organise également, chaque année, en collaboration avec la Faculté de Médecine de la région Centre Val de Loire, l'ARS Centre Val de Loire et la FHF Centre Val de Loire, des conférences hospitalo-universitaires par discipline associant les coordonnateurs hospitalo-universitaires et les chefs de service des établissements supports des GHT de la région dans chaque discipline concernée.

2. Les conférences Hospitalo-Universitaires Centre-Val de Loire

Ces conférences permettent aux coordonnateurs hospitalo-universitaires, animateurs de ces rencontres, et aux chefs de service des établissements supports de GHT des disciplines identifiées, de définir ensemble un plan d'action et des objectifs prioritaires par discipline sur les sujets suivants :

- La réduction des taux de fuite en dehors de la région pour les spécialités et le recours, et la structuration de filières patients, notamment entre les établissements de référence et les établissements de recours que sont le CHR d'Orléans et le CHRU de Tours,
- La gestion prévisionnelle des carrières médicales compte tenu des problématiques de démographie médicale au sein de la région,
- La formation initiale des professionnels médicaux,
- La structuration régionale de la recherche et la volonté de faciliter le développement de la recherche clinique au sein de la région Centre Val de Loire.

À l'issue de ces conférences hospitalo-universitaires régionales un plan d'action est composé d'actions transversales concernant l'ensemble des GHT et, le cas échéant, d'actions spécifiques à chaque GHT.

Une journée régionale est organisée annuellement afin de réaliser un bilan de la mise en œuvre des actions priorisées au sein de chaque discipline.

L'ensemble de ces initiatives permet de favoriser le dialogue, de construire des projets communs dans un objectif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité de la prise en charge des patients au sein de la région Centre Val de Loire et de définition d'une stratégie d'organisation des soins partagée par tous.

Disciplines 2016	Disciplines 2017
Anesthésie-réanimation Médecine intensive-réanimation médicale	Chirurgie Maxillo-faciale - Plastique
Cancérologie (oncologie, hématologie)	Chirurgie cardiaque - thoracique - vasculaire
Cardiologie Médecine cardiovasculaire/médecine vasculaire	Urologie
Chirurgie viscérale et digestive	Oto-rhino-laryngologie - chirurgie cervico-faciale
Gériatrie	Biologie - Anatomie et cytologie pathologiques
Gynécologie-obstétrique/gynécologie médicale	Médecine interne, maladies infectieuses et tropicales
Hépto-gastro-entérologie	Médecine physique et de réadaptation
Médecine interne	Néphrologie
Neurologie	Rhumatologie
Ophtalmologie	Dermatologie et vénérologie
Orthopédie traumatologie	Pharmacie
Pédiatrie	Santé publique
Pneumologie	
Psychiatrie adultes	
Radiologie et imagerie médicale	
Médecine d'urgence	

LES PRINCIPES D'ORGANISATION TERRITORIALE DES ÉQUIPES MÉDICALES COMMUNES

L'organisation territoriale du temps médical est un sujet qui est appelé à évoluer durant les 5 ans du PMP du GHT TVL.

Cette organisation médicale peut revêtir des formes très différentes selon la discipline, le parcours de soins et la planification de l'Offre de Soins qui découlera des orientations données par le PRS II.

En Indre-et-Loire cette réflexion a nourri des réalisations concrètes :

- La FMIH de gynécologie-obstétrique entre le CHU et le CHC : la même équipe médicale de gynécologues-obstétriciens intervient au CHRU de Tours et au CHC.
- La FMIH de soins palliatifs entre le CHU et CHLy (FIHUSP) : des groupes de travail sont engagés selon des thématiques cibles dont celle d'échange de professionnels de santé entre les établissements membres du GHT TVL,
- La FMIH d'addictologie entre le CHLS et le CHU (FMIA 37) : Du personnel médical en temps partagé intervient dans chaque établissement permettant de garantir la prise en charge pour des parcours de soins ciblés.
L'antenne du CSAPA du CHRU de Tours aux CHC et CHL conduit à une couverture médicale en termes de dépistage et traitement notamment pour ce qui concerne le risque alcoolique.
- La FUIHMRP de Médecine Physique et de Réadaptation entre le CHRU et le CHIC facilite les échanges entre les structures par le partage d'un praticien HU.

D'autres réalisations permettent d'aborder ce fonctionnement territorial sous un autre angle. Il en est ainsi pour ce qui concerne le dispositif de consultations avancées du CHRU vers les bassins de vie des autres établissements MCO parties au GHT.

L'organisation des effectifs médicaux du service URGENCES – SAMU 37 – Centre 15 consiste à rapprocher les équipes des SAU des établissements parties par un fonctionnement de temps médical partagé.

Certaines organisations restent à construire notamment dans le cadre des SAU pauvres en effectifs médicaux et pour lesquels le recrutement de médecins seniors s'avère difficile.
Ces organisations dépendront du maintien H24/365j de toutes les lignes de garde d'une part et du travail régional mené sur le temps de travail des urgentistes d'autre part.

LE DIM DE TERRITOIRE

L'organisation du DIM du GHT TVL, qui a été retenue, vise à assurer l'exercice des missions du décret n°2016-524 : ***exhaustivité et qualité des données, analyse médico-économique, protection des données médicales nominatives des patients, recherche.***

Son élaboration s'appuie sur une démarche participative associant les différents établissements concernés.

La diversité des établissements concernés, de par leur taille, leur éventail de cas, leur champ d'activité, leur système d'information, implique une adaptation de l'organisation du DIM de territoire à des contextes et pratiques très différents.

1. Gouvernance

Le médecin responsable du DIM de territoire est un médecin spécialiste de santé publique, Professeur des Universités – Praticien hospitalier. Il siège au collège médical et au comité stratégique du GHT TVL.

La gouvernance s'appuie sur les 6 médecins responsables des DIM des établissements parties du GHT TVL. Ils constituent, sous l'autorité du médecin responsable du DIM de territoire, le comité de coordination. Ce comité se réunit, depuis le début de l'année 2016, selon un rythme mensuel ou bimestriel. Ce comité assure la programmation du déploiement et le suivi de la mise en œuvre des missions du DIM GHT TVL.

Par ailleurs, pour chacun des 3 champs d'activité du PMSI (MCO, SSR, PSY), un binôme, constitué d'un médecin et d'un(e) technicien(ne) d'information médicale, assure le suivi spécifique des activités concernées.

Enfin, au moins une fois par an, un séminaire rassemble l'ensemble des professionnels du DIM du GHT TVL.

Un référent « recherche » (médecin de santé publique, HDR) a été désigné.

L'intégration, au sein du GHT d'établissements de santé associés ou partenaires, peut en fonction des conventions établies amener une intégration d'une représentation de ces établissements dans tout ou partie des structures de gouvernance du DIM de territoire.

2. Outils de travail partagés et activités développées

2.1 Plateforme d'échange (état : réalisé)

Parmi les premiers outils mis en œuvre et opérationnels, une plateforme d'échange a été déployée. Elle permet le partage de documents, l'animation de forums de discussion, la gestion d'un agenda. Une procédure précise les modalités d'animation de cette plateforme. N'étant pas totalement sécurisée, elle ne permet pas, cependant, l'échange de données nominatives.

2.2 Messagerie sécurisée (état : en cours de déploiement)

Une messagerie sécurisée est en cours de déploiement afin de permettre l'échange de données confidentielles et d'assurer la protection des données patients.

2.3 Règlement intérieur (état : en cours de validation)

Un règlement intérieur du DIM du GHT TVL a été élaboré précisant notamment les responsabilités respectives des différents acteurs ; les articulations du DIM du GHT TVL avec les instances et autorités de chaque établissement.

2.4 Plan de formation (état : en cours de conception)

Des séances de travail sur la qualité du codage PMSI ou sur les concepts médicaux, associant les TIM des établissements existent depuis plusieurs années au sein du territoire TVL.

Des formations organisées par des prestataires externes au bénéfice du DIM de l'établissement support du GHT ont été ouvertes, en 2017, à des professionnels d'autres DIM du territoire.

Un plan de formation 2018 pour les TIM du DIM du GHT est en cours de finalisation et s'appuie sur une analyse des besoins.

2.5 Élaboration de fiches de codage partagées et de requêtes « qualité » (état : enrichissement au fil de l'eau)

Près de 10 fiches de codage ont été partagées. Des requêtes de qualité ont été identifiées et seront appliquées dans les différents établissements afin d'améliorer, dans le respect des règles des guides méthodologiques, la mesure et la valorisation de l'activité.

Ces requêtes de qualité doivent permettre la réalisation d'audits croisés des pratiques de codage.

2.6 Tableau de bord de pilotage commun (état : en cours de conception)

Il regroupera entre 10 à 20 indicateurs d'activités et de qualité du DIM de GHT TVL. Il permettra de rendre compte des activités menées.

2.7 Procédure de validation des données E.PMSI (état : en cours de déploiement)

La validation e.pmsi se réalise au sein de chaque établissement. La procédure de validation vise à garantir la qualité du « chargement » des fichiers PMSI et de leur validation.

Le médecin responsable du DIM de territoire bénéficie d'un accès aux tableaux e.pmsi et peut, Validation à prévoir.

2.8 Analyse de données et base de données PMSI (état : en cours)

Des analyses de données effectuées à la demande du Comité stratégique ont permis d'enrichir le diagnostic initial du projet médical partagé et vont permettre le suivi de la mise œuvre des parcours de santé.

Le DIM de territoire a effectué les démarches nécessaires à l'accès aux bases de données PMSI nationale et a participé à la formation permettant l'accès aux données de l'échantillon généraliste.

La mise en place d'une base de données PMSI unique, concernant en premier lieu le champ MCO, vise à faciliter la réalisation d'analyse de données communes.

3. Schéma directeur des systèmes d'information SDSI (état : en cours)

Le DIM de GHT TVL participe au groupe projet et au comité de pilotage du SDSI, et par voie de conséquence, à la convergence ou à la mise en compatibilité des différents systèmes d'information des différents établissements.

Par ailleurs, le département d'Indre et Loire étant expérimentateur concernant le DMP (Dossier médical partagé), le DIM de GHT TVL est partie prenante aux travaux pilotés par la CPAM 37.



Le DIM de territoire

- Les activités réalisées témoignent d'une réelle dynamique constructive,
- Le « retour sur investissement » est recherché et suivi avec attention,
- La mise en œuvre de la recommandation 7 du rapport du HCSP sur les GHT et la santé publique, sera étudiée.

