

PARCOURS DE SOINS

31 DEC 2016



PLAN

PLAN	2
ACRONYMES	4
QU'APPELLE-T-ON FILIERE ET PARCOURS DE SOINS ?	5
PRÉSENTATION GÉNÉRALE	8
1. LE GHT TOURAINE VAL DE LOIRE : DE L'OFFRE DE PROXIMITE AU RECOURS	9
1.1 Le déploiement de l'Offre de Soins	9
1.2 La ressource médicale hospitalière :	10
2. QUELQUES RAPPELS DU TOME 1 DU PMP DU GHT TOURAINE VAL-DE-LOIRE	11
2.1 LE SOCLE COMMUN DES OBJECTIFS STRATEGIQUES	11
2.1.1 Le partage de l'information médicale	11
2.1.2 La communication	11
2.1.3 La politique des postes médicaux partagés	12
2.1.4 La mutualisation des formations médicales et paramédicales	12
2.1.5 Le renforcement des liens structurels inter-hospitaliers	12
2.2 LES FILIERES DE SOINS et leurs OBJECTIFS MEDICAUX.....	13
FILIERE MEDECINE – GERIATRIE	13
FILIERE ONCOLOGIE – SOINS PALLIATIFS	13
FILIERE DE PERINATALITE	13
FILIERE DE SANTE MENTALE ADULTE	13
FILIERE DE SANTE MENTALE ENFANT ET ADOLESCENT	13
FILIERE URGENCES.....	14
FILIERE CHIRURGIE – ANSTHESIE ET REANIMATION	14
FILIERE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE.....	14
3. LA DÉMARCHE D'IDENTIFICATION DES PARCOURS DE SOINS.....	15
3.1 Méthodologie et calendrier :	15
3.2 Liste des Parcours de Soins et dispositifs	19
4. LES PARCOURS DE SOINS 2016	21
4.1 Le patient âgé polypathologique	21
4.1.1 Présentation de l'activité	21
4.1.2 Les dysfonctionnements identifiés	21
4.1.3 Les actions proposées par le groupe.....	22
4.2 Le patient du CHLS en décompensation œdémato-ascitique	24
4.2.1 Présentation d'activité	24
4.2.2 Les dysfonctionnements identifiés	24
4.2.3 Les actions proposées par le groupe.....	24
4.3 La prise en charge d'un patient en soins palliatifs chroniques	25
4.3.1 Présentation d'activité	25
4.3.2 Les dysfonctionnements identifiés	26
4.3.3 Les actions proposées par le groupe.....	26
4.4 Le parcours de la femme ayant une grossesse à haut risque	27
4.4.1 Présentation d'activité	27
4.4.2 Les dysfonctionnements identifiés	28
4.4.3 Les actions proposées par le groupe.....	28
4.5 Le parcours de l'enfant nécessitant une PEC en Santé Mentale.....	29
4.5.1 Présentation d'activité	29
4.5.2 Les dysfonctionnements identifiés	29
4.5.3 Les actions proposées par le groupe.....	30

4.6	Le parcours du patient présentant un AVC au sein du GHT Touraine Val de Loire : Phase pré-hospitalière	31
4.6.1	Présentation d'activité	31
4.6.2	Les dysfonctionnements identifiés	31
4.6.3	Les actions proposées par le groupe.....	31
4.7	Le parcours du patient présentant un AVC au sein du GHT Touraine Val de Loire : Quelle rééducation pour quel AVC ?.....	32
4.7.1	Les dysfonctionnements identifiés.....	32
4.7.2	Les actions proposées par le groupe	32
4.8	Le patient porteur d'un cancer digestif.....	33
4.8.1	Présentation d'activité	33
4.8.2	Les dysfonctionnements identifiés par bassin de vie.....	35
4.8.3	Les actions proposées par le groupe.....	35
4.9	Le patient obèse devant bénéficier d'une chirurgie bariatrique	36
4.9.1	Présentation d'activité	36
4.9.2	Les dysfonctionnements identifiés	36
4.9.3	Les actions proposées par le groupe.....	36
4.10	Le patient porteur d'une fracture du col du fémur.....	37
4.10.1	Présentation d'activité	37
4.10.2	Les dysfonctionnements identifiés	39
4.10.3	Les actions proposées par le groupe.....	39
CONCLUSION		40
5.	ANNEXES.....	41
Annexe I ARS Centre-Val de Loire Décision de Madame la Directrice Générale portant sur le GHT TVL		41
Annexe II Comptes rendus des réunions d'été Equipe GHT – Etablissements membres du GHT		46
Centre hospitalier Louis Sevestre.....		47
Centre hospitalier du Chinonais		48
Centre hospitalier de Loches.....		49
Centre hospitalier de Luynes.....		50
Centre hospitalier intercommunal d'Amboise/Château-Renault.....		51
Centre hospitalier de Sainte-Maure-de-Touraine		53
CHRU de Tours		54
HAD		56
SSR		57
Annexe III Séminaire du 17 NOVEMBRE 2016 Diaporamas des groupes de travail.....		58
Annexe IV Liste des participants des groupes de travail 2016 au séminaire de restitution du 17 novembre		108
Annexe V Cartes d'identité 2015 des établissements parties du GHT TVL.....		111
CHRU de Tours		112
Centre Hospitalier Intercommunal Amboise-Château-Renault		116
Centre Hospitalier du Chinonais		119
Pôle Santé Sud 37		122
Centre Hospitalier Jean Pagès.....		126
Centre Hospitalier Louis Sevestre		130

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
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
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
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
PRéGNANT.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
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

Qu'appelle-t-on FILIERE et PARCOURS 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 présentons 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 du GHT TVL 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 par rapport à ces filières 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.

 **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.**

La notion de PAYS au titre des Contrats Locaux de Santé non superposable à la ZA n'est pas retenue dans notre travail.

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 ensemble de pathologies.

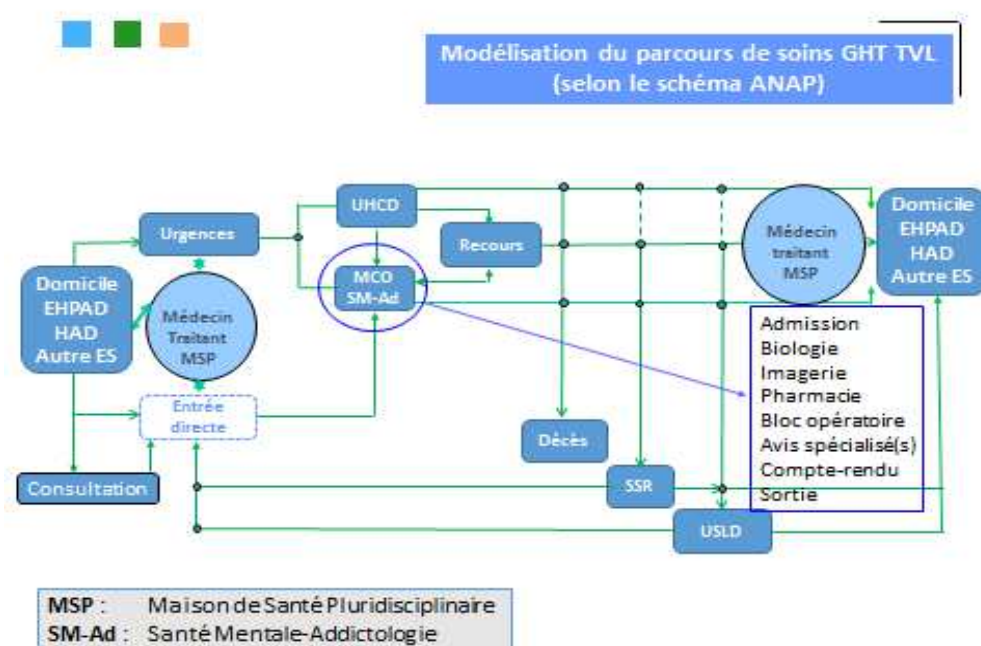
Il recouvre à la fois la carte de l'Offre de Soins actuel, sa dynamique, ses forces et faiblesses et ses challenges.

Dans l'idéal, le parcours de soins doit être fluide, lisible, efficient, efficace, 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.



 **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.



Le parcours de soins c'est avant tout une équipe riche en diversité de professionnels, structures, modes de communications, et cultures au service d'une même stratégie.

 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**.

C'est donc l'articulation entre plusieurs services ou structures relevant d'établissements différents concourant à la prise en charge du patient qui est au cœur du travail restitué dans ce document.

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

La convention constitutive du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Touraine-Val de Loire (TVL) a été approuvée par Madame la Directrice Générale de l'Agence Régionale de Santé (ARS) du Centre-Val de Loire par l'arrêté N° 2016-OSMS-0072 du 30 août 2016. (ANNEXE I)

Clé de voute de ce GHT, le Projet Médical Partagé constitue une des annexes de cette convention constitutive.

■ La première étape a permis d'identifier des filières de soins et d'y associer des objectifs médicaux partagés entre établissements partis, associés et partenaires.

Pour la région Centre-Val de Loire le département constitue le cadre géographique de la réflexion.

Établissement support du GHT TVL, le CHRU 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.

■ La seconde étape de l'élaboration du PMP du GHT TVL a permis d'identifier, au sein de ces filières médicales, des parcours de soins prioritaires pour 2016.

D'autres parcours de soins seront étudiés à partir de 2017.

L'enjeu du travail mené et à venir est de s'attacher à la résolution de points de fragilité identifiés.

Il s'agit là de fédérer les établissements autour de valeurs communes :

- Reconnaître la place de chacun dans une organisation territoriale d'une offre de soins graduée,
- Consolider et développer autant que possible les flux public/public,
- Maintenir et renforcer des compétences médicales et paramédicales. Certaines disciplines médicales sont extrêmement fragiles dans le service public hospitalier.
- Garantir au sein du groupe des échanges confraternels, bienveillants et non culpabilisants.

Le PMP du GHT TVL s'est attaché à respecter les recommandations du PRS CVL en vigueur.

L'analyse des parcours de soins a conduit à un ensemble de propositions d'actions dont certaines sont de nature innovante et nourriront les travaux du prochain PRS.

1. LE GHT TOURAINE VAL DE LOIRE : De l'OFFRE de PROXIMITE au RECOURS

1.1 Le déploiement de l'Offre de Soins

La notion de territoire de proximité est centrale pour structurer 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.

Dans ce document 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 (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
Etablissement de Proximité	CHIC	CHC + CHSM	CHL	CHRU
Etablissement de recours	CHRU	CHRU + (CHC et CHIC pour CHSM)	CHRU	CHRU
Etablissement 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 BRENNIE 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	Toutes les communes restantes du département d'Indre-et-Loire

Commentaire : La commune de Descartes apparait 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 Châtelleraut.

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 détenus 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 et/ou de référence si nécessaire.

1.2 La ressource médicale hospitalière :

Les chiffres sont issus des cartes d'identité des ES portées en ANNEXE V.

Nombre / statut ETP	Praticien Hospitalier ETP	Praticien Contractuel ETP	Hospitalo- Universitaire ETP
ES parties du GHT			
CHRU de TOURS	391 370,10	351 203,44	221 110,5
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	506 472,93	445 257,97	221 221

Commentaires :

Les postes d'internes en médecine sont au nombre de 494.

Les médecins « Praticien Contractuel » ont souvent une pratique mixte, secteur public/ secteur Médecine de Ville. Cette multi-appartenance devrait nous conduire à construire les liens Ville-Hôpital du GHT TVL avec cette population médicale

2.1 LE SOCLE COMMUN DES OBJECTIFS STRATEGIQUES

2.1.1 Le partage de l'information médicale

Il repose sur trois volets :

■ La mise en œuvre d'une messagerie sécurisée de santé en 2016

■ La mise en œuvre du Dossier Médical Partagé fin 2016

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 mutualisation des images

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.

2.1.2 La communication

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.

2.1.3 La politique des postes médicaux partagés

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.

La réflexion sur le partage des postes médicaux sera étendue aux postes d'interne et à l'accueil des étudiants hospitaliers. Cette réflexion est déjà engagée entre la faculté de médecine de Tours et le CH de Chinon. Sous réserve d'un projet pédagogique validé, des étudiants en médecine de 5^{ème} année (DFASM2-MM2) seront accueillis au CH de Chinon dès la rentrée 2016 dans les services de médecine, gériatrie aigüe, urgences, maternité et psychiatrie.

2.1.4 La mutualisation des 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).

2.1.5 Le renforcement des 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. Tel est le cas à ce jour des FMIH de gynécologie-obstétrique entre le CHU et le CHC, de soins palliatifs entre le CHU et CHLy (FIHUSP), d'addictologie entre le CHLS et le CHU (FMIA 37), ainsi que de médecine physique et de réadaptation entre le CHRU et le CHIC (FUIHMRP).

2.2 LES FILIERES DE SOINS et leurs OBJECTIFS MEDICAUX

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
- Lutter, dépister et accompagner la femme enceinte autour de l'alcool
- 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 le parcours SAU → UNV
- Augmenter l'ODS en UNV par transferts rapides des PA vers le SSR ou HAD
- Mise en cohérence des plans blancs

FILIERE CHIRURGIE – ANSTHESIE ET REANIMATION

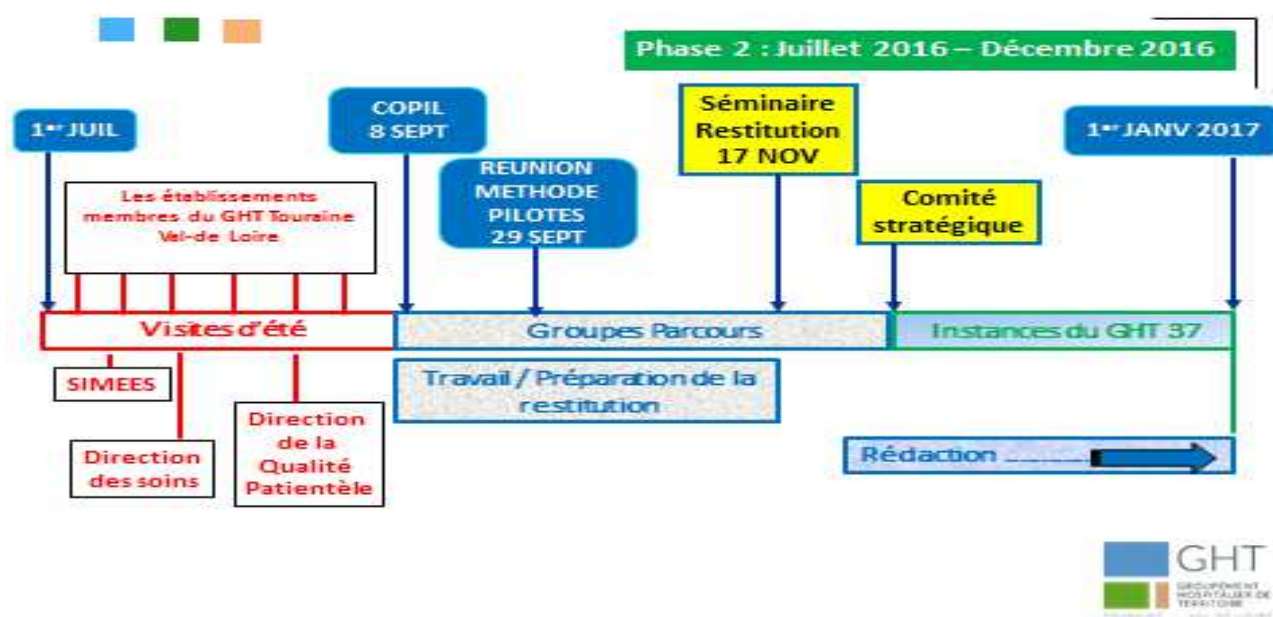
- Poursuivre le virage ambulatoire
- Maintenir une ODS et réexaminer les capacités en lits et places
- Rendre les conditions de travail plus attractives
- Pérenniser les postes ARE
- Partager les mêmes procédures de recrutements au sein des établissements du GHT_TVL

FILIERE SOINS DE SUITE ET DE READAPTATION FONCTIONNELLE

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

3. LA DÉMARCHE D'IDENTIFICATION DES PARCOURS DE SOINS

3.1 Méthodologie et calendrier :



Temps 1 : Visites d'été 2016

L'équipe GHT a rencontré les établissements parties, associés et partenaires afin de définir ensemble les parcours de soins sur lesquels un travail sur la coordination inter-établissement apparaissait nécessaire.

Le recueil des parcours de soins a fait l'objet d'une présentation au COPIL du 8 SEPTEMBRE 2016.

Temps 2 : COPIL du 8 SEPT 2016

Ce COPIL a validé :

- Une liste de Parcours identifiés comme prioritaires dont les groupes ont démarré en 2016 et pour lesquels les premières actions retenues seront présentées au séminaire de restitution du 17 NOVEMBRE 2016,
- Une liste de Parcours dont le travail démarrera en 2017,
- Une liste de dispositifs à améliorer,
- D'autres parcours de soins pourront venir compléter cette liste au fur et à mesure de la construction du GHT.

Chaque parcours de soins fera l'objet d'un groupe de travail coordonné par un pilote et un co-pilote. L'organisation de ces groupes, les choix des participants et la méthode de travail sont explicités ci-après.

Temps 3 : METHODE et missions du GROUPE DE TRAVAIL

Le 29 SEPTEMBRE 2016 la méthode de travail finale a été présentée aux pilotes et co-pilotes des groupes Parcours.

PRINCIPES GENERAUX

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

Chaque groupe sera mené par un pilote médecin et un co-pilote de profession médicale, para-médicale ou administrative.

Le pilote et le co-pilote sont titulaires de leur poste au sein de leur établissement et leur désignation est validée par le directeur de l'établissement.

Le pilote et le co-pilote 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.

CRITERES 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.

■ **Les documents ou indicateurs suivants peuvent contribuer à objectiver les dysfonctionnements dans le parcours de soins :**

- Les DMS longues
- 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 bientraitance.
- 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 :

- **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.

Temps 4 : Le séminaire de restitution

Le 17 NOVEMBRE 2016 les pilotes et co-pilotes des groupes présenteront le fruit de leurs réflexions sous forme d'un diaporama dont la séquence est la suivante :

1. Le contexte du Parcours de soins travaillé : chiffres d'activité, indicateurs...
2. Les problèmes identifiés de coordination inter-établissement : fréquence du dysfonctionnement, intérêt de le résoudre...
3. Les objectifs d'amélioration et/ou de résolution du problème
4. Les actions à mener
5. L'échéancier des actions à mener et les référents à identifier.

Les PARTICIPANTS sont :

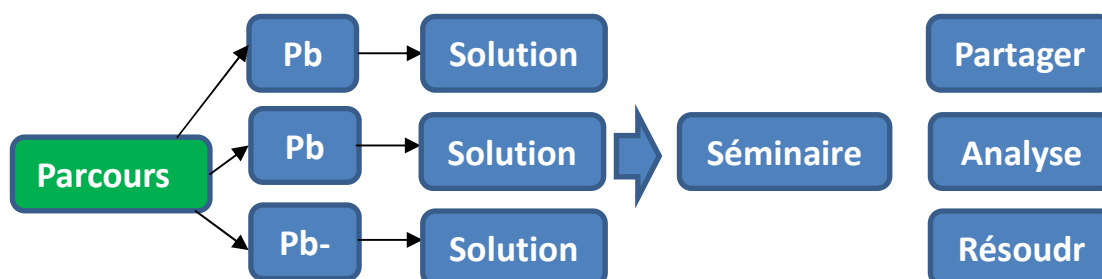
Les directeurs, PCME et directeurs des soins des établissements parties, associés et partenaires.
Les pilotes et co-pilotes des groupes de travail.
Les membres des groupes de travail.

Le **triple objectif** du séminaire :

PARTAGER les retours des groupes de travail,

ANALYSER par « regards croisés » les problèmes identifiés,

RESOUDRE collégialement ces problèmes à partir des actions proposées et d'un échéancier de mise en œuvre.



Temps 5 : Présentation du document de synthèse des parcours de soins aux instances du GHT

Les restitutions des groupes de travail et la discussion qui en découlera lors du séminaire du 17 NOVEMBRE 2016 feront l'objet d'un document final présentant les parcours de soins et les filières de soins. Ce document « PMP GHT CVL TOME 2 PARCOURS DE SOINS » sera présenté aux instances du GHT TVL.

