GHT

DE L'AUBE ET DU SÉZANNAIS



PROJET MÉDICAL ET DE SOINS PARTAGÉ

2023 - 2028

VERSION 2

HÔPITAUX CHAMPAGNE SUD

CENTRE HOSPITALIER TROYES

GHAM GROUPEMENT HOSPITALIER AUBE-MARNE ROMILLY - SÉZANNE - NOGENT

EPSM Aube

CENTRE HOSPITALIER SAINT NICOLAS BAR-SUR-AUBE

CENTRE HOSPITALIER CHRISTIAN BRAUN BAR-SUR-SEINE

Pierre d'Arcis EHPAD & SSIAD

RÉSIDENCE CARDINAL DE LOMÉNIE

SOMMAIRE

1. Préambule 3
1.1 Avant-propos du directeur général du GHT et de la présidente de la CMG 3
1.2 Contexte réglementaire 4
1.3 Constitution du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Aube et du Sézannais 5
1.4 Établissements du groupement, moyens humains et budget de fonctionnement 5
1.5 Évaluation du projet médical et de soins partagé 1re génération 10
1.6 Méthodologie d'élaboration du projet médical et de soins partagé 2e génération 12
1.7 Modalités de validation, de communication, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du projet médical et de soins partagé 2e génération 14
2. Le territoire et ses enjeux 15
3. Le projet médical et de soins partagé 2023-2028 18
3.1 Orientations stratégiques 18
3.2 Cadre des valeurs éthiques porté par le GHT 20
3.3 Objectifs en matière de qualité, sécurité et pertinence des soins 21
3.4 Prévention 23
3.5 Filières et parcours identifiés comme prioritaires 27
3.6 Projet territorial de santé mentale 55
3.7 Projets des hôpitaux de proximité 56
3.8 Projet médico-social 59
3.9 Projets des pôles territoriaux directement liés aux soins 61
3.10 Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques 65
4. Projet de gestion territoriale des lits 66
5. Projet de système d'information et de télésanté 67
6. Projet de recherche et d'innovation clinique 69
7. Projet d'innovation managériale et technologique 70
8. Projet de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles 72
9. Projet de développement durable en santé 73
10. Projet social partagé 74
11. Annexes 75
11.1 Liste des sigles et abréviations utilisés 75
11.2 Remerciements 79
11.3 Notes 83

1. PREAMBULE

1.1 Avant-propos du directeur général du GHT et de la présidente de la CMG

Les objectifs et les attendus du PMSP définis collégialement par les acteurs du groupement sont les suivants :

- Construction d'une **vision commune de l'offre publique de soins sur le territoire**
- Élaboration d'une **stratégie de prise en charge globale du patient** au sein du GHT
- Prise en compte de l'**organisation par filière d'une offre de soins graduée**

La naissance du GHT de l'Aube et du Sézannais, en 2016, s'est accompagnée de l'écriture d'un projet médical et de soins partagé pour la période 2017-2022. Ces cinq années ont été riches de projets et de réalisations ambitieuses, et ont vu la naissance d'un véritable sentiment d'appartenance partagé au sein du GHT. Une gouvernance territoriale s'est mise en place, ainsi que des pôles territoriaux et de nombreuses actions institutionnelles au bénéfice des patients comme des professionnels.

Ce nouveau projet médical et de soins partagé 2023-2028 s'appuie sur les réussites de cette première version et entend les pérenniser. Il a vocation à déployer sur notre territoire des filières et parcours de soins en favorisant la collaboration des acteurs, au sein du GHT comme avec nos partenaires publics ou privés. Ces filières et parcours, déterminés collectivement par les communautés médicales et soignantes des établissements, bénéficieront de plateaux techniques de pointe, de l'appui des pôles médico-techniques, et seront soutenus par un projet de soins ambitieux permettant de leur donner une forte dimension médicale, soignante, éducative et sociale.

Ils s'appuieront sur le maillage de nos structures sanitaires et médico-sociales, sur le projet territorial de santé mentale porté par l'EPSMA, sur les hôpitaux de proximité permettant de soigner les patients au plus près de leurs lieux de vie, ainsi que sur les plateaux techniques les plus performants permettant des soins d'excellence.
La qualité des soins et la sécurité des patients font partie des fondamentaux à la base de toute notre action, ils doivent devenir partie intégrante de toutes nos réflexions dans la perspective de notre certification commune.

Il ne faut pas occulter la nécessité impérative du recrutement de professionnels, faisant ainsi de l'attractivité et de la fidélisation une dimension fondamentale de la réussite de nos projets. Celle-ci devra s'accompagner d'une politique ambitieuse de formation et de qualité de vie au travail passant par le nécessaire équilibre entre la vie professionnelle et les aspirations personnelles. Elle passera également par l'accès à la recherche et à l'innovation et par des organisations facilitant la collaboration entre les professionnels.

Le déploiement d'un système d'information performant, agile et collaboratif sera également l'un de nos grands défis. Nous devrons faire face à la part prépondérante de la place des pathologies chroniques liée au vieillissement de la population, dont la prise en charge sera facilitée sur notre territoire par la démarche de Responsabilité populationnelle en lien avec la ville. La transition écologique et les crises sanitaires devront également être prises en compte par le développement durable en santé et la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. Les cinq années à venir s'inscrivent dans un contexte d'incertitudes sociétale et environnementale et nous devons garder à l'esprit que nous serons plus forts en travaillant tous ensemble en vue de réaliser nos objectifs communs.

L'ensemble des professionnels du GHT, investis et motivés, auront à cœur de mettre leurs compétences et leur sens du service public au service de la réalisation de ces beaux projets dans une dynamique managériale innovante.

1.2 Contexte réglementaire

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé met en place les Groupements Hospitaliers de Territoire. Elle vise à garantir que l'offre de soins des établissements publics de santé corresponde aux besoins de la population et à assurer la qualité des soins et la sécurité des patients en tout lieu du territoire.

L'article R 6132-3 du Code de la santé publique précise que le projet médical partagé définit la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire. Ce projet médical a pour ambition à la fois de mettre en place une concertation et une gradation des soins hospitaliers et de développer des stratégies médicales et soignantes de territoire, mais aussi d'organiser pour l'ensemble des activités l'offre de soins de proximité, de référence et de recours sur le territoire.

Le PMSP du GHT de l'Aube et du Sézannais se conforme à ce dernier et prévoit la déclinaison, au sein de chacune des filières, des éléments suivants :

- La permanence et la continuité des soins
- Les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées
- Les activités ambulatoires, d'hospitalisation partielle et conventionnelle
- Les plateaux techniques
- La prise en charge des urgences et des soins non programmés
- L'organisation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles
- Les activités d'hospitalisation à domicile
- Les activités de prise en charge médico-sociale

Le cadre juridique dans lequel s'inscrit le projet médico-soignant du GHT de l'Aube et du Sézannais repose également sur les éléments suivants :

- Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement
- Décret du 11 mars 2016 relatif à la commission médicale d'établissement, au règlement intérieur et aux fonctions de chefs de services et de responsables de départements, unités fonctionnelles ou structures internes des établissements publics de santé
- Décret du 30 avril 2010 relatif à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechniques dans les établissements publics de santé
- Décret du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire
- Décret du 2 mai 2017 relatif aux modalités de mise en œuvre des activités, fonctions et missions mentionnées à l'article L.6132-3 du Code de la santé publique, au sein des groupements hospitaliers de territoire
- Ordonnance du 17 mars 2021 relative aux groupements hospitaliers de territoire et à la médicalisation des décisions à l'hôpital, prise en application de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Cette ordonnance permet la mise en place des **commissions médicales de groupement**, qui contribuent à l'élaboration et à la mise en œuvre de la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire et du projet médical partagé. Elle traite aussi du rôle du président de la commission médicale de groupement, également vice-président du comité stratégique.

1.3 Constitution du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Aube et du Sézannais

Selon sa convention constitutive signée le 8 juillet 2016, son avenant n°1 signé le 17 mars 2016 et son avenant n°2 du 18 janvier 2022[1], le Groupement Hospitalier de Territoire de l'Aube et du Sézannais comprend, en tant que membres :

- Le Centre Hospitalier de Troyes (établissement support du GHT)
- Le Groupement Hospitalier Aube Marne
- Le Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube
- Le Centre Hospitalier de Bar-sur-Seine
- L'Établissement Public de Santé Mentale de l'Aube
- L'EHPAD Cardinal de Loménie (Brienne-le-Château)
- L'EHPAD Pierre d'Arcis (Arcis-sur-Aube)

Le Groupement Hospitalier de Territoire de l'Aube et du Sézannais comprend, en tant que partenaires :

- L'EHPAD Sainte-Marthe (Fontaine-les-Grès)
- L'EHPAD Les Tilleuls (Marcilly-le-Hayer)
- L'EHPAD La Belle Verrière (Bayel)
- L'ASIMAT
- Le Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) Plateforme d'Aval sur le territoire Champagne Sud composé des établissements suivants :
    - Le Centre Hospitalier de Troyes
    - La Mutualité Française Champagne-Ardenne SSAM (HAD)
    - Le CRRF COS Pasteur

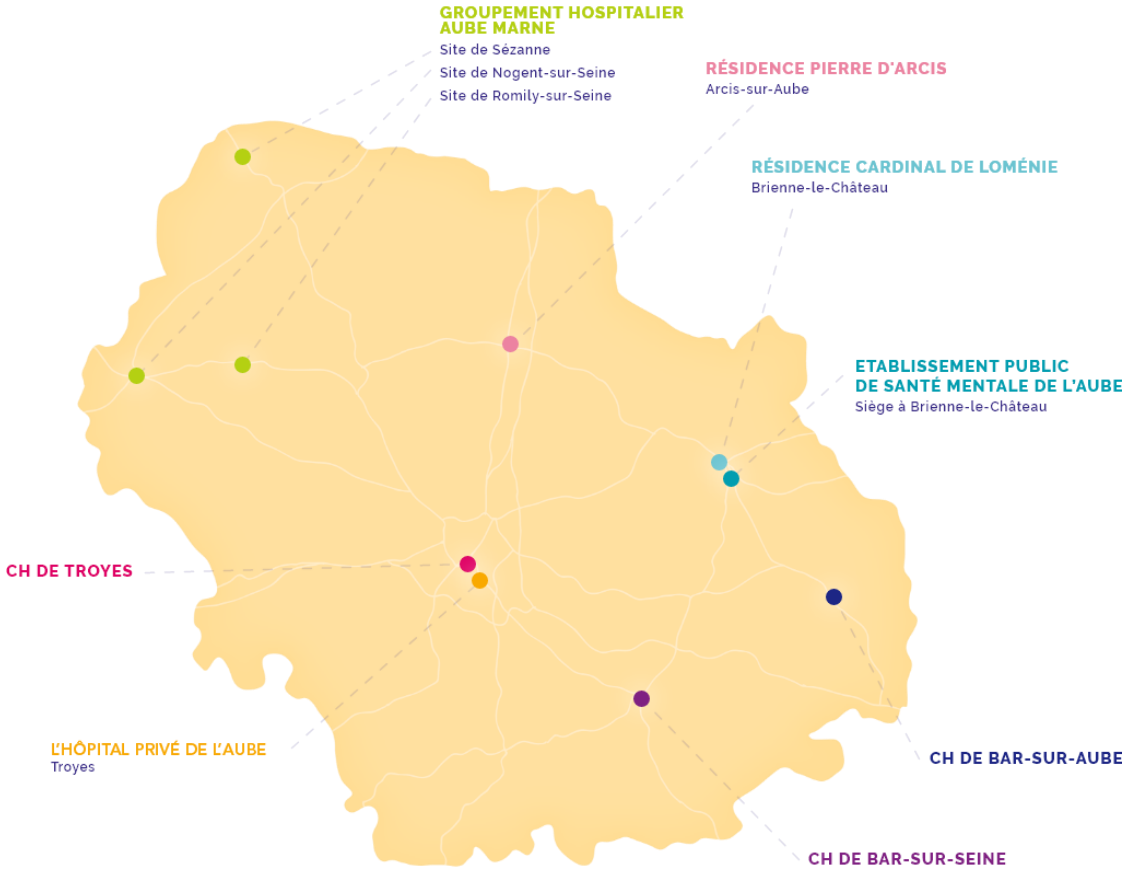
1.4 Établissements du groupement, moyens humains et budget de fonctionnement

Ensemble, les Hôpitaux Champagne Sud **constituent un acteur majeur de l'offre de soins de la région Grand Est et le principal acteur du département de l'Aube**. Ils garantissent l'accès aux soins des 311 000 habitants du département de l'Aube et aux 14 000 habitants de l'arrondissement du Sézannais, dans la Marne. Les sept établissements couvrent ensemble plus de 6 000 km², sur la totalité du département de l'Aube et une partie de la Marne (secteur Sézanne).

Les établissements du groupement proposent **une offre de prise en charge complète et diversifiée qui permet de répondre aux besoins de la population sur le volet sanitaire, psychiatrique et médico-social**. L'offre de soins permet aussi de répondre aux situations d'urgence, avec deux services d'urgence, le premier situé au CH de Troyes et l'autre situé au GHAM sur le site de Romilly-sur-Seine. À cela, s'ajoutent des antennes SMUR sur le site de Sézanne et de Bar-sur-Aube.

L'Hôpital Privé de l'Aube, à Troyes, vient compléter cette offre à travers la mise en œuvre de coopérations approfondies.

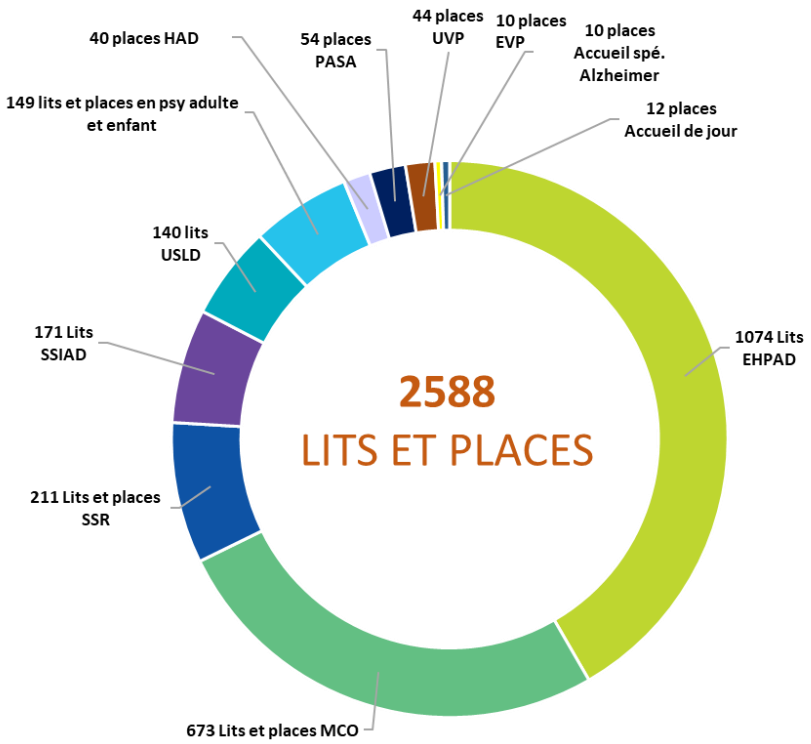
Positionnement géographique des établissements



Répartition des moyens matériels et capacités installées

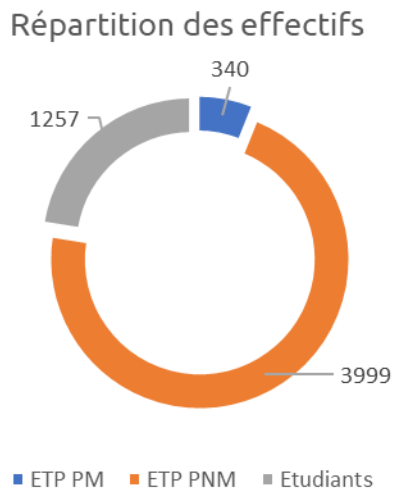
Avec plus de 2588 lits et places installés (chiffres 2022), les établissements réalisent chaque année 750 000 journées.

	BSA	BSS	CH de Troyes	EPSMA	GHAM	Card. de Loménie	Resid. Pierre d'Arcis	Total HCS
EHPAD	116	178	263	-	325	84	108	1074
MCO	15	10	548	-	100	-	-	673
SSR	30	13	95	-	73	-	-	211
SSIAD	-	-	-	-	100	25	46	171
USLD	-	30	70		40	-	-	140
Psy	-	-	-	149	-	-	-	149
HAD	-	-	-	-	40	-	-	40
PASA	-	-	14	-	14	14	12	54
UVP	14	-	30	-	-	-	-	44
EVP	-	10	-	-	-	-	-	10
Equipe spé. Alzheimer	-	-	-	-	-	-	10	10
ADJ	-	-	-	-	6	6	-	12
Total	**175**	**241**	**1020**	**149**	**698**	**129**	**176**	**2588**

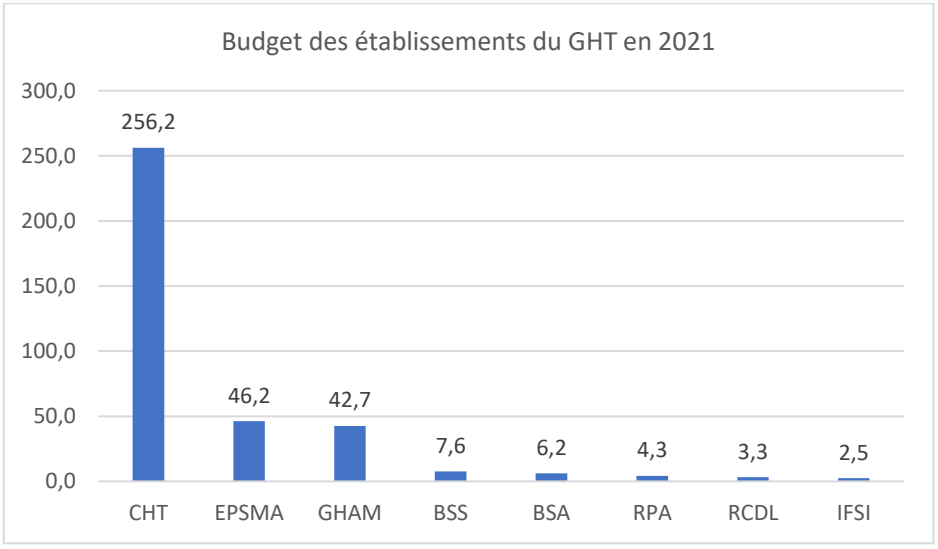


Moyens humains et financiers

Ensemble, **ils réunissent 4339 professionnels** médicaux, non médicaux et administratifs (3999 personnels non médicaux et 340 personnels médicaux). Ils **forment chaque année plus de 1250 étudiants** (internes, stagiaires paramédicaux et stagiaires administratifs et techniques).



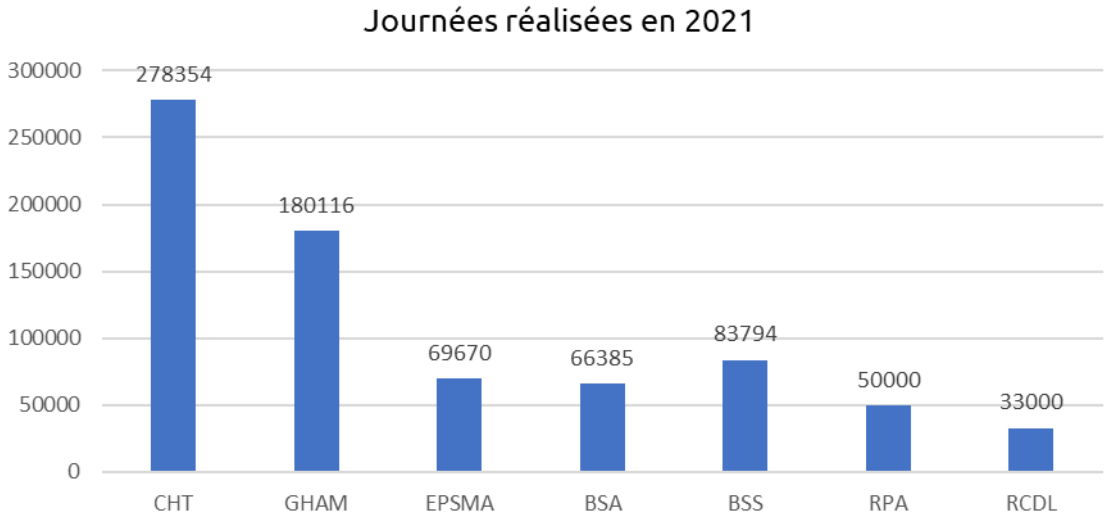
Le budget cumulé des établissements représentait, en 2021, **près de 370 millions d'euros**.

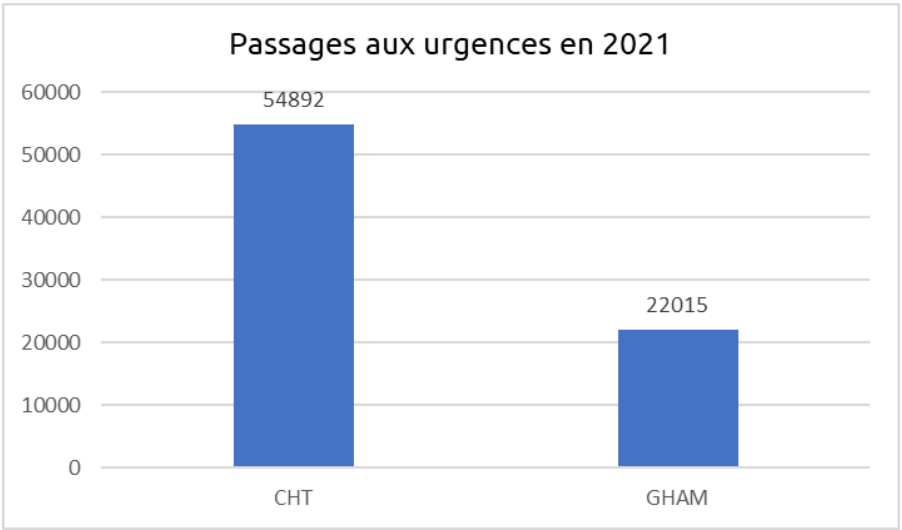


.

Données d'activité

Chaque année, plus de 750 000 journées sont réalisées dans les différents établissements du groupement (cumul des journées en court séjour, moyen séjour, long séjour, psychiatrie, SSIAD, HAD et l'ensemble des modes de prises en charge) **et plus de 80 000 passages aux urgences de Troyes et du GHAM.**





1.5 Évaluation du projet médical et de soins partagé 1re génération

Le précédent PMSP 2017-2022 était structuré autour de huit filières prioritaires :

- Urgences, chirurgie, réanimation
- Cancérologie, soins palliatifs
- Soins aux détenus
- Neuro-cardio-vasculaire
- Personnes âgées
- Gynécologie, obstétrique, périnatalité
- Santé mentale
- Réponse aux situations sanitaires exceptionnelles

Il comportait un projet de soins transversal aux différentes filières.