LES MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE ET D'ÉVALUATION

1. Les modalités de mise en œuvre :

Les actions à mener en mode GHT impliquent de fait plusieurs établissements.

Comme indiqué dans le chapitre METHODE : « Chaque action se voit confier à un responsable Projet identifié et désigné lors des réunions de liaison bimestrielles de suivi « PMP – PGP ».

Ces réunions rassemblent l'équipe GHT, les directeurs des établissements membres du GHT et les directions représentatives des thématiques du PGP : SIH, RH médicale et non médicale, Soins, Équipements, Logistique, Écoles. Les réunions de liaison font l'objet d'un calendrier bimestriel.

Chaque responsable Projet rend compte lors des réunions de liaison bimestrielles de l'avancée de construction de l'action et de sa mise en œuvre.

Les indicateurs de suivi sont arrêtés selon les objectifs fixés et les critères d'efficience, de qualité et de sécurité attendus par le groupe « Parcours de soins » après concertation avec le SIMEES du CHRU de Tours.

2. L'évaluation :

L'évaluation est avant tout une question de bon sens. Elle doit se préoccuper de l'utilité, de la mise en œuvre, de l'efficacité de l'action.

Les questions suivantes doivent être une aide à la construction de chaque construction de chaque action :

■ QUESTIONS SIMPLES

- Objectif de l'action ?
- Public visé ?
- Résultats attendus ?
- Amélioration des pratiques ?

■ QUESTIONS COMPLEXES

- Quelles cohérences pour quelles complémentarités ?
- Quels effets attendus de l'action ? Coût/bénéfice ? Effectifs ? Logistique ? Autorisations ?
- Quels effets directs ? Indirects ? Prévisibles ?
- Quel impact sur la qualité de vie au travail ?

Un rapport annuel des actions finalisées, en cours et des groupes Parcours à venir sera présenté aux instances du GHT TVL.

CONCLUSION



■ Le GHT TVL se compose des établissements suivants :

Les ES Parties :

CHRU de Tours
CH du Chinonais
CH de Loches
CHIC d'Amboise Château-Renault
CH de Sainte-Maure-de-Touraine
CH de Luynes
CH Louis Sevestre

Les ES HAD associés :

HAD Val de Loire – LNA Santé
ASSAD-HAD en Touraine

Les EHPAD :

L'Ile Bouchard
Richelieu
Saint Christophe sur le Nais
Bléré
Bourgueil
Langeais
Montlouis-sur-Loire
Semblançay/La Membrolle
Vernou-Sur-Brenne

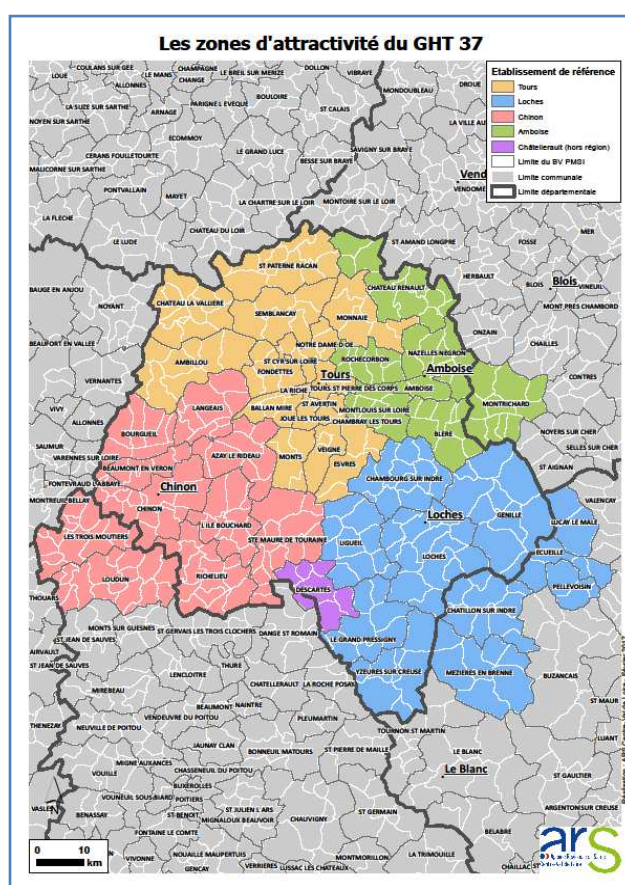
Les ES de SSR partenaires :

Centre de Médecine physique et de réadaptation fonctionnelle « Bel Air »
Centre de réadaptation cardiovasculaire « Bois Gibert »
Établissement de santé Le Courbat
Centre de réadaptation fonctionnelle « Le Clos Saint Victor »

Les cliniques partenaires :

Clinique Ronsard
Clinique psychiatrique des Domaines de Vontes et Champgault
USLD Psychiatrique La Confluence

Maison Départementale des Adolescents



■ Sur le territoire d'Indre-et-Loire le GHT Touraine-Val-de-Loire concerne :

- 70% des lits et places MCO,
- 93% des lits de psychiatrie,
- 79% des lits et places SSR,
- 74 % des lits d'EHPAD,
- 531 lits et places en SSIAD, ESAT et MAS,
- 244 lits en USLD.

■ **L'intérêt du GHT réside dans les liens administratifs, techniques et médico-techniques tissés entre les établissements comme en témoignent les éléments suivants :**

- 5 Établissements publics de santé en direction commune,
- 4 Fédérations Médicales Inter Hospitalières (FMIH) : Gynécologie-obstétrique, soins palliatifs, addictologie, médecine physique et réadaptation,
- 115 conventions et partenariats entre le CHRU et les hôpitaux du département 37,
- 33 conventions et partenariats entre le CHRU et les EHPAD du département 37,
- 1 GCS de Gynécologie chirurgicale Obstétrique public/privé,
- 1 convention de coopération de biologie entre le CHRU, le CH Ly, le CHIC, le CHLS et le CHL,
- Une soixantaine de postes médicaux partagés entre le CHRU et les établissements du GHT.

Ce dispositif est appelé à évoluer et à se développer.



La communauté médicale du GHT TVL a élaboré son PMP autour des sept filières de soins suivantes identifiées comme prioritaires :

1. MÉDECINE
2. GÉRIATRIE
3. URGENCES
4. SANTE MENTALE ET ADDICTOLOGIE
5. PÉRINATALITÉ
6. ONCOLOGIE – SOINS PALLIATIFS
7. CHIRURGIE – ANESTHÉSIE – RÉANIMATION

Une filière de soins embrasse le champ d'une discipline médicale.
Ces filières recouvrent une multitude de parcours de soins définis et à venir.

Le PARCOURS DE SOINS du GHT Touraine-Val de Loire s'entend comme la succession d'évènements que va vivre le patient, sa famille et les professionnels de santé impliqués dans sa prise en charge au cours de son hospitalisation. Il est défini par pathologie ou par un ensemble de pathologies.

Dans ce registre des parcours, les travaux réalisés à ce jour avaient pour ambition de REPERER les nœuds, incidents, dysfonctionnements, points de rupture qui nuisent à la sécurité ou à la qualité de la prise en charge afin d'y REMEDIER.

LA DEMARCHE GENERALE de travail retenue pour l'élaboration des tome I, II et III du Projet Médical Partagé fut **RESOLUMENT PARTICIPATIVE**. Elle procède d'une méthode d'analyse des parcours et de

propositions d'amélioration validée en 2016 par dix groupes de professionnels de santé s'intéressant chacun à un parcours.

Cette méthode sera reconduite à l'occasion de nouveaux parcours dont l'étude sera ouverte au cours des 5 prochaines années.

L'enjeu a consisté et consistera à maintenir la cohésion et l'adhésion de chacun de ses membres à un engagement collectif pour l'organisation future du monde hospitalier face aux problèmes de démographie et de particularités territoriales.

- Comment concilier « Offre De Soins de proximité » et « Sécurité » dans la prise en charge urgente H24/365 jours ?
- Quelle typologie de soins définit l'offre prioritaire de proximité ? Qu'attend-t-on d'un CH de référence territorial ?
- Quels sont les leviers innovants à mobiliser pour adapter l'Offre De Soins en SSR aux enjeux de réduction de la durée de séjour en médecine, en chirurgie, en hôpital de jour ?
- Quels dispositifs nous permettront demain de mieux répondre à la prévalence croissante de certaines pathologies d'aujourd'hui et ainsi combler notre retard ?



LES OBJECTIFS STRATEGIQUES DU PMP :

Ils concernent surtout l'ensemble des établissements de santé Parties au Groupement. Ils rassemblent des orientations transversales basées sur la COMMUNICATION sous toutes ses formes et l'HARMONISATION de pratiques comme les recrutements et les formations.

1. Améliorer le partage de l'information médicale

- La mise en œuvre d'une messagerie sécurisée de santé en 2016
- La mise en œuvre du Dossier Médical Partagé fin 2016
- La mutualisation des images de radiologie

2. Faciliter la communication entre les professionnels de santé du GHT à partir des supports informatiques

3. Mener une politique de « postes médicaux partagés » en cohérence avec les objectifs médicaux retenus : consultations avancées dans les bassins de vie, pérennité des plateaux de chirurgie en lien avec la consolidation des effectifs médicaux.

4. Mutualiser les formations médicales et paramédicales :

- Mettre en place des stages d'étudiants en Médecine dans les établissements du GHT
- Développer la formation universitaire médicale et paramédicale
- Harmoniser les pratiques autour de protocoles communs et ainsi accéder à de nouvelles pratiques professionnelles pour contribuer à vaincre l'épuisement et l'isolement des équipes soignantes.

Ces mesures permettront de renforcer les liens structurels inter-hospitaliers.



LES OBJECTIFS MEDICAUX DU PMP :

Les actions à mener pour les Parcours déjà travaillés illustrent ces objectifs.