Temps 6 : Transmission du PMP GHT TVL TOME II « Parcours de soins » à l'ARS CVL au plus tard le 31 DECEMBRE 2016.

3.2 Liste des Parcours de Soins et dispositifs

LES PARCOURS DE SOINS 2016

1. Le patient âgé polypathologique
2. Le patient en décompensation œdémato-ascitique
3. La prise en charge d'un patient en soins palliatifs chroniques
4. *Le parcours de la femme ayant une grossesse pathologique*
5. Le parcours de l'enfant nécessitant une prise en charge en santé mentale
6. Le patient présentant un AVC au sein du GHT TVL
7. Quelle rééducation pour quel type d'AVC
8. Le patient porteur d'un cancer digestif
9. Le patient obèse devant bénéficier d'une chirurgie bariatrique
10. Le patient porteur d'une fracture du col du fémur

LES PARCOURS DE SOINS à partir de 2017

11. La filière cardio-gériatrique
12. La prise en charge urgente d'une hémorragie digestive
13. Le parcours du patient nécessitant un sevrage complexe
14. Le parcours du patient atteint de troubles cognitifs
15. Le parcours de soins de la personne handicapée
16. Le patient victime d'un syndrome post-traumatique et/ou du syndrome de « burn out »
17. Le circuit court « Urgences – HAD »
18. La chimiothérapie ambulatoire (y compris HAD)
19. L'accès à un examen radiologique en coupes (IRM, scanner)
20. L'accès à l'échographie

LES DISPOSITIFS

1. Le pôle inter-établissements de Médecine Physique et Réadaptation fonctionnelle
2. La révision de la sectorisation et de l'offre en santé mentale adulte (Rôle du secrétariat permanent de psychiatrie)
3. Le dispositif départemental Soins-Études pour adolescents
4. Le dispositif de réhabilitation psycho-sociale pour adulte en suivi psychiatrique (incluant le postcure)
5. Le dispositif de prise en charge médicale et paramédicale en soins palliatifs (LISP, formation, enseignement et recherche)
6. Le dispositif d'évaluation à l'aptitude physique et sportive
7. Le PAERPA

4. LES PARCOURS DE SOINS 2016

Les statistiques d'activité réalisées par l'UREH (Unité Régionale d'Epidémiologie Hospitalière) sur la base des informations médicales d'hospitalisation concernent la dernière année disponible, 2014.

Les statistiques d'activité réalisées par l'UREH (Unité Régionale d'Epidémiologie Hospitalière) sur la base des informations médicales d'hospitalisation ont porté sur l'année 2014. Un nouveau dispositif permettra prochainement les analyses pour 2015 et 2016 en attente de l'autorisation CNIL.

Les résultats présentés concernent donc l'année 2014, sauf données agrégées et synthétiques diffusées par l'ATIH et par le SIMEES.

4.1 Le patient âgé polypathologique

Les dysfonctionnements et propositions présentés ci-dessous découlent du travail des groupes parcours et de leur restitution à l'occasion du séminaire du 17 novembre dernier. Tous les diaporamas présentés à l'occasion de ce séminaire sont joints en ANNEXE III.

4.1.1 Présentation de l'activité

■ Le territoire d'Indre-et-Loire dans le contexte régional :

«La région CVL est une région plus âgée en comparaison au niveau national (10,3% de la population est âgée de 75 ans et plus contre 9,1% au niveau national.

L'indice de vieillissement en Indre-et-Loire a évolué de (+4,3%) entre 2006 et 2011. Cette augmentation est supérieure à la moyenne régionale (+3,6%) et à la moyenne nationale (+3,6%) sur la même période.

Depuis 2006, l'évolution de l'indice de grand vieillissement (nombre de personnes de 80 ans et plus / nombre de personnes de 65-79 ans) met en évidence en région CVL comme au niveau national la progression plus importante des personnes très âgées par rapport à la génération précédente. La prise en charge de la dépendance constitue donc un défi qui va s'amplifier dans les années à venir. Il apparaît donc important d'anticiper la prise en charge de cette dépendance (sanitaire, médico-social, domotique...) »

Réf : Les inégalités sociales et territoriales de santé en CVL, ORS et ARS CVL, Edition 2015

■ En Indre-et-Loire :

En 2015 la population d'Indre-et-Loire âgée de 75 ans et plus a représenté 17901 passages aux 4 SAU des établissements parties du GHT TVL.

Annuellement environ 3000 patients âgés relèvent sur le territoire d'Indre-et-Loire de soins palliatifs chroniques.

4.1.2 Les dysfonctionnements identifiés

CHRU :

Les difficultés d'accueil direct des patients âgés dans le service de gériatrie aigue

L'accueil direct aux SAU depuis les EHPAD et le domicile de patients âgés ne relevant pas d'une PEC urgente
Les délais de constitution des dossiers de mise sous tutelle
La complexité des procédures d'accès en EHPAD
Le manque de capacité en lits de gériatrie aigüe et d'UHR
Défaut d'anticipation pour les étapes d'accueil en hospitalisation et de sortie d'hospitalisation
La charge et la pénibilité des équipes soignantes

CHC

Difficultés de communication et de partage de l'information médicale avec le service d'orthopédie du CHRU
Manque de lits spécialisés pour les patients relevant de troubles psycho-comportementaux
Difficultés administratives dans le cadre de demandes d'aides sociales
La complexité des procédures d'accès en EHPAD
L'importance des hospitalisations liées à une cause iatrogène

CHL

Le manque de lisibilité de la filière gériatrique
Engorgement de la filière gériatrique
Difficulté de communication et de partage de l'information entre les structures constitutives de la filière

CHIC

Difficultés de communication et de partage de l'information entre les structures constitutives de la filière
Difficultés de communication et de partage de l'information en temps réel avec le secteur médical libéral
La complexité des procédures d'accès en EHPAD
L'importance des hospitalisations liées à une cause iatrogène

CHSM

Difficultés de communication et de partage de l'information médicale avec le service d'orthopédie du CHRU
Difficulté d'obtention des examens d'imagerie en coupes et d'échographie cardiaque avec des délais longs de plusieurs semaines
Difficulté d'accès aux consultations de psychiatrie

4.1.3 Les actions proposées par le groupe

CHU

La constitution d'une cellule médico-juridique et sociale
La création d'un centre d'appel favorisant l'amélioration du maillage territorial
La constitution d'une équipe gériatrique mobile territoriale
Le renforcement de l'offre en géro-psi-chiatrie
L'augmentation de la capacité en lits de gériatrie et création d'une UHR pour le bassin de Tours +
Le renforcement du soutien psychologique pour les équipes soignantes

CHC

Une rencontre avec les responsables médicaux et administratifs des services d'orthopédie
La création d'une UCC et d'une UHR

La création de places d'hébergement temporaire en EHPAD
La simplification et l'accélération des procédures d'accueil en EHPAD

CHL

Identification de lits de court séjour gériatrique
Développement d'évaluation gériatrique ambulatoire
Renforcement des postes médicaux partagés
Créer des places en hébergement temporaire et en UCC
Développer l'outil TRAJECTOIRE pour l'admission en EHPAD
Favoriser l'utilisation du DMP et de la Messagerie Sécurisée
Organiser les formations médicales continues en gériatrie sur le territoire

CHIC

La création d'un centre d'appel favorisant l'amélioration du maillage territorial
Révision et amélioration des procédures d'échanges de l'information au sein de la filière incluant la Médecine Libérale et les pharmaciens hospitaliers et libéraux
Favoriser l'utilisation du DMP et de la Messagerie Sécurisée

CHSM

Une rencontre avec les responsables médicaux et administratifs des services d'orthopédie du CHRU
Prendre contact avec les médecins cardiologues du CHRU pour faciliter l'accès à un conseil médical et une échographie cardiaque
Prendre contact avec les médecins radiologues du CHRU pour faciliter l'accès à un examen d'imagerie

4.2 Le patient du CHLS en décompensation œdémato-ascitique

4.2.1 Présentation d'activité

■ Le territoire d'Indre-et-Loire dans le contexte régional :

«Le taux standardisé de mortalité par consommation excessive d'alcool pour 100 000 habitants est passé de 40,1 pour la période (1993-2001) à 31,0 pour la période (2003-2011) soit -22,7%. Cette situation est plutôt favorable. Dans le même temps le taux d'évolution moyen en région CVL a été de -19,9%. »

Réf : Les inégalités sociales et territoriales de santé en CVL, ORS et ARS CVL, Edition 2015

4.2.2 Les dysfonctionnements identifiés

Le manque de lisibilité de la filière du patient en décompensation œdémato-ascitique

L'absence de plateau technique au CHLS

La difficulté d'accès direct au service d'HGE du CHRU

L'orientation par défaut vers le SAU du CHRU

4.2.3 Les actions proposées par le groupe

La mise en place d'une procédure de CAT au CHLS pour ces patients

L'utilisation d'un numéro référent du senior du service d'HGE

L'augmentation envisagée du nombre de places en HDJ de l'HGE du CHRU

4.3 La prise en charge d'un patient en soins palliatifs chroniques

4.3.1 Présentation d'activité

■ Le territoire d'Indre-et-Loire dans le contexte régional :

Il y a eu en 2015, au niveau national, en hospitalisation publique et privée, 87 730 séjours de "Soins Palliatifs", pour lesquels la durée moyenne de séjour a été de 17,4 j, et 5 573 séjours ont été de 0 jours. Ces données ne concernent pas les séjours en SSR ni HAD.

■ En Indre-et-Loire :

Modes de sorties par établissement, pour ou avec soins palliatifs :

CHRU TOURS												
	Patients			Séjours			dont séances			Journées		
	2012	2013	2014	2 012	2 013	2 014	2 012	2 013	2 014	2 012	2 013	2 014
Domicile*	1555	1590	1689	8 372	8 622	9 006	5 500	5 579	5 779	20 525	21 909	24 310
Décès	252	257	258	252	257	258				4 007	3 651	3 471
Mutation SSR	12	13	12	13	14	16				311	230	340
Transfert MCO	110	107	103	122	111	105	1	1		2 375	1 622	1 673
Transfert SSR	165	142	149	195	167	173	4	9		3 423	2 854	3 546
Transfert HAD	3	2	6	3	2	6			1	25	11	40
Autres	6	13	7	6	15	8				52	199	168

CHINON												
	Patients			Séjours			dont séances			Journées		
	2012	2013	2014	2 012	2 013	2 014	2 012	2 013	2 014	2 012	2 013	2 014
Domicile*	118	132	111	1052	1078	1132	945	960	1058	1558	1700	1499
Décès	24	28	37	24	28	37				285	197	333
Mutation SSR	27	28	37	36	35	43	11	7	7	294	448	494
Transfert MCO	24	25	25	25	28	25		1		157	181	193
Transfert SSR	2		1	2		1	1			7		21
Transfert HAD	3	8	2	4	9	3				68	41	32
Autres	3	3	3	3	3	4			2	36	31	24

AMBOISE-CR												
	Patients			Séjours			dont séances			Journées		
	2012	2013	2014	2 012	2 013	2 014	2 012	2 013	2 014	2 012	2 013	2 014
Domicile*	75	73	80	108	91	107				706	648	726
Décès	30	36	28	30	36	28				319	455	233
Mutation SSR	8	14	20	9	14	20				135	311	357
Transfert MCO	12	15	21	12	16	23				101	228	198
Transfert SSR	2	1	3	2	1	3				11	11	25

LOCHES												
	Patients			Séjours			dont séances			Journées		
	2012	2013	2014	2 012	2 013	2 014	2 012	2 013	2 014	2 012	2 013	2 014
Domicile*	85	90	73	354	421	361	248	308	288	884	908	698
Décès	22	25	23	22	25	23	1			187	300	233
Mutation SSR	11	10	15	12	12	16		3	1	195	116	292
Transfert MCO	12	8	10	13	9	10				81	61	96
Transfert SSR	8	7	5	10	8	5	2	2		90	79	51
Transfert HAD	4	1	2	5	1	2	2			33	13	26

LUYNES									
	Patients		Séjours		dont séances		Journées		
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	
Domicile*	11	23	17	27	0	0	193	357	
Décès	19	35	19	35	0	0	316	461	
Mutation SSR	1	1	1	1	0	0	16	13	
Transfert MCO	1	2	1	2	0	0	5	19	

Pour rappel environ 3000 patients âgés relèvent de soins palliatifs chroniques sur le territoire d'Indre-et-Loire chaque année.

4.3.2 Les dysfonctionnements identifiés

Insuffisance de temps soignant consacré au patient et compromettant la PEC pluridisciplinaire du patient en SP dans l'ensemble des établissements du GHT disposant de LISP

La charge et la pénibilité des équipes soignantes

L'hétérogénéité territoriale de l'offre en lits de Soins Palliatifs (SP)

Carence de lits d'accueil pour des patients en situation de soins palliatifs chroniques

Des EHPAD peu adaptés à la PEC des patients en SP chroniques

Limites à la PEC en HAD : isolement du patient, épuisement des aidants et critères d'admission mal connus/compris

Difficultés de partage d'information et insuffisance d'intervention de l'EAD en soins palliatifs

Formation insuffisante des intervenants en SP

Mise en œuvre complexe du cadre légal (directives anticipées) dans les pratiques de soins

4.3.3 Les actions proposées par le groupe

Le renforcement du soutien psychologique aux équipes soignantes

Amélioration de l'offre territoriale en SP par la création de LISP dans les bassins de Loches, Amboise-Château-Renault et Sainte Maure de Touraine

Développement de l'hospitalisation de répit en SP

Travail avec les représentants des HAD pour revoir et diffuser les critères d'admission

Développement des actions de formation et de recherche conduit par la FIHUSP

4.4 Le parcours de la femme ayant une grossesse à haut risque

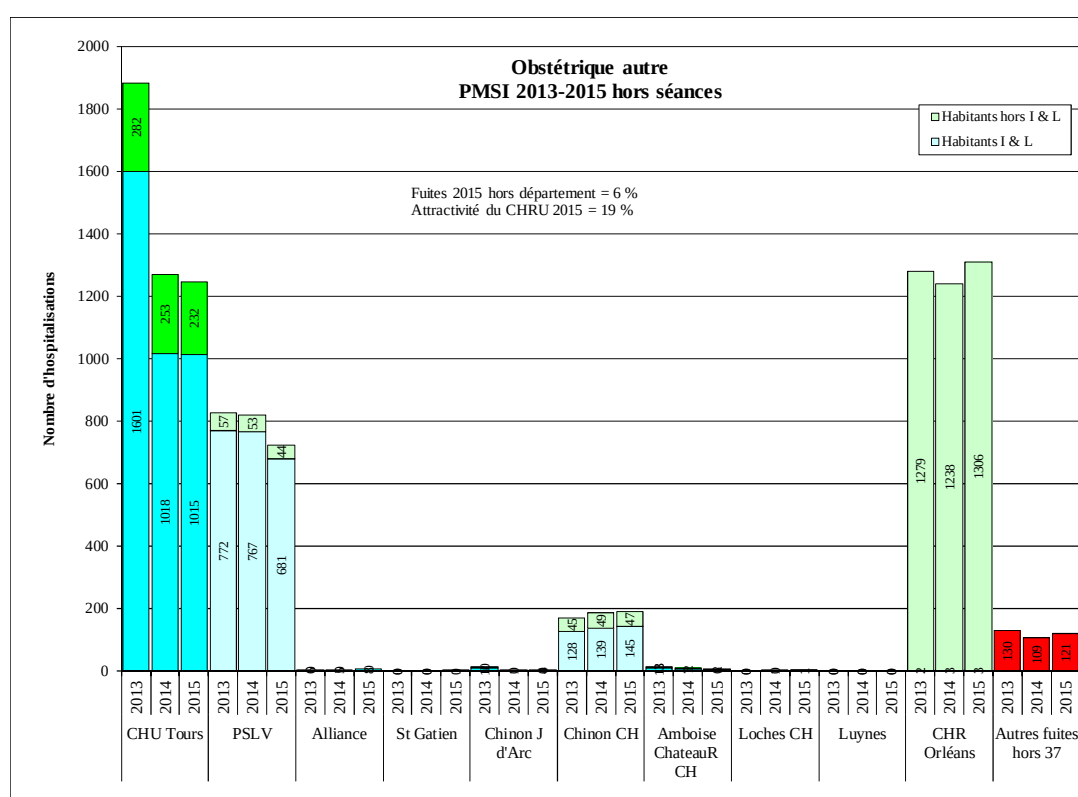
4.4.1 Présentation d'activité

■ Le territoire d'Indre-et-Loire dans le contexte régional :

« Le taux de mortalité infantile est passé de 4 pour 1000 naissances vivantes durant la période (1993-2001) à 2,9 pour 1000 naissances vivantes lors de la période (2003-2011) soit -28,8%.

Pour autant, le taux d'évolution moyen en région CVL est de (-34,5%). »

Réf : Les inégalités sociales et territoriales de santé en CVL, ORS et ARS CVL, Edition 2015



Réf : SIMEES CHRU de TOURS – 2016

■ En Indre-et-Loire :

En 2015, parmi les femmes ayant accouché au CHRU de Tours, 448 avaient un codage diagnostique informant que le suivi était insuffisant avant l'accouchement.

Ce résultat dépend directement de l'indication dans lesquelles les sages-femmes utilisent les codes :

- Grossesse constatée fortuitement (Z33)
- ou Surveillance d'une grossesse avec antécédent de soins prénatals insuffisants (Z353)

Leur utilisation semble assez régulière et standardisée.

4.4.2 Les dysfonctionnements identifiés

Difficultés d'identification du niveau de risque obstétrical

Manque de lisibilité de la filière « Grossesse à haut risque »

Difficulté d'adapter le niveau de surveillance des femmes par rapport à leur niveau de risque

Difficulté d'adressage des patientes suivies en dehors du CHRU en cas de découverte d'une nouvelle pathologie

Difficulté de suivi des femmes identifiées « haut risque » à domicile

4.4.3 Les actions proposées par le groupe

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 ligne dédiée directe « Grossesses pathologiques » au CHRU

Mise en place d'une plateforme téléphonique d'orientation vers une consultation médicale

Tester la prise de RDV par mail

Mise en place d'un courrier/fiche spécifique post-consultation aux urgences obstétricales

Mise en place d'un courrier hebdomadaire en cas d'hospitalisation de la patiente en pré-partum

Mise au point d'un courrier de synthèse 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

4.5 Le parcours de l'enfant nécessitant une PEC en Santé Mentale

4.5.1 Présentation d'activité

■ Le territoire d'Indre-et-Loire dans le contexte régional :

« En région CVL, la densité démographique des jeunes de moins de 20 ans est plus élevée dans les départements 28, 37, 45, que dans les 3 autres départements. Elle est plus forte en périphérie des grandes villes. La présence de centres attractifs, tels qu'Orléans ou Tours où sont implantées des écoles supérieures et des universités expliquent ce constat.

En Indre-et-Loire le taux de personne de moins de 20 ans (en %) en 2011 était de 24,1 %, soit une évolution de +0,7 %. »

Réf : Les inégalités sociales et territoriales de santé en CVL, ORS et ARS CVL, Edition 2015

■ En Indre-et-Loire :

La Clinique Post Universitaire du CHRU de Tours permet notamment l'hospitalisation d'adolescents du territoire du GHT.

L'activité est la suivante :

	2013	2014	2015
Nb de séjours	207	230	200
Nb de patients	168	171	169

La file active de PEC de l'enfant en Santé Mentale est à ce jour de 4 200 patients.

Le délai de prise de premier rendez-vous est supérieur à 1 an.

