

PROJET
MÉDICAL
PARTAGÉ



PLAN

PLAN	1
ACRONYMES	3
QUELQUES DÉFINITIONS	4
PRÉSENTATION GÉNÉRALE	5
1. LES INDICATEURS DEMOGRAPHIQUES 37	7
2. L'OFFRE DE SOINS (ODS) 37	9
3. LES ETAPES D'ÉLABORATION DES 2 PROJETS, MEDICAL ET DE GESTION	14
1. L'OFFRE DE SOINS DES 7 ÉTABLISSEMENTS DU GHT 37	16
1.1. LES AUTORISATIONS EN COURS POUR LES ETABLISSEMENTS PARTIES DU GHT37	16
1.2. LES ZONES D'ATTRACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DU GHT 37	16
1.3. PRESENTATION DES ACTIVITES MCO DES ETABLISSEMENTS PARTIES DU GHT 37 EN 2014.....	17
1.4. PRESENTATION COMPARATIVE DES SEJOURS 2012-2014 ENTRE LES ETABLISSEMENTS PUBLICS PARTIES DU GHT37 ET LES ETABLISSEMENTS PRIVES DU DEPARTEMENT 37 (CLASSIFICATION MCO)	17
1.5. LES TABLEAUX CASEMIX DU GHT 37	18
2. LA DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU PMP	20
2.1. LES INSTANCES ET LA METHODE :	20
2.2. LES GROUPES THEMATIQUES :	21
2.3. FONDEMENTS ET OBJECTIFS DE QUALITE, DE SECURITE DES SOINS :	22
3. LE SOCLE COMMUN DU PROJET COMMUN	24
3.1 LE PARTAGE DE L'INFORMATION MEDICALE	24
3.2 LA COMMUNICATION	24
3.3 UNE POLITIQUE DES POSTES MEDICAUX PARTAGES	24
3.4 LA MUTUALISATION DES FORMATIONS MEDICALES ET PARAMEDICALES	25
3.5 LE RENFORCEMENT DES LIENS STRUCTURELS INTER-HOSPITALIERS.....	25
4. LES FILIERES DU PROJET COMMUN	26
4.1 LA PDS, LA CONTINUTE DES SOINS AVEC SA DECLINAISON PAR SITE, LES ACTIVITES REALISEES PAR TELEMEDECINE	26
4.1.1. CHU :	26
4.1.2. CH de Luynes :	27
4.1.3. CH d'Amboise Château-Renault :	28
4.1.4 CH de Louis Sevestre :	28
4.1.5 CH du Chinonais :	28
4.1.6 CH de Loches :	29
4.1.7 CH de Sainte Maure de Touraine :	29
4.2 LES ACTIVITES D'HOSPITALISATION CONVENTIONNELLE ET AMBULATOIRE	30
4.2.1.CHIRURGIE – ANESTHESIE – REANIMATION	30
4.2.2.La MEDECINE et la GERIATRIE	35
4.2.3.L'ONCOLOGIE MEDICALE	37
4.2.4.URGENCES	40
4.2.5.PERINATALITE	43
4.2.6.SANTE MENTALE.....	45
4.2.6.1 SANTE MENTALE ADULTE.....	45
4.2.6.2 SANTE MENTALE ENFANT ADOLESCENT	47
4.3. LES PLATEAUX TECHNIQUES AVEC LEUR DECLINAISON PAR SITE	49
4.4. LES ACTIVITES DE SSR AVEC LEUR DECLINAISON PAR SITE	49
4.4.1 Typologie des établissements SSR du GHT 37	49
4.4.2 Présentation synthétique de l'activité des SSR du GHT 37	50
4.5. LES ACTIVITES D'HAD	54
5. LE PROJET COMMUN DE BIOLOGIE MEDICALE :.....	56
6. LE PROJET COMMUN D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE ET INTERVENTIONNELLE :	57
7. LE PROJET COMMUN DE LA PHARMACIE :	58

8. LA REPARTITION DES EMPLOIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES POUVANT ETRE PREVUE PAR VOIE D'AVENANT A LA CONVENTION CONSTITUTIVE DECOULANT DE L'ORGANISATION DES ACTIVITES PREVUE AU 4 :	60
8.1. DE NOMBREUSES COLLABORATIONS EXISTENT DEJA DANS LE DOMAINE MEDICAL :	60
8.2. DES COLLABORATIONS SONT A DEVELOPPER :	62
9. LES MODALITÉS D'ORGANISATION TERRITORIALE DES ÉQUIPES MÉDICALES COMMUNES :	63
10. LE PROJET COMMUN AUTOUR DE LA PRÉVENTION :	64
11. LE PROJET COMMUN AUTOUR DE LA QUALITÉ :	65
12. LE DIM :	66
13. ANNEXES	70

ACRONYMES

A	Adulte
ARS	Agence Régionale de Santé
AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CeGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et de Diagnostic
CH	Centre Hospitalier
CHC	Centre Hospitalier du Chinonais
CHIC	Centre Hospitalier Inter-Communal, 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
CS	Consultation Spécialisée
CMP	Centre Médico-Psychologique
CSG	Court Séjour Gériatrique
CVL	Centre-Val de Loire
DIAL	Dialyse
DIM	Département de l'Information Médicale
EADSP	Equipe d'Appui Départementale en Soins Palliatifs
EHPAD	Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes
EML	Équipement Médical Lourd
EMSP	Équipe Mobile de Soins Palliatifs
ESAT	Etablissement et Service d'Aide par le Travail
FIHUSP	Fédération Inter Hospitalo-Universitaire de Soins Palliatifs
FMIH	Fédération Médicale Inter Hospitalière
FMIA 37	Fédération Inter Hospitalière d'Addictologie du département d'Indre-et-Loire
FUIHMPR	Fédération Universitaire Inter Hospitalière de Médecine Physique et Réadaptation
GHT	Groupe Hospitalier de Territoire
HAD	Hospitalisation A Domicile
IML	Institut Médico-Légal
MAS	Maison d'Accueil Spécialisée
MCO	Médecine Chirurgie Obstétrique
MDA	Maison Des Adolescents
ODS	Offre de Soins
ORL	Oto-Rhino-Laryngologie
ORS	Observatoire Régional de la Santé
PACS	Picture Archiving and Communication System (Système d'Archivage et de Transmission d'Images)
PAERPA	Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie
PCME	Président de Commission Médicale d'Établissement
PDS	Permanence Des Soins
PEC	Prise En Charge
PMP	Projet Médical Partagé
PRADO	Programme d'Accompagnement au retour à Domicile
PRéGNANT.SEE	Prévention des Risques de la Grossesse au premier Trimestre-Sécurisation Et Evaluation
PRS	Programme Régional de Santé
PTHS	Plateau Technique Hautement Spécialisé
RSS	Réseau Santé Social
SAMU	Service d'Aide Médicale Urgente
SAU	Service d'Accueil des Urgences
SIH	Système d'Information Hospitalière
SMUR	Service Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSIAD	Service de Soins Infirmiers A Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
SROS	Schéma Régional d'Organisation des Soins
UCSA	Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires
UNV	Unité Neuro Vasculaire
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
TROS	Temps Réel d'Occupation des Sols
TVO	Temps de Vacation offert

QUELQUES DÉFINITIONS

La Permanence Des Soins

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

La PDS concerne le seul champ Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) et englobe également l'organisation et l'indemnisation de la permanence médicale de médecine d'urgence des établissements privés.

La permanence des soins est distincte de **la continuité des soins** qui s'intéresse aux patients déjà hospitalisés durant la même période.

Le territoire

L'ARS CVL a retenu les six départements de la région comme territoire de santé dans le cadre de la planification de l'offre de soins et de la mise en œuvre des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).

Le territoire infra-départemental

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

Coefficient TROS/TVO

Temps Réel d'Occupation des Salles/Temps de Vacation Offert.

C'est un indicateur d'activité des salles opératoires.

Le TVO est le temps compris entre l'entrée en salle du premier patient et la sortie du dernier patient.

Le TROS permet d'apprécier l'offre de vacation au regard du potentiel des salles.

Le taux de fuite

Le pourcentage de la population assurée sociale d'un territoire de santé qui bénéficie de soins pris en charge par l'assurance maladie en dehors du dit territoire alors que l'offre de soins du territoire de résidence pourrait répondre à la demande.

Court séjour gériatrique

Unité de médecine dévolue à l'accueil des patients de 75 ans et plus et présentant une polypathologie à l'origine d'une dépendance physique ou psychique. Une telle unité doit disposer d'une équipe pluridisciplinaire composée au moins d'un médecin gériatre.

PRÉSENTATION GÉNÉRALE

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Établissement support du GHT 37, le CHU de Tours par sa vocation Universitaire aura également la responsabilité de coordonner au bénéfice des établissements supports parties aux autres groupements de la région :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

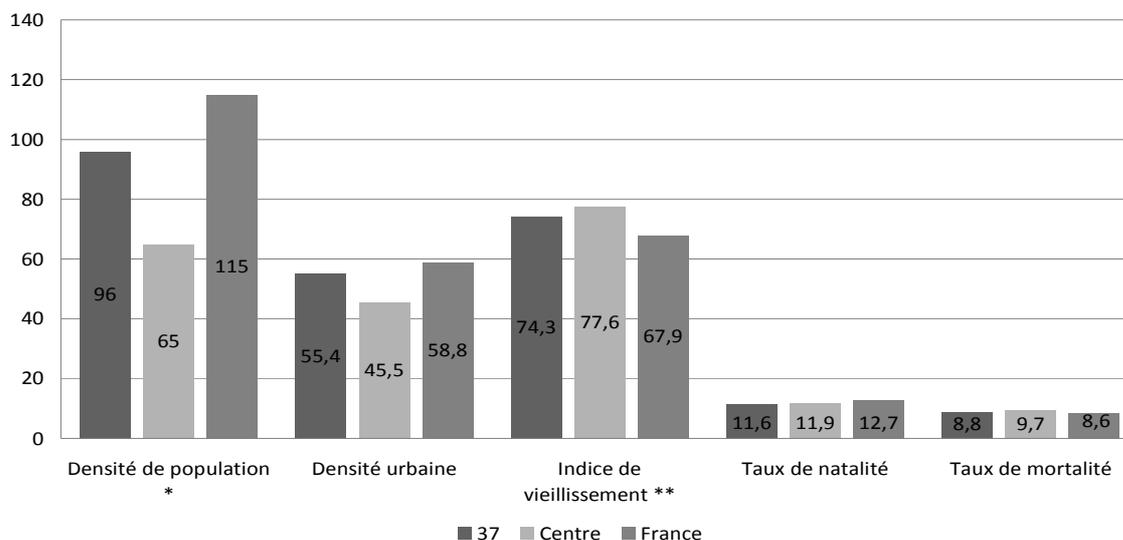
Cette faiblesse démographique persistante malgré une augmentation du numerus clausus qui n'a pas encore produit ses effets fait du CHRU de Tours un acteur majeur du dispositif « GHT » au regard de ses missions de formation initiale des professionnels de santé et de gestion de la démographie médicale.

Cette vocation régionale confère au CHRU une responsabilité particulière en lien avec les autres établissements supports du GHT. Elle ajoute aux missions qu'il va devoir assumer en tant qu'établissement support du GHT 37.

Le GHT 37 va concerner les sept établissements hospitaliers d'un département qui représente près de 24% de la population de la région Centre.

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

1. Les indicateurs démographiques 37



Source : INSEE 2009

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

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

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

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

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

La structure par âge de la population et son évolution (Source : INSEE)

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

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

Source : Insee, recensement de la population

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

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

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

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

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

- La population de moins de 20 ans ne représenterait plus que 22,4% de la population (24,2% aujourd'hui),
- La part des personnes âgées de 60 ans et plus s'élèverait à 32% (contre 22,6% en 2007) et celle des 80 ans et plus à 10,8% (contre 5,4% en 2007).

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

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

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

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

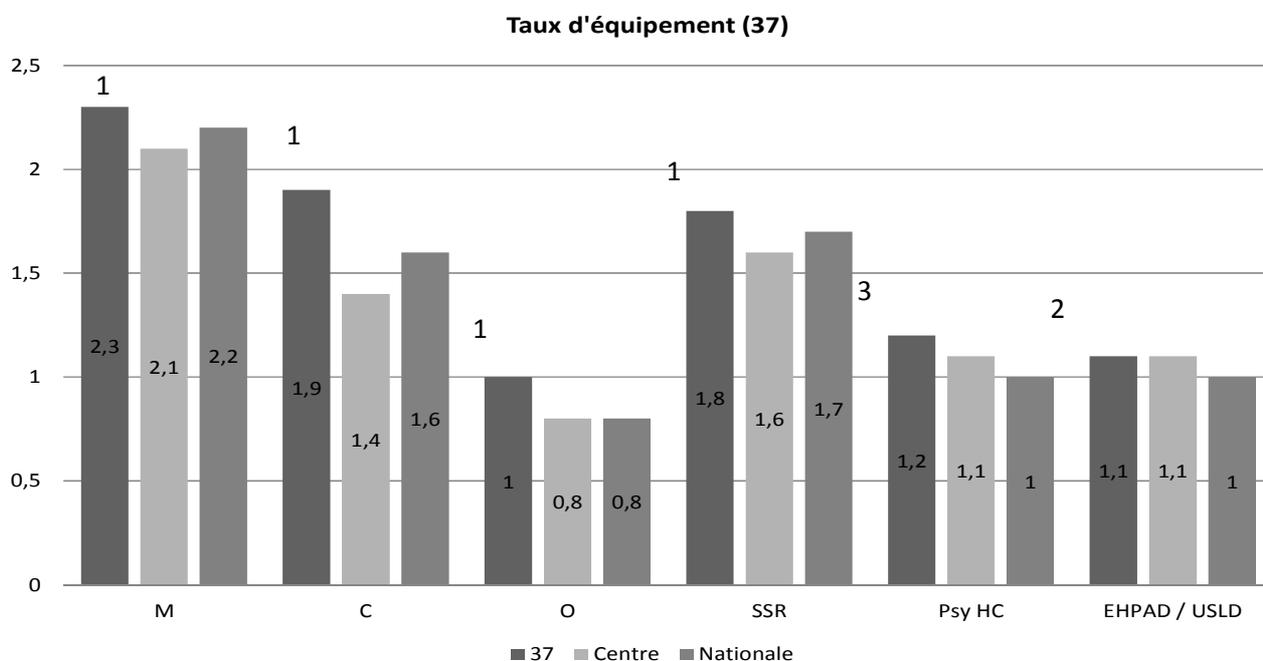
En ce qui concerne l'offre hospitalière, l'Indre-et-Loire présente un taux d'équipement supérieur à la moyenne régionale et nationale même si cette affirmation doit être tempérée pour l'activité de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) au regard de l'implantation sur ce territoire de services spécialisés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

2. L'Offre de Soins (ODS) 37

Le Taux d'équipement :

S'agissant des secteurs MCO, SSR, EHPAD

Ce taux est le plus favorable de la région, au-dessus de la moyenne nationale.



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

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

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

Les capacités en lits et places :

La répartition capacitaire est portée dans les tableaux suivants selon les champs d'autorisation.

RÉPARTITION DES LITS ET PLACES D'HOSPITALISATION PUBLIQUE EN INDRE ET LOIRE :

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

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

RÉPARTITION DES LITS ET PLACES DES ETABLISSEMENTS HAD ASSOCIES AU GHT 37 :

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

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

RÉPARTITION DES LITS ET PLACES DES ETABLISSEMENTS SSR PARTENAIRES AU GHT 37 :

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

SSR	LITS	PLACES	TOTAL
Centre de Médecine physique et de réadaptation fonctionnelle « Bel Air »	96	11	107
Centre de réadaptation cardiovasculaire « Bois Gibert »	92	23	115
Etablissement de santé Le Courbat	56		56
TOTAL	244	34	278

RÉPARTITION DES LITS ET PLACES DES ETABLISSEMENTS HORS GHT 37 :

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

ETABLISSEMENT Capacité en lits et places	MCO (Dialyse)	SSR	PSY	USLD	EHPAD	TOTAL
Clinique Saint Gatien	177					177
Clinique de l'Alliance	203					203
Pôle Santé Léonard de Vinci	414	60				474
Clinique Jeanne d'Arc	70					70
Clinique psychiatrique des Domaines de Vontes et Champgault			135			135
Clinique Ronsard			113			113
Clinique du Val-de-Loire			62			62
Centre de réadaptation fonctionnelle « Le Clos Saint Victor »		102				102
Centre Malvau		62				62
Clinique Velpeau		107				107
A.R.A.U.C.O	70					70
USLD Psychiatrique La Confluence				120		
TOTAL	864 + 70	331	310	120		1505 + 70

RÉPARTITION DES CAPACITES DES EHPAD PUBLICS PAR PAYS:

Si l'on se concentre sur le secteur public qui est au cœur du dispositif, l'objectif du GHT est de « **mettre en œuvre une stratégie de prise en charge commune graduée du patient** » afin d'assurer une offre de soins de proximité et un égal accès à des soins de référence et de recours.

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

Pays EHPAD	Lits et places	SSIAD	Total
CHRU	96		
Joué les Tours	237		
Hors Pays	333		333
CH Chinon	177		
Richelieu	95		
L'Île Bouchard	83		
Ste Maure de Touraine	254	91	
Bourgueil	79		
Pays du Chinonais	688	91	779
CH Loches	225	75	
Ligueil	183		
Villeloin-Coulangé	82		
Abilly	148		
La Celle Guénand	83		
Preuilly Sur Claise	164		
Pays Touraine Côté Sud	885	75	960
CH Amboise Château-Renault	446	104	
Bléré	235		
Montlouis	198		
Vernou-Sur-Brenne	155		
Auzouer-en-Touraine	84		
Pays Loire Touraine	1218	104	1322
CH Luynes	210	26	
CH La Membrolle-sur-Choisille	140		
Semblançay	169		
Château la Vallière	160		
Saint Christophe sur le Nais	83		
Langeais	106		
Pays Loire Nature	868	26	894
TOTAL	3992	296	4288

Implantation des hôpitaux et EHPAD du département de l'Indre et Loire



3. Les étapes d'élaboration des 2 Projets, médical et de gestion

La réflexion engagée par la communauté hospitalière du département d'Indre-et-Loire initiée dès 2015 a intégré la logique de territoire portée par les différents Contrats Locaux de Santé (CLS) existants en ne limitant pas le projet de groupement aux seuls EPS mais en l'ouvrant aux EHPAD, nombre d'entre eux ayant d'ailleurs développé des liens forts avec les hôpitaux de proximité à l'instar de la filière gériatrique du Chinonais.

Cette filière a initié un projet médical coordonné de prise en charge des personnes âgées dans un bassin de population de plus de 80 000 habitants.

L'exemple de cette filière témoigne du travail mené depuis de nombreuses années par les hôpitaux du département afin d'améliorer la prise en charge des patients et d'adapter et de consolider l'offre de soins publics au sein du territoire départemental.

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

Ces coopérations, partenariats, projets communs... ouvrent la voie à une étape nouvelle plus ambitieuse qui va s'inscrire naturellement dans la logique du dispositif GHT développé par la loi de modernisation du système de santé.

Pour y parvenir le CHRU, établissement support naturel du groupement, a mis en place une équipe chargée auprès de la direction générale de préconfigurer le GHT d'Indre et Loire.

Constitué d'un directeur, d'un médecin de santé publique, d'une assistante et de deux PUPH désignés par le président de la CME du CHRU, cette équipe a coordonné l'élaboration du projet médical partagé, du projet de gestion partagé et à rédiger la charte constitutive du futur GHT en concertation avec les établissements parties, partenaires ou membres associés au GHT.

Pour parvenir à ces trois objectifs, une méthode de travail a été mise en place progressivement à partir du mois de mai 2015, construite autour des principes de proximité, d'ouverture, et d'association des établissements parties et partenaires du futur GHT.

Le tableau ci-dessous récapitule les différentes étapes qui ont permis de définir et d'arrêter la méthode à partir de laquelle les projets médicaux, et de gestion vont être élaborés.

30 Avril 2015	Séminaire de direction des centres hospitaliers du département afin d'évoquer le projet GHT et de proposer une méthode de travail
Mai 2015	Définition de la méthode à mettre en place. Celle-ci s'articule autour de deux priorités : - Le Projet Médical Partagé - Le Projet de Gestion Partagé Les thèmes du projet médical sont arrêtés après deux réunions associant dans un comité de pilotage les directeurs d'établissements et les présidents de CME. Validation des thèmes du projet de gestion.
Juin 2015	Rencontre de tous les présidents de conseil de surveillance afin de leur présenter le projet GHT. Présentation du projet GHT aux conseils de surveillance des sept établissements du département. Rencontre avec les EHPAD afin d'évoquer l'intérêt pour eux d'adhérer au projet. Présentation aux quatre PSPH et aux deux HAD du projet et de l'intérêt pour eux d'y adhérer.

Juillet 2015	Composition des groupes de travail par les présidents de CME chargés de préparer le projet médical partagé. Installation de l'équipe chargée de configurer le GHT.
Septembre Octobre 2015	Démarrage des travaux
Décembre 2015	Présentation au comité de pilotage des premières orientations du Projet médical et du Projet de Gestion

Les conditions d'élaboration du Projet Médical Partagé

Elles ont été définies lors de comités de pilotage réunissant directeurs d'établissements et présidents de CME. Lors du comité de pilotage de juillet 2015, des thèmes de travail ont été retenus auxquels se sont ajoutés des thèmes supplémentaires en décembre 2015 à l'issue de la présentation de la synthèse des premiers groupes de travail. La composition des groupes a également été arrêtée lors de ce comité de pilotage.

Les thèmes de travail du Projet Médical Partagé (PMP)

Disciplines	Réunions	Participants
Médecine - Spécialités médicales	3	21
Gériatrie	3	25
Urgences	3	21
Santé Mentale - Addictologie	3	28
Périnatalité	3	21
Cancérologie	3	22
Imagerie	2	6
Pharmacie	3	11
Chirurgie	2	15
DIM	2	13

L'ensemble des établissements hospitaliers a participé à ce travail auquel ont également été associés les deux établissements HAD du département ainsi que les établissements PSPH.

Enfin il convient de préciser que les représentants des usagers, membres des CRUCQ et des Conseils de Surveillance des hôpitaux du département ont été auditionnés lors d'une table ronde organisée au mois d'avril 2016.

Une démarche identique a été menée afin de définir les thèmes retenus pour élaborer le Projet de Gestion Partagé.