■ **Conforter l'offre de proximité : en lits et places de Médecine, en dispositif de Consultations avancées, en lits et places de Soins de Suite et Réadaptation et en secteur médico-social. A titre d'exemple, pour le patient âgé polypathologique :**

- Doter chaque bassin de vie d'une Unité de Court Séjour gériatrique,
- Diversifier l'offre d'aval en l'étoffant d'unités cognitivo-comportementales et d'une unité d'hospitalisation renforcée territoriale
- Garantir une prise en charge de confort au plus près du domicile du patient : chimiothérapie ambulatoire et à domicile avec l'implication de l'HAD, soins palliatifs avec la reconnaissance de LISP, de consultations avancées de suivi et de dépistage,
- Structurer une filière gériatrique dans chaque bassin de vie
- Déployer le PAERPA sur l'ensemble du territoire

■ **GARANTIR UN ACCES DIRECT AUX PLATEAUX TECHNIQUES HAUTEMENT SPÉCIALISÉS DU CHU DE TOURS**

- **Pour le patient victime d'un AVC :** FORMER INFORMER COMMUNIQUER sur le PARCOURS AVC en phase pré hospitalière afin d'accéder directement à l'UNV du CHU et de réduire la perte de chance de récupération physique, psychique et sensorielle

■ **SÉCURISER LA PRISE EN CHARGE DES URGENCES ET DES SOINS NON PROGRAMMÉS**

- Structurer des circuits courts pour les patients de consultations non programmées vus par les confrères de SOS Médecins et les confrères de ville
- Sécuriser le parcours du patient vers un SAU H24/365 jours

■ **POURSUIVRE LE VIRAGE AMBULATOIRE** sur l'ensemble du territoire en maintenant une offre chirurgicale de proximité et un pôle chirurgical de référence

- Veiller à la pérennité des effectifs médicaux en adéquation avec l'offre
- Organiser les consultations avancées avec des praticiens hospitaliers confirmés

■ **REVOIR LA SECTORISATION DE L'OFFRE PSYCHIATRIQUE** chez l'Adulte

■ **Prendre en compte les besoins spécifiques sur le territoire pour la prise en charge de l'enfant et l'adolescent**

- La prise en charge de l'enfant de moins de 3 ans
- La prise en charge du couple parent – nourrisson
- La prise en charge de l'Adolescent face au refus scolaire anxieux
- Diversifier l'offre de soins en psychiatrie Adulte

■ **INTENSIFIER LE DISPOSITIF DE PRÉVENTION ET DE DÉPISTAGE**

- Assurer le déploiement du CeGIDD sur le territoire
- Déployer le dispositif d'évaluation du niveau de risque de la femme enceinte dans le 1^{er} trimestre de la grossesse (PREGNANT-SEE)

■ **DIVERSIFIER LE CHAMP SSR et contribuer à une meilleure fluidité du Parcours de soins depuis le court séjour :**

- Identifier des unités « Post-AVC »
- Ouvrir une structure d'accueil des Troubles du Comportement Alimentaire
- Intégrer l'éducation thérapeutique à la prise en charge au long court des états dépressifs

■ **DENSIFIER LES INTERACTIONS ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTE AU SEIN DU TERRITOIRE**

- Faciliter l'accueil et les déplacements des internes et des étudiants dans les établissements de santé des bassins de proximité
- Poursuivre le développement ville/hôpital par des actions de communications, d'information, de formations (DPC) et structurer la communication avec la Médecine libérale
- Mettre en place des rencontres thématiques avec le Conseil de l'Ordre Départemental des Médecins
- Encourager la reconnaissance de Maîtres de stage en Maison de Santé Pluridisciplinaire
- Participer aux travaux du PRS sur la PDES

■ **AMÉLIORER LA PRISE EN CHARGE MÉDICO-SOCIALE AU SEIN DU TERRITOIRE**

- Améliorer le parcours de l'utilisateur handicapé
- Faciliter l'admission dans les EHAPD par la mise en place d'une cellule médico-socio-juridique



Le GHT est l'opportunité de renforcer le tissu de prises en charge de l'utilisateur à travers les composantes médicales, sociales et médico-sociales de demain pour les établissements qui le compose. Il s'impose déjà sur notre territoire comme un moyen d'avancer ensemble, autour d'une même méthode de construction et d'un respect des savoirs de chacun.



Annexe I

Article R.6132-3.I. Code de la Santé Publique

Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du
groupement hospitalier de territoire

Art. R. 6132-3.-I.-Le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire.

Il comprend notamment :

- « 1° Les objectifs médicaux ;
 - « 2° Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
 - « 3° L'organisation par filière d'une offre de soins graduée ;
 - « 4° Les principes d'organisation des activités, au sein de chacune des filières, avec leur déclinaison par établissement, et, le cas échéant, leur réalisation par télémedecine, portant sur :
 - « a) La permanence et la continuité des soins ;
 - « b) Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées ;
 - « c) Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle ;
 - « d) Les plateaux techniques ;
 - « e) La prise en charge des urgences et soins non programmés ;
 - « f) L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles ;
 - « g) Les activités d'hospitalisation à domicile ;
 - « h) Les activités de prise en charge médico-sociale ;
 - « 5° Les projets de biologie médicale, d'imagerie médicale, y compris interventionnelle, et de pharmacie ;
 - « 6° Les conditions de mise en œuvre de l'association du centre hospitalier et universitaire portant sur les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3 ;
 - « 7° Le cas échéant par voie d'avenant à la convention constitutive, la répartition des emplois des professions médicales et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités prévue au 4° ;
 - « 8° Les principes d'organisation territoriale des équipes médicales communes ;
 - « 9° Les modalités de suivi de sa mise en œuvre et de son évaluation.
- « II.-Les équipes médicales concernées par chaque filière qu'il mentionne participent à la rédaction du projet médical partagé. Celui-ci est soumis pour avis au collège ou à la commission médicale de groupement, qui est informé chaque année par son président du bilan de sa mise en œuvre.
- « III.-La mise en œuvre du projet médical partagé s'appuie, le cas échéant, sur les communautés psychiatriques de territoire afin d'associer les établissements publics de santé autorisés en psychiatrie qui ne sont pas parties au groupement.
- « Art. R. 6132-4.-Le projet médical partagé est élaboré pour une période maximale de cinq ans.
- « Les projets médicaux des établissements parties au groupement hospitalier de territoire sont conformes au projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire.
- « Art. R. 6132-5.-Un projet de soins partagé s'inscrivant dans une stratégie globale de prise en charge, en articulation avec le projet médical partagé, est élaboré. Les équipes soignantes concernées par chaque filière qui y est mentionnée participent à sa rédaction.

Annexe II

ARS Centre-Val de Loire

Décision de Madame la Directrice Générale portant sur la
création du GHT Touraine Val de Loire

- 5 SEP. 2016

Direction Générale

Service émetteur :

Direction de l'offre sanitaire et médico-sociale

Courriel : ars-centre-direction-osms@ars.sante.fr

Téléphone : 02 38 77 31 58
Télécopie : 02 38 54 46 03

Date : **30 AOÛT 2016**

Objet : approbation de la convention constitutive
du groupement hospitalier de territoire (GHT)

PJ : 1

La directrice générale de l'Agence régionale
de santé du Centre-Val de Loire

à

Mesdames et Messieurs les directeurs
des établissements membres du groupement
hospitalier de territoire de Touraine-Val de
Loire

DG : <i>[Signature]</i> DCA : <i>[Signature]</i> Pour attribution : original DG Copie PP/CCM Copie à Cdt DG

Mesdames et Messieurs les directeurs,

Vous trouverez, jointe au présent courrier, la décision portant approbation de la convention constitutive du groupe hospitalier de territoire de Touraine-Val de Loire, que vous m'avez adressée le 30 juin 2016.

Suivant en cela l'arrêté du 1^{er} juillet 2016 fixant le périmètre de votre groupement hospitalier de territoire (GHT), j'approuve les termes de cette convention et vous remercie pour la qualité de la concertation et des travaux réalisés, qui permettront de conforter et de développer encore les coopérations déjà existantes sur le territoire de votre groupement.

Suite à l'examen de la convention constitutive, je souhaite attirer votre attention sur différents points à prendre en compte dans les travaux futurs :

La procédure d'élaboration du règlement intérieur doit intégrer la consultation des instances communes et des instances des établissements partie préalablement à son adoption par le comité stratégique conformément à l'article R.6132-2 du CSP

Le projet médical partagé (PMP) sera à approfondir dans le respect du calendrier réglementaire en ce qui concerne la définition des filières de prise en charge permettant une organisation territoriale de l'offre de soins graduée, consolidée par le recours aux nouvelles technologies de communication et d'échanges des informations médicales.

Cela me semble en effet être un préalable nécessaire à la structuration de l'offre de soins. Cette structuration devra s'attacher à la résolution de points de fragilité d'ores et déjà identifiés tels que la démographie médicale, le maintien des compétences des professionnels médicaux et paramédicaux, le fonctionnement optimal des plateaux techniques, la fuite des patients et l'articulation avec les autres établissements de santé du territoire.

D'une façon générale, la convention constitutive - notamment le PMP - doit être conforme avec le projet régional de santé actuellement en vigueur conformément aux dispositions de l'article L. 6132-2 du code de la santé publique. La présente approbation de la convention constitutive ne vaut donc pas reconnaissance de nouvelles autorisations pour des activités de soins ou d'équipements matériels lourds que vous pourriez proposer de développer.

ARS du Centre
Cité Coligny - 131 rue du faubourg Bannier - BP 74409 - 45044 Orléans Cedex 1
Standard : 02 38 77 32 32 / Fax : 02 38 54 46 03

Les réflexions susceptibles d'impacter les documents de planification régionale viendront enrichir les travaux d'élaboration du futur projet régional de santé.

Concernant le secteur médico-social, je vous invite à vous inscrire dans le cadre des orientations de la conférence nationale du handicap. Il vous appartient à cet effet de contribuer plus particulièrement à créer les conditions nécessaires permettant d'assurer la continuité des parcours des personnes en situation de handicap.

Sur le champ des personnes âgées, je serais particulièrement attentive à votre implication dans le dispositif PAERPA appelé à s'étendre à l'ensemble du territoire du GHT.

Je souhaiterais en outre que les travaux complémentaires d'élaboration du PMP, prennent en compte avec une attention particulière les orientations du projet régional de santé en matière de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique en articulant vos actions avec celles de l'ensemble des acteurs du territoire concernés.

Je vous rappelle enfin, si ce n'est déjà fait, que les représentants des structures d'hospitalisation à domicile de votre territoire doivent être associées aux différents groupes de réflexion sur le projet médical partagé, afin que ce mode de prise en charge soit pris en compte dans les filières de soins et contribue à la cohérence des parcours de patients.