4.5.2 Les dysfonctionnements identifiés

Saturation du dispositif sanitaire et médico-social provoquant des débordements sur tous les secteurs

Files d'attente saturées

Manque de lisibilité du dispositif pour les usagers comme pour les professionnels de santé compte tenu de la complexité du nombre de structures et du défaut d'articulation entre ces structures

Manque de solutions d'offre de soins afin de garantir la PEC des patients dits « incasables » compte tenu de l'imbrication de problèmes d'ordre psychiatrique, social, judiciaire et comportemental

Manque de structures permettant la PEC de groupes à risques identifiés comme :

- . L'hospitalisation pour des enfants de moins de 13 ans
- . L'hospitalisation et la PEC ambulatoire pour le couple MERE/BEBE
- . La PEC pour les adolescents souffrant de refus scolaire anxieux sévère

4.5.3 Les actions proposées par le groupe

Mieux informer le grand public et les professionnels de santé

Favoriser une meilleure orientation par la mise en place d'un site INTERNET d'informations et réalisation de plaquettes « papier »

Reconstituer le groupe de travail pluri-institutionnel pour le traitement des situations « incasables »

Reprise nécessaire du Secrétariat Permanent de la Psychiatrie (travail sur la redéfinition des secteurs, le rôle du CAMPS...)

Ouverture d'une unité d'hospitalisation MERE/BEBE

Ouverture d'une unité d'hospitalisation de pédo-psychiatrie pour les jeunes patients de moins de 13 ans

Création d'une unité de PEC des adolescents souffrant de refus scolaire anxieux sévère

4.6 Le parcours du patient présentant un AVC au sein du GHT Touraine Val de Loire : Phase pré-hospitalière

4.6.1 Présentation d'activité

■ Le territoire d'Indre-et-Loire dans le contexte régional :

«En Indre-et-Loire le taux standardisé de mortalité par maladies cardiovasculaires pour 100 000 habitants est passé de 68,9 pour la période (1993-2001) à 45,8 pour la période (2003-2011) soit -33,5%. Cette évolution est supérieure au taux régional de -32,0% mais reste inférieure au taux national de -36,4% calculés entre les mêmes périodes.»

Réf : Les inégalités sociales et territoriales de santé en CVL, ORS et ARS CVL, Edition 2015

■ En Indre-et-Loire :

De janvier à septembre 2016 l'Unité Neuro-Vasculaire du CHRU a comptabilisé 960 entrées.

70% des admissions directes ont été régulées par le Centre 15 du SAMU.

Sur ces 960 entrées moins de 40 patients ont été admis depuis les SAU des CH de Loches, Chinon et Amboise-Château-Renault. Parmi ces 40 patients, moins de 5 ont bénéficié d'une procédure interventionnelle.

140 patients ont été admis via le SAU du CHRU.

4.6.2 Les dysfonctionnements identifiés

Adressage par le Centre 15 des patients vers le SAU de proximité quel que soit le délai d'apparition des signes cliniques

Grande disparité selon les SAU de la connaissance des symptômes cliniques, de la filière de PEC par l'UNV du CHRU

Absence d'imagerie adéquate H24/365j dans tous les bassins de vie

Qualité d'imagerie très disparate d'un bassin de vie à l'autre obligeant souvent de refaire un IRM au CHRU à l'arrivée du patient

Difficultés d'accès aux transporteurs sanitaires terrestres pour les transferts urgents à l'UNV

4.6.3 Les actions proposées par le groupe

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

4.7 Le parcours du patient présentant un AVC au sein du GHT Touraine Val de Loire : Quelle rééducation pour quel AVC ?

4.7.1 Les dysfonctionnements identifiés

Des SSR ayant une grande hétérogénéité de critères et de moyens de PEC

Manque de rééducateurs en établissement comme en Médecine de ville

Des transferts de patients non stabilisés vers les SSR nécessitant encore des investigations et des explorations (ex : cardiologie)

Manque de personnel en SSR pour la PEC des patients encore instables

Saturation des structures d'aval des SSR :

- Orientation en MAS : le délai d'attente est de 3 à 5 ans

- Délai d'attente pour le traitement d'un dossier en MDPH est d'environ 6 mois

- Délais de mise en place de mesure de tutelle, d'attente en EHPAD sont également longs

Consultations externes en SSR ne sont pas valorisées à l'exception du CHRU (1 vacation / semaine)

4.7.2 Les actions proposées par le groupe

Améliorer et systématiser l'orientation et l'évaluation pluridisciplinaire initiale des patients afin de garantir une orientation adéquate

Développer des consultations externes en valoriser des bilans pluridisciplinaires

Partager le DMP entre tous les établissements impliqués dans la rééducation

Permettre l'accueil temporaire en EHPAD et réfléchir sur les structures manquantes intermédiaires

4.8 Le patient porteur d'un cancer digestif

4.8.1 Présentation d'activité

■ Le territoire d'Indre-et-Loire dans le contexte régional :

«S'agissant des cancers des voies aéro-digestives supérieures, le taux de mortalité standardisé sur l'âge en Indre-et-Loire est passé de 18,6 pour 100 000 habitants pour la période (1993-2001) à 13,4 pour 100 000 habitants pour la période (2003-2011). Cette décroissance de (-27,6%) est supérieure à la décroissance moyenne régionale (-25,5%) mais reste plus faible que la décroissance nationale (31,4%) sur la même période.

S'agissant des cancers du côlon-rectum, le taux de mortalité standardisé sur l'âge en Indre-et-Loire est passé de 30,2 pour 100 000 habitants pour la période (1993-2001) à 25,7 pour 100 000 habitants pour la période (2003-2011). Cette décroissance de 14,8% est supérieure à la décroissance moyenne régionale. La décroissance nationale sur la même période est de -14,4%.»

Réf : Les inégalités sociales et territoriales de santé en CVL, ORS et ARS CVL, Edition 2015

■ Les tumeurs digestives en Indre-et-Loire :

Sélection : séjours mentionnant un code diagnostique de tumeurs digestives telles que définies dans le cadre des Activités de Chirurgie Carcinologique soumises à seuils, et ce quelle que soit sa position.

Activité des établissements (nombre de patients/séjours dont séances/journées)

	CHRU TOURS											
	Patients			Séjours			dont séances			Journées		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ZA-CH Chinon	170	185	174	813	1 123	964	513	738	653	2 845	3 400	2 872
ZA-CH Loches	122	103	112	729	541	482	516	329	303	2 294	1 739	1 669
Autres 37	701	693	799	3 806	3 619	4 377	2 333	2 207	2 670	12 353	11 784	15 060
Hors 37	533	574	592	1 892	2 145	1 910	970	1 202	970	8 329	9 214	8 597
TOTAL				7 240	7 428	7 733	4 332	4 476	4 596	25 821	26 137	28 198

	CHINON											
	Patients			Séjours			dont séances			Journées		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ZA-CH Chinon	153	169	163	1 045	1 152	1 195	871	947	1 026	2 236	2 522	2 488
ZA-CH Loches												
Autres 37	5	5	7	84	19	44	71	17	36	144	49	102
Hors 37	3	3	2	16	10	6	15	4	5	17	27	6
TOTAL				1 145	1 181	1 245	957	968	1 067	2 397	2 598	2 596

	AMBOISE-CR											
	Patients			Séjours			dont séances			Journées		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ZA-CH Chinon												
ZA-CH Loches	1		1	1		1				27		1
Autres 37	4	4	8	4	7	10				37	100	103
Hors 37	6	5	5	6	5	6				59	71	55
TOTAL				11	12	17			0	123	171	159

	LOCHES											
	Patients			Séjours			dont séances			Journées		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ZA-CH Chinon												
ZA-CH Loches	106	110	103	381	450	373	224	300	249	1 418	1 333	1 307
Autres 37	5	7	2	12	11	29	6	5	28	29	63	30
Hors 37	1	3	4	10	12	14	10	8	12	10	52	49
TOTAL				403	473	416	240	313	289	1 457	1 448	1 386

	LUYNES								STE MAURE											
	Patients		Séjours		dont		Journées		Patients			Séjours			dont séances			Journées		
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ZA-CH Chinon	2	2	2	2			36	31	5	8	12	7	10	19				121	146	199
ZA-CH Loches	1		2				24		1			1						3		
Autres 37	18	36	22	41			349	632	4	1	2	4	1	2				49	13	17
Hors 37	4	5	9	8			97	70			1			1						4
TOTAL			35	51			506	733				12	11	22				173	159	220

4.8.2 Les dysfonctionnements identifiés par bassin de vie

CHRU

Délais d'accès aux Praticiens jugés trop long provoquant une souffrance psychologique pour le patient et facilitant le choix de la PEC en secteur privé
Mener une réflexion sur les effectifs médicaux
Disponibilité limitée du plateau technique
PEC du patient ayant un Test hémocult©+ [RDV avec un gastro-entérologue puis RDV avec un chirurgien puis programmation au bloc opératoire] ne correspond pas toujours aux délais de PEC recommandés par l'INCa

CHIC

Limitation à 12 coloscopies par semaine compte tenu de la disponibilité du bloc opératoire et de la ressource d'anesthésiste
Absence d'autorisation des 2 chirurgiens viscéraux pour la pratique de chirurgie oncologique alors que ces 2 mêmes chirurgiens sont agréés pour cette pratique chirurgicale au CH de Blois

CHC

Ressources humaines limitées fragilisant la filière de PEC de l'oncologie au CHC

CHL

Ressources humaines limitées fragilisant la filière de PEC de l'oncologie au CHL

4.8.3 Les actions proposées par le groupe

Libérer du temps d'Onco-Gastroentérologue pour les nouveaux patients
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
Disposer de plus grandes amplitudes de temps au bloc opératoire
Réfléchir à des Pratiques Avancées comme l'« infirmier clinicien en cancérologie »
Utiliser le Dossier Communicant en Cancérologie pour le partage de l'information
Donner de la visibilité à la PEC cancérologique dans les hôpitaux du GHT
Assurer la pérennité des équipes médicales et paramédicales
Mettre en place le logiciel CHIMIO
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
Systématiser les demandes de recherche de biomarqueurs des cancers colorectaux (statut Ki-RAS)
Les actions ont pour finalité la mise en conformité aux recommandations des référentiels nationaux
Rendre accessible l'annuaire des professionnels du CHRU
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

4.9 Le patient obèse devant bénéficier d'une chirurgie bariatrique

4.9.1 Présentation d'activité

■ En Indre-et-Loire :

Sélection : séjours en GHM 10C13, 10C10, 10C09.

Activité des établissements (nombre de patients/séjours/journées)

Chirurgie Bariatrique	CHRU TOURS								
	Patients			Séjours			Journées		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ZA-CH Amboise	19	22	13	19	22	13	127	120	65
ZA-CH Chinon	9	16	5	10	16	5	46	67	23
ZA-CH Loches	5	6	5	5	8	5	28	49	23
Autres 37	32	54	42	33	57	48	175	278	190
Hors 37	63	60	37	67	62	38	383	316	153
TOTAL				134	165	109	759	830	454

Au sein du GHT 37, seul le CHRU de Tours pratique l'activité de chirurgie bariatrique.

4.9.2 Les dysfonctionnements identifiés

Absence d'ODS publique identifiée prenant en charge les patients obèses devant bénéficier d'une chirurgie bariatrique dans les établissements du GHT TVL en dehors du CHRU et du service de rééducation physique et de réadaptation fonctionnelle du CHIC

Hétérogénéité des points de consultations de diététique accessibles en externe sur le territoire TVL

Manque de lisibilité de la filière de soins par les médecins généralistes de ville

Demande des médecins traitants d'informations sur les spécificités de la PEC, les soins de proximité de suivi au long terme pour les patients opérés

Demande des diététiciennes libérales d'être intégrées dans la PEC pré et post opératoire

4.9.3 Les actions proposées par le groupe

Rendre lisible et accessible la filière de PEC notamment par la mise à jour du site internet du CHRU

Faciliter les modalités de prise de RDV en nutrition

Rendre accessible à partir du site internet du CHRU le site OBECENTRE, les listes de professionnels de santé impliqués, le livret d'informations

Développer la formation médicale continue et poursuivre l'animation territoriale de la filière du Centre de Soins de l'Obésité

Mettre en place et utiliser un carnet de suivi partagé avec le médecin traitant

Mettre en place des consultations de proximité au sein du GHT TVL (diététicienne, psychologue) en coordination avec le CSO

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

4.10.1 Présentation d'activité

■ En Indre-et-Loire :

Activité des établissements (nombre de patients/séjours/journées) sur la base des séjours en GHM suivants : 08C47, 08C49, 08K04, 08M04, 08M05.

Fractures du col	CHRU TOURS									CHINON								
	Patients			Séjours			Journées			Patients			Séjours			Journées		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ZA-CH Amboise	45	48	44	46	49	45	457	567	544									
ZA-CH Chinon	36	33	29	37	35	29	440	413	318	45	34	26	46	34	26	107	115	96
ZA-CH Loches	13	14	10	14	16	11	151	216	125	1			1			22		
Autres 37	322	311	295	345	319	308	3581	3669	3458	2	4	1	2	4	1	4	10	1
Hors 37	42	39	36	45	40	36	393	431	317	9	4	1	9	4	1	26	15	1
TOTAL				487	459	429	5 022	5 296	4 762				58	42	28	159	140	98

Fractures du col	AMBOISE-CR									LOCHES								
	Patients			Séjours			Journées			Patients			Séjours			Journées		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ZA-CH Amboise	110	131	113	114	136	123	1459	1390	1235									
ZA-CH Chinon	1	1	1	1	1	1	20	8	11									
ZA-CH Loches	4	1	3	4	1	3	50	7	20	58	66	59	60	68	61	745	726	513
Autres 37	22	21	9	22	21	9	238	224	108	1	3	2	1	3	2	15	37	16
Hors 37	3	7	4	3	7	4	38	47	28	3	1	3	3	1	3	41	3	19
TOTAL				144	166	140	1 805	1 676	1 402				64	72	66	801	766	548

Fractures du col	STE MAURE								
	Patients			Séjours			Journées		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
ZA-CH Amboise									
ZA-CH Chinon	5	4	3	6	4	3	139	89	26
ZA-CH Loches									
Autres 37	1			1			13		
Hors 37			1			1			43
TOTAL				7	4	4	152	89	69

En Indre-et-Loire les 3 plateaux chirurgicaux du GHT TVL ont pris en charge en 2014 environ 500 patients.

95% des patients ont été hospitalisés à partir des SAU.

50% de ces patients seront orientés dans leur parcours de soins en SSR.

Modes de sorties par établissement

CHRU TOURS

Mode de sortie	Patients			Séjours			Journées		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Domicile*	201	211	190	214	216	194	1916	2160	1676
Décès	16	16	8	16	16	8	214	169	78
Mutation SSR	39	46	52	39	47	53	467	578	703
Transfert MCO	46	24	27	47	24	27	485	296	245
Transfert SSR	138	113	111	142	117	113	1614	1547	1620
Transfert HAD		2			2			21	
Autres	28	37	35	31	37	35	347	525	448

CHINON

	Patients			Séjours			Journées		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Domicile*	3	3	2	3	3	2	4	16	2
Décès		1	1		1	1		18	1
Mutation SSR	7	9	6	7	9	6	84	54	63
Transfert MCO	46	29	19	47	29	19	66	41	32
Transfert SSR	1	1		1	1		6	12	
Autres	1			1			1		

AMBOISE-CR

	Patients			Séjours			Journées		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Domicile*	74	80	63	77	82	68	881	698	622
Décès	4	5	6	4	5	6	72	59	89
Mutation SSR	27	41	36	27	41	37	429	578	440
Transfert MCO	21	22	21	21	22	22	265	169	168
Transfert SSR	15	16	7	15	16	7	158	172	83

LOCHES

	Patients			Séjours			Journées		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Domicile*	25	17	24	25	17	25	315	163	184
Décès	2	2	2	2	2	2	23	14	10
Mutation SSR	21	39	27	21	40	27	297	484	248
Transfert MCO	3	3	3	3	3	3	8	9	8
Transfert SSR	13	9	8	13	10	8	158	96	88
Autres			1			1			10

STE MAURE

	Patients			Séjours			Journées		
	2012	2013	2014	2012	2013	2014	2012	2013	2014
Domicile*	6	3	3	7	3	3	152	84	66
Décès		1			1			5	
Transfert MCO			1			1			3

Le profil du patient concerné par la fracture du col du fémur est un patient âgé et polypathologique.

Le mode de sortie d'hospitalisation est pluriel : le domicile, la mise en place d'un PRADO, un service de SSR, un EHPAD.

4.10.2 Les dysfonctionnements identifiés

Difficulté d'accès au bloc opératoire

Manque de médecin gériatre dans les services d'orthopédie pour la PEC médicale

Manque de lits en SSR par sur-occupation de ces structures dans lesquelles 20% des patients sont en attente d'EHPAD

4.10.3 Les actions proposées par le groupe

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.

Conclusion

Au regard des parcours de soins travaillés le constat suivant peut être dressé :

La méthode choisie s'est révélée efficace. Elle a permis dans un très court délai d'enclencher un travail de rencontres entre professionnels de santé et de générer des réflexions constructives et riches.

Dans le respect de l'autre et de la confraternité chaque groupe de travail a cerné les dysfonctionnements d'un parcours de soins et a émis des pistes d'ajustement et d'amélioration sans démesures.

Ces travaux ont confirmé l'importance donnée aux objectifs du socle commun que nous avons listés dès le TOME I du Projet médical partagé Touraine-Val de Loire, à savoir :

- Le développement des outils de communication informatique :
 - Messagerie sécurisée
 - Dossier Médical Partagé
 - Dossier Patient Partagé
 - Standardisation de formulaires
 - Annuaire des professionnels partagé.
- La communication entre professionnels pour informer sur l'évolution des bonnes pratiques.

La richesse de ce travail tient dans les rencontres entre des professionnels autour d'un sujet commun, des constats réalisés et des actions proposées.

Pour chaque parcours l'étape suivante consistera à prioriser les actions proposées, à dégager un échéancier de mise en œuvre et à identifier des responsables Projet.
Certaines propositions trouveront leur place dans les travaux du futur PRS de la région CVL.

D'autres parcours dont la liste figure dans ce document feront l'objet de la même démarche, liste qui s'enrichira sans doute de nouvelles demandes.

Nous fondons l'espoir que la démarche entreprise améliorera encore confort et sécurité de prise en charge à l'usager et aux professionnels de santé.