Les thèmes de travail du Projet de Gestion Partagé (PGP)

Disciplines	Réunions	Participants
Achats	5	16
Logistiques	5	16
Gestion / maintenance / équipements techniques	5	29
Gestion des Ressources Humaines	3	17
Ecoles et Formation	2	7
Soins / Qualité	3	13
Finances	3	8
Systèmes d'Informations Hospitalières	5	6

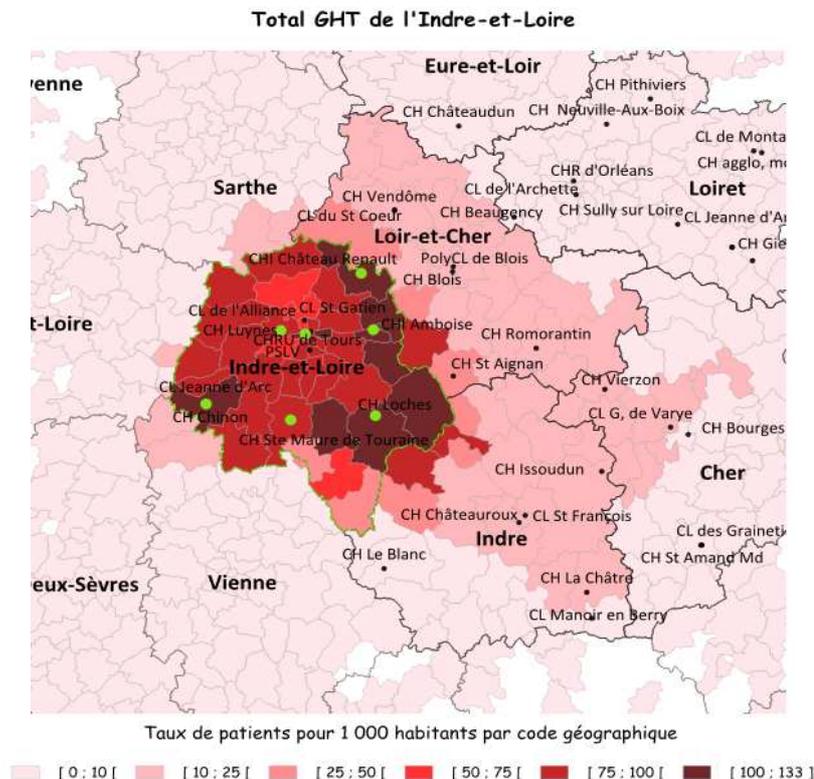
1. L'OFFRE DE SOINS DES 7 ÉTABLISSEMENTS DU GHT 37

1.1. Les autorisations en cours pour les établissements parties du GHT37

ENTITE	VILLE	MED	CHIR	OBST	SSR	PSY	USLD	URG	REA	CANCER	HAD	EMIL	DIAL	Soins Palliatifs	UCSA
CHRU	TOURS	X	X	X	X	X	X	X	X	X		X	X	X	X
CH Jean Pagès	LUYNES	X			X									X	
CH intercommunal	AMBOISE-CHATEAU RENAULT	X	X	X	X	X		X				X			
CH du chinonais	CHINON	X		X	X	X	X	X		X				X	
CH Paul Martinais	LOCHES	X	X		X	X		X		X		X			
CH Local	SAINTE MAURE DE TOURAINE	X													
CH Louis Sevestre	LA MEMBROLLE SUR CHOISILLE				X										

Source : UREH 2013

1.2. Les zones d'attractivité des établissements du GHT 37



Source : UREH

Le recrutement des établissements du GHT 37 concerne la population d'Indre-et-Loire mais également la quasi-totalité du Loir-et-Cher et la grande moitié Nord de l'Indre. Le recrutement dépasse les frontières de la seule région Centre-Val de Loire et mord sur les départements de la Vienne et de la Sarthe.

Cette aire de recrutement s'explique par la dispersion d'établissements, tels que ceux d'Amboise-Château-Renault, Loches, Chinon, ainsi que par l'offre de référence, le CHRU de Tours et les établissements SSR spécialisés.

1.3. Présentation des activités MCO des établissements parties du GHT 37 en 2014

SEJOURS par Activité de Soins	2014																		GHT 37 Public Nb Séjours
	CHRU TOURS			CHINON			AMBOISE-CR			LOCHES			LUYNES			STE MAURE			
	Nb Séjours	DMS	% Séjours GHT	Nb Séjours	DMS	% Séjours GHT	Nb Séjours	DMS	% Séjours GHT	Nb Séjours	DMS	% Séjours GHT	Nb Séjours	DMS	% Séjours GHT	Nb Séjours	DMS	% Séjours GHT	
C H Complète	19 235	7,1	89,3	287	3,9	1,3	1 228	5,1	5,7	775	4,4	3,6	0	0,0	0,0	17	17,9	0,1	21 542
H Sans Nuitée	9 581	1,0	85,2	66	1,0	0,6	858	1,0	7,6	739	1,0	6,6	0	0,0	0,0	1	1,0	0,0	11 245
M H Complète	40 532	5,1	80,9	3 860	5,9	7,7	3 454	6,9	6,9	1 843	7,0	3,7	207	14,1	0,4	212	13,1	0,4	50 108
H Sans Nuitée	16 366	1,0	90,0	455	1,0	2,5	761	1,0	4,2	532	1,0	2,9	2	1,0	0,0	60	1,0	0,3	18 176
Séances	55 758	1,0	96,0	1 819	1,0	3,1	22	1,0	0,0	485	1,0	0,8	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	58 084
O H Complète	4 369	5,2	87,1	645	4,2	12,9	2	3,0	0,0	1	2,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	5 017
H Sans Nuitée	1 672	1,0	87,4	185	1,0	9,7	57	1,0	3,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	0	0,0	0,0	1 914
TOTAL	147 513	3,0	88,8	7 317	4,0	4,4	6 382	5,0	3,8	4 375	4,1	2,6	209	13,9	0,1	290	10,8	0,2	166 086

Source: UREH

1.4. Présentation comparative des séjours 2012-2014 entre les établissements publics parties du GHT37 et les établissements privés du département 37 (classification MCO)

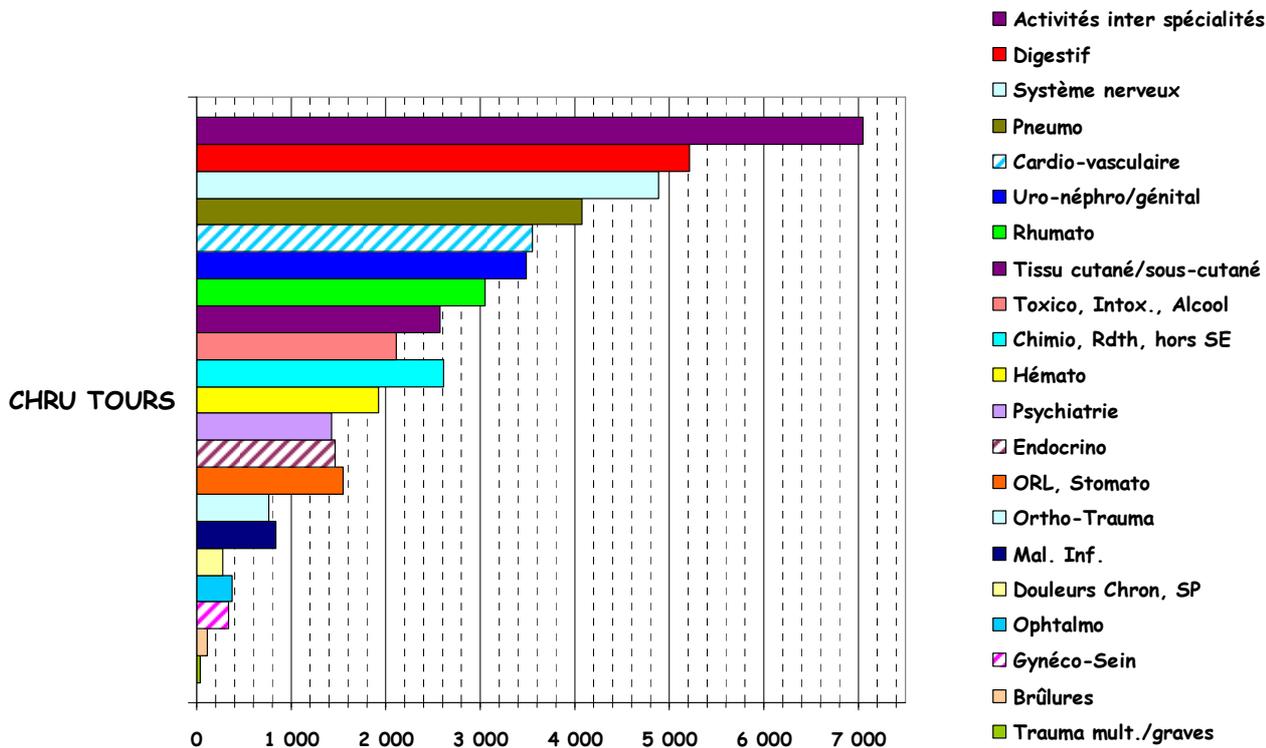
Les établissements publics de santé présentent une part de marché importante sur l'ensemble des activités MCO (62%) par rapport au Privé (38%). Cependant, les établissements privés restent largement majoritaire concernant la part de marché de chirurgie ambulatoire (63% vs. 37%).

SEJOURS par Catégorie d'Activité de Soins	2012			2013			2014		
	37 PRIVE	37 GHT	Part PRIVE	37 PRIVE	37 GHT	Part PRIVE	37 PRIVE	37 GHT	Part PRIVE
Chirurgie H Complète	18 312	19 309	49%	17 299	18 758	48%	16 642	18 464	47%
H Sans Nuitée	13 760	8 161	63%	14 908	8 389	64%	16 039	9 360	63%
Invasif non opératoire H Complète	3 717	4 711	44%	3 752	4 970	43%	3 591	5 164	41%
H Sans Nuitée	20 091	5 051	80%	20 820	4 501	82%	21 059	4 959	81%
Médecine H Complète	10 322	43 473	19%	11 099	43 195	20%	10 923	43 665	20%
H Sans Nuitée	3 665	14 362	20%	4 482	14 178	24%	4 681	14 870	24%
Nouveau-nés H Complète	2 748	4 450	38%	2 707	4 275	39%	2 754	4 357	39%
H Sans Nuitée	70	209	25%	54	221	20%	46	232	17%
Obstétrique H Complète	3 250	5 111	39%	3 222	4 892	40%	3 252	5 017	39%
H Sans Nuitée	310	2 776	10%	301	2 576	10%	303	1 914	14%
Séances	19 958	55 240	27%	21 278	56 811	27%	22 889	58 084	28%
TOTAL	96 203	162 853	37%	99 922	162 766	38%	102 179	166 086	38%

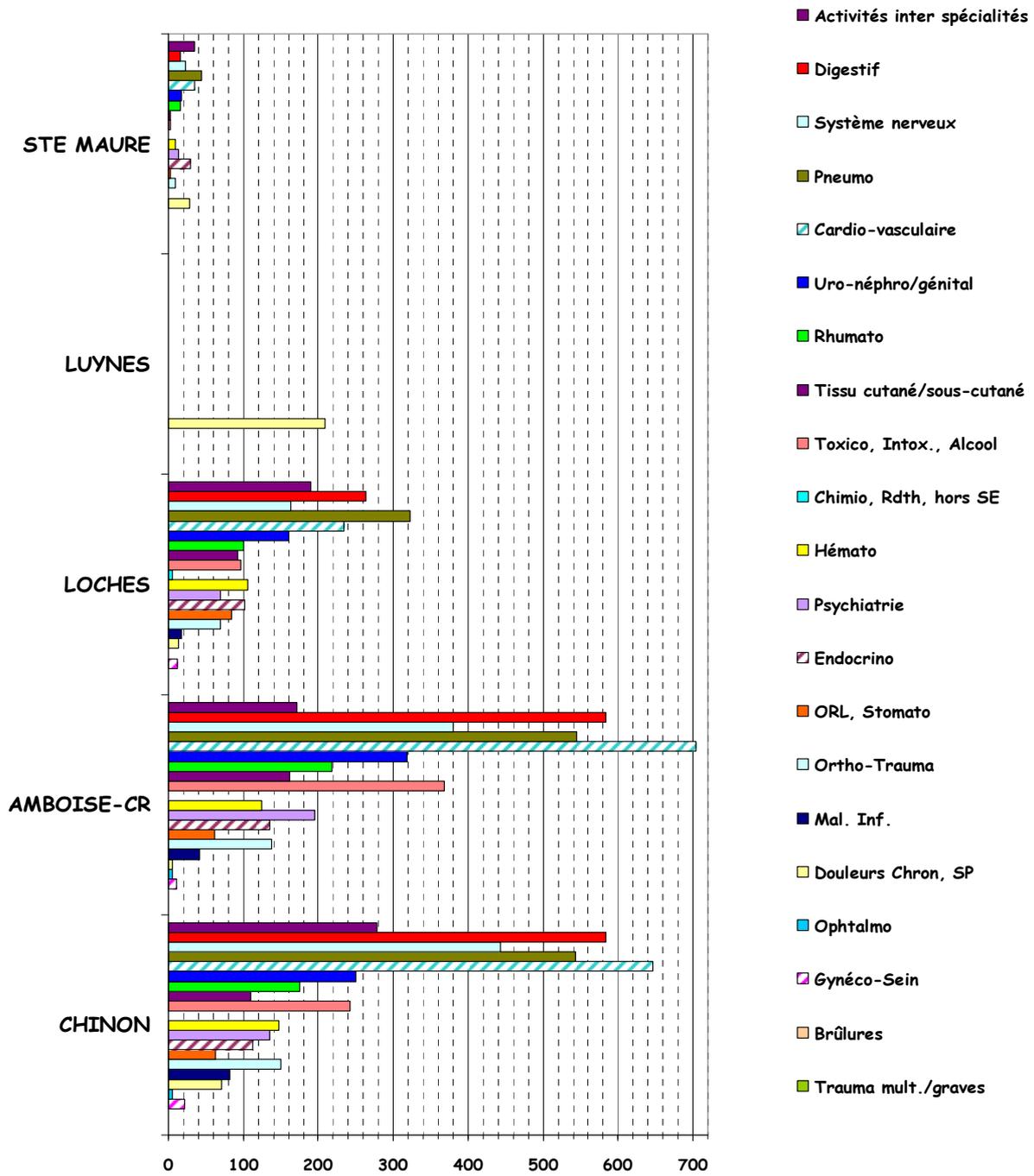
Source: UREH

1.5. Les tableaux Casemix du GHT 37

Activité "Médicale" (GHM en M) 2014 : Casemix DA par établissement



Activité "Médicale" (GHM en M) 2014 : Casemix DA par établissement



2. LA DÉMARCHE D'ÉLABORATION DU PMP

La démarche retenue pour l'élaboration de ce Projet Médical Partagé (PMP) fut résolument participative.

2.1. Les instances et la méthode :

- Une équipe projet animé par Patrick FAUGEROLAS, directeur coordonnateur du GHT 37,
- Un Comité de Pilotage (COFIL) du GHT 37 a été constitué sous l'égide de Madame Marie-Noëlle GERAIN-BREUZARD, Directrice Générale du CHRU de Tours, établissement support du GHT 37 par décision de Monsieur Philippe DAMIE, Directeur Général de l'ARS CVL,
- Le COFIL élargi aux PCME des établissements parties du GHT 37 a retenu huit thématiques fondatrices du Projet Médical Partagé (PMP) ayant conduit à la constitution de groupes de travail et a été réuni à plusieurs reprises pour le suivi et la validation de leurs travaux. La biologie, discipline médico-technique, fait l'objet d'un travail initié antérieurement.

Ces huit groupes se sont réunis dans un même esprit : contribuer à faire émerger des propositions innovantes ou apporter des améliorations à des dispositifs déjà existants afin de répondre ensemble à une simple question :

« Comment les établissements de santé, les hommes et femmes qui les font vivre, peuvent encore mieux ensemble relever les défis de santé de la population et de l'égal accès aux soins ? »

Deux à trois rencontres pour chaque groupe thématique ont été réalisées selon les étapes suivantes :

1. Une expression des problématiques rencontrées par les professionnels par la méthode des « mini-cas ».
2. Des enquêtes et études ciblées afin d'objectiver les ressentis.
3. Des orientations partagées propices à optimiser les délais de prise en charge, à fluidifier le parcours et à lutter contre la désertification médicale.
4. Une phase constat pour chacun des groupes de travail débouchant sur des actions hiérarchisées et consensuelles.

Des rencontres ont été organisées avec les membres associés et partenaires, avec les usagers des conseils de surveillance des 7 établissements parties.

Une information sur le déroulement des travaux a été réalisée auprès des directeurs d'établissements parties du GHT 37 et des PCME à travers les comptes rendus des groupes thématiques.

Le PMP a été présenté aux instances des établissements parties, associés et partenaires du GHT 37.

2.2. Les groupes thématiques :

Le groupe de travail GHT 37 (Patrick FAUGEROLAS, Dr Christine GRAMMONT, Pr Charles COUET, Pr Olivier HAILLOT) ont piloté les réunions portées sur le tableau ci-après :

Thèmes	Réunions	Participants
CHIRURGIE ANESTHESIE REANIMATION	① 25/02/2016 ② 02/03/2016 ③ 06/04/2016	Dr Vincent ARNAULT (excusé), Dr Jean-Louis BILLARD, Pr Gilles BODY (excusé), Pr Luc FAVARD, Pr Dominique GOGA (représenté), Dr Thomas HEBERT, Pr Marc LAFFON, Dr François LAGARRIGUE (excusé), Pr Emmanuel LESCANNE (excusé), Dr Robert Martinez, Thierry MERGNAC, Dr Vincent NOEL, Isabelle PION, Pr Pierre-Jean PISELLA (excusé), Pr Philippe ROSSET, Pr Ephrem SALAME (excusé).
MÉDECINE	① 12/10/2015 ② 02/11/2015 ③ 01/02/2016	Corinne ARCHAMBEAU, Dr Sandra AYMERIC, Pr Dominique BABUTY, Julien BERTHEL, Christophe BLANCHARD, Tony-Marc CAMUS, Dr Delphine CARMIER, Pr Philippe CORCIA, Dr Nicole FERREIRA-MALDENT, Dr Frédéric GLOMOT, Pr Philippe GOUPILLE, David GUYERE, Dr Josselin KAMGA, Pr Thierry LECOMTE, Dr Valérie LE LIGNE, Marie-Paule LEMEUX, Dr Bruno LEMMENS, Dr Guillaume LESEIN, Pr François MAILLOT, Pr Sylvain MARCHAND ADAM, Dr Guillaume SASSEIGNE, Dr Manon VITTIER
GÉRIATRIE	① 13/10/2015 ② 03/11/2015 ③ 02/02/2016	Corinne ARCHAMBEAU, Dr Belkacem BENCHAIABA, Julien BERTHEL, Dr Julie BOURGUEIL, Tony-Marc CAMUS, Pr Thierry CONSTANS, Dr Laurent COURET, Dr Véronique DARDAINE, Dr Cécile DU PASSAGE, Dr Alain DUPONT, Dr Olivier FENDLER, Dr Philippe GARNIER, Anne-Marie GERVAIS, Dr Jean-Marie GOUIN, David GUYERE, Dr Agnès HELIE, Dr Pascal HEURTEBIZE, Dr Lucile HOUDAILLE, Dr Josselin KAMGA, Dr Marc LAGIER, Dr Guillaume LESEIN, Chantal LOVATI, Dr Anne PHILIPPE, Dr Patricia PHILIPPE, Dr Aïssata SABO
URGENCES	① 13/10/2015 ② 05/11/2015 ③ 04/02/2016	Dr Mohammed AITALI, Corinne ARCHAMBEAU, Julien BERTHEL, Dr Isabelle BONNAUD, Tony-Marc CAMUS, Dr Christelle CHAIGNE, Pr Pierre-François DEQUIN, Dr Madani FERDI, Dr Marie GAUDRON-ASSOR, Anne-Marie GERVAIS, David GUYERE, Dr Josselin KAMGA, Dr Cherif LAMRANI, Dr Saïd LARIBI, Dr Anne LE LOUARN, Dominique OSU, Dr Didier PINAULT, Dr Julien PUCHEUX, Dr Pauline SAINT MARTIN, Dr Thierry SCHWEIG, Pr Dominique SIRINELLI
SANTE MENTALE ADDICTOLOGIE	① 09/11/2015 ② 16/11/2015 ③ 22/02/2016	<u>Enfant/Ado</u> : Dr Xavier ANGIBAULT, Pr Frédérique BONNET-BRILHAULT, Dr Chrystèle BODIER RETHORE, Dr Mathieu CHICOISNE, Dr Marc FILLATRE, Dr Julie FRAMMERY, Dr Géraldine LEDORZE, Dr Pascal LENOIR, Lisa ROUET, Dr Gabrièle TRIPI <u>Adulte</u> : Pr Nicolas BALLON, Dr Marion BAUDRY, Dr Paul BRUNAULT, Dr Frédérique FICHET, Dr Isabelle GABRIEL, Dr Grégoire HUGUET, Dr Julie JEANMAIRE, Dr Fanny PUEL <u>Commun</u> : Philippe ADAM, Corinne ARCHAMBEAU, Julien BERTHEL, Dr Mélanie BIOTTEAU-LACOSTE, Pr Vincent CAMUS, Dr Florence DUBOIS CARMAGNAT, Claude EDERY, Dr Hubert RABIER, Frédérique YONNET
PÉRINATALITÉ	① 10/11/2015 ② 17/11/2015 ③ 23/02/2016	Corinne ARCHAMBEAU, Dr Carine ARLICOT, Tony-Marc CAMUS, Laurence CHALON, Dr Clémence COUTURIER, Dr Cécile DU PASSAGE, Dr Isabelle GABRIEL, Anne-Marie GERVAIS, Christine GIBault, David GUYERE, Dr Thomas HEBERT, Dr Marion HUSSON, Dr Nathalie JAN, Chantal LEBOT, Dr Guillaume LESEIN, Dr Josette MAHEUT-LOURMIERE, Dr Julie PATERNOTTE, Pr Frank PERROTIN, Dr Christian PROT, Lisa ROUET, Dr Jacques SANGWAN.
CANCÉROLOGIE	① 12/11/2015 ② 19/11/2015 ③ 24/02/2016	Corinne ARCHAMBEAU, Julien BERTHEL, Tony-Marc CAMUS, Dr Delphine CARMIER, Pr Philippe COLOMBAT, Pr Etienne DORVAL, Dr Florence FOURQUET, Dr Sylvie GERARD, David GUYERE, Dr Agnès HELIE, Dr Catherine HOGNON, Dr Thierry LECOMTE, Dr Bruno LEMMENS, Dr Donatien MALLETT, Dr Daniela MARGINE, Dr Bérangère NARCISO, Dr Sophie OLIVEREAU, Dr Julie PATERNOTTE, Thaïs RINGOT
PLATEAUX MEDICO- TECHNIQUES (Pharmacie – Imagerie)	① 24/11/2015 ② 26/11/2015 ③ 29/02/2016 ① 24/11/2015 ② 29/02/2016	<u>Pharmacie</u> : Corinne ARCHAMBEAU, Julien BERTHEL, Hélène BLANCHECOTTE, Julie BOURGUEIL, Marie BOYER, Karine GUILLOT, Philippe MEUNIER, Isabelle REBEN, Laure RICHARD, Catherine VIANO-FLEUROT, Bénédicte VINAS. <u>Imagerie</u> : Corinne ARCHAMBEAU, Julien BERTHEL, Dr Véronique KIEFFER, Dr Brigitte LE PORTZ, Isabelle REBEN, Pr Dominique SIRINELLI. <u>Biologie</u> :
DIM	① 10/12/2015 ② 15/03/2016	N. BLANCHET, L. BORDE, M. BONZON, Dr B. CATTIER, Dr H DELACROIX-MAILLARD, J. DELAUNAY, Dr F. FOURQUET, S. GERMAIN, Dr JM GOUIN, S. GRANGER, Dr K. HAGUENOER, Dr V. LE LIGNE, V MASSE.