Sont listées, ci-dessous, certaines des actions phares réalisées par filière :

Filière cancérologie / soins palliatifs	Secteur d'hospitalisation complète en hématologie clinique Consultations avancées hématologie
Filière gynécologie	Mise en place de protocoles communs entre les 2 maternités Amélioration parcours césariennes
Filière neuro-cardio-vasculaire	Déploiement de consultations avancées (neurologie, neurochirurgie, cardiologie) Mise en place activité de rythmologie CHT
Filière personnes âgées	Développement des entrées directes du domicile-EHPAD en médecine gériatrique et SSR
Filière santé mentale	Création de lits de pédopsychiatrie en hospitalisation complète Amélioration de la prise en charge des urgences avec ouverture de l'UP 72
Filière soins aux détenus	Développement de la télémédecine . Prise en charge des urgences
Filière urgences / chirurgie / réanimation	Communication entre les services d'hospitalisation et les services d'aval renforcée et améliorée, documents de transfert mis en place
Projet de soins transversal aux filières	Management et gestion des compétences : dispositif d'accompagnement des stagiaires, Label cadre, Tutorat

Le bilan du PMSP 1re génération met en évidence la naissance d'un sentiment d'appartenance des professionnels des HCS (conventions du personnel communes, formations mutualisées) et une appropriation de la démarche de territoire intégrant les parcours et la gradation de l'offre de soins.

Il a permis, en particulier, la mise en place de différentes structures :

- Instances territoriales et de gouvernance
- Directions transversales
  - Affaires médicales
  - Information numérique, avec le déploiement d'outils numériques et de télémédecine et un soutien logistique en matière d'informatique
  - Achats et logistique
  - Communication
  - Patrimoine et travaux
- Pôles territoriaux
  - Information Médicale Évaluation Performance (IMEP), avec la constitution d'une Unité de Recherche Clinique et de Recherche en Soins (URCRS)
  - Évaluation Sécurité et Qualité des Soins (ESQS), avec la mise en œuvre de la démarche de certification commune V2014
  - Imagerie médicale
  - Biologie et Anatomo-Pathologie
  - Pharmacie

Il a également contribué :

- Au renforcement de la collaboration entre les différents acteurs (établissements de santé partenaires, collaboration avec le secteur médico-social) et la création du GCS plate-forme d'aval
- Au développement des consultations avancées
- À la labellisation des hôpitaux de proximité de Bar-sur-Seine et Bar-sur-Aube
- À l'engagement dans la Responsabilité populationnelle (coordination des acteurs au sein du territoire en intra et extra GHT)
- À la mise en place d'une réflexion éthique à l'échelle du territoire

Certaines actions exemplaires sont à souligner sur le territoire :

- Le déploiement de l'offre de consultations spécialisées et consultations avancées
- La démarche de certification entièrement commune V2014
- La gestion de la crise COVID (gradation des soins, complémentarité avec le secteur médico-social, approche collective et territoriale)
- L'implémentation des IPA au sein des HCS sur toutes les mentions
- Mise en place de la chirurgie robotique au CHT

Cette évaluation a permis de tirer des enseignements pris en compte dans l'élaboration du PMSP 2e génération :

- La coordination de l'aval des urgences à renforcer
- L'organisation des transferts entre établissements de santé à sécuriser (transfert, plan de soin type, enveloppe de sortie, continuité du traitement médicamenteux, collaboration directe entre cadres de santé, coordination médicale)
- Le projet de Centre de cancérologie de l'Aube à poursuivre
- La responsabilité populationnelle à étendre
- L'attractivité et la fidélisation du personnel à promouvoir
- Le dossier patient informatisé (DPI) à pouvoir partager ou à rendre accessible

En termes de méthodologie, l'élaboration et le suivi du PMSP 2e génération tiennent également compte des écueils du premier, à savoir : l'absence d'indicateurs, le suivi insuffisant des projets et une présentation sous forme de plans d'action plutôt que sous forme d'objectifs.

1.6 Méthodologie d'élaboration du projet médical et de soins partagé 2e génération

La méthodologie d'élaboration du projet médical partagé de territoire est fondée sur un cadre précis

- Le cadre législatif et réglementaire posé par la loi de modernisation de notre système de santé et ses décrets d'application qui définissent la gouvernance des GHT, l'objet, les objectifs et le contenu du Projet médical partagé (PMP)
- Le Programme Régional de Santé 2018 / 2028 de la région Grand Est
- Les recommandations méthodologiques diffusées par le Ministère chargé de la Santé et l'ANAP
- Les attendus formalisés par la lettre de cadrage de l'ARS Grand Est du 16 juin 2022 dans laquelle il était demandé d'intégrer, a minima, dans la première version du PMSP 2nde génération, les thématiques spécifiques suivantes :
    - La mise en place des hôpitaux de proximité
    - La gestion des lits au niveau territorial
    - Les projets médico-techniques, notamment sur le volet pharmaceutique
    - La filière personnes âgées
    - Les ressources humaines en santé (diagnostic, organisation des ressources et projet attractivité).

Le GHT de l'Aube et du Sézannais a fait le choix d'un projet médical et de soins partagé, piloté par la présidente de la CMG et le directeur général, président du COSTRAT.

À cet effet, une démarche projet a été mise en œuvre :

- Une approche pluriprofessionnelle fondée sur l'information et la concertation

- Une phase initiale d'information et d'impulsion de la démarche par des rencontres entre la PCMG et vice-PCMG et l'ensemble des acteurs du GHT (entre janvier et juillet 2022)
    - Direction générale
    - PCME et vice-PCME (cellule de coordination et de concertation)
    - Direction des soins
    - CME des établissements
    - Comité stratégique du GHT
    - Commission médicale de groupement
    - Directions transversales
    - Chefs de pôles territoriaux

  Ces rencontres ont permis de cadrer la démarche, de conduire le bilan du précédent PMSP et de définir de manière collégiale les filières et parcours prioritaires à décrire dans le PMSP nouvelle génération

- La formalisation d'une lettre de mission (mai 2022) et la mobilisation des animateurs des filières par la PCMG et vice-PCMG (entre juin et juillet 2022).
  Les missions confiées aux animateurs des filières étaient les suivantes :
    - Présenter la filière et en définir le périmètre
    - Décrire les parcours prioritaires rattachés à la filière en identifiant notamment les séquençages de soins, les activités de proximité, de recours et de référence et les moyens correspondants, les évolutions prévisibles, les interactions, les points forts et points à améliorer
    - Définir les objectifs d'amélioration en termes de stratégie, de qualité des soins et sécurité des patients, d'organisation interne, de déploiement opérationnel, d'évaluation et de communication
    - Traduire les objectifs en actions concrètes et les suivre
    - Contribuer à la communication

- Une seconde phase active de production des travaux (septembre 2022 jusqu'à février 2023). Cette étape a bénéficié d'un accompagnement de la PCMG et vice-PCMG fondé sur l'intelligence collective et la mobilisation large des professionnels avec l'appui d'un cabinet conseil dont les missions étaient les suivantes :
    - Apporter un accompagnement méthodologique à la direction générale et aux directions déléguées dans la construction des orientations stratégiques et transverses du PMSP
    - Apporter des idées, éclairages et conseils
    - Préparer, faciliter ou animer des réunions par filière et assurer la synthèse des éléments produits
    - Soutenir méthodologiquement les filières prioritaires du PMSP dans la formalisation de leurs travaux, notamment lors d'un séminaire réunissant l'ensemble des établissements et plus de 60 professionnels du GHT le 5 décembre 2022
    - Contribuer à la formalisation de la version définitive du PMSP
    - Identifier les indicateurs à positionner sur les objectifs stratégiques et opérationnels et les plans d'action (travaux initiés lors d'un deuxième séminaire le 8 juin 2023).

1.7 Modalités de validation, de communication, de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation du projet médical et de soins partagé 2e génération

Les étapes de validation sont les suivantes :

- Présentation du PMSP 2nde génération en CMG (28 mars 2023)
- Présentation au COSTRAT pour concertation (4 mai 2023)
- Présentation pour validation définitive en CMG (16 mai 2023)
- Présentation pour avis en mai et juin 2023 aux instances d'établissement (CME et CSIRMT) et de territoire (CSIRMT et CSE)
- Présentation pour décision exécutoire au COSTRAT (27 juin 2023)

Le PMSP 2nde génération est ensuite transmis à l'ARS et fait l'objet d'une communication auprès des différents établissements du GHT (instances et professionnels), des élus et du public.

Les objectifs sont déclinés en actions concrètes, validées par le COSTRAT et intégrées au programme d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins qui constitue l'outil de suivi. Des indicateurs de suivi de structure et de résultats sont identifiés.

Un second séminaire a été organisé le 8 juin 2023 afin de définir le plan d'action et les indicateurs.

Le suivi opérationnel est assuré par la CMG.

Un bilan annuel de la mise en œuvre est présenté au COSTRAT, en CSIRMT, au CSE et comité des élus de groupement et dans les CME et CSIRMT de chacun des établissements.

Le PMSP a été approuvé par arrêté de l'ARS Grand Est le 26 novembre 2024.

Une version 2 a été élaborée pour tenir compte de la publication du Projet Régional de Santé publié en novembre 2023, et s'intégrer dans les orientations stratégiques du PRS.
Elle a été validée par la CMG le 3 juillet 2025 et le COSTRAT le 10 juillet 2025, avant transmission à l'ARS.

2. LE TERRITOIRE ET SES ENJEUX

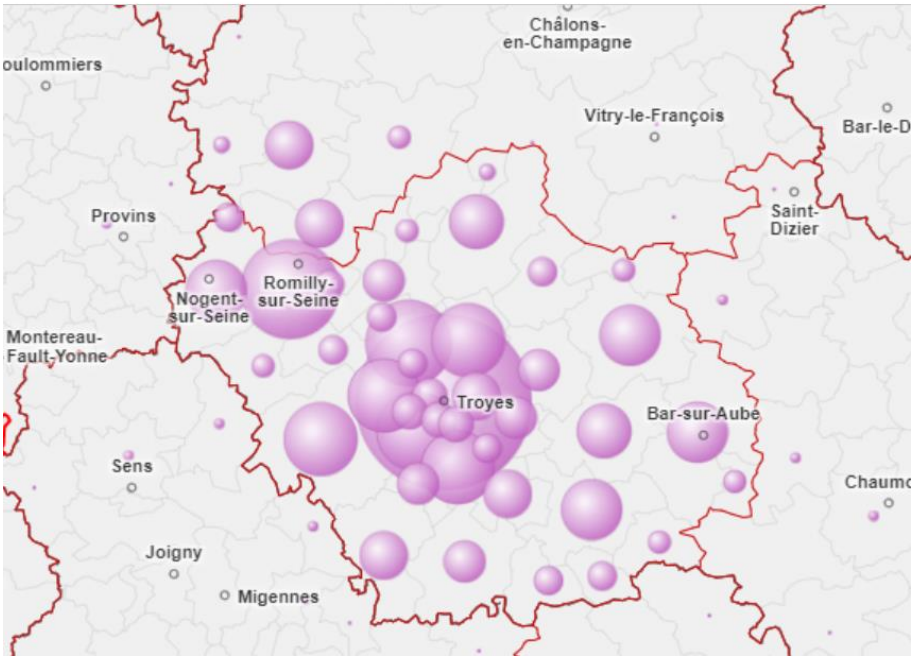
Caractéristiques de la population et de son bassin de recrutement

Le département de l'Aube, avec 311 083 habitants à la fin de l'année 2022, se situe en 75e position nationale en nombre d'habitants et 7e sur l'ensemble de la région Grand Est.

Le département est limitrophe des départements de la Marne, de la Haute-Marne, de la Côte d'Or, de l'Yonne et de la Seine-et-Marne. Il présente une faible densité de population, avec 51,67 habitants par m^2. La population est regroupée dans les principales aires urbaines du département : Troyes, Romilly-sur-Seine, Nogent-sur-Seine…

Le GHT de l'Aube et du Sézannais recrute dans les communes du département de l'Aube et de l'arrondissement de Sézanne, situé dans la Marne.

Zone de recrutement des établissements du groupement [2]



Un territoire dynamique avec une croissance de sa population, malgré son vieillissement

Le département de l'Aube figure parmi les rares départements français à connaître une croissance démographique et c'est le seul département de la région Grand Est dans cette situation.

Le taux d'évolution de la population de l'Aube est expliqué en grande partie par un solde migratoire positif avec l'installation de nouvelles populations, notamment originaires de banlieues franciliennes, attirées par un prix de l'immobilier plus abordable.

Une part significative de cette population est composée de jeunes couples ou familles monoparentales au niveau de vie modeste ou situé en dessous du seuil de pauvreté.

La croissance de la population se concentre essentiellement sur le nord-ouest de l'Aube (bassins de Romilly-sur-Seine et Nogent-sur-Seine en particulier) et l'agglomération de Troyes[3].

Par ailleurs, la population du département est plus âgée que la moyenne nationale.

Le taux de personnes de moins de 30 ans s'élève à 35,1 %, soit à un niveau en dessous de la moyenne nationale (35,4 %).

À l'inverse, l**e taux de personnes de plus de 60 ans est de 27,8 %, alors qu'il est de 26 % au niveau national.**

Un département parmi les plus pauvres de France métropolitaine[4]

Le territoire de l'Aube et du Sézannais figure parmi les départements les plus pauvres de France métropolitaine.

Plusieurs indicateurs permettent d'illustrer la situation du département :

- Le taux de chômage est plus élevé qu'au niveau national avec 10,2% contre 7,9% au niveau national.
- Le revenu médian par foyer est inférieur au revenu médian de la région Grand Est. Le taux de pauvreté est de 16,3%, soit de 2 points plus élevé que le taux observé en région Grand Est.

L'étude par bassin de vie révèle également de grandes disparités au sein du département. Les villes de Troyes et de Romilly-sur-Seine sont parmi les plus pauvres de la région Grand Est.

	REVENUS DÉCLARÉS PAR UNITÉ DE CONSOMMATION (MÉDIANE)	TAUX DE PAUVRETÉ À 60 %
CC des Portes de Romilly-sur-Seine	18 120 €	24,7
CC du Nogentais	21 000 €	14,5
CC des Lacs de Champagne	20 520 €	15,6
CC de Vendeuvre-Soulaines	20 540 €	13,1
CC du Barséquanais en Champagne	21 920 €	12,3
CA Troyes Champagne Métropole	20 460 €	17,8
CC Seine et Aube	21 120 €	9,9
CC du Chaourçois et du Val d'Armance	20 590 €	14,2
CC d'Arcis, Mailly, Ramerupt	20 980 €	12,1
CC Forêts, Lacs, Terres en Champagne	22 130 €	8,9
CC de la Région de Bar-sur-Aube	20 530 €	15,1
CC du Pays d'Othe	20 540 €	15,9
CC de l'Orvin et de l'Ardusson	21 820 €	9,3
Aube	20 580 €	16,3
Grand Est	21 800 €	14,7

Une faible densité médicale

L'Aube figure parmi les départements qui connaissent une diminution des effectifs de médecins spécialistes et généralistes.

Le département présente une faible densité médicale avec 236 médecins pour 100 000 habitants. Il se situe parmi les départements avec la plus faible densité médicale, loin derrière la moyenne de la région Grand Est (322 médecins pour 100 000 habitants) et de l'Île-de-France (352 médecins pour 100 000 habitants).

Un sous-équipement hospitalier problématique

Le département présente un taux d'équipement hospitalier situé 10% en dessous de la moyenne nationale en lits et places de médecine pour 1 000 habitants, et entre 20 et 30% inférieur au taux d'équipement des autres départements de la région Grand Est.

En lits et places de médecine pour 1 000 habitants, le département de l'Aube apparaît comme le département le moins bien doté de la région Grand Est.

Face à cette situation, les établissements publics de l'Aube et du Sézannais se sont fédérés. Le GHT et ses filières organisées représentent la principale réponse en matière de soins sur le département.

Le GHT de l'Aube et du Sézannais principal offreur de soins

Les établissements du **GHT représentent le premier offreur de soins sur le département**, devant l'Hôpital Privé de l'Aube, qui compte 117 lits et places, et la polyclinique Montier-la-Celle (groupe Elsan), qui compte 105 lits et places.

56% des séjours de médecine sont réalisés au CHT, devant l'Hôpital Privé de l'Aube. Une partie de la population est prise en charge au CHU de Reims. Les fuites hors CHU se dirigent vers la polyclinique de Bezannes et les établissements de l'AP-HP. Celles-ci représentent moins de 5% des séjours réalisés.

En chirurgie, la part de marché du CH de Troyes sur la zone d'attractivité des HCS s'élève à 18,5% en 2021 pour la chirurgie en hospitalisation complète et en ambulatoire, derrière la Polyclinique Montier-la-Celle (29,6% des parts de marché) et juste devant l'Hôpital Privé de l'Aube (17,9% des parts de marché). Les fuites hors CHU sont peu importantes. Elles se dirigent vers la polyclinique de Courlancy, celle de Bezannes, ainsi que vers l'Hôpital Privé de Bourgogne à Dijon et l'AP-HP.

Pour l'obstétrique, près de 85% des naissances sont réalisées au CH de Troyes ou au GHAM. En conclusion, la population du département se fait soigner très majoritairement dans le département, à l'exception du recours organisé vers le CHU de Reims, celui de Dijon, l'institut cancérologique Jean-Godinot à Reims ou l'institut Curie à Paris.

3. LE PROJET MEDICAL ET DE SOINS PARTAGE 2023-2028

3.1 Orientations stratégiques

Le PMSP s'articule autour des huit axes stratégiques suivants :

Réaffirmer la place des établissements du GHT dans la politique territoriale de santé

Les établissements du GHT ont un rôle primordial à jouer dans la politique territoriale de santé. Leurs actions peuvent se révéler décisives en matière de prévention, de promotion de la santé, et de lien ville-hôpital. Maillant tout le territoire, ils sont en position idéale pour prendre en compte les besoins spécifiques de la population (précarité, handicap, pathologies chroniques, personnes âgées…) et pour nouer des partenariats avec les autres acteurs du territoire et hors du département. Cette connaissance du territoire est à valoriser pour une co-construction des politiques de santé régionale et nationale avec les élus (maires, députés, sénateurs), les tutelles et les usagers.

Renforcer et médicaliser la gouvernance et le pilotage du GHT

Les établissements du GHT souhaitent davantage associer les professionnels aux prises de décision et renforcer la gouvernance territoriale. Ainsi, ils ambitionnent de favoriser l'innovation médicale. Ils souhaitent également renforcer l'écoute des acteurs du terrain pour faire émerger des projets nouveaux. En complément, Ils envisagent la mise en place d'une cellule projet territoriale permettant de définir, prioriser et accompagner les projets afin de favoriser une vision unifiée. Par ailleurs, les établissements aspirent à une simplification et une meilleure lisibilité de la gouvernance du groupement, une harmonisation des pratiques de pilotage entre les établissements et une clarification du périmètre et du fonctionnement des fonctions transversales.

Territorialiser l'offre de soins entre les établissements de santé du GHT et avec les partenaires

Afin de toujours renforcer les liens avec le territoire, les établissements du GHT prévoient de formaliser et de rendre plus lisible l'offre de soin. Cela implique de mieux définir et articuler les filières et les parcours. Les établissements du GHT entendent bâtir une logique de gradation des soins qui s'appuierait sur un fort maillage territorial. Ils souhaitent promouvoir l'accès aux soins à toute la population, y compris en zone rurale. Ils ambitionnent de développer des filières d'excellence. Pour cela, des outils seront déployés, notamment, une gestion territoriale des lits, un dossier patient partagé ou accessible, la télé-expertise ou la télémédecine…

Renforcer et élargir le virage ambulatoire

Les établissements du GHT souhaitent approfondir leur engagement dans le virage ambulatoire afin d'améliorer le confort et la sécurité des patients, diminuer le temps passé à l'hôpital et les délais de prise en charge, tout en constituant un gain d'efficacité pour les équipes. Le virage ambulatoire concerne chaque spécialité (santé mentale, chirurgie, médecine…) et population (personnes âgées, personnes fragiles, personnes handicapées, enfants). En complément, des équipes mobiles pourront être déployées notamment en gériatrie et psychiatrie.

Mettre le patient au centre de la prise en charge

Les établissements du GHT souhaitent garantir la place de l'usager dans la construction des projets, dans les prises de décision et dans la vie des établissements. Les représentants des usagers seront d'avantage associés aux projets et démarches d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Le recueil de la satisfaction et expérience patient sera promu et le GHT prendra en compte le point de vue des patients pour améliorer ses pratiques. L'expertise patient sera favorisée.

Porter collectivement l'ambition de la sécurité et de la qualité des soins

Les établissements du GHT entendent poursuivre leur engagement pour un même niveau de sécurité et de qualité dans l'ensemble de leurs structures. Cet engagement se concrétise par la co-construction d'une politique commune autour d'objectifs stratégiques partagés et singuliers, déclinés dans chacun des établissements.

Rendre attractifs les métiers du soin et fidéliser les professionnels

L'attractivité et la fidélisation constituent deux piliers essentiels du PMSP, dans un contexte marqué par une raréfaction des ressources humaines en santé et de nouvelles aspirations des professionnels. Les établissements prévoient de favoriser la formation initiale et continue et l'accès à la recherche et à l'innovation. Une attention particulière sera portée à l'accueil et à l'intégration des nouveaux arrivants. Les souhaits de mobilité et d'évolution professionnelle seront facilités à l'échelle du GHT. Enfin, une politique de qualité de vie au travail (QVT) ambitieuse permettra de faciliter l'équilibre de vie et l'épanouissement des professionnels.

Réaffirmer un socle de valeurs communes

Les établissements du GHT portent des valeurs communes qui guident leur action : continuité du service public, engagement, intégrité, neutralité, respect des patients, questionnement éthique. Chaque personne qui pénètre dans un des établissements, malade ou soignant, y sera accueillie avec bienveillance. La cohésion et la solidarité sont au fondement de ce service public.

Renforcer la prévention au plus près de la population

Les établissements du GHT s'engagent dans la prévention au plus près de la population, à tous les âges de la vie : cela commence dès avant la naissance par le soutien aux projets de naissance, puis se poursuit avec les nouveau-nés, enfants et adolescents et leurs parents par des projets d'accompagnement à la parentalité et aux besoins spécifiques des premières années de la vie. La prise en compte de la santé mentale est prévue dès l'enfance. Au cours de la vie adulte puis du grand âge, le dépistage des maladies chroniques et le déploiement de la Responsabilité Populationnelle vont permettre de s'inscrire dans une stratégie de réduction des risques et de prévention primaire, secondaire et tertiaire, en lien avec les différents acteurs du territoire.

3.2 Cadre des valeurs éthiques porté par le GHT

Les soignants vivent des tensions éthiques qui les projettent dans des impasses décisionnelles, alors comment les aider à décider collégialement dans un contexte de mutation profonde de l'hôpital public et de débat sur la fin de vie ? Comment les guider pour faciliter la prise de décision la plus « juste » possible ?

Il existe des espaces de cheminement éthique au sein des établissements du GHT, dont la finalité n'est pas d'apporter la solution aux situations complexes mais de les questionner, de cerner le dilemme dans toutes ses dimensions et de tenter de proposer des choix éthiques.