Annexe I

ARS Centre-Val de Loire

Décision de Madame la Directrice Générale portant sur le GHT TVL

- 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 AOUT 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 :	2
Adm :	1
Pour attribution :	
- original DG	
- Copie PP/CCM	
Copie à	
Clé 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

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

**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 II

Comptes rendus des réunions d'été Equipe GHT – Etablissements membres du GHT

Centre hospitalier Louis Sevestre

LIEU : CH Louis Sevestre - La Membrolle-sur-Choisille – Salle Fouquet – 14h00/16h00

PRESENTS	ETABLISSEMENT
FAUGEROLAS Patrick	Coordonnateur GHT 37
D ^r GRAMMONT Christine	Chargée de mission GHT 37
BOILEAU Jean-Yves	Directeur des soins du CHRU de Tours
DELAMARE Michel	CH Louis Sevestre
BUCHSENSCHUTZ Marie	CH Louis Sevestre
GABRIEL Isabelle	CH Louis Sevestre
GATARD Christian	CH Louis Sevestre
MENORET Christine	CH Louis Sevestre
MOREAU Charlène	CH Louis Sevestre
SLONINA-ABAUTRET Valérie	CH Louis Sevestre

Les parcours de soins qui se dessinent

Parcours qui fonctionnent bien	Le dispositif ELSA
Parcours à améliorer	1. Le parcours du patient du CHLS en décompensation œdémato ascitique qui doit être transféré au CHRU de Tours. Actuellement ce patient passe par le SAU TROUSSEAU. 2. Le délai trop long d'obtention d'une échographie. 3. Le parcours du patient nécessitant un sevrage complexe. Ce point fait l'objet d'un dossier de demande d'autorisation de 16 lits au CHRU (en cours à l'ARS).
Parcours à innover	1. Un temps de consultation de gastroentérologie au CHLS (éviter les transferts) 2. Une unité de PEC des troubles cognitifs 3. Des appartements thérapeutiques 4. Une activité de consultation au CHLS et une autorisation d'ouverture d'un secteur ambulatoire

Centre hospitalier du Chinonais

LIEU : Centre Hospitalier du Chinonais – Saint-Benoît-la-Forêt – 17h00/19h00

PRESENTS	ETABLISSEMENT/Fonction
FAUGEROLAS Patrick	Coordonnateur GHT 37
D ^r GRAMMONT Christine	Chargée de mission GHT 37
BOILEAU Jean-Yves	Directeur des soins du CHRU de Tours
ALIX Anne	CH du Chinonais/Assistante sociale
ALIX Monique	CH du Chinonais/Représentante des usagers
FEAUVEAUX Carole	CH du Chinonais/Directrice des soins
D ^r HELIE Agnès	CH du Chinonais/Médecin responsable douleur-soins palliatifs
HOSSELET Amandine	CH du Chinonais/Assistante sociale
D ^r LAGIER Marc	CH du Chinonais/Président de CME
D ^r SCHWEIG Thierry	CH du Chinonais/Chef de service SAU
Excusé	ETABLISSEMENT + Fonction
BLANCHARD Christophe	Directeur du CH du Chinonais

Les parcours de soins qui se dessinent

Parcours qui fonctionnent bien	1. La filière gériatrique 2. Le travail d'équipe pluri-institutionnel du dossier patient de demande d'admission en EHPAD 3. La prise en charge des soins palliatifs chroniques due à l'offre de soins adéquate, l'USLD.
Parcours à améliorer	EN URGENCE 1. La prise en charge du sujet âgé insuffisant cardiaque. Au mois de novembre, l'établissement ne dispose plus de cardiologue 2. La prise en charge des patients devant bénéficier d'un plateau interventionnel dans le cadre de l'exploration d'hémorragies digestives. Compte-tenu des délais trop longs du CHRU actuellement (3 semaines) ces patients sont transférés au PSLV ou à la clinique de l'Alliance 3. La prise en charge en ORL : le médecin ORL de la clinique Jeanne D'Arc est parti ; Une coopération avec le CHRU devra être concrétisée au plus vite. Un médecin ORL de la clinique de l'Alliance a contacté le PCME pour des consultations sur site. 4. Consolider l'effectif de gynéco-obstétricien suite au départ du Dr Yénakiev pour le CH de Saumur. 5. Le parcours de soins en réadaptation est déficient compte-tenu du manque de kinésithérapeutes.
Parcours innovants	5. Le parcours de gérontopsychiatrie 6. L'éducation thérapeutique

Centre hospitalier de Loches

LIEU : CH Paul Martinais - Loches – Salle Binet – 17h30/19h30 – 18/07/2016

PRESENTS	ETABLISSEMENT
FAUGEROLAS Patrick	Coordonnateur GHT 37
D ^r GRAMMONT Christine	Chargée de mission GHT 37
BOILEAU Jean-Yves	Directeur des soins du CHRU de Tours
CREPIN Angélique	CH de Loches (Médico-social)
D ^r DONICA Adrian	CH de Loches
D ^r FICHET Frédérique	CH de Loches
GILLET Christine	CH de Loches
HEMOND Armelle	CH de Loches
D ^r LE LIGNE Valérie	CH de Loches
D ^r PEIGNE Jean-Pierre	PSP Sud Lochois
D ^r PHILIPPE Patricia	EHPAD de Loches
PION Isabelle	CH de Loches
RENARD Alice	CH de Loches

Les parcours de soins qui se dessinent

Parcours qui fonctionnent bien	La communication entre la médecine de ville et l'hôpital
Parcours à améliorer	1. Le réseau de prise en charge en pédopsychiatrie 2. Les consultations avancées pour les petits en pédopsychiatrie 3. Disposer d'une banque de lits pour les urgences en psychiatrie 4. L'accès direct au médecin référent au CHRU ou à voir avec d'autres établissements du GHT selon les spécialités 5. La PEC en santé mentale corrélée avec le parcours médico-judiciaire 6. Le développement de la messagerie sécurisée
Parcours à innover	1. Le court séjour gériatrique et l'évaluation standardisée en gériatrie 2. L'identification de lits en géronto-psychiatrie (patients agressifs) 3. Le parcours de prévention en amont de la gériatrie (évaluation à domicile) 4. La place de la prévention aux différentes étapes du parcours patient 5. Les consultations « douleur »

Centre hospitalier de Luynes

LIEU : CH Jean Pagès – Luynes – Salle Jean Pagès – 19 juillet 2016 14h00/16h00

NOM	ETABLISSEMENT
FAUGEROLAS Patrick	Coordonnateur GHT 37
D ^r GRAMMONT Christine	Chargée de mission GHT 37
BOILEAU Jean-Yves	Directeur des soins du CHRU de Tours
BEGA Nolwenn	CH Luynes
LOVATI Chantal	CH Luynes
D ^r MARTIN Marie-Paule	CH Luynes
D ^r PHILIPPE Anne	CH Luynes

Les parcours de soins qui se dessinent

Parcours qui fonctionnent bien	EHPAD La prise en charge des patients atteints de la maladie d'Alzheimer coordonnée depuis l'EHPAD vers le service de médecine gériatrique du CHRU. Soins Palliatifs : La prise en charge coordonnée entre le CH de Luynes et le CHU pour les activités d'oncologie, de pneumologie et le suivi des patients atteints de SLA
Parcours à améliorer	- Le circuit du patient de l'EHPAD ou du SSR qui doit être (ré)adressé en médecine ou en chirurgie au CHRU et pour lequel l'arrivée au SAU reste une étape obligée sans plus-value réelle. (diagnostic réalisé, contacts pris dans les services...). - Le circuit du suivi, post-opératoires des fractures du col du fémur. Dans un grand nombre de cas, pas de compte rendu de la consultation post-opératoire immédiat. Le compte rendu peut être transmis parfois avec 3 semaines de retard. Un essai de feuille de liaison est en cours. Ce circuit fonctionne par ailleurs très bien avec les services de chirurgie des établissements privés. - De plus en plus fréquemment les patients arrivent depuis le service de médecine du CHRU avec une liste de consultations spécialisées voir d'explorations à réaliser. Ces actes entraînent une augmentation des frais de transports. Les patients sont admis au CH de Luynes en état de plus en plus instable ce qui conduit à des ré-hospitalisations au CHRU de plus en plus fréquents, notamment sur les week-ends. - Le patient est orienté de plus en plus en SSR par défaut en attente d'une place en EHPAD. - La prise en charge sociale est difficile pour l'orientation depuis le SSR vers l'EHPAD car pluri-institutionnelle avec des logiques de travail propre à chacun. Le dispositif social connaît de grandes difficultés pour la sortie des patients en SP vers les structures d'aval.
Parcours innovants	- Des consultations avancées en cardiologie +++, en dermatologie et surtout en gériopsychiatrie ++++ permettraient de réduire des délais d'attente très longs et les transports par ambulance. (enveloppe financière en inflation). - Des innovations en matière : - d'hébergement temporaire sont à travailler. Ex : séjours de répit - de prise en charge pour les patients admis en SSR pour un motif orthopédique ou médical mais présentant par ailleurs des troubles cognitivo-comportementaux. Ex : un « PASA » SSR ? - de prise en charge des soins palliatifs chroniques en EHPAD (1 lit à identifier à minima)

Centre hospitalier intercommunal d'Amboise/Château-Renault

LIEU : CHIC d'Amboise/Château-Renault – Salle Ronsard – 21 juillet 2016 14h00/16h00

PRESENTS	ETABLISSEMENT	FONCTION
FAUGEROLAS Patrick	GHT 37	Coordonnateur GHT 37
D ^r GRAMMONT Christine	GHT 37	Chargée de mission GHT 37
BOILEAU Jean-Yves	CHRU de Tours	Directeur des soins
D ^r CATTIER Blandine	CHIC d'Amboise/Château-Renault	Présidente de le CME
D ^r COUTURIER Clémence	CHIC d'Amboise/Château-Renault	Pédopsychiatre
EDERY Claude	CHIC d'Amboise/Château-Renault	Directeur
D ^r NOEL Vincent	CHIC d'Amboise/Château-Renault	Chef pôle chirurgie
ROUET Lisa	CHIC d'Amboise/Château-Renault – CHRU de Tours	Psychologue
THOMAS Véronique	CHIC d'Amboise/Château-Renault	Directeur des soins
VERNON Hélène	CHIC d'Amboise/Château-Renault	Sage-femme - Cadre
VIANO-FLEUROT Catherine	CHIC d'Amboise/Château-Renault	Pharmacien - Chef de pôle

Les parcours de soins qui se dessinent
Avant-projet en attente de validation de la part de l'établissement pour fin août 2016

Les parcours qui fonctionnent bien mais dont le dispositif pourrait encore être amélioré	● Le parcours de chirurgie orthopédique entre le CHRU et le CHIC pour ce qui concerne les fractures du col du fémur mais aussi certaines fractures des membres (poignet, cheville...) ● Le parcours SSR selon 2 axes : - Fluidifier la filière de prise en charge avec une extension capacitaire de 30 lits qui permettrait de répondre également à des besoins nouveaux concernant le SSR. Le délai d'attente actuel est de 4 mois. Identifier une Fédération de réadaptation fonctionnelle et Médecine Physique sous l'égide du Pr Fouquet avec l'ensemble des établissements du GHT parties et partenaires ayant des lits SSR. Cette fédération permettrait par les deux activités bien définies, d'une part le recours au plateau d'expertise dans cette discipline au CHRU et d'autre part la prise en charge en hospitalisation avec des modalités différentes (complète, ambulatoire) et des spécialités différentes (ortho, neuro, grands brûlés, gériatrie...) de consolider l'aspect hospitalo universitaire et d'être attractif pour les internes en formation.
Parcours à améliorer	● La filière d'aval d'orthopédique avec identification de lits de médecine en orthogériatrie ● La prise en charge des sevrages complexes en alcoologie est actuellement réalisée en service de médecine. Une étude devrait être faite sur le volume de ces séjours et le nombre de journées d'hospitalisation rapporté aux nombres de patients en attente d'hospitalisation en médecine. La pertinence des lits de sevrage, notamment pour la prise en charge de femmes et de parturientes est en réflexion. Ce dispositif apparaît cohérent avec le projet de prise en charge Parent/enfant au centre de périnatalité. ● Des consultations avancées dans les domaines suivants : dermatologie, rhumatologie. ● Un travail sur les lits identifiés en soins palliatifs est en cours.
Parcours innovants	● La prise en charge en chimiothérapie pour ce qui concerne les cancers pulmonaires. Une étude sera réalisée sur le volume et les patients bénéficiant de ce traitement au CHRU et ceux qui pourraient être pris en charge au CH de Blois. Les préparations de cytotoxiques ne pourraient pas être réalisées au CHIC. Le groupe de travail devrait également intégrer les professionnels des pharmacies des 2 établissements concernés au moins. ● L'HDJ Parent/Enfant pour lequel une étude a déjà été réalisée. Il s'agit d'un projet de psychiatrie périnatale. Le groupe intégrera les pédopsychiatres et psychiatres Adulte des autres

	secteurs du 37. L'étude régionale sur les besoins sera présentée.)
Parcours général à réfléchir avec le Pôle d'Anesthésie-Réa du CHRU pour l'ensemble du GHT	Réfléchir à des pistes pour sécuriser les effectifs d'anesthésie réanimation sur le GHT TVL. Ce point sera travaillé par l'équipe GHT, les AR du CHRU et les établissements impliqués par l'ODS de chirurgie

Centre hospitalier de Sainte-Maure-de-Touraine

LIEU : Sainte-Maure-de-Touraine – Salle du Conseil/D^r Patry – 25 juillet 2016 14h00/16h00

PRESENTS	ETABLISSEMENT	FONCTION
FAUGEROLAS Patrick	GHT 37	Coordonnateur GHT 37
D ^r GRAMMONT Christine	GHT 37	Chargée de mission GHT 37
BOILEAU Jean-Yves	CHRU de Tours	Directeur des soins
BAILLY Marie-Aude	Pôle Santé Sud 37	Directrice adjointe PSS 37
CHAMPIGNY Christelle	Pôle Santé Sud 37	Diététicienne
CHARRIER Catherine	Pôle Santé Sud 37	Cadre supérieur de santé
CLOAREC Isabelle	Pôle Santé Sud 37	IDE/Resp. Médecine
GUESDON Sabine	Pôle Santé Sud 37	IDE
D ^r ISACU Daniella	Pôle Santé Sud 37	Médecin
JOUANNIN Angélique	Centre Soins Infirmiers	IDE
D ^r KAMGA Josselin	Pôle Santé Sud 37	Président de la CME
LABBE Dominique	Pôle Santé Sud 37	Directeur PSS 37

Les parcours de soins qui se dessinent

Les parcours qui fonctionnent bien	1. Les bilans gériatriques de niveau 1 et 2 2. La prise en charge des plaies chroniques avec le CHRU 3. Le partenariat ville/hôpital
Parcours à améliorer	1. L'admission au CH de Ste Maure des patients de retour du CHRU mais pour lesquels le passage en Médecine a comme objectif de préparer l'orientation. Ce travail est très chronophage pour les équipes soignantes d'autant plus qu'il n'y a pas d'assistante sociale à Ste Maure. 2. La filière en imagerie notamment pour les patients en attente de scanners ou d'échographie. 3. La filière AVC et le lien en neurologie (avis, transfert...) 4. La filière en gastro-entérologie : Le Pr Lecomte a pris contact avec le Dr Kamga. Une discussion est en cours. Le Pr Lecomte devrait piloter un groupe sur le parcours du patient « hémorragie digestive ». 5. La filière de cardiogériatrie (à améliorer +++) 6. La filière orthopédique (un contact doit être réalisé afin que le service d'orthopédie identifie bien le service de Médecine du CH de Ste Maure) 7. La santé mentale : le recours au Cs et expertises d'un psychiatre du secteur (Chinon) est très difficile. Le CH de Ste Maure a un dispositif de téléconsultations. Un dispositif pourrait être trouvé avec le CHC.
Parcours innovants	1. La prise en charge en onco-gériatrie : Actuellement 4 à 5 lits sont occupés par les soins palliatifs. La reconnaissance de cette activité est demandée.

CHRU de Tours

LIEU : CHRU de Tours – Juillet/Août 2016

PRESENTS	ETABLISSEMENT	FONCTION	DATE
FAUGEROLAS Patrick	GHT_TVL	Coordonnateur GHT	
D^r GRAMMONT Christine	GHT_TVL	Chargée de mission GHT	
P^r COUET Charles	CHRU de Tours/GHT_TVL	PU-PH	
P^r HAILLOT Olivier	CHRU de Tours/GHT_TVL	PU-PH	
GERAIN-BREUZARD Marie-Noëlle	CHRU de Tours	Directrice Générale	1/07/2016 19/07/2016 05/09/2016 06/09/2016
Pr CALAIS Gilles	CHRU de Tours	Président de CME	04/07/2016 25/08/2016
BOILEAU Jean-Yves	CHRU de Tours	Coordonnateur général des soins	1/06/2016 7/07/2016 1/09/2016
Dr LAGARRIGUE François	CHRU de Tours	Médecin Coordonnateur de la Gestion des Risques liés aux soins	1/06/2016 7/07/2016
MORICEAU Christine	CHRU de Tours	Directeur des soins	
ORTEGA Béatrice	CHRU de Tours	Cadre chargé de mission qualité	
OSU Dominique	CHRU de Tours	Directrice adjointe de la qualité et de la patientèle	
ARCHAMBEAU Corinne	CHRU de Tours	Contrôleur de gestion	18/07/2016
JULIEN Axel	CHRU de Tours	Directeur adjoint Recettes-facturation et Contrôle de Gestion	
KRAFT Fabienne	CHRU de Tours	Responsable du contrôle de gestion	
Dr AYMERIC Sandra	CHRU de Tours	SIMEES	5/07/2016
Dr FOURQUET Florence	CHRU de Tours	SIMEES	
Dr LE LOUARN Anne	CHRU de Tours	SIMEES	
Dr MAHEUT-LOURMIERE Josette	CHRU de Tours	SIMEES	
Pr RUSCH Emmanuel	CHRU de Tours	Chef de service - PU-PH - SIMEES	
Dr BELIN Jérémie	CHRU de Tours	Assistant spécialiste PÔLE TÊTE ET COU	11/07/2016
Pr de TOFFOL Bertrand	CHRU de Tours	Chef de service Neurologie PÔLE TÊTE ET COU	
Pr LARIBI Saïd	CHRU de Tours	Chef de Service Urgences PÔLE NÉPHROLOGIE - RÉANIMATION - URGENCES	26/07/2016
Dr MENNECART Marc	CHRU de Tours	Chef de service Gériatrie PÔLE MÉDECINE	1/09/2016
Dr BONNAUD Isabelle	CHRU de Tours	PÔLE TÊTE ET COU - NEUROLOGIE ADULTES	08/09/2016

Parcours à améliorer	8. Le parcours de la Personne âgée 9. La prise en charge des cancers digestifs 10. La prise en charge de l'AVC 11. Le patient âgé coronarien 12. La prise en charge chirurgicale de l'obésité
Parcours innovant	1. La prise en charge en Médecine Physique et Réadaptation Fonctionnelle

La réflexion sur les systèmes d'informations se poursuit, pilotée par Julien BERTHEL.

La réflexion sur la construction d'un DIM de territoire se poursuit sous le pilotage du Pr RUSCH.

Une réflexion devrait être engagée concernant la pérennité des effectifs d'anesthésie-réanimations

La réflexion sur les postes médicaux partagés, sur les consultations spécialisées avancées dans les bassins de vie, sur l'amélioration de la communication entre professionnels de santé devra être traitée dans chaque groupe "parcours".

PRESENTS	ETABLISSEMENT
Pr CHARLES COUET	Chargé de mission GHT 37
D ^r GRAMMONT Christine	Chargée de mission GHT 37
D ^r DU PASSAGE Cécile	HAD Val de Loire
GERVAIS Anne-Marie	ASSAD HAD en Touraine
GUYERE David	HAD Val de Loire
JAOUEN Marie-Ange	HAD Val de Loire
Dr LESEIN Guillaume	ASSAD HAD en Touraine
OREAL Pascal	ASSAD HAD en Touraine

Les parcours de soins qui se dessinent

Parcours qui fonctionnent bien	
Parcours à améliorer	1. La prise en charge de la personne âgée polypathologique à travers les composantes médicales, sociales et médico-sociales 2. La place de l'HAD dans le parcours de soins du patient porteur d'un AVC, le parcours à partir de l'UNV 3. L'implication de l'HAD aux services d'accueils et d'urgence 4. La chimiothérapie en HAD
Parcours à innover	1. La place de l'HAD dans la prise en charge en Santé Mentale

PRESENTS	ETABLISSEMENT
P ^r CHARLES COUET	Chargé de mission GHT 37
D ^r GRAMMONT Christine	Chargée de mission GHT 37
D ^r BOUDARENE Marie-Claire	Centre Bel Air
D ^r Pierre-Marie BOUGARD	Centre Bel Air
BRACQUIER Aurélie	Centre Bel Air
P ^r FOUQUET Bernard	CHRU
GAURON Richard	Centre Bel Air
D ^r KUBAS Sophie	Centre Bois-Gibert
MAILLOCHAUD Éric	Centre Bel Air
PAIMPARE Laëtitia	Centre Bois-Gibert
PAPIN Bruno	Centre Bois-Gibert
D ^r PRIGENT Martine	Le CRF Clos Saint-Victor
RIVIERE Marie-Christine	Le CRF Clos Saint-Victor
D ^r VERNOCHET Philippe	Centre Bois-Gibert
YONNET Frédérique	Centre Le Courbat

Les parcours de soins qui se dessinent

1. Place de l'évaluation cardiaque en gériatrie et en médecine du sport
(Pilote : Bruno PAPIN, BOIS-GIBERT)

→ **Deux sujets retenus et pilotés par le Centre Bois-Gibert**

- . Parcours du patient âgé en cardiologie
 - . Evaluation de l'aptitude cardiovasculaire à l'activité physique et sportive
2. Pour une prise en charge territoriale du syndrome post-traumatique à partir d'un état des lieux de l'offre et de la demande (Pilote : Frédérique YONNET, LE COURBAT)
 3. Considérer, identifier et prendre en charge l'épuisement professionnel au travail (Pilote : Frédérique YONNET, LE COURBAT)

Annexe III
Séminaire du 17 NOVEMBRE 2016
Diaporamas des groupes de travail



LE PATIENT ÂGÉ POLYPATHOLOGIQUE

CHU Tours

Dr M. Mennecart (CHU)
Mme S. Poilvilain (CHU)



SUJET AGE POLYPATHOLOGIQUE

*Troubles psycho comportementaux
dans le cadre des pathologies neurodégénératives*

Pour 2016 (Simees)

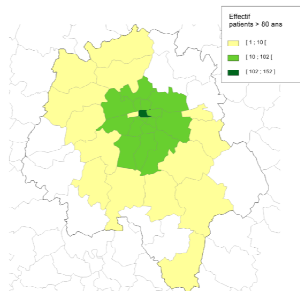
Sur les 19 patients hospitalisés en MG avec codage "agitation R451"
5 sont passés par les Urgences avant.