2.3. Fondements et objectifs de qualité, de sécurité des soins :

Les actions découlant des priorités dégagées au sein des groupes de travail devront être portées par chaque établissement pour ce qui le concerne. En effet, le GHT n'a pas de personnalité morale. Les établissements restent maîtres d'œuvre des actions inscrites dans le PMP du GHT 37.

Afin d'illustrer ce propos et à titre d'exemple, l'augmentation de la capacité en Court Séjour Gériatrique (CSG) souhaitée par le CHC et le CHU devra se retrouver dans le projet médical de chacun de ces établissements

Les réunions de travail, dont ce PMP est l'aboutissement, ont généré au fil du temps un véritable espace de travail, de concertation, de rencontre entre professionnels des différents établissements parties et associés du GHT 37.

Les réflexions issues de chacun, les propositions et critiques, les problématiques soulevées et partagées par plusieurs établissements invitent à s'engager collectivement et davantage pour maintenir sur le territoire une offre publique de soins de qualité et graduée de la porte du domicile jusqu'aux Plateaux Techniques Hautement Spécialisés (PTHS).

Les trois notions principales qui concourent à ce document sont :

La notion de parcours de soins :

L'esprit GHT se fonde avant tout sur une réduction de perte de chance et un souci de qualité et de sécurité des soins proposés. Ce parcours de soins intéresse donc chaque établissement de santé, partie, associé ou partenaire. Le GHT est d'abord un état d'esprit, garant d'une équipe constituée de professionnels (publics parties et privés partenaires ou associés), au service d'une simplification, d'une clarification et d'une meilleure visibilité du parcours de santé du citoyen.

Le SAMU et les SMUR permettent d'illustrer le propos. SAMU et SMUR constituent l'ossature historique de l'Aide Médicale Urgente et témoignent d'un dispositif public ouvert aux coopérations et collaborations. Les SMUR terrestres en Indre-et-Loire sont des activités de service public H24/365j et permettent la prise en charge du patient depuis son lieu de vie jusqu'au plateau médical le mieux adapté sous l'égide du SAMU et de son centre de réception et de régulation de l'appel. Le dispositif est public, ce qui n'empêche ni des collaborations avec les établissements privés pour améliorer la couverture géographique ni un accès à des plateaux techniques hautement spécialisés d'établissements privés s'il y a lieu.

La notion de confiance :

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

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

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

La notion de créativité :

La volonté d'améliorer ce qui existe conduit à s'interroger sur les nouveaux besoins et à anticiper les évolutions attendues de l'état de l'Art et de la Science. Permettre d'intégrer dans la réflexion le schéma

des prises en charge de demain au regard des innovations médico-techniques telles que les outils de télémédecine et les nouveaux modes thérapeutiques tels que la thrombectomie sont apparus comme une évidence.

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

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

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

Le 21 Avril 2016 le groupe de travail GHT 37 a réuni les représentants des usagers des établissements parties.

La volonté des représentants des usagers à participer à la mise en œuvre du GHT 37 s'est exprimée au travers de leur demande de siéger au sein du comité stratégique du GHT 37 au nombre de deux, sous réserve des décrets actuellement en cours de finalisation.

Des pistes de collaborations futures ont été mises en perspective.

3. LE SOCLE COMMUN DU PROJET COMMUN

3.1 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 décloisement 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.

3.2 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.

3.3 Une 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.

3.4 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).

3.5 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).

4. LES FILIERES DU PROJET COMMUN

4.1 La PDS, la continuité des soins avec sa déclinaison par site, les activités réalisées par télémedecine

Les tableaux des lignes de gardes et astreintes des établissements parties du GHT 37 sont portés ci-dessous :

4.1.1. CHU :

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

n°	nature	Libellé
42	garde	urgences Clocheville
43	garde	pédiatrie maternité
44	garde	anesthésie Bretonneau (hors gynécologie obstétrique)
45	garde	anesthésie 1 Trousseau
46	garde	anesthésie 2 Trousseau
47	garde	anesthésie gynécologie obstétrique
48	garde	anesthésie brûlés Trousseau
49	Astreinte opérationnelle	anesthésie chirurgie cardio-vasculaire Trousseau
50	garde	anesthésie 1 Clocheville
51	Astreinte sécurité	anesthésie 2 Clocheville
52	Astreinte sécurité	réanimation médicale - USC - recherche clinique
53	garde	U.S.C.I. - Trousseau (Unité de Soins Intensifs de Cardiologie)
54	garde	réanimation chirurgie cardio-vasculaire Trousseau
55	Astreinte opérationnelle	circulation extra-corporelle
56	garde	hémodialyse adultes S.I.
57	garde	anesthésie réanimation neuro-traumatologie Trousseau
58	garde	anesthésie réanimation neuro-chirurgie Bretonneau
59	garde	anesthésie réanimation chirurgie Trousseau
60	garde	U.P.S.I. - Clocheville (Unité Pédiatrique de Soins Intensifs)
61	garde	réanimation médicale Bretonneau
62	garde	SAMU régulation
63	garde	SMUR 1 sud
63	garde	SMUR 2 sud
64	garde	SMUR Nord
65	garde	SMUR pédiatrique
79	Astreinte sécurité	cardiologie pédiatrique et pédiatrie
80	Astreinte sécurité	oncologie pédiatrique (week-end et jours fériés)
81	Astreinte sécurité	chirurgie thoracique (week-end et jours fériés)
82	Astreinte sécurité	greffes cardiaques et chirurgie pédiatrique
83	Astreinte opérationnelle	établissement français des greffes - région ouest
84	garde	SMUR LOCHES
	garde	SMUR TOURS Nord
87	Astreinte sécurité	Pharmaciens
88	Astreinte sécurité	Pharmacie UBCO (dimanche et jours fériés)
89	Astreinte sécurité	Grefe hépatique - anatomo pathologie
90	Astreinte sécurité	Grefe hépatique - hépathologie
91	Astreinte sécurité	Grefe hépatique - AR senior
92	Astreinte opérationnelle	Médecine légale
93	Astreinte sécurité	DPP
94	Astreinte sécurité	médecine communautaire dimanche et fériés journées X 2 tableaux
95	Astreinte sécurité	USC médecine Pédiatrique
96	Astreinte sécurité	médecine interne et maladies infectieuses (créé 05/01/2015 dim et férié matin)

Les lignes de garde du CHU de Tours sont financées par l'ARS CVL.

Les lignes d'astreinte sont financées par l'ARS CVL à l'exception de :

- Astreinte de médecine pédiatrique,
- Astreinte de médecine communautaire,
- Astreinte de médecine interne et de maladies infectieuses.

4.1.2. CH de Luynes :

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

4.1.3. CH d'Amboise Château-Renault :

Spécialités	Garde	Astreinte opérationnelle	Astreinte de sécurité	Financement	Observations + Activités réalisées par Télémedecine
Urgences	X			CHIC	
Anesthésie			X	CHIC	
Chirurgie générale			X	CHIC	
Médecine Amboise			X	ARS	
Médecine CR			X	ARS	
Psychiatrie			X	CHIC	
Imagerie			X	ARS	
Smur	X			CHIC	

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

Un dispositif de télémedecine centrée sur le suivi et l'évolution des plaies est organisé par le service de chirurgie en direction des EHPAD (Bléré, Montlouis, Amboise, Château-Renault).

4.1.4 CH de Louis Sevestre :

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

4.1.5 CH du Chinonais :

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

					et en temps additionnel pour les praticiens du CHU
Pédiatrie		X		ARS	Mise en œuvre partielle : présence les matins des samedis et fériés et disponible par téléphone les après-midis et le dimanche
Psychiatrie			X	CHC	Réglementaire

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

4.1.6 CH de Loches :

Spécialités	Garde	Astreinte opérationnelle	Astreinte de sécurité	Financement	Observations + Activités réalisées par Télémedecine
Anesthésie		X		CHL	
Chirurgie		X		CHL	
Médecine		X		CHL	
SSR		X	X	CHL	Astreinte de sécurité à partir de mai 2016
Pharmacie		X	X	CHL	Astreinte de sécurité à partir de mai 2016
Radiologie		X		CHL	Téléradiologie
Urgences	X			CHL	Fonctionnement 24/24

4.1.7 CH de Sainte Maure de Touraine :

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

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

4.2 Les activités d'hospitalisation conventionnelle et ambulatoire

La colonne échéance des tableaux suivants sera complétée lors de l'élaboration de fiches actions suite aux validations des parcours de soins. Pour chaque fiche, des indicateurs de suivi et d'évaluation seront définis.

4.2.1. CHIRURGIE – ANESTHESIE – REANIMATION

	CHIRURGIE - ANESTHESIE - REANIMATION	échéance
CONTEXTE	<p>L'ODS de chirurgie Adulte dans le territoire 37 se présente comme suit :</p> <p>Le CHU de Tours propose une offre de recours de chirurgie Adulte et pédiatrique à vocation régionale et inter-régionale sur 3 sites.</p> <p>Le plateau se compose notamment de 55 salles opératoires réparties comme suit :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur le site de Bretonneau : 23 salles d'opération, 3 salles de réveil et 1 salle de vasculaire numérisée, - Sur le site de Trousseau : 23 salles d'opération, 4 salles de réveil et 3 appareils de circulation extra corporelle, - Sur le site de Clocheville : 8 salles d'opération, 1 salle de réveil et 2 appareils de circulation extra corporelle. <p>En 2015, le TROS/TVO était de 78,59%.</p> <p>Le CHU dispose de 505 lits de chirurgie avec un taux d'occupation de 82,8%. Il dispose également de 34 places d'ambulatoire, 5 salles d'endoscopies et 3 salles d'explorations fonctionnelles.</p> <p>Le CHIC est autorisé pour une offre de chirurgie Adulte de 1^{ère} intention.</p> <p>La chirurgie du CHIC répond aux exigences SROS de site de première intention pour adulte : chirurgie orthopédique et traumatologique, viscérale et digestive (augmentée d'une chirurgie de spécialités) avec un dépôt de sang et des moyens d'imagerie au bloc par amplificateur de brillance.</p> <p>La capacité est de 25 lits d'hospitalisation complète dont 7 de semaine. Il faut y ajouter 5 lits d'hospitalisation en ambulatoire. Le taux d'occupation est de 68% en chirurgie complète, en 2015. Il est de 90% en ambulatoire.</p> <p>Le plateau est composé de 4 salles opératoires et 1 salle d'endoscopie. Les salles ferment à 18h sans possibilité d'ouverture en période de PDS. Les locaux sont fonctionnels, le coefficient TROS/TVO n'a pas été communiqué.</p> <p>Le personnel est motivé. Les chirurgiens (temps plein ou à 50%) sont impliqués. L'activité en particulier en orthopédie est importante. Il existe 2 assistants partagés en orthopédie avec le CHU et 2 internes du CHU en permanence. Il convient de souligner le bon encadrement de ces assistants et le réseau CHIC-CHU effectif en orthopédie.</p> <p>En matière de chirurgie viscérale, depuis la dénonciation par le CHU de la convention liant le CHIC et le CHU le 1^{er} janvier 2014, les 2 praticiens poursuivent leur activité à l'identique sur le CHIC à hauteur de 50% chacun par convention renouvelable annuellement avec le CH de Blois dont ils dépendent désormais statutairement.</p> <p>Le parcours des patients de chirurgie viscérale est donc actuellement organisé avec le CH de Blois, situation qui pourrait évoluer en fonction de la réflexion médicale portée par le GHT sur les parcours de soins par</p>	

pathologies. Ce travail futur, bien évidemment, pourrait entraîner une évolution et une adaptation des recrutements de médecins et de leurs centres de rattachement.

Il y a une activité de gynécologie, d'ophtalmologie et de chirurgie vasculaire. L'activité croissante d'urologie est à signaler avec récemment le développement de l'activité de LEC (Lithotritie Extra Corporelle). Un dispositif de télémédecine centrée sur les plaies organisé par le service de chirurgie en direction des EHPAD (Bléré, Montlouis, Amboise, Château-Renault) est mis en oeuvre.

Les effectifs en anesthésie-réanimation semblent fragiles : médecins âgés et/ou à temps très partiels.

Le CHL est autorisé pour une offre de chirurgie Adulte de 1^{ère} intention et une offre de chirurgie pédiatrique de 1^{ère} intention pour des enfants de plus de 3 ans pour 25 lits d'hospitalisation complète et 10 places ambulatoires médico-chirurgicales dont le taux d'occupation est en moyenne de 45 % sur les 4 dernières années.

Le plateau est composé de 3 salles opératoires qui ferment à 15h sans possibilité d'ouverture en période de PDS. Il dispose également d'une salle d'endoscopie permettant les actes d'endoscopie sans anesthésie générale, le TROS/TVO a été calculé à 70%. Le personnel paramédical bien formé, adaptatif, permettrait une augmentation d'activité. On note un engagement de l'établissement à se positionner dans le virage ambulatoire (projet 6 places en secteur ambulatoire) ainsi qu'une grande réactivité et souplesse (secrétariat, radiologie, bloc, hospitalisation...).

Le CHL dispose d'un seul chirurgien orthopédiste temps plein, les 13 autres praticiens sont en temps partagé soit en libéral soit avec le CHU. Il n'y a pas de remplacement des praticiens pendant leurs vacances. De plus le fait de travailler en temps partiel limite la complexité des interventions réalisées et rigidifie la gestion des plages opératoires.

Il y a 2 ETP d'anesthésistes-réanimateurs.

Les liens CHU-CHL sont étroits en chirurgie viscérale, en urologie, en gynécologie, en chirurgie vasculaire. Aucun lien en orthopédie.

Le CHC ne dispose pas de plateau de chirurgie mais il coopère avec la clinique Jeanne d'Arc, localisée sur le même site, pour l'accès aux blocs opératoires de la dite clinique pour la prise en charge des césariennes et de la gynécologie chirurgicale dans le cadre de son autorisation de gynécologie-obstétrique.

Le CHC a maintenu une ODS en gynécologie chirurgicale dans le cadre d'un partenariat public/privé sous forme d'un GCS de moyens. De plus il existe une consultation avancée du CHU de Tours en chirurgie vasculaire.

Le pourcentage de chirurgie ambulatoire de l'ensemble des établissements du GHT37 est passé de 50% en 2013 à 54% en 2014.

Ces résultats sont calculés sur l'ensemble des GHM de chirurgie.

Les 3 établissements concernés ont progressé entre 2013 et 2014 :

% chir ambu	CHU TOURS	CHIC	LOCHES	TOTAL
2013	49%	60%	57%	50%
2014	53%	64%	64%	54%

PRS 2012-

Le volet chirurgie du SROS s'articule autour de deux axes majeurs :

<p>2016</p>	<ul style="list-style-type: none"> - La consolidation des structures répondant aux critères de sécurité, de qualité et d'accessibilité des soins, - La poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire qui nécessite une coordination avec la médecine ambulatoire. <p>Les objectifs du SROS s'inscrivent dans :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une hiérarchisation des plateaux techniques pour l'Adulte : chirurgie de première intention (chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie viscérale et digestive) ; chirurgie de recours (chirurgies spécialisées). <p>Les sites de première intention ont <u>deux contraintes</u> : <u>disposer sur site</u> d'un dépôt de produits sanguins labiles et d'un équipement d'imagerie avec amplificateur de brillance.</p> <p>Les sites de recours doivent <u>disposer sur site</u> au minimum d'une réanimation, d'un dépôt de produits sanguins labiles, d'un équipement d'imagerie avec amplificateur de brillance, d'un scanner. Ils doivent également assurer des prestations chirurgicales spécialisées H24/365j dont notamment la neurotraumatologie et la traumatologie,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Un développement des consultations avancées pré et post-chirurgicales, - Un regroupement ou une reconversion des sites de chirurgie ayant une faible activité, - Un respect des recommandations visant à garantir la qualité et la sécurité des soins, - La poursuite du développement de la chirurgie ambulatoire, - Le développement de filière de soins entre les sites de chirurgie, le SAU et les SSR. 	
<p>CONSTAT</p>	<p>■ Les chirurgiens dressent le constat suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La ressource médicale est rare et les postes d'assistants partagés (financés par l'ARS CVL) avec les hôpitaux du GHT 37 sont d'une importance capitale tant pour la pérennité de l'activité chirurgicale de ces établissements que pour la validation de la formation des assistants dans les différentes spécialités. <p>Le choix d'orienter prioritairement ces postes vers les CH support de GHT de la région CVL fragilise l'ensemble de nos établissements.</p> <p>Ce choix est vécu comme irréaliste et pénalisant par les chirurgiens du CHU car il expose à la fuite des candidats vers d'autres régions (parisienne en particulier) par manque d'attractivité des CH de la région (peu formateur dans certaines spécialités chirurgicales) et éloignement géographique.</p> <p>Par ailleurs, le remplacement de ces postes d'assistants partagés par des postes de PH partagés posera des problèmes de financement pour les établissements périphériques et pour le CHU (nouveaux postes, sauf à imaginer transformer un poste de PH temps plein existant en 2 x 50%) et de revalorisation statutaire du travail médical multi-sites.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il n'existe pas de filière d'orthogériatrie ce qui freine la fluidité des parcours d'aval à partir de la chirurgie orthopédique, - Le partenariat Médecine de Ville / Hôpital est à consolider notamment pour ce qui concerne les bassins de vie du CHIC et du CHL. Le climat de confiance ne pourra se confirmer que si les chirurgiens sont présents dans 	

	<p>ces établissements au moins à hauteur de 50% de leur temps partagé.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Au CHU : Les temps d'ouverture des blocs opératoires et les problèmes d'effectifs en personnel paramédical ne permettent pas d'absorber de programme opératoire supplémentaire. Les délais d'attente de chirurgie programmée s'en trouveraient alors augmentés. - Au CHL : La demande croissante dans diverses spécialités (ex : en gastro-entérologie 6 mois d'attente) nécessiterait une augmentation de la présence médicale. Il est constaté une grande fuite vers le secteur privé en orthopédie. Il n'y a pas de demande de coopération du CHU. En urologie : Il existe actuellement un poste d'assistant partagé non pérenne à hauteur de 0,5 ETP au CHL. La montée en charge très rapide justifiera la présence au CHL d'1 ETP de chirurgien quelle qu'en soit la forme. En ophtalmologie : 1 assistant partagé serait programmé en NOV 2016, il y a de gros besoins. En ORL : la situation actuelle n'est pas satisfaisante (1/2 journée par semaine de temps libéral au CHL). Il convient de réfléchir à une activité partagée. En viscéral : Il existe 2 postes de PH partagés avec le CHU à hauteur de 20% chacun. - Au CHIC : Une réflexion doit être menée pour compléter l'offre en gynécologie et initier une offre en stomatologie. La demande est moins forte pour l'ORL–Le travail de coopération CHIC-CHU en orthopédie doit être maintenu et soutenu en "sanctuarisant" les 2 postes d'assistants partagés à 50%. Le développement de la prise en charge de la traumatologie semi-urgente en excès sur le CHU doit être mené. - Au CHC : pour la gynéco-obstétrique il existe une offre de chirurgie dans le cadre de la fédération inter hospitalière CHU/CHC. <p>■ Les anesthésistes dressent le constat suivant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Il existe une fragilité des effectifs au CHU de Tours qui doit être pris en compte dans le cadre de l'élaboration des fiches actions pour ne pas compromettre les projets du futur, - Les effectifs d'anesthésistes-réanimateurs des hôpitaux parties sont également fragiles (postes vacants, personnel vieillissant). 	
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> - Développer l'ODS en ambulatoire et réexaminer les capacités en lits et places de chirurgie, - Rendre les conditions de travail plus attractives pour les praticiens seniors (ambiance, outils de travail, rémunération (primes multi-sites) et parcours de soins), - Maintenir une ODS de qualité en secteur public en définissant l'offre de proximité par discipline et par filière de recours, - Eviter les fuites des patients vers d'autres structures hors GHT et favoriser les parcours de soins au sein des établissements du GHT 37, 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler sur une pérennité des postes d'anesthésie-réanimation et une optimisation des ressources. 	
ACTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Consolider le dispositif de temps médical partagé, - Modéliser ce que doit être une offre chirurgicale de proximité, viser au renforcement de la chirurgie ambulatoire et intéresser les médecins généralistes correspondant aux efforts menés pour maintenir une ODS locale en chirurgie, - Décrire les parcours de soins des pathologies pour lesquelles le dispositif de prise en charge évoluera avec la mise en œuvre du PMP, - Créer au CHC des consultations avancées pourraient permettre le suivi des patients opérés au CHU ce qui éviterait des déplacements sur Tours. - Renforcer la filière d'orthogériatrie, - Mettre en œuvre le projet de prise en charge en post-opératoire immédiat des fractures du col du fémur en HAD ou par le dispositif PRADO, - Conventionner entre le CHU d'une part et les CH de Loches, Amboise-Château-Renault et Luynes d'autre part pour une prise en charge en post-opératoire immédiate des fractures du col du fémur, - Réfléchir à une uniformisation des procédures de recrutement des anesthésistes-réanimateurs et à une optimisation des ressources médicales et paramédicales dans ce domaine. 	