L'éthique, selon Aristote, est une « *réflexion sur la vie bonne et sur les valeurs qui la fondent* ». Ricœur ajouterait que « *l'éthique est la visée de la vie bonne avec et pour autrui dans des institutions justes* ».

De la délibération à la juste décision

Eric Fiat[5], philosophe, écrit que « *lorsqu'une décision n'a pas la force d'une évidence, s'ouvre alors le temps de la délibération*[6] ».
La visée de notre espace éthique est de recréer des temps de concertation, de délibération au sein des équipes soignantes afin de préparer la décision éclairée.

L'intérêt de l'éthique est :

- De reconnaître la personne malade comme un sujet à part entière
- De prendre des décisions justes et acceptables pour la personne malade
- De faire émerger des pistes de réflexions
- De donner un sens aux pratiques soignantes
- De renforcer des relations de confiance soigné/soignant
- De développer des compétences par un exercice continu de discussion

Le débat éthique fait référence à des valeurs : les premiers principes de bioéthique énumérés par Beauchamps et Childress en 1994 (autonomie, bienfaisance, non-malfaisance et justice).

La Collégialité

La réflexion éthique ne peut pas s'envisager de façon isolée, elle invite à travailler et à réfléchir en équipe en appui de ces valeurs humaines et de ces principes philosophiques.
La collégialité permet de limiter le risque d'une décision erronée ou inappropriée, de maintenir la cohésion de l'équipe et d'assumer ensemble les décisions prises.

La fin de vie

Pour l'heure, en France, c'est la loi Claeys-Léonetti, adoptée en 2016, après une première version en 2005, qui encadre la fin de vie des malades incurables. Elle permet une « *sédation profonde et continue jusqu'au décès* » pour des malades en phase terminale et en très grande souffrance, dont la vie est menacée « *à court terme* ». Cette notion de court terme, qui va de quelques heures à quelques jours, a été définie par la Haute Autorité de Santé.

Il est important de réintroduire le temps de l'écoute et du dialogue, afin de guider les équipes de soins sur des prises de décisions justes et éclairées et d'accompagner les patients en fin de vie.

En conclusion, c'est la notion de solidarité qui donne sens à la démarche éthique au sein de la communauté hospitalière où les liens doivent rester forts dans les situations de vulnérabilité. Par la réflexion éthique, il s'agit bien de maintenir une faculté de doute et de remise en question dans les situations qui entraînent, chez les professionnels, à la fois incertitude, mais aussi conscience de leurs responsabilités.

3.3 Objectifs en matière de qualité, sécurité et pertinence des soins

Contexte et enjeux

Le projet médico-soignant 2017-2022 avait déjà comme objectif de construire une démarche territoriale de la qualité et de la sécurité des soins pour la construction de filières médicales efficientes.

Le changement s'est ainsi opéré, passant d'une démarche d'établissement à une démarche territoriale construite collectivement :

- Le dispositif de pilotage et la stratégie de développement ont été adaptés à l'échelle du territoire
- Les axes stratégiques prioritaires de développement de la qualité et de la sécurité des soins ont été identifiés et déployés au niveau du territoire
- La valorisation, l'information et la communication ont été pensées au niveau du territoire.

Considérant cet engagement novateur, la HAS a proposé aux établissements membres du GHT de s'engager dans une démarche de certification entièrement commune, par mesure dérogatoire.
C'est ensemble qu'ils se sont présentés devant la HAS en mai 2018, qu'ils ont tiré des enseignements de leurs écarts et qu'ils ont travaillé pour s'améliorer. En octobre 2019, les établissements membres du GHT étaient certifiés en B.
Cette expérience unique leur a permis de développer le travail en équipe au-delà de leur établissement respectif, de donner du sens au maillage territorial, à la gradation des soins et à la subsidiarité entre établissements.
Cette alliance a montré sa force dans la gestion de la crise COVID qui s'est appuyée sur l'organisation en place et cette habitude de travailler ensemble dans l'intérêt commun des patients du territoire.

En décembre 2020, considérant l'expérience passée et après avoir consulté la direction générale, l'ensemble des établissements et la représentation des usagers, partie prenante du pilotage de la démarche qualité-sécurité des soins, les établissements membres du GHT ont sollicité la HAS pour poursuivre ensemble autour des enjeux affichés par la HAS.
À titre dérogatoire, la HAS a maintenu une procédure de certification commune pour la qualité des soins pour les établissements membres du GHT.

Les **enjeux** pour le GHT de l'Aube et du Sézannais sont :

- Consolider le portage territorial de la qualité et de la sécurité des soins au-delà des établissements membres du GHT
- Promouvoir l'engagement du patient pour une meilleure efficacité des prises en charge
- Enrichir le pilotage médico-économique des activités par la prise en compte des résultats de qualité et de sécurité

Objectifs stratégiques et objectifs opérationnels

Capitaliser sur l'expérience patient	• Développer l'expérience patient au-delà du recueil de la satisfaction et du traitement des plaintes et réclamations • Renforcer l'implication des représentants des usagers à tous les niveaux du processus d'amélioration continue de la qualité
Contribuer au déploiement et au renforcement d'une culture partagée de qualité et sécurité à l'échelle des HCS et du territoire	• Disposer d'une organisation territoriale de la maîtrise du risque infectieux • Disposer d'une politique territoriale de prévention et de gestion des risques environnementaux de soins pouvant être à l'origine de contamination et/ou d'infection • Disposer d'une organisation territoriale de radioprotection des travailleurs, du public et de l'environnement • Intégrer les démarches qualité à reconnaissance externe à la démarche globale de la qualité des soins : accréditation, certification, labellisation… • Mettre en place l'assurance qualité dans les secteurs ou pour les activités dans le cadre des futures accréditations • Dynamiser la gestion collective des événements indésirables associés aux soins en vue d'améliorer collectivement les pratiques professionnelles • Contribuer à l'identification des filières et parcours de soins en intégrant les objectifs de bonnes pratiques organisationnelles et de soins.
Donner un nouvel élan à la démarche commune de certification des établissements de santé pour la qualité des soins	• Déployer la certification commune des établissements de santé pour la qualité des soins au niveau des HCS • Renforcer le dialogue et développer des outils en commun avec les établissements partenaires du GHT, notamment dans le cadre des projets territoriaux de filières • Mettre en place des synergies entre les démarches du secteur sanitaire et celles du secteur médico-social
Développer le pilotage de la performance à la qualité intégrant la culture de la pertinence et du résultat	• Piloter les activités en intégrant des indicateurs de qualité et sécurité (indicateurs de structure, de processus et de résultat) • S'impliquer dans le financement hospitalier dans le cadre du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) et de son évolution

3.4 Prévention

Le GHT se positionne comme un acteur majeur de la prévention à tous les âges de la vie.

Des actions ciblées visant certains publics sont mises en œuvre notamment auprès des jeunes et de leurs parents.

Des actions à plus large échelle se déploient sur le territoire afin de toucher des publics potentiellement éloignés de la santé, dans une démarche « d'aller-vers ».

Une coordination avec les différents acteurs hospitaliers, libéraux, associatifs, patients… se met en place et permet de faciliter les synergies en développant des outils partagés au service de parcours patients mieux identifiés.

Une large place est donnée à la prévention dans les différentes filières notamment addictologie, oncologie, cardio-vasculaire, mère-nouveau-né, pathologies chroniques, personnes âgées, ainsi qu'en santé mentale, dans le projet médico-social, dans le projet de soins infirmiers et dans le cadre du projet de recherche et innovation clinique.

Mise en œuvre d'une commission prévention – promotion de la santé en lien avec les acteurs de la ville pour élaborer une feuille de route commune et coordonner les actions

Le constat a été fait que la prévention à l'hôpital manquait de visibilité d'une part et de coordination d'autre part. Dans ce contexte, suite à un audit organisationnel, le pôle territorial santé publique s'inscrit désormais dans une dynamique de coordination de la prévention qui devra s'articuler avec les dynamiques territoriales. L'objectif est de pouvoir faire connaitre toutes les actions de prévention entreprises au sein et à l'extérieur des établissements du GHT, et ainsi pouvoir les coordonner afin de les rendre plus visibles et efficaces.

Projet de responsabilité populationnelle

La responsabilité populationnelle est une démarche portée par la FHF et déployée par le GHT depuis 2018. Résolument inspirée des modèles nord-américains de prise en charge populationnelle, elle vise à créer des parcours de soins intégrés portés par une communauté de santé dans laquelle sont présents l'ensemble des acteurs de de santé du territoire. Ce projet, qui replace le patient et les populations au cœur de la prise en charge, vise un quadruple objectif : une meilleure santé de la population, au meilleur coût pour la société, une meilleure attractivité pour les professionnels, et une amélioration de la qualité des soins. Portée sur le GHT de l'Aube et Sézannais depuis 2019 sur le diabète de type 2, la démarche va prochainement s'étendre sur l'insuffisance cardiaque courant 2025 puis sur la fragilité du sujet âgé lorsque les éléments méthodologiques auront été retenus par la FHF.

Ce projet est déployé en lien fort avec l'écosystème de prévention local au sein des CLS, en collaboration avec les CPTS, maisons de santé, entreprises, CPAM, associations de patients…

Projet citoyens ambassadeurs santé

Le pôle territorial santé publique a présenté le projet « Citoyens Ambassadeurs Santé » dans le cadre du Conseil National de la Refondation, soutenu ensuite par le Conseil Territorial en Santé.

Ce projet a pour objectif de délivrer des messages et réaliser des actions de prévention – promotion de la santé basés sur la pair-aidance. Inspiré d'expériences internationales et française, ce projet vise à mobiliser les citoyens pour relayer les messages de prévention au plus proche, dans leur quartier, dans les villes ou communes en ruralité afin de s'adapter aux spécificités de chaque situation. En partenariat proche avec la politique de la ville, ce projet débutera d'abord dans des quartiers prioritaires de la ville au sein de Troyes Champagne Métropole avant de s'étendre dans d'autres agglomérations ou communautés de communes. L'accompagnement méthodologique est réalisé par Promotion Santé Grand-Est, un accompagnement scientifique est également réalisé avec une équipe de chercheurs québécoise.

Accompagnement du virage préventif et du prendre soin des soignants

Le pôle santé publique travaille avec la DREES, l'EHESP et la fondation MNH sur le sujet de la santé des soignants, en accompagnant au niveau méthodologique les projets qui visent à mieux explorer la santé de ceux qui nous soignent. Soutenir les soignants vise à anticiper et à passer d'une approche curative à une approche préventive, à l'image du programme de responsabilité populationnelle.

Participation aux commissions et instances territoriales (CTS, CPTS, CLS)

La démarche de responsabilité populationnelle et la coordination de la prévention impliquent de s'intégrer pleinement dans l'écosystème des acteurs de santé du territoire œuvrant dans ce cadre. Aussi, il s'agit de participer aux dynamiques engagées au sein des CPTS, du CTS de l'Aube (notamment au sein de la commission prévention – promotion de la santé), et également dans les contrats locaux de santé.

Mère-nouveau-né, périnatalité

- Le travail en partenariat avec le Département de l'Aube et les acteurs locaux (mairie, associations, professionnels libéraux) dans le cadre de la Maison des 1000 jours vise à créer un lieu ressource pour les parents et les professionnels, et de prévention précoce pour lutter contre les inégalités de naissance et briser l'isolement des parents. Les 1000 premiers jours de l'enfant correspondent à la période allant du 4ème mois de grossesse aux 2 ans de l'enfant. C'est une période clé pour la santé de l'enfant, son bien-être et celui de ses parents. Durant cette phase, le cerveau de l'enfant se développe plus qu'à tout autre moment, influençant ainsi l'adulte qu'il deviendra. La prévention précoce et universelle est facilitée grâce à la mise en place d'activités spécifiques gratuites à destination des (futurs) parents, jeunes enfants, et leur entourage proche durant cette période importante pour l'enfant.

- RC3P : Réunions de Concertation Pluridisciplinaire Périnatalité Parentalité organisées au sein des maternités, durant lesquelles de nombreux acteurs se mobilisent pour accompagner au mieux les parents dans l'accueil de leur enfant : sages-femmes, gynécologues obstétriciens, pédiatres, psychiatres, psychologues, puéricultrices, assistantes sociales, de la maternité, de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou du secteur libéral. Le médecin traitant ou la sage-femme qui suivent la grossesse peuvent y être conviés.

- Groupe de travail sur un projet d'accompagnement à la vie affective et sexuelle au sein de l'APEI A.U.B.E. pour personnes porteuses de handicap : ce projet répond à un

besoin exprimé par les personnes accompagnées tant à l'IME du Verger Fleuri qu'à Cap ESAT. Notre expertise est un atout précieux pour construire une démarche innovante, inclusive et territoriale. Ce projet entre dans notre engagement territorial à construire des démarches inclusives.

- Consultations avancées à Nogent sur Seine : Améliorer l'accès aux soins des femmes enceintes, notamment les plus vulnérables, grâce à une médecine de proximité plus équitable ; Optimiser la détection précoce des complications de grossesse ; Favoriser la coordination avec la maternité de niveau 1 du GHAM (site de Romilly-sur-Seine), dès les soins prénataux ; Renforcer l'attractivité médicale et paramédicale sur notre territoire

Pédiatrie

La santé se construisant en premier lieu au sein des relations familiales et sociales, la prise en compte des déterminants de santé est primordiale pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé dès les premières années de vie. Ainsi, l'environnement plus ou moins favorable dans lequel les jeunes évoluent doit être pris en compte dans l'analyse de leurs choix en matière de comportements alimentaires, d'activité physique, de consommation d'alcool, de tabac ou de drogues diverses, de relations aux autres et de relations affectives et sexuelles.

Des actions de prévention spécifiquement destinées à l'enfant peuvent être mises en œuvre, au regard des besoins de santé du territoire. En Grand Est, un enfant sur cinq est concerné par une problématique de surpoids ou d'obésité, avec près de 10 % déjà en situation d'obésité[7]. Le surpoids et l'obésité ont un fort gradient social, c'est-à-dire une prévalence plus élevée et un accroissement plus rapide pour les groupes sociaux les moins favorisés. Dans l'Aube, entre 16 100 et 19 100 enfants de 2 à 18 ans seraient concernés par un surpoids ou une obésité, dont entre 6 300 et 7 500 enfants une situation d'obésité.

Par ailleurs, les pathologies respiratoires représentent une forte proportion des pathologies pédiatriques, avec 9% des enfants touchés par l'asthme. Les modifications climatiques peuvent de plus jouer un rôle aggravant, par l'augmentation des épisodes de pollution, la dégradation de la qualité de l'air et la multiplication d'espèces allergisantes (pollens).

- Projet de parcours de prise en charge des enfants et adolescents en surpoids /atteints d'obésité, avec consultations pédiatriques spécialisées et collaboration avec le STEP (Service Transdisciplinaire d'éducation du patient)

- Création d'une école de l'asthme dans le cadre d'une équipe pluridisciplinaire pour permettre aux enfants touchés par l'asthme et à leur entourage de connaître leur maladie, utiliser les traitements de manière adaptée selon l'âge, gérer les crises et adapter leur mode de vie à leur pathologie.

- Santé affective et sexuelle et réduction des risques pour les adolescents pris en charge en pédiatrie : L'éducation à la vie affective et sexuelle se situe à la croisée de plusieurs droits fondamentaux : droit à la santé, droit à l'information et à l'éducation, droit de disposer de son corps librement. La promotion de la santé sexuelle passe notamment par l'éducation, la communication auprès des jeunes, et l'information en matière de prévention de risques sexuels (IST, grossesses non désirées, inégalités de sexe, violences)

Santé mentale

Différents dispositifs sont en projet ou déjà déployés dans le cadre de la santé mentale chez l'enfant et l'adolescent, en prenant en compte la place et le rôle des parents. La prévention du suicide est un axe important de la prise en charge des adolescents.

- Equipe Mobile de psychiatrie périnatale à compétence transculturelle (EMPPN les Petites Cigognes) : elle s'adresse aux femmes enceintes, aux parents et à leurs enfants de la naissance à 3 ans difficilement mobilisables. Elle peut être sollicitée par les professionnels sur toutes les communes de l'Aube, à domicile ou chez les partenaires. Ses missions sont les suivantes : Repérer précocement la souffrance psychique ou psychiatrique chez la population concernée ; Evaluer les signes de profond mal être ; Accompagner les familles vers les prises en soin adaptées ; Orienter ces familles vers les structures adéquates et de proximité ; Sensibiliser les partenaires et les familles au repérage des troubles psychiques précoces et à la démarche transculturelle.

- Hôpital de jour Père/Mère/Bébé de 0 à 18 mois pour l'accueil de l'enfant et de ses parents, dans le cadre de l'autorisation de psychiatrie périnatale de l'EPSMA, avec en projet l'ouverture de lits d'hospitalisation Mère/Bébé dans les années à venir

- CATTP "Au Fil des Autres" : prise en charge des troubles du neuro-développement et troubles du spectre autistique chez l'enfant de 18 mois à 6 ans

- Développement de la pédopsychiatrie de liaison avec la pédiatrie : interventions du médecin de l'UHM, d'une IPA et des professionnels de l'UHM en pédiatrie pour la réalisation d'entretiens pédopsychiatriques en binômes afin d'aider à la décision d'orientation (critères pédopsychiatriques d'hospitalisation, transfert en unité pédopsychiatrique) et de la thérapeutique utilisée pour les patients âgés de 3 à 18 ans hospitalisés en pédiatrie. Sont également proposés des groupes thérapeutiques à médiation pour apporter une autre forme de soins psychiques.

- Projet d'hôpital de jour pour les adolescents : il accueillera des adolescents âgés de 12 à 18 ans, domiciliés sur le secteur de Troyes et agglomération, présentant une décompensation psychiatrique avec un retentissement scolaire associé. Il permettra une prise en charge précoce et intensive des situations de décrochage scolaire consécutives à une problématique psychologique ou psychiatrique. Grâce à une équipe pluri-professionnelle (pédopsychiatre, psychologue, psychomotricien, éducateur, infirmier, enseignant...) une prise en charge globale sera proposée en complémentarité avec les structures déjà existantes (UHM, CMP-CATTP)

- IDEO : pour Informer, Déstigmatiser, Evaluer et Orienter est un dispositif de prévention en santé mentale démarré en 2021 sur le terrain, qui au travers d'un travail sur les compétences psycho-sociales (2 séances de 2h) permet d'apporter une prévention primaire à tous les jeunes en classe de seconde (ou équivalent) sur tout le département de l'Aube

- mIDEO : Il s'agit d'une équipe mobile composée de deux personnes qui apporte un soutien et une expertise psychiatrique aux infirmières scolaires/assistantes sociales/psychologues de l'Education Nationale dans le cadre d'évaluations de situations de jeunes présentant une problématique de santé mentale, qui les sollicitent afin d'apporter une réponse qualitative précise tant en termes de conduite à tenir, d'orientation dans le parcours de santé et lien à faire avec la structure d'accueil en aval (M2@, CMP, CMPP, CJC, AJA, CSS…). Le dispositif s'inscrit dans une politique d'aller-vers et de prévention secondaire, pour un déploiement envisagé début 2026.

3.5 Filières et parcours identifiés comme prioritaires

Le projet médical et de soins partagé du GHT définit l'organisation en filières et parcours de soins. Dans cette optique, les présidents de CME de chaque établissement et les chefs de pôle ont identifié des filières prioritaires, en accord avec les besoins de la population du territoire, les objectifs et échéances réglementaires, les priorités des autorités de tutelle et les projets des établissements.

Cette réflexion a systématiquement intégré les possibles complémentarités entre établissements (établissement de proximité, de recours et/ou de référence) pour la consolidation et la structuration des filières.

Douze filières sont identifiées comme prioritaires par le GHT :

- Addictologie
- Cancérologie
- Cardio-vasculaire
- Chirurgie
- Mère-Nouveau-né
- Obésité
- Pathologies chroniques
- Pédiatrie
- Personnes âgées
- Soins critiques
- Soins palliatifs
- Urgences et soins non programmées

Addictologie

Enseignements du PMSP 1re génération

Cette filière n'était pas inscrite dans le PMSP 1re génération.

Contexte et objectifs stratégiques d'amélioration de la filière

Les addictions et leurs conséquences sanitaires et sociales constituent un problème de santé publique majeur pour le territoire.

La prise en charge des personnes ayant des conduites addictives mobilise fortement les acteurs du système de santé.

La région Grand Est est plus touchée que la moyenne nationale par les décès prématurés liés à l'alcool et au tabac. On compte ainsi 106 décès liés à l'alcool dans le département sur la période 2015-2017, un nombre stable qui concerne à 92% des individus de plus de 50 ans et à 73% des hommes. 10,6% des décès prématurés (avant 65 ans) sont liés à l'alcool, au même niveau que la moyenne nationale à 10,3%[8].

Elle présente également le plus fort taux national de patients traités par des médicaments de substitution aux opioïdes.

La médecine générale constitue la première étape de la prise en charge en addictologie.
Le territoire bénéficie d'un service spécialisé en addictologie au sein du CHT et d'une équipe de liaison et de soins en addictologie (ELSA) au GHAM. Ils s'articulent avec d'autres établissements spécialisés coordonnés autour de l'addictologie médico-sociale (CSAPA, CAARUD, CJC), l'addictologie hospitalière (avec le niveau 1 au GHAM, le niveau 2 au CHT et le niveau 3 au CHU de Reims) et la psychiatrie.

Les **objectifs stratégiques d'amélioration** de la filière pour le GHT de l'Aube et du Sézannais sont :

- Garantir la pérennité de la filière en sécurisant les effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs, et les moyens matériels.
- Favoriser la formation des soignants (par exemple IPA en addictologie)
- Renforcer la prise en charge des patients en situation de précarité
- Améliorer la répartition des lits de sevrage et la gradation entre les établissements du groupement.
- Développer la démarche « Lieu de Santé Sans Tabac »
- Améliorer la formation des soignants au repérage et à la prise en charge des patients porteurs de conduites addictives.

Objectifs opérationnels d'amélioration des parcours

La filière « addictologie » se concentre sur deux parcours prioritaires qui visent à structurer la filière d'une manière graduée en organisant la complémentarité entre les établissements et le recours. Cette articulation permet aussi d'inscrire la Responsabilité populationnelle comme une démarche de santé publique de fond.