Conformément au décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, un avenant à la convention constitutive doit définir les filières de soins de votre projet médical partagé, au plus tard au 1^{er} janvier 2017. Je vous invite à me transmettre cet avenant pour le 31 décembre 2016, après passage devant les instances des établissements membres.

En vous renouvelant mes remerciements pour les travaux d'ores et déjà menés, je vous prie d'agréer, Mesdames et Messieurs les directeurs, l'expression de ma considération distinguée.

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé
Centre-Val de Loire,



Anne BOUYGARD

**AGENCE REGIONALE DE SANTE
DU CENTRE-VAL DE LOIRE**

**ARRETE
N° 2016-OSMS-0062 du 1^{er} juillet 2016**

La Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire,

Vu le code de la santé publique et notamment les articles L. 6132-5 et L. 1434-3, R. 6132-1 et suivants ;

Vu l'article 107 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé et relatif aux groupements hospitaliers de territoire ;

Vu le décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des Agences régionales de santé ;

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

Vu l'arrêté n° 2012-DG 0003 du 22 mai 2012 portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu l'arrêté n° 2014-DG-0026 du 9 octobre 2014 portant révision du schéma régional d'organisation des soins de la région Centre-Val de Loire ;

Vu le décret du 17 mars 2016 portant nomination de Madame Anne Bouygard, en qualité de Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire à compter du 4 avril 2016 ;

Après réception des objectifs médicaux visés au 1° de l'article R. 6132-3 du code de la santé publique et conformément au calendrier défini à l'article 5 du décret n° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire, les centres hospitaliers du chinonais, de Paul Martinais de Loches, intercommunal d'Amboise/Château Renault, de Jean Pagès de Luynes, de Sainte Maure de Touraine, de Louis Sevestre à la Membrolle/Choisille, régional et universitaire de Tours, les EHPAD de l'Ile Bouchard, de Richelieu, de Saint Christophe sur le Nais sont appelés à se regrouper au sein d'un groupement hospitalier de territoire ;

DECIDE

Article 1^{er} : Le groupement hospitalier de territoire de l'Indre et Loire, dénommé groupement hospitalier de territoire de Touraine Val de Loire, est composé des établissements suivants :

- Le centre hospitalier du Chinonais
- Le centre hospitalier Paul Martinais de Loches
- Le centre hospitalier intercommunal d'Amboise/Château Renault
- Le centre hospitalier Jean Pagès de Luynes
- Le centre hospitalier de Sainte Maure de Touraine
- Le centre hospitalier Louis Sevestre de la Membrolle/Choisille
- Le centre hospitalier régional et universitaire de Tours
- L'EHPAD de l'Ile Bouchard
- L'EHPAD de Richelieu
- L'EHPAD de Saint Christophe sur le Nais

Article 2 : La publication du présent arrêté emporte création du comité territorial des élus locaux.

Article 3 : Le présent arrêté sera notifié aux établissements partis au groupement hospitalier de territoire d'Indre et Loire et fera l'objet d'une publication au recueil des actes administratifs de la préfecture de la région Centre Val de Loire.

Il peut faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la Directrice générale de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire, d'un recours hiérarchique auprès de la Ministre chargée de la santé ou d'un recours contentieux auprès du tribunal administratif compétent dans un délai de deux mois à compter de sa publication.

La Directrice générale
de l'Agence régionale de santé Centre-Val de Loire



Anne BOUYGARD

Annexe III
Règlement Intérieur
du Secrétariat Permanent de Psychiatrie

Secrétariat Permanent De Psychiatrie

REGLEMENT INTERIEUR

OBJET DU REGLEMENT INTERIEUR DU SECRÉTARIAT PERMANENT DE PSYCHIATRIE

Dans le cadre du Groupement Hospitalier de Territoire Touraine Val-de-Loire, il est créé un secrétariat permanent de psychiatrie.

Ce secrétariat n'est pas une instance. Il est un groupe de travail dont la mission est de préparer le projet territorial de santé mentale défini par l'article 69 de la loi de modernisation de notre système de santé et de mener à bien les travaux nécessaires à la mise en place des orientations, propositions et projets définis par le projet médical partagé du GHT Touraine Val-de-Loire.

Le présent règlement intérieur a pour objet de fixer le cadre de fonctionnement de ce secrétariat.

COMPOSITION

Le secrétariat permanent de psychiatrie est composé de membres à voix délibératives et de membres à voix consultatives.

Les membres à voix délibératives :

- Au titre de la psychiatrie adulte : trois psychiatres par établissement public de santé autorisé en psychiatrie,
- Au titre de la pédopsychiatrie : deux pédopsychiatres par établissement public de santé autorisé en pédopsychiatrie
- Un directeur d'établissement public de santé chargé de coordonner les travaux du secrétariat permanent de psychiatrie, désigné par le comité stratégique du GHT,
- Un coordonnateur général des soins désignés par la CSIRMT du GHT parmi les coordonnateurs généraux des soins d'un établissement autorisé en psychiatrie.

Les membres à voix consultatives :

- Les membres de l'équipe de coordination du GHT Touraine Val-de-Loire,
- Un représentant de la Délégation Départementale de l'ARS,
- Un représentant du Conseil Départemental 37,
- Un psychiatre du secteur associatif,
- Un représentant de la Maison Des Adolescents.

BUREAU

Le secrétariat permanent de psychiatrie met en place un bureau chargé de préparer les travaux du secrétariat.

COMPOSITION

Le bureau est composé :

- Du directeur chargé de coordonner les travaux du secrétariat permanent de psychiatrie,
- Du coordonnateur des soins membre du secrétariat permanent de psychiatrie,
- De deux psychiatres désignés par le secrétariat permanent de psychiatrie,
- D'un pédopsychiatre désigné par le secrétariat permanent de psychiatrie,
- D'un psychiatre membre du secrétariat à titre consultatif désigné par le secrétariat permanent de psychiatrie.

LA COORDINATION DU SECRÉTARIAT PERMANENT DE PSYCHIATRIE

La coordination du secrétariat permanent de psychiatrie est assurée par un directeur d'établissement public de santé membre du GHT désigné par le comité stratégique du GHT.

Il est chargé d'assurer le secrétariat de ce groupe de travail, de préparer avec le bureau l'ordre du jour, et d'assurer la rédaction et la diffusion des comptes rendus du secrétariat permanent de psychiatrie.

Il établit un rapport annuel des travaux du secrétariat permanent de psychiatrie qui après validation de ce même secrétariat est présenté au collège médical.

FONCTIONNEMENT

Le secrétariat permanent de psychiatrie se réunit au moins quatre fois par an.

Il établit en début d'année civile un planning des réunions.

Il est institué un quorum. Celui-ci est composé d'un psychiatre par établissement et d'un pédopsychiatre pour l'ensemble du département

L'ordre du jour arrêté par le bureau est transmis deux semaines avant chaque réunion avec le compte rendu de la séance de travail précédente.

Chaque compte rendu est soumis à approbation du secrétariat permanent de psychiatrie.

Le secrétariat permanent psychiatrie peut inviter à participer à ses travaux toute personne qu'il considère utile à la réalisation des missions qui sont les siennes. Dans cette hypothèse les personnes invitées n'interviennent qu'à titre consultatif et sur les seuls thèmes ou questions qui ont justifié leurs participations.

Les séances du secrétariat permanent de psychiatrie ne sont pas publiques.

Chaque membre titulaire du secrétariat permanent de psychiatrie peut désigner un suppléant nommément désigné.

Annexe IV
Cartes d'identité 2015
des établissements parties du GHT TVL

CHRU de Tours

2 Boulevard Tonnellé, 37044 TOURS Cedex 9
Coordonnées de la direction : 02 47 47 37 49, dg@chu-tours.fr
Site internet : <http://www.chu-tours.fr>

Directeur d'établissement : Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD Pdt Conseil Surveillance : Serge BABARY Pdt CME : Gilles CALAIS	Coopérations
---	--------------

Les sites du CHRU

5 sites principaux	Rayon géographique d'interventions
Hôpital Bretonneau Hôpital Trousseau Hôpital Clocheville Hôpital Ermitage Clinique Psychiatrique Universitaire	Rayonnement local (Tours et son agglomération), départemental (Indre-et-Loire), régional (Région Centre Val-de-Loire), interrégional (Grand-Ouest).

Les champs d'activité et le nombre de lits et places 2015

		Nombre de lits et places	Total des lits et places par champ
Champ MCO	Chirurgie (hors Réa et SI)	469	1442
	Médecine (hors réa et SI)	536*	
	Néonatalogie (dont 10 réa, 12 SI, 20 SC)	42	
	Réanimation et S.Int. (hors néonate et onco)	99 (dont 7 ped.)	
	USC	50	
	UHCD (20 Adultes et 8 ped.)	28	
	Oncologie (dont 8 lits USSI adultes et 2 SI Ped.)	67	
	Gynécologie-obstétrique	126	
	Court Séjour Gériatrique	25	
Champ SSR	Adultes - SSR polyvalents		109
	Adultes - SSR Personnes âgées polypathologiques	96	
	Enfants - SSR - hospitalisation complète	8	
	Enfants - SSR - hospitalisation de jour	5	
Champ PSYCHIATRIE GENERALE	Hospitalisation complète	216	317
	Hospitalisation de jour	101	
	Appartement thérapeutique		
Champ PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation complète adolescent	12	48
	Hospitalisation de jour	36	
	Hospitalisation de nuit		
Champ EHPAD	Unités hors "Alzheimer"	96	96

	Unité "Alzheimer"		
Champ USLD	Unités hors "Alzheimer"		
	Unité "Alzheimer"		
Champ ESAT, SSIAD et autres (MAS)	Internat		
	Externat		
Total des lits et places			2 012

* Médecine : hors générateurs d'Hémodialyse (37)

Certification

Certification V 2014 :

- Visite en Avril 2015 : Certifié en juillet 2016 avec une obligation d'amélioration sur la prise en charge médicamenteuse et 5 recommandations

Certification V2010 :

- Visite initiale en Octobre 2010 : Certification en Juin 2011 (9 recommandations)
- Rapport de suivi en Mars 2012 : 2 recommandations levées

Certification V2 / V2007 :

- Visite initiale en Mars 2006 : Certification conditionnelle en Septembre 2006
- Visite ciblée en Novembre 2007, Certification en Février 2008 : 6 recommandations

Accréditation V1 :

- Visite initiale en 2001 : 9 recommandations et 5 réserves
- Visite ciblée en 2003 : 11 recommandations.