4.2.2. La MEDECINE et la GERIATRIE

	MEDECINE - GERIATRIE	échéance
CONTEXTE	Des lits d'hospitalisation complète court séjour de médecine et gériatrie aigue sont autorisés dans 5 des 7 établissements du GHT37 (Cf. Annexe 1)	
PRS 2012-2016	<p><i>Le PRS reconnaît parmi les 4 priorités dans le domaine de l'autonomie :</i></p> <p><i>« Améliorer la qualité des personnes âgées en institution, améliorer le dépistage des troubles cognitifs et l'accompagnement des prises en charges spécifiques. »</i></p> <p><i>La programmation 2012-2013 prévoyait pour l'Indre-et-Loire : 282 places EHPAD supplémentaires + 116 places de SSIAD + 24 Accueil de jour + 42 Hébergement temporaire. »</i></p>	
CONSTAT	<p>❶ Pour de multiples raisons, la fluidité du parcours de certains patients est compromise ce qui augmente la durée moyenne de séjour (DMS) et diminue d'autant l'offre de soins. Cette réalité concerne tant les secteurs de Médecine que les SSR. Une enquête de type « 1 jour donné » conduite concomitamment en 2015 sur l'ensemble des établissements parties du GHT (cf. annexe 1) a montré que 10% des patients hospitalisés en service de médecine et 23% des patients en SSR étaient en attente de sortie. Le même jour, toutes les places en EHPAD publics dans le territoire de santé n'étaient pas occupées. Les raisons de cette apparente discordance entre les demandes non satisfaites et l'offre disponible sont sans doute multiples (manque d'attractivité de certaines structures, éloignement géographique, hôtellerie à « rafraichir », difficultés d'organisations).</p> <p>Parmi les autres causes recensées, le manque de lits en SSR et le besoin de SSR spécialisés ont été identifiés comme des causes majeures. Ce constat sera présenté lors des travaux d'actualisation du PRS CVL. Un bilan des actions réalisées du PRS actuel et une confrontation de ce bilan et des réalités vécues quotidiennement par les équipes permettront d'envisager de nouvelles autorisations.</p> <p>❷ La prise en charge du patient âgé à partir des SAU jusqu'au service de médecine relève toujours d'un parcours difficile. L'expérience du CHC avec la mise en œuvre d'une unité de CSG est probante à plus d'un titre : permettre une admission du patient directement en service d'hospitalisation sans passer par le SAU grâce à une programmation concertée entre le médecin gériatre hospitalier et le médecin traitant ou le médecin coordonnateur d'EHPAD.</p> <p>L'offre de soins actuelle en CSG comprend 25 lits au CHU, 12 lits au CHC, et 53 lits au CHIC.</p> <p>La mise en place de CSG au CH de Loches et l'augmentation capacitaire du CSG du CHC et du CHU seraient de nature à densifier le maillage existant du territoire d'une offre de soins dédiée à la personne âgée, à partir de son domicile. Ces structures créent du lien entre les EHPAD et leur établissement de proximité et de premier recours.</p>	
OBJECTIFS	<p>Les équipes médicales s'accordent sur les priorités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fluidifier le parcours du patient âgé entre Médecine/SSR/EHPAD, - Diversifier l'ODS sur ces 3 secteurs en terme quantitatif et qualitatif. 	

	Ces priorités sont en cohérence avec les recommandations du PRS et certaines de ces actions donnent lieu à un projet en cours de finalisation.	
ACTIONS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Réviser la carte des unités de CSG dans le territoire de santé et le maillage de fonctionnement entre les différentes UCG du territoire et leurs structures d'aval (EHPAD, UHR, UCC, Unité de répit). 2. Adapter l'offre gériatrique du territoire aux besoins de la population et diversifier cette offre : <ul style="list-style-type: none"> - Adapter l'offre d'hébergement gériatrique aux besoins de la population : accueil de jour, accueil temporaire..., - Développer une Unité Cognitivo-Comportementale (UCC), - Développer une Unité d'Hospitalisation renforcée (UHR) par bassin de vie, - Créer une Unité de Géronto-Psychiatrie (UGP) territoriale, - Créer des unités de répit, - Créer des unités d'onco-gériatrie au prorata du développement territorial de la filière onco-gériatrique, - Réfléchir à une prise en charge SSR « neurovasculaire » et ortho-gériatrique. 3. Diversifier les SSR spécialisés afin de prendre en considération les Troubles du Comportement Alimentaire (TCA), les patients en phase palliative chronique. Certaines de ces actions se retrouveront dans le projet commun porté par les groupes oncologie, santé mentale ou urgences. 4. Renouveler l'enquête un jour donné chaque année. 5. Articuler la filière gériatrique de chaque bassin de vie avec le dispositif PAERPA. 6. Décrire les parcours de soins des pathologies pour lesquelles le dispositif de prise en charge évoluera avec la mise en œuvre du PMP. 	

4.2.3. L'ONCOLOGIE MEDICALE

	ONCOLOGIE MEDICALE		échéance
CONTEXTE		Autorisations de traitement du cancer PRS	Soins Palliatifs
	CHU de Tours	Pôle régional de référence/niveau 3	- 18 lits identifiés - 1 CS douleur et une EMSP - 1 EADSP
	CHC	Site associé au CHU pour l'offre de chimiothérapie/niveau 1	- 4 lits identifiés en SSR - 5 lits identifiés en Médecine - 1 CS douleur et une EMSP
	CHIC	-	
	CHL	Site associé au CHU pour l'offre de chimiothérapie/niveau 1	
	CHSM	-	
	CHLy	-	- 1 USP (10 lits)
PRS 2012-2016	<p><i>Le PRS souligne dans le volet oncologie du SROS :</i></p> <p><i>« L'intérêt des sites de chimiothérapie associé afin de garantir aux patients un accès de proximité à la chimiothérapie tant pour l'adulte que pour l'enfant et la surveillance des traitements. La primo-prescription, les modifications de traitement, ainsi que l'organisation de la prise en charge de proximité restent de la responsabilité de l'établissement autorisé (CHU) selon les modalités définies par voie conventionnelle. »</i></p> <p><i>« Dans le domaine du cancer le programme de télémedecine devra s'attacher à développer la visio conférence pour les RCP... »</i></p> <p><i>« Le développement de la chimiothérapie à domicile doit être poursuivi du fait notamment du développement des molécules dont l'administration se fait par voie sous cutanée ou orale...un cahier des charges sera défini sur l'éligibilité des patients...une attention particulière devra être portée quant aux moyens dédiés à l'activité des unités de reconstitution des cytostatiques compte tenu de l'activité croissante prévisible. »</i></p>		
CONSTAT	<p>❶ Sur le parcours patient les observations suivantes ont été réalisées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La fragilité des effectifs d'oncologues qui ne permet aujourd'hui d'assurer un temps de présence sur chaque site associé qu'avec le recours à des médecins spécialistes du CHU en cessation d'activité. Ces difficultés concernent le CHC et le CHL et toutes les spécialités. Cette période difficile pourrait s'améliorer à échéance de novembre 2017, - Le manque d'outils informatiques qui amélioreraient la communication inter-équipes, la transmission des dossiers et diminueraient les délais de prise en charge, - L'amélioration du confort du patient doit être recherchée. Les transferts sont très fréquents, obligeant les familles à des déplacements ou ne permettant pas au patient d'être entouré par ses proches, - La visio-conférence est utilisée pour les RCP et fonctionne essentiellement au niveau régional voire national. <p>❷ Sur des points particuliers :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hormis le CHLy qui dispose d'une unité spécialisée en SP, tous les établissements de court séjour assurent des soins palliatifs mais seuls les établissements de Chinon et Tours disposent de LISP. La prise en charge en 		

	<p>soins palliatifs hors établissement autorisé mérite une reconnaissance au bénéfice de la proximité et de la bienveillance des patients et de leur famille,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cette reconnaissance ne peut se concevoir sans une équipe formée avec un recours possible à une équipe mobile de soins palliatifs. En effet, l'activité de soins palliatifs nécessitent une intervention des équipes de soins palliatifs en amont de la phase terminale afin d'accompagner au mieux le patient et de construire une continuité du parcours de soins entre le domicile et les centres hospitaliers. Les activités des équipes mobiles intra ou extra hospitalières ne cessent de croître au fil des années alors que leurs effectifs sont peu modifiés, - Les patients relevant de soins palliatifs chroniques soulèvent un problème de prise en charge. Si dans un premier temps l'USLD apparaît comme la structure la plus adéquate au regard des soins attendus, il n'en demeure pas moins que l'USLD est financièrement pour une partie à la charge du patient ou de ses ayants droits. Cela pose un vrai problème éthique, - La FMIH des soins palliatifs en création entre le CHU et le CHLy est de nature à accompagner les établissements dans leur démarche d'identification et de valorisation de LISP. <p>③ Un bilan des activités de chimiothérapie et de soins palliatifs réalisées par les établissements parties du GHT en 2014 est présenté en annexes 2 et 3.</p> <p>④ S'agissant de l'onco-gériatrie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - En Région Centre-Val de Loire 10 000 patients pouvant bénéficier de chimiothérapie sont âgés de 75 ans ou plus chaque année, - L'antenne coordinatrice d'onco-gériatrie du réseau Onco-Centre, mise en place au CHU depuis 2013, a pour objectif de sensibiliser et d'accompagner les oncologues dans la démarche thérapeutique pour des patients âgés, - Le parcours de soins de la filière d'onco-gériatrie mérite d'être développé au regard de la démographie attendue et de la prévalence des cancers des plus de 75 ans. 	
OBJECTIFS	<p>Les équipes médicales s'accordent sur les priorités suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Faciliter la réalisation des séances de chimiothérapie au lieu de vie du patient, dans son bassin de vie (Pays Loire Touraine) et dans les centres associés qui doivent être confortés, - Promouvoir des soins palliatifs de qualité dans des unités reconnues et disposant de personnel soignant formé, - Prendre en considération les besoins spécifiques des patients devant bénéficier de soins palliatifs chroniques, - Renforcer la continuité du parcours de soins des patients en soins palliatifs par l'intervention des équipes mobiles de soins palliatifs intra et extra hospitalières, - Développer la prise en charge spécifique des patients de plus de 75 ans atteints de cancer dans une filière d'onco-gériatrie. 	
ACTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Décrire les parcours de soins des pathologies pour lesquelles le dispositif de prise en charge évoluera avec la mise en œuvre du PMP, - Identifier sur le parc de lits existants des LISP aux CHL et du CHIC, - Travailler un projet de prise en charge des patients relevant de soins palliatifs «chroniques» avec l'aide de la FIHUSP, - Réexaminer le schéma 37 de chimiothérapie ambulatoire afin, notamment, 	

	<p>de consolider l'offre existante sur les sites associés au CHU de Tours (CHC et CHL) et en incluant l'HAD, et de réfléchir à son extension au CHIC,</p> <ul style="list-style-type: none">- Développer l'offre d'onco-gériatrie par une unité SSR d'onco-gériatrie en s'appuyant sur la coordination territoriale existante en conformité au cahier des charges de l'INCa,- Développer la diffusion des pratiques de soins palliatifs sur le territoire par le biais notamment de la formation et de la recherche en s'appuyant sur la Fédération Inter-Hospitalière des Soins Palliatifs,- Élaborer une formation socle destinée aux internes en médecine sur la prise en charge des patients devant bénéficier de soins palliatifs avec des repères pratiques et thérapeutiques,- Compte tenu des nouvelles modalités de chimiothérapie qui s'annoncent, il est envisageable de mettre un place un suivi à domicile en s'appuyant sur les nouvelles technologies (objets connectés et tablettes). Un tel projet est en cours de réflexion au CHU.	
--	--	--

4.2.4. URGENCES

	URGENCES	Echéance																									
CONTEXTE	<p>Le GHT 37 dispose du dispositif d'accueil, d'orientation et de prise en charge de l'urgence suivant :</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>SAMU / 15</th> <th>SMUR terrestre</th> <th>SAU</th> <th>SAU Pédiatrie</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>CHU</td> <td>X</td> <td>Terrestre A + néonatal Hélico</td> <td>X</td> <td>X</td> </tr> <tr> <td>CHIC</td> <td></td> <td>Terrestre Hélisurface</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CHC</td> <td></td> <td>Terrestre Hélisurface</td> <td>X</td> <td></td> </tr> <tr> <td>CHL</td> <td></td> <td>Terrestre Hélisurface</td> <td>X</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> <p>Les filières d'urgence spécialisée au CHU : UNV – OPHTALMOLOGIE – ORL – NEURORADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE – NEUROTRAUMATOLOGIE – REA USIC USC – CHIRURGIE CARDIOVASCULAIRE – GRANDS BRULES – GREFFES – CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE – GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE NIVEAU III – IML -</p>		SAMU / 15	SMUR terrestre	SAU	SAU Pédiatrie	CHU	X	Terrestre A + néonatal Hélico	X	X	CHIC		Terrestre Hélisurface	X		CHC		Terrestre Hélisurface	X		CHL		Terrestre Hélisurface	X		
	SAMU / 15	SMUR terrestre	SAU	SAU Pédiatrie																							
CHU	X	Terrestre A + néonatal Hélico	X	X																							
CHIC		Terrestre Hélisurface	X																								
CHC		Terrestre Hélisurface	X																								
CHL		Terrestre Hélisurface	X																								
PRS 2012-2016	<p>Les orientations du PRS sont les suivantes :</p> <p>« Travailler selon les spécificités du territoire sur la fluidité de la prise en charge, Améliorer l'articulation avec les services d'amont et d'aval (médecine, SSR, USLD, EHPAD) Mutualiser les ressources médicales pour maintenir une ODS dans des spécialités sinistrées, Renforcer le maillage territorial des transports en SMUR ? Consolider et développer les filières de l'urgence spécialisée : neuro-vasculaire, pédiatrie, main, chirurgie cardiaque, cardiologie, Faciliter l'orientation des patients et mettre en place le ROR, Optimiser le dispositif d'urgence en lien avec le schéma départemental d'analyse et de couverture des risques. »</p>																										
CONSTAT	<p>Les membres du groupe s'accordent sur l'absence de problématique particulière concernant la filière de l'urgence pédiatrique pouvant être discutée en mode GHT.</p> <p>Les membres du groupe s'accordent sur leurs difficultés à trouver des lits disponibles en aval des urgences et s'interrogent sur l'intérêt d'une gestion départementale de l'offre de lits.</p> <p>L'Institut Médico-Légal du CHU de Tours : Une astreinte de médecin légiste est en place depuis 1998 sur le territoire. Cette astreinte peut être sollicitée à tout moment par le médecin urgentiste afin de recueillir un conseil, une conduite à tenir ou une demande de déplacement dans le cadre de réquisitions policières pour l'examen d'une personne.</p>																										

	<p>L'IML, dans son volet « médecine du vivant » est appelé à recevoir de nombreuses victimes de violences physiques notamment pour lesquelles les certificats médicaux initiaux réalisés par des médecins non légistes sont jugés par les autorités judiciaires comme insatisfaisants et pouvant limiter les droits de la victime à réparation du préjudice corporel.</p> <p>L'Urgence Neuro-Vasculaire :</p> <p>Le CHU dispose d'une unité de prise en charge régionale de l'urgence neuro-vasculaire (UNV). A ce titre, ce centre accueille pour bilan et geste thérapeutique les patients porteurs d'un AVC qui en fonction du caractère d'urgence et du délai de PEC, peuvent bénéficier d'une thrombolyse par voie IV ou une thrombectomie par geste radio-interventionnel.</p> <p>Deux problèmes ont été discutés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cette unité dispose de 6 lits de soins intensifs et ne peut accueillir tous les patients orientés directement par le SAMU sans devoir passer par le SAU, - La DMS en hospitalisation dans cette unité est de 48 à 72h. la difficulté réside dans la recherche du lit d'aval, difficulté particulièrement prégnante pour le sujet âgé. L'âge moyen des patients pris en charge est de 70 ans. Il n'y a pas de critères de sélection d'âge d'admission. <p>Les plans blancs :</p> <p>Il n'existe pas de concertation inter-établissement concernant les modalités de conception de son dispositif d'afflux massif de victimes.</p>	
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place en grande priorité le dispositif de partage des images et des données du DMP, - Sensibiliser les équipes des SAU sur le rôle et missions de l'IML de Tours, - Fluidifier la file d'attente des patients depuis les SAU vers l'unité neurovasculaire du CHU de Tours, - Augmenter l'offre en UNV par transfert rapide des PA vers un SSR «neurovasculaire» adapté ou HAD, - Connaître les plans blancs des membres du GHT afin de s'assurer d'une certaine cohérence. 	
ACTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Décrire les parcours de soins des pathologies pour lesquelles le dispositif de prise en charge évoluera avec la mise en œuvre du PMP, - Des procédures organisationnelles inter-établissements méritent d'être travaillées afin de permettre l'accès direct d'un patient d'un SAU de CHL, CHIC ou CHC dans le service devant recevoir le patient au CHU sans un passage systématique par le SAU du CHU, - Renforcer les collaborations UNV/HAD afin de faciliter la sortie du patient, - Créer une unité SSR « neurovasculaire » pour l'accueil des personnes âgées en aval de l'UNV, - Réactiver la charte de bonnes pratiques entre l'IML et les SAU du GHT concernant l'orientation au maximum à J10 des personnes victimes de violences physiques pour établir un certificat médical initial, - Le SROS Imagerie localise un scanner à l'IML du CHU de Tours. Il convient de fixer l'échéancier de mise en œuvre, 	

	<ul style="list-style-type: none">- Mener un groupe de travail sur les plans blancs des établissements parties et veiller à une simplification et une standardisation des documents si besoin,- Mener une réflexion sur l'intérêt d'une fédération médicale inter-hospitalière des urgences fondée sur des modalités organisationnelles communes (par exemple liste d'urgentistes volontaires pour faire face aux difficultés ponctuelles)	
--	---	--

4.2.5. PERINATALITE

	PÉRINATALITÉ	échéance	
CONTEXTE	Le dispositif public de gynécologie-obstétrique 37 :		
	MATERNITE		CENTRE PERINATALITE
	CHU		Niveau III
	CHC		Niveau I
	CHIC		Avec hébergement
CHL	Sans hébergement		
PRS 2012-2016	<p><i>Le PRS CVL définit le périmètre de la périnatalité comme l'ensemble des actions s'intéressant à la santé sexuelle, la grossesse, l'accouchement, la naissance, la période néonatale et la santé des enfants de 0 à 6 ans.</i></p> <p><i>Il identifie trois axes prioritaires :</i></p> <p><i>« Améliorer les conditions de la grossesse et de la naissance qui implique de repérer et de diminuer les conduites à risques notamment, l'amélioration et le repérage et le suivi des facteurs de risque.</i></p> <p><i>Améliorer la santé de l'enfant avec trois objectifs pointés : diminution du surpoids et de l'obésité, réduction de l'incidence et de la prévalence de l'asthme et enfin l'amélioration de la couverture vaccinale. »</i></p> <p><i>Mieux prévenir et prendre en charge les grossesses non désirées. »</i></p> <p><i>Dans le volet prévention et promotion de la santé du schéma régional de prévention, l'ARS décrit 6 objectifs, dont :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - n°1 : Renforcer les stratégies de dépistage, (...) des troubles du comportement de l'enfant - n°5 : Promouvoir les actions dans le champ de la santé mentale : développer les compétences psychosociales dès le plus jeune âge, (...) généraliser le repérage des troubles précoces de la relation mère enfant. 		
CONSTAT	<p>La répartition sur le territoire de l'ODS en gynécologie-obstétrique incluant maternité de niveau 3 au CHU, de niveau 1 au CHC et les centres de périnatalité aux CHL et CHIC apparaît satisfaisante mais ce dispositif demeure fragile car reposant sur un petit nombre de postes médicaux partagés.</p> <p>Le déploiement des procédures de dépistage des risques durant le 1^{er} trimestre de grossesse sur le Lochois, au CHIC et au CHC nécessite des renforts. Il en va de même des consultations avancées sur le Lochois qui doivent être consolidées.</p> <p>Le parcours de soins entre les établissements publics du GHT37 sera facilité par le partage du dossier médical informatisé.</p> <p>Le dispositif de PEC des conduites addictives des femmes enceintes ou des jeunes mamans au CHLS pourrait être mieux utilisé et aider à la mise en place d'un dispositif de dépistage des addictions pré et/ou postpartum sur le territoire.</p> <p>Il ne semble pas exister de difficultés particulières pour la prise en charge des femmes de la communauté des gens du voyage. Par contre les femmes issues de la population « nouveaux migrants » cumulent de vraies difficultés (problème de langue, isolement, contexte psychoaffectif douloureux...)</p> <p>Ni en l'Indre-et-Loire ni en région Centre n'existe d'unité d'hospitalisation (complète ou de jour) parents bébé pour répondre aux besoins de prise en charge des situations médico-psycho-sociales ou psychiatriques périnatales.</p>		
OBJECTIFS	<p>Les objectifs du groupe s'inscrivent avec ceux du PRS à savoir :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mailler le territoire afin de doter le service de gynéco-obstétrique de Chinon et 		

	<p>les centres de périnatalité du CH de Loches et du CHIC des moyens nécessaires au développement de PREGNANT-SEE ?,</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reconnaître un centre de prise en charge parent-enfant pour la prise en charge psycho-sociale autour de la grossesse, - Lutter contre les addictions chez la femme enceinte et les prendre en charge lorsqu'elles existent (alcool mais pas seulement), - Conforter et améliorer le fonctionnement de la structure d'accueil parents-enfants du CHLS. - Quantifier le besoin pour tout parcours de soins identifiés. 																																				
ACTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Créer, au centre de périnatalité du CHIC, un hôpital de jour parents-bébé pour la prise en charge des situations médico-psycho-sociales fragiles. - Décrire les parcours de soins des pathologies pour lesquelles le dispositif de prise en charge évoluera avec la mise en œuvre du PMP (exemple : circuit des hémorragies de la délivrance-embolisation), - Formaliser un dossier de périnatalité unique entre les établissements du GHT 37, - Déployer PREGNANT.SEE par la formation des personnels médicaux et sages-femmes des centres de périnatalité du CHL et du CHIC selon le tableau suivant : <table border="1" data-bbox="304 987 1302 1319"> <thead> <tr> <th colspan="5">État des ressources disponibles pour le déploiement de Prégnaant-See</th> </tr> <tr> <th></th> <th><i>CHU</i></th> <th><i>Chinon</i></th> <th><i>Loches</i></th> <th><i>Amboise</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Médecin formé</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Sage-femme formée</td> <td>Oui</td> <td>Non</td> <td>Non</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Logiciel Viewpoint</td> <td>Oui</td> <td>Partiel</td> <td>En cours</td> <td>Non</td> </tr> <tr> <td>Échographe</td> <td>Oui</td> <td>Oui</td> <td>Oui</td> <td>Oui</td> </tr> <tr> <td>Biologie</td> <td>Non</td> <td>Non</td> <td>Non</td> <td>Non</td> </tr> </tbody> </table> <ul style="list-style-type: none"> - Développer le dépistage précoce et systématique des conduites addictives de la femme autour de la grossesse par un questionnaire mieux ciblé sur les conduites à risque en partenariat avec le CHLS, 	État des ressources disponibles pour le déploiement de Prégnaant-See						<i>CHU</i>	<i>Chinon</i>	<i>Loches</i>	<i>Amboise</i>	Médecin formé	Oui	Non	Oui	Non	Sage-femme formée	Oui	Non	Non	Non	Logiciel Viewpoint	Oui	Partiel	En cours	Non	Échographe	Oui	Oui	Oui	Oui	Biologie	Non	Non	Non	Non	
État des ressources disponibles pour le déploiement de Prégnaant-See																																					
	<i>CHU</i>	<i>Chinon</i>	<i>Loches</i>	<i>Amboise</i>																																	
Médecin formé	Oui	Non	Oui	Non																																	
Sage-femme formée	Oui	Non	Non	Non																																	
Logiciel Viewpoint	Oui	Partiel	En cours	Non																																	
Échographe	Oui	Oui	Oui	Oui																																	
Biologie	Non	Non	Non	Non																																	