Patient avec trouble de l'usage de l'alcool	• Réduire les délais de consultation • Améliorer la communication sur les conduites addictives et sur la prévention • Améliorer l'évaluation des comorbidités • Créer des lits de sevrage au sein du CHT • Développer l'hospitalisation de jour
Patient addict avec comorbidité psychiatrique	• Renforcer la collaboration entre les différents partenaires pour couvrir les besoins territoriaux • Disposer de lits de crise au sein d'une unité somatique type UHCD, unité où interviendraient ELSA et EPAULE • Mettre en place des réunions de concertation de cas complexes avec les équipes de psychiatrie (hospitalière et extra hospitalière) et l'équipe d'addictologie • Lutter contre le renoncement aux soins en renforçant « l'aller-vers »

Cancérologie

Enseignements du PMSP 1re génération

Au cours des cinq dernières années, la filière cancérologie :

- A mis en place des consultations de soins de support sur le nouveau plateau de consultations externes du CHT
- A développé l'éducation thérapeutique sur le traitement par chimiothérapie orale (CHT)
- A renforcé ses pratiques avec les soins palliatifs (CHT et GHAM)
- A développé un secteur d'hospitalisation complète en hématologie clinique (CHT)
- A renforcé le maillage territorial, notamment avec les EHPAD, les partenaires publics et privés en ville (actions de formations, rencontres, accès à des consultations avancées)
- A renforcé les liens entre les équipes en cancérologie et mis en place un Infirmier de pratique avancée de liaison entre la ville et l'hôpital
- A structuré les parcours de soins en hématologie, en mettant en place une infirmière de coordination de parcours

Néanmoins, certains objectifs n'ont été que partiellement atteints **:**

- Identifier des lits de SSR à orientation oncologie

Contexte et objectifs stratégiques d'amélioration de la filière

L'incidence des cancers sur le territoire est comparable à la moyenne nationale. Toutefois, en 2021, on constate un taux de mortalité du cancer supérieur à la moyenne nationale de 3% pour les femmes et 6% pour les hommes. Le dépistage du cancer du sein dans l'Aube a concerné 25 862 femmes sur la période 2019-2020, sur une population cible de 49 974 femmes, soit un taux de participation standardisé de 51,6%, nettement au-dessus du taux national de 45,6% en France[9]. Le CH de Troyes et son partenaire, l'Hôpital Privé de l'Aube, représentent la principale offre de soins en cancérologie sur le territoire. Près de 60% des chimiothérapies et 75% des radiothérapies réalisées sur le bassin de recrutement du GHT sont réalisées au sein du CH de Troyes. Ces deux établissements s'inscrivent dans le 3C Aube avec la Polyclinique Montier-la-Celle. Cela traduit l'importance de cette filière pour les habitants de l'Aube.

Les **objectifs stratégiques d'amélioration** de la filière pour le GHT de l'Aube et du Sézannais sont :

- Garantir la pérennité de la filière en sécurisant les effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs
- Poursuivre le développement des soins de support
- Renforcer la coordination et le lien ville/hôpital sur l'ensemble des trois parcours
- Poursuivre le développement des consultations tripartites (oncologue / hématologue / pneumologue oncologue, IDEC et pharmacien hospitalier)
- Disposer d'un véritable pôle d'excellence territorial dans le traitement des cancers (Institut Aubois du Cancer) dans lequel nous identifierons sur les trois parcours :
    - Une unité transversale de consultations et de soins externes pluri-professionnelle regroupant l'ensemble de l'offre en soins
    - Un hôpital de jour de cancérologie regroupant les trois parcours de soins comprenant un circuit patient « traditionnel » et un circuit patient « court »

Objectifs opérationnels d'amélioration des parcours

La filière « cancérologie » se concentre sur trois parcours prioritaires :

Hématologie oncologique	• Renforcer le plateau technique (refroidissement des chambres sous tente) • Développer l'offre de SMR en oncologie-hématologie sur le territoire • Mettre en place un parcours patient en cytaphérèse en hématologie
Oncologie et prise en charge des tumeurs solides	• Développer des alternatives à l'hospitalisation pour la prise en charge des patients atteints d'une pathologie cancéreuse (cancers digestifs) • Développer des alternatives ambulatoires à l'hospitalisation pour la prise en charge des gestes complexes (biopsies par imagerie, pose de PICCline…) • Intégrer les soins de support dans le parcours du patient, pour tous types de tumeurs solides • Améliorer et optimiser les prises en soins en amont et en aval du parcours du patient de cancérologie • Améliorer l'accessibilité des patients à risque de cancer digestif à un circuit rapide de prise en charge du cancer • Développer les réseaux intra et extra hospitaliers et la recherche clinique
Oncologie thoracique	• Optimiser les pratiques coopératives inter-sites et partenariales

Cardio-vasculaire

Enseignements du PMSP 1re génération

Au cours des cinq dernières années, la filière cardio-vasculaire a :

- Développé la prise en charge de l'AVC en phase aigüe (CHT et GHAM)
- Amélioré l'accès aux avis de spécialistes de neurochirurgie (CHT)
- Développé l'activité de rythmologie interventionnelle (CHT)
- Fluidifié la prise en charge des urgences cardiaques entre le GHAM et le CHT

Contexte et objectifs stratégiques d'amélioration de la filière

En 2020, le nombre de décès annuels pour insuffisance cardiaque sur le territoire était supérieur à 420, soit un taux de mortalité de 132 pour 100 000 habitants contre 116 au niveau national.

La même année, 9,3% des habitants de l'Aube étaient également pris en charge pour insuffisance cardiaque chronique. Ce niveau de prise en charge est sensiblement le même qu'au niveau national.

La filière cardio-vasculaire est forte d'une unité de coronographie angioplastie (ATL) qui répond aux recommandations de la Société Européenne de Cardiologie pour la prise en charge des urgences coronaires.

Elle dispose d'une interface efficace avec le service de réanimation polyvalente, ceux de chirurgie vasculaire, de néphrologie et de diabétologie du CHT, ainsi qu'avec la structure d'urgence et le service de cardiologie de Romilly-sur-Seine. Elle travaille également avec la structure de réadaptation cardiaque du Centre de réadaptation fonctionnelle Pasteur, situé au sein des locaux du CHT.

Plusieurs praticiens du CHT sont experts dans le domaine de l'insuffisance cardiaque.

Les **objectifs stratégiques d'amélioration** de la filière pour le GHT de l'Aube et du Sézannais sont :

- Garantir la pérennité de la filière en sécurisant les effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs
- Fluidifier les parcours des patients pris en charge en cardiologie au sein des établissements (fluidification des transferts et des sorties), notamment des insuffisants cardiaques
- Poursuivre le développement de la filière vasculaire
- Faciliter les échanges d'informations médicales entre professionnels de la filière par le déploiement et/ou partage d'outils numériques

Objectifs opérationnels d'amélioration des parcours

La filière « cardio-vasculaire » se concentre sur trois parcours prioritaires :

Pathologie coronarienne	• Optimiser les transferts secondaires en urgence des patients présentant un syndrome coronarien aigu • Disposer d'un HDJ pour les patients à risque nécessitant une prise en charge cardiologique en semi-urgence après une première évaluation
Insuffisance cardiaque	• Optimiser la prévention de l'insuffisance cardiaque récidivante pour les patients ayant présenté un premier épisode ayant justifié une hospitalisation • Améliorer le suivi des patients porteurs de prothèse cardiaque (télésurveillance) • Disposer de lits dédiés à la prise en charge de l'insuffisance cardiaque • Renforcer le plateau technique (appareil d'épreuve d'effort avec étude des échanges gazeux / VO2)
Pathologie artérielle	• Disposer d'une salle hybride permettant la réalisation d'actes chirurgicaux et interventionnels avec l'aide d'une imagerie de haute résolution • Renforcer la prise en charge de l'ischémie critique et des plaies et cicatrisations • Améliorer l'accessibilité aux consultations de chirurgie vasculaire • Renforcer le réseau ville-hôpital

Chirurgie

Enseignements du PMSP 1re génération

Au cours des cinq dernières années, la filière chirurgie :

- A développé le réseau opérationnel de proximité de prélèvement d'organes dans l'Aube
- A poursuivi la montée en charge de la chirurgie ambulatoire au CH de Troyes
- A mis en place de la chirurgie robotique au CHT
- A poursuivi le déploiement des consultations avancées de chirurgie à Romilly-sur-Seine et Bar-sur-Aube
- A mis en place la filière hystérectomie en ambulatoire et la filière chirurgie du prolapsus au CHT

Néanmoins, certains objectifs n'ont pas pu être atteints :

- Sécuriser la prise en charge des pathologies médicales en service de chirurgie par le recrutement d'un médecin généraliste (recrutement non effectué)
- Développer l'activité de chirurgie pédiatrique (activité mise en place jusqu'en juillet 2019, puis transférée au CHU de Reims avec maintien de consultations avancées au CH de Troyes)

Contexte et objectifs stratégiques d'amélioration de la filière

La part de marché du CH de Troyes sur la zone d'attractivité des HCS s'élève à 18,5% en 2021 pour la chirurgie en hospitalisation complète et en ambulatoire. Cet établissement est **le second acteur** du territoire derrière la Polyclinique Montier-la-Celle (29,6% des parts de marché) et juste devant l'hôpital privé de l'Aube (17,9% des parts de marché).

On observe une diminution des parts de marché et de l'activité sur la période passée et, dans le même temps, un gain de parts de marché du privé. Ces constats sont probablement multifactoriels (pandémie COVID et difficultés de reprise d'activité, départ de certains professionnels et réduction des capacités installées[10]).

Cette filière bénéficie d'un plateau technique moderne et bien doté en équipements de pointe, ainsi que d'équipes pluridisciplinaires compétentes.

Le parcours hémorragies digestives dispose d'un plateau technique d'endoscopie, de la radiologie interventionnelle permettant les embolisations et d'un service de réanimation polyvalente au CHT.

Le parcours chirurgie du cancer possède un plateau technique pour la chirurgie robotique, de la médecine nucléaire et de l'imagerie.

Le service d'anesthésie du CHT constitue le centre de référence pour la pose des voies d'abord périphériques et centrales pour le CHT et le GHAM. La SSPI est utilisée comme centre de pose grâce à la présence d'équipements de radiologie sur place.

Les **objectifs stratégiques d'amélioration** de la filière pour le GHT de l'Aube et du Sézannais sont :

- Garantir la pérennité de la filière en sécurisant les effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs
- Faciliter les échanges d'informations médicales entre professionnels de la filière par le déploiement et ou partage d'outils numériques
- Assurer en continu la permanence des soins pour le territoire, pour chacune des activités

Objectifs opérationnels d'amélioration des parcours

La filière « chirurgie » se concentre sur trois parcours prioritaires :

Hémorragies digestives	• Développer l'embolisation et la radiologie interventionnelle • Disposer d'une offre en ambulatoire (HDJ) en dehors du contexte de l'urgence • Permettre le recours à des endoscopies digestives 24H/24 en cas d'urgence
Chirurgie du cancer	• Faire connaître le parcours à tous les partenaires du GHT et renforcer les liens avec les acteurs de référence et les experts • Assurer la coordination entre les équipes de chirurgie et d'oncologie • Faciliter le travail en réseau avec l'hospitalisation à domicile (HAD), la ville et les prestataires de soins • Mettre en place et/ou structurer les parcours au sein du GHT : parcours cancer colorectal, parcours cancer de la femme, parcours cancer hépatobiliaire, parcours reconstruction mammaire • Améliorer la fluidité du parcours en facilitant les sorties anticipées avec la RAAC et les SMR • Déployer l'offre de soins sur le territoire en renforçant les consultations avancées
Gestion des voies d'abord	• Développer la pose des différentes voies veineuses profondes • Disposer d'une équipe complète dédiée à cette activité • Faire connaître l'offre de soins • Développer la prise en charge en ambulatoire

Mère-Nouveau-né

Enseignements du PMSP 1re génération

Au cours des cinq dernières années, la filière gynécologie-obstétrique-périnatalité :

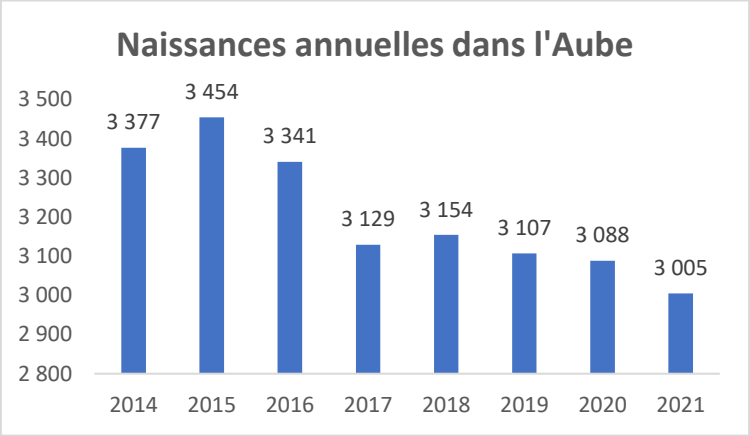
- A formalisé le parcours de prise en charge dans le cadre d'une césarienne
- A amélioré le partage d'informations entre les différents acteurs de la filière (CHT/GHAM/BSA)
- A élaboré des protocoles médicaux communs permettant l'harmonisation des pratiques

Néanmoins, certains objectifs n'ont pas pu être menés à leur terme :

- La prévention anté-conceptionnelle
- Le développement de la PMA sur le site de Troyes

Contexte et objectifs stratégiques d'amélioration de la filière

Le département de l'Aube a compté **3 005 naissances en 2021**, soit un taux de natalité de 9,7 naissances pour 1000 habitants, taux légèrement en dessous du taux national de 10,9.



On observe une évolution à la **baisse du nombre de naissances** dans le département, puisqu'on en comptait 3 635 en 2011. Ce nombre baisse en moyenne de **1,45% par an sur la période 2014-2021, taux supérieur au taux national.**

Il existe une gradation de l'offre de soins en maternité sur le territoire :

- Une maternité de niveau 1 au GHAM, à Romilly-sur-Seine, pratiquant une activité de gynécologie et d'obstétrique pour le suivi des grossesses physiologiques. On recense 415 naissances en 2021 dont 8,2% par césarienne programmée à terme.
- Une maternité de niveau 3 au CH de Troyes, spécialisée dans le suivi des grossesses pathologiques et disposant d'un service de réanimation néo-natale. On recense 2159 naissances en 2021 dont 5,8% par césarienne programmée à terme.

L'offre de soins du territoire a été restreinte en 2021 par la fermeture de la maternité de niveau 1 de la Clinique de Champagne, à Troyes (devenu l'Hôpital Privé de l'Aube en 2022), qui représentait environ 10% de parts de marché en obstétrique dans l'Aube en 2020, contre 43% pour le CH de Troyes et 8% pour le GHAM. Les deux maternités seront donc amenées à accroître leur activité, et ce d'autant que le Ségur immobilier prévoit la remise à neuf de leurs locaux.

Le département comptait, en 2021, un taux de 1,62 sage-femme pour 1 000 femmes de 15 à 49 ans, au-dessus du niveau national situé à 1,48[11].

Les **objectifs stratégiques d'amélioration** de la filière pour le GHT de l'Aube et du Sézannais sont :

- Garantir la pérennité de la filière en sécurisant les effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs
- Améliorer la prise en charge gynécologique
- Développer la PMA sur le site de Troyes
- Faciliter les échanges d'informations médicales entre professionnels de la filière par le déploiement et le partage d'outils numériques
- Assurer en continu la permanence des soins pour le territoire, pour chacune des activités
- Poursuivre l'expérimentation en matière de prise en charge des IVG chirurgicales par les sage-femmes du groupement.

Objectifs opérationnels d'amélioration des parcours

La filière « mère-nouveau-né » se concentre sur trois parcours prioritaires :

Parcours orthogénie	• Renforcer l'accès aux soins des femmes • Développer la prise en charge psychologique de la femme, pendant l'hospitalisation ou sur demande
Parcours prise en charge de la femme enceinte	• Améliorer et sécuriser le parcours de prise en charge, le suivi et l'accompagnement de la femme enceinte • Étoffer le maillage territorial de la gradation de soins • Renforcer la prévention du risque d'accouchement prématuré à travers la prévention anté-conceptionnelle • Améliorer la lisibilité de cette offre de soins pour l'ensemble du GHT
Parcours grossesses extra-utérines	• Sécuriser le transfert et la prise en charge de la patiente au sein du groupement • Renforcer et sécuriser la prise en charge chirurgicale de la grossesse extra-utérine au GHAM

Obésité

Enseignements du PMSP 1re génération

Cette filière n'était pas inscrite dans le PMSP 1re génération.

Contexte et objectifs stratégiques d'amélioration de la filière

L'obésité se définit par l'IMC, l'indice de masse corporelle désignant le rapport du poids en kilogrammes sur la taille en mètres au carré (P/T²). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estime que le patient est en surpoids lorsque l'IMC est égal ou supérieur à 25 et en obésité lorsqu'il est égal ou supérieur à 30[12].

On distingue ainsi trois types d'obésité en fonction de l'IMC :

- Obésité modérée (IMC compris entre 30 et 34,9 kg/m²)
- Obésité sévère (IMC situé entre 35 et 39,9 kg/m²)
- Obésité massive (IMC ≥ 40 kg/m²)

La région Grand Est présente une situation défavorable en matière d'obésité. La prévalence de l'obésité chez l'adulte a rejoint le taux national de 3,5%[13]. La surcharge pondérale des enfants connaît une croissance importante ces dernières années, dès la classe de maternelle.

La Haute Autorité de Santé recommande le recours à la chirurgie de l'obésité (chirurgie bariatrique) lorsque le patient est en situation d'obésité massive associée à au moins une complication pouvant être améliorée grâce à la chirurgie (diabète, hypertension artérielle, syndrome d'apnée du sommeil, etc.). Il doit également être constaté l'échec d'une prise en charge médicale spécialisée de plusieurs mois (avec suivi diététique, activité physique et prise en charge psychologique)[14].

Le taux de recours à la chirurgie bariatrique dans l'Aube est en légère augmentation depuis 2020, avec un taux de séjour standardisé de 0,72 en 2021[15] contre 0,6 en 2020.

Enfin, l'obésité est un enjeu majeur de santé publique en raison des complications potentielles, telles que le diabète, l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie ou encore le syndrome d'apnée du sommeil.

La filière obésité constitue une nouvelle filière au sein du GHT qui a vocation à se développer ces cinq prochaines années.

Les **objectifs stratégiques d'amélioration** de la filière pour le GHT de l'Aube et du Sézannais sont :

- Développer la filière en sécurisant les effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs
- Mettre en place et structurer les parcours au sein du GHT selon les modalités validées par la HAS
- Développer les collaborations avec les partenaires du GHT, notamment l'Hôpital Privé de l'Aube

Objectifs opérationnels d'amélioration des parcours

La filière « obésité » se concentre sur deux parcours prioritaires :

Parcours chirurgical avec IMC ≥ 35	• Développer l'offre de chirurgie bariatrique au CHT • Améliorer l'évaluation de l'état de santé global du patient en regroupant l'ensemble des consultations préopératoires au cours d'une hospitalisation de semaine • Développer les ateliers thérapeutiques préparatoires avant l'hospitalisation en chirurgie • Mettre en place le suivi à vie des patients opérés
Parcours médical avec IMC ≥ 35	• Développer la prise en charge nutritionnelle modérée et progressive • Renforcer le suivi personnalisé du patient à travers l'activité physique, l'éducation thérapeutique et un accompagnement psychothérapeutique • Diversifier l'offre thérapeutique non chirurgicale des obésités massives avec comorbidités

Pathologies chroniques

Enseignements du PMSP 1re génération

Cette filière n'était pas inscrite dans le PMSP 1re génération.

Contexte et objectifs stratégiques d'amélioration de la filière

Les pathologies chroniques sont à l'origine de 60 % des décès, dont la moitié survient avant l'âge de 70 ans. Elles touchent plus de 20 millions de personnes en France.

Depuis 2019, le GHT de l'Aube et du Sézannais s'est inscrit comme territoire pionnier dans la démarche de Responsabilité populationnelle (RP) de la FHF autour du diabète de type 2 (DT2) et de l'insuffisance cardiaque.

Cette démarche a permis de créer une dynamique de collaboration ville-hôpital, autour du DT2 dans un premier temps, avec des prises en charge partagées en fonction du degré de complications. Ce programme est basé sur tous les stades de la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) et a montré ses premiers effets par une transformation des modalités d'hospitalisation, par une forte collaboration entre les acteurs autour de la coordination des parcours patient, mais aussi d'actions de dépistage et promotion de l'activité physique adaptée.

La méthodologie employée est réplicable sur d'autres pathologies chroniques prioritaires sur notre territoire, soit en raison de leur prévalence, soit en raison des prémices de mise en œuvre d'une filière qui pourra être renforcée par la méthodologie RP.

Les pathologies retenues sont :

- L'insuffisance cardiaque, qui est une pathologie à incidence forte, priorité nationale de santé publique et dont la méthodologie RP reste à décliner concrètement sur le GHT
- La BPCO qui, si rien n'est fait, devrait représenter la 3e cause de mortalité par maladie en 2030
- L'ostéoporose, dont la proportion monte à 70% chez les femmes âgées de 80 ans et plus
- L'insuffisance rénale, aux conséquences individuelles et collectives impactantes

Les **objectifs stratégiques d'amélioration** de la filière pour le GHT de l'Aube et du Sézannais reposent sur la méthodologie Responsabilité populationnelle afin de :

- Améliorer la prévention de ces pathologiques chroniques sur le territoire du GHT
- Renforcer la coordination ville-hôpital pour l'ensemble des parcours
- Garantir la pérennité de la filière en sécurisant les effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs
- Faciliter les échanges d'informations médicales entre professionnels de la filière par le déploiement et le partage d'outils numériques
- Assurer la coordination de la mise en place de ces parcours grâce à du personnel dédié (chargé de mission)

Objectifs opérationnels d'amélioration des parcours

La filière « pathologies chroniques » se concentre sur quatre parcours prioritaires et la poursuite du parcours DT2 :

Parcours patient diabétique	• Déployer une offre ambulatoire au GHAM, Bar-sur-Seine, Bar-sur-Aube et dans les Maisons de Santé Pluriprofessionnelles • Favoriser l'intégration du patient diabétique dans la démarche de Responsabilité populationnelle • Améliorer la lisibilité de l'offre de soins en diabétologie • Actualiser les connaissances en diabétologie des professionnels libéraux
Parcours patient insuffisant cardiaque	• Mettre en œuvre, de manière effective, la RP déjà débutée sur le territoire en reprenant les réunions cliniques • Identifier un réseau insuffisance cardiaque et la place de chaque professionnel afin d'optimiser le recours au cardiologue • Déployer une offre de soins graduée sur le territoire • Mettre en œuvre la télésurveillance
Parcours patient atteint d'ostéoporose	• Institutionnaliser le repérage des patients et des résidents à risque • Mettre en place une politique de dépistage et de suivi (imagerie, biologie, ostéodensitométrie) • Mettre en œuvre les recommandations de prise en charge des patients à risque
Parcours patient atteint de BPCO	• Partager et mettre en œuvre les recommandations de l'HAS mises à jour en 2022 • Organiser l'offre de consultation sur le territoire en réduisant les délais d'accès au spécialiste • Renforcer l'éducation thérapeutique du patient • Renforcer le dépistage et le suivi (IDE ASALEE, IPA, consultations IDE de proximité…)
Parcours patient souffrant d'insuffisance rénale	• Mener des actions de prévention sur les facteurs de risque • Faciliter l'accès à des consultations de psychologues, d'assistantes sociales et de diététiciennes • Augmenter le recours à la dialyse péritonéale comme alternative à la dialyse traditionnelle en lien avec l'ARPDD (Association Régionale pour la Promotion de la Dialyse à Domicile)

La mise en œuvre de ces filières devra reposer sur une évaluation initiale puis longitudinale à l'image des indicateurs déployés sur le DT2. Ils permettront de réaliser un suivi régulier et ainsi identifier les actions à prioriser pour atteindre les objectifs.

