



GROUPEMENT HOSPITALIER
DE TERRITOIRE
DU VAR



AVENANT N°2 A LA CONVENTION
CONSTITUTIVE

PROJET MEDICAL PARTAGE

2017-2021





Vu le code de la santé publique et notamment ses articles L.6132-1 à L.6132-6 instituant les groupements hospitaliers de territoire;

Vu le code de la défense ;

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

Vu l'arrêté portant adoption du projet régional de santé, notamment le schéma régional d'organisation des soins;

Vu la décision du ministre de la défense en date du 20/06/2016 autorisant l'association de l'hôpital d'instruction des armées Sainte Anne de Toulon à l'élaboration du projet médical partagé du GHT Var;

Vu l'avis du comité stratégique du GHT Var en date du 07 juillet 2017 ;

Vu l'avis de la commission médicale de groupement du GHT Var en date du 3 juillet 2017 ;

Vu l'avis de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique de territoire en date du 02 octobre 2017;

Vu l'avis du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon / La Seyne sur Mer en date du 28 septembre 2017;

Vu l'avis du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Marie-José Treffot d'Hyères les Palmiers en date du 28 septembre 2017;

Vu l'avis du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Jean Marcel de Brignoles en date du 25 septembre 2017;

Vu l'avis du conseil de surveillance du Centre Hospitalier du Luc en Provence en date du 24 mai 2018;

Vu l'avis du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de la Dracénie de Draguignan en date du 26 septembre 2017;

Vu l'avis du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Intercommunal Fréjus Saint-Raphaël à Fréjus en date 10 novembre 2017;

Vu l'avis du conseil de surveillance du Centre Hospitalier de Saint-Tropez en date du 13 juillet 2017;

Vu l'avis du conseil de surveillance du Centre Hospitalier Henri Guérin de Pierrefeu-du-Var en date du 20 octobre 2017;



Vu l'avis de la commission médicale du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon / La Seyne sur Mer en date du 26 juin 2017;

Vu l'avis de la commission médicale du Centre Hospitalier Marie-José Treffot d'Hyères les Palmiers en date du 03 juillet 2017;

Vu l'avis de la commission médicale du Centre Hospitalier Jean Marcel de Brignoles en date du 12 septembre 2017;

Vu l'avis de la commission médicale du Centre Hospitalier du Luc en Provence en date du 04 juillet 2017;

Vu l'avis de la commission médicale du Centre Hospitalier de la Dracénie de Draguignan en date du 05 septembre 2017;

Vu l'avis de la commission médicale du Centre Hospitalier Intercommunal Fréjus Saint-Raphaël à Fréjus en date du 16 novembre 2017;

Vu l'avis de la commission médicale du Centre Hospitalier de Saint-Tropez en date du 30 juin 2017;

Vu l'avis de la commission médicale du Centre Hospitalier Henri Guérin de Pierrefeu-du-Var en date du 12 octobre 2017;

Vu l'avis de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon / La Seyne sur Mer en date du 25 septembre 2017;

Vu l'avis de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique du Centre Hospitalier Marie-José Treffot d'Hyères les Palmiers en date du 11 juillet 2017;

Vu l'avis de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique du Centre Hospitalier Jean Marcel de Brignoles en date du 13 décembre 2017;

Vu l'avis de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique du Centre Hospitalier du Luc en Provence en date du 22 août 2017;

Vu l'avis de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique du Centre Hospitalier de la Dracénie de Draguignan en date du 07 septembre 2017;

Vu l'avis de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique du Centre Hospitalier Intercommunal Fréjus Saint-Raphaël à Fréjus en date du 13 septembre 2017;

Vu l'avis de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique du Centre Hospitalier de Saint-Tropez en date du 13 septembre 2017;



Vu l'avis du comité hygiène, sécurité et des conditions de travail du Centre Hospitalier Intercommunal Fréjus Saint-Raphaël à Fréjus en date du 19 septembre 2017;

Vu l'avis du comité hygiène, sécurité et des conditions de travail du Centre Hospitalier de Saint-Tropez en date du 06 juillet 2017;

Vu l'avis du comité hygiène, sécurité et des conditions de travail du Centre Hospitalier Henri Guérin de Pierrefeu-du-Var en date du 03 octobre 2017;

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon / La Seyne sur Mer en date du 06 septembre 2017;

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier Marie-José Treffot d'Hyères les Palmiers en date du 8 septembre 2017;

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier Jean Marcel de Brignoles en date du 11 septembre 2017;

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier du Luc en Provence en date du 04 juillet 2017;

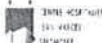
Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier de la Dracénie de Draguignan en date du 29 août 2017;

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier Intercommunal Fréjus Saint-Raphaël à Fréjus en date du 24 août 2017;

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier de Saint-Tropez en date du 13 juillet 2017;

Vu la concertation avec le directoire du Centre Hospitalier Henri Guérin de Pierrefeu-du-Var en date du 19 septembre 2017;

Il a été convenu de modifier ainsi qu'il suit la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire du Var :



Vu l'avis de la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-technique du Centre Hospitalier Henri Guérin de Pierrefeu-du-Var en date du 28 septembre 2017;

Vu l'avis du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon / La Seyne sur Mer en date du 11 septembre 2017;

Vu l'avis du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Marie-José Treffot d'Hyères les Palmiers en date du 4 septembre 2017;

Vu l'avis du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Jean Marcel de Brignoles en date du 18 septembre 2017;

Vu l'avis du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier du Luc en Provence en date du 19 septembre 2017;

Vu l'avis du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier de la Dracénie de Draguignan en date du 07 septembre 2017;

Vu l'avis du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Intercommunal Fréjus Saint-Raphaël à Fréjus en date du 04 octobre 2017;

Vu l'avis du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier de Saint-Tropez en date du 06 juillet 2017;

Vu l'avis du comité technique d'établissement du Centre Hospitalier Henri Guérin de Pierrefeu-du-Var en date du 02 octobre 2017;

Vu l'avis du comité hygiène, sécurité et des conditions de travail du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon / La Seyne sur Mer en date du 07 septembre 2017;

Vu l'avis du comité hygiène, sécurité et des conditions de travail du Centre Hospitalier Marie-José Treffot d'Hyères les Palmiers en date du 04 septembre 2017;

Vu l'avis du comité hygiène, sécurité et des conditions de travail du Centre Hospitalier Jean Marcel de Brignoles en date du 15 septembre 2017;

Vu l'avis du comité hygiène, sécurité et des conditions de travail du Centre Hospitalier du Luc en Provence en date du 26 avril 2018;

Vu l'avis du comité hygiène, sécurité et des conditions de travail du Centre Hospitalier de la Dracénie de Draguignan en date du 07 septembre 2017;



Au chapitre premier de la convention constitutive du GHT Var, la section III est constituée du projet médical partagé 2017-2021, tel qu'il figure en annexe au présent avenant.



Fait à Toulon, le 4 juin 2018.
En onze (11) exemplaires originaux

Le Directeur
CHI TOULON / LA SEYNE
MICHEL PERROT



Le Directeur
CH HYÈRES
MICHEL PERROT



Le Médecin Général
HIA STE ANNE
YVES AUROY



Le Directeur
CH DRAGUIGNAN
JEAN-CHRISTOPHE ROUSSEAU

Le Directeur
CH BRIGNOLES
RICHARD LAMOUREUX

Le Directeur
CH BRIGNOLES
RICHARD LAMOUREUX



Le Directeur
CH LUC EN PROVENCE
RICHARD LAMOUREUX

Le Directeur
CH SAINT-TROPEZ
FRÉDÉRIC LIMOUZY

POLE DE SANTÉ DU GOLFE DE SAINT-TROPEZ
CENTRE HOSPITALIER - RD 559 - 83580 GASSIN

Le Directeur
CH SAINT-TROPEZ
FRÉDÉRIC LIMOUZY

Le Directeur
CHI FREJUS - SAINT RAPHAËL
FRÉDÉRIC LIMOUZY



Le Directeur
CH HENRI GUERIN
JEAN-MARC BARGIER





Projet Médical Partagé



Version VF1

IRIS Conseil Santé



Table des matières

Liste des figures.....	VII
Liste des tableaux.....	VIII
I- Préambule	1
II- Présentation de la démarche et méthodologie de travail.	2
1. Le cadre réglementaire de la démarche.....	2
2. Les choix méthodologiques de la démarche	3
3. Les valeurs partagées par les équipes dans le cadre de l'élaboration du PMP.....	4
4. L'agenda de la démarche	5
III- Présentation du territoire	6
1. Aspects géo-territoriaux.....	6
a. Le Département du Var, ses bassins de vie et ses axes de communication	6
b. Les bassins de recrutement.....	6
2. Aspects socio-éco-démographiques.....	8
3. Synthèse	8
IV- L'offre de soins du territoire	10
1. Densité médicale et taux d'équipement	10
2. Taux de recours MCO	11
3. Offre de soins : MCO, Psychiatrie et SSR.....	12
a. Les établissements publics et privés du territoire.....	12
b. Les capacités mises en œuvre sur le territoire.....	12
c. L'offre de soins en psychiatrie.....	13
d. L'offre de soins en SSR.....	16
4. Organisation de la PDES au sein du GHT	18
5. Positionnement stratégique MCO des établissements.....	19
a. Méthode	19
b. Analyse des activités MCO	19
c. Médecine.....	21
d. Chirurgie	23
e. Obstétrique	25
f. Synthèse du positionnement stratégique	26



V-	Les objectifs médicaux du PMP	27
VI-	Les axes stratégiques.....	28
1.	Anticipation des transformations organisationnelles hospitalières et de soin.....	28
a.	Optimisation des parcours de soins en chirurgie	28
b.	L'organisation des liens ville-hôpital	31
c.	Développer l'accessibilité à la prise en charge hospitalière en s'appuyant sur le numérique....	33
d.	Le bed management territorial	33
2.	L'imagerie	35
a.	Etat des lieux et évolution prévisible	35
b.	Objectifs et structuration projetée	37
c.	La radiologie interventionnelle	38
d.	Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation.....	38
3.	La filière neurovasculaire	39
a.	Contexte et évolution prévisible	39
b.	Objectifs et structuration proposée	39
c.	Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation.....	41
4.	Les filières gériatriques.....	41
a.	Contexte et évolution prévisible	41
b.	Objectifs et structuration proposée	43
d.	Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation.....	47
5.	Les activités de pharmacie	48
a.	Contexte et évolution prévisible	48
b.	Objectifs et structuration proposée	48
6.	Les filières urgences	49
a.	Contexte et évolution prévisible	49
b.	Le contrat varois et les coopérations entre équipes d'urgences dans le Var	50
c.	Formations communes.....	51
d.	Plan blanc	51
e.	Chemins cliniques urgence et ORU PACA.....	52
7.	Les filières cancérologiques.....	52
a.	Contexte et évolution prévisible	52
b.	Objectifs et structuration proposée	54



VII- Les Filières Prioritaires.....	56
1. Les activités de laboratoire	56
a. Contexte et évolution prévisible	56
b. Objectifs et structuration proposée	57
2. Les filières soins critiques	57
a. Contexte et évolution prévisible :	57
b. Objectifs et structuration proposée :	59
c. Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation.....	60
3. Les activités de chirurgie	61
❖ La PDSSES	61
a. Contexte et évolution prévisible	61
b. Objectifs et structuration proposée :	62
❖ La chirurgie urologique.....	62
a. Contexte et évolution prévisible :	62
b. Objectifs et structuration proposée	64
❖ La chirurgie ophtalmologique	66
a. Contexte et évolution prévisible	66
b. Objectifs et structuration proposée	66
❖ La chirurgie et la prise en charge de la pathologie thyroïdienne et parathyroïdienne.....	66
a. Contexte et évolution prévisible	66
b. Objectifs et structuration proposée	66
4. Les filières Femme-Mère-Enfant	67
a. Contexte et évolution prévisible	67
b. Objectifs et structuration proposée	69
5. Les activités de médecine.....	71
❖ La Pneumologie	71
❖ La cardiologie.....	72
a. Contexte et structuration proposée.....	72
b. Les perspectives du GHT en cardiologie.....	73
❖ L'hépatogastro-entérologie	73
❖ Médecine vasculaire.....	75
a. Contexte et évolution prévisible	75
b. Objectifs et structuration proposée	75



❖ Endocrinologie.....	76
a. Contexte et évolution prévisible	76
b. Objectifs et structuration proposée	76
❖ Dermatologie.....	77
Contexte et évolution prévisible :	77
Objectifs et structuration proposée	77
❖ Néphrologie.....	78
a. Contexte et structuration proposée.....	78
b. Les projets en néphrologie	78
❖ Prise en charge de la douleur	79
VIII- Les activités de psychiatrie.....	82
1. La pédopsychiatrie	82
a. Le contexte des trois pôles varois	82
b. Objectifs et structuration proposée	83
c. Projet médico-social dans le cadre du GHT.....	84
2. La psychiatrie adulte.....	86
a. Les raisons de ce choix	86
b. Bilan de l'existant	88
c. Le projet médical partagé : améliorer l'organisation de l'offre et du parcours de soins au niveau structurel	90
d. Coordination : centre ressource de psychiatrie du sujet âgé du Var	91
IX- Vers des démarches qualité et gestion des risques coordonnées au niveau du territoire.....	93
1. Les objectifs en matière de qualité et gestion des risques et leur pilotage.....	93
a. Axe 1 - Management de la Qualité et de la Sécurité des Soins.....	94
b. Axe 2 - Les droits du patient.....	94
c. Axe 3 - Le parcours du patient.....	94
d. Axe 4 - La prise en charge médicamenteuse du patient	94
e. Axe 5 - Le dossier du patient	95
f. Axe 6 - Qualité de vie au travail.....	95
g. Pilotage de ce dispositif.....	95
2. L'hygiène hospitalière et les Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN).....	96
a. Axe 1 : Coopération entre les EOH du GHT	96
b. Axe 2 : Constituer une Equipe Mobile d'Hygiène pour le Var (EMH-GHT83)	97



c. Axe3 : Maintenir la biologie environnementale au sein des laboratoires publics hospitaliers..	97
X- Recherche clinique et innovation.....	98
1. Mieux soigner en développant l'accès à l'innovation	98
2. Développer des activités de recherche d'excellence, lisibles et évaluées	99
3. S'organiser et se regrouper pour gagner en efficacité et en visibilité	100
4. Intégrer l'activité de recherche GHT à l'organisation régionale	101
XI- Suivi de la mise en œuvre des projets par le GHT.....	102
1. Pilotage de la mise en œuvre par les instances du GHT	102
2. Tableau de bord synthétique des projets	102
a. Les projets liés aux axes stratégiques du PMP	103
b. Les projets liés aux autres filières et activité.....	104
Annexe 1 : liste des participants aux groupes de travail médicaux	105
Urgences.....	105
Imagerie.....	105
Soins critiques	106
Cancérologie.....	106
Gériatrie.....	107
Pharmacie.....	107
Femme-Mère-Enfant	108
Médecine de spécialité.....	108
Hépto-gastro-entérologie.....	109
Pneumologie.....	109
Neurovasculaire.....	109
Chirurgie	110
Chirurgie gynécologique.....	110
Chirurgie ambulatoire et anesthésie.....	111



Liste des figures

<i>Figure 1 : temps de trajet entre les différents établissements de santé du GHT Var – Source : Mappy</i>	<i>6</i>
<i>Figure 2 : Bassin de recrutement de l'ensemble des établissements MCO du GHT Var - données PMSI 2014</i>	<i>6</i>
<i>Figure 3 : Bassin de recrutement des établissements MCO des bassins Var Est et Var Ouest-</i>	<i>7</i>
<i>Figure 4 : Bassin de recrutement des 3 établissements MCO du GHT en Var Est.....</i>	<i>7</i>
<i>Figure 5 : Bassin de recrutement des 4 établissements MCO du GHT en Var Ouest. Sources : données PMSI base nationale 2014</i>	<i>7</i>
<i>Figure 6 : Localisation des établissements MCO et psychiatrique du département du Var</i>	<i>12</i>
<i>Figure 7 : cartographie des secteurs psychiatriques infanto-juvéniles dans le Var.....</i>	<i>14</i>
<i>Figure 8 : cartographie des secteurs psychiatriques adulte dans le Var</i>	<i>14</i>
<i>Figure 9 : SYMU « MCO » dans le bassin de recrutement du GHT Var - source : données PMSI 2014.....</i>	<i>20</i>
<i>Figure 10 : SYMU « Médecine » dans le bassin de recrutement du GHT Var - source : données PMSI 2014</i>	<i>21</i>
<i>Figure 11 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) au sein du GHT Var en médecine – source : données PMSI 2014</i>	<i>21</i>
<i>Figure 12 : SYMU « Chirurgie » dans le bassin de recrutement du GHT Var - source : données PMSI 2014</i>	<i>23</i>
<i>Figure 13 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) au sein du GHT Var en chirurgie – source : données PMSI 2014</i>	<i>23</i>
<i>Figure 14 : SYMU « Obstétrique » dans le bassin de recrutement du GHT Var - source : données PMSI 2014</i>	<i>25</i>
<i>Figure 15 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) au sein du GHT Var en obstétrique – source : données PMSI 2014</i>	<i>25</i>
<i>Figure 16 : Activité et parts de marché des établissements MCO publics et privés du bassin toulonnais en chirurgie - source : données PMSI 2014</i>	<i>26</i>
<i>Figure 17: Activité de cancérologie des établissements publics du GHT Var – Algorithme INCA-ATIH - données 2012 et 2014</i>	<i>53</i>
<i>Figure 18 : Parts de marché en cardiologie sur le bassin des 7 établissements MCO du GHT Var - Source : données PMSI base nationale 2014</i>	<i>72</i>



Liste des tableaux

Tableau 1 : Aspect socio-éco-démographique du département du Var - Source INSEE	8
Tableau 2 : Taux d'équipement en lits et places MCO par région – Source : Etude STATISS 2015	10
Tableau 3 : Densité médicale et taux d'équipement en lits MCO dans le Var - Source INSEE 2014	10
Tableau 4 : Taux de recours de la population varoise en séjours MCO hospitaliers	11
Tableau 5 : Nombre de séjours produits et consommés dans le Var en 2014	11
Tableau 6 : L'offre capacitaire MCO, SSR et Psychiatrique des établissements du Département du Var	13
Tableau 7 : Offre capacitaire des établissements psychiatriques du Var.	14
Tableau 8 : Capacitaire et volumes d'activité des structures Psychiatrique pour adulte dans le Var. Sources : Scan santé, activité SAE 2014	15
Tableau 9 : Capacitaire et volumes d'activité des structures de Psychiatrie infanto-juvéniles dans le Var. Sources : Scan santé, activité SAE 2014	15
Tableau 10 : Capacitaire des établissements SSR du Var et taux d'occupation. Sources : Scan santé, SAE activité 2014	16
Tableau 11 : Taux d'équipement SSR dans le Var en 2013 - Sources : DREES, enquête STATISS 2015, SAE activité 2014	17
Tableau 12 : volumes de journées SSR produites et consommées dans le Var en 2014 - Source : SAE activité 2014	17
Tableau 13 : Etat des lieux des organisations de PDSSES en 2015 par activité dans les établissements du GHT. Source : établissements	18
Tableau 14 : Analyse des parts de marché par spécialité dans le bassin de recrutement du GHT Var - source : données PMSI 2014	20
Tableau 15 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) par segment d'activité et par bassin en médecine adulte – source : données PMSI 2014	22
Tableau 16 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) par segment d'activité et par bassin en médecine pédiatrie – source : données PMSI 2014	22
Tableau 17 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) par segment d'activité et par bassin en chirurgie adulte – source : données PMSI 2014	24
Tableau 18 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) par segment d'activité et par bassin en chirurgie pédiatrique – source : données PMSI 2014	24
Tableau 19 : Effectifs médicaux de radiologie - source : établissements	35
Tableau 20 : Etat des lieux des systèmes d'information en radiologie au sein du GHT (1/2) - source : établissements	35
Tableau 21 : Etat des lieux des systèmes d'information en radiologie au sein du GHT (2/2) - source : établissements	36
Tableau 22 : Synthèse de l'activité de PDSSES en imagerie en 2016 sur les établissements du GHT - source : établissements	36
Tableau 23 : Etat des lieux des PUI et circuits du médicament - source : établissements	48
Tableau 24 : Activité de cancérologie soumises à seuils INCA, année 2013 à 2015 - source : établissements	52
Tableau 25 : Analyse des casemix de chacune des 4 réanimations du GHT Var – source : établissements	58
Tableau 26 : Analyse du taux de saturation des 4 réanimations du GHT Var – source : établissements	59
Tableau 27 : Analyse de l'activité de chirurgie traumatologique du CHI FSR et du CHD en PDSSES sur les mois de Janvier 2016 et Août 2016 - source : établissements	61
Tableau 28 : Analyse de l'activité de chirurgie digestive du CHI FSR et du CHD en PDSSES sur les mois de Janvier 2016 et Août 2016 - source : établissements	62



<i>Tableau 29 : Evolution de l'activité des maternités du GHT en nombre d'accouchements entre 2013 et 2015 - source : SAE activité 2013, 2014 et 2015</i>	<i>67</i>
<i>Tableau 30 : Activités des unités de néonatalogie du GHT Var en taux d'occupation et durées moyennes de séjour sur l'année 2015 - source : SAE activité 2015</i>	<i>68</i>
<i>Tableau 31 : Effectifs médicaux de pédiatrie et de gynéco-obstétrique - source : établissements</i>	<i>68</i>
<i>Tableau 32 : Organisation de l'accueil des urgences pédiatriques - source : établissements</i>	<i>68</i>
<i>Tableau 33 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) pour le segment d'activité de chirurgie gynécologique et par bassin – source : données PMSI 2014</i>	<i>69</i>
<i>Tableau 34 : Etat des équipes de cardiologie des établissements du GHT Var - source : établissements</i>	<i>73</i>
<i>Tableau 35 : Tableau de synthèse des projets liés aux axes stratégiques du PMP</i>	<i>103</i>
<i>Tableau 36 : Tableau de synthèse des projets liés aux autres filières et activité du PMP</i>	<i>104</i>

I- Préambule

Véritable pierre angulaire du groupement hospitalier de territoire, le projet médical partagé (PMP) doit, au sens de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016, permettre de garantir que l'offre de soins corresponde aux besoins de la population et permettre d'assurer la qualité et la sécurité des soins en tout lieu d'un territoire.