4.2.6. SANTE MENTALE

4.2.6.1 SANTE MENTALE ADULTE

	SANTE MENTALE ADULTE	Echéance
CONTEXTE	<p>Le département 37 est divisé en 7 secteurs de psychiatrie Adulte qui ont chacun la mission de répondre aux besoins de santé mentale de la population Adulte. L'évolution démographique conduit les secteurs à prendre en charge des populations inégalement réparties.</p> <p>La prise en charge est organisée dans les centres hospitaliers complétée par une offre privée présente mais qui ne participe pas à la PDS.</p> <p>Les effectifs médicaux et paramédicaux sont hétérogènes sur le territoire et limités au regard des missions qui leur sont dévolues.</p>	
PRS 2012-2016	<p><i>« La santé mentale représente l'état d'équilibre psychique d'une personne à un moment donné sous l'influence de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux qui agissent sur la personne elle-même et la communauté. Les situations de déséquilibres peuvent faire apparaître des troubles mentaux dont la prise en charge comme état pathologique relève alors de la psychiatrie.</i></p> <p><i>De ce cadre il découle les priorités suivantes :</i></p> <ol style="list-style-type: none"> <i>1. Diminuer la mortalité par suicide : Il demeure une cause de surmortalité en région et reste fortement liée à la souffrance psychique. Les publics concernés sont principalement les jeunes (15-45 ans) mais aussi les personnes âgées (+75 ans).</i> <i>2. Améliorer la réponse aux situations de crise : Cette réalité impose d'organiser le circuit de prise en charge pertinente et de préparer les sorties d'hospitalisation dans des conditions satisfaisantes et sécurisantes.</i> <i>3. Améliorer la qualité des prises en charge en santé mentale: assurer la continuité et le suivi des prises en charge dans les territoires de proximité, pour des publics spécifiques comme les enfants, les adolescents, les personnes âgées. L'articulation entre les systèmes de prise en charge sanitaire, médico-sociale et les différentes institutions comme l'Education nationale doit être recherchée. De même une structure de psychogériatrie par territoire de santé est un objectif du présent SROS. »</i> <i>4. Installer la Commission Régionale Permanente de la Psychiatrie.</i> 	
CONSTAT	<p>La sectorisation</p> <ul style="list-style-type: none"> - Une sectorisation géographique obsolète au regard de l'évolution démographique des différents secteurs, de la répartition des moyens, de la répartition des médecins psychiatres, - Une démographie de médecins psychiatres très tendue sur l'ensemble des secteurs. <p>Le parcours de soins</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des difficultés de parcours rencontrées pour la prise en charge du patient de l'hospitalisation vers les SSR spécialisés, - Une augmentation des syndromes de stress post-traumatiques, de syndromes de « burn out » et d'états suicidaires, <p>Les moyens</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence de lits de sevrage alcooliques de niveau II. Les sevrages 	

	<p>sont effectués en service de médecine,</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'absence d'une unité pour la prise en charge des Troubles du Comportement Alimentaire. 	
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> - Adapter l'offre de soins aux prises en charge de publics chroniques particuliers (Syndromes de Korsakoff, lorsque les soignants ont besoin de souffler) et pour lesquels le service de psychiatrie devient le domicile, - Améliorer la prise en charge post-urgence, - Diversifier l'offre de soins pour répondre à de nouveaux besoins, - Conforter le lien entre les services de court séjour et les SSR spécialisés, - Compléter l'offre de soins par des lits de sevrage de niveau II. 	
ACTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Décrire les parcours de soins des pathologies pour lesquelles le dispositif de prise en charge évoluera avec la mise en œuvre du PMP, - Réactiver le secrétariat permanent de la psychiatrie afin de conduire : <ul style="list-style-type: none"> . Le redécoupage de la sectorisation Adulte, . Le besoin en nouvelles modalités de prise en charge et construire un projet (HDJ, séjours de répit), - Mettre en place des soins gradués (niveau I, II, III) sur le territoire en matière d'addictologie, allant de la CS externe à l'hospitalisation complète en passant par l'hospitalisation de jour et de semaine, conformément aux objectifs de la FMIA 37, - Créer au CHLS une unité de prise en charge des TCA par reconversion de lits SSR existants. 	

	SANTE MENTALE ENFANT ADOLESCENT	Echéance
CONTEXTE	<ul style="list-style-type: none"> - Une demande de soins croissante et variée selon les tranches d'âge, - De faibles effectifs médicaux, - Un département connaissant des zones fragiles en termes d'accessibilité. 	
PRS 2012-2016	<ul style="list-style-type: none"> - Renforcer la coordination territoriale pour la prise en charge des adolescents par l'intermédiaire des réseaux de santé, - Constituer une équipe mobile territoriale afin d'améliorer la gestion de crise, - Définir précisément le périmètre et les objectifs d'un dispositif « soins-études » destiné aux adolescents et jeunes adultes (13-25 ans), - Expérimenter la création d'un site régional pour la prise en charge des jeunes en situation de crise en hospitalisation à temps complet. 	
CONSTAT	<ul style="list-style-type: none"> - Le découpage actuel des secteurs ne semble pas remis en question cependant les médecins psychiatres constatent une sursaturation : il faut compter 9 à 12 mois pour une primo-consultation d'évaluation quel que soit l'inter-secteur. Le délai de prise en charge peut s'avérer encore plus long en fonction des besoins spécifiques de l'enfant et, ou, du ou des parents. L'éloignement de certaines zones géographiques comme le nord-ouest ou le grand sud reste un problème pour la prise en charge (aggravation de la situation depuis la fermeture des CMP de Descartes (inter-secteur 3) et Neuillé-Pont-Pierre (inter-secteur 2)). - Le manque de ressources est souligné. Le contexte sociétal amène de plus en plus fréquemment l'enfant en consultation d'un pédo-psychiatre. Pour autant les effectifs de soignants n'ont pas beaucoup évolué et la dernière innovation en matière de pédo-psychiatrie remonte à la mise en place d'un Centre Régional de l'Autisme, il y a environ 20 ans, - Il n'existe pas de lits de pédo-psychiatrie et ce manque est pointé. Actuellement 3 lits sont occupés en continu au CH Clocheville pour permettre l'accueil et le soin aux jeunes patients. La file active est de l'ordre de 400 patients/an. - Le refus scolaire anxieux est une réalité à laquelle les pédo-psychiatres ne cessent d'être confrontés au quotidien, - L'Equipe mobile de prévention du suicide chez les adolescents est un dispositif fragile mis en œuvre sur des crédits non pérennes. 	
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> - Améliorer la prise en charge de jeunes enfants en hospitalisation complète au CH Clocheville, - Améliorer la prise en charge des adolescents confrontés à des difficultés spécifiques. 	
ACTIONS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Décrire les parcours de soins des pathologies pour lesquelles le dispositif de prise en charge évoluera avec la mise en œuvre du PMP. 2. Finaliser le projet « soins-études » en concertation CHU/Centre Oreste du CHC/MDA/Education nationale. 	

	<ol style="list-style-type: none">3. Consolider l'équipe de pédopsychiatrie de liaison à court terme et reconnaître à moyen-long terme des lits de pédopsychiatrie.4. Demander à l'ARS de pérenniser le financement de l'équipe mobile de prévention du suicide chez les adolescents.5. Faire bénéficier l'enfant et l'adolescent de la mise en place des soins gradués et d'une offre complète sur le territoire en matière d'addictologie6. Faire bénéficier l'enfant et l'adolescent les lits SSR dédiés aux de TCA.7. Envisager la création d'une antenne de MDA à Loches et à Chinon.8. Ces actions seront à mettre en perspective de la restructuration complète du CH Clocheville à l'occasion de son transfert sur le site du CH Bretonneau.	
--	---	--

4.3. Les plateaux techniques avec leur déclinaison par site

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

La cardiologie interventionnelle

Réanimation, Soins intensifs et Surveillance continue Adulte

Réanimation, Soins intensifs et Surveillance continue pédiatrique

Prise en charge de l'Insuffisance rénale chronique

Imagerie.

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

4.4. Les activités de SSR avec leur déclinaison par site

4.4.1 Typologie des établissements SSR du GHT 37

Le tableau ci-dessous présente les autorisations d'activité des établissements de soins de suite et réadaptation du secteur public à disposition de la population du territoire du GHT37 et le total des journées réalisées en 2013 par établissement

Nombre de jours par type d'autorisation de l'unité médicale	2013					Total GHT 37
	L SEVESTRE	CHRU TOURS	CHINON	AMBOISE-CR	LUYNES LOCHES	
Adultes de 18 ans et plus						
Soins de suite et de réadaptation indifférenciés ou polyvalents			10 747	10 640	10 646	32 033
Affections de l'appareil locomoteur				9 765*		9 765
Affections du système nerveux						30
Affections cardiovasculaires						
Affections respiratoires						
Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien						
Affections oncologiques						
Affections des brûlés						
Affections liées aux conduites addictives	42 794					42 794
Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance		32 953	15 089		23 124	71 166
Enfants de moins de 6 ans						
Soins de suite et de réadaptation indifférenciés ou polyvalents		2 864				2 864

*dont 60 journées pédiatriques: jeunes de 16 ou 17 ans, hospitalisés en unité autorisée adultes
Source: UREH

4.4.2 Présentation synthétique de l'activité des SSR du GHT 37

Ces tableaux présentent le détail des activités par établissement pour l'année 2013

2013	L SEVESTRE			CHRU TOURS			CHINON			AMBOISE-CR			LUYNES			LOCHES			Total GHT 37		
	Nb séj	Nb sem	Nb jrs	Nb séj	Nb sem	Nb jrs	Nb séj	Nb sem	Nb jrs	Nb séj	Nb sem	Nb jrs	Nb séj	Nb sem	Nb jrs	Nb séj	Nb sem	Nb jrs	Nb séj	Nb sem	Nb jrs
Hospitalisations complètes	1 003	7 148	42 794	986	5 723	34 763	903	4 459	25 836	738	3 344	18 764	553	3 714	23 154	363	1 802	10 646	4 546	26 190	155 957
Hospitalisations partielles de jour*				1 052	1 052	1 054				155	486	1 641							1 207	1 538	2 695
Total	1 003	7 148	42 794	2 038	6 775	35 817	903	4 459	25 836	893	3 830	20 405	553	3 714	23 154	363	1 802	10 646	5 753	27 728	158 652

2013	L SEVESTRE			CHRU TOURS			CHINON			AMBOISE-CR			LUYNES			LOCHES			Total GHT 37		
	Nb séj	Nb sem	Nb jrs	Nb séj	Nb sem	Nb jrs	Nb séj	Nb sem	Nb jrs	Nb séj	Nb sem	Nb jrs	Nb séj	Nb sem	Nb jrs	Nb séj	Nb sem	Nb jrs	Nb séj	Nb sem	Nb jrs
POPULATION ADULTE																					
Hospitalisations complètes	1 003	7 148	42 794	791	5 331	32 953	903	4 459	25 836	735	3 338	18 735	553	3 714	23 154	363	1 802	10 646	4 348	25 792	154 118
Hospitalisations partielles de jour*										153	479	1 610							153	479	1 610
Total	1 003	7 148	42 794	791	5 331	32 953	903	4 459	25 836	888	3 817	20 345	553	3 714	23 154	363	1 802	10 646	4 501	26 271	155 728

2013	CHRU TOURS			AMBOISE-CR			Total GHT 37		
	Nb séj	Nb sem	Nb jrs	Nb séj	Nb sem	Nb jrs	Nb séj	Nb sem	Nb jrs
POPULATION PEDIATRIQUE									
Hospitalisations complètes	195	392	1 810	3	6	29	198	398	1 839
Hospitalisations partielles de jour*	1 052	1 052	1 054	2	7	31	1 054	1 059	1 085
Total	1 247	1 444	2 864	5	13	60	1 252	1 457	2 924

Source:UREH

Au total 158 652 journées d'hospitalisation en SSR ont été réalisées en 2013 sur le territoire du GHT37 dont 155 728 pour la population adulte et 2 924 pour la population pédiatrique.

Par arrêté de l'ARS CVL en date du 30 octobre 2015, le CHC est titulaire d'une autorisation de SSR pour enfants et adolescents pour 6 lits d'hospitalisation complète et 9 places. Ce SSR est qualifié pour la prise en charge d'handicap neuro-développemental chez les enfants à partir de 3 ans et les adolescents. Il a une vocation régionale voire interrégionale.

	SSR	Echéance
CONTEXTE	La présentation des SSR des établissements parties est présentée ci-dessus.	
PRS 2012-2016	<ul style="list-style-type: none"> - Promouvoir et accompagner le rapprochement de petites structures de SSR non spécialisées afin de lutter contre la pénurie de personnel médical et paramédical, - Développer la prise en charge ambulatoire notamment adossée à un SSR gériatrique situé au centre des zones de plus forte densité de population, - Renforcer la coopération avec l'HAD, - Développer la prise en charge cancérologique, - Développer la prise en charge en soins palliatifs, - Créer un accueil en SSR pour les adolescents présentant une anorexie mentale en identifiant une structure de 6 lits en Indre-et-Loire, - Pas d'implantation nouvelle en SSR mais possibilité de développer des capacités existantes au regard des besoins. 	
CONSTAT	<p>L'outil web « TRAJECTOIRE » d'aide à l'orientation des patients a permis de faciliter la recherche d'un lit en SSR.</p> <p>Pour autant l'évolution des pathologies devrait conduire à s'interroger sur des prises en charges en SSR spécialisés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - SSR d'ortho-gériatrie, de cardio-gériatrie et d'onco-gériatrie, - SSR gériatrique devrait être préparée dès le court séjour, le plus tôt possible. Une diversification de l'offre SSR pour les personnes âgées devrait faire l'objet d'une inscription aux travaux de révision du prochain PRS. Il s'agit d'une diversification en termes d'accueil (hôpital de jour, hôpital de semaine), - Unité Cognitivo-Comportementale (UCC), petites unités de 10 à 12 lits identifiés au sein des SSR gériatriques. Ces UCC relèvent d'un cahier des charges précisé dans le PRS, - SSR TCA CHU/CHLS à mettre en place. Les TCA sont la seconde cause de mortalité en France chez les 15-24 ans. Au CHU actuellement l'hospitalisation en service de médecine interne de patients devant relever de SSR TCA est estimée à plus de 500 jours/an et une DMS moyenne de 2 mois, - Les centres de Bois-Gibert, Bel Air et Le Courbat ont des temps médicaux partagés avec le CHU sur le plan clinique et sur le plan du DIM. (Cf. volet 12) 	
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> - Faire évoluer les SSR non spécialisés vers des SSR accueillant des patients âgés, dépendants et poly-pathologiques, - Diversifier l'offre de soins en SSR gériatrie afin de répondre plus spécifiquement aux besoins de réadaptation du patient, - Développer l'offre en SSR ambulatoire, - Innover pour la mise en place de structures de SSR dans des champs non encore couverts, - Réaffirmer l'urgence de la prise en charge des TCA. 	
ACTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Décrire les parcours de soins des pathologies pour lesquelles le dispositif de prise en charge évoluera avec la mise en œuvre du PMP. 	

Etablissements parties :

Spécialiser l'ODS SSR du CHU afin d'identifier 10 lits UCC, 12 lits SSR de neuro-gériatrie, 10 à 12 lits d'onco-gériatrie, 20 lits d'ortho-gériatrie.

Mettre en œuvre l'autorisation du SROS pour la création à partir de lits existants d'un centre de prise en charge des TCA au CHLS.

Réfléchir sur une unité SSR pouvant accueillir des malades en phase palliative chronique,

Réviser le schéma SSR en faveur des prises en charge ambulatoire ou de semaine.

Etablissements partenaires :

Le Centre Le Courbat :

Fluidifier les filières de prise en charge des patients relevant d'addictions avec ou sans substance et les patients à risque relevant des syndromes de « burn out » en lien notamment avec le centre d'accueil et de crise suicidaire du CHRU.

Ce Centre fait valoir une disponibilité d'une unité de 10 lits à partir de laquelle les établissements du GHT 37 pourraient travailler un projet de SSRA. Ce SSRA pourrait accueillir les situations les plus complexes, tels que les patients venant de la future unité d'addictologie de recours niveau II de la FMIA 37 ou les patients répondant à un stress post-traumatiques. Le Centre Le Courbat participe à un projet de recherche clinique (PAACT) mené avec le pôle de psychiatrie-addictologie et reste ouvert à toutes recherches cliniques futures dans le champ de l'addictologie.

Le Centre Bois Gibert :

SSR cardiologique :

Renforcer la complémentarité dans le parcours de soins du patient cardiaque, notamment concernant les aspects d'ETP.

Consolider les liens de filières de prises en charge dans le domaine de la cardio-gériatrie,

Contribuer à l'évaluation gériatrique des patients candidats à la pose de TAVI avec le CHU.

Contribuer à la structuration du versant cardiologique de la Médecine Sportive en lien avec le Service de Cardiologie.

SSR pole sensoriel :

Appuyer la demande d'autorisation d'un centre d'évaluation et de réadaptation des troubles de l'audition au Centre Bois Gibert et mettre en place un partenariat médical.

Renforcer le temps médical partagé d'ophtalmologie pour répondre à la demande du Centre Basse Vision (+0.4 ETP).

Axe transversal :

Maintenir le contrat de sous traitance des examens de biologie, en développant conformément aux exigences de l'HAS la prescription tracée dématérialisée, et en pouvant accéder aux données du patient

antérieures à son hospitalisation (IPP).

Le Centre Bel Air :

Appuyer l'inscription au prochain SROS d'un hôpital de jour pour la prise en charge des petits et moyens brûlés, actuellement hospitalisés à temps complet par manque de structure ambulatoire pour les accueillir.

Travailler sur la mise en œuvre d'une unité mobile départementale de la prise en charge de patients post-AVC avec l'équipe médicale de l'UNV du CHU.

Autres orientations de travail avec les établissements SSR PARTENAIRES :

L'Imagerie :

Les établissements Bel Air et Bois Gibert sont en cours d'adhésion au projet MIRC.

Le centre Bois Gibert est inscrit dans un programme de télésurveillance des insuffisants cardiaques chroniques. Cet axe pourrait faire l'objet d'un partenariat à travailler avec le CHU.

La formation :

Ces deux établissements sont Organismes agréés de DPC et souhaitent développer une offre de programmes validant complémentaire à celle du CHRU.

La formation médicale :

Ces deux établissements accueillent déjà des internes, sont sites de stages validant et souhaitent continuer. Par ailleurs Bois Gibert coordonne le DIU « Prévention et Réadaptation cardiovasculaires » en collaboration avec le Pr L Fauchier (réfèrent universitaire).

Le Centre Bel Air est favorable à l'accueil d'étudiant de médecine de 5^{ème} année sous réserve de projet pédagogique.

La formation paramédicale :

Ces deux établissements souhaitent participer à un travail porté par le GHT sur des critères d'attractivité des kinésithérapeutes.

4.5. Les activités d'HAD

	HAD	Échéance
CONTEXTE	Il existe 2 HAD sur le territoire du 37 avec une partie de chevauchement entre les aires d'intervention sur Tours et l'Agglomération. Leur offre de soins est assez superposable tant en termes de volumes d'activité qu'en termes de prestations de soins.	
PRS 2012-2016	Les objectifs sont les suivants : <ul style="list-style-type: none"> - Organiser de façon suffisamment précoce le relais d'une hospitalisation à temps complet, - Développer l'HAD pour les traitements curatifs du cancer (chimiothérapie) en fonction des critères INCa et sous réserve des possibilités de recours à des médecins oncologues, - Développer la prise en charge pédiatrique en articulation avec les filières de soins médico-sociales, - Développer l'HAD SSR sous réserve de pouvoir mobiliser du temps de professionnels, notamment en post-AVC, - Recentrer dans le domaine de la périnatalité l'activité d'HAD sur la prise en charge de situations pathologiques, - Développer l'HAD dans les EHPAD et dans l'ensemble des établissements sociaux et médico-sociaux, - Prévenir et prendre en charge les rechutes afin d'éviter les retours vers l'hospitalisation conventionnelle. 	
CONSTAT	Les deux établissements HAD souhaitent : <ul style="list-style-type: none"> - consolider le partenariat déjà existant pour la prise en charge des patients relevant de la gériatrie, - développer la prise en charge à domicile de patients devant bénéficier de certaines chimiothérapies, - Poursuivre la prise en charge à domicile des patients relevant de soins palliatifs, - Développer la prise en charge de patients porteurs de pathologies neurologiques, - Initier un partenariat pour la prise en charge en post-opératoire immédiat en orthopédie, chirurgie digestive et gynécologique dans le cadre du nouveau mode de prise en charge HAD (MPP29), - Développer un partenariat en pédiatrie, - S'inscrire dans une démarche de prise en charge dans le secteur social et médico-social (personnes âgées et handicap) afin notamment d'éviter des circuits de ré-admission aux SAU. 	
OBJECTIF	L'objectif princeps à toute action de partenariat reste la fluidité du parcours de soins depuis les établissements jusqu'au retour au lieu de vie du patient (domicile, ESMS) selon des critères de qualité et de sécurité.	
ACTIONS	Les groupes thématiques auxquels les deux HAD ont été conviées (médecine, gériatrie, oncologie, urgences, périnatalité) ont mis en perspective les besoins de travail partagé autour des domaines suivants : <ul style="list-style-type: none"> - La prise en charge du patient polypathologique gériatrique, - La prise en charge des patients relevant de la chimiothérapie, - La prise en charge des patients relevant de soins palliatifs, 	

	<ul style="list-style-type: none">- La prise en charge des patients de la filière UNV,- La prise en charge en EHPAD en lien avec les services de médecine, de SSR et les CSG des établissements parties du GHT 37,- Participer à la mutualisation des programmes de formation qui seront mis en place au sein du GHT.	
--	---	--

5. LE PROJET COMMUN DE BIOLOGIE MEDICALE :

	BIOLOGIE MEDICALE	Echéance
CONTEXTE	<p>En 2015 sur les 7 établissements publics de santé du GHT seuls 2 (CHU et CHIC) disposaient d'un LBM. Les autres établissements de santé avaient établis des contrats avec des LBM privés pour la réalisation des examens de biologie de leurs patients.</p> <p>La réflexion sur la réalisation des actes de biologie par le LBM du CHU de Tours est antérieure aux travaux d'élaboration du PMP DU GHT 37. Le dispositif réfléchi est en parfaite cohérence avec l'Art. L.6132-3 CSP de la Loi de Santé qui affirme « que les établissements parties du GHT organisent en commun les activités de biologie médicale. »</p>	
PRS 2012-2016	<p>Il s'agit du 1^{er} SROS de biologie basé sur un changement en profondeur des conditions d'implantation et d'organisation des laboratoires selon la réforme par ordonnance du 13 janvier 2010.</p> <p>La réglementation devient identique pour l'hôpital et la ville. Elle offre des options de coopération différentes graduées en matière de biologie médicale soit par contrat de coopération soit par groupement de coopération sanitaire afin de permettre les restructurations. Elle impose une garantie de qualité par une obligation d'accréditation.</p>	
CONSTAT	L'ODS en LAB publics est hétérogène et doit être revue selon les obligations d'accréditation demandées.	
OBJECTIFS	L'objectif du CHU de Tours depuis 2015 est de réaliser la biologie de l'ensemble des établissements publics de santé du territoire 37 dans le but d'homogénéiser la réalisation des examens de biologie, d'assurer une optimisation de la qualité, une efficience des équipements et ainsi une réduction des coûts pour la collectivité.	
ACTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - A compter du 1^{er} mai 2015 le LBM du CHU de Tours a pris en charge l'activité de biologie du CH Luynes, dans le cadre d'un marché à procédure adaptée, - Concomitamment le CHU s'est engagé dans la constitution d'une convention de coopération avec le CHIC, le CHLy et le CHLS. Cette convention est effective depuis le 1^{er} janvier 2016, - Les 3 autres établissements membres du GHT 37 (CHC, CHL et le CH de Sainte-Maure) devraient intégrer la convention de coopération à échéance de fin 2017. 	