Pédiatrie

Enseignements du PMSP 1re génération

Au cours des cinq dernières années, la filière santé mentale / prise en charge de la pédopsychiatrie :

- A créé des lits en hospitalisation complète

Néanmoins, certains objectifs n'ont pu être menées à leur terme :

- La création d'un accueil familial thérapeutique
- La formalisation d'une plateforme départementale pour le diagnostic précoce de l'autisme
- La structuration d'une filière d'exploration somatique coordonnée pour les troubles du spectre autistique

La filière somatique de la pédiatrie était intégrée à la filière gynécologie-obstétrique-périnatalité ; il n'y a pas eu d'actions concernant, spécifiquement, la prise en charge de l'enfant.

Contexte et objectifs stratégiques d'amélioration de la filière

Les enfants de 0 à 14 ans représentent 18,1% de la population de l'Aube en 2019[16], légèrement au-dessus de la moyenne de la France métropolitaine située à 17,8. Les communes les plus jeunes et à plus forte demande de soins pédiatriques sont La Chapelle-Saint-Luc, Romilly-sur-Seine et Nogent-sur-Seine, en proportion de la population, et la commune de Troyes en valeur absolue.

On constate un très faible taux de pédiatres dans le département avec un taux de 39,1 pour 100 000 enfants de 0 à 14 ans, très en dessous du niveau national à 72,7[17]. En pédopsychiatrie, le taux d'équipement est inférieur à la moyenne régionale et nationale avec une densité de lits de 0,1 pour 1 000 enfants de 0 à 14 ans, contre 0,2 pour 1 000 en région Grand Est et au niveau de la France entière.

Le CH de Troyes dispose d'une filière complète de pédiatrie somatique avec hospitalisation complète pour les enfants de 1 mois à 17 ans inclus, un HDJ et une surveillance continue.

La pédopsychiatrie dépend de l'EPSMA et dispose des structures suivantes sur le territoire :

- CMP (Centre Médico-Psychologique), CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) et Hôpital de jour (HDJ) « Prémices » à Romilly-sur-Seine
- CMPs, CATTPs, HDJ « Espace Retrouvé » à Troyes
- CMP et CATTP « Préludes » à Bar-sur-Seine
- CMP-CATTP « Maison des Mots » et HDJ « Parole Reconnue » à Brienne-la-Vieille
- Équipe mobile départementale périnatalité « Les Petites Cigognes », basée à Troyes

L'offre de soins hospitalière en pédiatrie et pédopsychiatrie joue un rôle prépondérant dans la prise en charge des enfants du territoire, du fait d'une faible offre libérale.

Les **objectifs stratégiques d'amélioration** de la filière pour le GHT de l'Aube et du Sézannais sont :

- Garantir la pérennité de la filière en sécurisant les effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs
- Améliorer la gradation de soins au sein de la filière pédiatrie
- Réduire les délais de recours
- Faciliter les échanges d'informations médicales entre professionnels de la filière par le déploiement et le partage d'outils numériques

Objectifs opérationnels d'amélioration des parcours

La filière « pédiatrie » se concentre sur cinq parcours prioritaires :

Parcours pédiatrie de liaison	• Sécuriser la prise en charge des enfants accueillis en urgence et pour des soins non programmés • Disposer des compétences IDE et AP formées et en effectif suffisant • Disposer de locaux adaptés aux enfants • Développer l'offre de consultations
Parcours chirurgie pédiatrique non traumatologique	• Sécuriser la prise en charge en urgence • Garantir l'accès aux examens complémentaires • Renforcer la coordination avec les établissements de recours (CHU Reims et Nancy) pour les prises en charge en urgence
Parcours urgences pédiatriques	• Améliorer la prise en charge des urgences vitales • Sécuriser le passage en salle de déchocage (SAUV)
Parcours urgences pédopsychiatriques	• Renforcer la gradation des soins grâce à l'articulation entre l'offre ambulatoire (CMP) et hospitalière • Favoriser un accès précoce aux soins psychiatriques en réduisant les délais moyens de recours aux CMP • Faciliter le recours à l'avis pédopsychiatrique aux urgences
Parcours commun pédiatrie-pédopsychiatrie / soins pédopsychiatriques en pédiatrie / soins pédiatriques en pédopsychiatrie	• Améliorer la coordination entre la pédiatrie et la pédopsychiatrie • Définir le périmètre de prise en charge entre la pédopsychiatrie et la pédiatrie

Personnes âgées

Enseignements du PMSP 1re génération

Au cours des cinq dernières années, la filière :

- A mis en place une équipe mobile de gérontopsychiatrie
- A rendu plus visible et attractif l'hôpital de jour en gériatrie
- A développé les entrées directes du domicile-EHPAD en médecine gériatrique et soins de suite et de réadaptation
- A réorganisé les modes d'entrée et de sortie dans les services
- A déployé des solutions de télémédecine en EHPAD

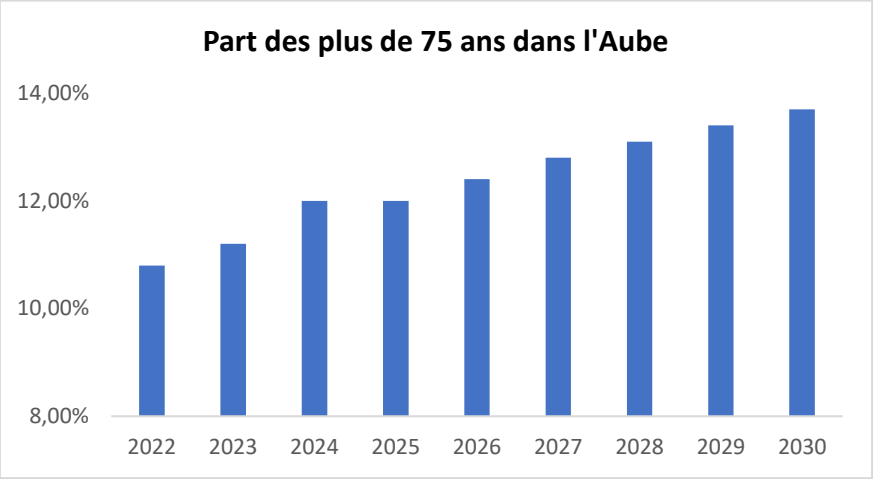
Néanmoins, certains objectifs n'ont été atteints que partiellement :

- La sécurisation des effectifs médicaux de l'équipe mobile d'intervention gériatrique au CHT
- L'amélioration de la coordination entre l'HAD et les urgences
- L'identification en amont des urgences des résidents d'EHPAD pouvant bénéficier d'une HAD

Contexte et objectifs stratégiques d'amélioration de la filière

La population de l'Aube présente une proportion de personnes âgées significative : 10,8% de la population est âgée de 75 ans et plus, soit 33 500 personnes, une proportion supérieure à la moyenne nationale située à 9,8%.

La répartition de cette population âgée est inégale au sein du territoire et de ses principales communes. Parmi les communes, Pont-Sainte-Marie, Sainte-Savine et Romilly-sur-Seine présentent des taux supérieurs à 11%, alors que la commune de Troyes présente une population plus jeune avec 8,9% de 75 ans et plus[18].



(Sources Projections INSEE)

En outre, les projections indiquent d'ores et déjà que le GHT de l'Aube sera confronté à la problématique du grand âge, du fait d'un vieillissement accru de la population. **En 2028, 13,1% de la population du département aura plus de 75 ans, et 24,8% plus de 65 ans** (*source projections INSEE),* soit 13 000 personnes de plus à prendre en charge par rapport à 2018.

Le nombre de plus de 65 ans passera de 66 500 en 2022 à 80 000 en 2028, soit une augmentation de 14,2%. On peut prendre l'hypothèse d'une augmentation proportionnelle des hospitalisations pour cette classe d'âge sur la même période. En résulte un potentiel de 6 700 personnes âgées de plus de 75 ans supplémentaires susceptibles de nécessiter des soins et d'avoir recours à l'hospitalisation.

La combinaison du **vieillissement projeté de la population** et de la surreprésentation des personnes âgées dans les hospitalisations aura un **impact sur le nombre total de prises en charge.** Cette tendance, amenée à s'accentuer, positionne la filière personnes âgées en tant que **filière structurante** pour le GHT.

Malgré cette problématique du vieillissement, le département de l'Aube bénéficie d'un faible taux de gériatres en 2022 (21 gériatres pour 100 000 habitants de plus de 75 ans) en-dessous de la moyenne nationale (36 pour 100 000 habitants). Il en est de même du taux de médecins généralistes avec un taux de 101 généralistes pour 100 000 habitants, bien en dessous du taux national de 125. Il est donc essentiel de renforcer l'offre de la filière.

En matière de capacité d'accueil, l'offre se répartit entre le court séjour gériatrique (1,28 lit pour 1 000 habitants de plus de 75 ans contre 2 au niveau national), le SMR (1,2 lit pour 1 000 habitants de plus de 75 ans, derrière le taux national de 1,8) et les places en soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (19,8 places pour 1 000 habitants de plus de 75 ans, contre 18,8 au niveau national). Ces SMR sont essentiels dans le parcours de la personne âgée et constituent souvent la dernière étape avant d'envisager l'accueil en EHPAD[19].

Enfin, au niveau des personnes âgées dépendantes, un tiers des 45 EHPAD du territoire de l'Aube appartient aux HCS (106 places dans l'Aube pour 1 000 habitants de plus de 75 ans, contre 92 au niveau national). D'autres EHPAD sont partenaires du GHT (les établissements « Sainte-Marthe », « Les Tilleuls », « La Belle Verrière », « Les Flots de l'Orvin »). Tous les EHPAD ne disposent pas de médecin coordonnateur.

Les **objectifs stratégiques d'amélioration** de la filière pour le GHT de l'Aube et du Sézannais sont :

- Garantir la pérennité de la filière en sécurisant les effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs
- Renforcer l'offre de soins, sa structuration et sa gradation sur le territoire
- Limiter les passages évitables aux urgences
- Répondre aux besoins capacitaires en court séjour
- Fluidifier l'aval des parcours de soins en lien avec les hôpitaux de proximité
- Développer une culture gériatrique partagée des professionnels de santé
- Faciliter les échanges d'informations médicales entre professionnels de la filière par le déploiement et le partage d'outils numériques

Objectifs opérationnels d'amélioration des parcours

La filière « personnes âgées » se concentre sur quatre parcours prioritaires :

Parcours entrées directes - évitabilité du passage aux urgences	• Sécuriser les entrées directes du domicile ou EHPAD en médecine gériatrique et en SMR • Maintenir l'offre en SMR et en médecine gériatrique des hôpitaux de proximité • Renforcer l'adressage direct par le médecin traitant • Généraliser les évaluations gérontologiques sur les chutes, la fragilité et les troubles de la mémoire
Parcours troubles cognitifs et personnes âgées	• Développer les consultations mémoire dans les hôpitaux de proximité • Promouvoir le développement de structures pour personnes ayant des troubles du comportement (UVP) sur le département • Renforcer les liens avec les associations œuvrant dans ce domaine
Parcours personnes âgées en perte d'autonomie	• Améliorer la coordination entre les professionnels des secteurs sanitaires et médico-sociaux • Prévenir les hospitalisations inappropriées par le repérage des patients lors de prises en charge ambulatoires (HDJ) • Améliorer le suivi des patients après hospitalisation
Parcours résidents EHPAD nécessitant des soins aigus	• Faciliter le recours à l'équipe mobile de gérontopsychiatrie • Disposer, en EHPAD, de protocoles de prises en charge selon le degré de gravité et la nature du soin requis • Améliorer la compétence des professionnels d'EHPAD en soins aigus de gérontologie

Soins critiques

Enseignements du PMSP 1re génération

Au cours des cinq dernières années, la filière :

- A créé une unité de soins continus de chirurgie au CH de Troyes. Après évaluation, le maintien de cette unité n'a pas été jugé utile.

Néanmoins, certains objectifs n'ont été atteints que partiellement :

- Développer l'offre de soins pour les patients cérébro-lésés (le projet d'accueil de patients cérébro-lésés au GHAM a été abandonné, mais la prise en charge se poursuit à Bar-sur-Seine)
- Développer l'offre de soins en USC (la demande d'autorisation d'USC au sein du service des urgences déposée par le GHAM en 2020 n'a pas reçu l'aval de l'ARS)

Contexte et objectifs stratégiques d'amélioration de la filière

Les soins critiques (réanimation, surveillance continue, soins intensifs adultes et pédiatriques) désignent la prise en charge, graduée selon la gravité, de patients présentant ou susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances viscérale aigues mettant directement en jeu leur pronostic vital[20]. Le département de l'Aube affiche des taux d'équipement en soins critiques moins élevés[21] que ceux de la région Grand Est. On recensait, en 2019, 62 lits de soins critiques dans l'Aube, soit 20 pour 100 000 habitants contre 29 pour la France. Le CH de Troyes se positionne comme l'unique établissement équipé de 12 lits de réanimation adulte, soit 3,9 pour 100 000 habitants, en-dessous de la moyenne nationale (8 pour 100 000 habitants) auxquels s'ajoutent 6 lits de surveillance continue médicale et chirurgicale.

Le CH de Troyes dispose d'une maternité de niveau 3 avec un service de 6 lits de réanimation néo-natale et 6 lits de surveillance continue néo-natale.

Enfin, le groupement dispose de capacités pour la prise en charge des patients en USIC (14 lits) et UNVA (4 lits) au CHT, ainsi que de 6 lits de surveillance continue au GHAM.

Les **objectifs stratégiques d'amélioration** de la filière pour le GHT de l'Aube et du Sézannais sont :

- Sécuriser la prise en charge des patients en soins critiques sur l'ensemble du territoire
- Structurer la filière sur le territoire dans le cadre de la réforme des autorisations des activités de soins, notamment des soins critiques

Objectifs opérationnels d'amélioration des parcours

La filière soins critiques se concentre sur un parcours prioritaire :

Parcours soins critiques et pathologies médicales et chirurgicales	• Tendre vers l'harmonisation des pratiques sur le territoire en capitalisant sur l'expertise et l'expérience des médecins impliqués dans les soins critiques (anesthésistes, réanimateurs, cardiologues, neurologues) • Améliorer la pertinence des admissions et des séjours en réanimation • Fluidifier l'aval de la réanimation et de la surveillance continue sur le territoire

Soins palliatifs

Enseignements du PMSP 1re génération

Certains objectifs n'ont été que partiellement atteints :

- La formation aux soins palliatifs des soignants hospitaliers, libéraux et des EHPAD
- L'amélioration du maillage avec les EHPAD

Contexte et objectifs stratégiques d'amélioration de la filière

La Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) définit les soins palliatifs comme des soins actifs délivrés par une équipe multidisciplinaire dans une approche globale de la personne atteinte d'une maladie grave, évolutive ou terminale. L'objectif des soins palliatifs est de soulager les douleurs physiques et les autres symptômes, mais aussi de prendre en compte la souffrance psychique, sociale et spirituelle[22]. Ils s'adressent au patient, quel que soit son âge, quel que soit le lieu de sa prise en charge, mais aussi à ses proches. Ils apportent soutien et formation aux équipes soignantes. Ils considèrent le malade comme un être vivant et la mort comme un processus naturel.

Les structures de soins palliatifs sont constituées par les équipes mobiles (EMSP) et les unités de soins palliatifs (USP).

Les équipes mobiles de soins palliatifs sont des équipes pluridisciplinaires (médecins, infirmières, psychologues) qui ont pour mission d'apporter aide, soutien, conseils aux soignants qui prennent en charge des patients en situation palliative au sein des services hospitaliers, des établissements médico-sociaux et à domicile. Elles ont également une mission de formation auprès des professionnels de santé.

Les unités de soins palliatifs sont des services d'hospitalisation totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et à l'accompagnement. Ils sont réservés aux situations complexes.

Le GHT compte deux unités fixes de soins palliatifs, une au GHAM (5 lits) et une au CHT (12 lits), et deux équipes mobiles sur le territoire (GHAM et CHT).

Les **objectifs stratégiques d'amélioration** de la filière pour le GHT de l'Aube et du Sézannais sont :

- Garantir la pérennité de la filière en sécurisant les effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs
- Diffuser une culture commune de la prise en charge en soins palliatifs
- Renforcer le lien avec la ville et diffuser la culture de la prise en charge en soins palliatifs
- Renforcer la lisibilité de l'offre en soins palliatifs sur le territoire

Objectifs opérationnels d'amélioration des parcours

La filière soins palliatifs se concentre sur trois parcours prioritaires :

Parcours insuffisance rénale terminale	• Identifier les patients en insuffisance rénale terminale et relevant de soins palliatifs • Renforcer le suivi des patients en insuffisance rénale terminale • Adapter la prise en soin selon le lieu de prise en charge
Parcours oncologie-hématologie	• Contribuer à la formation en soins palliatifs des équipes soignantes • Développer la collaboration avec le service d'onco-hématologie par la mise en place de soins palliatifs précoces avec identification des patients relevant de soins palliatifs • Renforcer la collaboration avec les équipes soignantes de ville pour améliorer le suivi de patients en fin de vie au domicile • Sécuriser la transfusion au domicile en lien avec l'HAD (GHAM)
Parcours ville-hôpital	• Poursuivre le développement des soins palliatifs à domicile et dans les établissements médico-sociaux • Développer l'offre ambulatoire en soins palliatifs avec mise en place d'HDJ (GHAM et CHT) • Fluidifier les entrées directes sur les unités de soins palliatifs • Améliorer la communication et la coordination entre la ville et l'hôpital

Urgences et soins non programmés

Enseignements du PMSP 1re génération

Au cours des années 2017 à 2022, la filière urgences-chirurgie-réanimation :

- A amélioré la prise en charge des patients traumatisés sévères avec mise en place d'un registre de suivi de la prise en charge de polytraumatisés et d'une procédure en liaison avec le Trauma Center du CHU de Reims
- A amélioré l'identification des patients des urgences relevant d'une HAD, avec la mise en place d'une cellule de coordination, mais dont le résultat a été jugé peu probant au niveau des urgences du CHT
- A amélioré la communication entre les services d'hospitalisation et les services d'aval : transmission des éléments nécessaires à la prise en charge du patient, avec mise en place de documents de transfert, et identification des patients à limitation de soins en sortie de service de réanimation
- A amélioré l'anticipation de sortie en faisant sortir les patients des services d'hospitalisation avec leur document de sortie

Néanmoins, certains objectifs n'ont été que partiellement atteints

- Identifier les résidents EHPAD pouvant bénéficier d'une HAD avec des dossiers « dormants » de résidents HAD, pratique incomplètement déployée sur le territoire
- Améliorer la traçabilité des avis spécialisés par télémédecine
- Disposer d'une possibilité de régulation médicale par visioconférence avec les EHPAD
- Permettre l'orientation des patients vers la MMG en garantissant la présence effective du médecin de garde et la possibilité de tiers payant

Certains projets ont été abandonnés

- Régulation libérale en nuit complète au CRRA 15, par mutualisation avec le 52 ou le 89 : remplacé par la mise en place du SAS

Contexte et objectifs stratégiques d'amélioration de la filière

Les données démographiques et de santé publique du Grand Est sont défavorables, avec un plus fort taux de mortalité prématurée, un accroissement des maladies chroniques (cancers, maladies cardio- et neuro-vasculaires, diabète, surpoids) et une précarité plus importante qu'à l'échelle nationale.

Le score thématique de l'état de santé dans le département de l'Aube met en évidence un cumul de fragilités sur le plan sanitaire dans le Nord de l'Aube et dans le secteur de Romilly sur Seine[23].

Le PRS Grand Est 2023-2028 a fait de l'accès aux soins non programmés une de ses 4 priorités.

« L'accessibilité aux soins pour nos concitoyens, en particulier lorsqu'ils sont non programmés, doit être améliorée. Répondre à une demande de soins ne nécessitant pas une prise en charge par un service d'urgence implique de mieux comprendre la demande, de mieux orienter les

usagers et de mieux coordonner les différents acteurs de soins afin d'assurer aux usagers le juste soin, au bon endroit, au bon moment. Structurer et rendre lisibles les parcours de santé dans nos territoires est un enjeu majeur »[24]

L'augmentation de la demande de soins non programmés relève de multiples facteurs dont certains sont déjà bien identifiés : le vieillissement de la population, une prévalence croissante des maladies chroniques, l'environnement socio-économique précaire, la vulnérabilité sociale et l'isolement social. Pour une fraction de la population socialement défavorisée comme pour celle atteinte de maladie chronique, l'absence de médecin traitant avec la non mise en place d'un parcours de soins est un risque supplémentaire de majoration du recours aux soins non programmés, et aux services d'urgences du fait de l'absence d'un suivi adapté de qualité.

L'offre de soins non programmés se trouve en tension du fait des difficultés de la médecine libérale à absorber toute la demande, de la saturation des structures d'urgences et d'une tension croissante sur l'aval des urgences, augmentant de ce fait la durée de passage aux urgences notamment pour les patients hospitalisés, et plus encore pour les patients âgés de plus de 75 ans qui sont pourtant les plus fragiles.

Par ailleurs, les patients âgés sont plus souvent hospitalisés que la moyenne : 48% sont hospitalisés en aval des urgences, contre 22% pour la totalité des patients vus aux urgences en Grand Est.

D'autre part, le phénomène de consultation fréquente des urgences concerne 15,6% des patients qui ont consulté dans un SAU en 2021 dans le Grand Est. Ces patients seraient à l'origine de 32,5% des passages aux urgences de la région. Les premiers résultats de l'étude observationnelle sur les utilisateurs fréquents des SAU « Projet DAUM » du CHRU de Nancy mettent en évidence les difficultés de prise en charge médico-sociales à domicile de patients, âgés ou non, atteints de pathologies lourdes ; difficultés constitutives de situations favorisant une demande accrue et itérative de soins non programmés[25].

Dans ce contexte, l'enjeu est une meilleure régulation d'accès à l'offre de soins non programmés garantissant l'orientation vers une réponse adaptée. Cela permettra d'aboutir à de meilleures conditions de fonctionnement des structures d'urgences comme de celle des soins de premier recours dans le cadre d'un partenariat ville-hôpital-SAU renforcé, et d'une mobilisation plus large des acteurs de santé, y compris du secteur médico-social.

Différents rapports et missions ont proposé des axes de travail pour la structuration de la réponse aux demandes de soins non programmés, notamment le Pacte de Refondation des urgences en 2019 et la mission flash sur les urgences et soins non programmés pilotée par le Dr François Braun, Président de SAMU-Urgences de France en 2022. Ces propositions ont guidé les axes de travail identifiés dans le PMSP pour la filière Urgences et soins non programmés.