Cette ambition doit se traduire par une feuille de route médicale, adaptée aux réalités du territoire considéré, réaliste, partagée tout en restant ambitieuse.

Dans le cas du Var, l'analyse qui a été faite a montré que le territoire est marqué par le faible nombre d'actions de coopérations inter-hospitalière, l'échec relatif de la mise en place des Communautés hospitalières de territoire, par la centralité au regard de l'existence de deux Centres hospitaliers universitaires, de forts contrastes dans l'accès au soin et des situations financières difficiles pour tous les établissements, bien qu'à des degrés divers.

Les travaux préparatoires à la création du GHT ont néanmoins permis d'arrêter le département comme échelon adéquat de réflexion, et de sortir d'une césure var Est / Var Ouest. Par ailleurs, l'intégration de l'HIA St Anne en qualité de membre pleinement associé au GHT a permis de renforcer le caractère hospitalier public de la démarche. La convention constitutive du GHT Var, signée le 29 juin 2016 par les 8 établissements publics hospitaliers et l'HIA St Anne, couvre donc l'offre publique sanitaire du territoire de santé, comprend l'association indispensable aux deux CHU de la région, et pose les bases institutionnelles du groupement.

Enfin, les communautés médicales concernées ont très tôt exprimé fortement leur volonté d'investir la rédaction de ce premier PMP autour de quatre idées majeures :

- Mettre en place un rapprochement des communautés médicales, souvent historiquement cloisonnées, voire divisées, en vue d'anticiper les évolutions des besoins de santé ;
- Tenir compte des spécificités fortes d'un territoire remarquable, tant du point de vue sanitaire comme du point de vue de la dynamique sociodémographique ;
- Préserver les existants quand ils donnent satisfaction, les remettre en perspective à chaque fois que nécessaire ;
- Promouvoir des actions concrètes et rapidement opérationnelles en parallèle d'actions de fond s'inscrivant plus dans la durée.

Ces communautés médicales d'établissement se sont mobilisées pour commencer à constituer une communauté médicale de territoire, et adopter le présent projet médical partagé. Néanmoins, ce projet, adopté pour 5 ans, ne peut pas être figé et devra donc évoluer rapidement autour de deux éléments clés :

- Tout d'abord le projet régional de santé PACA qui devrait être adopté début 2018 ;
- Ensuite, l'adaptation de la réponse de chaque établissement concerné aux besoins de santé, appréhendé désormais dans un cadre plus collectif.

II- Présentation de la démarche et méthodologie de travail.

1. Le cadre réglementaire de la démarche

Le décret N° 2016-524 du 27 avril 2016 relatif aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) détaille le contenu du projet médical partagé (PMP) qui sera élaboré « pour une période maximale de cinq ans » et précisera « la stratégie médicale du groupement hospitalier de territoire par filières sur l'ensemble des activités des établissements parties au GHT ».

Il comprend notamment:

- les objectifs médicaux conformes au projet régional de santé et à l'offre de soins existante ;
- les objectifs du groupement en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- l'organisation par filière d'une offre de soins graduée de la proximité au recours, en identifiant les modalités de prise en charge coordonnée des patients et professionnels de santé entre les différents établissements parties au GHT. Cette organisation tient compte des obligations et des coopérations respectives de chacun des établissements et services parties au groupement.

La description de l'organisation des activités, au sein de chacune des filières, portant sur :

- la permanence et la continuité des soins,
- les activités de consultations externes et notamment des consultations avancées,
- les activités de prise en charge ambulatoire,
- les activités d'hospitalisation conventionnelle,
- les plateaux techniques,
- la prise en charge des urgences et soins non programmés,
- les activités de soins de suite et de réadaptation (SSR), les activités d'hospitalisation à domicile (HAD),
- les activités de prise en charge médico-sociale,

- le projet commun de biologie médicale,
- le projet commun d'imagerie diagnostique et interventionnelle,
- le projet commun de pharmacie,
- les modalités d'organisation territoriale des équipes médicales communes.

En ce qui concerne les sept premières activités citées ci-dessus, il est demandé une « déclinaison par site ». De plus, il est demandé de spécifier les activités réalisées par télémedecine, en particulier concernant la permanence et la continuité des soins ainsi que les activités de consultations externes (avancées ou non).

Enfin, le décret prévoit également les principes « d'organisation territoriale des équipes médicales communes » ainsi que « la répartition des emplois médicaux et pharmaceutiques découlant de l'organisation des activités » précédemment citées.

2. Les choix méthodologiques de la démarche

Un état des lieux de l'ensemble des activités médicales (Médecine – Chirurgie – Obstétrique, Psychiatrie, Soins de Suite et de Réadaptation) réalisées au sein du GHT a été mené puis présenté, début septembre 2016, à l'ensemble des Présidents de Commissions Médicales d'Établissements et des Directeurs composant le comité stratégique du GHT. Ce travail s'est largement appuyé sur les travaux déjà menés dans le cadre du diagnostic territorial réalisé en vue de la mise en œuvre de la Communauté hospitalière de territoire Var Ouest.

Le choix a été fait par ce comité d'élaborer un Projet Médical Partagé (PMP) au plus proche des acteurs de santé afin de répondre au mieux aux besoins des populations présentes dans le bassin du GHT. La décision a été prise de constituer des groupes de travail composés de médecins issus de l'ensemble des établissements (cf. Annexe 1 de ce document : liste des participants aux réunions de travail).

Dans un premier temps, ces groupes de travail ont été composés par grandes filières, et certains d'entre eux, ont, dans un second temps, été dédoublés afin d'aborder des sujets plus précis (par les praticiens concernés), notamment en médecine (hépatogastro-entérologie, pneumologie, neurovasculaire) ou en chirurgie (chirurgie de la thyroïde, urologie, ophtalmologie).

Une démarche de description qualitative détaillée des filières a, de plus été menée, conformément au décret, ayant pour vocation de lister et décrire l'offre de chacun des sites MCO du GHT en matière de plateau technique et de compétences médicales concernant chaque segment et sous segment d'activité. Ces éléments descriptifs sont colligés dans une série de documents de synthèse disponibles en annexe de ce document (Document Projet Médical Partagé GHT Var complémentaire N°1), et ont ensuite été utilisés par les participants aux groupes de travail médicaux pour travailler sur les filières. Ces éléments ont eu la vocation fondamentale de permettre aux acteurs des différents établissements de mieux se connaître, en particulier entre les acteurs des spécialités des établissements du Var Est d'une part et Var Ouest d'autre part, qui jusqu'alors n'avaient pas eu l'occasion d'interagir.

Les supports issus de ce travail :

- Support descriptif des filières de Chirurgie :
 - o Chirurgie urologique,
 - o Chirurgie digestive,
 - o Chirurgie orthopédique,
 - o Chirurgie pédiatrique,
 - o Chirurgie ORL,
 - o Chirurgie ophtalmique,
 - o Neurochirurgie,
 - o Chirurgie vasculaire et thoracique.
- Support descriptif des filières de Médecine :
 - o Cardiologie,
 - o Pneumologie,
 - o Hépatogastro-Entérologie,

- Néphrologie,
 - Endocrinologie,
 - Infectiologie,
 - Algologie,
 - Dermatologie,
 - Rhumatologie,
 - Neurologie,
 - Médecine interne et Hématologie.
- Support descriptif des filières cancérologiques d'organes :
 - Filière de cancérologie digestive,
 - Filière de cancérologie urologique,
 - Filière de cancérologie gynécologique (Sein et Pelvis),
 - Filière de cancérologie thyroïde et ORL,
 - Filière de cancérologie thoracique,
 - Filière de cancérologie hématologique.
- Support descriptif des filières Femme-Mère-Enfant :
 - Obstétrique,
 - Gynécologie,
 - Pédiatrie.
- Support descriptif de la filière gériatrie.

3. Les valeurs partagées par les équipes dans le cadre de l'élaboration du PMP

La mise en place des GHT, et tout particulièrement celui du Var, est de nature à inquiéter les communautés médicales qui ont souhaité, au travers la Commission médicale de groupement (CMG), définir préalablement à ses travaux un certain nombre de principes et de valeurs devant animer les réflexions et asseoir les propositions :

- Respect des valeurs éthiques du soignant ;
- Respects des objectifs médicaux du GHT définis à la convention constitutive;
- Respect de l'intérêt du patient ;
- Sincérité, transparence et objectivité dans le cadre des échanges d'informations ;
- Dialogue et décision partagée ;
- Intérêt collectif dans le respect de l'équité entre établissements porteurs du PMP;
- Volonté d'aboutir à des résultats concrets en matière de coopération.

4. L'agenda de la démarche

L'agenda des grandes étapes d'élaboration du projet médical partagé du GHT Var a été défini par un agenda imposé par le Ministère de la Santé.

Le 1^{er} juillet 2016, la liste des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ainsi que leurs compositions ont été arrêtées par les Directeurs Généraux des différentes Agence Régionale de Santé (ARS).

Une fois le GHT Var acté, un travail d'état des lieux territorial a alors été mené. Pour ce faire, le positionnement stratégique des différents établissements composant le GHT a été effectué et des entretiens avec les acteurs de santé de l'ensemble des filières médicales et médicotechniques réalisés pour aboutir à la définition d'un certain nombre d'axes stratégiques et objectifs médicaux présentés ci-après.

Suite à cet état des lieux, une présentation de ces travaux a été effectuée auprès des représentants médicaux de chaque établissement parties au GHT lors d'un séminaire médical (tenu le 6 Octobre 2016), au cours duquel, des groupes de travail correspondant à des activités jugées stratégiques (« filière prioritaires ») ont été proposés et arrêtés.

Une première série de rencontre des groupes de travail a permis d'établir une feuille de route des différents sujets à instruire au sein de chaque filière prioritaire. Cette feuille de route a par la suite été validée en séance plénière par le comité stratégique du GHT et remise à l'ARS PACA en décembre 2016.

Entre janvier 2017 et juin 2017 des réunions ont été tenues au sein de chaque groupe de travail afin d'élaborer le PMP avec un objectif de rendu le 1^{er} juillet 2017.

III- Présentation du territoire

1. Aspects géo-territoriaux

a. Le Département du Var, ses bassins de vie et ses axes de communication

Le Var est traversé principalement par les voies de circulations suivantes :

Axes Est-Ouest :

- Autoroute A8 Marseille-Aix-Nice (via St Maximin et Brignoles) ;
- Les routes nationales côtières (particulièrement encombrées en haute saison).



Figure 1 : temps de trajet entre les différents établissements de santé du GHT Var – Source : Mappy

Axes Nord-Sud : Pas d'autoroute, et peu de voies rapides, seulement des routes joignant :

- Toulon à Brignoles ;
- Hyères à Brignoles (via Pierrefeu) ;
- St Tropez au Muy ;
- Fréjus à Draguignan ;
- Des départementales desservent le haut pays varois principalement depuis Brignoles et Draguignan.

Un axe transversal Toulon-Vidauban (A37) facilitant l'accès de l'arrière-pays vers l'aire toulonnaise.

b. Les bassins de recrutement

Bassin des 7 EDS MCO du GHT Var

Le bassin compte près d'1 million d'habitants; il s'étend sur la côte de Bandol à Saint Raphael, et s'étend au nord jusqu'à St Maximin, Barjols, Aups, Castellane (exclue) et Fayence. Il couvre la quasi-totalité du Var à l'exception des bassins de proximité de Vinon sur Verdon et Rians à l'Ouest. Il est encadré par les grands bassins d'attractivité que sont Marseille, Aix en Provence à l'Ouest, et Nice-Canne à l'Est.

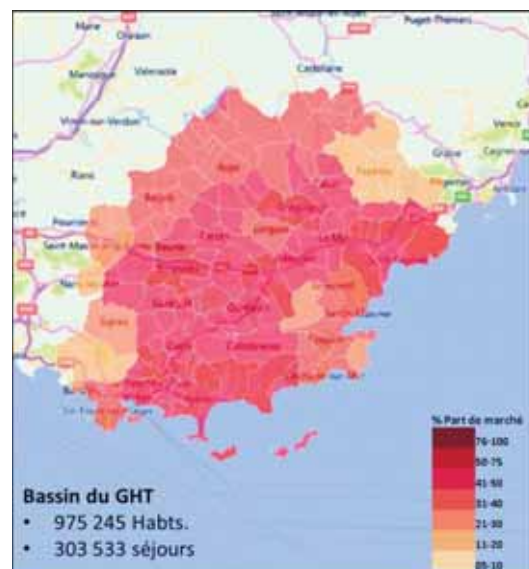


Figure 2 : Bassin de recrutement de l'ensemble des établissements MCO du GHT Var - données PMSI 2014

Bassins de recrutement Var Est – Var Ouest

Le visuel ci-contre présente les bassins de recrutement propres aux deux groupes d'établissements Var-Ouest et Var-Est : le premier est deux fois plus volumineux que le second (en population), avec par conséquent environ le double de séjours. Ces deux bassins sont d'autre part nettement distincts à l'exception d'une zone intermédiaire de quelques cantons le long de la D13 (Cotignac, Carcès, Cabasse, Flassans/Issoles).

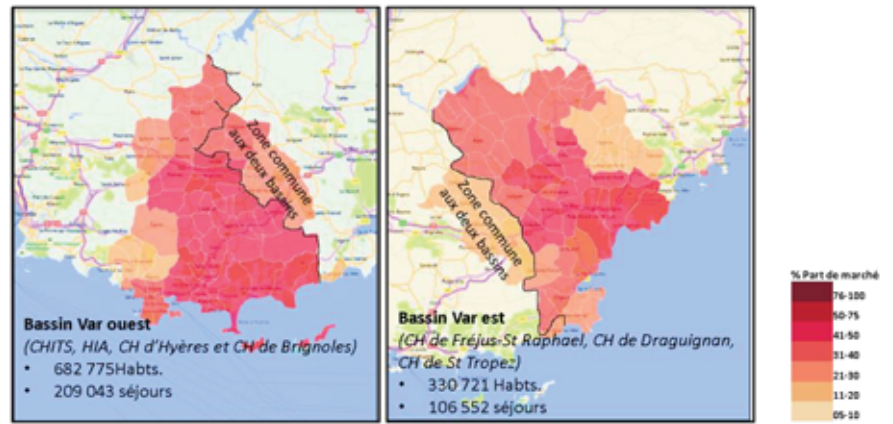


Figure 3 : Bassin de recrutement des établissements MCO des bassins Var Est et Var Ouest-

Source : données PMSI base nationale 2014

Bassins de recrutement des établissements du Var Est

Le bassin de recrutement du CH de St Tropez est strictement inclus dans le bassin du CH de Fréjus, il est au contraire strictement exclu du bassin du CH de Draguignan. Les bassins des deux CH publics majeurs s'étirent vers le nord

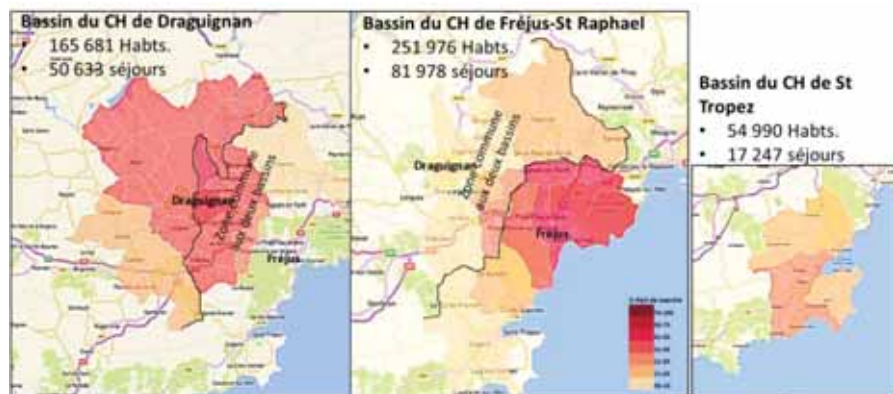


Figure 4 : Bassin de recrutement des 3 établissements MCO du GHT en Var Est

Source : Données PMSI base nationale 2014

illustrant les flux de patientèle descendants: le CH de la Dracénie ne recrute pas au sud de l'autoroute, et recrute au contraire sur tout l'arrière-pays varois (Fayence, Aups,...). Le CHI de Fréjus recrute sur la bande côtière et au-delà de l'autoroute dans une moindre mesure, incluant le canton et donc les établissements de Draguignan. Les deux principaux EDS publics ont donc bien des bassins différents malgré la zone commune aux deux bassins au nord de l'autoroute et Fayence (cf. visuel ci-contre).

Bassins de recrutement des établissements du Var Ouest

Concernant les bassins de recrutement des établissements Var Ouest, il est à noter que le bassin du CHITS englobe la grande majorité du bassin des 7 établissements, à l'exception de quelques communes à l'est. Il englobe par contre la totalité des bassins des établissements Var Ouest.