6. LE PROJET COMMUN D'IMAGERIE DIAGNOSTIQUE ET INTERVENTIONNELLE :

	IMAGERIE DIAGNOSTIQUE ET INTERVENTIONNELLE	Echéance
CONTEXTE	<p>Trois établissements sont équipés d'un service public d'imagerie : le CHU de Tours (scanner/IRM), le CHL (scanner), le CHIC (scanner).</p> <p>Le transfert et la réception des images en coupes sont réalisables entre le CHU de Tours et le CHIC. Elle n'est pas mise en œuvre pour le CHL.</p> <p>Le CHC travaille par convention avec La société libérale de radiologie (scanner/IRM) installée dans les locaux de la clinique Jeanne d'Arc sur le site Rabelais.</p> <p>Le transfert des images de cette société vers le CHU de Tours n'est pas mis en œuvre.</p>	
PRS 2012-2016	<p>Le PRS CVL identifie dans ces 7 priorités relatives à la télémédecine :</p> <p><i>« La téléimagerie est caractérisée par la transmission des images entre deux sites distants dans un but d'interprétation et de consultations. Elle concerne la radiologie conventionnelle, l'imagerie en coupes (scanner, IRM) et l'échographie pour tout ou partie de ces activités. »</i></p> <p><i>« La prise en charge des patients victimes de traumatismes crânio-cérébraux nécessite une graduation de la prise en charge, une coordination des acteurs parfois éloignés et implique un développement de la télé neurologie. »</i></p>	
CONSTAT	<p>❶ Le non partage des images entre établissement nuit à la qualité du parcours dans certaines situations d'urgence (traumatologie, neurochirurgie) et conduit à des retards de prise en charge spécialisée.</p> <p>❷ Le partage et le transfert des images permettraient de faciliter la communication médicale. Elle doit être envisagée dans un contexte plus global encore de partage du dossier médical tant sur les données cliniques, biologiques et radiologiques. A ce jour, le MIRC n'est pas utilisable tant que la CNIL ne se prononce pas.</p>	
OBJECTIFS	<p>Tous les établissements sièges d'un SAU du GHT 37 adhèrent au dispositif MIRC en vue d'échange et de partage des images de radiologie dans un 1^{er} temps.</p> <p>L'adhésion à MIRC de la société libérale de radiologie de la clinique Jeanne d'Arc procède d'une concertation à mener sous l'égide de l'ARS CV. Cette adhésion, compte tenu du contexte est essentielle pour optimiser les délais de prise en charge de certains types de patients.</p>	
ACTIONS	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intégrer le PACS régional et favoriser le développement de MIRC sous réserve de l'obtention de l'accord de la CNIL 2. Partager au sein d'une commission la veille technologique en vue d'une politique d'achats commune 3. Créer un Centre d'expertise d'analyse de l'image au CHU de Tours lorsque les difficultés démographiques de recrutement de radiologues au CHU auront été surmontées. 	<p>2016</p> <p>2017</p> <p>2017</p>

7. LE PROJET COMMUN DE LA PHARMACIE :

	PHARMACIE	Echéance
CONTEXTE	<p>Chaque établissement parti du GHT dispose d'une Pharmacie à Usage Intérieur (PUI).</p> <p>Chaque PUI a son propre système d'information. Il existe une hétérogénéité des procédures de dispensation nominative.</p> <p>La reconstitution des préparations de chimiothérapie :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le CHL prépare les adjuvants et les chimiothérapies (de l'ordre de 3000/an), - Le CHC prépare les chimiothérapies (de l'ordre de 2800 poches/an). Les adjuvants ne sont pas préparés mais dispensés, - Le CHU ne prépare que les chimiothérapies (35 000 poches /an). <p>La PDS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le CHL dispose d'une astreinte, - Le CH de Chinon, le CH de Luynes et le CH de Louis Sevestre ne disposent d'aucune astreinte. Une procédure interne à l'établissement régit le recours à la PUI du CHU en période de PDS, sur la base d'une convention CHU/chaque établissement, - Le CH de Sainte-Maure-de-Touraine dispose d'une PDS H24, - Le CHU dispose d'une garde d'interne et d'une astreinte de sécurité de pharmacien sénior, - Le CHIC Amboise Château-Renault ne dispose d'aucune astreinte et a une procédure interne de recours ponctuel au CHU non conventionnel. <p>Les politiques achats :</p> <p>Tous les établissements adhèrent à la Centrale Régionale d'Achats de Pharmacie (CeRAP) du CVL à l'exception du CHLS qui adhère à la CACIC (Centrale de référencement, de conseil et d'information hospitalière privée-publique) et le CHU qui adhère à l'UNIHA (hormis un lot positionné au CeRAP).</p> <p>La PUI dans son offre de proximité :</p> <p>Le lien avec les établissements sociaux et médico-sociaux de chaque bassin de vie est très différent d'un CH à l'autre.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Le CHL : dispensation nominative pour chaque résident avec double contrôle après validation pharmaceutique pour 400 lits d'EHPAD du CHL et l'EHPAD d'Abilly, demande de cette prestation par l'EHPAD de Bléré, - Le CHIC : Assure la dispensation nominative mensuelle de 450 résidents de l'EHPAD du CHIC, - Le CHU : La PUI dispense à 96 résidents d'EHPAD de l'établissement. Une demande est à l'étude concernant les 4 EHPAD de Tours, 	

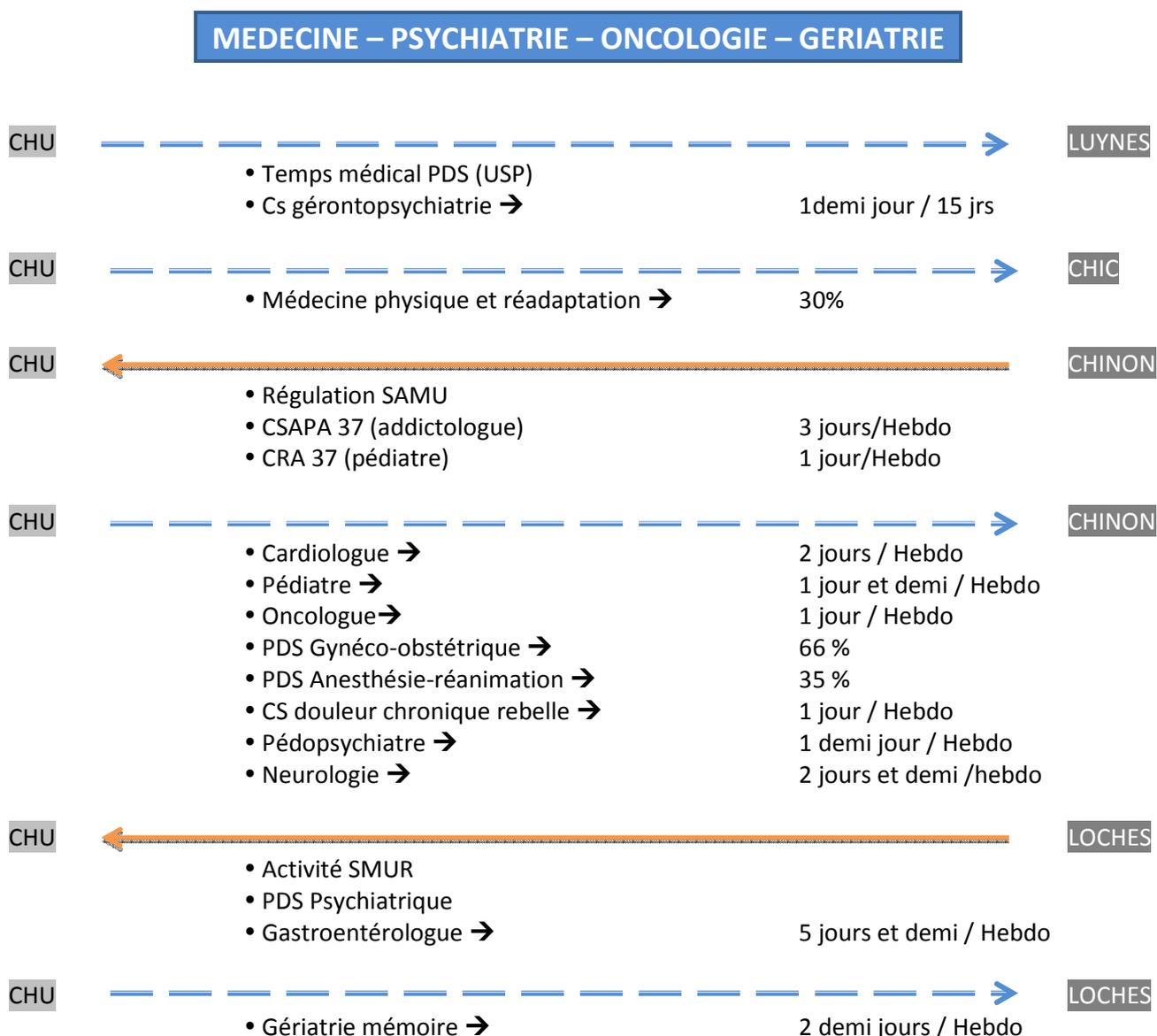
	<ul style="list-style-type: none"> - Le CHC : Dispensation en global par quinzaine aux 180 résidents d'EHPAD et dispensation individuelle nominative mensuelle aux résidents de la Maison d'Accueil Spécialisée et d'une partie des patients de l'USLD, - Le CH Luynes : Dispensation nominative hebdomadaire (semainiers) avec double contrôle pour les 210 résidents d'EHPAD, - Le CH Sainte-Maure : Dispensation nominative mensuelle pour les 240 résidents d'EHPAD et une dispensation nominative hebdomadaire pour les 14 patients du service de Médecine. 	
CONSTAT	<p>L'hétérogénéité des outils informatiques nuit au partage de l'information entre établissements.</p> <p>Les pratiques pharmaceutiques sont différentes d'un établissement à l'autre, le groupe est prêt à travailler à l'amélioration de ces pratiques en termes d'harmonisation et de mutualisation</p>	
OBJECTIFS	<ul style="list-style-type: none"> - Le groupe Pharmacie est en attente des objectifs et des actions retenues par les groupes médico-chirurgicaux du PMP et inscrira ses actions en cohérence, - Le groupe pharmacie est prêt à travailler sur un état des lieux de la politique pharmacie de chaque établissement dans le but d'harmoniser les pratiques : <ol style="list-style-type: none"> 1. S'adapter au PMP 2. Adhérer aux pré-requis du partage de l'information 3. S'inscrire dans la révision du schéma territorial de chimiothérapie. 	
ACTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Travailler à la mise en place d'une politique Achat commune, - Travailler à un livret thérapeutique commun, - Converger vers des outils communs d'information, - Réfléchir à un parc commun d'équipements en automates, - S'adapter à la restructuration des activités médicales comme la chimiothérapie ambulatoire. 	

8. LA REPARTITION DES EMPLOIS MEDICAUX ET PHARMACEUTIQUES POUVANT ETRE PREVUE PAR VOIE D'AVENANT A LA CONVENTION CONSTITUTIVE DECOULANT DE L'ORGANISATION DES ACTIVITES PREVUE AU 4 :

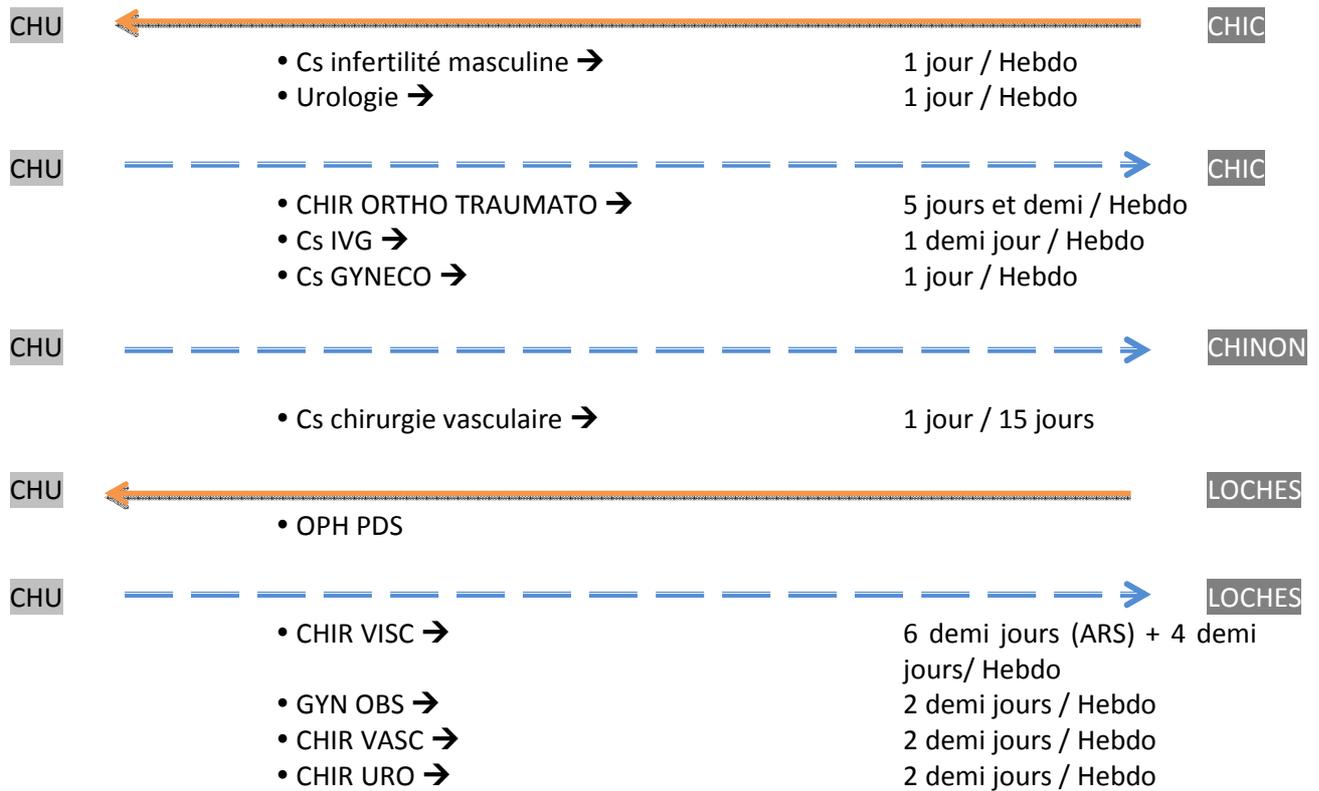
8.1. De nombreuses collaborations existent déjà dans le domaine médical :

Les schémas suivants sont une photographie des différents postes partagés au sein du GHT 37 en avril 2016. Ces schémas sont susceptibles d'évolution.

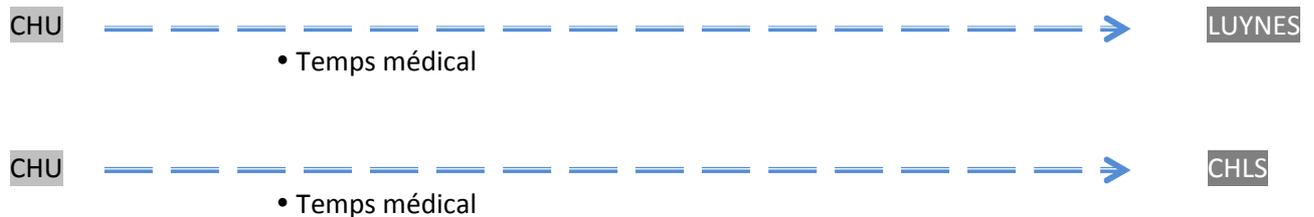
Entre les établissements parties du GHT 37 :



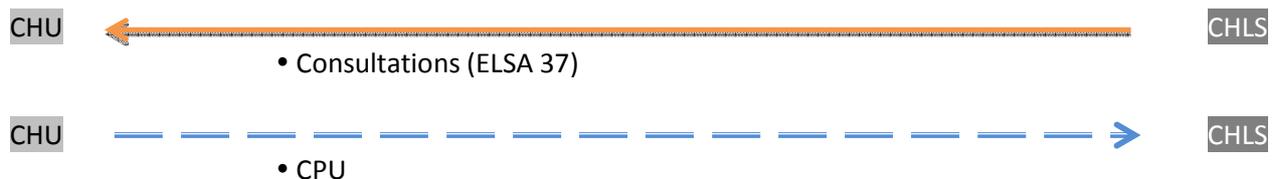
CHIRURGIE

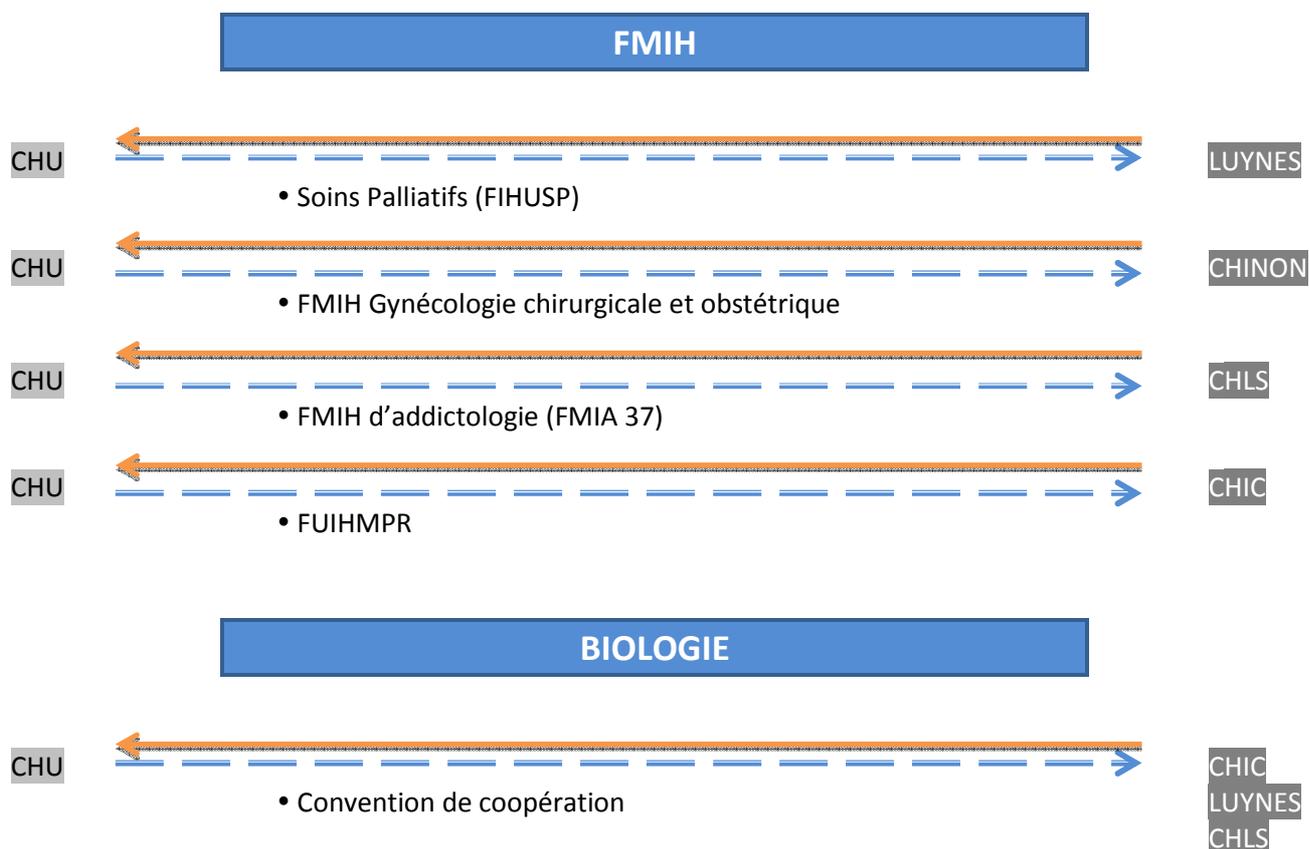


DIM



SSR





Entre les établissements parties et les établissements partenaires du GHT 37 :

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

8.2. Des collaborations sont à développer :

Les actions à mener dans les fiches du volet 4 feront l'objet d'une étude sur les coopérations médicales à déployer sous forme notamment de temps médical partagé, de consultations avancées en fonction des parcours de soins qu'il convient de travailler et de prioriser.

9. LES MODALITÉS D'ORGANISATION TERRITORIALE DES ÉQUIPES MÉDICALES COMMUNES :

Il n'y a pas de nouveau projet d'équipes territoriales médicales à ce jour. Trois FMIH sont déjà opérationnelles et il existe plusieurs postes médicaux partagés au sein du GHT 37.

10. LE PROJET COMMUN AUTOUR DE LA PRÉVENTION :

LE CeGIDD

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

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

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

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

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

11. LE PROJET COMMUN AUTOUR DE LA QUALITÉ :

Dans le cadre du programme de lutte contre l'antibio-résistance le GHT 37 s'organise afin de créer un partenariat entre le médecin référent territorial 37 au CHU de Tours et des médecins identifiés dans chaque établissement du GHT 37 comme correspondant.

12. LE DIM :

	DIM	Echéance
CONTEXTE	<p>Le projet de décret de GHT requiert l'existence d'un DIM de territoire, avec un médecin responsable du DIM ayant "autorité fonctionnelle sur l'ensemble des personnels médicaux, soignants, administratifs et d'encadrement du département d'information médicale".</p> <p>Ses missions sont les suivantes :</p> <p>" Le département de l'information médicale de territoire procède à l'analyse de l'ensemble de l'activité des établissements parties au groupement hospitalier de territoire.</p> <p>« 1° Préparer les décisions mentionnées à l'article R. 6113-9, qui permettent notamment d'assurer l'exhaustivité et la qualité des données transmises, au travers d'un plan d'action présenté devant le comité stratégique du groupement hospitalier de territoire ;</p> <p>« 2° Participer à l'analyse médico-économique de ces données, en vue de permettre leur utilisation dans le cadre de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement des établissements parties et du projet médical partagé, ainsi que des missions définies à l'article R.6113-8 ;</p> <p>« 3° Participer à la mise en œuvre des dispositions relatives à la protection des données médicales nominatives des patients, dans les conditions définies à l'article R.6113-6.</p> <p>« 4° Contribuer aux travaux de recherche clinique, épidémiologique, informatique de santé et médico-économique des établissements parties au groupement hospitalier de territoire."</p>	
CONSTAT	<p>L'annexe 4 présente le récapitulatif descriptif des DIMs Publics en Indre-et-Loire</p> <p>Une première réunion avait permis de dégager les difficultés rencontrées ci-dessous. La description des DIM des établissements du futur GHT du département est en pièce jointe.</p> <p style="text-align: center;"><u>Loches</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Codage MCO centralisé à partir du compte rendu de sortie d'hospitalisation + dossier patient (en systématique pour la chirurgie ; en cas de doute pour les autres unités) + pharma (transmissions ciblées infirmières). • Codage SSR polyvalents partiellement centralisé à partir de grilles de codage « papier », complété par le compte rendu de sortie d'hospitalisations et du dossier patient, actuellement réalisé <u>à la sortie et non de manière hebdomadaire</u>. Codage PMSI « lourd » au vu du codage hebdomadaire et du nombre d'intervenants. • Codage Psychiatrie : décentralisé. <p>Missions :</p> <p>Production (recueil, saisie, contrôle qualité, contrôle/correction voire saisie des actes réalisés au bloc opératoire <u>au fil de l'eau car quelques opérateurs vacataires</u>, intervenant 1 ou 2 fois/semaine ; transmission + contrôles tableaux MAT2A + validation sur la plate-forme e-pmsi) du PMSI (séjours, activité externe, FICHCOMP : extraction, contrôle + rapprochement avec la pharmacie si atypies en terme d'absence de</p>	

quantité et/ou code ucd) et statistiques (en recrudescence : Cadres des unités, Direction, Médecins, Pharmacie, demandes extérieures comme Cristal action, indicateurs divers...), identitévigilance (gestion des doublons d'identité et de séjours). PIE. Contrôle exhaustivité des mouvements entrées/sorties avec rapprochement avec les Admissions du CH LOCHES et autres établissements (CHU +++). Extraction/validation des fichiers IPACQSS et participation aux groupes de travail.