Les données du personnel 2015(au 31 décembre)

		Nombre	% sur l'ensemble du personnel	ETP travaillé Au 31/12/2015
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	391	26,83	370,1
	Praticiens contractuels	351	24,09	203,44
	Internes	494	33,90	494
	Hospitalo-universitaires	221	15,17	110,5
Personnel non médical	Titulaires	5719	80,91	5 383,15
	Stagiaires	129	1,83	122,75
	Contractuels	1220	17,26	1 125,55

+ Pyramide de l'âge (cf pièce jointe)

Les données financières 2015

Les ratios financiers

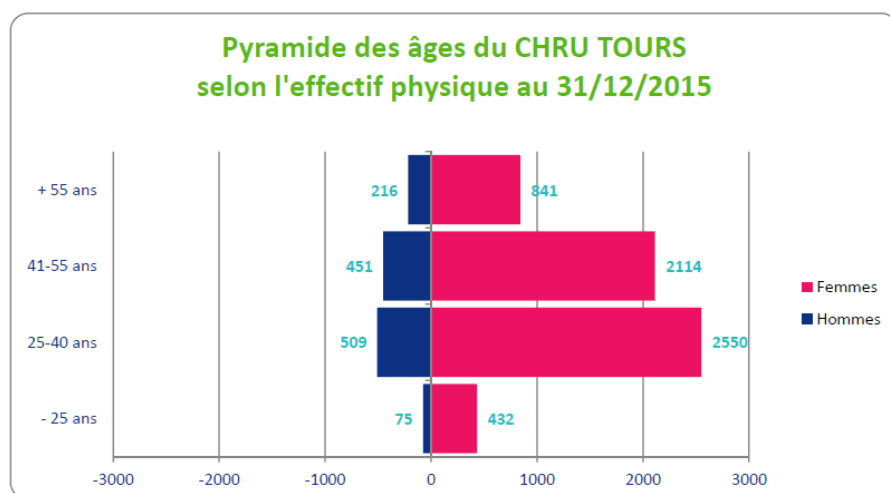
Taux de CAF	4,16 %	Durée apparente de la dette (<10ans)	5,91
Marge brute	5,23 %	Ratio de l'encours de la dette/produits (<30%)	24,0 %
		Ratio d'indépendance financière (<50%)	41,45 %

Les budgets

Budget H	635 844 540	Budget P	4 574 320	Budget M	/
Budget C	7 871 178	Budget J	/	Budget N	/
Budget E	4 657 307	Budget L	/	BUDGET CONSOLIDÉ	651 160 993

Les données d'activité 2015

MCO (H)	Nombre de séjours (RSS)	144 356	Age moyen PMSI	52.93
	Nombre de naissances	3 752	Nombre de patients PMSI	64930
	Nombre de passages aux urgences (tous passages)	97 052	Durée moyenne de séjour PMSI	2.47
	Valorisation 100% T2A (hospi)	264 680 042	Nombre de journées PMSI	363 693
SSR (H)	Nbre de séjours (dt en cours) HC+H-24 (Adultes – Enfants)	A=641 E=1235	Nombre de sorties PMSI	A = 555 E = 1 229
	Age moyen	A =85,4 ans E =3.9 ans	Nombre de patients PMSI	A =566 E=56
	Nombre d'admissions PMSI		Nombre de journées de présence PMSI	A= 29 900 E = 2 891
PSYCHIATRIE (H)	Nombre de séjours	HC=2694 H-24=845	Age moyen en hospitalisation	A=41.7 E=36.2
	Nombre de résumés d'activité ambulatoire	77 620	Age moyen en ambulatoire	35.3
	Nombre de patients	HC=1 493 H-24=435 ambu=5 752		
EHPAD – Maison de retraite (E/J)	Journées réalisées	33 793	GIR moyen	
	Taux d'occupation	96.4%	PMP (Pathos)	
	Age moyen			
USLD (B)	Journées réalisées		GIR moyen	
	Taux d'occupation		PMP (Pathos)	
	Age moyen			
ESAT, SSIAD et autres (L/M/N/P)	Journées réalisées		Age moyen	
	Taux d'occupation			



Centre Hospitalier Intercommunal Amboise-Château-Renault

Rue des Ursulines 37400 AMBOISE

02 47 23 33 41 – chic@chicacr.fr

Site internet : www.ch-amboise-chateaurenault.fr

Directeur d'établissement : M. EDERY Pdt Conseil Surveillance : M. COSNIER Pdt CME : Dr CATTIER	Coopérations → CHU Tours - biologie → CHU Tours – télé-expertise neurochir / neurotrauma → EHPAD / télé consultations → GCS blanchisserie
---	---

Les sites du CHIC

4 sites principaux	Rayon géographique d'interventions
Hôpital Robert Debré – Amboise Hôpital Jean Delaneau – Château-renault EHPAD Amboise et Château Renault	Zone EA du département Indre et Loire

Les champs d'activité et le nombre de lits et places 2014

		Nombre de lits et places	Total des lits et places par champ
Champ MCO	Médecine	80	127
	USC	0	
	UHCD	4	
	Chirurgie	30	
	Gynécologie-obstétrique	11	
	Court Séjour Gériatrique	2	
Champ SSR	Adultes - SSR polyvalents	30	64
	Adultes - SSR Personnes âgées polypathologiques	34	
	Enfants - SSR - hospitalisation complète	0	
	Enfants - SSR - hospitalisation de jour	0	
Champ PSYCHIATRIE GENERALE	Hospitalisation complète	50	80
	Hospitalisation de jour	30	
	Appartement thérapeutique	0	
Champ PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation de semaine	0	0
	Hospitalisation de jour	0	
	Hospitalisation de nuit	0	
Champ EHPAD	Unités hors "Alzheimer"	385	446
	Unité "Alzheimer"	61	
Champ USLD	Unités hors "Alzheimer"		
	Unité "Alzheimer"		

Champ ESAT, SSIAD et autres (MAS)	Internat		104
	Externat	104	
Total des lits et places			821

Certification

Certification V3 / V2010 :

Certification V2 / V2007 :

Accréditation V1 :

Les données du personnel 2015

		Nombre	% sur l'ensemble du personnel	ETP
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	40	3.97	33.92
	Praticiens contractuels	30	2.98	22.58
	Internes	7	0.69	7
Personnel non médical	Titulaires	719	71.33	688.50
	Stagiaires	21	2.08	20.10
	Contractuels	191	18.95	174

+ Pyramide de l'âge

Les données financières 2015

Les ratios financiers

Taux de CAF	7.38%	Durée apparente de la dette (<10ans)	6.32
Marge brute	10,3%	Ratio de l'encours de la dette/produits (<30%)	48.49%
		Ratio d'indépendance financière (<50%)	48.60%

Les budgets recettes

Budget H	45597856	Budget P	113867	Budget M	/
Budget C	1296279	Budget J	/	Budget N	1469678
Budget E	18950686	Budget L	/	BUDGET CONSOLIDÉ	66510183

Les données d'activité 2014

MCO (H)	Nombre de séjours (RSS)	6708	Age moyen PMSI	66.2
	Nombre de naissances		Nombre de patients PMSI	6708
	Nombre de passages aux urgences	17686	Durée moyenne de séjour PMSI	5
	Valorisation 100% T2A	17649764	Nombre de journées PMSI	32368
SSR (H)	Nombre de séjours	1001	Nombre de sorties PMSI	735
	Age moyen	59	Nombre de patients PMSI	793
	Nombre d'admissions PMSI	718	Nombre de journées de présence PMSI	20822
PSYCHIATRIE (H)	Nombre de séjours	376	Age moyen en hospitalisation	48.3
	Nombre de résumés d'activité ambulatoire	37333	Age moyen en ambulatoire	22
	Nombre de patients	2714		
EHPAD – Maison de retraite (E/J)	Journées réalisées	158376	GIR moyen	716
	Taux d'occupation	97.3	PMP (Pathos)	180
	Age moyen	85		
USLD (B)	Journées réalisées		GIR moyen	

	Taux d'occupation		PMP (Pathos)	
	Age moyen			
ESAT, SSIAD et autres (L/M/N/P)	Journées réalisées		Age moyen	
	Taux d'occupation			

		CHRU Tours	CH Chinon	CH Ste Maure	CH Luynes	CH Louis Sevestre	CH Loches	CH Amboise- CR
Achats – Logistiques - Maintenance	Autocom							X
	Blanchisserie							X *GCS Nazelles Négron
	Cuisine							X
	Formation incendie							X
	Garage							X
	Ingénierie biomédicale							X
	Maintenance technique/Entr etien							X
	Parcs et jardins							X
	Services intérieurs							
	Transports							
DIM	DIM							X
	DMP							X
	DLU							X
GRH	Formation							X
	GPMC							X
	GRH							X
Projet médical partagé	Analyse de gestion des filières de soins							X
	Biologie							X
	DPC							
	Imagerie							X
	Pharmacie							X
	PAERPA							X
	Recherche							
SIH	Service informatique							X
	Télémédecine							X
Ressources	Communication							X

Les logiciels en lien avec le parcours de soins

- MEDASYS (filière médicale) + BERGER LEVRAULT (urgences)
- C page (filière administrative)
- CURSUS

Centre Hospitalier Paul Martinais

1 Rue du Dr Martinais 37 600 LOCHES
02.47.91.33.81 directeur@ch-loches.fr
www.ch-loches.fr

Directeur d'établissement : Christophe BLANCHARD Pdt Conseil Surveillance : Marc ANGENAULT Pdt CME : Chérif LAMRANI	Coopérations C H R U Tours EHPAD Sud Touraine GCS Blanchisserie
---	--

Les sites du CH

2 sites principaux	Rayon géographique d'interventions
Site des rives de l'Indre (MCO) Site de puygibault (SSR-Médico-social)	Sud Touraine Nord de l'Indre