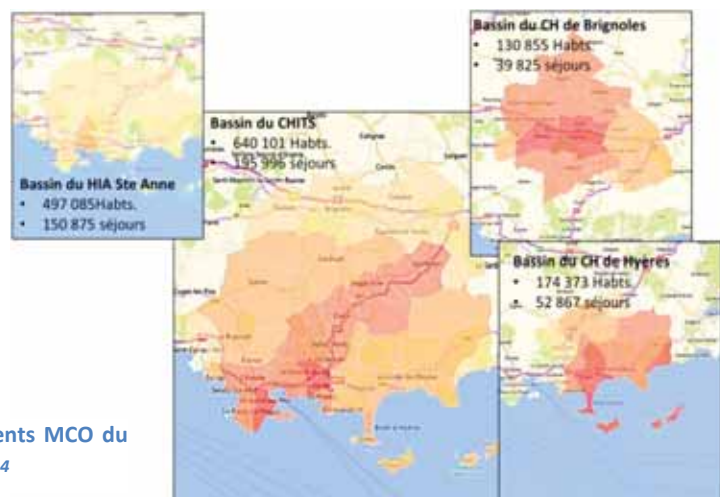


Figure 5 : Bassin de recrutement des 4 établissements MCO du GHT en Var Ouest. Sources : données PMSI base nationale 2014

2. Aspects socio-éco-démographiques

		Var	France
Evolution démographique	Densité de population en 2013	172,2	103,6
	Taux annuel de variation de la population entre 2008 et 2013 :	+ 0,5 %	+ 0,5 %
	Spécificités villes	Toulon : - 0,4 % Draguignan : + 1,3 % Brignoles : + 0,7 % Fréjus : + 0,1 % Saint Tropez : - 3,6 % Hyères : + 0,2 %	
Structure d'âge	Structure de la population en 2012 (parts en %)	• moins de 30 ans : 31,7 • 30 à 60 ans : 38 • 60 ans et plus : 30,3 • 75 ans et plus : 11,7	• moins de 30 ans : 36,6 • 30 à 60 ans : 39,7 • 60 ans et plus : 23,7 • 75 ans et plus : 9,1
	Part des ménages fiscaux imposés en 2012	63,4	64
Eléments socio-économiques	Taux de pauvreté en 2012, en %	15,3	14,3
	Taux de chômage des 15 à 64 ans en 2012	14,3	13,2

Tableau 1 : Aspect socio-éco-démographique du département du Var - Source INSEE

dynamisme démographique, s'opposant à l'**arrière-pays (Brignoles, Draguignan) démontrant un net dynamisme démographique** dans le cadre du déplacement des jeunes ménages vers l'arrière-pays varois où le coût de l'immobilier est moindre que sur la côte.

Les éléments socio-économiques et démographiques font la preuve d'un territoire varois globalement dynamique sur le plan démographique, mais présentant des **catégories âgées largement surreprésentées** par rapport à la moyenne française. Sur les aspects économiques, les indicateurs socio-économiques sont relativement comparables à la moyenne française.

Au-delà de ces chiffres globaux, il existe une dualité entre une bande côtière densément peuplée mais en perte de

3. Synthèse

Un bassin de taille remarquable présentant des obstacles aux déplacements Nord-Sud et Est-Ouest sur la bande côtière

Le bassin compte près d'1 million d'habitants, ce qui est extrêmement confortable et permet le développement d'une offre multiple; cependant les obstacles géographiques d'accessibilité N-S, et E-SW sur la bande côtière, favorisant la vidange par les axes autoroutiers vers les bassins d'attractivités marseillais, aixois, et niçois.

Ces obstacles géographiques définissent des sous bassins dont les spécificités (taille de populations et nombre de séjours consommés, attraction de bassins voisins) ont des conséquences directes sur la pertinence de l'offre de soins actuelle et les évolutions souhaitables, voire parfois inéluctables à court ou moyen terme.

La question de la dualité Est-Ouest

Les difficultés d'accès entre les bassins urbains côtiers Est et Ouest définissent bien deux bassins de recrutement distincts, même si cet obstacle transversal n'est pas vrai dans la partie nord du grand bassin par la présence de l'axe autoroutier E-W, du fait de la concentration de l'offre sur la bande côtière.

Malgré cela, les échanges avec les équipes médicales tenus au sein des établissements montrent que même s'il n'est pas envisageable de faire transiter des patients entre les deux bassins E-W (hors cas

de recours à définir par filière), les praticiens n'excluent pas de se déplacer dans le cadre de réunions médicales régulières, voire attendent des liens entre les établissements des deux bassins.

Le Bassin Est est constitué de deux bassins de proximité distincts même si un certain chevauchement existe sur les cantons au Nord-Est de l'autoroute (le canton de Draguignan étant dans la zone de chevauchement). Les tailles respectives de ces deux sous bassins (165 000 et 250 000 habitants.) permettent en théorie la mise en œuvre et le développement d'une offre MCO complète, même de la double offre publique-privée qui existe sur les deux bassins. Le CH de la Dracénie couvre en particulier des cantons faiblement peuplés et faiblement équipés de l'arrière-pays. Il est à noter que le bassin de St Tropez s'inscrit complètement et quasi-exclusivement dans le bassin de Fréjus.

Le Bassin Ouest présente une bande côtière de grande densité de population et comportant une offre publique et privée multiple et dont le niveau de recours a pour conséquence un recrutement très élargi vers le Nord de l'aire toulonnaise (arrière-pays varois et Brignoles qui est inclus dans le bassin du CHITS). Il y a peu de recrutement vers l'Est, du fait des obstacles géographiques (cf. ci-dessus), et pas vers l'Ouest du fait de l'attraction marseillaise, et dans une moindre mesure aixoise. Le bassin Ouest est de ce fait un seul et même bassin d'attractivité centré sur l'aire toulonnaise.

IV- L'offre de soins du territoire

1. Densité médicale et taux d'équipement

Au niveau régional :

Le tableau ci-dessous montre l'existence d'un taux d'équipement PACA en lits et places MCO très supérieur à la moyenne française, en particulier en chirurgie (*exprimé en nombre de lits/place pour 1000 habitants*).

Taux d'équipement en lits et places MCO	Alsace	Champagne-Ardenne	Lorraine	Auvergne-Rhône-Alpes	Bourgogne-Franche-Comté	Bretagne	Centre-Val de Loire	Normandie	Île-de-France	Grand-Est	Hauts-de-France	Occitanie	PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur	France métropolitaine	Guadeloupe	Martinique	Guyane	La Réunion
Taux d'équipement en lits et places pour 1 000 habitants																			
Médecine		2,3	2,1	2,1	2,4	2,2	2,0	1,9	2,0	2,0	2,2	2,1	2,3	2,2	2,1	1,9	2,2	1,9	1,9
Chirurgie		1,5	1,5	1,3	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,3	1,3	1,3	1,7	1,4	0,9	1,1	0,6	0,9
Gynécologie-obstétrique pour 1 000 femmes de 15 ans et plus		0,8	0,7	0,8	0,7	0,7	0,8	0,5	0,8	0,7	0,9	0,7	0,7	0,9	0,8	1,1	0,9	2,4	1,8
Hospitalisation à domicile		0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	1,0	0,2

Tableau 2 : Taux d'équipement en lits et places MCO par région – Source : Etude STATISS 2015

Pour le Var :

En revanche, le **taux d'équipement du Var en lits et places est très inférieur aux moyennes nationales** en médecine (-16%) et en obstétrique (-36%), équivalent en chirurgie. (*cf. le tableau ci-dessous exprimé en nombre de lits/place pour 100 000 habitants*).

En dehors des taux d'équipements non équivalents aux moyennes nationales, il existe dans le Var et le Haut Var des Espace de Santé de Proximité (ESP) fragiles (Aups) ou à risques (Carcès, Figanières, Montauroux, Garéoult, Vidauban, Cuers, Barjols, Brignoles, Roquebrune et Soliès Pont) (cf. SROS 2012-2016).

Les **densités médicales observées sont globalement au-dessus des moyennes françaises**. A noter l'asymétrie entre les régions du haut pays varois (densités faibles) et les régions côtières (densité élevées).

Densité médicale et taux d'équipement en lits MCO		Var	France
Offre de soins Données au 1 ^{er} Janvier 2014	Densité médicale pour 100 000 habitants	347 (+3,5%)	335
	Médecins généralistes libéraux pour 100 000 habitants	168 (+8,4%)	155
	Nombre de lits de médecine pour 100 000 habitants	195 (-16%)	232
	Nombre de lits de chirurgie pour 100 000 habitants	144 (+1,4%)	142
	Nombre de lits en gynéco-obstétrique pour 100 000 femmes de 15 ans ou+	50 (-36%)	78

Tableau 3 : Densité médicale et taux d'équipement en lits MCO dans le Var - Source INSEE 2014

2. Taux de recours MCO

Le tableau ci-dessous présente les taux de recours standardisés aux séjours MCO de la population issue des territoires PACA et Var, quels que soient les établissements français ayant pris en charge ces séjours.

Taux de recours de la population des territoires aux séjours MCO hospitaliers	Taux de recours standardisé 2014 /1000 habts.	Indice national Tx stand. Rég./ Tx Stand. Nat.
Région PACA	308,41	1,09
Département du Var	319,43	1,10

Tableau 4 : Taux de recours de la population varoise en séjours MCO hospitaliers

Sources : Scan santé, données PMSI 2014, recensement de la population 2012

Au regard des indices nationaux standardisés, il ressort que la population de **la Région PACA et du Département du Var consomme plus de séjours hospitaliers que la moyenne française.**

Ce constat rapproché d'un taux d'équipement en lits et places globalement plus faible que la moyenne nationale (cf. paragraphe précédent), implique que la population fréquente des établissements extérieurs au Var (« taux de fuite »).

	Séjours consommés par les habitants du Var en 2014	Séjours produits par les EDS du Var en 2014	"Fuites" vers des EDS hors Var	
	Séjours MCO	Séjours MCO	Séjours MCO	%
Effectifs	127 292	100 517	26 775	21%

Tableau 5 : Nombre de séjours produits et consommés dans le Var en 2014

Sources : Scan santé, données PMSI 2014

Il y a un écart entre la « production » et la « consommation » de séjours dans le Var. Cette situation est mise en évidence sur le graphique SYMU présenté en page 19 qui dénote un taux de fuite d'environ 25%, hors du bassin du GHT, qui est presque intégralement superposable au département du Var.

3. Offre de soins : MCO, Psychiatrie et SSR

a. Les établissements publics et privés du territoire

Les établissements sont majoritairement concentrés sur les bassins de vie côtiers (Toulon, St Tropez, Fréjus), avec en particulier un nombre important de structures sur le Bassin toulonnais.

Concernant les bassins de vie de l'arrière-pays, il est à noter que le Centre Hospitalier est la seule offre MCO sur le Bassin de Brignoles ; à Draguignan, une clinique (Groupe Elsan) et un Centre Hospitalier se côtoient.

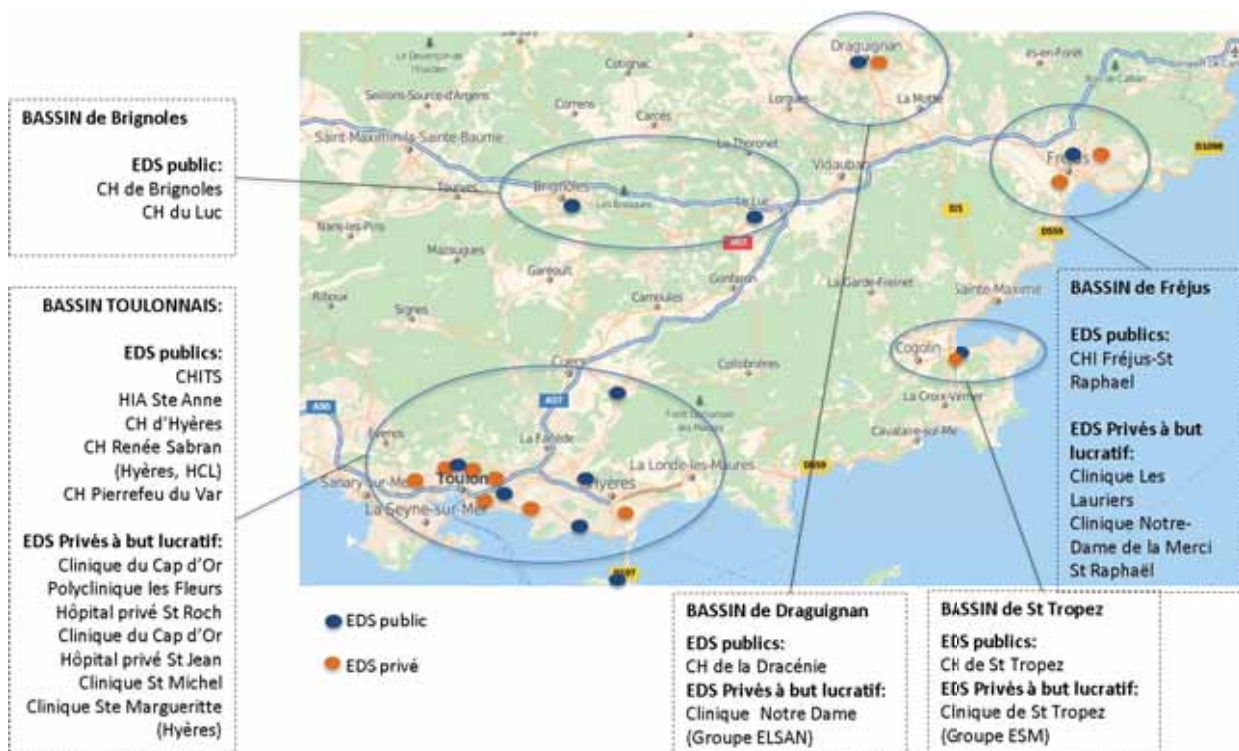


Figure 6 : Localisation des établissements MCO et psychiatrique du département du Var

b. Les capacités mises en œuvre sur le territoire

Le tableau suivant présente les capacités en lits et places des établissements présents sur le territoire du GHT pour les activités de :

- Médecine,
- Chirurgie,
- Obstétrique,
- SSR,
- Psychiatrie.

Les établissements sont regroupés par « Aire » géographique (ligne bleue). Pour chaque aire, sont présentées les capacités de l'ensemble des établissements présents : ceux du GHT (ligne orangée), puis les autres établissements de la zone, publics et privés.

	Médecine	Chirurgie	Obstétrique	SSR	Psychiatrie
Aire Toulonnaise					
CHI Toulon La Seyne sur Mer	535 lits & 74 places	149 lits & 12 places	44 lits		160 lits & 71 places
HIA Ste Anne	169 lits & 47 places	119 lits & 15 places			20 lits & 11 places
Clinique du Cap d'Or	22 lits	50 lits & 25 places			
Polyclinique Les Fleurs	120 lits	50 lits & 24 places			
Polyclinique Mutualiste Malartic	22 lits & 15 places	61 lits			
Hôpital privé Toulon Hyères Saint Roch		64 lits & 26 places			
Hôpital privé Toulon Hyères Saint Jean	18 lits & 16 places	76 lits & 32 places	38 lits & 4 places		
Clinique Saint Michel	8 lits	62 lits & 50 places			
Centre Gériatologique Sainte Thérèse				86 lits	
CDS Saint Jean				41 lits & 6 places	
Centre Médical de MAR VIVO				148 lits	
Clinique Les Lauriers Roses				40 lits	
Centre Infantile nutritionnel Les Oiseaux				150 lits & 15 places	
Clinique Saint Martin					86 lits & 8 places
Centre gériatologique Saint François				177 lits	
CHS de Pierrefeu					174 lits & 120 places
Aire Hyéroise					
CH de Hyères Marie Josée Treffot	172 lits & 3 places	40 lits & 11 places	20 lits		
HCL / Hôpital Renée Sabran (HCL)	12 lits & 4 places	50 lits & 10 places		134 lits & 35 places	
Hop San Salvador (APHP)				331 lits & 20 places	
Institut Hélio marin Côte d'Azur				140 lits & 16 places	
CH Leon Bérard				260 lits	
COS Beauséjour				50 lits	
Pomponiana Olbia				109 lits & 21 places	
Centre SSR MGEN P Chevalier				170 lits & 15 places	
M C. Ste Marie des Anges				34 lits	
Hôpital privé Toulon Hyères Ste Marguerite	17 lits & 30 places	72 lits & 30 places			
Aire Brignolaise					
CH Jean Marcel de Brignoles	60 lits & 8 places	30 lits & 10 places	15 lits	30 lits	
Aire de Fréjus-St Raphael et St Tropez					
CH de Fréjus-St Raphael	216 lits & 23 places	62 lits & 8 places	33 lits	30 lits	42 lits & 63 places
Maison de santé J Lachennaud				80 lits	
Centre Européen de Rééduc du Sportif (Groupe RAMSAY)				72 lits	
Clinique Héliades Santé (Groupe CLINEA)				98 lits & 10 places	
Clinique Notre Dame de la Mer		16 lits & 15 places			
CH de St Tropez	38 lits & 4 places		15 lits		
Hop Départemental du Var				30 lits	
Clinique du Golfe		59 lits & 18 places			
Clinique Les Lauriers		41 lits & 30 places			
Bassin de Draguignan					
CH de la Dracéonie – Draguignan	157 lits & 20 places	48 lits & 10 places	21 lits & 2 places	8 places	39 lits & 25 places
centre Rééduc Du Bessillon				108 lits & 16 places	
Clinique Les Oliviers à Callas (Groupe Clinea)				85 lits	
Clinique Les Espérel's				68 lits	
Centre Cardiologie La Chenevière				84 lits	
Polyclinique Notre Dame (Groupe ELSAN)	32 lits	62 lits & 17 places		30 lits	
Total (Var)	1598 lits 244 places	1111 lits 343 places	186 lits 4 places	2585 lits 162 places	521 lits 298 places

Tableau 6 : L'offre capacitaire MCO, SSR et Psychiatrie des établissements du Département du Var

c. L'offre de soins en psychiatrie

Les secteurs de psychiatrie générale et infanto-juvénile

Les deux cartes à suivre représentent des zones géographiques, l'une pour la psychiatrie adulte ou générale (G01 à G13), l'autre pour la psychiatrie infanto-juvénile (I01 à I04).

A chaque zone géographique correspond un établissement pour la prise en charge des patients (cf. les tableaux suivants).