Pas toujours invité aux CME.

Difficultés :

- Mouvements → macrophage en temps et nécessite de la rigueur depuis le changement logiciel mouvements début 2015. Problème de retard de saisie des mouvements de sortie par les infirmières si pas fait au fil de l'eau ; mise en place de démarches d'amélioration en cours auprès des équipes.
- Mise en place du Csarr difficile en SSR.
- Temps passé pour les statistiques d'activité.

Formation : problème de sensibilisation des acteurs pour améliorer la qualité du recueil et la traçabilité.

Qui plus est aux SSR qui ne sont pas encore en T2A.

Louis Sevestre

SSR addictologie.

Codage mixte centralisé/décentralisé.

Missions : production du PMSI + applicatifs du SIH et DPI + identitévigilance.

Dossier patient ARCADIS (+planification soins) + DISPEN (prescriptions) Medis + admissions Facdis, PMSI Pilot abandonné car non pertinent en SSR. Hospi report acquis pour contrôle qualité.

Charges supplémentaires au DIM = participation à l'étude nationale de cout (ENCC SSR) depuis 2001 pour retraiter l'information et recueillir différemment pour le PMSI.

Difficultés : applicatifs ne permettant pas des extractions faciles des données.

Amboise

Psychiatrie décentralisé, SSR décentralisé (gériatrie et MPR Médecine Physique et Réadaptation), MCO centralisation partielle (chirurgie).

Missions : PMSI production, SIH et dossier patient, archives, identitévigilance, statistiques.

Dossier patient MEDASYS®, PMSI dans ATALANTE®, RESURGENCE® pour UHTCD + accès au dossier papier en cas de problème de qualité du codage (sauf Château-Renault).

Difficultés :

- Passerelle entre bloc et admissions en cours pour la saisie des actes CCAM dans le but d'optimiser la facturation : à améliorer +++
- Délai de saisie des courriers de sortie parfois long
- Dossier infirmier non informatisé
- Mise en route de la T2A en SSR : contrôle DIM et pédagogie des équipes à améliorer.

Tours

Codage décentralisé.

Missions : PMSI production, statistiques, implication partielle dans SIH et

	<p>dossier patient, identitovigilance, pas les archives. Dossier patient Cerner, Pharma, CORA/Castor à remplacer par Cerner. Difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Positionnement par rapport au contrôle de gestion et informatique, concernant la diffusion des données (statistiques et listes de patients) et droits d'accès. • Gestion des anomalies de "bout de chaine" : mouvements, MO/DMI <p style="text-align: center;"><u>Chinon</u></p> <p>Codage centralisé. Dossier médical informatisé mais pas pour tous les services. Laboratoire et imagerie externe donc dossier papier. Psychiatrie codage décentralisé et qualité au DIM. SSR codage décentralisé et saisie centralisée avec contrôle qualité. Missions : production PMSI, identito-vigilance, archives, copilotage informatique, contrôle des factures externes (imagerie et hospitalisations clinique). GAM hexagone AGDA, dossier patient Hopital Manager, Orbis PMSI. Difficultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> • temps pour formation interne et vigilance règlementaire • extractions et statistiques, en fin d'étude. <p style="text-align: center;"><u>Sainte-Maure-de-Touraine</u></p> <p>L'établissement est astreint à la production de résumés standardisés de sortie (RSS) qui sont transmis à l'ORS de Bretagne pour traitement. L'établissement ne dispose pas de DIM ce qui nuit à la qualité des RSS et de leurs valorisations.</p> <p style="text-align: center;"><u>Conclusion :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - des chaines de production de l'information diversifiées, - une coexistence de codage centralisé et décentralisé, - des champs d'actions variables d'un établissement à l'autre. 	
<p>OBJECTIFS</p>	<p>Il s'agit d'améliorer les performances, de faciliter les collaborations et de mettre en place les fondations (en termes de systèmes d'informations) pour faciliter de véritables politiques de territoire (outils, aide à la décision).</p> <p>Concernant la production des données :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ partager les projets d'appels d'offre à venir ou en cours impactant la production des informations médicales ➤ définir des indicateurs communs de production du DIM (nombre de dossiers codés, de validations DIM, délai de compte-rendu d'hospitalisation, délai de saisie et remontée des actes et dispositifs médicaux implantables / molécules onéreuses, ...) ➤ définir des niveaux d'indicateurs exigibles pour assurer la qualité de la production (concernant les mouvements par exemple) ➤ partager les règles de codage : staff communs de codage, veille réglementaire, production de supports communs 	

	<ul style="list-style-type: none"> ➤ partager des procédures communes : validation du epmsi, ➤ définir les champs d'action du DIM (activité externe ? EPRD ? ENC ? Dossier patient ? CNIL ? Archives ? identito-vigilance ?...) <p>L'analyse des données est un point souligné dans le décret :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ partager des méthodes d'analyse communes, définir des indicateurs communs ➤ partager des procédures communes de diffusion des informations médicales (statistiques et listes de patients) et de définition des droits d'accès aux bases de données médicales. ➤ utiliser des outils communs en vue de l'aide à la décision ➤ Partager les projets d'appels d'offre à venir ou en cours impactant les outils d'analyse des informations médicales <p>La participation des DIM aux projets de recherche doit être développée (4^{ème} mission du projet de décret).</p>	
ACTIONS	<p>1) Créer une instance de gouvernance des DIMs avec la création d'un comité de coordination des DIM (au moins un représentant médecins DIM par établissement).</p> <p>Il réunit les établissements MCO, SSR, psychiatrie des établissements parties du GHT. S'ils le souhaitent les SSR partenaires et HAD associées peuvent y être invités.</p> <p>Il propose :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ les modalités de fonctionnement des DIM ➤ leur positionnement dans les établissements. ➤ leurs champs d'action dans les établissements. <p>Réserver une plateforme informatique partagée commune aux DIM.</p> <p>2) Les actions suivantes, concernant la production des informations médicales, doivent être dissociées selon les différents champs MCO, SSR, psychiatrie, HAD :</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Rencontres entre établissements concernant l'organisation de la production au sein des DIM (notamment indicateurs de production) ➤ Rencontres entre établissements concernant le codage ➤ Organiser des formations communes pour les DIMs <p>3) Actions concernant les analyses des informations médicales</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Constituer une base commune d'informations médicales permettant les analyses de données communes dans un délai réduit. ➤ Rédiger des procédures communes pour l'analyse et la diffusion des informations médicales et la définition des droits d'accès aux bases de données médicales. ➤ Organiser une concertation avec les DIMs sur les projets d'appels d'offre à venir sur les outils impactant la production et l'analyse des informations médicales ; les DIM doivent être intégrés aux groupes de travail et de suivi de la mise en place et du déploiement des systèmes d'information. 	

13.ANNEXES

Annexe 1 : Enquête réalisée le 1^{er} décembre 2015 sur les difficultés d'aval des services de médecine, gériatrie, SSR et EHPAD du GHT 37

Patients en attente de sortie dans les services de médecine/gériatrie aigüe du GHT37 le 1^{er} décembre 2015

	CHU*	Loches	Chinon médecine	Chinon gériatrie	Amboise	St Maure
Nombre de lits	127	35	47	12	55	14
Taux d'occupation (%)	95%	100%	88%	92%	85%	50%
Nb patients en attente	12	4	5	5	4	0
Patient en attente (%)	9%	11%	11%	42%	7%	0%

* : Pole Médecine hors unités de semaine et de jour

En moyenne, 10% des lits de médecine/gériatrie sont occupés par des patients sans justification médicale. Dans 2/3 des cas, cette prolongation des séjours n'est pas liée à des difficultés administratives mais à un manque de solution de sortie. SSR polyvalent (48%), EHPAD (31%), SSR gériatrique (14%) et LISP (7%) étaient les solutions d'aval souhaitées pour ces patients en attente.

Patients en attente de sortie dans les services SSR du GHT37 le 1^{er} décembre 2015

	Ermitage	Loches	Chinon	Amboise	Luynes
Nombre de Lits	96	30	70	34	70
Taux d'occupation (%)	98%	100%	93%	95%	93%
Patients en attente	20	7	15	13	13
Patients en attente (%)	21%	23%	21%	38%	19%

En moyenne, 23% des lits de SSR sont occupés par des patients sans justification médicale. Dans 2/3 des cas, cette prolongation des séjours n'est pas liée à des difficultés administratives mais à un manque de solution de sortie. La majorité de ces patients était en attente d'une place en EHPAD (85%). D'autres structures d'aval étaient plus rarement citées (UHR, USLD, SSIAD, ...).

Disponibilité de lits en EHPAD le 1^{er} décembre 2015

EHPAD	Hébergement Permanent	Dont UPAD	LITS VACANTS	Hébergement Temporaire	Accueil de jour
Abilly	114	28	0		2
Amboise/Château- Renault	446	31	15		10
Bléré	230	30	1	1	2
Bourgueil	100		0		
Château la Vallière	110		0		
Chinon	177		12		
Joué-les-Tours	237		0		
Langeais	79		0		
La celle Guenand	83		0		
Ligueil	147	19	1		1

L'île Bouchard	81		0	2	
Loches	225		1	2	6
Luyes	210	30	3		
Montlouis	130		1		
Preuilly sur Claise	123	29	0		2
Richelieu	95		0		
Semblançay	169		3		
St Christophe sur le nais	83		0		6
Ste Maure de Touraine	254	30	18		
Tours	96		0		
Vernou sur Brenne	95	11	0		4
Villeloin-Coulangé	83	15	1	2	
	Hébergement Permanent	Dont UPAD	LITS VACANTS	Hébergement Temporaire	Accueil de jour
Total	3375	223	56	7	33

Cette étude montre que des places étaient à priori disponibles en EHPAD le jour de l'enquête. Les raisons de cette apparente discordance entre les demandes d'EHPAD non satisfaites et l'offre disponible sont sans doute multiples (manque d'attractivité de certaines structures, éloignement géographique, hôtellerie à « rafraichir », difficultés d'organisations ?).

Annexe 2 :
Bilan d'activité de chimiothérapie ambulatoire par site pour l'année 2014

Séances de chimiothérapie réalisées par site en fonction du bassin de vie des patients

Bassin de vie	Site de réalisation de la chimiothérapie (en séances)		
	<i>Tours</i>	<i>Chinon</i>	<i>Loches</i>
Amboise	2371		
Chinon	1043	1685	
Loches	504		402
Tours	6398	36	28
Hors 37		35	12
Total séances	<i>12598</i>	<i>1756</i>	<i>442</i>

Ces séances ont concerné 1580 patients à Tours, 167 patients à Chinon et 50 patients à Loches

Annexe 3 : Bilan d'activité de soins palliatifs par site pour l'année 2014

Journées de soins palliatifs réalisées par site en fonction du bassin de vie des patients

Bassin de vie	Site de réalisation des soins palliatifs (en journées)					
	<i>Tours</i>	<i>Chinon</i>	<i>Loches</i>	<i>Amboise</i>	<i>Luynes</i>	<i>St Maure</i>
Amboise	616	0	12	24	487	0
Chinon	165	563	0	0	162	384
Loches	144	0	100	0	56	0
Tours	2243	27	0	0	1929	46
Hors 37	382	2	13	0	278	0
Total journées	3550	592	125	24	2912	430

Source UREH 2015

Ces journées ont concerné 229 patients à Tours, 58 patients à Chinon, 50 patients à Loches, 2 patients à Amboise, 161 patients à Luynes et 23 patients à Ste Maure de Touraine.

Annexe 4 :

Récapitulatif du questionnaire sur la description des DIMs Publics en Indre et Loire

	Tours	Loches	Chinon	Louis Sevestre	Amboise- Château Renault	Luynes
Volume d'activité (Année 2014)						
MCO : nb RSS / SRHS / RAPSS	147511	4375	7317		6382	209
MCO : nb RSS séances	55758	485	1819		21	0
MCO : nb RSS hors séances	91753	3890	5498		6361	209
MCO : nb RSS HC (hors séances et HJ)	64134	2703	4792		5457	207
SSR : nb séjours	823*	361	836	982	916	498
SSR : nb RHS	5196**	1760	4372	7134	3859	3700
Psychiatrie : Séjours HC	2694	0	955		314	
Psychiatrie : Séjours HP	845	92	486		95	
Psychiatrie : RAA	76620	8180	30625		38635	
Commentaires : * SSR nb séjours pédiatriques 182 + nb séjours adultes 641 ** SSR nb RHS pédiatriques 404+ nb RHS adultes 4792						

	Moyens (Année 2015) - nb ETP réellement dévolus à l'activité																	
	MCO	SSR	PSY	MCO	SSR	PSY	MCO	SSR	PSY	MCO	SSR	PSY	MCO	SSR	PSY	MCO	SSR	PSY
Médecin	4,60	0,25	0,25				1				0,10		0,50			0,2		
TIM	9,85	0,20	0,30	1,20	0,40	0,10	2,00				1,10		2,00			0,4		
Informaticien	1,00										0,50					0,5		
Statisticien	0,80															0		
Commentaires : Pour le CH de LOCHES pas de statisticien mais "à la demande" lors de besoins d'aides stat, requêtes... Pour le CHIC Amboise* Château-Renault, le médecin DIM et les TIM "couvrent" les trois champs (MCO, SSR, PSY) Pour le CHRU les moyens notés pour l'informaticien sont tant pour le MCO que le SSR et la PSY																		

PMSI	Principales Missions															
	MCO	SSR	PSY	MCO	SSR	PSY	MCO	SSR	PSY	SSR	MCO	SSR	PSY	MCO	SSR	PSY
Production (recueil et contrôle qualité)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Codage :																
professionnalisé TIM centralisé				oui	oui	non	oui	non	partiel	Mixte - Protocoles, actes CCAM	oui/non	non	non	oui	non	
professionnalisé TIM décentralisé														non	non	
décentralisé cliniciens	oui	oui	oui	non	non	oui	non	oui	oui	oui	oui/non	oui	oui	non	oui	
décentralisé Rééducateurs										Mixte : saisie prise en charge hors protocoles (EDUC, IDE) OUI pour Psycho, Diet, AS				SO	oui	
décentralisé Soignants										oui				SO	oui	

PMSI	Principales Missions (suite)															
	MCO	SSR	PSY	MCO	SSR	PSY	MCO	SSR	PSY	SSR	MCO	SSR	PSY	MCO	SSR	PSY
Production (versant informatique)	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui	oui
Analyse stratégique	oui	oui	oui	oui	oui	oui	A la marge pas le temps			oui	oui/non	oui/non	oui/non	oui	oui	
Evaluation, épidémiologie hospitalière	oui			oui	oui	oui				oui				oui	oui	
SIH et dossier patient	partiel			oui	non	non	oui			oui				SO*	oui	
Recherche clinique	partiel			??	??	??	non			non						
Archives	non			non	non	non	oui			non				oui	oui	
Autres : ...							oui			oui						

Commentaires : Pour Louis SEVESTRE : Saisie, contrôle, extraction, validation des DONNEES ENCC depuis 2009 pour CHLS - Pour le poste de TIM, MALVAU et le COURBAT contrôles et saisie des données en télétravail depuis bureau CHLS, déplacements ponctuels pour diverses réunions, mises au point...
 * pas de dossier informatisé à l'USP

PMSI	Outils (Année 2015)											
	Outil	Société	Outil	Société	Outil	Société	Outil	Société	Outil	Société	Outil	Société
PMSI	CORA	Maincare	MEDIS	Berger-Levrault	ORBIS	AGFA	MEDIS	Berger-Levrault	Dx Care + ATALANTE pmsi	Medasys + Atalante		
Recueil des actes CCAM - DIAGNOSTICS	CASTOR	CHRU	MEDIS	Berger-Levrault	AGFA		MEDIS	Berger-Levrault	Dx CARE	Medasys	Oxalys	Corwin
Recueil des actes CSARR							MEDMSR	Berger-Levrault			Osiris	Corwin

Reporting - controles qualité	portail SAS	SAS			PMSIPILOT		HOSPireport	MPSI Santé	ATALANTE Pmsi	Atalante	0	0
Admissions	GAM	Maincare	FACDIS	Berger-Levrault	Hexagone AGFA		FACDIS	Berger-Levrault		C-PAGE	FACDIS	Berger-Levrault
Facturation	GAM	Maincare	FACDIS	Berger-Levrault	Hexagone AGFA		FACDIS	Berger-Levrault		C-PAGE	FACDIS	Berger-Levrault
Dossier patient	Millenium	Cerner	MEDIS	Berger-Levrault	Hopital-Manager		ARCADIS	Berger-Levrault	Dx CARE	Medasys	Osiris	Corwin
Pharmacie	Pharma		PHARMA	Berger-Levrault	CHIMIO/HM		DISPEN	Berger-Levrault	Dx CARE	Medasys	PHARMA	
Biologie	DXlab		MEDIS	Berger-Levrault	Externe				Dx LAB	Medasys	Dx LAB	Medasys
Radiologie	Xplore		MEDIS	Berger-Levrault	Externe						0	0
Bloc opératoire	Surginet	Cerner	MEDIS	Berger-Levrault	Externe				Dx CARE	Medasys		
Urgences	Firsnet	Cerner	MEDIS	Berger-Levrault	Externe					RESURGENCE		
Autres dossiers de spécialité	Cardioreport		CURSUS	Guyot-Falser								

Annexe 5 : Cartes d'identités des établissements parties du GHT 37

CHRU de Tours

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

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

Les sites du CHRU

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

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

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

Champ PSYCHIATRIE INFANTO- JUVENILE	Hospitalisation complète adolescent	12	48
	Hospitalisation de jour	36	
	Hospitalisation de nuit		
Champ EHPAD	Unités hors "Alzheimer"	96	96
	Unité "Alzheimer"		
Champ USLD	Unités hors "Alzheimer"		
	Unité "Alzheimer"		
Champ ESAT, SSIAD et autres (MAS)	Internat		
	Externat		
Total des lits et places			2 012

* Médecine : hors générateurs d'Hémodialyse (37)

Certification

Certification V 2014 :

- Visite en Avril 2015 : en attente de la décision HAS

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 2014 (au 31 décembre)

		Nombre	% sur l'ensemble du personnel	ETP travaillé Au 31/12/2014
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	607	42,9	584,30
	Praticiens contractuels	347	24,52	273,75
	Internes	461	32,58	461
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 2014

Les ratios financiers

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

Les budgets

Budget H		Budget P		Budget M	/
Budget B		Budget J	/	Budget N	/
Budget E		Budget L	/	BUDGET CONSOLIDÉ	

Les données d'activité 2014

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			

Spécialité de prise en charge ambulatoire	Nombre de places autorisées	Activités 2015 (Indicateurs)
Chirurgie Ambulatoire Bretonneau (orl, ophtalmologie, urologie)	12	nb venues : 3262
UDTA Trousseau (orthopédie, plastique maxillo faciale, digestif, pac)	14	nb venues : 3037
Gynécologie (mise en place en janvier 2015)	8	nb venues : 1094

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 GAILLARD-SIZARET	Coopérations → → → →
--	----------------------------------

Les sites du CHIC

4 sites principaux	Rayon géographique d'interventions

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

		Nombre de lits et places	Total des lits et places par champ
Champ MCO	Chirurgie	25+5	127
	Médecine	80	
	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 2014

		Nombre	% sur l'ensemble du personnel	ETP
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	38	4	34.6
	Praticiens contractuels	28	2.95	15.1
	Internes	7	0.73	7
Personnel non médical	Titulaires	710	74.80	680
	Stagiaires	29	3.05	27.90
	Contractuels	137	14.43	126.15

+ Pyramide de l'âge

Les données financières 2014

Les ratios financiers

Taux de CAF	7.70%	Durée apparente de la dette (<10ans)	6.81
Marge brute	10,09%	Ratio de l'encours de la dette/produits (<30%)	54.60%
		Ratio d'indépendance financière (<50%)	52.43%

Les budgets recettes

Budget H	45229387.54	Budget P	140171.34	Budget M	/
Budget C	1260109.52	Budget J	/	Budget N	1427172.84
Budget E	18083510.52	Budget L	/	BUDGET CONSOLIDÉ	65311724.52

Les données d'activité 2014

MCO (H)	Nombre de séjours (RSS)	6381	Age moyen PMSI	66
	Nombre de naissances		Nombre de patients PMSI	6381
	Nombre de passages aux urgences	18275	Durée moyenne de séjour PMSI	4.75
	Valorisation 100% T2A	17129671.92	Nombre de journées PMSI	31046
SSR (H)	Nombre de séjours	954	Nombre de sorties PMSI	916
	Age moyen	60	Nombre de patients PMSI	880
	Nombre d'admissions PMSI		Nombre de journées de présence PMSI	21104
PSYCHIATRIE (H)	Nombre de séjours	409	Age moyen en hospitalisation	45
	Nombre de résumés d'activité ambulatoire	38635	Age moyen en ambulatoire	22
	Nombre de patients	2848		
EHPAD – Maison de retraite (E/J)	Journées réalisées	98.53	GIR moyen	716
	Taux d'occupation	162790	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			

Spécialité	Consultations externes (demi-journée/semaine)	Statut du ou des praticiens concernés	Télémédecine +/-	Observations
Stomathérapie		PH		
Gynécologie obstétrique		PH		
tabacologie		SF		
CPEF		SF - PH		
MPR		PH		
douleur		PH - IADE		
Psychiatrie		PH		
Mémoire		PH		
Pansements		PH IADE	oui	
Imagerie Amboise		PH		
Imagerie CR		PH		
Anesthésie		Praticien contractuel		
Urgences (suites)		PH		
Médecines Amboise		PH		
Explorations fonctionnelles		PH		
Rhumatologie		Praticien contractuel		
Addicto		Praticien contractuel		
Médecine gériatrique CR		PH		
Evaluation gériatrique		PH		
OPH		PH		
Chirurgie vasculaire		PH		
Chirurgie ortho		PH		
Chirurgie viscérale		PH		
Urologie		PH		