Les champs d'activité et le nombre de lits et places 2015

		Nombre de lits et places	Total des lits et places par champ
Champ MCO	Médecine	35+4	74
	Chirurgie	25+6	
	UHCD	4	
	Oncologie		
	Gynécologie-obstétrique		
	Court Séjour Gériatrique		
Champ SSR	Adultes - SSR polyvalents		30
	Adultes - SSR Personnes âgées polypathologiques	30	
	Enfants - SSR - hospitalisation complète		
	Enfants - SSR - hospitalisation de jour		
Champ PSYCHIATRIE GENERALE	Hospitalisation complète		15
	Hospitalisation de jour	15	
	Appartement thérapeutique		
Champ PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation de semaine		
	Hospitalisation de jour		
	Hospitalisation de nuit		
Champ EHPAD	Unités hors "Alzheimer"	209	225
	Unité "Alzheimer"	16	
Champ USLD	Unités hors "Alzheimer"		
	Unité "Alzheimer"		
Champ SSIAD	Personnes âgées	70	75
	Personnes handicapées	5	
Total des lits et places			419

Certification

Certification V3 / V2010 : Certification sans réserve ni recommandation
 Certification V2 / V2007 : Certification sans réserve ni recommandation
 Accréditation V1 : Accréditation avec une réserve (Constat médical du décès du patient la nuit)

Les données du personnel 2015

		Nombre	% sur l'ensemble du personnel	ETP
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	20	3,74	19,30
	Praticiens contractuels	12	2,24	6,83
	Internes	6	1,12	5,13
Personnel non médical	Titulaires	335	62,62	320,48
	Stagiaires	23	4,30	21,36
	Contractuels y compris emplois aidés	139	25,98	109,86

+ Pyramide de l'âge (Age moyen PM 49,33 ans, PNM 40,77 ans)

Les données financières 2015

Les ratios financiers

Taux de CAF	5,87	Durée apparente de la dette (<10ans)	9,30
Marge brute	7,77	Ratio de l'encours de la dette/produits (<30%)	55,61
		Ratio d'indépendance financière (<50%)	61,65

Les budgets

Budget H	24 866 500€	Budget P		Budget M	/
Budget B		Budget J	/	Budget N	968 700€
Budget E	9 085 500€	Budget L	/	BUDGET CONSOLIDÉ	34 902 700€

Les données d'activité 2015

MCO (H)	Nombre de séjours (RSS)	4 690	Age moyen PMSI	68,02
	Nombre de naissances		Nombre de patients PMSI	3 310
	Nombre de passages aux urgences	14 299	Durée moyenne de séjour PMSI	4,12
	Valorisation 100% T2A	9 074 946€	Nombre de journées PMSI	17 493
SSR (H)	Nombre de séjours	381	Nombre de sorties PMSI	354
	Age moyen	81,16	Nombre de patients PMSI	381
	Nombre d'admissions PMSI	353	Nombre de journées de présence PMSI	11 446
PSYCHIATRIE (H)	Nombre de séjours	64	Age moyen en hospitalisation	46,46
	Nombre de résumés d'activité ambulatoire	9 551	Age moyen en ambulatoire	49,39
	Nombre de patients	1 053		
EHPAD – Maison de retraite (E/J)	Journées réalisées	80 399	GIR moyen	679,24
	Taux d'occupation	97,90	PMP (Pathos)	151
	Age moyen	85,92		
USLD (B)	Journées réalisées		GIR moyen	
	Taux d'occupation		PMP (Pathos)	
	Age moyen			
SSIAD	Journées réalisées	21 860	Age moyen	87,22
	Taux d'occupation	78,80		

Le GHT

		CHRU Tours	CH Chinon	CH Ste Maure	CH Luynes	CH Louis Sevestre	CH Loches	CH Amboise-CR
Achats – Logistiques - Maintenance	Autocom						X	
	Blanchisserie						Dans le cadre du GCS	
	Cuisine						X	
	Formation incendie						Prest. extérieur	
	Garage							
	Ingénierie biomédicale							
	Maintenance technique/Entretien						Prest. extérieur	
	Parcs et jardins							
	Services intérieurs							
	Transports						Prest. Extérieur	
DIM	DIM						X	
	DMP						X	
	DLU						X	
GRH	Formation						X	
	GPMC						X	
	GRH						X	
Projet médical partagé	Analyse de gestion des filières de soins							
	Biologie						Prest. extérieur	
	DPC							
	Imagerie						X	
	Pharmacie						X	
	PAERPA						X	
	Recherche							
SIH	Service informatique						X	
	Télémédecine							
Ressources en com.	Communication						X	

Les logiciels en lien avec le parcours de soins

- Berger Levraut (Filière administrative et médicale)
- Computer engenering (Pharma)
- Cursus (gestion transfusionnelle)

Centre Hospitalier du Chinonais

BP 248 – Route de Tours – 37502 CHINON CEDEX

02.47.93.75.72 / direction@ch-chinon.fr

Site internet : www.ch-chinon.fr/

Directeur d'établissement : Christophe BLANCHARD Pdt Conseil Surveillance : Jean-Luc DUPONT Pdt CME : Docteur Marc LAGIER Direction commune avec CHRU Tours (40 km)	Coopérations (principales) Direction commune CHRU Tours GCS Gynécologie-obstétrique Clinique Jeanne d'Arc Centre d'Imagerie Médicale ARAUCO HAD
--	---

Les sites du CHC

4 sites principaux	Rayon géographique d'interventions
1/ Hôpital François Rabelais (MCO/SSR/PSY/USLD/MAS)	Site principal
2/ Les Groussins (EHPAD)	5 km du site principal
3/ Hôpital Saint Jean (PSY)	3 km du site principal
4/ La Charpraie (PEDOPSYCHIATRIE)	45 km du site principal

Les champs d'activité et le nombre de lits et places 2015

		Nombre de lits et places	Total des lits et places par champ
Champ MCO	Médecine	42 (dont 5 LISp)	87
	USC	5	
	UHCD	6	
	Oncologie	4	
	Gynécologie-obstétrique	15 +2	
	Court Séjour Gériatrique	12 +1	
Champ SSR	Adultes - SSR polyvalents	30	85
	Adultes - SSR Personnes âgées polypathologiques	40	
	Enfants - SSR - hospitalisation complète	6	
	Enfants - SSR - hospitalisation de jour	9	
Champ PSYCHIATRIE GENERALE	Hospitalisation complète	45	78
	Hospitalisation de jour	30	
	Appartement thérapeutique	3	
Champ PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation de semaine	12	54
	Hospitalisation de jour	11 + 30	
	Hospitalisation de nuit	1	
Champ EHPAD	Unités hors "Alzheimer"	138	177
	Unité "Alzheimer"	39	
Champ USLD	Unités hors "Alzheimer"	105	124
	Unité "Alzheimer"	19	
Champ ESAT, SSIAD et autres (MAS)	Internat	48	56
	Externat	8	
Total des lits et places			661

Certification

Certification V3 / V2010 : Certification avec 3 réserves initiales dont 2 levées en 2015

Certification V2 / V2007 : Certification

Accréditation V1 : Accréditation avec réserves

Les données du personnel 2015

		Nombre	% sur l'ensemble du personnel	ETP
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	41	4% NB et 4% ETP	38.43
	Praticiens contractuels	40	4% NB et 2% ETP	20.30
	Internes	40	4% NB et 1% ETP	13.17
Personnel non médical	Titulaires	725	65% NB et 70% ETP	694.02
	Stagiaires	27	2% NB et 3% ETP	25.91
	Contractuels (CDD/CDI/CUI/CA)	244	22% NB et 20% ETP	195.67

Les données financières 2015

Les ratios financiers

Taux de CAF	6.68%	Durée apparente de la dette (<10ans)	7.76 ans
Marge brute (y compris CNR)	9.45%	Ratio de l'encours de la dette/produits (<30%)	55.94%
		Ratio d'indépendance financière (<50%)	49.30%

Les budgets

Budget H	50.610 M€	Budget P	4.259 M€	Budget M	/
Budget B	6.259M€	Budget J	/	Budget N	/
Budget E	7.032 M€	Budget L	/	BUDGET CONSOLIDÉ	68.162 M€

Les données d'activité 2015

MCO (H)	Nombre de séjours (RSS)	6 739	Age moyen PMSI	66 ans
	Nombre de naissances	529	Nombre de patients PMSI (file active en hospitalisation)	4 308
	Nombre de passages aux urgences	16 286	Durée moyenne de séjour PMSI (hors séances)	4.79
	Valorisation 100% T2A (séjours)	12.444M€	Nombre de journées PMSI	26 047
SSR (H)	Nombre de séjours	881	Nombre de sorties PMSI	812
	Age moyen	81.15 ans	Nombre de patients PMSI (file active)	734
	Nombre d'admissions PMSI	812	Nombre de journées de présence PMSI	28 184
PSYCHIATRIE (H)	Nombre de séjours	1 507	Age moyen en hospitalisation	35.36 ans
	Nombre de résumés d'activité ambulatoire	28 111	Age moyen en ambulatoire	28.11 ans
	Nombre de patients	2 420		
EHPAD – Maison de retraite (E/J)	Journées réalisées	63 284	GIR moyen	817.95 (2012)
	Taux d'occupation	97.96%	PMP (Pathos)	130 (année 2014)
	Age moyen (IVARS / Résidence)	84 ans		
USLD (B)	Journées réalisées	43 903	GIR moyen	645.72 (2014)
	Taux d'occupation	97%	PMP (Pathos)	261 (année 2012)
	Age moyen	84 ans		
ESAT, SSIAD et autres (L/M/N/P)	Journées réalisées	18 404	Age moyen	45 ans
	Taux d'occupation	94.13%		

Le GHT

		CHRU Tours	CH Chinon	CH Ste Maure	CH Luynes	CH Louis Sevestre	CH Loches	CH Amboise-CR
Achats – Logistiques - Maintenance	Autocom		X					
	Blanchisserie		X					
	Cuisine		X					
	Formation incendie		X					
	Garage		X					
	Ingénierie biomédicale		X					
	Maintenance technique/Entretien		X					
	Parcs et jardins		X					
	Services intérieurs		X					
	Transports		Brancardage					
DIM	DIM		X					
	DMP		X					
	DLU							
GRH	Formation		X					
	GPMC		X					
	GRH		X					
Projet médical partagé	Analyse de gestion des filières de soins							
	Biologie							
	DPC		X					
	Imagerie							
	Pharmacie		X					
	PAERPA							
	Recherche							
SIH	Service informatique		X					
	Télémédecine							
Ressources en com.	Communication		X					

Les logiciels en lien avec le parcours de soins

- GAP – Stratège.S / AGFA (mouvements, facturation)
- Hôpital Manager / Sowftway Medical (dossier patients, prescriptions médicamenteuses, examens)
 - Cursus / GWI (gestion transfusionnelle)
 - CHIMIO / Computer Engineering
- GEST MEDIC / AD'VALOREM (archives médicales)