La démographie médicale en médecins de premier recours est défavorable sur le territoire de l'Aube et du Sézannais. Dans le département de l'Aube, le nombre de médecins généralistes a chuté de 45 en 20 ans, alors que la population a augmenté de 19 000 habitants. Il y a en 2025 dans l'Aube 92,5 médecins généralistes actifs inscrits à l'Ordre pour 100 000 habitants pour une moyenne de 117,21 médecins pour 100 000 habitants en France métropolitaine. En 2010 ils étaient 123,6 pour 100 000 habitants dans l'Aube soit une baisse de 25,2%[26]. Les généralistes libéraux sont 64 pour 100 000 habitants et 13% des Aubois de plus de 16 ans n'ont pas de médecin traitant[27].

Le GHT dispose de 2 structures d'accueil des urgences polyvalentes (CHT et GHAM), de 2 SMUR (Troyes et Romilly sur Seine), ainsi que 2 antennes SMUR (Bar sur Aube et Sézanne, régulé par le SAMU 51). L'ensemble des SMUR utilise le dossier informatisé SMUR-T@b.

La régulation médicale est assurée par le SAMU 10 – Centre 15, situé au CHT. Des interventions SMUR peuvent être sollicitées par les SAMU voisins (Marne, Haute-Marne, Seine et Marne, Yonne).

Les données d'activité publiées par le réseau Est-Rescue dans son panorama 2024 indiquent 66 368 RPU transmis dans le cadre du réseau en 2024 pour les 2 SAU du territoire, dont 48 240 au SAU de Troyes toutes filières confondues (dont 17,8% de patients de plus de 75 ans) et 18 128 au SAU de Romilly sur Seine (dont 20% de plus de 75 ans). Cela représente une légère baisse de 3,8% par rapport à 2023, particulièrement au SAU de Troyes (moins 4,3%).

Les 2 SAU se différencient sur les durées de passage aux urgences qui sont plus élevées au CH de Troyes (8h56 contre 3h36 à Romilly sur Seine) avec un taux d'hospitalisation également plus élevé (25,8% contre 18,8%).

En 2024, les sorties SMUR représentent 2 917 sorties à Troyes (1 813 primaires, 372 secondaires, 554 UMH-P primaires et 178 TIIH), 418 à l'antenne SMUR de Bar sur Aube, 580 à Romilly et 371 pour l'antenne SMUR de Sézanne.

En 2024, le SAMU 10 a reçu 216 652 appels dont 88 657 ont fait l'objet d'un dossier de régulation médicale (DRM). L'activité du SAS a représenté 102 771 appels.

Les **objectifs stratégiques d'amélioration** de la filière pour le GHT de l'Aube et du Sézannais sont :

- Garantir la pérennité de la filière en sécurisant les effectifs médicaux, paramédicaux et administratifs
- Assurer l'orientation optimale des patients appelant au 15 en collaboration avec les différents systèmes de réponse aux soins non programmés
- Assurer la réponse graduée aux situations d'urgence par le déploiement des moyens de secours adaptés, médicaux et non médicaux
- Fluidifier les parcours des patients pris en charge dans les structures d'accueil des urgences au sein des établissements (fluidification des transferts et des sorties) en lien avec la gestion territoriale des lits des HCS
- Assurer la coordination entre les structures d'accueil des urgences du territoire et les filières de soins spécialisées, dans le cadre de la PDSES territoriale
- Faciliter les échanges d'informations médicales entre professionnels de la filière par le déploiement et/ou partage d'outils numériques et d'intelligence artificielle

Objectifs opérationnels d'amélioration des parcours

Orientation et régulation médicale	• Disposer d'un SAS : médecins généralistes libéraux régulateurs et effecteurs, CPTS, dentistes, IDE libérales, autres spécialistes • Disposer d'une PTAO en santé mentale • Améliorer la présence médicale en MMG à Troyes et Romilly sur les créneaux de PDSA • Déployer la téléconsultation / e-santé entre le SAMU et les Ehpad, prisons, domicile • Travailler en collaboration avec les gériatres et l'HAD sur les passages évitables au SAU de personnes âgées en déployant les EMIG, équipes mobiles de géronto-psy, dispositifs de maintien à domicile, DAC, IPA, équipes de soins spécialisées • Disposer de créneaux d'accès non programmé aux plateaux techniques ou aux consultations spécialisées pour les patients et les professionnels de santé de ville • Disposer d'accès au DMP des patients pour les médecins régulateurs • Renforcer la régulation médicale pour assurer la réponse médicale à tous les appels
Pré-hospitalier	• Disposer d'équipes paramédicales en pré-hospitalier UMHP au CHT et au GHAM : assurer le recrutement, la formation des professionnels • Disposer d'équipes de transfert infirmier inter-hospitalier à Troyes et Romilly • Confirmer le maillage territorial des SMUR dans le cadre des autorisations de médecine d'urgence • Disposer d'un héli-SMUR • Assurer la coordination des interventions en lien avec le SDIS et l'ATSU • Participer aux exercices et plans de secours préfectoraux • Participer à des protocoles de recherche
Structures d'accueil des urgences et aval des urgences	• Disposer d'un thesaurus d'admission des patients au sein des services d'aval en lien avec la GTL • Améliorer la fluidité des parcours, diminuer la durée d'attente et de passage aux urgences • Disposer d'une organisation rénovée pour la SAUV du CHT : structuration des parcours, formation des professionnels • Disposer d'une ZSTCD aux urgences du CHT : structuration des parcours, définition des modalités d'entrée et de sortie, codage • Assurer la fluidité des sorties et transferts en lien avec les transports sanitaires : logiciel PTAH • Participer à des programmes de recherche sur la consommation inadaptée et le juste recours aux urgences • Intégrer les IPA et protocoliser les délégations de tâches • Améliorer le lien ville-hôpital d'amont et d'aval • Améliorer la prise en charge par le déploiement d'outils de diagnostic basés sur l'intelligence artificielle

Filières spécialisées de prise en charge des urgences en lien avec la PDSES territoriale	• Cardiologie : identifier des parcours de prise en charge des urgences coronariennes du CHT et du CHAM en lien avec l'USIC du CHT • Pédiatrie : sécuriser la prise en charge des urgences pédiatriques en lien avec les pédiatres du CHT et du GHAM • Gynécologie-obstétrique : sécuriser la prise en charge des urgences gynéco-obstétricales du CHT et du GHAM en lien avec les gynécologues et sages-femmes • Chirurgie : organiser la prise en charge des urgences chirurgicales notamment orthopédiques du GHAM en lien avec la Clinique du Pays de Seine et le CHT • AVC : sécuriser les filières de prise en charge des AVC en phase aigüe au CHT et au GHAM, en lien avec les établissements de recours • Santé mentale adulte et enfant : disposer d'équipes de santé mentale pouvant intervenir à tout moment pour la prise en charge des urgences psychiatriques
Coordination territoriale des urgences	• Mettre en place une fédération médicale inter-hospitalière des urgences entre le CHT et le GHAM • Contribuer à la formation des professionnels • Collaborer au fonctionnement du CESU • Contribuer à la rédaction de protocoles communs • Disposer d'outils informatiques convergents et collaboratifs • Faciliter l'exercice multi-sites pour les professionnels volontaires médicaux et non médicaux • Renforcer la solidarité territoriale

3.6 Projet territorial de santé mentale

Le diagnostic territorial partagé en santé mentale vise à identifier les besoins et les ressources du territoire. **Il est élaboré et porté par l'Établissement public de santé mentale de l'Aube (EPSMA).**

L'action des professionnels et des établissements s'inscrit dans le déploiement des objectifs stratégiques de santé :

- Promouvoir la santé mentale
- Améliorer en continu l'état de santé physique et psychique des personnes
- Promouvoir les capacités des personnes à s'engager ou se maintenir dans une vie sociale et citoyenne active

Objectifs stratégiques et opérationnels inscrits au PTSM

Améliorer la démographie médicale	• Favoriser le recrutement des psychiatres
Travailler en réseau	• Mettre en place une plateforme pluri-institutionnelle de santé mentale • Mettre en place une plateforme de coordination et d'orientation des troubles du neuro- développement • Organiser le parcours de soins des mineurs par une meilleure collaboration entre tous les partenaires (médico-social, sanitaire et services départementaux) • Développer l'accueil familial thérapeutique en pédopsychiatrie • Renforcer la pédopsychiatrie de liaison aux urgences et en service de pédiatrie au CHT • Renforcer les équipes mobiles de réhabilitation psychosociale adulte • Renforcer la psychiatrie adulte de liaison en structure médico-sociale et sanitaire • Développer l'accueil familial thérapeutique en gérontopsychiatrie
Informer, communiquer et sensibiliser à la santé mentale	• Améliorer la lisibilité de l'articulation entre les différents dispositifs de santé mentale
Prévenir et promouvoir la santé mentale	• Améliorer la prévention en santé mentale chez les jeunes sur le territoire de l'Aube • Déployer le dispositif national VigilanS

3.7 Projets des hôpitaux de proximité

Les hôpitaux de proximité sont un maillon structurant de l'offre sanitaire dans les territoires. Portés par le plan « Ma santé 2022 », ils ont pour objectif, avec les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), d'inciter les professionnels d'un territoire à améliorer ensemble la réponse sanitaire et médico-sociale de proximité. Cela permet au patient d'être suivi au plus près de son lieu de vie en proposant, en proximité, une offre coordonnée et adaptée à ses besoins.

En 2022, les hôpitaux de Bar-sur-Aube et de Bar-sur-Seine ont obtenu de l'ARS Grand Est le label « hôpital de proximité », qui les engage à poursuivre les actions entamées pour lutter contre la désertification médicale et à proposer des consultations de spécialité au plus près des habitants.

Outre la lutte contre la désertification médicale, l'objectif de cette labellisation est d'éviter le recours systématique aux urgences. Ce label est une reconnaissance du travail déjà effectué pour offrir un accès aux soins de plus en plus complet dans tout le bassin de population. Les deux établissements recevront une dotation forfaitaire d'un million d'euros par an en remplacement de la tarification à l'activité.

Afin d'obtenir cette labellisation, les deux hôpitaux ont développé des partenariats et des projets pour enrichir l'offre de soins. Un partenariat avec la Mutualité Française a permis d'ouvrir un cabinet dentaire à l'hôpital de Bar-sur-Aube. Une demande d'autorisation est en cours pour installer un scanner privé, géré par l'Hôpital Privé de l'Aube. À Bar-sur-Seine, un cardiologue consulte depuis début 2023 et l'établissement travaille à l'installation d'un angiologue, d'un orthopédiste et d'un cabinet dentaire.

En 2023, l'hôpital de Sézanne a déposé un dossier de demande de labellisation.

Cette demande s'appuie sur une réponse de proximité aux besoins des personnes âgées en partenariat avec la médecine de ville. Ce projet bénéficie déjà d'une offre de consultations externes, d'un plateau technique d'imagerie et de l'antenne SMUR du GHAM à Sézanne.

Cette labellisation a été accordée par l'ARS Grand Est par un arrêté du 31 mars 2023.

La coopération entre les acteurs est bénéfique pour les professionnels de santé qui voient leur installation facilitée et qui peuvent travailler en équipe dans ces structures.

Les patients souvent âgés et polypathologiques peuvent ainsi trouver sur place une offre de consultations spécialisées.

Hôpital de Bar-sur-Aube

Objectifs stratégiques et opérationnels

Favoriser les liens ville-hôpital	• Faciliter les entrées directes en service de médecine (pacte de refondation des urgences) • Améliorer les retours à domicile par anticipation des sorties • Développer la conciliation médicamenteuse de sortie
Maintenir et développer une offre de prise en charge de proximité	• Poursuivre l'accès à des consultations avancées • Poursuivre l'implantation locale d'un scanner • Développer les consultations non programmées par l'antenne SMUR du CHT à Bar-sur-Aube
Disposer d'une alternative à l'hospitalisation complète	• Disposer d'un Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA)

Hôpital de Bar-sur-Seine

Objectifs stratégiques et opérationnels

Favoriser les liens ville-hôpital	• Faciliter les entrées directes de fin de semaine (pacte de refondation des urgences) • Faciliter les échanges entre acteurs de soins ville-EHPAD toutes compétences confondues • Redynamiser des actions de formation en commun avec la médecine de ville • Développer les évaluations gérontologiques à partir d'un dépistage de la fragilité effectuée par la médecine de ville • Développer les partenariats avec les organismes d'aide à domicile pour optimiser et fluidifier le parcours de la personne âgée
Maintenir et développer une offre de prise en charge de proximité	• Mettre en place une télé-expertise sur une pathologie gérontologique complexe • Poursuivre l'offre de consultations externes en y incluant une consultation gériatrique avancée • Disposer d'un poste de praticien hospitalier pour la prise en charge des résidents en EHPAD

Hôpital de Sézanne

Objectifs stratégiques et opérationnels

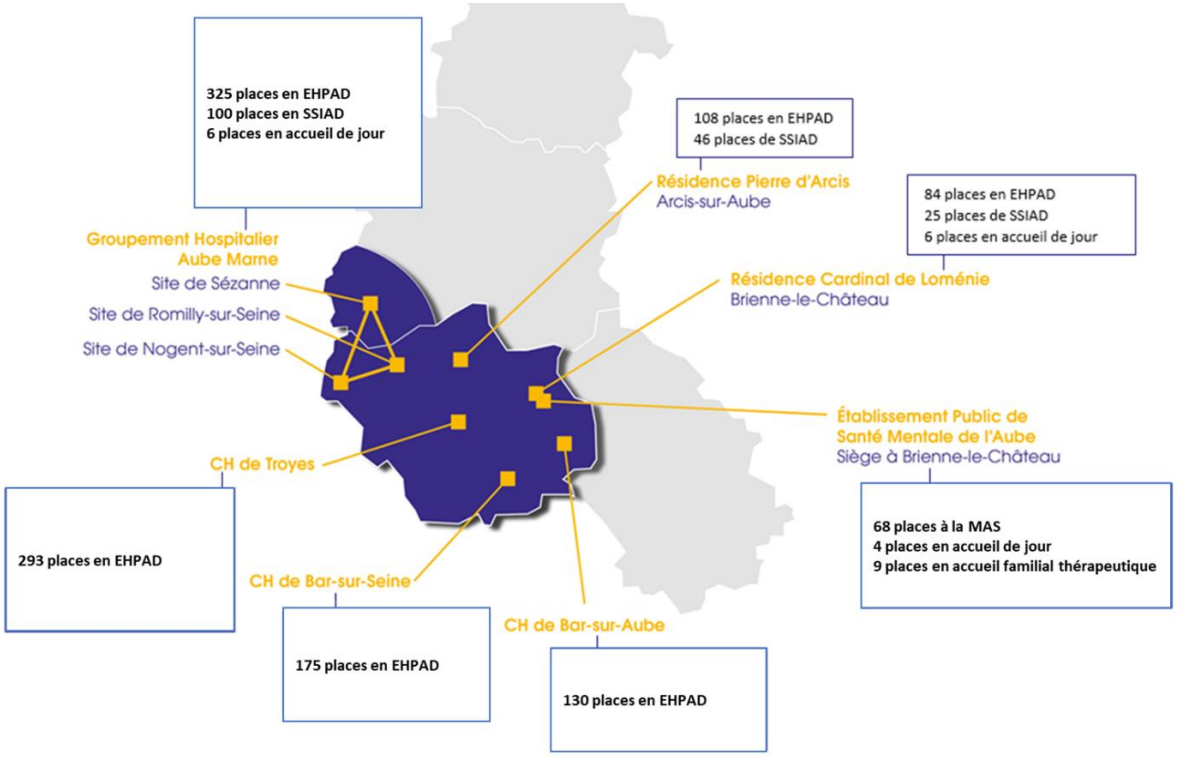
Favoriser les liens ville-hôpital	• Faciliter les entrées directes en service de médecine à la demande des médecins de ville et des ESMS (pacte de refondation des urgences) • Disposer de créneaux prioritaires pour des examens complémentaires en urgence à disposition des médecins de ville • Mettre en relation les IPA du GHAM et de la ville pour partager des actions de prévention et permettre des suivis de patients • Redynamiser des actions de formation en commun avec la médecine de ville • Répondre collectivement aux SSE • Permettre aux internes de trouver un hébergement pendant leur stage en médecine de ville
Maintenir et développer une offre de prise en charge de proximité	• Poursuivre l'accès à des consultations avancées • Maintenir le plateau technique actuel (radiologie conventionnelle, échographie, biologie délocalisée) • Mettre en place des téléconsultations spécialisées • Maintenir une antenne SMUR et une antenne d'accueil des urgences sur site • Disposer de la présence d'une EMSP GHAM intra et extrahospitalière pour les accompagnements de fin de vie • Disposer d'une offre en ambulatoire : lits d'HDJ, PASA • Accompagner les aidants

3.8 Projet médico-social

Le secteur médico-social représente environ la moitié des lits des HCS. L'offre médico-sociale du département de l'Aube est répartie comme suit :

- 35 établissements habilités à l'aide sociale, dont 3 établissements habilités partiellement (2 646 places)
- 22 établissements proposant de l'hébergement temporaire (48 places)
- 11 établissements proposant de l'accueil de jour (72 places)
- 26 établissements disposant d'une unité Alzheimer (418 places)
- 11 établissements disposant d'un PASA (148 places)

L'offre médico-sociale des HCS s'étend sur l'ensemble du département de l'Aube et au sud de la Marne.



Objectifs stratégiques et opérationnels inscrits au projet médico-social

Organiser les parcours pour favoriser l'accès aux soins	• Améliorer le repérage et l'accompagnement de la fragilité sociale des personnes accompagnées • Renforcer l'accompagnement du public sourd et malentendant • Renforcer l'accompagnement des personnes en situation de handicap dans le cadre des filières de soins • Renforcer l'accompagnement des personnes âgées dans le cadre des filières de soins • Améliorer l'accès aux consultations de spécialistes • Développer l'usage de la télémédecine
Développer des prises en charge adaptées aux besoins des personnes accueillies	• Développer les prises en charge non médicamenteuses • Développer les prises en charge des troubles du comportement en lien avec le secteur de la psychiatrie • Repérer et évaluer les besoins des personnes en situation de handicap vieillissantes • Améliorer la gestion des situations d'urgence en établissement médico-social • Promouvoir la bientraitance
Attirer et fidéliser les professionnels	• Atténuer la pénibilité pour les professionnels exerçant en EHPAD • Valoriser les compétences des agents du secteur médico-social • Inscrire les professionnels dans une politique de formation répondant aux enjeux et besoins du secteur • Développer la qualité de vie au travail
Reconnaître les spécificités du secteur médico-social	• Développer les partenariats de l'ESMS dans une dimension d'ouverture territoriale • Développer la prévention de la perte d'autonomie et la promotion de la santé • Développer le projet d'accompagnement personnalisé • Renforcer la participation sociale des personnes accompagnées et des familles • Accentuer les aides aux aidants • Favoriser l'exercice des droits fondamentaux et des libertés individuelles

3.9 Projets des pôles territoriaux directement liés aux soins

Pôle territorial pharmacie

En 2017, un pôle territorial de pharmacie a été créé au sein du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Aube et du Sézannais. La PUI du CH de Troyes a reçu son autorisation incluant le périmètre du CH de Bar-sur-Seine en novembre 2022. Concernant le rapprochement des PUI de l'EPSMA et du CH de Bar-sur-Aube, sa mise en œuvre sera effective après réhabilitation de la pharmacie du site de Brienne-le-Château, prévue courant 2024.

À ce jour, le pôle intègre les PUI suivantes :

- PUI du Centre Hospitalier de Troyes
- PUI du Groupement Hospitalier Aube Marne
- PUI de l'Établissement Public de Santé Mentale de l'Aube
- PUI du Centre Hospitalier de Bar-sur-Aube

La prise en charge médicamenteuse du patient hospitalisé est un enjeu de sécurité. Le circuit du médicament en établissement de santé est un processus complexe qui recouvre deux circuits distincts et interconnectés. Le premier circuit, clinique, inclut les phases de prescription, dispensation, administration et surveillance. Le second circuit, logistique, concerne le médicament en tant que produit, de l'achat jusqu'à la délivrance dans l'unité de soins. Il rejoint le circuit clinique au stade ultime de l'administration au patient.

Le projet du pôle contribue à positionner chaque acteur sur les activités où sa plus-value est la plus importante pour le patient. L'infirmier se consacre à l'administration des médicaments, en particulier les plus à risque, en s'appuyant sur le préparateur pour la préparation des doses à administrer et la gestion des stocks dans l'unité. Le pharmacien se rapproche du soin par l'analyse des ordonnances et, plus largement, apporte son expertise clinique au médecin. Ce dernier se consacre à une prescription de qualité.

Objectifs stratégiques et opérationnels inscrits au projet du pôle

Consolider la gouvernance territoriale du pôle	• Définir les modalités de gouvernance du pôle avec une vision multisites • Maintenir la continuité pharmaceutique sur le territoire • Centraliser les achats et commandes de produits pharmaceutiques
Promouvoir la démarche qualité et la gestion des risques	• Optimiser la dispensation globale par l'informatisation ou l'automatisation des processus • Automatiser la dispensation nominative en EHPAD, SMR, USLD, HAD, etc. • Sécuriser le stockage dans les services • Contractualiser avec les unités de soins • Contribuer à réduire les erreurs médicamenteuses • Concentrer la réalisation des activités à risque sur certains établissements • Mettre en place la sérialisation
Développer l'expertise pharmaceutique au travers de la pharmacie clinique	• Développer la conciliation médicamenteuse selon la priorisation définie • Permettre la rétrocession de médicaments au public sur chaque site • Développer les entretiens pharmaceutiques • Contribuer à l'éducation thérapeutique du patient

Pôle territorial d'imagerie médicale

En 2017, un pôle territorial d'imagerie a été créé au sein du Groupement Hospitalier de Territoire de l'Aube et du Sézannais. L'imagerie médicale est indispensable dans la prévention, le dépistage, le diagnostic et le suivi des pathologies. Depuis quelques années, elle intervient également dans la thérapeutique avec l'apport de l'imagerie interventionnelle. Spécialité pivot, l'imagerie médicale contribue fortement à structurer l'offre de soins, en ville comme à l'hôpital. La présence d'une structure d'imagerie de proximité contribue au maintien des médecins dans le territoire. Pour être pleinement efficientes, les structures de radiologie doivent disposer de l'ensemble des techniques d'imagerie (radiologie conventionnelle, échographie, scanner, IRM…) y compris dans le cadre de l'offre de proximité, avec possibilité de recours à un plateau technique plus étoffé. Il existe deux plateaux techniques d'imagerie au sein du GHT, respectivement installés au Centre Hospitalier de Troyes et au GHAM à Romilly-sur-Seine et à Sézanne. Des partenariats existent, pour les deux établissements, avec des structures privées. Les demandes d'examens scanographiques sont en constante augmentation : + 25% entre 2014 et 2019 sur la totalité des examens réalisés. Pour les examens scanographiques émanant uniquement des urgences, la hausse est de 64 %.

Objectif stratégique inscrit au projet du pôle

Assurer à tous les patients, sur le territoire, un égal accès aux techniques les plus pertinentes ainsi qu'aux experts d'organes garantissant la plus haute qualité et sécurité des actes d'imagerie.