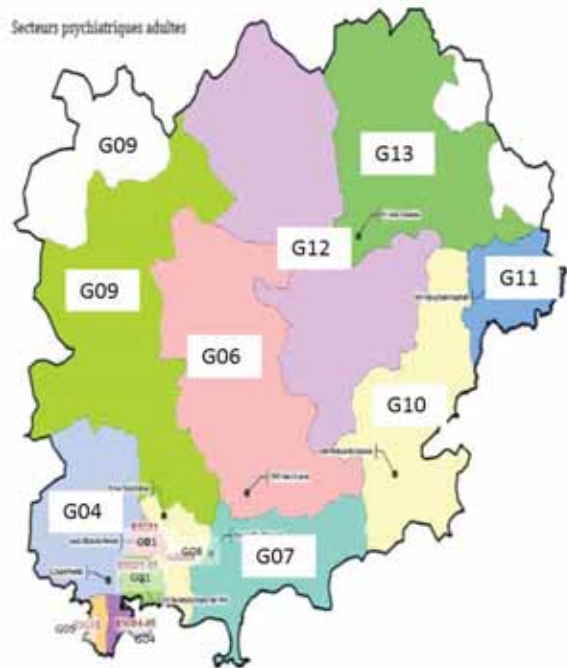


Figure 8 : cartographie des secteurs psychiatriques adulte dans le Var

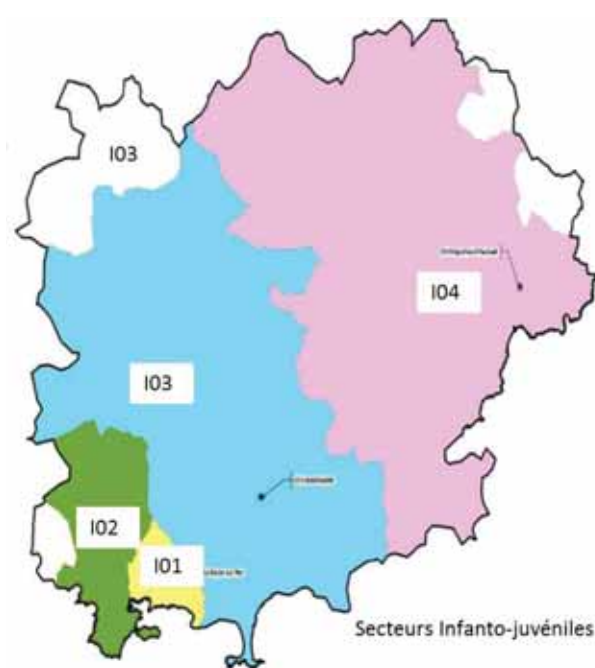


Figure 7 : cartographie des secteurs psychiatriques infanto-juvéniles dans le Var

Répartition des lits et places de psychiatrie générale adulte et infanto-juvénile sur le territoire du GHT

Les établissements sont regroupés par « Aire » géographique (ligne bleue). Pour chaque aire, sont présentées les capacités de l'ensemble des établissements présents : ceux du GHT (ligne orangée), puis les autres établissements de la zone, publics et privés.

	secteur de Psychiatrie (cf. carte)	Psychiatrie adulte		secteur de Psychiatrie	Psychiatrie infanto juvénile		Total
		HC adulte	HDN/ HDJ adulte		HC enfant	HDN/ HDJ enfant	
Aire Toulonnaise							
CHI Toulon La Seyne sur Mer	G01; G02; G03; G04; G05	150	35	I01; I02	10	36	160 lits & 71 places
HIA Ste Anne		20	10				20 lits & 10 places
Clinique Saint Martin		86	8				86 lits et 8 places
Centre de soins les collines du Revest		107	27				107 lits et 27 places
CHS de Pierrefeu	G06; G07; G08; G09	164	84	I03	10	36	174 lits & 120 places
Aire Hyéroise							
Clinique Val de Fenouillet (Korian)		81	2				81 lits & 2 places
Clinique les trois Solliès		109	10				109 lits & 10 places
Aire de Fréjus-St Raphael et St Tropez							
CH de Fréjus-St Raphael	G10; G11	34	27	I04	8	36	42 lits & 63 places
Clinique psychiatrique du golfe (Korian)		53	-				53 lits
Bassin de Draguignan							
CH de la Dracénie - Draguignan	G12; G13	39	25				39 lits et 25 places
Total (Var)		843	228		28	120	875 lits 336 places

Tableau 7 : Offre capacitaire des établissements psychiatriques du Var.

Volumes d'activité en psychiatrie

Psychiatrie générale adulte

	secteur de Psychiatrie (cf. carte)	Psychiatrie adulte					
		HC adulte			HDN/ HDJ adulte		
		Lits	Jours	TO %	places	venues	TO %
Aire Toulonnaise							
CHI Toulon La Seyne sur Mer	G01; G02; G03; G04; G05;	150	49307	90%	35	9358	111%
HIA Ste Anne		20	5425	74%	10	395	16%
Clinique Saint Martin		86	31012	99%	8	6844	356%
Centre de soins les collines du Revest		107	27963	72%	27	1617	25%
CHS de Pierrefeu	G06; G07; G08; G09	164	55105	92%	84	14288	71%
Aire Hyéroise							
Clinique Val de Fenouillet (Korian)		81	19581	66%	2	1764	368%
Clinique les trois Solliès		109	36547	92%	10	3106	129%
Aire de Fréjus-St Raphael et St Tropez							
CH de Fréjus-St Raphael	G10; G11;	34	11964	96%	27	3484	54%
Clinique psychiatrique du golfe (Korian)		53	19272	100%	-	-	-
Bassin de Draguignan							
CH de la Dracénie - Draguignan	G12; G13	39	13095	92%	25	4576	76%
Total (Var)		843	267735		228	45432	

Tableau 8 : Capacitaire et volumes d'activité des structures Psychiatrique pour adulte dans le Var.
Sources : Scan santé, activité SAE 2014

Psychiatrie infanto-juvénile

	secteur de Psychiatrie (cf. carte)	Psychiatrie Infanto Juvénile					
		HC enfant			HDN/ HDJ enfant		
		Lits	Jours	TO %	places	venues	TO %
Aire Toulonnaise							
CHI Toulon La Seyne sur Mer	I01; I02	10	2436	67%	36	5243	61%
HIA Ste Anne		-	-	-	-	-	-
Clinique Saint Martin		-	-	-	-	-	-
Centre de soins les collines du Revest		-	-	-	-	-	-
CHS de Pierrefeu	I03	10	3252	89%	36	4914	55%
Aire Hyéroise							
Clinique Val de Fenouillet (Korian)		-	-	-	-	-	-
Clinique les trois Solliès		-	-	-	-	-	-
Aire de Fréjus-St Raphael et St Tropez							
CH de Fréjus-St Raphael	I04	8	2004	69%	36	5666	66%
Clinique psychiatrique du golfe (Korian)		-	-	-	-	-	-
Bassin de Draguignan							
CH de la Dracénie - Draguignan		-	-	-	-	-	-
Total (Var)		28	7459		120	15823	

Tableau 9 : Capacitaire et volumes d'activité des structures de Psychiatrie infanto-juvéniles dans le Var.
Sources : Scan santé, activité SAE 2014

d. L'offre de soins en SSR

Les acteurs SSR du territoire et leur volume d'activité

Le tableau ci-dessous présente les volumes d'activités SSR des 26 établissements du Var disposant d'une autorisation ; ces chiffres montrent que la plupart des établissements présentent des taux d'occupation (TO) supérieurs à 80% en HC, à deux exceptions près. Les TO pour les HDJ sont plus difficilement interprétables car hautement dépendant du type d'activité mis en œuvre, mais des taux inférieurs à 90% sont insuffisants au regard de l'efficacité médico-économique quelle que soit l'activité.

En synthèse, nous retenons que les niveaux d'occupation des structures SSR du Var sont bons voire très bons à quelques exceptions (case colorées). A noter, la part prépondérante de SSR privé (à but lucratif ou non lucratif).

établissement	Commune	SSR HC			SSR HDJ		
		Capacité installées HC	Nbre jours HC 2014	TO calculé %	Capacité installées HDJ	Journées HDJ 2014	TO calculé %
Centre les lauriers Roses	Bandol	40	11 895	81%			
C. Géronto St Thérèse	Le Beausset	86	28 432	91%			
CH Brignoles	Brignoles	30	9 097	83%			
CDS Saint Jean	Carqueiranne	41	13 548	91%	6	1 227	82%
CH Léon Bérard	Hyerès	260	86 708	91%		2 699	
COS Beauséjour	Hyerès	50	17 181	94%			
Hop San Salvador* (APHP)	Hyerès	331	105 498	87%	20	3 800	76%
Hop Renée Sabran (HCL)	Hyerès	134	42 481	87%	35	11 801	135%
Instit Hélios marin côte d'Azur	Hyerès	140	55 393	108%	16	4 793	120%
Pompona Olbia	Hyerès	109	31 667	80%	21	6 387	122%
C Med Pierre Chevalier	Hyerès	170	55 027	89%	15	4 807	128%
C. Ste Marie des Anges	Hyerès	34	11 784	95%			
C. Géronto St François	Nans Les Pins	177	55 838	86%			
C. Infant. Nutri. Les Oiseaux	Sanary /mer	150	35 765	65%	15	2 450	65%
C Med de MAR VIVO	La seyne /mer	148	51 696	96%			
C Cardio La Chenevière	Callian	84	28 995	95%			
Clin Les Esperels	Figanière	68	20 455	82%			
C Héliades Santé	Fréjus	98	35 841	100%	10	2 852	114%
Mais Santé J Lachennaud	Fréjus	80	21 375	73%			
Hop Dépt Du Var	Le Luc	30	10 374	95%			
C Europ. Rééduc du Sportif	St Raphaël	72	29 896	114%			
CHI Fréjus S Raphaël	St Raphaël	30	10 952	100%			
CH La Dracenie	Draguignan				8	1 870	94%
C Rééduc Fonct du Besson	Draguignan	108	23 512	101%	16	5 947	149%
Total		2426	793 410	90%	192	48 634	101%

Tableau 10 : Capacitaire des établissements SSR du Var et taux d'occupation. Sources : Scan santé, SAE activité 2014

Remarques:

- * Seuls 40 des 331 lits de l'Hôpital de San Salvador (APHP) réalise des séjours de SSR. Les 291 autres lits accueil du long séjour polyhandicap dans le cadre d'une autorisation SSR délivrée par l'ARS Ile de France.
- La Clinique des Oliviers à Callas ne déclare pas d'activité en 2014 du fait de travaux. Réouverture Avril en 2015

Taux d'équipement, taux de recours et flux de patients en SSR

Le Var dispose d'un taux d'équipement en lits et places SSR supérieur de 30% au taux moyen français. Ceci peut être en partie expliqué par l'existence de centres SSR spécialisés, de rayonnement supra-départemental voire national (ex: Renée Sabran, CERS St Raphaël).

Taux d'équipement SSR dans le Var en 2013	Var		France
	Taux d'équipement pour 1000 habts.	Ratio par rapport au taux moyen français	Taux d'équipement pour 1000 habts.
Taux	2,7	150%	1,8
Taux corrigé par soustraction de 291 lits de San salvador	2,4	132%	1,8

Tableau 11 : Taux d'équipement SSR dans le Var en 2013 - Sources : DREES, enquête STATISS 2015, SAE activité 2014

Le tableau ci-dessous montre l'existence d'un flux entrant de patients depuis les départements environnants vers les établissements SSR du VAR. En effet ces séjours représentent au minimum 246 901 journées, c'est-à-dire l'équivalent de 42% du besoin des habitants ou 30% de la production du Var.

Production versus consommation de séjours SSR dans le Var en 2014	Journées SSR consommées par les habitants du Var	Journées SSR produites par les établissements du Var	Différentiel	
			Chiffre brut	Chiffre brut rapporté à la production du Var
Volumes de journées SSR	588 136	835 037	246 901	30%

Tableau 12 : volumes de journées SSR produites et consommées dans le Var en 2014 - Source : SAE activité 2014

Synthèse

Le Var produit plus de séjours SSR que n'en consomment ses habitants (phénomène inverse au MCO), puisque 30% des séjours produits le sont pour des patients issus de l'extérieur du Var en 2014; cela est, en première lecture, cohérent avec le constat du suréquipement en capacités SSR (+30% par rapport aux moyennes françaises en 2013), pourtant les réflexions du groupe de travail relatif aux filière personnes âgées apportent un éclairage différent à cette problématique (Cf. partie V.5 de ce document).

4. Organisation de la PDES au sein du GHT

Le tableau ci-dessous présente les lignes de PDES telle qu'elles étaient organisées en 2016, comprenant les gardes sur place, les astreintes opérationnelles et les astreintes de sécurité.

Ligne de PDES Année 2015	HIA Ste Anne **	CHITS	CH de Hyères	CH de Brignoles	CH de St Tropez	CHIC Fréjus-St Raphaël	CH de Draguignan
Anesthésie - Réanimation	GX2	GX4	G	G	AO ****	GX2	GX2
Orthopédie-traumatologie	G	AO	AO	AO	***	AO	AO
Chirurgie viscérale	G	AO	AO	AO	***	AO	AO
chirurgie thoracique		AO					
chirurgie vasculaire		AO					AO
ORL - stomatologie	AO	AO partagé à 3					AS+AO (WE)
Ophthalmologie	AO	AO				AO	
Cardiologie	AO	AO	AO (WE)			AO	AO
USIC	G	G				G	
Médecine	AO	AO	G+AO (WE)	AO (WE)	AS	AS	AS
Gastro-entérologie	AO	AO		AS		AO	AS
Gynéco-obstétrique		G	AO	AO	AO	G	AO
Pédiatrie		G	AO	AO	AO	G	AO
Pneumologie	AO	AO					AS
Gériatrie			AO			AS	AS
Neurologie	AO (UNV)	AS (UNV)					
Urologie	G	AO				AO	
Radiologie (im. Méd., diag.)	G	G	AO	AO	***	AO	AO
Radiologie Interventionnelle	AO	AO					
Biologie	AO	AO	AS+AO (WE)	AO	*	AS	AO
Pharmacie	AO	AO	AS+AO (WE)	AS	AS	AO	AS+AO (WE)

Légende	
G	Garde sur place
AO	Astreinte opérationnelle
AS	Astreinte de sécurité

* : l'Astreinte de Biologie est réalisée par un laboratoire privé adossé au CH de St Tropez
 ** : Il existe également une astreinte opérationnelle de dialyse à l'HIA
 *** : Activités tenue par la Clinique Privée de Saint Tropez
 **** : la Clinique Privée de Saint Tropez assure une ligne sur deux

Tableau 13 : Etat des lieux des organisations de PDES en 2015 par activité dans les établissements du GHT. Source : établissements

Quelques pistes de réflexion sont proposées suite à cet état des lieux :

- **Radiologie** : la télé-radiologie doit permettre la mutualisation de la PDES : définir l'échelle de mutualisation sur le territoire en fonction des volumes et des tailles d'équipe.
- **Plateaux techniques opératoires** : la proximité des établissements (Toulon-Hyères / Fréjus-Draguignan) permet des organisations communes impliquant l'ouverture d'un seul site sur deux en chirurgie en période de PDES, à minima en nuit profonde, en fonction des volumes d'activité objectivés.
- **Biologie et Pharmacie** : des organisations territoriales dont le niveau de maillage doit être précisé, peuvent probablement émerger en lien avec des projets de regroupement des activités et plateaux techniques.
- **Anesthésie** : à Saint Tropez, une réflexion autour de la mutualisation de l'astreinte d'anesthésie entre Public Privé semble pertinente.

5. Positionnement stratégique MCO des établissements

a. Méthode

- Sources des données d'activité

Les données sont issues des données PMSI base nationale 2014.

- Les activités prises en considération

Toutes les activités en séjours et séances des établissements sont prises en considération, hors nouveaux nés et mort-nés.

- Le bassin de recrutement considéré

Le bassin de population considéré est celui des 7 établissements de l'étude pris dans leur ensemble; le bassin est formé des cantons dont aux moins 10% des séjours consommés (par la population du canton) ont été pris en charge par les 7 établissements MCO du GHT.

A l'intérieur de ce bassin, les parts de marché (« camemberts ») sont présentées par établissement et par spécialité.

- Modalités de présentation des activités des établissements

Les regroupements de GHM sont réalisés sur la base d'une logique de spécialité médicale ; c'est-à-dire que chaque groupement de séjours correspond aux activités habituellement portées par une équipe de spécialité (ex : activités M et C d'ophtalmologie étant réalisées par une seule équipe d'ophtalmologie). Les intitulés « médecine » et « chirurgie » n'ont donc pas la même signification que dans le cadre d'une lecture PMSI de type « ASO-M » et « ASO-C ».

Notes:

- *L'ensemble des visuels par spécialité pour le bassin sont présentées dans le document « Etude SYMU » proposé en annexe dans le document « Projet Médical Partagé GHT Var complémentaire N°2 ». Ces visuels présentent l'ensemble des parts de marché des établissements publics et privés prenant en charge les patients du territoire.*
- *La table de correspondance entre les regroupements proposés par IRIS et les regroupements ATIH (M, C, O, DA, GA) est présentée en en annexe dans le document « Projet Médical Partagé GHT Var complémentaire N°2 ».*
- *Dans le détail des parts de marché (cf. l'encart en bas à gauche des visuels), les établissements dont le nom est suivi d'une * sont des établissements situés à l'extérieur du bassin de recrutement.*

b. Analyse des activités MCO

Explication du visuel présenté pour l'activité MCO (ci-dessous) :

Le bassin de population considéré compte 975 245 habitants. L'ensemble des habitants a consommé au total 303 533 séjours en MCO (303 533 = 100% des séjours) sur une période d'une année (2014).

Une partie de ces séjours a été réalisée à l'intérieur du bassin, c'est-à-dire dans les établissements publics ou privés présents dans les villes et communes de ce bassin.

Une autre partie a été réalisée à l'extérieur du bassin dans des établissements privés ou public, cela correspond au taux de fuite.

Une part des séjours réalisés à l'intérieur du bassin, l'a été par les établissements MCO du GHT. Cela constitue les parts de marché du GHT, que l'on peut distinguer par établissement (exprimé en %).

Exemple : le CHITS (intitulé CHIC Toulon sur le visuel) a réalisé 15% des séjours MCO consommés par la population du bassin. Ce sont ses parts de marché MCO.

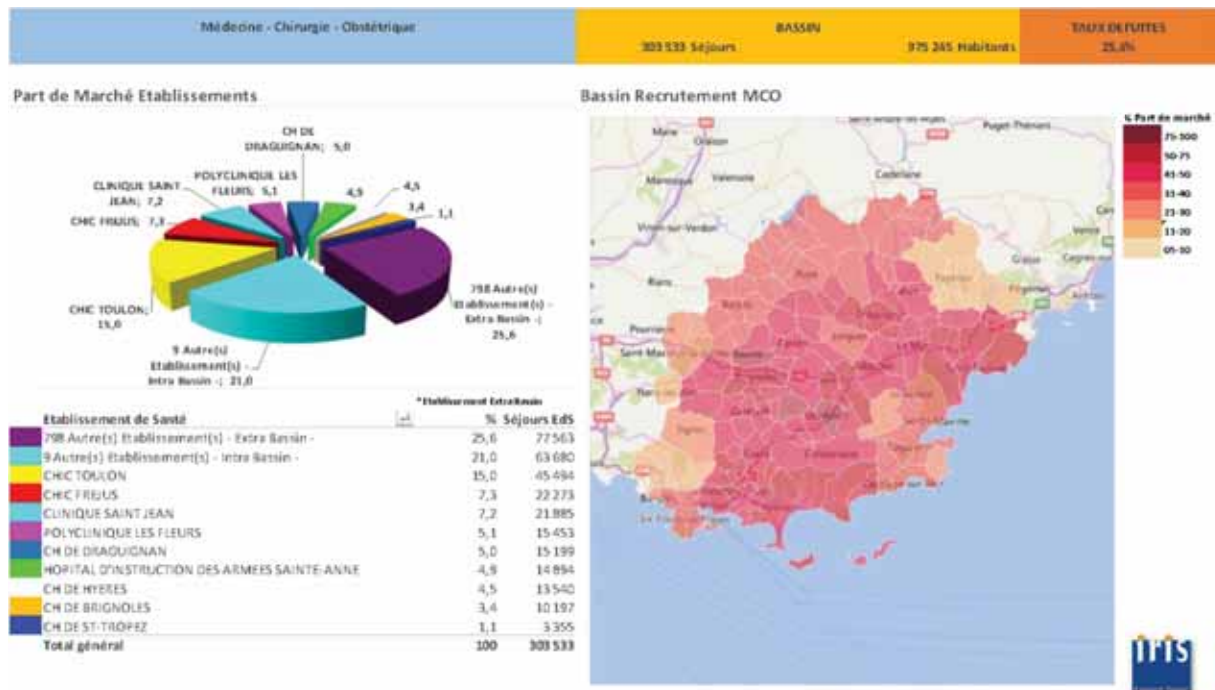


Figure 9 : SYMU « MCO » dans le bassin de recrutement du GHT Var - source : données PMSI 2014

Le tableau suivant présente pour chacun des 7 établissements ses parts de marché par famille (M, C et O séparément), puis par spécialité. Sur la droite du tableau : la part de marché du GHT est la somme des parts de marché de chaque établissement. A côté, sont aussi mentionnés les taux de fuite (séjour réalisées hors du bassin considéré) et les parts de marché globales d'autres établissements à l'intérieur du bassin.