Sur les 56 patients hospitalisés en MG avec codage "démence, maladie
d'Alzheimer, DCL, DLFT ", 36 sont passés par les Urgences avant.

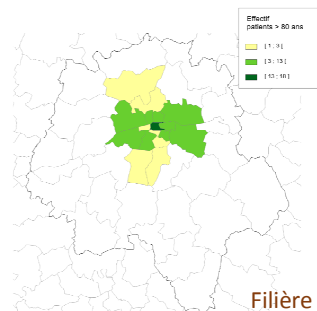
*Au vu du codage, il semblerait que la majorité des patients auraient pu entrer
directement en MIG.*



Filière gériatrique générale



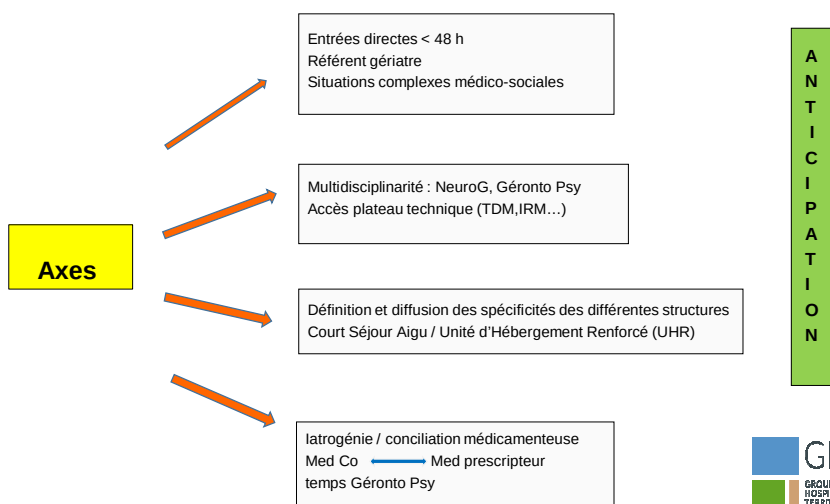
Domicile (37)	patients > 80 ans	
	n	%
Tours et communes voisines	415	76
Hors Tours et communes voisines	132	24

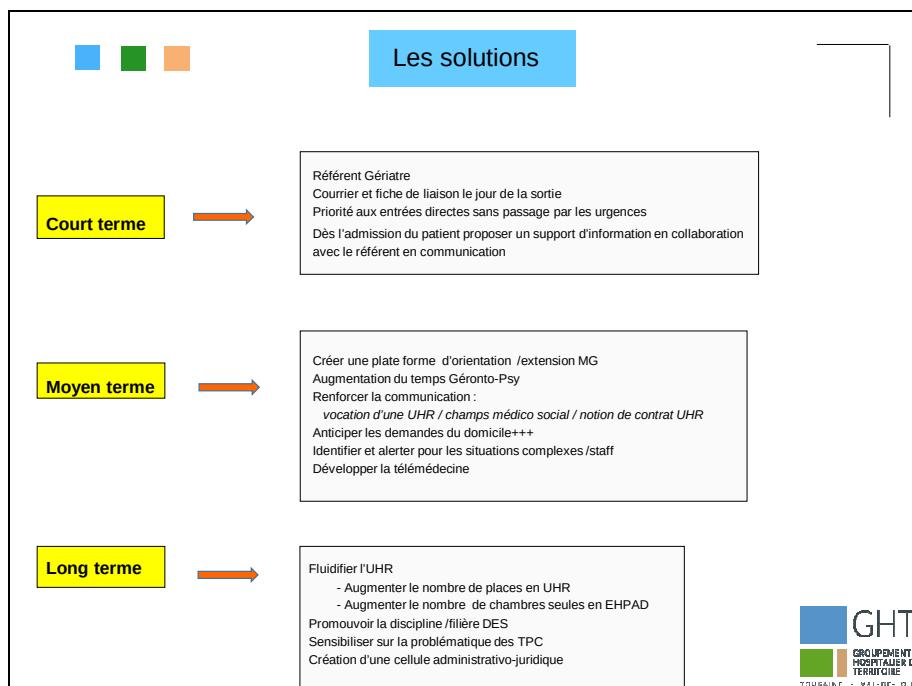
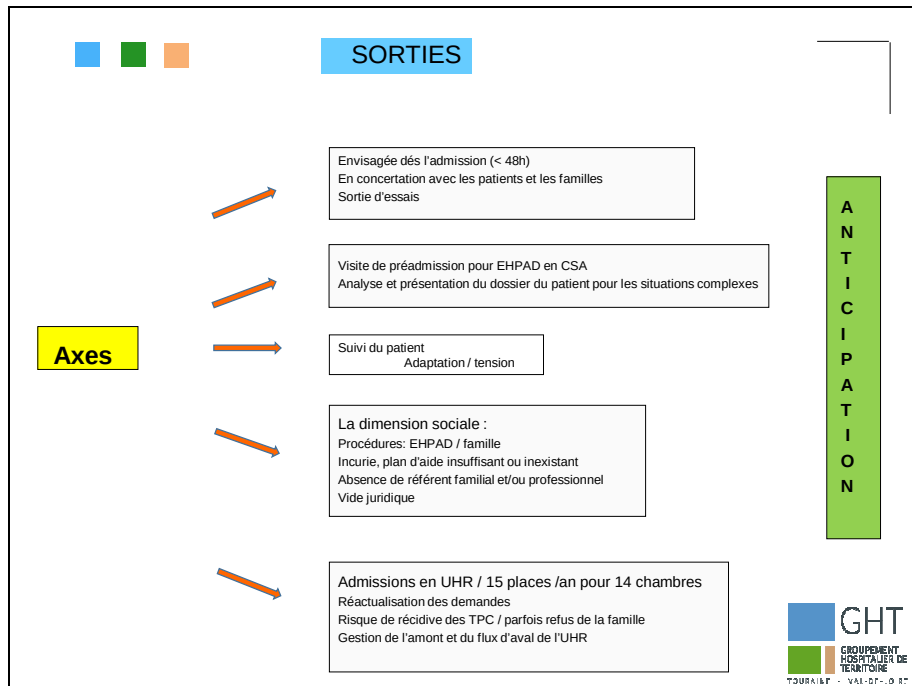


Filière TPC

Domicile (37)	Patients > 80 ans	
	n	%
Tours et communes voisines	55	85
Hors Tours et communes voisines	10	15

ADMISSIONS







COMPOSITION DU GROUPE DE TRAVAIL

Pilote : DR . MENNECART : Chef de service , Médecine Gériatrique Bretonneau
Copilote : MME POILVILAIN CHAUVEAU : Assistante sociale Equipe mobile gériatrique Bretonneau
Docteur AYMERIC : SIMEES Bretonneau
Docteur CAPSEC : SIMEES Bretonneau
Mme GERVAIS : responsable soins ASSAD HAD
Docteur LESEIN : ASSAD- HAD
Mme PERIS : Directrice EHPAD Les Amarantes , Tours
Docteur PHILIPPE : Médecin coordonnateur EHPAD et UHR, Luynes
Mme PITARD Cadre de santé Médecine Gériatrique Bretonneau
Docteur PUISSEON médecin coordonnateur EHPAD La Croix Périgourd Saint Cyr sur Loire et Médecin généraliste
Docteur ZAWADZKI Géro-onto-Psychiatre Clinique Ronsard, Chambray-lès- Tours





LE PATIENT ÂGÉ POLYPATHOLOGIQUE

CH Chinon

Dr K. BARILLEAU BAILLY (CH Chinon)
Dr M. VITTIER (CH Chinon)



I) Présentation de la filière gériatrique du bassin du chinonais :

- CH Chinon: CSG, SSR, EHPAD, USLD => pôle SSR/Gériatrie ; collaboration et échanges réguliers entre les praticiens
- Partenariat: EHPAD Bourgueil, Ile Bouchard, Langeais, Richelieu et hôpital local de Ste Maure
- Numéro d'appel direct pour contacter en journée du lundi au samedi midi un gériatre du CSG (avis, conseils, demandes d'hospitalisations); connu des médecins libéraux et coordonnateurs d'EHPAD => hospitalisations directes rapides, sans passage systématique par les urgences
- Courrier d'hospitalisation remis au patient au moment de sa sortie du SSR ou CSG
- Clinique Jeanne d'Arc attenante : convention de partenariat (radiologie; chirurgie viscérale et orthopédique principalement)





II) Problématiques identifiées de coordination inter-établissements: (1)

1- Manque d'informations médicales lors des transferts de patients entre les services d'Orthopédie du CHU et le service de SSR du CH Chinon (pas de courrier médical ni ordonnances de rééducation; traitement médical de sortie parfois discordant)

2- Difficultés pour joindre le chirurgien orthopédique du CHU qui a opéré un patient après son transfert en SSR (interne facilement joignable mais ne peut pas toujours répondre aux questions; secrétaires difficiles à joindre ; nécessité de multiplier les appels, parfois sur plusieurs jours, avant d'avoir l'information ou l'avis requis)

3- Prise en charge parfois difficile (SSR) : patients présentant une démence avec troubles psycho-comportementaux en attente d'une place en unité Alzheimer ou admis pour bilan (cohabitation avec patients en soins palliatifs (LISP); locaux non adaptés aux déambulations (non sécurisés) et personnel non spécifiquement formé à ce type de prise en charge)



II) Problématiques identifiées de coordination inter-établissements: (2)

4- Manque de structures pour prise en charge temporaire des personnes âgées immobilisées pour fracture(s) pendant plusieurs semaines avant une phase de rééducation active (fracture des membres inférieurs: souvent 3 mois sans appui); perte d'autonomie importante mais transitoire ne permettant pas un retour à domicile => séjours prolongés en SSR

5- Séjours prolongés en SSR pour des raisons administratives: patients ne nécessitant plus de prise en charge médicale, en attente d'accord d'admission en structure médico-sociale (documents administratifs demandés parfois difficiles à réunir quand SA isolé; si demande aide sociale, délai encore plus long car documents supplémentaires et délai avant analyse des demandes)





III) Pistes d'amélioration et/ou résolution du problème:

- 1- Elaborer un document simple, synthétique, à compléter à la sortie du service de chirurgie (motif d'hospitalisation; événements médicaux au cours du séjour; traitement à la sortie; consignes de kinésithérapie) dans l'attente du compte-rendu d'hospitalisation
- 2- Réflexion à mener pour s'assurer de la transmission rapide des demandes de renseignements ou avis aux chirurgiens
- 3- Création d'une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC)
- 4- Augmenter les places d'hébergement temporaire en EHPAD; accueil dédié spécifiquement à ces demandes de prises en charge?
- 5- Permettre une admission en EHPAD avec des documents prioritaires ciblés et réévaluer dans un second temps avec le Conseil Général pour les demandes d'aide sociale?



IV) Les actions à mener :

- 1- Rencontre entre les responsables des services d'Orthopédie et du SSR (élaboration du document...)
- 2- Rencontre entre les responsables des services d'Orthopédie et du SSR pour améliorer les échanges d'informations (par mail? Contacts téléphoniques moments privilégiés précisés?)
- 3- Création d'une UCC (Unité Cognitivo Comportementale) à vocation départementale (mutualisation des besoins entre les différents bassins de vie du 37)
- 4- Créer des places supplémentaires en hébergement temporaire sur le bassin de vie
- 5- Revoir les procédures administratives d'entrée en EHPAD avec le conseil départemental





Remerciements pour leur participation :

Dr Bruant Crasson, médecin responsable du service CSG/SSR CH Chinon
Mme Cabanel, cadre supérieure de santé pôle SSR/Gériatrie CH Chinon
Dr Dupont, médecin coordonnateur EHPAD de L'île Bouchard
Mme Feauveaux Carole, Directrice et Coordinatrice générale des soins du CH Chinon
Dr Georget Julien, médecin service CSG/SSR CH Chinon
Dr Jabbour, médecin service CSG/SSR CH Chinon
Dr Lagier, médecin service CSG/SSR CH Chinon
Dr Lamblin, médecin généraliste à Chinon
Dr Maillard, médecin DIM CH Chinon
Mme Matte, cadre de santé EHPAD de Richelieu
Mme Obadia Anne, assistante sociale service SSR CH Chinon
Dr Perin, médecin service USLD/EHPAD CH Chinon





LE PATIENT ÂGÉ POLYPATHOLOGIQUE

CH Loches

Dr V. Le Ligné (CH Loches)

Dr E. Beauvils (CH Loches)



Le territoire de la Touraine côté sud : L'offre de soins au Centre Hospitalier de Loches

Le Centre hospitalier de LOCHES

- Plateau technique : urgences - imagerie- Bloc
- Le service de médecine (35 lits)
- Le service de chirurgie (25 lits)
- L'Unité de Chirurgie ambulatoire (6 places)
- La médecine ambulatoire (4 places notamment oncologie et 4 places 2 jours / semaine pour l'évaluation gériatrique (HJG))
- Le SSR à orientation gériatrique (30 lits)
- L'EHPAD (225 lits et 6 places accueil de jour et 2 chambres relais)
- Le SSIAD (75 places)
- Les consultations de différentes spécialités dont Cs mémoire (2015: 473 cs)





Le territoire de la Touraine côté sud : Le dispositif en gériatrie

Le Centre hospitalier de Loches (cf diaporama précédente)

Des structures d'hébergement temporaire

- Relais SEPIA de Descartes (20 places)

Des structures d'hébergement diverses

- MARPA : Le Liège (20 places), Bridoré (24 places)
- EHPAD (1 par canton) : Abilly, Preuilly sur Claise, Ligueil, La Celle Guenand, Villeloin Coulangé => 774 places au total
- Résidence Service pour personnes âgées : Maryflor à Loches (78 places)

Des structures de maintien à domicile :

- ASSAD - HAD – ADMR – AUVIAL
- SSIAD (Loches - Montrésor, Abilly, Ligueil, Preuilly)

Coordination Territoriale d'Appui (CTA) et PAERPA

Maisons de santé pluridisciplinaire



Parcours de la PA polypathologique sur Le territoire de la Touraine côté sud : Principales difficultés identifiées

Difficulté identifiée	Actions proposées
Manque de lisibilité de l'existence d'une filière gériatrique pour les professionnels et les usagers	• Communiquer auprès des professionnels libéraux et les usagers sur l'offre de soins et les différentes modalités d'hébergement ou de maintien à domicile • Identifier des lits de court séjour gériatrique au sein du service de médecine • Mettre en place une organisation afin de faciliter les entrées directes en hospitalisation • Promouvoir l'évaluation gériatrique standardisée en ambulatoire • Pérenniser l'offre gériatrique en développant les activités partagées médicales CH Loches / CHU



Parcours de la PA polypathologique sur Le territoire de la Touraine côté sud : Principales difficultés identifiées

Difficulté identifiée	Actions proposées
Engorgement de la filière gériatrique lié :	
À la mauvaise orientation des patients	- Faciliter l'accès à des hébergements temporaires financés pour des problèmes médico-sociaux - Elargir les critères d'admissibilité à un hébergement en chambre relais (2 à Loches, 2 à Descartes)
A l'absence de structures spécialisées dans les troubles psychocomportementaux	- Créer des places en Unité d'Hébergement Renforcée et en Unité Cognitivo-Comportementale - Créer un service de Court Séjour Gériatrique avec environnement sécurisé
Aux difficultés d'admission en SSR	- Favoriser les échanges téléphoniques pour étayer les informations données dans Trajectoire - Demander une réponse sous 48h des SSR
Aux difficultés d'entrée en EHPAD	- Inviter les patients et leur famille à préparer leur entrée future en institution, avec l'appui du médecin traitant - Former des référents sociaux APA pour aider les familles à constituer les dossiers - Mettre en place une protection juridique dès que nécessaire - Utiliser systématiquement Trajectoire EHPAD



Parcours de la PA polypathologique sur Le territoire de la Touraine côté sud : Principales difficultés identifiées

Difficulté identifiée	Actions proposées
Partage de l'information insuffisant entre l'hôpital, les structures d'hébergement et les médecins libéraux :	
Transmission des dossiers	- Systématiser l'intégration des CR d'hospitalisation, d'exams et de consultation dans le DMP - Etendre l'utilisation de la messagerie sécurisée - Accéder au dossier de psychiatrie via le DMP
Communication orale entre les médecins de ces structures	- Poursuivre les réunions ville-hôpital - Organiser des FMC par les médecins hospitaliers





MERCI au groupe de travail

Participants

- Dr LE LIGNÉ Valérie, médecin service de Médecine CH Loches
- Dr BEAUFILS Emilie, médecin neurogériatre, HDJ gériatrique et cs mémoire CH Loches
- Dr PEIGNE Jean-Pierre, Pôle de Santé Pluridisciplinaire du Sud Lochois
- Dr GARNIER Philippe, médecin généraliste et médecin coordonnateur de l'EHPAD d'Abilly et Relais SEPIA de Descartes
- Mme GILLET Christine, Directrice des soins CH Loches
- Mme BEAUVAIS Evelyne, représentante de la Coordination Territoriale d'Appui dans le cadre du dispositif PAERPA
- Mme PION Isabelle, cadre supérieur de pôle et des urgences
- Mme PELTIER Aude, Cadre du service de Médecine CH Loches
- Mme HEMOND Armelle, Assistante sociale CH Loches

Excusés :

- Dr PHILIPPE Patricia, médecin gériatre, Coordonnateur EHPAD Loches
- Dr BERGER Isabelle, médecin SSR
- Dr PARSIGNEAU Vanessa, médecin libéral et Temps partiel Médecine CH Loches
- Mme CREPIN, directrice référente de l'EHPAD du CH Loches et Mmes ARCHAMBAULT et DE QUILLIEN, cadres de l'EHPAD du CH Loches
- Mme CHAUSSEBOURG Agnès, IDE coordinatrice du SSIAD, CH Loches
- Infirmière coordinatrice de l'HAD





LE PATIENT ÂGÉ POLYPATHOLOGIQUE CHIC Amboise/Château-Renault

Dr B. Raffin(CHIC)
Dr O. Fendler (CHIC)



Données Démographiques - Ressources installées

- Estimation INSEE 2013
 - Département Indre et Loire : 115719 sujets âgés > 65 ans
 - CC du Val d'Amboise : 5796 sujets âgés > 65 ans
 - CC du Castelrenaudais : 2731 sujets âgés > 65 ans
- Ressources installées CHIC Amboise/Château-Renault, données 2015
 - Court séjour gériatrique : 28/25 lits → DMS 10/11 jours, Moyenne d'âge 83 ans
 - Soins de suite et de réadaptation : 29/5 lits → DMS 41/31 jours, Moyenne d'âge 85 ans
 - Hôpital de jour : 2 lits
 - Ehpad : 446 lits dont 10 lits d'accueil de jour, âge moyen d'entrée 85,5 ans
 - SSIAD : 104 places





Identification de l'objet de travail

- Composition du groupe selon les orientations émises par les instances de pilotage du GHT 37
- Les invitations concernent les représentants des usagers du CHIC Amboise/Château-Renault, les médecins traitants, le CHRU de Tours, l'HAD, le CHIC Amboise/Château-Renault.
- Présentation du groupe, de l'ordre du jour, temps de restitution de la réunion du 29 septembre 2016.
- Il est retenu le thème de la communication ville-hôpital