Pôle Santé Sud 37

90, avenue du Général de Gaulle
37800 Sainte-Maure-de-Touraine

Coordonnées de la direction : M. LABBÉ – 02.47.72.32.04 - Dominique.Labbe@ch-saintemaure.fr

Pas de site Internet à ce jour

Directeur d'établissement : M. Dominique LABBÉ Pdt Conseil Surveillance : M. Michel CHAMPIGNY Pdt CME : Dr Josselin KAMGA Direction commune avec CHRU Tours (40 km)	Coopérations → Conventions de partenariat (cf. annexe)
---	---

Les sites du PÔLE SANTÉ SUD 37

sites principaux	Rayon géographique d'interventions
Le Pôle Santé Sud 37 regroupe : <ul style="list-style-type: none"> - au 90 avenue du Général de Gaulle : le pôle séniors, le service de médecine, le PASA, le SSIAD, le service de portage de repas à domicile, les activités libérales - rue des Mérigotteries : le site de Sablonnières et l'UPAD 	Sud 37

Les champs d'activité et le nombre de lits et places 2015

		Nombre de lits et places	Total des lits et places par champ
Champ MCO	Médecine	14	14
	USC		
	UHCD		
	Oncologie		
	Gynécologie-obstétrique		
	Court Séjour Gériatrique		
Champ SSR	Adultes - SSR polyvalents		
	Adultes - SSR Personnes âgées polypathologiques		
	Enfants - SSR - hospitalisation complète		
	Enfants - SSR - hospitalisation de jour		
Champ PSYCHIATRIE GENERALE	Hospitalisation complète		
	Hospitalisation de jour		
	Appartement thérapeutique		
Champ PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation de semaine		
	Hospitalisation de jour		
	Hospitalisation de nuit		
Champ EHPAD	Unités hors "Alzheimer"	224	254
	Unité "Alzheimer"	30	
Champ USLD	Unités hors "Alzheimer"		
	Unité "Alzheimer"		
Champ ESAT, SSIAD et autres (MAS)	Internat		91
	Externat	91	
Total des lits et places			359

Certification

Certification V4 / V2014 : visite en février 2016

Certification V3 / V2010 : visite en octobre 2011 / certifié en juillet 2013

Certification V2 / V2007 : visite en octobre 2007 / certifié en mars 2008

Les données du personnel 2015

		Nombre	% sur l'ensemble du personnel	ETP
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	/	/	/
	Praticiens contractuels	2	0.73	1.95
	Internes	/	/	/
Personnel non médical	Titulaires	180	65.69	171.10
	Stagiaires	8	2.92	7.60
	Contractuels	84	30.66	68.61

+ Pyramide de l'âge

Les données financières 2015

Les ratios financiers

Taux de CAF	5,28%	Durée apparente de la dette (<10ans)	19,33
Taux Marge brute	5,55%	Ratio de l'encours de la dette/produits (<30%)	105,68
		Ratio d'indépendance financière (<50%)	47,86

Les budgets

Budget H	2 162 187	Budget P	174 968	Budget M	/
Budget B		Budget J	/	Budget N	1 136 240
Budget E	10 426 147	Budget L	/	BUDGET CONSOLIDÉ	13 899 543

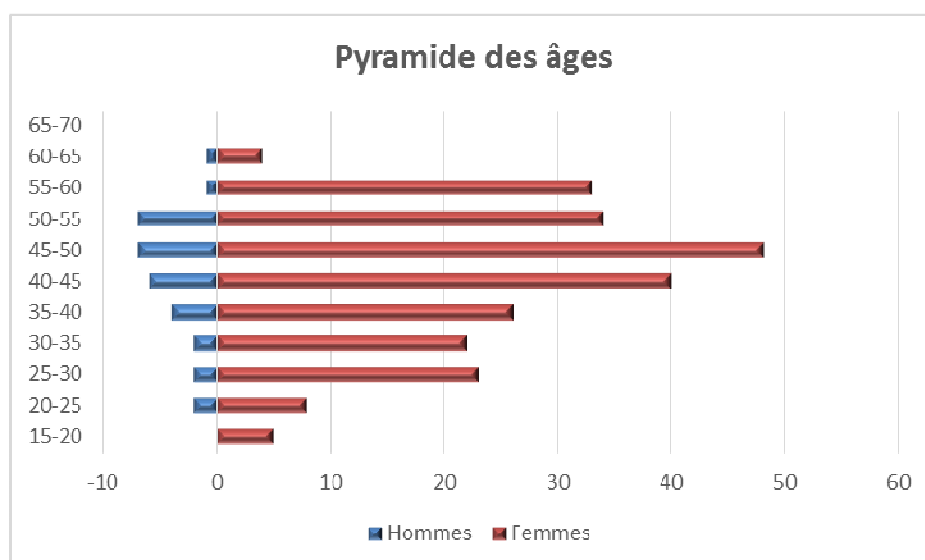
Les données d'activité 2015

MCO (H)	Nombre de séjours (RSS)	218	Age moyen PMSI	81,90
	Nombre de naissances		Nombre de patients PMSI	218
	Nombre de passages aux urgences		Durée moyenne de séjour PMSI	13,80
	Valorisation 100% T2A		Nombre de journées PMSI	2 519
SSR (H)	Nombre de séjours		Nombre de sorties PMSI	
	Age moyen		Nombre de patients PMSI	
	Nombre d'admissions PMSI		Nombre de journées de présence PMSI	
PSYCHIATRIE (H)	Nombre de séjours		Age moyen en hospitalisation	
	Nombre de résumés d'activité ambulatoire		Age moyen en ambulatoire	
	Nombre de patients			
EHPAD – Maison de retraite (E/J)	Journées réalisées	85 593	GIR moyen	696
	Taux d'occupation	92,32	PMP (Pathos)	157
	Age moyen	85,20		
USLD (B)	Journées réalisées		GIR moyen	
	Taux d'occupation		PMP (Pathos)	
	Age moyen			
ESAT, SSIAD et autres (L/M/N/P)	Journées réalisées	23 757	Age moyen	69,20
	Taux d'occupation	85,64		

Le GHT

		CHRU Tours	CH Chinon	CH Ste Maure	CH Luynes	CH Louis Sevestre	CH Loches	CH Amboise-CR
Achats – Logistiques - Maintenance	Autocom			1				
	Blanchisserie			Prestation externalisée				
	Cuisine			1 cuisine centrale				
	Formation incendie			Prestation externalisée				
	Garage			20 véhicules, maintenance externalisée				
	Ingénierie biomédicale			Non concerné				
	Maintenance technique/Entretien			Service technique de l'établissement + maintenances contractuelles (selon les équipements)				
	Parcs et jardins			Service technique de l'établissement				
	Services intérieurs			?				
	Transports			Non concerné				

DIM	DIM			OUI				
	DMP			OUI				
	DLU			OUI				
GRH	Formation			OUI				
	GPMC							
	GRH							
Projet médical partagé	Analyse de gestion des filières de soins							
	Biologie			Convention avec un laboratoire				
	DPC			Pas de volet DPC				
	Imagerie			Partenariat avec un cabinet privé				
	Pharmacie			1 PUI				
	PAERPA							
	Recherche			Non concerné				
SIH	Service informatique			Prestataire				
	Télémédecine			En cours de déploiement				
Ressources en com	Communication			Pas de service communication				



Centre Hospitalier Jean Pagès

Avenue du Clos Mignot 37230 LUYNES
 Direction : tel. 02.47.55.30.30 / fax. 02.47.55.60.65
 Mail : direction@chluynes.fr

Directeur d'établissement : Mme C. LOVATI Pdt Conseil Surveillance : M. B. RITOURET Pdt CME : Mme L. HOUDAILLE -BOUGAULT Direction commune avec CHRU Tours (20 km)	Coopérations : <ul style="list-style-type: none"> - GCS du Nord Ouest Touraine : LINGE - GCS Achats du Centre : ALIMENTATION, ASSURANCES, PRODUITS PHARMACEUTIQUES ... - Unité de Soins Palliatifs : rattachement au Réseau Régional de Soins Palliatifs de la Région Centre, au niveau universitaire du CHRU de TOURS et à la Faculté de Médecine. - ...
---	---

Les sites du CH

sites principaux	Rayon géographique d'interventions

Les champs d'activité et le nombre de lits et places 2015

		Nombre de lits et places	Total des lits et places par champ
Champ MCO	Médecine	10	10
	USC		
	UHCD		
	Oncologie		
	Gynécologie-obstétrique		
	Court Séjour Gériatrique		
Champ SSR	Adultes - SSR polyvalents		70
	Adultes - SSR Personnes âgées polypathologiques	70	
	Enfants - SSR - hospitalisation complète		
	Enfants - SSR - hospitalisation de jour		
Champ PSYCHIATRIE GENERALE	Hospitalisation complète		
	Hospitalisation de jour		
	Appartement thérapeutique		
Champ PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation de semaine		
	Hospitalisation de jour		
	Hospitalisation de nuit		
Champ EHPAD	Unités hors "Alzheimer"	180	210
	Unité "Alzheimer"	30	
Champ USLD	Unités hors "Alzheimer"		
	Unité "Alzheimer"		
Champ ESAT, SSIAD et autres (MAS)	Internat		26
	Externat	26	
Total des lits et places			316