Part de marché dans le bassin de recrutement des 7 établissements de l'étude	HIA Ste Anne	CHITS	CH de Hyères	CH de Brignoles	CH de St Tropez	CHIC Fréjus-St Raphaël	CH de Draguignan	Parts GHT	Parts autres EDs du bassin	Fuites
Chirurgie	4,4%	8,5%	2,4%	2,1%	0,3%	3,8%	3,6%	25,1%	43,3%	31,6%
Orthopédie	5,7%	10,5%	3,5%	2,6%	0,5%	4,6%	4,3%	31,7%	39,4%	28,9%
Chirurgie digestive	5,2%	8,8%	4,1%	4,8%	0,3%	6,8%	5,0%	35,0%	42,0%	23,0%
Urologie	4,4%	8,0%	1,2%	0,8%	0,1%	5,1%	1,7%	21,3%	51,8%	26,9%
Ophthalmologie	2,3%	3,0%	1,1%	0,1%		2,0%	0,2%	8,7%	46,8%	44,5%
OIL-Stomato	3,3%	11,5%	4,1%	2,3%	0,2%	2,0%	7,2%	30,6%	40,1%	29,3%
Chirurgie endocrinienne	4,4%	15,3%	1,5%	1,0%		0,1%	11,8%	34,1%	28,1%	37,8%
Gynécologie	1,0%	7,2%	2,3%	2,2%	0,1%	4,8%	6,2%	23,8%	41,0%	35,2%
Chir. Vasculaire	4,0%	16,0%	0,7%	1,5%	0,2%	3,4%	4,7%	30,5%	40,7%	28,8%
Chir Cardiaque	1,1%	1,9%						3,0%	0,3%	96,7%
Chir Thoracique	5,7%	35,3%	0,2%			1,8%	0,2%	43,2%	9,5%	47,3%
Neuro-chirurgie	16,4%	25,2%	9,3%	5,3%	3,8%	12,1%	6,0%	78,1%	0,9%	21,0%
Médecine	5,8%	18,9%	5,6%	3,8%	1,3%	9,4%	5,4%	50,2%	27,1%	22,7%
Cardiologie	6,9%	21,8%	5,5%	2,5%	1,4%	11,8%	4,0%	53,9%	27,9%	18,2%
Pneumo-allergologie	6,5%	25,4%	9,3%	4,7%	1,9%	10,2%	9,8%	67,8%	11,3%	20,9%
HGE (hors endoscopies)	5,4%	21,5%	9,2%	5,5%	1,6%	10,2%	7,3%	60,7%	19,5%	19,8%
Endoscopies	1,3%	3,1%	1,0%	3,9%		2,1%	1,7%	13,1%	69,0%	17,9%
Neurologie	11,4%	27,1%	5,6%	3,2%	1,9%	8,5%	5,6%	63,3%	4,5%	32,2%
Néphrologie	8,2%	24,3%	8,6%	5,1%	2,3%	10,5%	5,3%	64,3%	20,6%	15,1%
Endocrinologie	3,3%	37,1%	8,6%	3,5%	1,9%	7,9%	4,8%	67,1%	6,2%	26,7%
Onco-hémato	10,0%	19,5%	4,8%	2,2%	1,2%	6,4%	6,6%	50,7%	16,0%	33,3%
Obstétrique	-	24,1%	8,3%	7,5%	4,8%	12,1%	10,3%	67,1%	21,8%	11,1%
Obstétrique	-	24,1%	8,3%	7,5%	4,8%	12,1%	10,3%	67,1%	21,8%	11,1%

Remarque : FHIA Ste Anne est le seul EDs à détenir une autorisation de chirurgie du SNC, ce qui ne transparaît pas sur la ligne neurochirurgie qui intègre les activités de PEC des traumatismes crâniens.

Code couleurs PDM:

- 2 à 5%
- 5 à 10%
- 10 à 20%
- 20 à 30%
- 30 à 50%
- >50%

Tableau 14 : Analyse des parts de marché par spécialité dans le bassin de recrutement du GHT Var - source : données PMSI 2014

c. Médecine

Le principe de lecture est le même que celui présenté au paragraphe « III.5.b. Activités MCO »

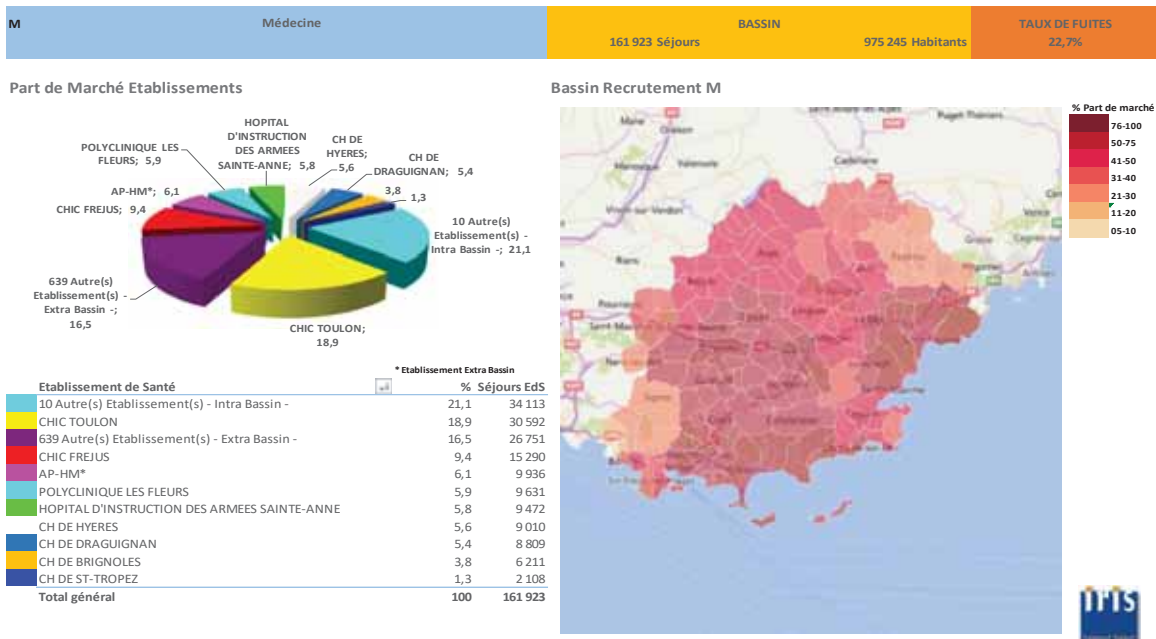


Figure 10 : SYMU « Médecine » dans le bassin de recrutement du GHT Var - source : données PMSI 2014

Par rapport au bassin de population considéré, la représentation suivante permet de visualiser :

- dans le « camembert » :
 - la répartition des parts de marché entre les établissements du GHT du bassin et les établissements privés situés dans le même bassin (cf. les deux nuances de bleu),
 - l'activité réalisée par d'autres établissements du bassin (tous <5%) (couleur grise), et le taux de fuite, c'est-à-dire la part de séjours réalisés hors bassin.
- dans les encadrés (de couleur) : comment les bassins de population des établissements sont disjoints, légèrement superposés ou l'un intégré à l'autre ;
- au moyen des flèches : à qui profite les fuites en termes de bassin et d'établissement.

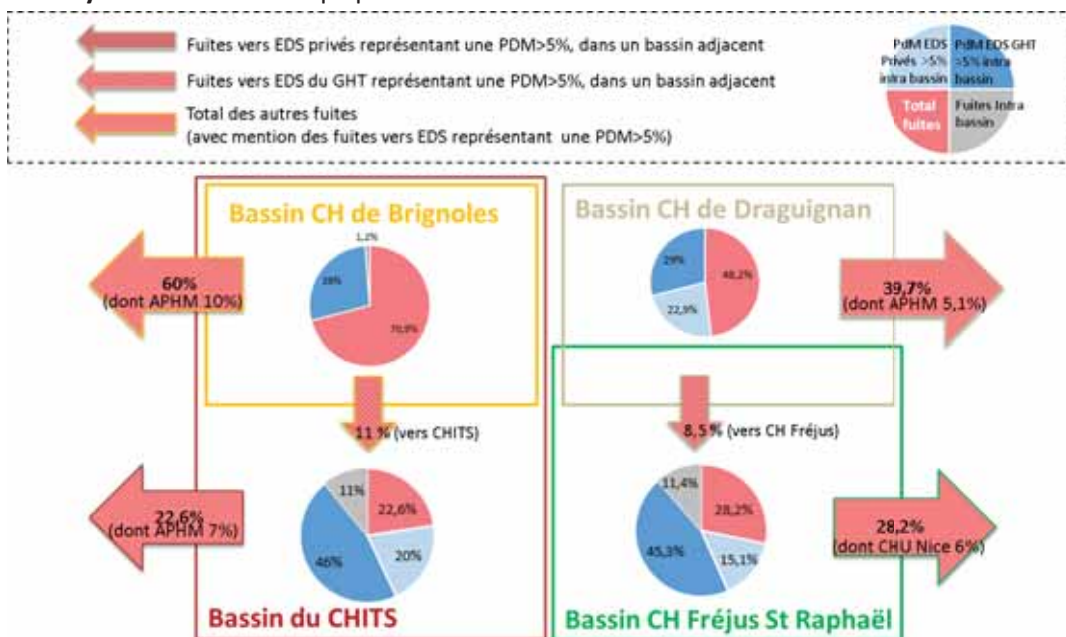


Figure 11 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) au sein du GHT Var en médecine – source : données PMSI 2014

Le tableau ci-dessous permet de visualiser par bassin de population, la répartition des parts de marché par spécialité, et par pathologie. Pour une lecture simplifiée, il faut d'abord regarder pour un bassin de population donné les quatre données : le nombre de séjours consommés annuellement, les parts de marché du GHT, les parts de marché d'autres établissements publics et enfin les parts de marché des établissements privés. Les codes couleur sont les suivants :

- vert = niveau élevé,
- orange = niveau moyen,
- rouge = niveau plus faible.

Adulte	Bassin de Toulon (zone d'attractivité du CHTS)				Bassin de Hyères				Bassin de Brignoles				Bassin de Draguignan				Bassin de Fréjus Saint Raphaël				
	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés	
Cardiologie																					
Coronarographie	6657	24%	15%	61%	1624	29%	17%	54%	1475	19%	13%	68%	1833	29%	7%	64%	2099	40%	9%	50%	
Rythmologie	2264	45%	17%	38%	656	51%	18%	30%	437	41%	11%	49%	575	39%	6%	55%	747	51%	15%	33%	
Cardio non interventionnelle	7046	64%	17%	19%	2038	74%	15%	12%	1420	62%	13%	25%	1873	60%	6%	34%	2084	60%	23%	17%	
Pneumo-allergologie																					
Cancérologie	719	41%	27%	32%	195	52%	24%	24%	137	41%	28%	31%	105	66%	14%	20%	159	38%	31%	30%	
Autre (hors allergologie)	7093	57%	25%	17%	1883	71%	22%	7%	1490	62%	17%	21%	1779	72%	11%	17%	2258	62%	26%	13%	
HGE																					
HGE (hors endoscopies)	9634	46%	18%	36%	2522	57%	13%	30%	1972	60%	17%	23%	1976	56%	16%	234%	2997	47%	32%	21%	
Endoscopies	18889	11%	3%	86%	5185	9%	3%	89%	3650	36%	3%	60%	4771	14%	1%	84%	8114	11%	2%	87%	
Neurologie																					
Dégénératif	598	47%	45%	8%	153	47%	50%	3%	134	32%	42%	26%	94	52%	34%	14%	121	29%	64%	7%	
Neuro-vasculaire	1780	63%	32%	5%	539	71%	24%	5%	349	70%	22%	7%	448	74%	15%	10%	554	70%	28%	2%	
Le reste	3842	42%	43%	16%	1130	45%	38%	18%	771	36%	42%	21%	818	48%	37%	15%	1182	43%	47%	10%	
Néphrologie																					
Séjours d'hospitalisation	3969	46%	17%	36%	1008	56%	15%	28%	824	48%	16%	36%	658	47%	12%	41%	1151	54%	24%	22%	
Dialyse (séances)	28315	34%	8%	58%	7629	17%	5%	78%	2378	10%	17%	74%	1885	0%	3%	97%	2101	7%	11%	83%	
Diabète																					
Prise en charge du diabète	937	85%	12%	2%	190	87%	11%	2%	170	76%	19%	5%	154	71%	25%	3%	176	64%	31%	5%	

Tableau 15 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) par segment d'activité et par bassin en médecine adulte – source : données PMSI 2014

A l'identique du tableau précédent, le tableau ci-dessous présente les données pour la médecine pédiatrique.

Pédiatrie	Bassin de Toulon (zone d'attractivité du CHTS)				Bassin de Hyères				Bassin de Brignoles				Bassin de Draguignan				Bassin de Fréjus Saint Raphaël				
	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés	
Cardiologie																					
Coronarographie	34	0%	79%	21%	1	0%	100%	0%	10	0%	90%	10%	11	0%	91%	9%	7	14%	71%	14%	
Rythmologie	25	88%	52%	8%	7	57%	43%	0%	6	33%	67%	0%	6	50%	50%	0%	6	67%	17%	17%	
Cardio non interventionnelle	241	61%	34%	0%	77	68%	30%	1%	48	56%	40%	4%	45	67%	29%	2%	103	79%	16%	2%	
Pneumo-allergologie																					
Cancérologie	2	0%	100%	0%	-	-	-	-	2	0%	100%	0%	1	0%	100%	0%	-	-	-	-	
Autre (hors allergologie)	1374	68%	31%	1%	371	71%	28%	1%	271	57%	42%	1%	320	77%	15%	4%	468	75%	19%	4%	
HGE																					
HGE (hors endoscopies)	1594	76%	13%	3%	494	91%	7%	1%	314	70%	26%	3%	365	82%	10%	6%	703	81%	12%	4%	
Endoscopies	159	21%	12%	67%	35	26%	11%	63%	36	42%	17%	42%	31	16%	3%	81%	44	9%	9%	75%	
Neurologie																					
Dégénératif	21	5%	90%	5%	1	0%	100%	0%	8	0%	88%	13%	5	0%	80%	20%	5	0%	0%	80%	
Neuro-vasculaire	12	8%	92%	0%	1	0%	100%	0%	2	0%	100%	0%	2	0%	100%	0%	3	0%	67%	0%	
Le reste	753	53%	31%	15%	204	58%	31%	11%	158	41%	33%	23%	156	55%	15%	18%	233	61%	18%	16%	
Néphrologie																					
Séjours d'hospitalisation	384	73%	22%	4%	106	83%	11%	5%	68	68%	26%	6%	58	79%	5%	9%	128	72%	7%	11%	
Dialyse (séances)	221	0%	100%	0%	-	-	-	-	163	0%	100%	0%	163	0%	100%	0%	133	0%	49%	0%	
Diabète																					
Prise en charge du diabète	69	88%	12%	0%	13	85%	15%	0%	17	53%	35%	12%	20	65%	10%	15%	22	45%	23%	14%	

Tableau 16 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) par segment d'activité et par bassin en médecine pédiatrie – source : données PMSI 2014

d. Chirurgie

Le principe de lecture est le même que celui présenté au paragraphe « III.5.b. Activités MCO ».

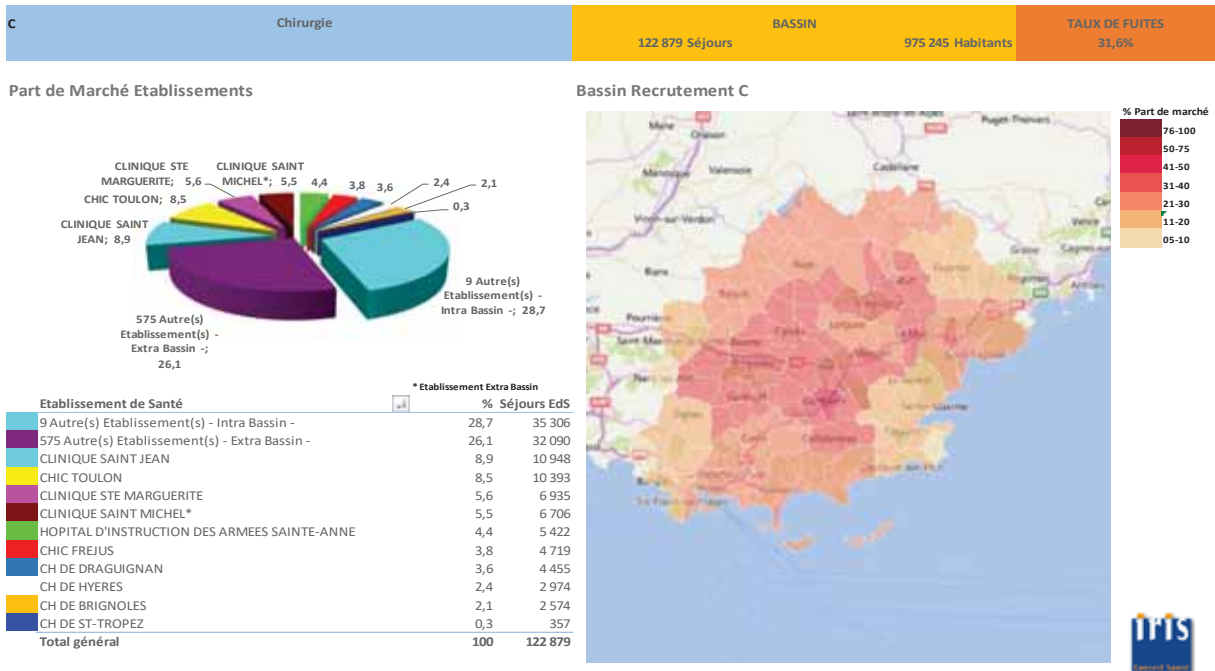


Figure 12 : SYMU « Chirurgie » dans le bassin de recrutement du GHT Var - source : données PMSI 2014

Le principe de lecture du visuel suivant est le même que celui décrit au paragraphe « III.5.c. Médecine ».

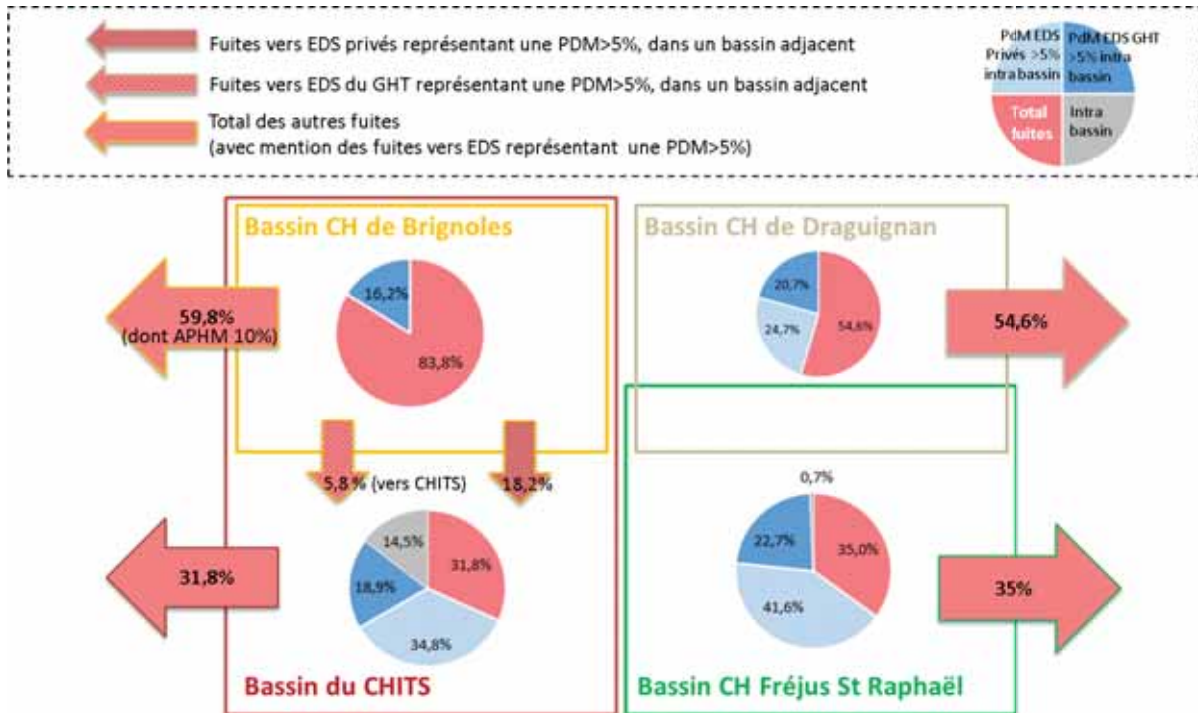


Figure 13 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) au sein du GHT Var en chirurgie – source : données PMSI 2014

Le principe de lecture des visuels suivants est le même que celui décrit au paragraphe « III.5.c. Médecine ».