Objectifs opérationnels inscrits au projet du pôle

Garantir et développer l'offre en imagerie	• Identifier et centraliser une structure coordonnée d'imagerie • Garantir l'accès aux soins grâce à une approche populationnelle, graduée et coordonnée • Développer les activités d'imagerie par l'ouverture d'un 3e scanner au CHT • Maintenir une activité d'imagerie conventionnelle sur le site hospitalier de Sézanne • Renforcer les compétences et effectifs des MERM pour assurer l'activité de l'IRM du GHAM 24h/24 • Développer les systèmes d'information et la téléradiologie
Améliorer l'organisation territoriale de l'imagerie médicale	• Faire évoluer l'organisation des prises en charge dans une logique de parcours • Assurer l'offre ambulatoire et de courte durée en développant les évolutions technologiques, thérapeutiques et organisationnelles
Promouvoir l'amélioration des activités de radiologie	• Développer les actions de qualité, de pertinence et d'efficience des soins • Garantir la prise en charge de la douleur, pour tout acte d'imagerie diagnostique ou interventionnelle • Obtenir la labellisation des services d'imagerie du CHT et du GHAM • Intégrer l'intelligence artificielle dans l'exercice de la radiologie • Mettre en place une salle hybride au CHT, en lien avec l'équipe de chirurgie vasculaire • Contribuer à la recherche clinique et recherche en soins • Répondre aux besoins de formation • Améliorer les délais de prise en charge des patients pour des examens scanographiques prioritaires

Faciliter les échanges d'informations médicales par le déploiement et le partage d'outils numériques	• Assurer et sécuriser le partage des résultats d'imagerie entre la médecine de ville et l'hôpital • Faciliter la circulation du dossier médical des patients entre les différents intervenants dans le parcours de soins du patient • Contribuer à l'alimentation de l'espace santé numérique des patients

Pôle territorial de biologie médicale et anatomopathologie

Le pôle de territoire « Laboratoires de biologie médicale - Anatomopathologie » a été constitué en novembre 2020 sur la base d'un pôle déjà existant au CHT. Il a vocation à gérer le périmètre du GHT sur les disciplines de la biologie médicale et de l'anatomopathologie. Il est constitué du laboratoire inter-hospitalier de l'Aube, qui est organisé depuis 2013 sous forme d'un GCS entre le laboratoire de biologie médicale du CHT et celui du GHAM, et du service d'anatomopathologie du CHT. Le périmètre des établissements constituant le GHT est à ce jour plus large que celui du pôle.

La biologie médicale est devenue un élément central du parcours de soins des patients. Elle contribue actuellement à environ 75% des diagnostics réalisés.

Objectifs stratégiques et opérationnels inscrits au projet du pôle

Consolider la gouvernance du pôle et la démarche d'assurance qualité	• Définir les modalités de gouvernance du pôle avec une vision multisites • Harmoniser les investissements • Augmenter la contribution de l'équipe au management de la qualité • Maintenir l'accréditation selon les exigences normatives (COFRAC)
Redimensionner l'activité, les outils et les moyens pour mieux répondre à l'urgence	• Adapter les horaires d'ouverture du laboratoire • Mutualiser les effectifs avec le centre de prélèvement (secrétaire et technicien) • Garantir la prise en charge permanente des urgences (contrôles qualité, maintenances) • Repenser les processus pré et post analytiques en lien avec les nouveaux espaces • Définir la réorganisation des tâches • Optimiser les délais de rendu des résultats • Élargir l'offre à destination des autres établissements du GHT et à la ville
Développer l'activité externe	• Étendre les horaires d'ouverture et la capacité du centre de prélèvements • Maintenir et améliorer le niveau de qualité et d'accueil des patients
Identifier et dimensionner les nouvelles activités en lien avec les besoins identifiés	• Disposer d'un secteur de pharmacologie • Disposer d'un laboratoire en hygiène environnementale • Disposer d'un plateau unique de biologie moléculaire infectieuse et non infectieuse • Développer l'activité de PMA conjointement avec le pôle femme-mère-enfant du CHT

Anticiper les évolutions du rôle du biologiste	• Renforcer et décrire le rôle du biologiste dans le parcours du patient • Valoriser la prestation de conseil du biologiste • Renforcer l'accompagnement des équipes dans les bonnes pratiques de prélèvement • Participer aux activités de recherche clinique et collaborer avec les centres de référence

3.10 Projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

S'appuyant sur des valeurs soignantes partagées, le projet de soins du GHT de l'Aube et du Sézannais a pour ambition **de proposer des actions paramédicales** en cohérence avec les axes médicaux des filières médico-soignantes. **L'articulation entre le projet médical et le projet de soins permet de donner une forte dimension médicale, soignante, éducative et sociale aux filières et parcours de soins.**

Objectifs stratégiques et objectifs opérationnels inscrits au projet de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques

Mettre en œuvre une gouvernance et une coordination des soins du GHT de l'Aube et du Sézannais	• Élaborer et suivre le projet de soins du territoire par la CSIRMT du GHT en concertation et après validation des CSIRMT de chaque établissement • Faire participer largement les soignants aux processus de décision et à la gouvernance de l'hôpital • Reconnaître les spécificités des cadres supérieurs de santé territoriaux et des chargés de mission des directions des soins • Définir la gouvernance des pôles • Valoriser le binôme chef de service / cadre de santé dans le management de proximité des équipes de soin • Articuler étroitement les actions des directions des soins avec le pôle Évaluation, Sécurité et Qualité des Soins et le secteur médico-social, dans la démarche continue d'amélioration de la qualité et sécurité des soins
Co-construire des parcours de soins et de santé coordonnés et des coopérations sur le territoire	• Considérer le patient comme un partenaire de soins et associer les personnes ressources (proches, aidants…) • Individualiser le parcours de soins et de vie • Coordonner les parcours : Prévention / Éducation thérapeutique / Réhabilitation psycho-sociale • Se coordonner et être solidaires entre établissements • Renforcer la collaboration ville-hôpital
Conforter le management et l'encadrement soignant	• Personnaliser l'accompagnement professionnel : repérage des potentiels, accueil du nouveau cadre, tutorat • Soutenir et valoriser la fonction d'encadrement et partager les outils collaboratifs : groupes de travail, GTT, gardes, formation
Attirer et fidéliser les jeunes professionnels, valoriser les compétences et les nouveaux métiers du soin	• Disposer d'outils simples et accessibles pour accompagner les jeunes professionnels sur les différentes étapes du soin : accueil, raisonnement clinique, chemins cliniques, transmissions ciblées, recueil de données en lien avec l'IFSI • Reconnaître et valoriser les nouveaux métiers et exercices du soin : IPA, protocoles de coopérations, innovation, recherche… • Assurer un continuum entre formation initiale (IFSI) et continue (tutorat, stages…)

4. PROJET DE GESTION TERRITORIALE DES LITS

La nécessité de mettre en œuvre des solutions **qui facilitent la gestion des capacités hospitalières au sein des établissements du Groupement Hospitalier de Territoire** a été mise en exergue dans le cadre de la crise sanitaire de la COVID-19. Par ailleurs, **l'embolisation des urgences est une difficulté récurrente** vécue par les établissements du GHT de l'Aube et du Sézannais.

La recherche de lits disponibles représente un véritable enjeu pour les équipes soignantes, médicales et administratives, et ce pour différentes raisons :

- Elle s'avère chronophage, surtout dans un contexte de tension capacitaire dans certains établissements
- En France, 58% des établissements seulement sont dotés d'une solution informatisée. Lorsqu'une solution de gestion existe, nombreux sont les utilisateurs des outils qui se plaignent de leur manque d'ergonomie et de fonctionnalités générant stress et insatisfaction (DGOS)
- La crise sanitaire et les crises successives ont remis en évidence la nécessité d'accélérer le déploiement d'une gestion territorialisée et coordonnée des lits entre les établissements d'un même territoire.

La gestion de lits est devenue un axe prioritaire pour les établissements du groupement avec une ambition inscrite dans le cadre du nouveau PMSP et appelée de ses vœux par l'ARS Grand Est. Cette ambition s'inscrit également dans le cadre de l'instruction N°DGOS/R3/2021/249 relative à l'accompagnement financier pour la mise en place de dispositifs de gestion des lits au niveau des GHT.
La gestion des capacités disponibles est un défi majeur pour les établissements du GHT. Il en résulte la volonté de **mobiliser plusieurs leviers organisationnels.**

Objectif stratégique et objectifs opérationnels

Optimiser l'organisation des hospitalisations et fluidifier la gestion des lits	• Diminuer la durée moyenne de séjour • Améliorer les relations entre professionnels des urgences et des services d'aval • Améliorer l'image des urgences auprès du public • Réduire le temps d'attente et de passage aux urgences en coordonnant mieux l'offre d'aval • Disposer en temps réel de la disponibilité effective et prévisionnelle des lits sur le GHT • Disposer d'une fonction de « bed manager » au sein d'un ou plusieurs établissements du GHT

5. PROJET DE SYSTEME D'INFORMATION ET DE TELESANTE

Il existe aujourd'hui des enjeux sécuritaires majeurs pour les systèmes d'information, liés à l'évolution du contexte de travail des professionnels : le télétravail et la menace cyber exacerbée contraignent les professionnels à un exercice antagoniste, **le premier nous demande toujours plus d'ouverture à l'extérieur quand le second aurait tendance à nous contraindre à nous refermer sur nous-mêmes**.

Le développement technologique rapide, associé à l'intégration systématique de moyens informatiques de plus en plus complexes et interconnectés, rend les systèmes certes plus performants, mais également plus vulnérables. La compréhension et l'adoption des bonnes pratiques en matière de sécurité sont indispensables, ainsi que le renforcement des investissements dédiés à la mise en œuvre des mesures sécuritaires pour atteindre, à terme, le taux cible (5% des investissements SI) fixé par l'ANSSI.

D'autre part, la stratégie commerciale des éditeurs de logiciels métier par fusion-absorption accélère l'obsolescence des solutions médicales dites « socles ». Ce phénomène impacte directement le groupement en nous imposant des projets de migration sans réelle valeur ajoutée métier.

Enfin, la question du maintien à moyen terme du dossier patient informatisé de référence pour l'activité MCO (DxCARE) se pose :

- La qualité de l'expérience utilisateur délivrée interroge et peut contribuer à diminuer l'attractivité du GHT
- Le socle technique vieillissant qui nous contraint à des arrêts longs (>3H) lors des mises à jour
- Le nombre et la récurrence de bugs toujours croissants au gré des mises à jour nuisent à la productivité et la QVT des usagers du logiciel, et potentiellement à la qualité de prise en charge des patients
- Les choix d'architecture lors de son implémentation

Le GHT doit se préparer aujourd'hui à de tels scénarios pour avoir le choix, demain, de ne pas suivre la stratégie dictée par les éditeurs.

Objectifs stratégiques et objectifs opérationnels

Poursuivre la digitalisation des parcours patient (en relation avec la ville) et le développement de la Responsabilité populationnelle	• Faire connaître et faciliter l'accès à l'offre de soin (Anywhere, Anytime, Anydevice) • Déployer le e-parcours coordonné pour améliorer la communication des professionnels de santé autour du patient • Poursuivre le développement de la télémédecine (téléconsultation, téléexpertise, télésurveillance)
Décloisonner les données patient	• Réorganiser les données autour du patient en s'appuyant sur l'identifiant national de santé (INS) afin de faciliter l'accès et le partage d'informations entre professionnels de santé • Assurer une meilleure gouvernance des données, pour faciliter le pilotage des activités
Finaliser la convergence technique et applicative au sein des établissements membres du GHT	• Achever la consolidation des applicatifs sur les infrastructures des datacenters troyens • Accompagner les projets de transformation numérique du groupement (PUI, laboratoires, PIMM, maternité, réanimation, SAMU, organisations territoriales)
Rationaliser le SIH et le rendre plus agile, interopérable et ergonomique	• Tendre vers le « zéro papier », finaliser le déploiement du dossier patient informatisé sur l'ensemble des établissements et des spécialités • Améliorer l'expérience utilisateur • Développer l'usage « en mobilité » et améliorer l'ergonomie du SIH • Accroître l'utilisation des objets connectés • Implanter l'intelligence artificielle au sein de nos processus métier
Garantir la sécurité du SIH	• Répondre aux exigences du statut « opérateur de services essentiels » • Mettre en œuvre des pratiques sécuritaires conformes à l'état de l'art
Mettre en place une instance partagée de gouvernance du portefeuille projets	• Piloter les projets de manière collective au sein du GHT

6. PROJET DE RECHERCHE ET D'INNOVATION CLINIQUE

Les constats suivants peuvent être dressés au sein du groupement :

- La culture de la recherche est hétérogène sur le territoire, en lien avec le manque de temps des acteurs de santé et le faible nombre de ressources dédiées au sujet sur le territoire
- Le cadre réglementaire est rigoureux et exigeant pour des structures de taille modeste sans fonctions supports dédiées

Cependant, il existe une dynamique, portée par le pôle territorial Santé publique et Performance et l'Unité Recherche Clinique et de Soins des HCS.

- Les activités sont croissantes depuis plusieurs années. Les équipes se sont étoffées et de nombreuses conventions permettent aujourd'hui de mettre en place, sur le territoire, des projets soutenus par des partenariats hospitalo-universitaires
- L'objectif de cette démarche est ici de permettre l'accès à l'innovation pour les patients du département
- La culture de traitement des données de santé est déjà existante. La territorialisation est hétérogène, mais des études ont été ouvertes sur tout le territoire en sanitaire et médico-social
- Enfin, il existe des liens forts avec les professionnels du monde universitaire venant du CHU de Reims, de l'UTT et de l'URCA, mais aussi avec d'autres partenaires comme des entreprises ou la Région Grand Est

Objectifs stratégiques et objectifs opérationnels

Construire et développer une gouvernance au niveau des HCS	• Développer la culture Recherche & Innovation sur le territoire • Créer un cadre pour une gouvernance territoriale de la recherche, en lien avec la gouvernance territoriale portée par le CHU sur la recherche et l'innovation
Favoriser l'accès de la population à la recherche et à l'innovation en tous lieux	• Ouvrir des études sur l'ensemble du territoire • Partager l'information avec l'ensemble des professionnels et des patients/résidents • Développer l'accès à la Recherche & Innovation en ville, en lien avec l'hôpital
Permettre à tous les professionnels de réaliser des projets de recherche	• Proposer à chaque professionnel de santé de s'inscrire dans des projets dès son arrivée • Soutenir les projets en termes de temps et de financements • Créer un fonds documentaire scientifique HCS accessible à tous les professionnels
S'intégrer et développer des partenariats locaux et nationaux autour de la recherche et de l'innovation	• Maintenir et développer les liens avec les universités • Maintenir et développer des liens avec des centres hospitalo-universitaires • Maintenir et développer des liens avec des institutions nationales (ANS, DREES) • Développer les partenariats avec les acteurs privés
Favoriser et structurer la recherche à partir des données de santé	• Initier une réflexion sur la gouvernance des données personnelles et développer une politique de protection des données efficace et cohérente au niveau des HCS • Sensibiliser les acteurs à la protection des données personnelles • Définir une stratégie de réutilisation des données autour de la création d'un entrepôt de données de santé, d'ores et déjà initié par le Centre hospitalier de Troyes

7. PROJET D'INNOVATION MANAGERIALE ET TECHNOLOGIQUE

Les constats suivants peuvent être dressés au sein du groupement :

- Une gestion de projet non structurée
- Une vision prospective souvent inexistante (évaluation médico-économique, perspective de déploiement à une plus grande échelle, risque potentiel du projet - à faire et à ne pas faire…)
- Des difficultés pour les professionnels pour faire remonter leurs besoins de terrain et trouver des solutions
- Un déficit d'attractivité du territoire du groupement
- Une méconnaissance des différents acteurs/partenaires et des projets déjà mis en œuvre

Cependant, une dynamique existe, en lien notamment avec la direction de l'innovation des HCS

- À titre d'exemple, les projets engagés en 2022 ont porté, entre autres, sur la lutte contre le renoncement aux soins et à la prescription (ex : télé-expertise en EEG) et le renforcement des actions en matière de QVT, afin de permettre aux professionnels de se recentrer sur leur cœur de métier (projet de géolocalisation des biens).
- Les HCS sont co-porteurs de l'Institut de Santé et Technologies de Troyes (ISTT), qui a pour vocation d'agir sur l'autonomie et le bien-vieillir, la prévention et la promotion de la santé, les parcours patients, l'organisation et la logistique des établissements, la sécurité et la gestion des risques sanitaires.

Objectifs stratégiques et objectifs opérationnels

Fédérer les équipes autour de projets communs, améliorer la gestion de projet, anticiper les évolutions du système de santé à venir et développer davantage l'intelligence collective et la co-construction	• Piloter les projets • Avoir un périmètre des risques acceptables • Avoir des impacts positifs • Avoir un retour sur investissement • Apporter une complémentarité à l'offre existante ou une alternative • S'appuyer sur les ateliers participatifs de l'ISTT pour faciliter le développement de la co-construction et de l'intelligence collective
Moderniser les pratiques (managériales, organisationnelles, soignantes, etc.) et développer les compétences et les connaissances des professionnels	• Répondre aux besoins identifiés par les professionnels de terrain en proposant des solutions innovantes • Définir le processus d'instruction des projets innovants
Fidéliser les professionnels, notamment les « talents », renforcer l'attractivité médicale et paramédicale, valoriser le secteur sanitaire et médico-social et contribuer à la qualité de vie au travail	• Développer une culture de l'innovation managériale, organisationnelle et technologique • Encourager et soutenir les initiatives des professionnels de terrain en leur permettant d'avoir une zone d'expression de leurs projets/idées, notamment grâce aux ateliers participatifs de l'ISTT, aux rapports d'étonnement dans le cadre du tutorat ou mentorat

	• Accroître la culture institutionnelle de communication autour de la mise en œuvre de projets innovants • Valoriser les acteurs impliqués
Avoir un impact territorial (renforcement des relations entre structures partenaires sanitaires, médicales, technologiques, académiques…) et développer les partenariats	• Promouvoir les expérimentations en vue d'un développement à plus grande échelle • S'appuyer sur l'ISTT

8. PROJET DE REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

Le projet médico-soignant 2017-2022 avait pour objectif de rendre opérationnel le dispositif de gestion de crise dans une logique de territoire.

Une situation sanitaire exceptionnelle n'est pas, d'emblée, une crise sanitaire. Elle se définit comme la survenue d'un événement émergent inhabituel et/ou inconnu, qui dépasse le cadre de la gestion courante des alertes, au regard de son ampleur, de sa gravité, ou de son caractère médiatique pouvant aller jusqu'à la crise.

Elle se caractérise par 4 dimensions :

- Sa nature (événement avec répercussion sanitaire ou événement purement sanitaire)
- Son ampleur
- Son origine
- Sa cinétique

Le principe de résilience consiste à dépasser les situations de crise et repose sur les notions suivantes :

- Dangers
- Anticipation
- Réactivité et réaction
- Adaptation
- Innovation
- Préservation des fonctionnalités essentielles
- Apprentissage

La gestion de la crise COVID nous a appris que la résilience de chacun ne conduisait pas forcément à la résilience d'un territoire, et inversement.

Le GHT a appliqué la conceptualisation et l'opérationnalité de la certification commune des établissements membres à la gestion de la crise COVID-19. C'était un premier pas vers une résilience de territoire, au sens de « Penser aux besoins de la population ». La crise COVID est passée, laissant derrière elle des dommages collatéraux, notamment en termes de reprise d'activité.

L'**enjeu** essentiel pour ces cinq années est de répondre collectivement aux besoins sanitaires essentiels de la population du territoire en situation sanitaire exceptionnelle, tout en préservant les reprises d'activité.

Objectif stratégique et objectifs opérationnels

Disposer d'une résilience territoriale en cas de situation sanitaire exceptionnelle	• Engager le territoire dans une vision territoriale qui intègre les dangers et s'appuie sur les forces et les potentialités de chacun • Engager le territoire vers un plan de continuité d'activité territorial, intégrant les fonctions métiers stratégiques, l'offre de soins pertinente à maintenir et la reprise d'activité de chacun

9. PROJET DE DEVELOPPEMENT DURABLE EN SANTE

La notion de développement durable est introduite en 1987, dans le cadre de la commission mondiale pour l'environnement et le développement.

En 2005, le Grenelle de l'environnement affiche l'engagement des institutions publiques.

En 2009, il met en avant, cette fois, l'engagement des établissements de santé. Un partenariat est signé entre la HAS et le C2DS, ayant pour objectif de promouvoir le développement durable dans les établissements de santé avec, pour outil, celui de la certification.

Le référentiel de certification V2010 demande alors aux établissements de santé de s'engager concrètement dans le développement durable en fondant leur stratégie sur un diagnostic initial et d'intégrer les enjeux du développement durable dans leurs valeurs, missions et activités et dans la démarche d'amélioration continue de la qualité et de la gestion des risques.

Dès 2020, l'État s'engage pour des services écoresponsables autour de 20 mesures obligatoires portant sur la mobilité des agents, les achats écoresponsables, la consommation énergétique des bâtiments, l'utilisation des produits phytopharmaceutiques, l'économie circulaire et l'empreinte carbone du numérique.

Dès 2021, le nouveau manuel de certification élève le niveau d'exigence en précisant que les enjeux du développement durable doivent être maîtrisés. Chaque établissement est ainsi tenu d'adapter son projet d'établissement et son fonctionnement pour tenir compte de son impact social et environnemental, tout en garantissant une soutenabilité économique. Chaque projet doit être qualifié à l'aune de ces trois dimensions.

Cette même année, les établissements membres du GHT se sont positionnés sur une organisation alliant la dimension territoriale et de proximité : un pilotage territorial, une coordination opérationnelle territoriale et des ambassadeurs locaux.

Des initiatives locales ont permis de mettre en place des projets précis.

Un appel à manifestation d'intérêt a permis le financement d'un poste de conseiller en transition énergétique et écologie en santé pour le GHT. Le poste est en cours de recrutement.