Spécialité de prise en charge ambulatoire	Nombre de places autorisées	Activités 2015 (Indicateurs) entrées
chirurgie	5	1086
Hôpital de jour gériatrique	2	22

MPR	2	1563
Psychiatrie adultes	15	5651
Psychiatrie pédo psy	15	
CATTP psy adultes		1142
CATTP Pédo psy		672

Spécialité de prise en charge hospitalisations	Nombre de places autorisées	Activités 2015 (Indicateurs) entrées
Site Amboise		
médecine	55	2569
Chirurgie complète	18	860
Chirurgie semaine	7	470
Périnatalité	11	360
HTCD	4	1401
SSR	29	228
Site de CR		
Médecine	25	642
Psychiatrie adultes	50	253
MPR	28	442
SSR	5	54

La répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques pouvant être prévue par voie d'avenant à la convention constitutive découlant de l'organisation des activités prévue au 4 :

Praticien Universitaire - Praticien Hospitalier	0,3
Praticiens Hospitaliers temps plein, temps partiel et contractuels:	41,4
Assistants des Hôpitaux	3
Praticiens Attachés	5,8
Médecin du travail	1
Internes	7
Total:	58,5

CENTRE HOSPITALIER DU CHINONNAIS

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 <small>(MCO/SSR/PSY/USLD/MAS)</small> 2/ Les Groussins (EHPAD) 3/ Hôpital Saint Jean (PSY) 4/ La Charpraie (PEDOPSYCHIATRIE)	Site principal 5 km du site principal 3 km du site principal 45 km du site principal

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

		Nombre de lits et places	Total des lits et places par champ
Champ MCO	Médecine	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,	Internat	48	56

SSIAD et autres (MAS)	Externat	8	
Total des lits et places			661

Certification

Certification V3 / V2010 : Certification avec 3 réserves

Certification V2 / V2007 : Certification

Accréditation V1 : Accréditation avec réserves

Les données du personnel 2014

		Nombre	% sur l'ensemble du personnel	ETP
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	42	54.42%	34.22
	Praticiens contractuels	54	27.61%	17.36
	Internes	36	17.97%	11.30
Personnel non médical	Titulaires	707	76.27%	643.03
	Stagiaires	53	3.38%	28.469
	Contractuels (CDD/CDI/CUI/CA)	401	20.35%	171.56

Les données financières 2014

Les ratios financiers

Taux de CAF	7.73%	Durée apparente de la dette (<10ans)	7 ans
Marge brute	9.7%	Ratio de l'encours de la dette/produits (<30%)	54.10%
		Ratio d'indépendance financière (<50%)	50.20%

Les budgets

Budget H	51.222 M€	Budget P	4.266 M€	Budget M	/
Budget B	6.431 M€	Budget J	/	Budget N	/
Budget E	7.125 M€	Budget L	/	BUDGET CONSOLIDÉ	69.045 M€

Les données d'activité 2014

MCO (H)	Nombre de séjours (RSS)	7 317	Age moyen PMSI	64.75
	Nombre de naissances	559	Nombre de patients PMSI	4 433
	Nombre de passages aux urgences	15 978	Durée moyenne de séjour PMSI	5.51
	Valorisation 100% T2A (séjours)	12.603 M€	Nombre de journées PMSI	26 386
SSR (H)	Nombre de séjours	836	Nombre de sorties PMSI	767
	Age moyen	79.91	Nombre de patients PMSI	682
	Nombre d'admissions PMSI	767	Nombre de journées de présence PMSI	27 688
PSYCHIATRIE (H)	Nombre de séjours	1 440	Age moyen en hospitalisation	34.85
	Nombre de résumés d'activité ambulatoire	30 625	Age moyen en ambulatoire	26.55
	Nombre de patients	2 635		
EHPAD – Maison de retraite (E/J)	Journées réalisées	64 047	GIR moyen	645.72
	Taux d'occupation	99.14%	PMP (Pathos)	130
	Age moyen (IVARS / Résidence)	86 / 78		
USLD (B)	Journées réalisées	44 238	GIR moyen	817.95
	Taux d'occupation	97.74%	PMP (Pathos)	261

	Age moyen	85		
ESAT, SSIAD et autres (L/M/N/P)	Journées réalisées	18 295	Age moyen	45
	Taux d'occupation	93.57%		

Spécialité	Consultations externes (demi-journée/semaine)	Statut du ou des praticiens concernés	Télé médecine +/-	Observations
Addictologie	2 demi-journées par semaine	Praticien hospitalier		
Anesthésie-réanimation	2 demi-journées par semaine	Praticiens contractuels remplaçants		
Chirurgie gynécologique	réparties sur la journée, tous les jours de la semaine	praticiens du CHU		Convention FMIH Gynécologie-Obstétrique
Chirurgie vasculaire	1 journée tous les 15 jours	praticien du CHU		Convention MAD C.H.U.
Douleur chronique	1 journée par semaine	praticien du CHU		Convention MAD C.H.U.
Endocrinologie et maladies métaboliques	2 demi-journées par semaine	Praticien hospitalier		
Gynécologie médicale	tous les jours de la semaine	Praticien hospitalier		
Gynécologie-Obstétrique	réparties sur la journée, tous les jours de la semaine	Clinicien Hospitalier		
Mémoire	2 demi-journées par semaine	Praticien hospitalier et praticien contractuel		
Neurologie	4 demi-journées par semaine	praticien du CHU		Convention MAD C.H.U.
Oncologie	2 demi-journées par semaine	praticien du CHU		Convention MAD C.H.U.
Onco-gériatrie	1 demi-journée par semaine	Praticien hospitalier		Depuis Janvier 2013
Pédiatrie spécialisée	2 demi-journées par semaine	Praticien hospitalier		
Pneumologie pédiatrique	5 demi-journées par semaine	Praticien hospitalier		
Tabacologie	1 demi-journée tous les 15 jours	Praticien attaché		

Spécialité de prise en charge	Nombre de places autorisées	Activités 2015 (Indicateurs)
-------------------------------	-----------------------------	------------------------------

ambulatoire		
Oncologie (chimiothérapie)	4	
CIVG	2	
Court séjour gériatrique	1	
Soins de suite enfants (pour les Maladies Neuro-développementales)	9	
Pédopsychiatrie (pour les Maladies Neuro-développementales) jour	11	
Pédopsychiatrie (pour les Maladies Neuro-développementales) nuit	1	
Psychiatrie Infanto-juvénile (37I03)	30	
Psychothérapie adulte (37G05)	30	
Maison d'Accueil Spécialisé	8	
Total	96	

Spécialité de prise en charge ambulatoire	Nombre de places autorisées	Activités 2015 (Indicateurs)
Médecine	37	
Médecine Soins Palliatifs	5	
Médecine Unité de surveillance continue	5	
Hospitalisation de courte durée	6	
Gynécologie-Obstétrique	15	
Court séjour gériatrique	12	
Soins de Suite et de réadaptation sans mention	26	
Soins de Suite et de réadaptation soins palliatifs	4	
Soins de Suite et de réadaptation affections de la personne âgée polypathologique	40	
Soins de suite enfants (Maladies Neuro-développementales)	6	
Pédopsychiatrie pour les Maladies Neuro-développementales	12	
Psychiatrie Adulte	45	
Psychiatrie Adulte appartement thérapeutique	3	
Maison d'Accueil Spécialisé	48	
Soins de Longue Durée	124	
E.H.P.A.D.	177	
Total	565	

CENTRE HOSPITALIER PAUL MARTINAIS

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

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

Les sites du CH PAUL MARTINAIS

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

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

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

Certification

Certification V3 / V2010 : Certification sans réserve ni recommandation

Certification V2 / V2007 : Certification sans réserve ni recommandation

Accréditation V1 : Accréditation avec une réserve (Constat médical du décès du patient la nuit)

Les données du personnel 2014

		Nombre	% sur l'ensemble du personnel	ETP
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	23	4,2	21,34
	Praticiens contractuels	12	2,2	8,42
	Internes	4	0,7	4
Personnel non médical	Titulaires	349	64	330,9
	Stagiaires			
	Contractuels y compris emplois aidés	157	28,9	139,31

+ Pyramide de l'âge (Age moyen PM 51 ans, PNM 44 ans)

Les données financières 2014

Les ratios financiers

Taux de CAF	4,71	Durée apparente de la dette (<10ans)	12,60
Marge brute	6,99	Ratio de l'encours de la dette/produits (<30%)	62,50
		Ratio d'indépendance financière (<50%)	63,25

Les budgets

Budget H	24 864 351€	Budget P		Budget M	/
Budget B		Budget J	/	Budget N	927 292€
Budget E	9 329 162€	Budget L	/	BUDGET CONSOLIDÉ	35 120 805€

Les données d'activité 2014

MCO (H)	Nombre de séjours (RSS)	4 365	Age moyen PMSI	66,50
	Nombre de naissances		Nombre de patients PMSI	3 081
	Nombre de passages aux	13 799	Durée moyenne de séjour	4,11

	urgences		PMSI	
	Valorisation 100% T2A	8 642 982€	Nombre de journées PMSI	16 213
SSR (H)	Nombre de séjours	361	Nombre de sorties PMSI	333
	Age moyen	80,71	Nombre de patients PMSI	286
	Nombre d'admissions PMSI	334	Nombre de journées de présence PMSI	11 464
PSYCHIATRIE (H)	Nombre de séjours	92	Age moyen en hospitalisation	48,03
	Nombre de résumés d'activité ambulatoire	8 180	Age moyen en ambulatoire	47,18
	Nombre de patients	1 012		
EHPAD – Maison de retraite (E/J)	Journées réalisées	80 010	GIR moyen	679
	Taux d'occupation	97,43	PMP (Pathos)	151
	Age moyen	85,92		
USLD (B)	Journées réalisées		GIR moyen	
	Taux d'occupation		PMP (Pathos)	
	Age moyen			
SSIAD	Journées réalisées	25 160	Age moyen	85,77
	Taux d'occupation	91,91		

Spécialité	Consultations externes (demi-journée/semaine)	Statut du ou des praticiens concernés	Télémédecine +/-	Observations
Cardiologie	6	PH temps partiel	-	
Dermatologie	6	Praticien attaché	-	
Diabétologie-endocrinologie	10	Praticien contractuel temps partiel	-	
Gastro-entérologie	10	PH temps plein	-	
Gastro-entérologie	2	Praticien attaché	-	
Gériatrie, mémoire	10	PH temps plein	-	
Gériatrie, mémoire	2	Praticien contractuel		Convention CHU Tours
Gynécologie	2	PH	-	Convention CHU Tours
Gynécologie	8 (vacations)	Sage-femme		
Ophtalmologie	10	PH temps plein	-	
Pneumologie	4	Médecin libérale	-	Convention activité libérale
Tabacologie	1	Praticien attaché	-	
Urologie	2	Assistant spécialiste partagé		Convention CHU Tours
Chirurgie orthopédique	3	Praticien attaché	-	

Chirurgie vasculaire	2	PH temps plein		Convention CHU Tours
Chirurgie viscérale	6	Praticien contractuel temps partiel	-	Convention ARS, université, CHU Tours
Chirurgie viscérale	2	Praticien contractuel	-	Convention CHU Tours
Chirurgie viscérale	2	PH temps plein	-	Convention CHU Tours
Neuropsychologie	9	Neuropsychologue	-	
Diététique	5	Diététicienne	-	
Orthoptie	10	Orthoptiste	-	

Spécialité de prise en charge ambulatoire	Nombre de places autorisées	Activités 2015 (Indicateurs)
Médecine ambulatoire		
Gastro-entérologie		
Médecine interne et oncologique		
Gynécologie		
Ophtalmologie		
Orthopédie		
ORL		
Stomatologie		
Chirurgie ambulatoire		
Chirurgie ophtalmologique		
Chirurgie urologique		
Spécialité de prise en charge ambulatoire	Nombre de places autorisées	Activités 2015 (Indicateurs)
Chirurgie ambulatoire		
Chirurgie vasculaire		
Chirurgie viscérale		

10 places sont autorisées pour l'ensemble de l'activité ambulatoire.

1777 journées ont été réalisées en 2015 pour l'ensemble de l'activité ambulatoire.

Hospitalisation	Nombre de lits / places	Commentaires
Hospitalisation complète		
Médecine polyvalente	35	
Chirurgie	25	Anesthésie, cardiologie, chirurgie urologique, chirurgie vasculaire, chirurgie viscérale, gastro-entérologie, gynécologie, ophtalmologie,

		orthopédie, ORL, stomatologie
Soins de Suite et de Réadaptation	30	
Unité d'hospitalisation de courte durée	4	Ouverture 24/24
Hospitalisation de jour		
Psychiatrie	15 places	Convention avec le CHU de Tours pour les hospitalisations psychiatriques
Secteur médico-social		
EHPAD	225 lits	1 unité pour accueil de résidents atteints de la maladie d'Alzheimer : 16 lits 3 unités pour résidents dépendants : 165 lits 1 unité pour résidents autonomes : 44 lits
EHPAD	6 places	Accueil de jour Alzheimer
SSIAD	75 places	70 places pour les personnes âgées 5 places pour les personnes atteintes de handicap

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 CH PÔLE SANTÉ SUD 37

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

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

		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 polyopathologiques		
	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 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 2014

		Nombre	% sur l'ensemble du personnel	ETP
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	/	/	/
	Praticiens contractuels	4	1.47	2.75
	Internes	/	/	/
Personnel non médical	Titulaires	189	69.49	170.90
	Stagiaires	10	3.68	9.60
	Contractuels	69	25.36	60.61

+ Pyramide de l'âge

Les données financières 2014

Les ratios financiers

Taux de CAF	4,97%	Durée apparente de la dette (<10ans)	10,33
Taux Marge brute	5,67%	Ratio de l'encours de la dette/produits (<30%)	51,50
		Ratio d'indépendance financière (<50%)	32,20

Les budgets

Budget H	2 150 826	Budget P	133 374	Budget M	/
Budget B		Budget J	/	Budget N	1 169 440
Budget E	10 602 956	Budget L	/	BUDGET CONSOLIDÉ	14 056 596

Les données d'activité 2014

MCO (H)	Nombre de séjours (RSS)	290	Age moyen PMSI	78,70
	Nombre de naissances		Nombre de patients PMSI	290
	Nombre de passages aux urgences		Durée moyenne de séjour PMSI	14,40
	Valorisation 100% T2A		Nombre de journées PMSI	3 133
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	88 035	GIR moyen	696
	Taux d'occupation	94,96	PMP (Pathos)	157
	Age moyen	85,35		

USLD (B)	Journées réalisées		GIR moyen	
	Taux d'occupation		PMP (Pathos)	
	Age moyen			
ESAT, SSIAD et autres (L/M/N/P)	Journées réalisées	23 962	Age moyen	64,81
	Taux d'occupation	86,36		

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

Les sites du CH Jean Pagès

4 sites principaux	Rayon géographique d'interventions

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

		Nombre de lits et places	Total des lits et places par champ
Champ MCO	Médecine	10	10
	USC		
	UHCD		
	Oncologie		
	Gynécologie-obstétrique		
	Court Séjour Gériatrique		
Champ SSR	Adultes - SSR polyvalents	70	70
	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"	180	210
	Unité "Alzheimer"	30	
Champ USLD	Unités hors "Alzheimer"		
	Unité "Alzheimer"		
Champ ESAT, SSIAD et autres (MAS)	Internat		26
	Externat	26	

Certification

Certification V3 / V2010 : Octobre 2013

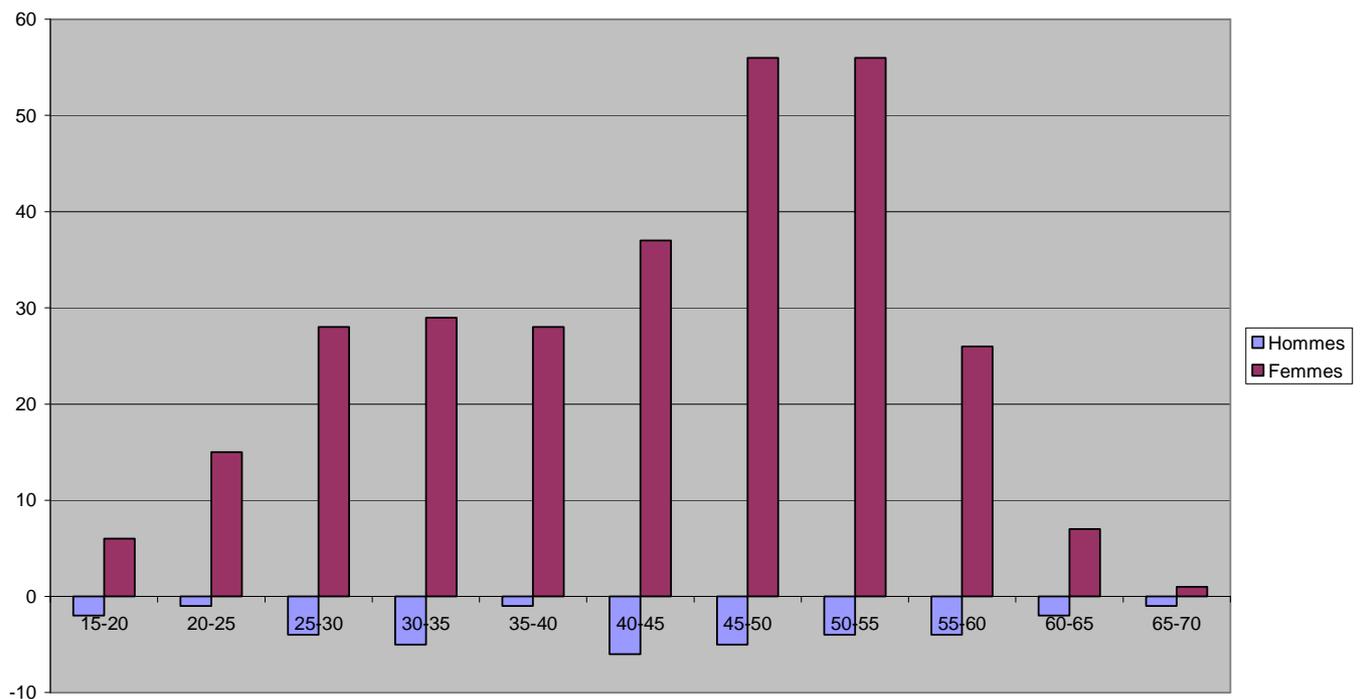
Certification V2 / V2007 :

Accréditation V1 :

Les données du personnel 2014

		Nombre	% sur l'ensemble du personnel	ETP
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	7	1.57 %	6.20
	Praticiens contractuels	5	1.12 %	1.94
	Internes	2	0.45 %	2.00
Personnel non médical	Titulaires	245	55.06 %	211.34
	Stagiaires	8	1.80 %	4.50
	Contractuels	178	40 %	60.15

Pyramide des âges à la date du 31/12/2014



Les données financières 2014

Les ratios financiers

Taux de CAF	7.5 %	Durée apparente de la dette (<10ans)	7.38 ans
Marge brute	9.8 %	Ratio de l'encours de la dette/produits (<30%)	53.85 %
		Ratio d'indépendance financière (<50%)	45.6 %

Les budgets

Budget H	7 574 948.13	Budget P	/	Budget M	/
----------	--------------	----------	---	----------	---

Budget B	/	Budget J	/	Budget N	300 777.79
Budget E	10 381 389.05	Budget L	/	BUDGET CONSOLIDÉ	18 257 114.97

Les données d'activité 2014

MCO (H)	Nombre de séjours (RSS)	209	Age moyen PMSI	63.10
	Nombre de naissances		Nombre de patients PMSI	160
	Nombre de passages aux urgences		Durée moyenne de séjour PMSI	13.9
	Valorisation 100% T2A	1 657 173.57	Nombre de journées PMSI	2 910
SSR (H)	Nombre de séjours	501	Nombre de sorties PMSI	
	Age moyen	83.43	Nombre de patients PMSI	
	Nombre d'admissions PMSI		Nombre de journées de présence PMSI	23 426
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	76 817	GIR moyen	762.03
	Taux d'occupation	99.74 %	PMP (Pathos)	273
	Age moyen	86.20		
USLD (B)	Journées réalisées		GIR moyen	
	Taux d'occupation		PMP (Pathos)	
	Age moyen			
ESAT, SSIAD et autres (L/M/N/P)	Journées réalisées	8 494	Age moyen	
	Taux d'occupation	89.50 %		

Spécialité d'hospitalisation conventionnelle	Nombre de places autorisées	Activités 2015 (Indicateurs)
USP	10	3065 journées réalisées
SSR	70	23246 journées réalisées

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 Yves COUTEAU Pdt CME : Isabelle GABRIEL Direction commune avec CHRU Tours (40 km)	Coopérations → → → →
---	----------------------------------

Les sites du CH LOUIS SEVESTRE

4 sites principaux	Rayon géographique d'interventions

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

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

	Unité "Alzheimer"		
Champ ESAT, SSIAD et autres (MAS)	Internat		
	Externat		
Total des lits et places I			140

Certification

Certification V3 / V2010 : Mars 2012

Certification V2 / V2007 : Septembre 2008

Accréditation V1 : Aout 2006

Les données du personnel 2014

		Nombre	% sur l'ensemble du personnel	ETP
Personnel médical	Praticiens hospitaliers	4		4
	Praticiens contractuels	1		0.50
	Internes	2 mises à disposition par le CHRU de Tours		0.48
Personnel non médical	Titulaires	76	75.24%	73.28
	Stagiaires			
	Contractuels	25	24.76%	17.59

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

Les données financières 2014

Les ratios financiers

Taux de CAF	4.5%	Durée apparente de la dette (<10ans)	24.6 mois
Marge brute	5.8%	Ratio de l'encours de la dette/produits (<30%)	20%
		Ratio d'indépendance financière (<50%)	

Les budgets

Budget H	7 287 097 €	Budget P		Budget M	/
Budget B		Budget J	/	Budget N	/
Budget E		Budget L	/	BUDGET CONSOLIDÉ	7 287 097 €

Les données d'activité 2014

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	982	Nombre de sorties PMSI	900
	Age moyen	44.2	Nombre de patients PMSI	909
	Nombre d'admissions PMSI	982	Nombre de journées de présence PMSI	42900
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			

Spécialité	Consultations externes (demi-journée/semaine)	Statut du ou des praticiens concernés	Télé médecine +/-	Observations
ADDICTO				

La répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques pouvant être prévue par voie d'avenant à la convention constitutive découlant de l'organisation des activités prévue au 4 :

PM	ETP ANNUEL MOYEN 2015	
Praticien Hospitalier	4.75	
Pharmacien	0.62	
Assistant mis à dispo du CHU	0.50	
PH mis à dispo du CHU	0.25	
Interne mis à dispo du CHU	1.25	