Adulte	Bassin de Toulon (zone d'attractivité du CHTS)				Bassin de Hyères				Bassin de Brignoles				Bassin de Draguignan				Bassin de Fréjus Saint Raphaël			
	N total de séjours	PDM			N total de séjours	PDM			N total de séjours	PDM			N total de séjours	PDM			N total de séjours	PDM		
		GHT	autres Publics	Privés		GHT	autres Publics	Privés		GHT	autres Publics	Privés		GHT	autres Publics	Privés		GHT	autres Publics	Privés
Orthopédie-traumatologie																				
PTG-PTH	4006	25%	31%	44%	1107	28%	38%	33%	756	29%	36%	35%	888	45%	31%	24%	1476	30%	25%	45%
Cheville, pied, jambe	2258	24%	21%	54%	702	23%	32%	44%	418	32%	15%	52%	564	32%	15%	54%	808	20%	14%	66%
Membre supérieur	4496	21%	9%	70%	1288	26%	6%	67%	913	29%	8%	63%	1087	26%	4%	69%	1833	21%	4%	74%
Rachis, traumatisme du rachis	1414	25%	24%	51%	359	25%	26%	49%	341	8%	26%	66%	306	6%	33%	61%	425	11%	37%	52%
Chirurgie digestive																				
Chir digest majeure (œsophage, estomac, grêle, côlon, rectum) y compris cancérologie	1028	26%	14%	60%	285	34%	8%	58%	205	51%	13%	36%	209	42%	11%	47%	380	33%	23%	44%
Chir digest hautes	299	19%	14%	66%	68	22%	9%	69%	52	19%	17%	60%	35	20%	40%	37%	53	25%	36%	40%
Chirurgies foie, pancréas, VB (y compris cancérologie, hors cholecystectomie)	247	10%	24%	66%	52	19%	17%	63%	50	6%	40%	52%	53	13%	43%	43%	61	8%	61%	31%
Cholecystectomies	1332	27%	11%	62%	378	36%	9%	54%	301	52%	8%	40%	276	50%	1%	47%	409	42%	10%	48%
Hernies	2230	17%	9%	75%	599	21%	9%	70%	379	49%	10%	41%	483	49%	4%	47%	825	38%	7%	56%
Autres chirurgies	3738	29%	11%	61%	918	35%	7%	57%	702	51%	11%	37%	699	53%	11%	36%	1162	42%	15%	43%
Urologie																				
Chirurgie cancérologique	405	3%	11%	85%	145	1%	8%	90%	61	3%	11%	80%	56	0%	11%	89%	119	12%	13%	75%
Chirurgie uro non cancérologique	3942	11%	14%	75%	1037	10%	13%	77%	748	7%	20%	73%	770	4%	10%	86%	1283	19%	10%	71%
Ensemble activités M et C	7443	14%	16%	70%	1998	15%	15%	70%	1449	16%	20%	63%	1380	14%	14%	71%	2465	18%	15%	66%
Ophthalmologie																				
Cataracte	9628	5%	3%	52%	2559	6%	2%	55%	212	6%	12%	60%	2374	4%	7%	91%	4087	6%	2%	91%
ORL																				
Prise en charge médicale des tumeurs malignes ORL, Stomato	325	75%	20%	5%	57	79%	19%	2%	67	51%	36%	13%	43	40%	26%	35%	52	54%	21%	25%
Cancérologie (hors thyroïde)	183	46%	27%	26%	50	46%	28%	26%	49	20%	39%	39%	33	27%	30%	42%	58	29%	14%	57%
Chir de la thyroïde	890	23%	28%	48%	254	20%	27%	50%	166	15%	39%	43%	172	59%	16%	24%	181	20%	30%	49%
Autres	5778	25%	12%	62%	1609	31%	11%	57%	1137	33%	14%	52%	1242	47%	0,24%	46%	1674	23%	16%	61%
Gynécologie																				
Chir lourde gynéco basse	3695	18%	8%	73%	945	19%	6%	74%	768	37%	16%	46%	871	48%	10%	42%	1545	22%	13%	65%
Chir du sein	1686	15%	8%	72%	481	19%	7%	70%	343	16%	14%	67%	388	38%	8%	53%	592	16%	12%	72%
Affections médicales -AMP	529	36%	12%	52%	127	47%	10%	43%	95	54%	21%	25%	87	63%	18%	17%	131	47%	16%	37%
Chir. Vasculaire																				
Chir majeure de revascularisation	445	15%	9%	75%	115	13%	6%	81%	87	22%	6%	70%	79	15%	20%	63%	88	7%	28%	65%
Autres	3627	27%	9%	64%	999	27%	9%	64%	804	29%	9%	61%	872	34%	6%	60%	1285	24%	9%	66%

Tableau 17 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) par segment d'activité et par bassin en chirurgie adulte – source : données PMSI 2014

Pédiatrie	Bassin de Toulon (zone d'attractivité du CHTS)				Bassin de Hyères				Bassin de Brignoles				Bassin de Draguignan				Bassin de Fréjus Saint Raphaël			
	N total de séjours	PDM			N total de séjours	PDM			N total de séjours	PDM			N total de séjours	PDM			N total de séjours	PDM		
		GHT	autres Publics	Privés		GHT	autres Publics	Privés		GHT	autres Publics	Privés		GHT	autres Publics	Privés		GHT	autres Publics	Privés
Orthopédie-traumatologie																				
PTG-PTH	31	42%	35%	29%	8	63%	38%	0%	4	0%	100%	0%	4	25%	25%	25%	12	17%	33%	33%
Cheville, pied, jambe	113	39%	15%	43%	21	48%	24%	19%	43	30%	9%	56%	29	29%	7%	52%	46	17%	7%	65%
Membre supérieur	299	35%	13%	51%	88	43%	9%	49%	85	35%	21%	44%	58	22%	7%	64%	75	31%	3%	61%
Rachis, traumatisme du rachis	38	5%	67%	5%	10	20%	70%	10%	12	0%	83%	8%	7	0%	71%	14%	9	0%	44%	22%
Chirurgie digestive																				
Chir digest majeure (œsophage, estomac, grêle, côlon, rectum) y compris cancérologie	17	29%	53%	18%	4	25%	75%	0%	6	50%	33%	17%	3	33%	0%	33%	9	11%	22%	44%
Chir digest hautes	13	8%	46%	46%	4	0%	50%	50%	1	0%	0%	100%	3	0%	33%	33%	4	0%	25%	50%
Chirurgies foie, pancréas, VB (y compris cancérologie, hors cholecystectomie)	4	0%	50%	50%	1	0%	100%	0%	-	-	-	-	2	0%	100%	0%	1	0%	100%	0%
Cholecystectomies	9	44%	11%	44%	2	50%	0%	50%	3	67%	0%	33%	3	100%	0%	0%	1	0%	0%	0%
Hernies	107	20%	26%	50%	21	19%	29%	48%	26	8%	42%	38%	23	13%	0%	48%	24	17%	0%	42%
Autres chirurgies	374	38%	11%	50%	105	50%	7%	43%	98	62%	18%	16%	93	71%	9%	15%	132	45%	10%	41%
Urologie																				
Chirurgie cancérologique	1	0%	0%	100%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Chirurgie uro non cancérologique	795	26%	11%	62%	157	34%	8%	59%	150	21%	30%	48%	187	35%	5%	50%	110	44%	1%	44%
Ensemble activités M et C	903	26%	18%	56%	169	33%	12%	55%	170	20%	36%	43%	212	34%	8%	49%	332	43%	1%	44%
Ophthalmologie																				
Cataracte	13	0%	31%	38%	6	0%	50%	17%	1	0%	0%	100%	1	0%	0%	100%	4	0%	0%	50%
ORL																				
Prise en charge médicale des tumeurs malignes ORL, Stomato	2	50%	50%	0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Cancérologie (hors thyroïde)	32	16%	53%	31%	7	14%	57%	29%	6	0%	50%	50%	9	0%	33%	67%	5	0%	20%	80%
Chir de la thyroïde	7	14%	57%	29%	2	0%	50%	50%	-	-	-	-	2	0%	0%	0%	4	25%	25%	50%
Autres	4544	25%	8%	68%	1281	29%	5%	66%	953	34%	8%	57%	889	51%	3,04%	44%	936	34%	6%	56%
Gynécologie																				
Chir lourde gynéco basse	60	43%	18%	38%	11	55%	0%	45%	11	55%	27%	18%	4	75%	0%	25%	11	18%	9%	55%
Chir du sein	24	0%	4%	83%	3	0%	0%	100%	3	0%	0%	100%	5	40%	0%	60%	6	33%	0%	67%
Affections médicales -AMP	42	67%	14%	17%	10	90%	0%	10%	13	62%	-	23%	9	44%	11%	11%	7	57%	14%	14%
Chir. Vasculaire																				
Chir majeure de revascularisation	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Autres	6	33%	50%	17%	1	0%	100%	0%	1	0%	100%	0%	2	50%	50%	0%	5	0%	40%	60%

Tableau 18 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) par segment d'activité et par bassin en chirurgie pédiatrique – source : données PMSI 2014

e. Obstétrique

Le principe de lecture est le même que celui présenté au paragraphe « III.5.b. Activités MCO ».

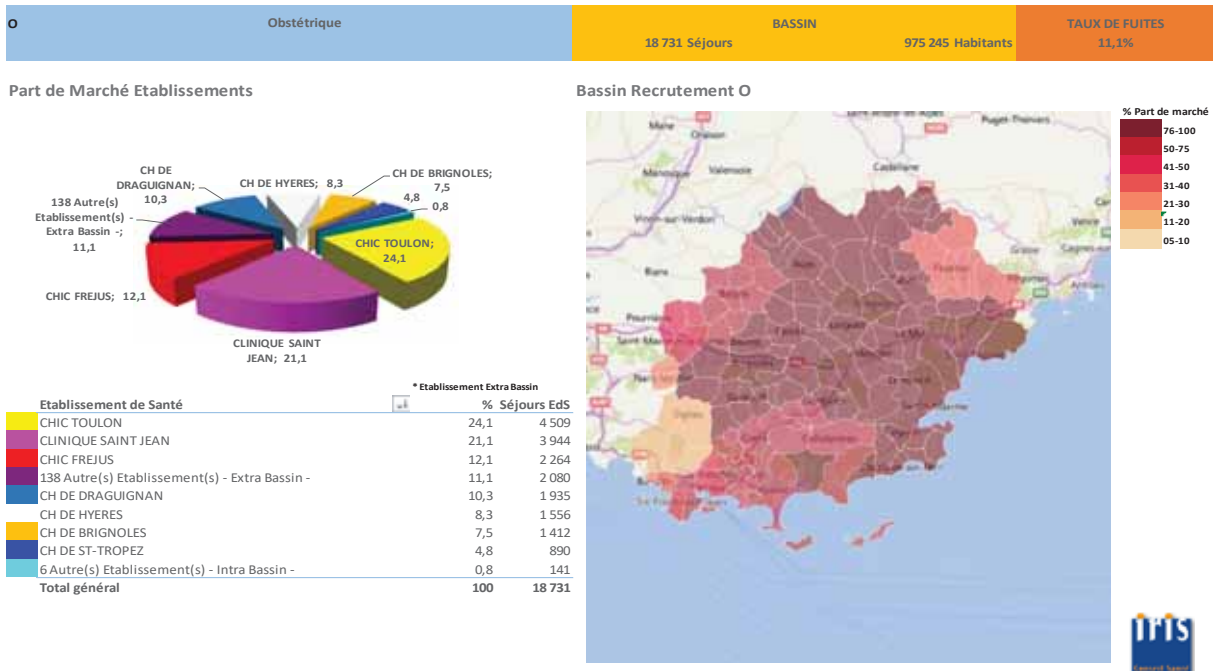


Figure 14 : SYMU « Obstétrique » dans le bassin de recrutement du GHT Var - source : données PMSI 2014

Le principe de lecture du visuel suivant est le même que celui décrit au paragraphe « III.5.c. Médecine »

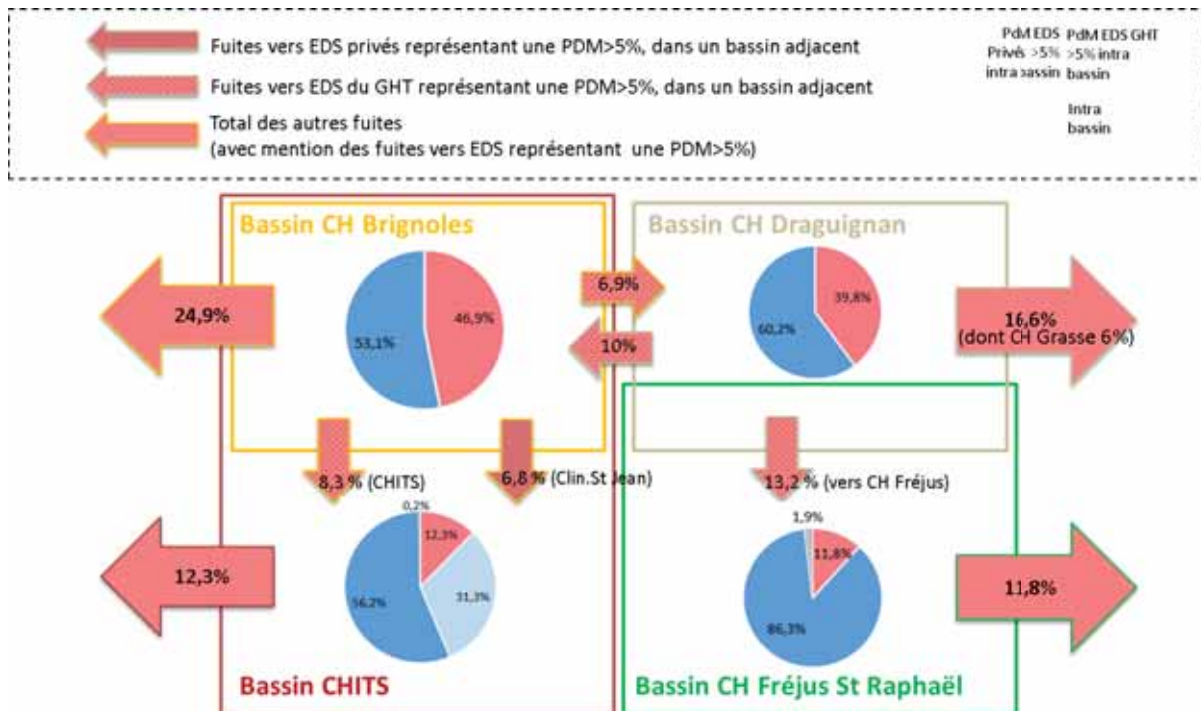


Figure 15 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) au sein du GHT Var en obstétrique – source : données PMSI 2014

f. Synthèse du positionnement stratégique

Les EDS MCO du GHT mettent en œuvre 25% des séjours de chirurgie (contre 43% pour les privés) ; c'est l'équilibre inverse en médecine.

Les « autres EDS MCO du bassin » sont principalement les EDS privés ; ces derniers représentent de façon cumulée la part majoritaire sur l'ensemble des disciplines chirurgicales à l'exception de la chirurgie endocrinienne (thyroïdes), des activités de grands recours (chirurgie cardiaque, chirurgie thoracique et neurochirurgie). A noter que le privé met œuvre plus de la moitié des séjours d'urologie sur le bassin du GHT, du fait de la place laissée par les EDS du GHT, et près de 70% des endoscopies digestives.

Les fuites:

- en moyenne **31% de fuites en chirurgie** avec des taux particulièrement élevés :
 - en chirurgie ophtalmologique ;
 - en chirurgie endocrinienne (thyroïde) ;
 - en chirurgie gynécologique ;
 - ...pour lesquelles le GHT peut de façon réaliste se mettre en position de récupération sur les deux sous bassins ;
 - en chirurgie cardiaque (100%) du fait du niveau de recours absent du bassin.
- près de **23% de fuites en médecine** dont les plus élevées en onco-hémato (attraction des grands centres spécialisés marseillais et niçois) et en neurologie.

Les éléments cartographiques présentés précédemment et les chiffres du tableau ci-contre (pour l'aire toulonnaise) démontrent que l'offre des cliniques est concentrée sur le littoral d'une part, et très fragmentée d'autre part. En effet, les « établissements moyens » (cf. ci-contre) publics et privés génèrent environ le même volume de séjours en 2014, mais les cliniques sont plus de deux fois plus nombreuses que les publics.

L'évolution de l'hospitalisation privée française va de façon générale vers la concentration de l'offre sur des plateaux plus larges et plus ambulatoires ; l'offre privée toulonnaise n'a pas encore fait ce travail qui participera à encore augmenter son attractivité auprès des praticiens et des patients.

Activité et PDM des EDS privés et publics MCO du bassin toulonnais en chirurgie		
Nom EDS	Nb de séjours	PDM (%) bassin GHT
CHIC Toulon	10 393	8,50%
HIA Sainte Anne	5 422	4,40%
CH de Hyères	2 974	2,40%
Etablissement Public "moyen"	6 263	5,10%
Hôpital Privé Toulon Hyères	Clinique Saint Jean	10 948
	Clinique Sainte Marguerite	6 935
	Clinique Saint Roch	5 197
Médipôle Partenaires	Clin. St Michel - St Vincent	6 706
	Polyclinique les Fleurs	5 822
	Clinique du Cap d'Or	4 002
Polyclinique Mutualiste Henri Malartic	2 948	2,40%
Etablissement Privé "moyen"	6 080	4,95%

Figure 16 : Activité et parts de marché des établissements MCO publics et privés du bassin toulonnais en chirurgie - source : données PMSI 2014

V- Les objectifs médicaux du PMP

Comme évoqué en début de ce document, la démarche d'élaboration du PMP souhaitée par la tutelle demandait la définition d'objectifs médicaux sous tendant le travail.

Les objectifs médicaux arrêtés par la Commission Médicale de Groupement du GHT Var et adoptés au 1^{er} janvier 2017 sont les suivants :

- **Favoriser l'émergence d'une dynamique médicale de groupe GHT ;**
- **Faciliter l'entrée dans l'ensemble des filières publiques sur tout le territoire Var en assurant des avis de premiers recours sur l'ensemble des activités sanitaires**
- **Sécuriser la continuité des soins et la PDES au sein du GHT**
- **Répondre à la rareté de la ressource médicale par :**
 - o des actions de mutualisation des ressources/plateaux techniques ; ceci en particulier pour les activités cliniques et médico-techniques souffrant d'une forte problématique de démographie médicale en France et dans le GHT,
 - o des actions de renforcement de l'attractivité vis-à-vis des internes.
- **Concernant les filières chirurgicales, apporter des réponses aux 3 nécessités suivantes :**
 - o gagner de l'attractivité face au secteur Privé,
 - o assurer la pérennité du fonctionnement des équipes chirurgicales et d'anesthésie,
 - o et augmenter l'efficacité de l'utilisation des plateaux techniques opératoires.
- **Renforcer le fléchage des filières publiques auprès des équipes médicales du GHT, et en conséquence leur lisibilité auprès des patients et des équipes médicales extérieures / praticiens de ville ;**
- **Coordonner et fédérer les compétences et ressources du GHT en matière de Recherche Clinique ;**
- **Coordonner les actions de formation médicale et paramédicale ;**
- **Consolider les politiques de communication auprès des professionnels de santé et de la population.**

VI- Les axes stratégiques

La communauté médicale de territoire a souhaité identifier une série d'axes stratégiques car considérés comme fondateurs pour la dynamique de coopération territoriale entre les établissements du GHT, avant que de définir les filières prioritaire de prise en charge, à proprement parler. Ces axes, dont la mise en œuvre paraît essentielle à la réalité d'une dynamique territoriale sont les suivants :

- Anticipation des transformations organisationnelles hospitalières et de soin ;
- L'imagerie ;
- La filière neuro-vasculaire ;
- Les filières gériatriques ;
- Les activités de pharmacie ;
- Les filières urgences ;
- Les filières cancérologiques.