Objectif stratégique et objectifs opérationnels

Maîtriser les enjeux du développement durable en santé	• Finaliser et mettre en œuvre le pilotage au niveau du GHT • Développer une culture commune du développement durable en santé • Mettre en place une politique d'achats écoresponsables • Développer les pratiques écoresponsables dans le soin • Réduire les consommations d'énergie et d'eau • Disposer de filières pour chaque type de déchet, adaptées, vertueuses, conformes à la réglementation et aux règles d'hygiène • S'engager dans la mobilité durable

10. PROJET SOCIAL PARTAGE

Le nouveau projet social partagé du groupement intervient dans un contexte spécifique marqué par **:**

- La sortie de la crise du COVID-19, temps fort anxiogène pour les professionnels hospitaliers
- La tension démographique sur les métiers du soin et médicaux
- Le suivi quotidien des plannings infirmiers et praticiens
- Un taux d'absentéisme élevé selon les secteurs
- Un diagnostic RH en santé partagé objectivant la situation
- Une attractivité et un taux de fidélisation en question
- Un effet « ciseau » défavorable aux établissements de santé (besoin de recrutements accru en regard d'un déficit de candidatures)

Objectifs stratégiques et objectifs opérationnels

Accueillir et accompagner les étudiants	• Renforcer les liens avec les instituts et les facultés • Définir et mettre en place une politique de stage à l'échelle des HCS • Accompagner les étudiants tout au long de leur stage et de leur formation • Procéder à des évaluations en vue d'une amélioration continue • Veiller à la qualité de vie des apprenants
Être attractif pour les professionnels médicaux	• Mieux communiquer sur la carrière hospitalière et accompagner la prise de poste • Renforcer la visibilité et la dynamique d'établissement • Impliquer les équipes médicales
Attirer et fidéliser les professionnels	• Mettre en place un accompagnement individuel dès la prise de poste • Accompagner les professionnels dans leur carrière • Favoriser l'exercice territorial et un accès partagé aux plateaux techniques • Faciliter l'échange et le partage de connaissances inter-établissements • Investir dans des équipements de pointe et accompagner les projets • Co-construire, avec les équipes, les projets et les valoriser en externe • Développer une culture du maintien dans l'emploi et favoriser l'accueil des salariés en situation de handicap
Dynamiser le management médical	• Déployer la politique QVT pour les professionnels médicaux • Mettre en place une politique de management au travers d'une charte managériale
Déployer les outils de la GPMC	• Mettre en place un mode de gestion dynamique et prospectif • Disposer d'une vision stratégique et territoriale • Organiser une coordination territoriale de la formation continue à l'échelle du GHT

11. ANNEXES

11.1 Liste des sigles et abréviations utilisés

3C Centre de Coordination en Cancérologie
AJA Association Jeunesse de l'Aube (éducateurs spécialisés de rue)
ANAP Agence Nationale d'Appui à la Performance
ANS Agence du Numérique en Santé
ANSSI Agence Nationale de la Sécurité des Systèmes d'Information
AP Auxiliaire de Puériculture
APEI Association De Parents D'enfants Inadaptés Et De Personnes Handicapées
AP-HP Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
ARPDD Association Régionale de la Promotion de la Dialyse à Domicile
ARS Agence Régionale de Santé
ASALEE Action de Santé Libérale En Équipe
ASIMAT Association de Soins Infirmiers et Ménagers de l'Agglomération Troyenne
ATIH Agence Technique de l'Information sur Hospitalisation
ATL Angioplastie Artérielle Transluminale
ATSU Association Des Transporteurs Sanitaires D'urgence
AVC Accident Vasculaire Cérébral
BPCO Broncho Pneumopathie Chronique Obstructive
BSA Bar-sur-Aube
BSS Bar-sur-Seine
C2DS Comité pour le Développement Durable en Santé
CAARUD Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues
CATTP Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CC Convention Constitutive
CCMSA Caisse Centrale de Mutualité Sociale Agricole
CESU Centre D'enseignement Des Soins D'urgence
CGRAS Coordonnateur de la Gestion des Risques Associés aux Soins
CHRU Centre Hospitalier Régional Universitaire
CHT Centre Hospitalier de Troyes
CHU Centre Hospitalier Universitaire
CJC Consultations des Jeunes Consommateurs
CLS Contrat Local De Santé
CME Commission Médicale d'Établissement
CMG Commission Médicale de Groupement
CMP Centre Médico-Psychologique
CMPP Centre médico psycho pédagogique
CNAMTS Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CNRSI Caisse Nationale du Régime Sociale des Indépendants
COFRAC Comité Français d'Accréditation
COSTRAT Comité Stratégique
COVID Coronavirus SARS Cov-2
CPAM Caisse primaire d'assurance maladie
CPTS Communauté Professionnelle Territoriale de Santé
CRRA Centre de réception et régulation des appels
CRRF COS Pasteur Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelle
CSAPA Centre de Soin, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
CSE Comité Social et Économique
CSIRMT Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques

CSS Centre De Santé Sexuelle
CTS Conseil Territorial En Santé
DAC Dispositif D'appui A La Coordination
DAUM Dispositif D'accompagnement Pour Les Utilisateurs Multiples Des Urgences
DGOS Direction Générale de l'Offre de Soins
DMP Dossier Médical Partagé
DREES Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRM Dossier De Régulation Médicale
DT2 Diabète de Type 2
EEG Électroencéphalogramme
EHESP Ecole Des Hautes Etudes En Santé Publique
EHPAD Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes
ELSA Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie
EMIG Equipe Mobile Gériatrique
EMPPN Equipe Mobile De Psychiatrie Périnatale
EMSP Équipe Mobile de Soins Palliatifs
EPAULE Équipe Psychiatrique d'Accueil aux Urgences et de Liaison de l'EPSM Aube
EPSMA Établissement Public de Santé Mentale de l'Aube
ESAT Etablissement Ou Service D'aide Par Le Travail
ESMS Établissement ou service Social ou Médico-Social
ESQS Évaluation Sécurité et Qualité des Soins
ETP Équivalent Temps Plein
EVP État Végétatif Prolongé
FHF Fédération Hospitalière de France
FINESS Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux
FMIH fédération médicale inter-hospitalière
FNORS Fédération Nationale des Observatoires Régionaux
GCS Groupement de Coopération Sanitaire
GHAM Groupement Hospitalier Aube Marne
GHT Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
GTL Gestion Territoriale Des Lits
GTT Gestion du Temps de Travail
HAD Hospitalisation À Domicile
HAS Haute Autorité de Santé
HCS Hôpitaux Champagne Sud
HDJ Hôpital De Jour
HDS Hôpital De Semaine
HPA Hôpital Privé de l'Aube
IDE Infirmier(e) Diplômé(e) d'État
IFAQ Incitation Financière à la Qualité
IFSI Institut de Formation en Soins Infirmiers
IMC Indice de Masse Corporel
IME Institut Médico-Educatif
IMEP Information Médicale Évaluation Performance
INS Identité Nationale de Santé
INSEE Institut National de la Statistique et des Études Economiques
IPA Infirmière de Pratique Avancée
IRM Imagerie par Résonance Magnétique
IST Infections Sexuellement Transmissibles
ISTT Institut Santé et Technologie de Troyes

IVG Interruption Volontaire de Grossesse
M2@ Maison des adolescents de l'aube
MAS Maison d'Accueil Spécialisée
MCO Médecine- Chirurgie-Obstétrique
MERM Manipulateur en Électro-Radiologie Médicale
MMG Maison Médicale De Garde
MNH Mutuelle Nationale Des Hospitaliers
OMS Organisation Mondiale de la Santé
PASA Pôle d'Activités et de Soins Adaptés
PCME Président de la Commission Médicale d'Établissement
PCMG Président de la Commission Médicale de Groupement
PDSA Permanence Des Soins Ambulatoire
PDSES Permanence Des Soins En Etablissement De Santé
PIMM Plateau d'Imagerie Médicale Mutualisé
PM Personnel Médical
PMA Procréation Médicalement Assistée
PMI Protection Maternelle Et Infantile
PMSP Projet Médico-Soignant Partagé
PNM Personnel Non Médical
PTAH Progiciel Transports En Ambulance Hospitalière
PTAO Plate-Forme Territoriale D'accueil Et D'orientation
PTSM Projet Territorial de Santé Mentale
PRS Projet Régional De Santé
PUI Pharmacie à Usage Intérieur
QVT Qualité de Vie au Travail
RAAC Programme de Récupération Améliorée Après Chirurgie
RC3P Réunions de Concertation Pluridisciplinaire Périnatalité Parentalité
RCDL Résidence Cardinal De Loménie
RH Ressources Humaines
RP Responsabilité Populationnelle
RPA Résidence Pierre d'Arcis
RPU Résumés De Passages Aux Urgences
SAE Statistique Annuelle des Établissements
SAMU Service d'Aide Médicale d'Urgence
SAS Service D'accès Aux Soins
SAU Structure D'accueil Des Urgences
SAUV Salle d'Accueil des Urgences Vitales
SDIS Service Départemental D'incendie Et De Secours
SFAP Société Française d'Accompagnement et de soins Palliatifs
SI Système d'Information
SIH Système d'Information Hospitalier
SMR Soins Médicaux et de Réadaptation
SMUR Structure Mobile d'Urgence et de Réanimation
SSAM Service de Soins et d'Accompagnement Mutualiste
SSE Situation Sanitaire Exceptionnelle
SSIAD Service de Soins Infirmiers à Domicile
SSPI Salle de Surveillance Post-Interventionnelle
SSR Soins de Suite et de Réadaptation
STEP Service Transdisciplinaire D'éducation Thérapeutique
TIIH Transport Infirmier Inter-Hospitalier
UHCD Unité d'Hospitalisation de Courte Durée

UHM Unité D'hospitalisation Pour Mineurs
UMH-P Unité Mobile Hospitalière Para-Médicalisée
UNVA Unité Neuro-Vasculaire Aigue
UP 72 Unité Psychiatrique de 72H
URCA Université de Reims Champagne-Ardenne
URCS Unité de Recherche Clinique et Recherche en Soins
USC Unité de Surveillance Continue
USIC Unité de Soins Intensifs de Cardiologie
USLD Unité de Soins Longue Durée
USP Unité de Soins Palliatifs
UTT Université de Technologie de Troyes
UVP Unité de Vie Protégée
VO2 Consommation d'Oxygène
ZSTCD Zone De Surveillance De Très Courte Durée

11.2 Remerciements

Le GHT de l'Aube et du Sézannais tient à remercier toutes les personnes ayant participé à l'élaboration de son projet médical et soignant partagé :

ADELINE Sylvie, Cadre de santé en psychiatrie de l'adulte, EPSMA
ADOLPHE Karine, Cadre de santé en chirurgie, CHT
AITOURES Mina, Diabéto-endocrinologue, CHT
AL MHANA Mouklès, Radiologue, Chef de pôle, CHT
ALCADE Gaspard, Consultant, Cap Gemini Invent
ANDRÉ-BÉON Nelly, Pharmacien, BSS
ANGLADE Geoffrey, MERM coordinateur technique en imagerie, CHT
AUBERT Anastasia, IDE en addictologie, CHT
AUGUIN Isabelle, Coordonnateur en surveillance environnementale, HCS
AZARIAN Maximilian, Directeur des affaires juridiques, HCS
BAIAO Rita, IDE en médecine, BSA
BANRY Christelle, Sage-femme coordinatrice, GHAM
BARTHELET Adélie, Sage-femme coordinatrice des suites de naissances, CHT
BATTIKHA Sonia, Psychiatre, présidente de CME, EPSMA
BEAUDIOT Laurence, Cadre de santé Gestion du risque infectieux associé aux soins, BSA
BELAHCENE Salima, Addictologue, CHT
BENOIT Lydie, Cadre de santé en pédiatrie, CHT
BILS Josiane, Coordinatrice générale des soins, CHT
BLUA Philippe, Directeur général, HCS
BONY Catherine, Cadre de santé en psychiatrie de l'adulte, EPSMA
BOUQUET Sabine, Cadre de santé en médecine-SMR, BSA
BOURQUE Lisa, Sage-femme, GHAM
BOUTET Noémie, Faisant Fonction Cadre de santé, BSA
BRESCHET Aurélie, pédopsychiatre EPSMA
BRESSOL Isabelle, adjoint soignant au chef de pôle ESQS, CHT
CABARRUS Valentin, Directeur des achats et de la logistique, HCS
CAILLE-BENIGNI Charlotte, Généticienne, CHT
CANTILLON Maud, Directrice de la communication et des relations publiques, HCS
CARDOT Alexandra, Cadre supérieur de santé du pôle chirurgie, CHT
CHAFFAUT Sandrine, Coordinatrice du PTSM, EPSMA
CHAPOUTOT Laurent, Cardiologue, Chef de pôle, CHT
CHENOUFI Sofia, Cadre de santé en oncologie-hématologie, CHT
CHETOUANI Ahmed, Médecin en médecine nucléaire, CHT
CHEVALET Basile, Directeur de projet, Cap Gemini Invent
CHEVALLOT-DAVESNE Nathalie, Cadre supérieur de santé pôle ESQS, HCS
CHRETIEN Cinthia, Diététicienne, CHT
CHRETIEN Pierre, pédopsychiatre EPSMA
COLLART Michèle, Gériatre, Chef de pôle, CHT
CORPET Magali, Cadre Supérieur de santé, BSA
DABKOWSKI Coralie, Assistante de direction, BSA
DESBROSSE Agnès, Animatrice, BSA
DIVERCHY Marie-Françoise, Coordinatrice générale des soins EPSMA-BSA, Directrice IFSI-IFAS
DORIGO Laurent, Directeur de l'information numérique et du biomédical, HCS
DUSERRE Daniel, Responsable du service Production et Support utilisateurs DIN, HCS
ÉVRARD Damien, Directeur, CMPP de l'Aube
FAYTRE Nathalie, Assistante qualité gestion des risques, HCS

FESTIN Danièle, Addictologue, CHT
FINOT Isabelle, Infirmière coordinatrice HDJ cancérologie, CHT
FORTIN Catherine, Responsable des admissions, BSA
FOUQUOIRE Sandra, Coordinatrice générale des soins BSS, Directrice IFSI-IFAS
FOURNEAU Carine, Responsable qualité gestion des risques déléguée, BSS
FRIOT Valérie, Directrice générale adjointe, HCS
GANGNEUX Jimmy, Directeur de la patientèle, finances et contrôle de gestion, CHT
GARCIA Marie-José, Cadre supérieur de santé pôle pédopsychiatrie, EPSMA
GARIOT Juliette, Psychologue, CHT
GATELLIER Éric, Responsable du service Études et intégration DIN, HCS
GAUBIL Isabelle, Médecin nutritionniste, Centre spécialisé d'obésité Reims
GIAMPAOLI Francesca, Chirurgien digestif, CHT
GONDOUIN Sabrina, Assistante qualité gestion des risques, HCS
GRAFTIEAUX Marie, Addictologue, CHT
GRANDVEAU Séverin, Cadre supérieur de santé des pôles cancérologie et imagerie, CHT
GRISARD Jessica, Assistante sociale, BSA
GROLIER Frédéric, Chirurgien gynécologue, CHT
GUILLEMINOT Maryse, Cadre de santé en radiothérapie, CHT
HALATA Karima, Cadre de santé aux consultations externes, CHT
HANIN David, Directeur délégué et coordonnateur général des soins, GHAM
HEMARD-PLANÇON Agnès, Médecin de soins palliatifs, Chef de pôle, vice-présidente CME, GHAM
HMADI Yosra, Cadre de santé en imagerie, CHT
HUGOT-JEANNARD Aurélie, Cadre de santé, CHT
IDOUX Marie-Hélène, Cadre de santé en soins palliatifs, CHT
IORDANIDIS Stéfanos, Médecin, Chef de pôle, BSA
JACQUET Amélie, Gynécologue obstétricienne, Chef de pôle, CHT
JACQUOT Jeannine, Directrice déléguée, EPSMA
KACZMARCZYK Virginie, Cadre médico-social de la MAS, EPSMA
KAMAGATE Awa, Gériatre, GHAM
KATTINI Amjad, chef de pôle femme-mère-enfant du CHT
KINDT Vincent, Directeur des ressources humaines, CHT
KISULA Claudine, IDE en USLD, BSA
KRAOUA Salah, Pneumologue, CHT
KUHNER Isabelle, Référente Assistants médico-administratifs, CHT
LACOMBE Michel, Médecin, Président de CME, BSS
LALLE Félix, MERM coordonnateur en médecine nucléaire, CHT
LAMKOUAN Youssef, Pneumologue, CHT
LAPLANCHE David, Médecin de santé publique, Chef de pôle, HCS
LAUBY Vincent, Pharmacien, Président de CME, CHT
LEBLANC Anne, Pharmacien, EPSMA
LEBON Carole, Cadre supérieure de santé direction des soins, CHT
LECIS Alexandre, Chirurgien vasculaire, CHT
LEDOUX Geoffrey, Chirurgien digestif, CHT
LEFIN-PRUNIER Isabelle, Médecin directeur technique CMPP de l'Aube
LEGUAY Fabienne, Pharmacien, Chef de pôle, vice-présidente CME, EPSMA
LEJEUNE-FREMOND Corinne, CGRAS, Chef de pôle, vice-présidente CMG, HCS
LEMAIRE Corinne, Sage-femme coordinatrice pôle femme mère enfant, CHT
LENGRÈNE Laure, Cadre supérieure de santé, BSS
LEVY Bénédicte, Néphrologue, CHT
LINGOUNGOU Antoine, Pharmacien, GHAM

LODOLO Ilva, Gastro-entérologue, CHT
MABILEAU Bernard, Directeur délégué, BSS et BSA
MACZYTA Éric, Pédopsychiatre, Chef de pôle, EPSMA
MALACRINO Rosa-Belle, Directrice des affaires médicales et de l'offre de soins, HCS
MANES Antoine, pédopsychiatre EPSMA
MARCHANDÉ Charlotte, Médecin référent MAS, EPSMA
MARTINOT Gwenolée, Addictologue, CHT
MEGHERBI Abdelkader, Anesthésiste, CHT
MERGEY Virginie, Chargée de mission Responsabilité populationnelle, HCS
MÉRIC-GARCIA Lisa, Cadre supérieur de santé pôles laboratoire et pharmacie, CHT
MÉROT-CARTIER Agathe, Cadre supérieure de santé pôle médecine-maternité-gériatrie, GHAM
MESNIL Laurent, Directeur des ressources humaines, CHT
MESTON Émilie, Directrice du secteur médico-social, GHAM
METAYER Damien, Psychiatre, EPSMA
MIGNOT Anne, Sage-femme coordinatrice urgences gynécologiques et obstétricales, CHT
MOINGS Karima, pédopsychiatre, Présidente CME EPSMA
MONTESINOS Jésus, Oncologue, CHT
MOREAU Abéline, Directrice de l'innovation HCS et directrice de la filière gériatrique, CHT
MORENO Capucine, Consultante, Cap Gemini Invent
MORETTO Céline, Médecin urgentiste, Présidente CME, Présidente CMG, GHAM
MOUZON-PINGRIS Myriam, Sage-femme coordinatrice grossesses pathologiques, Orthogénie, Chirurgie Gynécologique, CHT
NAMORY Virginie, Cadre de santé en anesthésie, CHT
NIEWOEHNER Ulrich, Radiothérapeute, CHT
NKOUAMOU Mylène, Gériatre, Chef de pôle, BSS
NOCUS Sophie, Chargée de communication, HCS
OLLIVIER Julia, Consultante, Cap Gemini Invent
PAILLEY Sandie, Cadre Supérieur référent du secteur médico-social SSR, CHT
PATRIAT Damien, Directeur général, HCS
PENASSE Fanny, Pharmacien, Présidente de CME, BSA
PERROT Maud, Cadre de santé de la MAS, EPSMA
PERSONNIC Aude, Directrice des finances, des projets et du médico-social, EPSMA
PIARDI Tullio, Chirurgien digestif, Chef de pôle, CHT
PIEDFERT Sébastien, Directeur délégué, Résidence Cardinal de Loménie et résidence Pierre d'Arcis
PILON Christelle, Psychologue, CHT
POLAT Élisabeth, Faisant fonction d'aide-Soignante Ehpad, BSA
PRADEL Jean, Radiologue, CHT
PULTIÈRE Sylvie, Psychiatre, Chef de pôle, EPSMA
QERIMI Ardian, Directeur des achats et du patrimoine, HCS
QUEVREUX Sylvie, Pédiatre, directeur technique CAMPS de l'Aube
RAMANANDRAIBE Rijaharizafy Malala, Médecin coordonnateur Ehpad, CHT
RAPPENNE Aurélie, IDE en éducation thérapeutique, CHT
REIMEL Odile, Cadre de santé en pneumologie, CHT
ROCHAS Christophe, Directeur des affaires générales, projets et finances, GHAM
RODELLA Corinne, Sage-femme coordinatrice des salles de naissance, CHT
SAKET Élisabeth, Secrétaire, CHT
SAMAAN Marine, Sage-femme, GHAM
SANCHEZ Stéphane, Médecin de santé publique, HCS
SANTAGOSTINO Alberto, Oncologue, Chef de pôle, CHT

SCHMITT Frédéric, Responsable qualité gestion des risques délégué, BSA
SEBERT Virginie, Cadre de santé Ehpad, BSA
SIBOIS Émilie, Chargée de communication, HCS
SILVA Camille, Service Ressources Humaines, BSA
SIMON Georges, Réanimateur, vice président CME, CHT
STRICKER Marc, Médecin coordonnateur Ehpad, BSA
TANCREDI Mauro, Diabéto-endocrinologue, CHT
ULGER Sevda, Cadre supérieure de santé chargée de missions à la direction des soins, EPSMA
VALLA Marine, chef de pôle urgences CHT
VAN RECHEM Michel, Médecin urgentiste, CHT
VANNIEUWENHUYSE Geoffrey, Chirurgien gynécologue, CHT
VERGNOLLE Sébastien, Biologiste, Chef de pôle, CHT
VERLAINE Catherine, Médecin de soins palliatifs, CHT
VICAINE Fanny, Responsable qualité gestion des risques déléguée, EPSMA
VILASCO Scott, Consultant, Cap Gemini Invent
VRABLEC Matthias, Enseignant en activités physiques adaptées, BSA
ZIMMERMANN Brigitte, Pédiatre, CHT

Ainsi que les membres de la CMG et des CME, CSIRMT, CDU et Directoires de l'ensemble des établissements

11.3 Notes

[1] Avenant n°2 à la Convention constitutive du GHT Aube-Sézannais du 18 janvier 2022 qui modifie les articles 14 et 20 de la Convention constitutive du GHT

[2] Données Cartosanté - Année 2021

[3] Données INSEE Flash Grand Est n°54 – Année 2022

[4] Source : Portrait de territoires 2022 – Aube – DREETS - 2022

[5] Pr Éric Fiat, agrégé et docteur en philosophie, professeur à l'université Paris-Est Marne-la-Vallée/Gustave Eiffel, directeur du Master et du doctorat de philosophie, membre de la Commission éthique de la Société française d'hématologie et de l'Observatoire National de la Fin de Vie.

[6] Fiat É., Cours de philosophie pratique, *Problèmes fondamentaux de l'éthique*, *Les enjeux éthiques de la décision,* Master I, 21 avril 2020, p. 4.

[7] Données Observatoire régional de la santé 2023

[8] Données ATIH/Scan Santé

[9] Données CNAMTS, CCMSA, CNRSI, Insee, Exploitation FNORS.

[10] Données ATIH/Scan Santé

[11] Données ATIH/Scan Santé

[12] « Obésité et surpoids », OMS

[13] Plan Régional de Santé Grand Est 2018-2028

[14] « Chirurgie de l'obésité », HAS.

[15] Données Scan Santé, taux de recours MCO/Chirurgie bariatrique.

[16] Données INSEE

[17] Données DRESS, ASIP Santé, RPPS

[18] Données ATIH/Scan Santé

[19] Données DRESS FINESS SAE

[20] HAS, fiche pédagogique urgences SAMU SMUR.

[21] Données DRESS, SAE 2019A

[21] Société française d'accompagnement et de soins palliatifs. Définition des soins palliatifs et de l'accompagnement

[23] Données PRS-GE 2023-2028

[24] Virginie Cayré. Avant-propos. PRS GE-Schéma régional de santé 2023-2028

[25] Données PRS GE 2023-2028

[26] Données Conseil National de l'Ordre des Médecins

[27] Données CPAM Aube, 2023