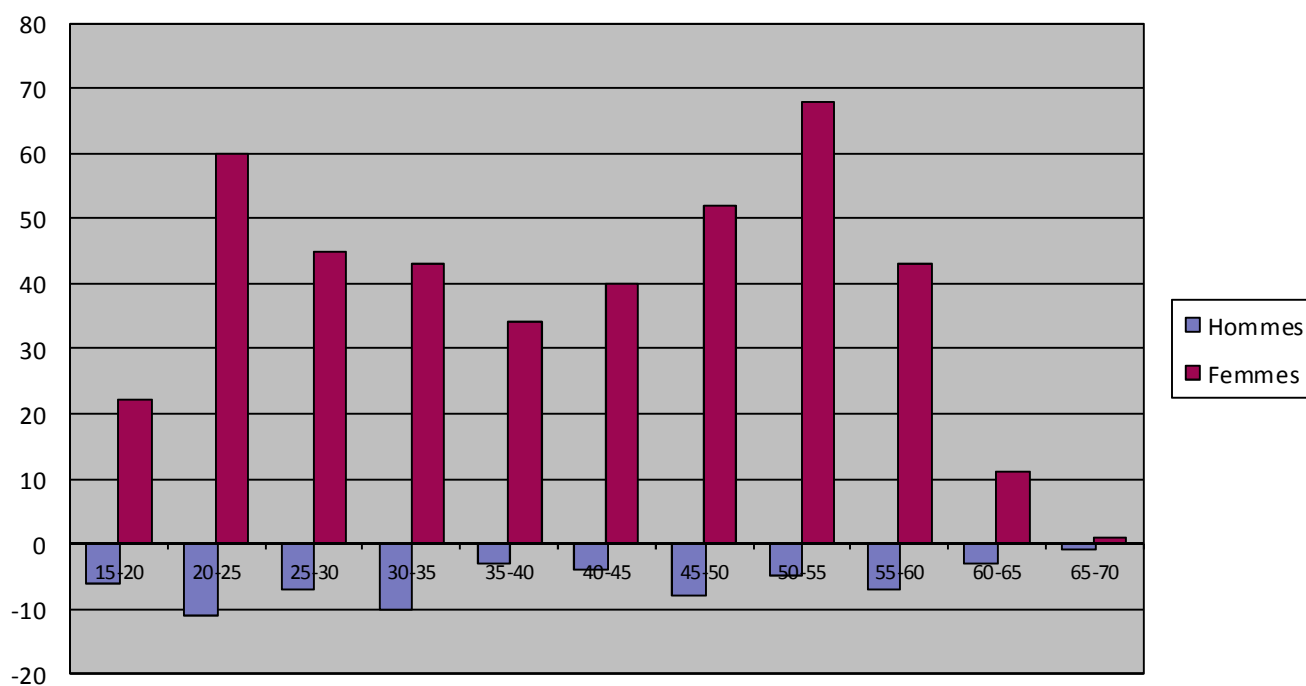
Certification

Certification V3 / V2010 : Octobre 2013
 Certification V2 / V2007 :
 Accréditation V1 :

Les données du personnel 2015

		Nombre	% sur l'ensemble du personnel	ETP
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	9	1.87 %	6.43
	Praticiens contractuels	8	1.66 %	2.20
	Internes	2	0.41 %	2.00
Personnel non médical	Titulaires	238	49.38 %	206.48
	Stagiaires	12	2.49 %	11.13
	Contractuels	213	44.19 %	88.94

Pyramide des âges à la date du 31/12/2015



Les données financières 2015

Les ratios financiers

Taux de CAF	7.8 %	Durée apparente de la dette (<10ans)	6.45 ans
Marge brute	9.67 %	Ratio de l'encours de la dette/produits (<30%)	50.39 %
		Ratio d'indépendance financière (<50%)	42.98 %

Les budgets

Budget H	7 696 746.20	Budget P	/	Budget M	/
Budget B	/	Budget J	/	Budget N	321 012.97
Budget E	10 850 104.34	Budget L	/	BUDGET CONSOLIDÉ	18 867 863.51

Les données d'activité 2015

MCO (H)	Nombre de séjours (RSS)	224	Age moyen PMSI	65
	Nombre de naissances		Nombre de patients PMSI	164
	Nombre de passages aux urgences		Durée moyenne de séjour PMSI	13.1
	Valorisation 100% T2A	1 624 336.87	Nombre de journées PMSI	2 899
SSR (H)	Nombre de séjours	574	Nombre de sorties PMSI	511
	Age moyen	84.1	Nombre de patients PMSI	497
	Nombre d'admissions PMSI	511	Nombre de journées de présence PMSI	24 115
PSYCHIATRIE (H)	Nombre de séjours		Age moyen en hospitalisation	
	Nombre de résumés d'activité ambulatoire		Age moyen en ambulatoire	
	Nombre de patients			
EHPAD – Maison de retraite (E/J)	Journées réalisées	76 740	GIR moyen	730
	Taux d'occupation	100.12 %	PMP (Pathos)	273
	Age moyen	82.33		
USLD (B)	Journées réalisées		GIR moyen	
	Taux d'occupation		PMP (Pathos)	
	Age moyen			
ESAT, SSIAD et autres (L/M/N/P)	Journées réalisées	9 239	Age moyen	
	Taux d'occupation	97.36 %		

Le GHT

		CHRU Tours	CH Chinon	CH Ste Maure	CH Luynes	CH Louis Sevestre	CH Loches	CH Amboise-CR
Achats – Logistiques - Maintenance	Autocom				X			
	Blanchisserie							
	Cuisine				X			
	Formation incendie							
	Garage							
	Ingénierie biomédicale							
	Maintenance technique/Entretien				X			
	Parcs et jardins				X			
	Services intérieurs				X			
	Transports							
DIM	DIM				X partagé			
	DMP							
	DLU							
GRH	Formation				X			
	GPMC				X			
	GRH				X			

Projet médical partagé	Analyse de gestion des filières de soins							
	Biologie							
	DPC							
	Imagerie							
	Pharmacie				X			
	PAERPA							
	Recherche				X USP			
SIH	Service informatique				X partagé			
	Télémédecine							
Ressources en com.	Communication							

Les logiciels en lien avec le parcours de soins

- Osiris
- Pharma
- Facdis
- Winrest
- Oxalys Pmsi

Centre Hospitalier Louis Sevestre

La Futaie 37390 La Membrolle sur Choisille
direction@chls.fr ou christian.gatard@chls.fr

Tél : 02-47-42-46-46
<http://www.chls.fr>

Directeur d'établissement : Christian GATARD Pdt Conseil Surveillance : Jean Jacques MARTINEAU Pdt CME : Isabelle GABRIEL Direction commune avec CHRU Tours (40 km)	Coopérations principales → LE COURBAT/ MALVAU → ELSA 37 → Laboratoire commun → GCS Blanchisserie Restauration
--	---

Les sites du CHLS

1 site unique	Rayon géographique d'interventions
---------------	------------------------------------

Les champs d'activité et le nombre de lits et places 2015

		Nombre de lits et places	Total des lits et places par champ
Champ MCO	Médecine		
	USC		
	UHCD		
	Oncologie		
	Gynécologie-obstétrique		
	Court Séjour Gériatrique		
Champ SSR	Adultes - SSR polyvalents addictologie	140	140
	Adultes - SSR Personnes âgées polypathologiques		
	Enfants - SSR - hospitalisation complète		
	Enfants - SSR - hospitalisation de jour		
Champ PSYCHIATRIE GENERALE	Hospitalisation complète		
	Hospitalisation de jour		
	Appartement thérapeutique		
Champ PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE	Hospitalisation de semaine		
	Hospitalisation de jour		
	Hospitalisation de nuit		
Champ EHPAD	Unités hors "Alzheimer"		
	Unité "Alzheimer"		
Champ USLD	Unités hors "Alzheimer"		
	Unité "Alzheimer"		
Champ ESAT, SSIAD et autres (MAS)	Internat		
	Externat		
Total des lits et places			140

Certification

Certification V3 / V2010 : Mars 2012
 Certification V2 / V2007 : Septembre 2008
 Accréditation V1 : Aout 2006

Les données du personnel 2015

		Nombre	% sur l'ensemble du personnel	ETP
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	5		4.75
	Praticiens contractuels	2		0.67
	Internes	1 mis à disposition par le CHRU de Tours		1
Personnel non médical	Titulaires	75	77.32%	73.83
	Stagiaires			
	Contractuels	22	22.68%	18.96

+ Pyramide de l'âge (Pas de pyramide de l'âge)

Les données financières 2015

Les ratios financiers

Taux de CAF	5.5%	Durée apparente de la dette (<10ans)	6.6 mois
Marge brute	5.6%	Ratio de l'encours de la dette/produits (<30%)	-
		Ratio d'indépendance financière (<50%)	49.1%

Les budgets

Budget H	7 419 453.27 €	Budget P		Budget M	/
Budget B		Budget J	/	Budget N	/
Budget E		Budget L	/	BUDGET CONSOLIDÉ	7 419 453.27 €

Les données d'activité 2015

MCO (H)	Nombre de séjours (RSS)		Age moyen PMSI	
	Nombre de naissances		Nombre de patients PMSI	
	Nombre de passages aux urgences		Durée moyenne de séjour PMSI	
	Valorisation 100% T2A		Nombre de journées PMSI	
SSR (H)	Nombre de séjours	995	Nombre de sorties PMSI	889
	Age moyen	44.6	Nombre de patients PMSI	906
	Nombre d'admissions PMSI	913	Nombre de journées de présence PMSI	43178
PSYCHIATRIE (H)	Nombre de séjours		Age moyen en hospitalisation	
	Nombre de résumés d'activité ambulatoire		Age moyen en ambulatoire	
	Nombre de patients			
EHPAD – Maison de retraite (E/J)	Journées réalisées		GIR moyen	
	Taux d'occupation		PMP (Pathos)	
	Age moyen			
USLD (B)	Journées réalisées		GIR moyen	
	Taux d'occupation		PMP (Pathos)	
	Age moyen			
ESAT, SSIAD et autres (L/M/N/P)	Journées réalisées		Age moyen	
	Taux d'occupation			

		CHRU Tours	CH Chinon	CH Ste Maure	CH Luynes	CH Louis Sevestre	CH Loches	CH Amboise-CR
Achats – Logistiques - Maintenance	Autocom					X		
	Blanchisserie					GCS NOT		
	Cuisine					GCS NOT		
	Formation incendie					CHRU		
	Garage					X		
	Ingénierie biomédicale					NC		
	Maintenance technique/Entretien					X		
	Parcs et jardins					X		
	Services intérieurs					X		
	Transports					Consult ext		
DIM	DIM					X		
	DMP					Non		
	DLU					?		
GRH	Formation					X		
	GPMC					Pas formalisée sur l'etb		
	GRH					X		
Projet médical partagé	Analyse de gestion des filières de soins					Pas en place sur l'étb		
	Biologie					Partenariat Laboratoire commun		
	DPC					Des actions menées sans réelle formalisation		
	Imagerie					NC		
	Pharmacie					PUI		
	PAERPA					NC		
	Recherche					NC		
SIH	Service informatique					X		
	Télémédecine					Non		
Ressources en com.	Communication					X		

NC : Non concerné

Les logiciels en lien avec le parcours de soins

→ ARCADIS / DISPEN

→ TRAJECTOIRE / MEDIS