1. Anticipation des transformations organisationnelles hospitalières et de soin

La communauté médicale du GHT Var considère comme incontournable un travail sur la facilitation de l'accès aux filières de soins organisées par les équipes médicales et soignantes, ainsi que sur l'optimisation des processus de soins, conduisant à réduire « l'intrusion » du séjours hospitalier au strict minimum nécessaire, avec le corollaire d'une plus grande inscription de ce séjour dans le cadre d'une coordination entre les acteurs hospitaliers et la ville, tout en plaçant le patient comme acteur du processus de soins.

Il est à noter également la volonté de la communauté médicale de poursuivre cette réflexion sur l'anticipation de ce que sera l'hôpital public demain, selon des modalités restant à définir.

a. Optimisation des parcours de soins en chirurgie

Lorsque l'on se penche sur un processus de soins, il est fondamental d'identifier et de répondre aux étapes inutiles voir nuisibles à la fluidité du parcours et/ou à la qualité de la prise en charge, que ce soit en termes de processus cliniques (pratiques médicales et soignantes) ou purement organisationnels.

Les aspects cliniques et organisationnels d'un parcours de soins sont largement dépendant l'un de l'autre, et tout particulièrement lorsque des étapes du parcours sollicitent l'intervention de plateaux techniques - opératoires ou interventionnels par exemple – au sein desquels un grand nombre d'intervenants doivent apporter leur compétence dans un espace-temps limité. C'est la raison pour laquelle les acteurs des filières de chirurgie ont souhaité définir un travail collectif autour des processus ambulatoires et de réhabilitation rapide après chirurgie, évoqués ci-après, et ayant pour objectif d'aller vers un échange de bonnes pratiques, et la définition collective des meilleurs pratiques cliniques et organisationnelles liées à chaque spécialités / grands types de d'intervention.

Le développement des processus ambulatoires en chirurgie

Les constats

La plupart des participants du groupe de travail, composé de chirurgiens et d'anesthésistes, s'est accordé sur le fait que dans un contexte de « virage ambulatoire » où il est demandé aux établissements de santé de développer l'offre ambulatoire, la nécessité d'adapter les techniques chirurgicales et anesthésiques, ainsi que les circuits des patients en lien avec les possibilités offertes par les locaux représente nt actuellement un enjeu d'attractivité vis-à-vis de la patientèle d'une part, et des recrutements médicaux à venir d'autre part. A un moment où l'offre sanitaire privée est en pleine évolution vers le regroupement et la structuration de plateaux opératoires permettant de créer les volumes adaptés à des pratiques efficaces et attractives, l'offre publique de chirurgie doit appréhender cette problématique et renforcer les dynamiques déjà mise en place dans les établissements.

Le constat partagé est que la culture de la chirurgie ambulatoire n'est pas intégrée de la même façon dans toutes les équipes, et même entre praticiens au sein de chaque équipe ; les discussions du groupe ont montré un véritable intérêt des participants à échanger autour de retours d'expérience (au travers des chemins cliniques ambulatoires notamment), et partager des solutions développées par certains praticiens.

Les « chemins cliniques ambulatoires » de 3 procédures choisies lors de la première réunion (arthroscopie du genou, cure de hernie, hystérectomie) ont tout d'abord été complétés par les équipes de chaque établissement. Puis ils ont été présentés lors de la réunion suivante, de façon détaillée, afin de comparer les organisations de chacun et permettre de faire profiter l'ensemble des équipes des expériences et bonnes pratiques déjà mises en œuvre par certains.

Cette première expérience, a permis de formaliser une méthodologie qui devra être appliquée à l'ensemble des chemins cliniques par type de procédure ambulatoire à l'échelle du GHT. Ces chemins cliniques pourront alors discutés lors de temps d'échange entre les équipes.

Le projet : Cycle de formation DPC « Chirurgie ambulatoire »

Les participants au groupe de travail ont proposé de mettre en place un cycle de formation annuel pour les différents intervenants de la chirurgie ambulatoire sous l'égide du DPC. Afin de ne pas être trop chronophage et d'intéresser le plus grand nombre d'acteurs, un modèle de conférence thématique mensuel est proposé. Ces échanges pourront se tenir à tour de rôle dans les différents établissements du GHT.

L'un des constats du groupe de travail a été que le niveau de développement et de formation de chaque structure était différent et souvent complémentaire.

Les objectifs pourront en être les suivants :

- Optimiser le niveau de formation des acteurs publics de l'ambulatoire dans le Var ;
- Optimiser par ce biais le taux d'actes marqueurs réalisés en ambulatoire ;
- Mettre en commun les expériences acquises ;
- Résoudre les problématiques que certaines équipes pourraient rencontrer en mutualisant les connaissances ou au travers de forum de discussion ;
- Favoriser le développement dans le secteur public d'actes innovants en ambulatoire (définis par la réalisation en ambulatoire d'actes réalisés dans moins de 20% des cas en ambulatoire).

Ce programme peut permettre à terme de réaliser un outil de formation des acteurs de la chirurgie ambulatoire (Anesthésistes, chirurgiens, infirmiers, aide soignants, secrétaires,...). La réalisation de modules de formation interne au GHT peut être interrogée à partir de ces conférences DPC. Une offre de formation interne à l'échelle du GHT peut être envisagée.

Par exemple :

- Spécificités du secrétariat médical d'un service de chirurgie ambulatoire ;
- Formation des infirmières coordinatrices de l'unité de chirurgie ambulatoire ;
- Formation des infirmières de l'unité de chirurgie ambulatoire ;
- Rôles des aides-soignants en unité de chirurgie ambulatoire ;
- Formation à la programmation des flux de patient en ambulatoire.

Equipements spécifiques et sur-compétences d'équipes en chirurgie ambulatoire

Bien que la chirurgie ambulatoire soit avant tout une activité de proximité, les échanges entre équipes ont mis en évidence l'existence de complémentarités et de collaboration possible au sein du GHT. Un travail de recensement des équipements majeurs (laser Greenlight, lithotriporteur, etc.) ou des compétences spécifiques (gynécologie, pédiatrie, urologie, brûlure, etc.) déjà acquis par les établissements du GHT a été effectué, dans l'objectif d'orienter préférentiellement les patients vers les structures publiques pouvant réaliser certaines prises en charge ambulatoires spécifiques et ainsi mutualiser indirectement les moyens mis à disposition.

Cette dynamique d'ouverture des plateaux techniques spécifiques aux praticiens issus des différents établissements du GHT pourra être un prolongement de ces démarches de formation DPC sur les processus ambulatoires (cf ci-dessus) ; en effet elles faciliteront ces échanges et interventions inter-sites en fédérant ces praticiens autour d'une définition commune des processus de fonctionnement de chacun de ces plateaux.

Le développement de la réhabilitation rapide après chirurgie (RRAC) dans une optique d'accroissement de la pertinence des processus de soins en chirurgie

La démarche de RRAC se situe dans une parfaite continuité et cohérence avec la démarche ambulatoire en chirurgie, les démarches de structuration des pratiques cliniques étant identiques (technique d'anesthésie et d'analgésie en particulier), mais en élargissant l'analyse du processus de soins d'une part aux patients non destinés à l'ambulatoire (pour l'instant !), et d'autre part aux organisations liées aux unités d'hospitalisation conventionnelles.

De la même façon que pour les processus ambulatoires, une démarche collective autour des thématiques RRAC pourra être mise en œuvre initialement sous un format DPC. La méthode de formation pourra être tout à fait similaire et construite sur la base de chemins clinique, avec éventuellement une appropriation des outils spécifiques proposés par l'Association GRACE (Grille de suivi en particulier).

Une telle démarche aura un impact fort sur les parcours de soins ville-hôpital des patients des filières de chirurgie en diminuant « l'intrusion » du séjours hospitalier dans le corps (douleur, nausées vomissement, contrôle du risque hémorragique, etc.), dans la tête (stress lié à l'acte opératoire) et donc dans la vie du patient ; ce séjours hospitalier, destiné à être le plus court possible, voire réduit à

quelques heures, s'inscrira de plus en plus dans une coordination entre le domicile et l'hôpital, même si cette coordination continuera à être hospitalière, mais sollicitant des interventions de la ville.

b. L'organisation des liens ville-hôpital

L'hospitalisation à domicile (HAD)

L'Hospitalisation à domicile est peut-être le lien le plus étroit entre la ville et l'hôpital, puisqu'elle consiste bien en l'organisation de conditions d'un environnement hospitalier, en particulier en matière d'intervenants ; l'HAD permet d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation avec hébergement. Elle assure, au domicile du malade, des soins médicaux et paramédicaux, continus et coordonnés. Les soins délivrés en hospitalisation à domicile se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par leur complexité, leur durée et la fréquence des actes.

L'HAD Santé et Solidarité du Var propose d'inscrire des piste de réflexions concrètes (cf. ci-dessous) dans le cadre d'une stratégie d'action concertée :

- 1- Afficher un partenariat privilégié et fléché avec les HAD auprès de l'ensemble de la communauté médicale du GHT ;
- 2- Permettre aux HAD d'être plus présents au sein des établissements du GHT :
 - Participation plus soutenue aux instances, aux réunions cadres, aux réunions des bed managers, commissions des sorties difficiles, etc.
 - Organisation de réunions hebdomadaires dédiées HAD-Bed managers-Cadres des pôles fléchés
- 3- Intégrer le recours à l'HAD dans les parcours des patients en fixant des taux de recours cibles par typologie de séjour pour les établissements du GHT et par site pour le CHITS
- 4- Mettre en place un suivi annuel des actions et des indicateurs (communicables à l'ARS PACA)

Les pistes d'action opérationnelles suivantes sont soumises aux communautés médicales du territoire pour aller vers une meilleure intégration de l'action des HAD dans les parcours de soins ville-hôpital des patients :

- A partir des services d'urgence, permettre un retour en journée des résidents d'EHPAD dans leur lieu de vie pour des typologies de prise en charge protocolaires ; traitements IV, pansements complexes, soins palliatifs et la prise en charge de la douleur par exemple.
- Systématiser la proposition de retour à domicile avec l'HAD pour les patients nécessitant un suivi hospitalier, le plus précocement possible dans le parcours chirurgical du patient, notamment pour les soins programmés ;
- Filières par filière, étudier les possibilités de protocolisation des sorties précoces en chirurgie ;
- Mise en place d'un numéro unique pour l'orientation des demandes de prise en charge vers la structure HAD de référence au regard du domicile du patient (proposition faite pour le Var-ouest ;

Ces principes et démarches de coopération émanant de l'HAD Santé et Solidarité du Var, pourront être proposées aux autres HAD du Var afin de modéliser les filières de prise en charge du territoire.

L'organisation de sorties directes en SSR à l'issue des urgences

Le constat est fait que les organisations actuelles ne permettent pas encore de sorties directes depuis les services d'accueil des urgences vers les SSR du territoire, l'analyse qui est faite de ce blocage conduit à penser qu'il s'agit de provoquer des échanges entre les établissements/services adresseurs potentiels avec les services SSR, afin de convenir des profils de patients pouvant être concernés, et des conditions dans lesquelles les SSR accepteraient de prendre en charge des patients directement sans passage par un court séjour.

Les projets gériatriques en matière de prise en charge post urgence

Les projets d'équipe mobile gériatrique extra-hospitalière (Projet PAERPA Var-est), ainsi que les projets de création de consultations post-urgence à une semaine et d'unités de post-urgence gériatrique, participeront à structurer les liens villes-hôpital pour les patients âgés polypathologiques en assurant le repérage et l'inclusion de ces patients dans les filières gériatriques du territoire ; ces nouvelles structures permettront donc d'organiser la prise en charge médico-sociale et le suivi médical dans le contexte du domicile en lien avec les structures de ville adaptées (CLIC, MAYA, etc.)

La prise en charge des pathologies chroniques dans une vision coordonnée des acteurs de ville et hospitaliers

La figure ci-dessous présente une synthèse des « outils » et expérimentations pouvant être articulés et utilisés de façon pertinente dans le cadre de parcours de soins de maladies chroniques, afin d'offrir des prises en charge adaptées aux besoins de chaque patient (stade de la maladie, capacités cognitives, etc.).

Une démarche visant à formaliser les modalités d'utilisation de ces outils dans le cadre de la prise en charge de des grandes pathologies chroniques pourrait être coordonnée par l'ARS (cf. propositions du PRS2) sur chacune des grandes pathologies chroniques (insuffisance cardiaque/rénale/respiratoire chroniques) avec les objectifs en seraient les suivants :

- de concentrer à l'hôpital les situations les plus sévères,
- d'anticiper les situations de déséquilibre par un suivi adapté en ville,
- d'éviter au maximum les ré-hospitalisations (indicateur d'évaluation ?).



c. Développer l'accessibilité à la prise en charge hospitalière en s'appuyant sur le numérique

Visibilité et accessibilité de l'offre de soins du GHT via internet

En 2017, la visibilité d'une offre de soins sur l'outil internet participe largement à orienter la demande de soins vers une réponse. Internet participe ensuite à créer le lien concret entre le patient et la structure de soins en facilitant vers la prise de rendez-vous.

La communauté médicale du GHT souhaite voir s'ouvrir une réflexion à ce sujet, avec l'appui d'une direction de la communication GHT qui prendrait en charge ce sujet en lien avec les équipes (cf. exemple de la réflexion menée par le groupe cancérologie). En effet, il s'agit de comprendre les attentes des patients-internautes pour y répondre par la bonne interface internet bénéficiant du bon référencement sur le web. Le retour sur investissement d'une telle démarche sera probablement de très bon niveau.

Les activités/filières de soins pour lesquelles les acteurs sont acteurs et moteurs d'une vision et d'une organisation territoriale de leur fonctionnement pourront bénéficier en priorité d'une telle dynamique de 'communication'.

La dynamique GHT est l'occasion de fédérer les moyens et proposer une visibilité commune et organisée de l'offre, ne pas faire le choix d'investir ce champ serait considéré comme une erreur stratégique de la part du GHT selon les participants aux groupes de travail médicaux.

d. Le bed management territorial

Vers des pratiques communes de Bed management interne

Actuellement la plupart des établissements du GHT bénéficient d'organisations de type bed management intra- établissement ; ces dernières sont organisées de façon différentes les unes des autres, les différences portant sur les aspects suivants :

- Profil du bed manager interne : médecin ou cadre de santé ;
- Missions du bed manager (BM) ; en effet le la mission du bed manager « se restreint » dans la plupart des cas à faciliter l'orientation des patients sur la base de la transmission d'un état des lits régulier et de règles établies en matière de politiques d'admission. Pourtant il est intéressant de noter que dans certains cas le bed manager peut participer à repérer les mauvaises pratiques et à infléchir les pratiques médicales en s'appuyant sur :
 - o Un référentiel (« Charte ») validé par la CME ;
 - o Le soutien de la CME et de la direction de l'hôpital face aux situations de mauvaise pratique résistantes aux sollicitations du Bed Manager.

A ce stade, aucun des sites n'évoque une vision prospective des sorties qui est un élément très structurant de l'action du bed management, d'autant plus dans le cadre d'une projection territoriale de la démarche.

Le GHT a vocation à recommander une pratique de bed management interne à chacun des établissements, qui semble la plus pertinente, et qui serait idéalement mise en œuvre dans l'ensemble des établissements autant que faire se peut, en tenant compte des spécificités de chaque site (ex : culture de travail différente à l'HIA). Dans ce cadre, la prolongation de cette réflexion

pourrait aboutir à la définition commune d'une fiche de poste de bed manager et d'une organisation de bed management (gouvernance, relations avec les unités, etc).

La fluidification de l'accès à l'hospitalisation par une organisation de bed management territorial

Les organisations de bed management répondent de façon générale à des problématiques d'orientation des patients dans les lits d'une ou plusieurs structures hospitalières, en proposant une vision de la disponibilité des lits et une organisation commune d'orientation des patients basée sur une règle d'orientation des patients.

L'organisation territorial du bed management peut se concevoir de différentes façons :

- Dans un cadre permanent :
 - o Pour les activités non programmées ;
 - o Pour les activités programmées et non programmées.
- Dans un cadre ponctuel en périodes de tension.

Dans tous les cas, et en particulier dans le cadre d'une utilisation permanente d'une organisation de bed management territorial, une telle démarche implique les préalables suivants :

- **un outil** : le remplissage en temps réel du ROR par chaque bed manager intra établissement pourrait probablement répondre aux besoins du bed management territorial ;
- **une fonction de bed manager territorial** : il est évoqué que les bed managers intra établissement assument cette mission à tour de rôle, sur la base d'une règle d'orientation (cf. ci-dessous) ;
- **une règle d'orientation par typologie de patients** définie collectivement au niveau du GHT (politique d'admission territoriale), avec des modes dégradés en cas d'impossibilité de respect de la règle.

Cette démarche participera à coordonner et fluidifier les relations entre la ville et l'hôpital, en facilitant l'accès à un interlocuteur privilégié pour la ville ; elle participera donc à augmenter la pertinence des adressages depuis la ville.

Dans l'hypothèse où ces propositions retiennent l'attention des instances décisionnelles du GHT, une démarche structurée sera mise en place pour avancer dans la définition et la mise en œuvre de ces différents points au niveau local et territorial.

2. L'imagerie

Le groupe de travail a été composé de médecins radiologues et de cadres d'imagerie issus des établissements du GHT, et a de plus inclut le groupement de radiologie privé intervenant sur l'hôpital de Gassin.

a. Etat des lieux et évolution prévisible

Les équipes médicales de radiologie

Les tailles d'équipe en imagerie sont très variables et varient actuellement de 7.2 ETP à 2 ETP, et peuvent donc être à l'origine de difficultés de fonctionnement, en particulier pour assurer les activités de PDES.