Etat des lieux

- Médecin traitant non informé en temps réel de l'hospitalisation d'un patient, difficulté d'identification du référent hospitalier
- Difficultés de recueil d'anamnèse, de projets de soins précédemment établis en particulier en présence de troubles cognitifs
- Demande de programmation des hospitalisations en court séjour gériatrique
- Difficultés de recueil d'information pour les AVQ en situation de repères habituels à domicile
- Multiplication des formulaires, supports et plateformes informatiques aux finalités différentes, non communicants, augmentant des temps de saisies dans des environnements parfois peu intuitifs
- Difficulté de planification d'une consultation ou d'une visite en sortie d'hôpital par le médecin traitant
- Délai d'information parfois long du médecin traitant en cas de décès





Proposition d'actions

- Formaliser une tranche horaire avec, si possible, un temps de soignant dédié au **numéro unique** pour répondre à la demande des médecins traitants
- Information en temps réel du médecin traitant lors d'une hospitalisation d'un patient avec nom et coordonnées du **médecin référent**
- Réflexion autour de transmission de « notes personnelles » concernant le patient
- Proposer une réévaluation thérapeutique interdisciplinaire, consolider l'éducation thérapeutique
- Proposer un contact direct entre le médecin traitant et les pharmaciens hospitaliers durant le séjour du patient
- Information du médecin traitant 48 heures avant la sortie du patient
- Proposer une standardisation de la procédure de sortie du patient de l'hôpital -> check-list des documents fournis
- Information en temps réel du médecin traitant en cas de décès du patient
- Pérenniser les rencontres interprofessionnelles
- Utilisation de la **messagerie sécurisée de santé**
- Proposition de **partage de données du dossier médical**



Remerciements

- M Jacques PORTIER (Représentant des Usagers)
- Dr Alice PERRAIN (Médecin Généraliste à La Croix en Touraine)
- Dr Estelle GUEDON (Pharmacien au CHIC)
- Dr Blandine CATTIER (Médecin DIM, Présidente de CME au CHIC)





GHT



GROUPEMENT
HOSPITALIER DE
TERRITOIRE

TOURAIN - VAL-DE-LOIRE



PÔLE SANTÉ SUD 37
Sainte Maure de Touraine

Membre du Groupement Hospitalier de Territoire
Touraine - Val de Loire

LE PATIENT ÂGÉ POLYPATHOLOGIQUE

CH Ste Maure de Touraine

Dr J. Kamga (CH Ste Maure)
Dr D. Isacu (CH Ste Maure)



L'établissement (Pôle santé 37 : PSS37) est divisé en deux sites :

■ Pôle 1

- 157 lits d'EHPAD,
- 14 lits de Médecine interne (MI),
- SSIAD (67 personnes âgées et 5 personnes handicapées)
- PASA (Pôle d'activité et de soins adapté - 14 résidents)

■ Pôle 2

- 67 lits d'EHPAD
- 30 lits d'UPAD (Unité pour personnes âgées désorientées)

· Les deux sites géographiques sont reliés par une liaison Wimax – logiciel OSIRIS

Professionnels de la santé:

Dr Josselin KAMGA, Président CME, Médecin coordonnateur EHPAD
Dr Daniella ISACU, Médecin référent MI, Médecin coordonnateur EHPAD
Mme Catherine CHARLIER, CSDS
Mme Laure VASSIVIERE, CDS
Mme Laure RICHARD, Pharmacienne
Psychologues: NOURY N., MANGOLINI A.
Kinésithérapeute: TRAPY F.
Diététicienne: CHAMPIGNY C.

Laboratoire VALBIOLAB (privé)
Laboratoire imagerie – Pôle Da Vinci (privé)



PÔLE SANTÉ SUD 37
Sainte Maure de Touraine

Membre du Groupement Hospitalier de Territoire
Touraine - Val de Loire



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

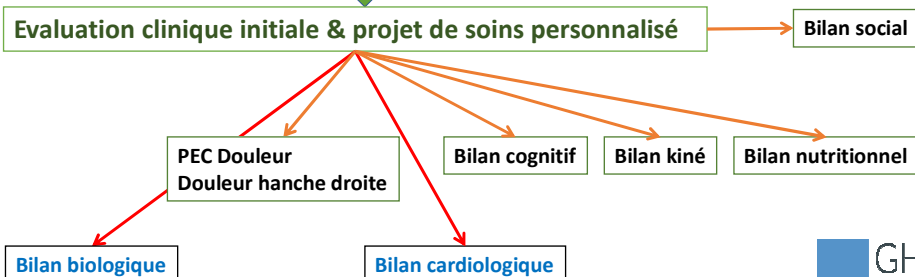
Parcours patient:

Mr XY, 83 ans, veuf, vit chez sa fille (en activité) à Ste Maure de Touraine
ATCD: ACFA sous AVK, I.C., Syndrome anxio-dépressif (suivi à Tours – ancien domicile)

Chute à domicile en se levant de la table, sans PC, douleur hanche droite (EVA: 2/10); la fille appelle le MT

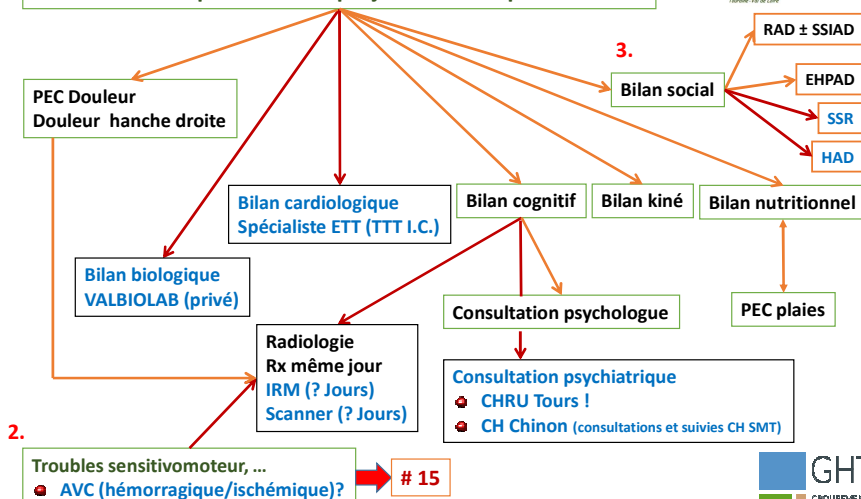
Ausculté au domicile par le MT – appelle le médecin MI de CHSM en programmant une hospitalisation (téléphone, e-mail, fax: brève histoire de la maladie, motif d'hospitalisation, ATCD, traitement habituel).

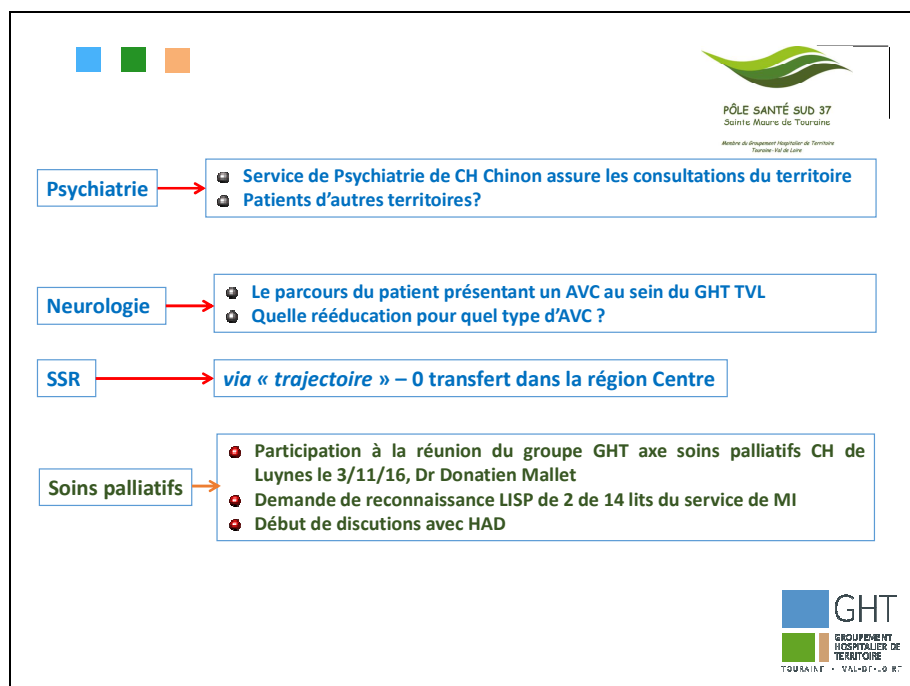
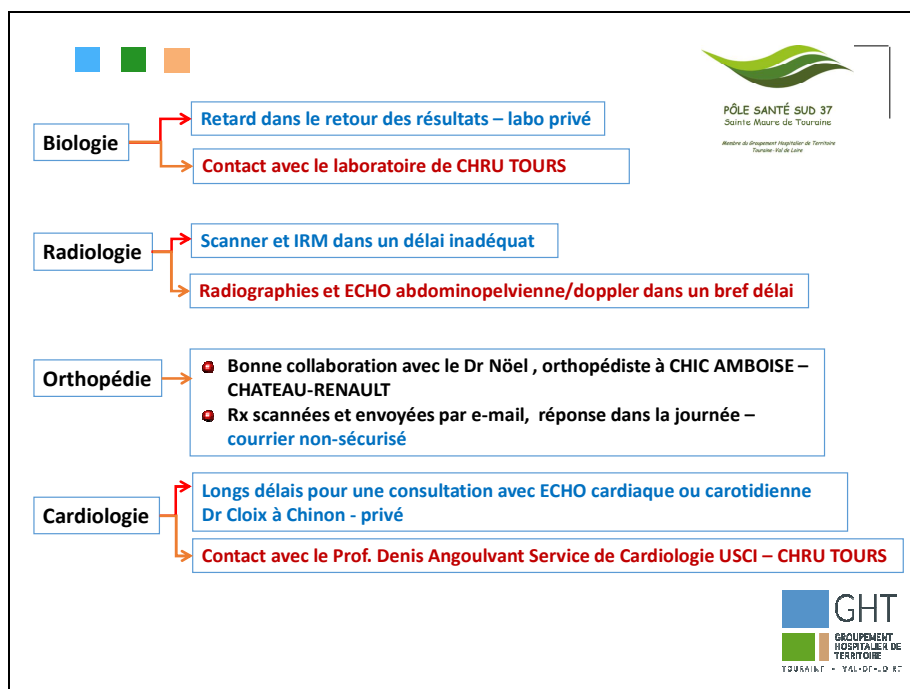
Motif d'hospitalisation: BILAN DE CHUTE



Parcours patient:

1. Evaluation clinique initiale & projets de soins personnalisé









Le patient en décompensation œdémato-ascitique

Dr Gabriel (CH Louis Sevestre)
Dr Nicolas (CHU)



Présentation des structures

- **Centre Hospitalier Louis Sevestre**

Centre SSR Addictologie public situé à la Membrolle sur Choille
Capacité d'accueil de 140 lits
Spécificité : unité Parent-enfant de 5 lits
Prise en charge des addictions aux produits et/ou comportementales
Durée de soins : 90 jours
Réalisation également de sevrages sur 8 ou 15 jours (+/- conventions)
Consultations externes de suivi

- **CHRU de Tours : service d'hépto-gastroentérologie**

- hôpital de jour : 20 lits
- hôpital de semaine : 15 lits
- Hospitalisation complète d'hépatologie : 12 lits
- UMU : 12 lits





Problèmes identifiés

Le patient en DOA au CHLS nécessitant une ponction d'ascite urgente au CHU +/- une prise en charge spécialisée

- Fréquence < 10 cas/an
- Pas de plateau technique au CHLS
- Manque de lits en hôpital de jour au CHU

→ Conséquences :

- Dysfonctionnement gênant pour le patient /confort de soins
- Embolisation du service des Urgences du CHRU
- Démarche chronophage pour les équipes



Les pistes d'amélioration

Au CHLS : Anticiper et estimer le degré d'urgence de la prise en charge

Contact direct de médecin à médecin par le biais du numéro unique → médecin référent en Hépatogastroentérologie au CHRU : 02-47-47-47 poste 77605

Au CHRU : améliorer la fluidité du parcours par un ajustement des capacités d'accueil en Hôpital de jour en Hépatogastroentérologie

But : Améliorer la communication entre les centres et optimiser la prise en charge du patient





Les actions à mener

Au CHLS :

Ecrire une procédure de conduite à tenir et diffuser le numéro unique auprès de l'ensemble de l'équipe soignante

Au CHRU :

- Demande en cours de 8 lits supplémentaires d'hôpital de jour en HGE
- Reprogrammation d'une nouvelle ponction rapide et/ou d'un suivi spécialisé
- Courrier systématique en sortie d'hospitalisation de jour



Echéancier et référents

- | | |
|---|---|
| • Procédure de conduite à tenir au CHLS et diffusion du numéro auprès de l'ensemble de l'équipe soignante | Immédiatement
Dr Yarko et Dr Gabriel |
| • Demande en cours de 8 lits supplémentaires d'hôpital de jour | 2018
Dr L Picon |
| • Poursuite des rencontres inter-établissements pour mieux organiser la prise en charge des patients aux soins multiples et complexes | |

Remerciements à l'ensemble des participants :

- Dr Charlotte NICOLAS (PH CHRU)
- Dr Isabelle GABRIEL (PH CHLS)
- Dr Julie FRAMMERY (assistante CHRU/CHLS)
- Dr Natacha YARKO (PH CHLS)
- Mme Valérie SLONINA-ABAUTRET (cadre supérieur)





La prise en charge du patient en soins palliatifs

Dr Mallet (CH Luynes)
Dr Gley (CHU)



Bilan des dysfonctionnements

- Limites institutionnelles :
 - Temps soignants, absence réunion pluridisciplinaire, carence en psychologue, turn over/T2a...
- LISP existants :
 - Dynamisme, hétérogénéité et fluctuation
 - Moyens financiers LISP non systématiquement affectés dans les services
- Lits d'accueil pour situations « palliatives chroniques »
 - Carence actuelle
 - EHPAD peu adaptés : sous dotés en personnel, délais d'admission longs, coût financier, refus patient et entourage





- HAD ↔ Services de soins :
 - Refus ou impossibilité de certains patients d'anticiper, isolement, problèmes sociaux
 - Epuisement des aidants au domicile
 - Critères d'admission en HAD mal connus/compris
- Communication
 - Circulation insuffisante ou tardive des informations
 - Insuffisance d'intervention de l'EAD dans certains CH ou territoires
- Formation
 - Insuffisante formation des étudiants, internes, soignants, médecins
- Cadre légal/pratiques de soins
 - Complexité d'intégration du cadre légal dans les pratiques de soins
 - Directives anticipées, procédure collégiale, sédation profonde et continue



Pistes : groupes de travaux ciblés avec progression graduée FIHUSP→GHT

1. Parcours de soins

- « LISP existants »
 - CHU, Chinon, possible extension à terme
- « LISP avec possibilité de reconnaissance »
 - Amboise, Loches, Sainte Maure de Touraine ?
- « Hospitalisation de répit »
 - LISP, USP, CH Sainte Maure, HAD
- « Critères admission en HAD »
 - HAD, tous les CH





2. Formation et recherche

- Formation médicale initiale
 - Renforcement des lieux de stages pour les externes
 - Formation obligatoire des internes DES de médecine sur une journée
- « Formation pluridisciplinaire-DPC » ?
 - CHU-Chinon,
 - Possible extension à terme
- « Intégration du nouveau cadre légal dans les pratiques soignantes »
 - EREC ?
- Recherche »
 - CHU, Luynes, Orléans et autres CH



Liste des participants

- Hôpital Sainte-Maure-de-Touraine : Aurélie JOLY (infirmière), Isabelle CLOAREC (infirmière), Daniella ISACU (médecin)
- HAD ASSAD 37 : Stéphanie LANGLOIS (psychologue), Anne Marie GERVAIS (cadre de santé)
- HAD VAL DE LOIRE : Yann PERTET (médecin)
- CH Loches : Daniela MARGINE (médecin), Aude PELTIER (cadre de santé)
- Hôpital de Chinon : Carole FEAUVEAUX (directrice des soins), Adeline DERVAUX (psychologue de l'équipe mobile de soins palliatifs), Agnès HELIE (médecin EMSP)
- CH Amboise : Olivier FENDLER (médecin)
- CHU Tours (direction et LISP) : Thais Ringot (directrice), Laure DELAITRE (cadre), Christelle PITARD (cadre), Morgane CAULET (médecin), M FAIVRE (cadre), Delphine CARMIER (médecin), UMASP CHU Tours : Corinne SOUCIER (assistante sociale), Sophie OLIVEREAU (médecin), Sophie FRADIN (cadre), François CHAUMIER (médecin)
- EADSP 37 : Sarah GLEY (médecin), Olivia TURZAN (infirmière)
- Réseau pédiatrique Pallience : Pascale BLOUIN (médecin)
- Réseau régional soins palliatifs : Christiane ROY (cadre), Tony-Marc CAMUS (Président-Directeur)
- CH Luynes (direction et LISP) : Chantal LOVATI (directrice), Nathalie THIBAUT (infirmière), Marion JAMES-LEDUC (psychomotricienne), Donatien MALLET (médecin).



Le parcours de la femme ayant une grossesse à haut risque

Pr Perrotin (CHU)
Mme Baudet (CH Chinon)



1 - Difficultés d'identification des patientes à risque obstétrical

Mise en place PReGnant-SEE à Chinon, Loches et Amboise

2 - Adaptation de la surveillance des femmes selon le niveau de risque obstétrical

Favoriser une politique d'orientation du haut risque vers le CHRU

3 - Difficulté d'adressage des patientes suivies en dehors de du CHRU en cas de découverte d'une pathologie.

Mise en place d'une ligne directe « Grossesse pathologique »
une secrétaire effectue un débrouillage et oriente vers un médecin du service.
Evaluer la prise de RDV par mail ?





4 - Lien ville/hôpital pour les patientes hospitalisées

Mise en place d'un courrier/fiche spécifique post-consultation aux urgences
Courrier hebdomadaire en cas d'hospitalisation de la patiente en pré-partum
Mise au point d'un courrier de synthèse grâce au dossier Maternity du DPP

5 - Relai de surveillance des patientes ayant fait l'objet d'une hospitalisation au cours de la grossesse

Utilisation des outils de la santé connectée
Proposition d'un PHRC médico économique



Nous adressons nos remerciements aux participants au groupe de travail:

- MC. MICHEL , Sage-femme CH de Loches
- Dr V. FABRY, Médecin PMI
- Dr MC. SOYEZ, Médecin PMI
- C. ALEXANDRE, Sage-femme PMI
- A. DUCLOS, Sage-femme PMI
- H. VERNON, Sage-femme Cadre CH d'Amboise
- Dr E. PAGANELLI, Gynécologue libérale Tours
- Dr C. LACOSTE, PH Gynécologue-obstétricien CH Chinon-CHU Tours
- Dr C. DU PASSAGE, Médecin coordinateur HAD Val de Loire
- C. ROBIN, Assistante sociale ASSAD HAD
- C. THOREL, Sage-femme ASSAD HAD
- C. LECONTE , Chargée développement et communication, ASSAD HAD
- Dr S. CHRETIEN, PH Gynécologue obstétricien CHU Tours-CH Loches
- Dr J. POTIN, PH Gynécologue obstétricien CHU Tours, Président du Réseau Périnatal Centre-Val de Loire





Le parcours de l'enfant nécessitant une prise en charge en santé mentale

Dr Chicoisne (CH Amboise-Château-Renault)
Dr Ledorze (CH Chinon)
Dr Bodier (CHU)



Contexte et organisation des soins

- nécessité d'une multiplicité de l'offre de soins en fonction de l'âge et des pathologies.
- rôle pivot des intersecteurs
- coopération indispensable avec le médico-social
- saturation du sanitaire et médico social avec généralisation et allongement de la liste d'attente, prises en charges dégradées :
 - délais > 1an. file active 4200 patients
 - perte de chance développementale et auto aggravation de la saturation



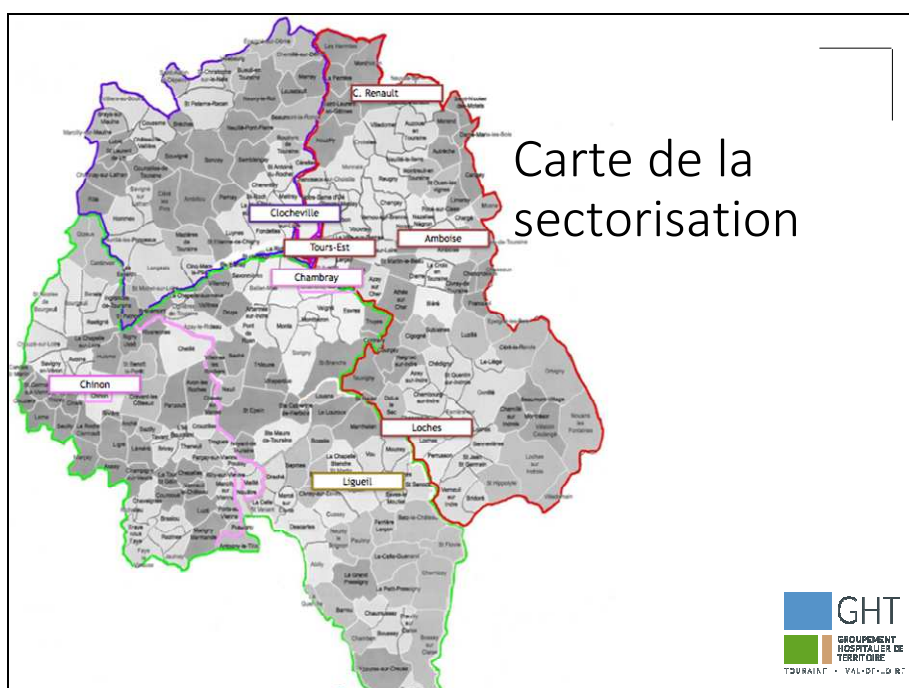


• Sanitaire :

consultations de psychiatrie périnatale service de pédopsychiatrie pour maladies neuro- développementales	HDJ CATTP consultations CMP urgences, services Clocheville	consultations centre Oreste hospitalisation unité ados équipe mobile de prévention CSAPA (addictologie)
--	--	---

• Médico-social et social :

CAMSP Clocheville CAMSPS CMPP PMI etc...	Centre ressources autisme aide sociale à l'enfance MDPH : IME ITEP SESSAD CMPP etc...
---	--





Situations inter-établissements problématiques

- complexité initiale pour le grand public
- manque de fluidité des parcours pour les suivis au long cours
- « incasables » problématiques psychiatriques sociales judiciaires comportementales
- pathologies sévères spécifiques nécessitant une structure de soins spécifique non existante :
 - hospitalisation des <13 ans : insécurité des soins, faible efficacité
 - rupture du lien mère bébé en cas d'hospitalisation
 - déscolarisation et RSA sévère



Pistes d'amélioration et propositions : faible coût/court terme

- information et orientation du public et des partenaires
- site internet et plaquette papier départementaux
- « incasables » : reprise de groupe de travail pluri-institutionnel sur les situations particulières





Pistes d'amélioration et propositions : financement supplémentaire, moyen terme

- Fluidification des parcours
- Projets de structures innovantes :

âge	0-3 ans	<13 ans	>13 ans
problématique	pathologie du lien précoce sévère	pathologie non traitable en ambulatoire	pathologie + déscolarisation importante
structure spécifique à créer	HDJ parent-bébé	lits de pédopsychiatrie	centre soins-études
file active /an capacité	80 sévères décompensations 4 dyades +1	3,3 lits en moyenne	50 à 100 RSA 20 sévères 15 places



L'enfant nécessitant une prise en charge en santé mentale

- Conclusions :
 - travail de réseau
 - indispensable
 - bien installé dans le 37
 - reprise nécessaire du SPP
 - listes d'attentes inacceptables





Remerciements 1/2

M. Faugerolas	directeur adjoint	CHU / GHT
Pr Couet	médecin	GHT
Dr Grammont	médecin	ARS / GHT
Mme Thenot	assistante	GHT



Dr Marot	pédiatre	urgences pédiatriques
Pr Labanhe	pédiatre	pédiatrie générale
Dr Willot	pédiatre	pédiatrie générale
Dr Fillatre	psychiatre	unité ados CPU
Dr Angibault	psychiatre	Centre Oreste CHC
Dr Lenoir	psychiatre	Centre Oreste CHC
M. Simonazzi	cadre	HDJ CMP CHC
M. Renard	cadre supérieur de pôle	HDJ CMP CHC
Mme Rouet	psychologue	liaison, périnat. CHU/IC
Dr Couturier-Michel	psychiatre	pédopsychiatrie CHIC
Mme Vernon	sage femme cadre	périnatalité CHIC
Dr Cousin	médecin	PMI et IME Elfes
M. Guérin	coordinateur	MDA 37
Dr Bachellier	psychiatre	CSAPA 37
Dr Rufin	psychiatre	unité ados CPU / ITEP
Pr Camus	psychiatre	CPU
Mme Blanchet-Dhuismes	psychologue	foyer IDEF
Mme Gaume	chef de service	foyer IDEF et Sésame
Mme Cuminet	cadre infirmière	pédopsychiatrie CHIC
Mme Bapt	secrétaire	pédopsychiatrie CHIC
Mme Beaugé	secrétaire	pédopsychiatrie CHIC
Dr Cattier	médecin	Pdte CME CHIC



PARCOURS DE SOINS DU PATIENT AYANT UN AVC

Phase pré-hospitalière

Dr I. Bonnaud (CHU)
Dr O. Pinson (CHIC)



•Recommandations

•HAS 2010

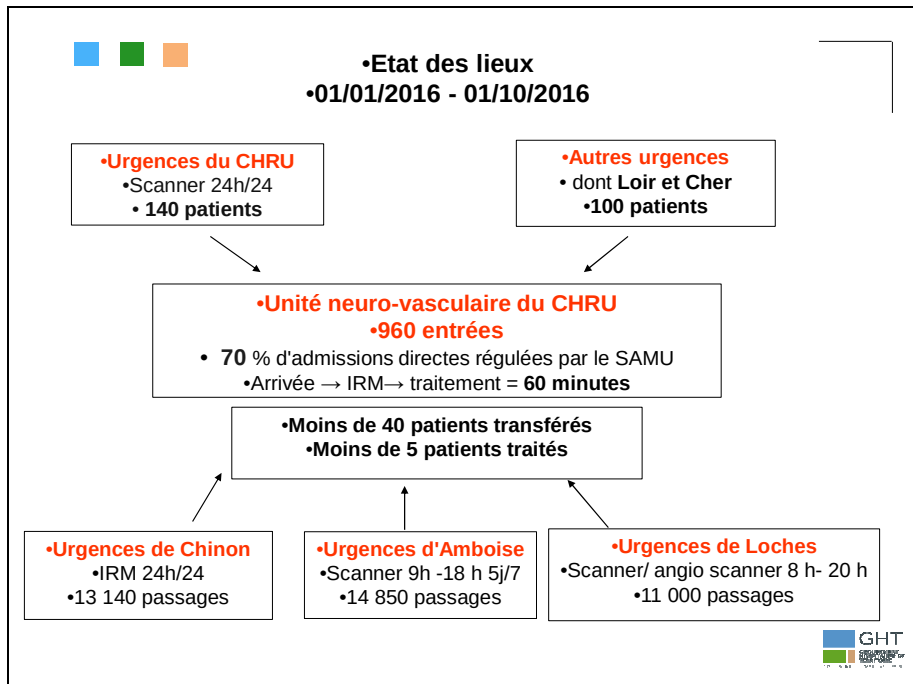
MESSAGES CLÉS

- L'AVC est une urgence absolue
- Tout déficit neurologique brutal transitoire ou prolongé impose l'appel immédiat du Samu Centre 15
- Le médecin régulateur doit proposer en priorité tout patient ayant des signes évocateurs d'un AVC à une UNV
- Les patients ayant des signes évocateurs d'un AVC doivent avoir très rapidement une imagerie cérébrale, autant que possible par IRM
- Après avis neuro-vasculaire et si elle est indiquée, la thrombolyse doit être effectuée le plus tôt possible

•Recommandations internationales 2016

- → Une thrombolyse intraveineuse dans les 4 h 30
- → Et /ou une thrombectomie mécanique dans les 6 h
- Sont recommandées pour tout patient ayant un infarctus cérébral,
- sans limite d'âge, avec un grade de classe IA





•Un Constat...d'échec?

•L'AVC dans les 6 premières heures n'est pas considéré comme une urgence

- 1. La régulation du Centre 15 adresse des patients aux « urgences de proximité », quel que soit le délai des signes**
- 2. Il existe des disparités selon les services d'urgences**
 - Dans la connaissance des symptômes d'AVC
 - Dans la connaissance de la filière UNV et des traitements
 - Dans la mise en place d'un accueil spécifique du patient AVC
 - Dans l'obtention d'une imagerie « adéquate » en urgence 24 h/24
- 3. Il n'existe aucun moyen de transférer le patient « AVC urgent » dans l'UNV**
 - Les prestataires privés ne respectent pas toujours les contrats
 - Les hôpitaux n'ont pas d'ambulance propre à disposition
 - Un transfert SAMU secondaire mobiliserait un médecin et un IDE et doit être déclenché par la régulation

•Il existe probablement une perte de chance pour les patients AVC qui résident dans les cantons d'Amboise, Chinon et Loches

GHT
GROUPEMENT
HOSPITALIER DE
TOURAINES - VAL-DE-LOIRE



•**Solution : une remise en question médicale et institutionnelle ?**

Constitution d'un groupe de travail multidisciplinaire dans la durée:

Neurologues, urgentistes, régulateurs du SAMU, radiologues, ARM, équipes soignantes des urgences, cadres, administratifs, directions...

- Définition commune du patient « AVC urgent » qui doit arriver dans l'UNV
- Procédure simplifiée de régulation ARM/ médecins régulateurs / UNV
- Formations répétées par les neurologues dans les services d'urgence
 - Symptômes de l'AVC
 - Organisation de l'UNV, traitements, indications de prise en charge
- Réflexion commune sur une procédures d'identification de l'AVC aux urgences
 - Rôle de l'IAO et circuit court spécifique
 - Possibilité de réorienter immédiatement le patient AVC urgent
- Conventions administratives pour les procédures de transferts rapides de patients



•**Merci pour leur collaboration et leur motivation à :**

- Dr Pinçon (Urgences Amboise/ CHRU Trousseau)
- Mme Massé (Cadre de santé Urgences Amboise)
- Mme Pesson (IDE Urgences Amboise)
- Dr Maillot (Urgences Chinon)
- Dr Lamrani (Urgences Loches)
- Dr Vannier Bernard (Urgences-SAMU CHRU Trousseau)
- Dr Gaudron (UNV CHRU Bretonneau)
- Mme Fosse (Cadre de santé UNV CHRU Bretonneau)

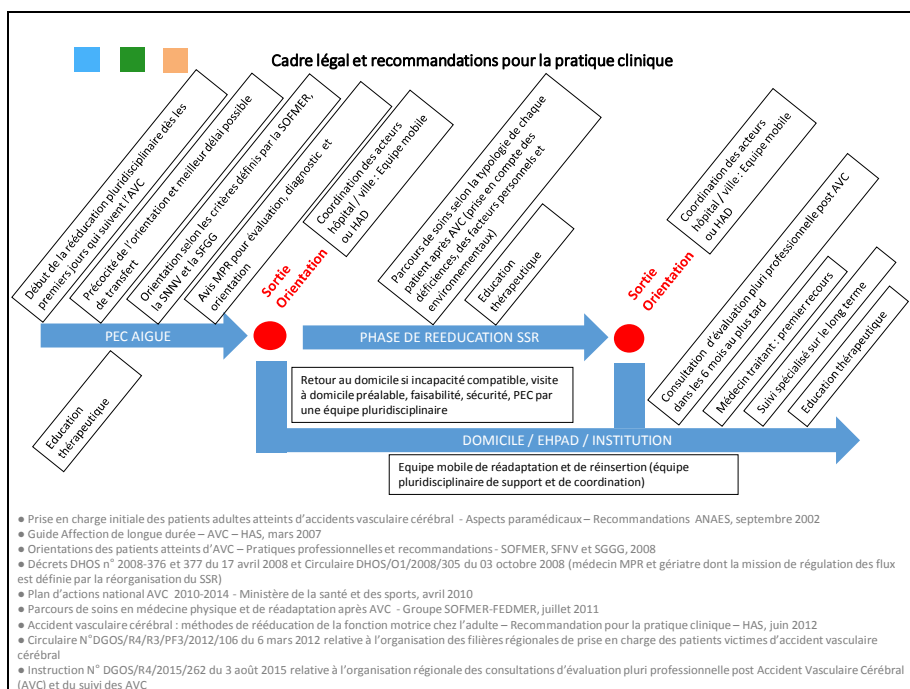




QUELLE RÉÉDUCATION POUR QUEL AVC ?

Dr S. Pellieux (CHU)

Dr K. David (Bel Air)





Etat des lieux

- 2 SSR spécialisés: Clos Saint-Victor (polyvalent) et Bel Air (neurologique)
- SSR gériatriques: Ermitage et Luynes
- SSR : Loches/Chinon/Amboise/Sainte Maure/
- HAD Val de Loire/HAD ASSAD
- EHPAD/USLD
- Suivi: consultations spécialisées MPR /HDJ/HC. Projet de cs d'évaluation pluri à 6 mois/éducation thérapeutique / Projet d'EM AVC 37



Critères:

- SSR spécialisés: pas de critères d'âge, potentiel de récupération/comorbidités/programmes spécialisés d'éducation thérapeutique(chute, déglutition)
- SSR gériatriques: ≥ 70 ans, potentiel de récupération avec rééducation moins intensive et pas d'orthophonie et critère géographique pour Luynes
- SSR Amboise/Loches: pas de possibilité de rééducation, critère géographique
- SSR Chinon: critère géographique, potentiel de récupération ou non avec possibilités d'orientation .
- HAD: soins de nursing lourds 2 heures et/ou soins associés/ quantité de soin et rééducation 5j/7 »/ milieu « sécurisé »
- Critères généraux: répartition des patients intégrant la charge de travail des équipes



Noeuds



- **Définition et répartition** géographique des SSR et des professionnels
- **Manque de rééducateurs** structures/ville. Problématique de prise en charge des matériels adaptés à la charge des structures
- Problématiques des **bilans non terminés en aigu** (cardiologiques) avec transports à la charge des structures
- Manque de personnel et de moyens matériels pour prendre des patients encore instables (J7/J10)
- **Evolution turn over PEC Aigu/PEC rééducative:** pas de modification des DMS en rééducation
- **Aval d'aval et sorties** : en MAS (liste d'attente en moyenne 3 à 5 ans), RAD et liste d'attente des SSIAD, délai de traitement dossier MDPH (6 mois), délais de mise en place de mesures de tutelles, attente d'EHPAD (listes d'attente)
- **Suivi à moyen et long terme:** consultations externes officielles seulement sur CHU dont 1 vacation pour CSV/HDJ





Solutions



- **Travail sur l'orientation et l'évaluation pluridisciplinaire initiale des patients** : actualisation de trajectoire, anticipation médicosociale /Evaluation de la typologie de patients/ recommandations/ durée de séjour / Fiche d'évaluation commune à créer ensemble
- **Partenariat MPR /système de rotation**
- **Structure manquante intermédiaire** (ex : Canada)
- Projet de **planification des soins**/ Education/ Formation
- **EM AVC / HAD rééducation/ mutualisation** nouvelles technologies et plateaux techniques
- **Développement des consultations externes et valorisation des bilans pluridisciplinaires**/ HDJ et circulaire. Développement d'un protocole d'évaluation et de suivi commun
- **Traçabilité du parcours de soin**/système d'information commun/DMP
- **Convention** (ex Chinon USLD/EHPAD/filière gériatrique/DMS: 31 jours)
- **Accueil temporaire EHPAD**



MERCI à ceux qui ont participé au travail de réflexion, aux réunions, répondu aux questionnaires et à ceux qui ont représenté les différentes structures

- CRF Bel Air
- CRF CSV
- SSR Ermitage
- SSR Luynes
- SSR Amboise_Château-Renault
- SSR Chinon
- SSR Loches
- Équipe HAD VAL de Loire /HAD ASSAD
- Neurologie / kinésithérapeutes du service MPR/CHU



Parcours du patient porteur d'un cancer digestif

Dr Bourlier (CHU)
Dr Dalmaso (CH Amboise-Château-Renault)



Le Contexte des Hôpitaux Périphériques du GHT



Facilités:

-Engagement, Volonté de coopérer, Bienveillance, Adhésion,
Activité numériquement importante, fédératrice-structurante



Difficultés :

-**Accès** aux Praticiens, Délais (PeC, RV, Tt, Suivi)= souffrance psychologique,
-**Concurrence** réactivité, souplesse du Privé,
-**Moyens humains**: -Repose sur un ou deux praticiens (carrière, renouvellement)
-**Moyens matériels** (Endoscopes, Plages Bloc , Temps d'anesthésie)





CRITICITE



Fréquence: Délais Longs: Test hémoCCult©+,
RV Gastroentérologue -RV Chirurgien-
Programmation Bloc



Gravité: Délais Hors Recommandations INCa: Chirurgie, Mise en
route chimio (Rapport Oncocentre 2014)

TOURS:

IDEES:

1. -Libérer du Temps d'Onco-Gastroentérologue pour les nouveaux patients
2. -Ré-adresser les patients pour le suivi aux Médecins de Ville
3. -Disposer de Temps au Bloc Opératoire
4. -Pratiques Avancées: Infirmier Clinicien en Cancérologie



AMBOISE



1 seul Gastro max 12 colos/semaine Matériel et Temps Anesth et Bloc
2 Chirurgiens Non autorisés pour le cancer, 0 chimio,
Pas fléchage HémoCCult©+

IDEES:

1. Récupérer patients après la chirurgie, libérer temps et places chirurgie CHU
2. Afficher circuit Endoscopie, Consultation Cancérologie
3. Recenser Annuaire Acteurs au CHU
4. Utiliser DCC
5. Gagner du temps Valider délai: 20j RCP-Chimiothérapie
6. Autoriser de manière dérogatoire Chirurgiens (autorisés sur Blois)
7. IDE Annonce





CHINON



2 Gastroentérologues du Privé: Filière Digestive bien organisée

Dr Ricotier-Dr Codjovi

2 Chirurgiens autorisés:

Dr Kraemer-Dr Giretti



1 Oncologue: Pr Dorval- 1 PH avec compétence: Dr Gérard

IDEES:

1. -Faciliter Communication avec CHU- Accès Plateau technique Prothèse, échoendoscopie- Joindre facilement un référent
2. -Synchroniser Examens CHU puis Hospitalisation CH Chinon pour libérer des lits
3. -Systématiser demandes Statut Ki-RAS



LOCHES



1 Gastroentérologue du Privé: Dr Serve-Brillard 0,10 ETP

1 Gastroentérologue avec compétence: Dr Barbieux 0,50 ETP

2 Chirurgiens: Dr Arnault- Dr Benchellal 2x 0,20 ETP
non autorisés pour le cancer



1 PH avec compétence: Dr Margine

IDEES:

1. Garder IDE formées chimio en HJ (ne pas les disperser sur d'autres secteurs pendant vacances)
2. Structurer l' Annonce
3. Faciliter Communication avec CHU- Accès Plateau technique pour Prothèse, échoendoscopie- Joindre facilement un référent
4. Plages IRM et lits pour urgences Epidurite Métastatique
5. Systématisation Demandes DPD UGTA-Statut Ki-RAS Dès le **Bloc au CHU**
6. Raccourcir délais passage RCP (Anticiper le CR Anapath)
7. Logiciel « Chimio » pour UBCO (Guide de Bon Usage)
8. Temps IDE, Diet, Psy





OBJECTIFS:

- 1. Faciliter l'accès aux Acteurs**
- 2. Libérer des Lits et du Temps Médical au CHU**

« à moyens constants, à court terme »:

PROPOSITIONS 1

1. - Créer un annuaire des Professionnels
2. - Ré-orienter précocement hospi / consultation / suivi vers les centres périphériques
3. -Utiliser Logiciels Communs (DCC)
4. -Afficher La PEC Cancer Digestif en Périphérie

« à moyen terme »

PROPOSITIONS -2

1. Assurer la Pérennité, Sécurité, Conformité Référentiels
2. Moyens Humains (Assistants, IDE, Diet, Psy)
3. Moyens Matériels (Endoscopes, Logiciel « Chimio »)



REMERCIEMENTS aux PARTICIPANTS

AMBOISE: Dr Dequin, Dr Andresoaie, Dr Dalmasso

CHINON: Pr Dorval, Dr Gérard

LOCHES: Dr Barbieux, Dr Le Ligné, Dr Margine, Dr Reuben

TOURS: Pr Lecomte





Parcours de soin du patient devant bénéficier d'une chirurgie bariatrique

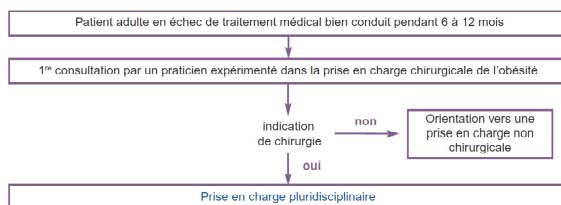
Dr Bourbao-Tournois (CHU)

Mme M. Fillon (CH Loches)



Contexte

- Chirurgie effectuée au CHU : 51 opérés en 2015, 60 en 2016
- Prise en charge de recours spécialisée après prise en charge nutritionnelle spécialisée : recommandations HAS 2009
- Pas de professionnels de santé prenant spécifiquement en charge le patient obèse devant bénéficier d'une chirurgie bariatrique dans les établissements du GHT 37 en dehors du CHU et du service de MPR de Château-Renault en coordination avec le service de MPR du CHU faisant partie de la filière de soin



Parcours de soin du patient devant bénéficier d'une chirurgie bariatrique





Problèmes identifiés

- Absence de correspondant au sein des établissements concernant la prise en charge du patient obèse devant bénéficier d'une chirurgie bariatrique car prise en charge très spécialisée
- Pas de consultation diététique accessible en externe actuellement en dehors de CH Loches, consultations non spécifiques de cette filière de soin
- Problèmes identifiés par des médecins généralistes (premier recours) :
 - Filière de soin spécifique connue mais peu lisible notamment mode d'entrée dans la filière de soin du CHU, noms et contacts des référents
 - Demande d'information sur la filière de soin
 - Demande de soin de proximité pour le suivi des patients sur le long terme
- Demande de la part de diététiciennes libérales d'être intégrées à la prise en charge pré et post-opératoire

Parcours de soin du patient devant bénéficier
d'une chirurgie bariatrique



Objectifs d'amélioration Actions à mener

- Identification du parcours de soin
 - Mise à jour du site internet CHRU (mots clés)
 - Mode de prise de rendez-vous en nutrition pour entrée dans la filière de soin
 - Coordonnées des professionnels référents et de leurs compétences
 - Description du parcours de soin, mise en ligne du carnet de parcours de soin, mise à jour du livret d'information sur la prise en charge de l'obésité et de son traitement chirurgical contenant les coordonnées des référents
 - Lien vers le site obecentre
 - Rôle d'animation territoriale du CSO : faire connaître la filière de soin ainsi que les acteurs de cette filière au sein du GHT37
- Coordonnées des référents dans le répertoire des ressources de la région Centre val de Loire (ROR Centre)

Parcours de soin du patient devant bénéficier
d'une chirurgie bariatrique





Objectifs d'amélioration Actions à mener

- Formation/information :
 - Formation Médicale Continue sur tout le territoire
 - « Fiches » concernant le suivi à long terme , les carences à surveiller ...
 - Poursuite de l'animation territoriale de la filière CSO : journées de formation pour personnel médical et paramédical, pour grand public...
 - Formation et identification de médecins généralistes référents en nutrition en lien avec le REPSO (REseau de Prise en charge du Surpoids et de l'Obésité de l'adulte et de l'enfant)
- Mise en place du carnet de suivi partagé avec médecin traitant

Parcours de soin du patient devant bénéficier
d'une chirurgie bariatrique



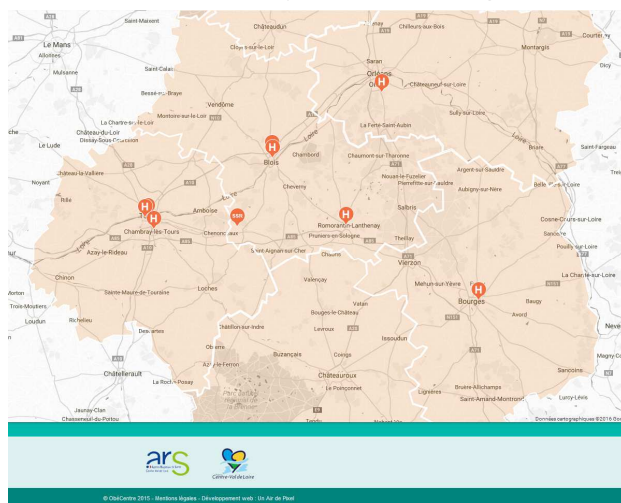
Objectifs d'amélioration Actions à mener

- Proposition de mise en place de consultations de proximité au sein du GHT37 en coordination avec le centre spécialisé pour la prise en charge de l'obésité sévère :
 - Consultations de suivi diététique après chirurgie bariatrique
 - Consultations de suivi psychologique avec spécialisation en troubles du comportement alimentaire
 - Nécessité d'identifier les professionnels et les former (REPSO)

Parcours de soin du patient devant bénéficier
d'une chirurgie bariatrique



Offre de soins spécialisée en prise en charge de l'obésité sévère hospitalière en région centre



Parcours de soin du patient devant bénéficier d'une chirurgie bariatrique



Parcours de soin du patient devant bénéficier d'une chirurgie bariatrique



- Pilote : Dr C Bourbao-Tournois chirurgie digestive CHRU Tours
- Co-pilote : Mme M Fillon diététicienne CH Loches
- Merci aux Dr B Marsollier, Dr C Verdier, Dr A Perrain, Dr V Brun, Dr J Robert, Dr O Allard saint Alban et Mme C Antigny pour leur aide apportée à ce travail

Parcours de soin du patient devant bénéficier d'une chirurgie bariatrique



Parcours de soins du patient porteur d'une fracture du col du fémur

Dr Noel (CH Amboise-Château-Renault)
Pr Rosset (CHU)



- 500 patients / an traités dans le public
- CHU/Amboise/Loches
- 95% hospitalisés via les urgences
- La moitié va en SSR

- Patients en général âgés et polypathologiques





Parcours de soins actuel

Passage aux urgences

⇒ Hospitalisation en chirurgie

⇒ Passage au bloc opératoire

⇒ Sortie (domicile +/- PRADO, SSR, EHPAD)

Suivant l'accès au bloc opératoire, proposition au patient de transfert vers un autre centre pour prise en charge plus rapide



Problèmes rencontrés

- **Hospitalisation en chirurgie**

Prise en charge médicale du patient par des chirurgiens non optimale.

- **Accès au bloc opératoire**

Le patient n'accepte pas toujours d'être transféré dans un autre centre pour sa prise en charge

- **Disponibilité de SSR post chirurgie**

Peu de places disponibles car pas de débouchés pour les SSR (20% des patients en attente d'EHPAD)



■ ■ ■ Actions d'amélioration

- Création d'un service d'orthogériatrie géré par des gériatres en coopération avec l'orthopédie
- Réduire le délai d'accès au bloc en orientant le patient en amont vers le plateau technique le plus disponible (en laissant – le choix au patient)
- désengorger les services de SSR pour désengorger les services hospitaliers pour désengorger les urgences
- Améliorer les échanges et la communication inter établissement (courriers/consignes/imagerie)
- Impliquer le privé dans la coopération



■ ■ ■ Remerciements:

- Dr A Le Louarn
- Dr V Dardaine
- Dr MP Martin
- Pr P Rosset
- Dr A Donica
- Dr O Pincon
- Dr O Fendler
- Dr M Ait Ali
- Mme I Besnier



Annexe IV

Liste des participants des groupes de travail 2016
au séminaire de restitution du
17 novembre

NOM	ETABLISSEMENT	
M. Faugerolas Patrick	Coordonnateur du GHT TVL	
Dr Grammont Christine	Médecin Adjoint au coordonnateur	
Pr Couet Charles	PU-PH CHRU / Mission GHT TVL	
Mme Gerain-Breuzard Marie-Noëlle	Directrice Générale du CHRU / Directrice de l'établissement support du GHT TVL	
Dr Barilleau-Bailly Karine	CH Chinon	
Mme Baudet Véronique	CH Chinon	
Dr Baudry Marion	CH Chinon	
Dr Beaufiglioli Emilie	CH Loches	
M. Blanchard Christophe	CH Loches / CH Chinon	
Dr Bodier Chrystèle	CHRU	
M. Boileau Jean-Yves	CHRU	
Dr Bonnaud Isabelle	CHRU	
Dr Bourbao-Tournois Céline	CHRU	
Dr Bourlier Pascal	CHRU	
Mme Bracquier Aurélie	Centre Bel Air	
Pr Calais Gilles	CHRU	
M. Camus Tony-Marc	ASSAD-HAD en Touraine	
Dr Capsec Jean	CHRU	
Dr Cattier Blandine	CHIC Amboise/Château-Renault	
Mme Charrier Catherine	CH Sainte-Maure-de-Touraine	
Dr Chicoisne Mathieu	CHIC Amboise/Château-Renault	
Mme Cloarec Isabelle	CH Sainte-Maure-de-Touraine	
Dr Dalmasso Luc	CHIC Amboise/Château-Renault	
Dr David Katia	Centre Bel Air	
M. De Sousa Victor	CRF Le Clos Saint-Victor	
Pr Diot Patrice	Doyen de la faculté de médecine	
Dr Du Passage Cécile	Le Noble Age-HAD Val de Loire	
M. Edery Claude	CHIC Amboise/Château-Renault	
Mme Feauveaux Carole	CH Chinon	
Dr Fendler Olivier	CHIC Amboise/Château-Renault	
Mme Ferreira Ana-Isabel	CRF Le Clos Saint-Victor	
Dr Fichet Frédérique	CH Loches	Excusée pour raison de service
Mme Fillon Martine	CH Loches	
Dr Gabriel Isabelle	CH Louis Sevestre	Excusée
M. Gatard Christian	CH Louis Sevestre	
Mme Genève Hélène	CH Chinon	
Dr Gley Sarah	CHRU	
Mme Gillet Christine	CH Loches	
Mme Hemond Armelle	CH Loches	
Dr Houdaille Lucile	CH Luynes	
Dr Isacu Daniella	CH Sainte-Maure-de-Touraine	
Mme Joyer Séverine	CH Sainte-Maure-de-Touraine	
Dr Kamga Josselin	CH Sainte-Maure-de-Touraine	Excusé
M. Labbé Dominique	CH Sainte-Maure-de-Touraine	
Dr Lagarrigue François	CHRU	
Dr Lagier Marc	CH Chinon	
Dr Leligné Valérie	CH Loches	
Dr Letournel Annie	Centre Bel Air	
Mme Loussouarn Marie Agnès	CHRU	

Mme Lovati Chantal	CH Luynes	
M. Maillochaud Éric	Centre Bel Air	
Pr Mallet Donatien	CH Luynes	
Mme Masse-Viger Magali	CHIC Amboise/Château-Renault	
Dr Mennecart Marc	CHRU	
M. Mercier Patrick	CHRU	
Dr Monpère Catherine	Centre Bois Gibert	
Mme Moriceau Christine	CHRU	
Dr Nicolas Charlotte	CHRU	
Dr Noël Vincent	CHIC Amboise/Château-Renault	
Mme Ortega Béatrice	CHRU	
M. Papin Bruno	Centre Bois Gibert	
Dr Pellieux Sybille	CHRU	
Pr Perrotin Franck	CHRU	
Dr Pinçon Olivier	CHIC Amboise/Château-Renault	
Mme Pitard Christelle	CHRU	
Dr Plisson Patricia	EHPAD Korian Croix Périgourd	
Mme Poilvilain Sylvie	CHRU	
Dr Prigent Martine	CRF Le Clos Saint-Victor	
Dr Rabier Hubert	CH Chinon	
Dr Raffin Blandine	CHIC Amboise/Château-Renault	
Mme Ringot Thaïs	CHRU	
Mme Rivière Marie-Christine	CRF Le Clos Saint-Victor	
Mme Slonina-Abautret Valérie	CH Louis Sevestre	Excusée
Mme Thomas Véronique	CHIC Amboise/Château-Renault	
Dr Vittier Manon	CH Chinon	
Dr Yarko Natacha	CH Louis Sevestre	

Annexe V
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 GERAÏN-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	Hospitalisation complète	216	317

PSYCHIATRIE GENERALE	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 %

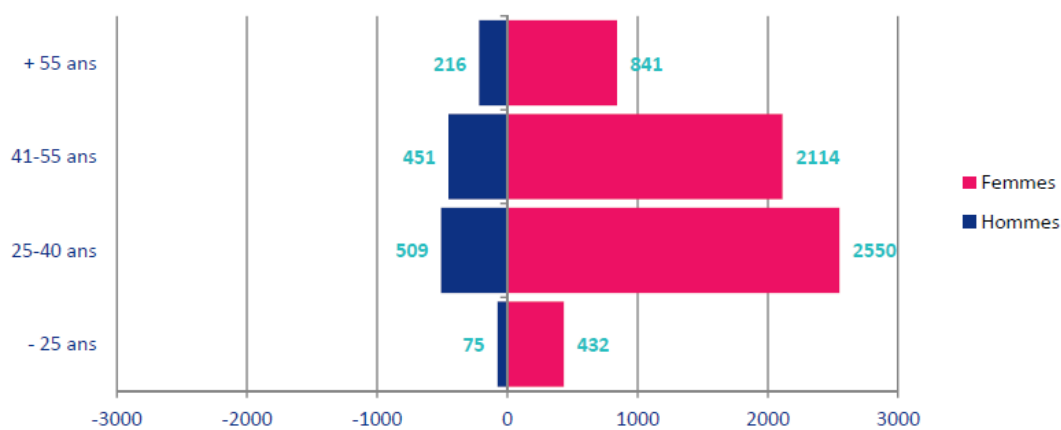
Les budgets

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			

Pyramide des âges du CHRU TOURS selon l'effectif physique au 31/12/2015



Centre Hospitalier Intercommunal Amboise-Château-Renault

Rue des Ursulines 37400 AMBOISE

02 47 23 33 41 – chic@chicacr.fr

Site internet

Directeur d'établissement : M. EDERY Pdt Conseil Surveillance : M. COSNIER Pdt CME : Dr CATTIER	Coopérations → → → →
---	----------------------------------

Les sites du CHIC

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	80	97
	USC	0	
	UHCD	4	
	Oncologie	0	
	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			791

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 2015

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							
	Cuisine							
	Formation incendie							
	Garage							X
	Ingénierie biomédicale							X
	Maintenance technique/Entretien							
	Parcs et jardins							X
	Services intérieurs							
	Transports							
DIM	DIM							X
	DMP							X
	DLU							X
GRH	Formation							
	GPMC							
	GRH							
Projet médical partagé	Analyse de gestion des filières de soins							
	Biologie							X
	DPC							
	Imagerie							
	Pharmacie							X
	PAERPA							
SIH	Recherche							
	Service informatique							X
Ressources	Télémédecine							X
	Communication							

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 : - 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 Méricotteries : 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

Accréditation V1 : visite en décembre 2003 / certifié en mai 2004

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		

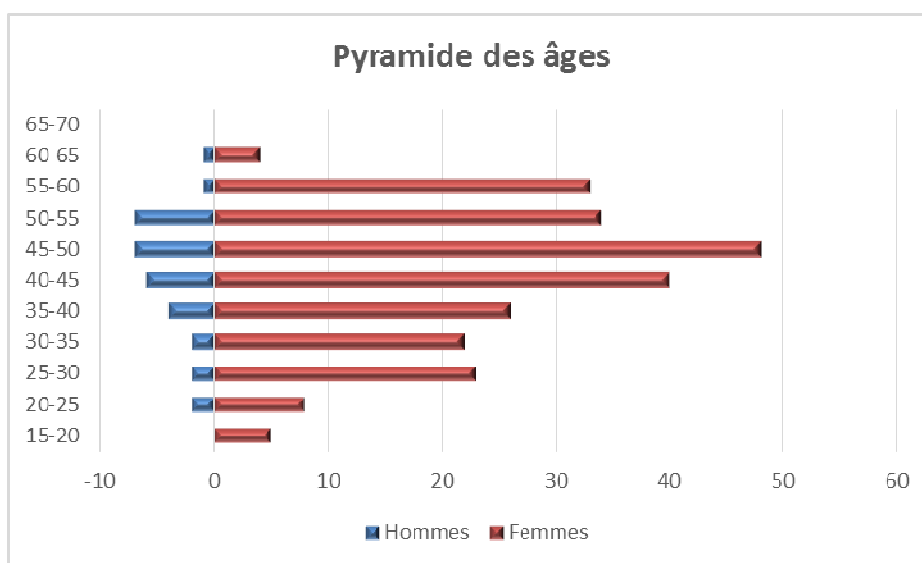
USLD (B)	Journées réalisées		GIR moyen	
	Taux d'occupation		PMP (Pathos)	
	Age moyen			
ESAT, SSIAD et autres (L/M/N/P)	Journées réalisées	23 757	Age moyen	69,20
	Taux d'occupation	85,64		

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	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	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 : - 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

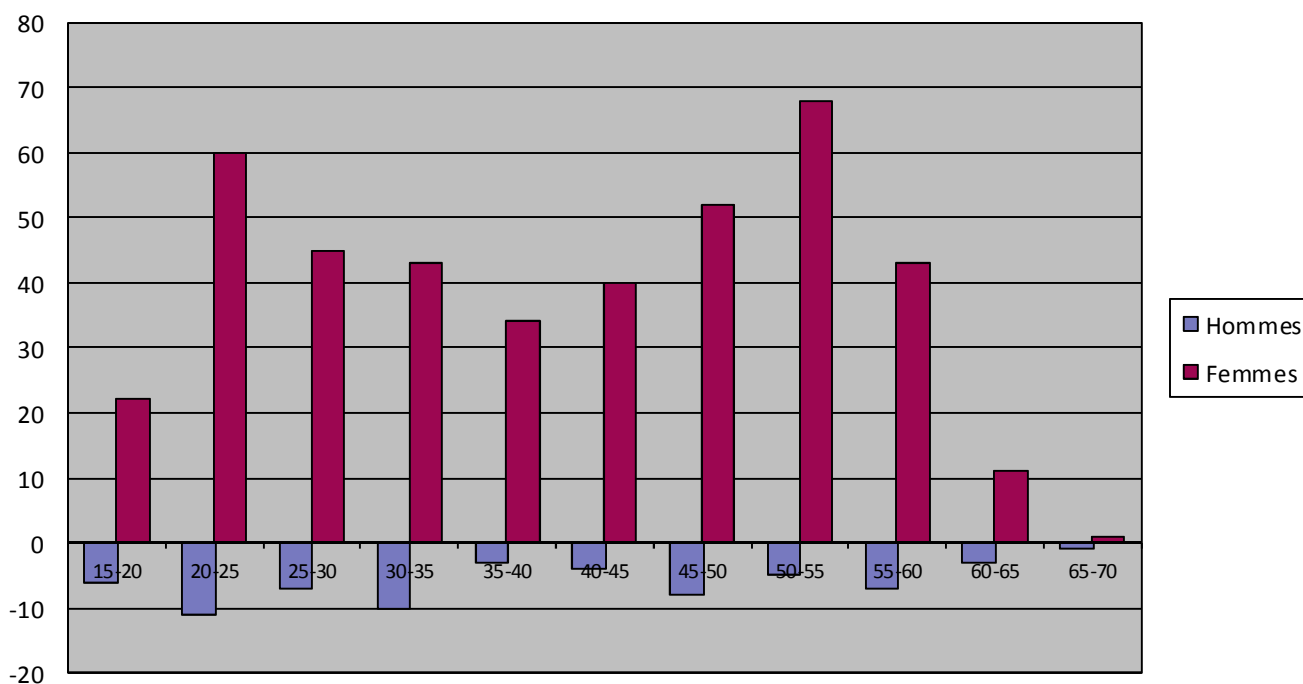
Certification

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

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	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