	CHITS		HIA Ste Anne		CH d'Hyères		CH de Brignoles		CH de Fréjus St Raphael		CH de Draguignan		CH de St-Tropez	
	Personnes	ETPR	Personnes	ETPR	Personnes	ETPR	Personnes	ETPR	Personnes	ETPR	Personnes	ETPR	Personnes	ETPR
Effectifs complet	6	6	8	7,2	5	4,5	3	2,1	6	5,5	3	3	10	
Praticiens effectuant des gardes de nuit	6 praticiens		8 praticiens		4 praticiens		3 praticiens		6 praticiens		2 praticiens		10 praticiens	

Tableau 19 : Effectifs médicaux de radiologie - source : établissements

Les systèmes d'information et le transfert d'image

Un état des lieux détaillé des systèmes d'information disponible dans chaque établissement en matière d'imagerie a été réalisé, les résultats en sont détaillés dans les tableaux ci-dessous :

Organisations de chaque site	CHITS	CH de Hyères	HIA Sainte Anne
Description de votre système d'information :			
Disposez-vous d'un RIS ? Si oui, lequel ?	oui, Agfa	oui Xplore	non
Disposez-vous d'un PACS ? Si oui, lequel ?	oui, Agfa	oui DOM 4 GEE arclight 5.9.2	oui, SIEMENS
Disposez-vous d'un système d'archivage ? Si oui, lequel ?		Oui, intégré au pac, multiples possibilités.	
Est-ce une archive neutre (VNA) ?	oui, Agfa	Actuellement NAS Local	oui, SIEMENS
Disposez-vous des fonctionnalités "échange et partage" ?	oui	Oui, via WADO ou REST ou DICOMSE	non
PDES :			
Comment est organisée la PDES dans votre établissement :	garde sur place (site de Ste Musse) du médecin radiologue qui assure la PDES de Ste Musse et de G.Sand	Absence opérationnelle du radiologue / Garde du manipulateur	1 MEDECIN DE GARDE SUR PLACE ET 1 MEDECIN INTERVENTIONNEL D'ASTREINTE
garde sur place ou astreinte du médecin radiologue ?	garde sur place des manipulateurs (2 à Ste Musse, 1 à G.SAND (hosp de La Seyne sur mer))		
Quelles techniques d'imagerie sont disponibles en PDES :			
- radiologie conventionnelle ?	- radiologie conventionnelle	Radio/ Echo/ Son	OUI POUR L'ENSEMBLE DES MODALITES SITEES
- échographie ?	- échographie (sauf GS)		
- scanner ?	- scanner		
-IRM ?	-IRM: en alternance avec l'HIA Ste Anne pour l'astreinte		
- radiologie interventionnelle ?	-RVC		
Téléradiologie :			
Utilisez-vous la téléradiologie pour votre activité réglée ?			
Si oui, par qui sont interprétés les examens ?	oui, une société commerciale de téléradiologie (TCF) en PDES et en journée si besoin.	Non	NON
- un radiologue de notre établissement			
- un radiologue libéral de notre ville, notre région, avec qui nous avons passé un accord			
- une société commerciale de téléradiologie			
Utilisez-vous la téléradiologie pour la PDES ?			
Si oui, par qui sont interprétés les examens ?	oui, une société commerciale de téléradiologie intervient en fonction des besoins	Non	NON
- un radiologue de notre établissement			
- un radiologue libéral de notre ville, notre région, avec qui nous avons passé un accord			
- une société commerciale de téléradiologie			
Utilisez-vous la téléradiologie pour la télé-experte ?			
Si oui, êtes-vous :			
- site demandeur d'avis d'experts ?	prévu dans le contrat	Oui, en tant que site demandeur via l'oubois (avis neurochir)	NON
- site expert recevant des demandes d'avis ?			
Effectifs :			
Nombre de médecins radiologues dans votre service :	6 radiologues (6ETP)	7 Médecins (dont 1 échographiste à mi temps et un vacataire en mammographie présent 1 jour par semaine) / 5,7 ETP	7 RADIOLOGUES ET 1 RESERVISTE 7,2 ETP
- en nombre de personnes ?		4 praticiens participent à la PDES	
- en nombre d'Equivalents Temps Plein ?			
Nombre de manipulateurs dans votre service :	- Ste Musse: 40 soit 30,3ETP - GS: 12 soit 11,2ETP	16 manip / 16 ETP	28 MANIPULATEURS + 1 PDR 27,5 ETP + 1 ETP PDR
- en nombre de personnes ?			
- en nombre d'Equivalents Temps Plein ?			
Nombre de secrétaires médicales dans votre service :	- Ste Musse: 10 soit 9,4ETP - GS: 2 soit 2ETP	4 secrétaires / 3,92 ETP	5 SECRETAIRES 5 ETP
- en nombre de personnes ?			
- en nombre d'Equivalents Temps Plein ?			

Tableau 20 : Etat des lieux des systèmes d'information en radiologie au sein du GHT (1/2) - source : établissements

Organisations de chaque site	CH Brignoles	CH Fréjus Saint Raphael	CH Saint Tropez	CH Draguignan
Description de votre système d'information :				
Disposez-vous d'un RIS ? Si oui, lequel ?	NON	Xplore - EDL	NGI	Qdoc AGFA
Disposez-vous d'un PACS ? Si oui, lequel ?	NON	Carestream	NGI	Impax AGFA
Disposez-vous d'un système d'archivage ? Si oui, lequel ?	NON	Oui dans le PACS	Serveur local	Impax AGFA
Est-ce une archive neutre (VNA) ?				
Disposez-vous des fonctionnalités "échange et partage" ?	NON	Non - Pas dans l'immédiat	Oui	Oui
PDSSES :				
Comment est organisée la PDSSES dans votre établissement : - garde sur place ou astreinte du médecin radiologue ? - garde sur place ou astreinte du(des) manipulateur(s) ?	Astreinte radiologue et manipulateur	Radiologue = Astreinte / Manipulateur = Garde sur place pour la radio conventionnelle + scanner et Astreinte pour le bloc opératoire	Astreinte à domicile	Médecin d'astreinte de 18h30 à 8h du lundi au samedi matin. Samedi astreinte de 13h à 8h le dimanche. Dimanche astreinte 24h au lundi matin, idem jour férié. Pour les manipulateurs pas d'astreinte ni de garde mais travail effectif intégré sur place dans leur 35 h par semaine.
Quelles techniques d'imagerie sont disponibles en PDSSES : - radiologie conventionnelle ? échographie ? - scanner ? IRM ? radiologie interventionnelle ?	TDM, Ix, Echo	Radiologie conventionnelle + scanner + échographie + bloc opératoire	TDM, Ix, Echo	radiologie conventionnelle, échographie, scanner
Téléradiologie :				
Utilisez-vous la téléradiologie pour votre activité réglée ?	Non	Non	Téléradiologie interne	Non
Utilisez-vous la téléradiologie pour la PDSSES ?	Non	Occasionnel - interprétation par société commerciale de téléradiologie	Téléradiologie interne	
Utilisez-vous la téléradiologie pour la 10M expertise	ORUBOX V2	Non		Système des urgences ORU PACA
Effectifs :				
Nombre de médecins radiologues dans votre service : en nombre de personnes ? en nombre d'Equivalents Temps Plein ?	3 praticiens pour 2 ETP interviennent sur le PDSSES (63 ans, 58 ans, 52 ans)	6 radiologues - 5,5 ETP	10 praticiens	4 médecins, ETP 4 1 départ en retraite sept 17 1 ETP en AM longue durée 1 mi temps thérapeutique (ne prend pas de garde) (→ Actuellement 2 praticiens prennent les garde)
Nombre de manipulateurs dans votre service : en nombre de personnes ? en nombre d'Equivalents Temps Plein ?	8 manipulateurs	25 manipulateurs - 23,8 ETP	12 manipulateurs	20 manipulateurs, 19,40 ETP
Nombre de secrétaires médicales dans votre service : en nombre de personnes ? en nombre d'Equivalents Temps Plein ?	3 secrétaires	9 secrétaires - 9 ETP	7 secrétaires	7 secrétaires, 7 ETP

Tableau 21 : Etat des lieux des systèmes d'information en radiologie au sein du GHT (2/2) - source : établissements

Il est souligné deux points majeurs :

- L'absence de PACS au CH de Brignoles ;
- L'existence d'un PACS non connectable aux systèmes des autres établissements au CH de Hyères.

La PDSSES en imagerie

Etat des lieux des activités par site en période de PDSSES :

		CH de Brignoles		HIA Ste Anne		CH d'Hyères		CH de Fréjus St Raphael		CH de Draguignan		CH de St-Tropez		Total annuel				
		Total annuel	Moyenne / jour	Total annuel	Moyenne / jour	Total annuel	Moyenne / jour	Total annuel	Moyenne / jour	Total annuel	Moyenne / jour	Total annuel	Moyenne / jour	Total annuel	Moyenne / jour			
Nuits	Echographie	Total	412	1,1	24	0,1	206	0,6	128	0,4	100	0,3	48	0,1	43	0,1	961	2,6
		18h30 / 00h	338	0,9	19	0,1	190	0,5	109	0,3	87	0,2	41	0,1	40	0,1	824	2,3
		00h / 8h	74	0,2	5	0,0	16	0,0	19	0,1	13	0,0	7	0,0	3	0,0	137	0,4
	TDM	Total	4660	12,8	2360	6,5	2044	5,6	1246	3,4	1793	4,9	578	1,6	1079	3,0	13760	37,7
		18h30 / 00h	3124	8,6	1805	4,9	1628	4,5	810	2,2	1545	4,2	376	1,0	818	2,2	10106	27,7
		00h / 8h	1536	4,2	555	1,5	416	1,1	436	1,2	248	0,7	202	0,6	261	0,7	3654	10,0
WE et JF	Echographie	240	2,1	56	0,5	207	1,8	0	111	1,0	125	1	28	0,2	767	6,8		
	TDM	1871	16,6	1890	16,7	914	8,1	0	785	6,9	789	7	349	3,1	6598	58,4		

Tableau 22 : Synthèse de l'activité de PDSSES en imagerie en 2016 sur les établissements du GHT - source : établissements

b. Objectifs et structuration projetée

Les fonctions de la télé imagerie

Les moyens techniques permettant les activités de télé imagerie au sein du GHT Var, vont rapidement être consolidés dans les 2 années à venir (cf. ci-dessus) afin de donner la possibilité aux équipes des différents établissements et sites d'imagerie du GHT d'échanger des images. L'utilisation de cette technologie peut être vue à deux niveaux différents :

- **La télé imagerie diagnostique** dont l'objectif est de permettre l'interprétation d'une image à distance dans un objectif de réalisation d'un diagnostic ; ce type d'activité peut permettre le renforcement d'une équipe en journée ou en période de permanence des soins. Ce type d'organisation peut être décliné entre les praticiens publics de plusieurs établissements pour le partage d'une activité diagnostic dont le volume permet un certain degré de mutualisation ; des activités de télé-imagerie diagnostique peuvent aussi être assurées par un prestataire privé extérieur à aux établissements du GHT, afin d'assurer la continuité des soins pour des établissements dont l'équipes de radiologie n'est pas en nombre suffisant pour le faire.
- **La télé imagerie d'expertise** dont l'objectif est d'apporter de jour comme en période de PDSSES, une expertise particulière dont l'équipe de l'établissement donné ne dispose pas, et susceptible d'améliorer la qualité de la prise en charge d'un patient à un moment donné.

La PDSSES

Au vu des chiffres présentés dans le tableau ci-dessus, les participants distinguent deux situations ; l'échographies et l'imagerie en coupe (TDM).

Concernant l'imagerie en coupe, les participants s'accordent sur le fait que les volumes d'examen TDM réalisés par période sur l'ensemble du GHT pourraient permettre un certain niveau de partage des organisations et des activités de PDSSES sur le territoire Var, à une échelle plus large que celle de l'établissement ; considérant qu'avec les aménagements de temps de travail adéquats (repos de garde le lendemain) un maximum de 25 à 30 interprétations par nuit (18h30 – 8h) semble acceptable, si l'on considère qu'environ 60 à 70% des demandes d'examen sont des interprétations simples et rapide (ex : trauma crânien suite à chute d'une personne âgée).

Les participants nuancent leurs propos concernant les échographies et ne semblent pour le moment pas prêts à un partage des organisations ou des activités de PDSSES entre les établissements.

Scenario de mutualisation de la PDSSES

Plusieurs scénarii ont été analysés avec une mutualisation plus ou moins large des activités d'interprétation de nuit, le scénario retenu par le groupe de travail est le suivant :

- Une ligne d'astreinte opérationnelle en première partie de nuit (18h30 – 0H00) au sein de chaque établissement du GHT ;
- Une ligne de garde sur place unique de 0H00 à 8H00 couvrant l'ensemble des établissements du GHT à l'exception de l'HIA (trauma center qui, de plus, effectue une garde de télé imagerie pour les hôpitaux militaires de Metz et de Lyon), et du CH de Gassin (imagerie de PDSSES prise en charge par les radiologues libéraux) avec participation de l'ensemble des radiologues publics des établissements concernés. Ces derniers effectuent la garde sur place au sein de leur

établissement de rattachement, avec un maximum de 2 gardes de nuit profonde par praticien et par mois ;

- Possibilité d'ouverture d'une seconde ligne durant les 3 mois de saison (15 juin-15 septembre) au-delà de 12 interprétations par nuit.

Afin de pouvoir mettre en place ce scénario, les prérequis suivants ont été exposés :

- Un SI communicant fonctionnel ;
- La possibilité de solliciter l'intervention de la télé imagerie externalisée privée en cas d'impossibilité à assumer la seconde ligne en saison.

Ce scénario permet de pouvoir répondre au service public de façon efficiente en nuit profonde, tout en préservant l'activité programmée et libérale de chaque équipe en limitant le nombre de journées de récupération de chacun.

c. La radiologie interventionnelle

Il n'existe qu'une équipe de radiologie interventionnelle sur le territoire varois, à l'HIA Sainte Anne, mais un second plateau technique dédié existe au CHITS. Il est important que les équipes de radiologie interventionnelle du Var s'étoffent à partir de l'équipe existante à Ste Anne dans les mois à venir, en relation avec les CHU de Nice et Marseille ; cela se fera dans le cadre des préconisations qui pourront être faites dans le PRS2.

d. Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation

Celles-ci seront à être validées mises en place sous la forme :

- D'indicateurs de réalisation d'actions : SI communicant fonctionnel, mise en place de la télé-expertise, réduction du nombre de postes vacants,...
- D'indicateurs de suivi : taux de recours à de l'intérim, à l'utilisation de la télé imagerie externalisée privée, nombre d'acte TDM réalisés en PDES par sites, ...
- Modalité d'évaluations : tableau de bord des indicateurs, analyse des écarts, discussion en comité stratégique et actions correctrices
- Modalités d'actualisation selon les données du PRS2.

3. La filière neurovasculaire

a. Contexte et évolution prévisible

Chaque jour en France, 360 patients sont victime d'un AVC ce qui représente la première cause de handicap acquis de l'adulte, la deuxième cause de démence et la troisième cause de mortalité. Leur incidence ne va cesser d'augmenter dans les 10 années à venir pour représenter à l'orée 2020 la première cause de mortalité humaine à l'échelle planétaire devant les pathologies cardiaques. Le Var n'échappe pas à cette problématique, bien au contraire du fait de la surreprésentation des personnes âgées au sein de sa population, de sa forte croissance démographique et de son potentiel touristique.

La prise en charge des AVC a été révolutionnée en France durant ces quinze dernières années par l'avènement des filières neurovasculaires représenté par les unités neurovasculaires et le développement des techniques de recanalisation cérébrale d'abord médicamenteuse (thrombolyse) puis mécanique neuro-interventionnelle (thrombectomie) actuellement en plein essor.

L'augmentation du service médical rendu (SMR) aux patients par les filières neurovasculaires repose d'abord sur l'accueil des patients en unités neurovasculaires (UNV) qui à elles seules permettent d'éviter 56 décès ou dépendance pour 1000 patients admis, indépendamment de l'utilisation des techniques de re-canalisation cérébrale qui quoique plus puissantes demeurent encore administrées à un nombre limité de patients (10% des AVC pour la thrombolyse et 5% pour la thrombectomie en France en 2016).

Il est donc avant tout fondamental pour le Var, de bénéficier de capacités d'accueil des AVC en UNV en lien avec sa démographie, que les quelques chiffres suivants permettent d'appréhender :

- 262 AVC pour 100 000 habitants en France annuellement ;
- 1 millions d'habitants dans le Var → donc 2620 patients à prendre en charge (uniquement pour les habitants du Var, sans prendre en considération les cas liés au tourisme saisonnier).

La seule offre neurovasculaire dans le Var est localisée à Toulon où 2 UNV ont été mises en place intramuros respectivement en 2003 à l'HIA Sainte-Anne et en 2007 au CHITS. Ces deux structures supportent depuis leur création l'intégralité du poids de la filière neurovasculaire dans le Var. En dépit de leur résilience, leurs capacités et leur mode de fonctionnement sont aujourd'hui dépassées par un afflux de patients qui n'a cessé de croître de par la structuration de la filière neurovasculaire d'une part et l'extension des indications des thérapeutiques de recanalisation d'autre part. Par ailleurs l'absence d'UNV dans l'est varois, constitue une réelle problématique avec des temps de transfert très longs variables vers les UNV toulonnaises quel que soit le vecteur utilisé.

b. Objectifs et structuration proposée

Le projet toulonnais

Les neurologues vasculaires du CHITS et de l'HIA Sainte Anne souhaitent faire évoluer leur mode d'exercice vers un fonctionnement plus intégré et adapté aux évolutions technologiques en proposant un site unique d'accueil, d'évaluation et de prise en charge des urgences neurovasculaires

en phase hyperaiguë à l'HIA Sainte Anne, qui est le seul site équipé d'un plateau complet de neuroradiologie interventionnelle et de neurochirurgie du département, avec les corollaires suivants:

- **Un retour organisé et avec un délai de sécurité** à l'issue de la prise en charge sur l'HIA sur les sites locaux selon le profil du patient (UNV, services de médecine, de gériatrie, de rééducation, de convalescence) selon l'état du patients et ses besoins de prise en charge médicale. Cela implique la conduite d'une réflexion multidisciplinaire à l'échelle du territoire visant à structurer ces flux d'aval, avec l'identification et la mise en œuvre de lits « labellisés » sur le territoire, capables d'accueillir ces retours précoces adaptés aux différents profils des patients. Les lits de SSR EVC-EPR du CHITS (site de Georges Sand) participeront à cette réponse (pour les cas les plus graves) et doivent donc être pérennisés dans le cadre d'une reconnaissance institutionnelle des tutelles.

Ce préalable est un **incontournable avant le lancement de cette nouvelle organisation.**

- Création en remplacement du système d'astreinte alterné actuel d'une **garde neurovasculaire unique à l'HIA Sainte-Anne** avec présence 24h/24 d'un neurologue vasculaire dédié à la prise en charge des urgences neurologiques impliquant les praticiens des deux sites (Sainte Anne et Sainte Musse), et la mise en place d'un système performant pour assurer la continuité des soins en heures et jours non ouvrables (astreinte, télé médecine depuis Sainte-Anne) pour les lits d'UNV de Sainte Musse ;
- **Une densification des équipes médicales neurovasculaires des 2 sites** (objectif minimum 5 praticiens à Ste-Anne et 8 à Ste-Musse) en mesure de participer à la garde neurovasculaire. Ce recrutement en neurologues permettra d'une part de permettre le repos compensateur des neurologues vasculaires et également d'assurer la poursuite des autres activités neurologiques que doivent assurer ces services. Des procédures RH novatrices, telles que la mise en place d'assistants partagés entre les 2 sites ou avec le CHU pourraient être envisagées.
- La nécessité d'un **système d'information fiable** reliant les établissements, et permettant le transfert d'image et de vidéos, selon les recommandations nationales en la matière, formulées par la Société Française Neurovasculaire. Actuellement « l'ORU-Box » de l'ORU PACA propose ces services, dont la fiabilité pour une utilisation en routine doit être encore consolidée dans la pratique.
- **Une réflexion globale à l'échelle du Var** sur la prise en charge de l'ensemble de la pathologie neurologique au-delà des urgences neurovasculaires, qui représente également un enjeu de santé publique que l'optimisation de la filière neurovasculaire ne doit pas obérer.

Cette organisation pourrait voir le jour dès le premier trimestre 2018 si et seulement si l'ensemble des conditions citées ci-dessus sont pleinement réunies après validation de cette stratégie au niveau des différents établissements et du GHT.

Le projet Est Var

Le constat de l'absence d'UNV dans l'est Var justifie la réflexion actuelle menée par l'ARS sous la forme de ses groupes de travaux et de l'écriture du PRS2 afin d'organiser une prise en charge de qualité en liaison avec les UNV toulonnaise et des alpes maritimes qui encadrent cette sous-région.

c. Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation

Celles-ci seront à être validées et mises en place sous la forme :

- D'indicateurs de réalisation d'actions : SI communicant fonctionnel, mise en place et utilisation de la télé-expertise, etc...
- D'indicateurs de suivi : nombre et évolution des prises en charge sur l'HIA, nombre et évolution des patients pris en charge en service de médecine de proximité du territoire ou en SSR suite à un AVC, satisfaction des patients, etc...
- Modalité d'évaluations : tableau de bord des indicateurs, analyse des écarts, discussion en comité médicale de groupement et en comité stratégique et actions correctrices ;
- Modalités d'actualisation selon les données du PRS2.

4. Les filières gériatriques

L'ensemble des propositions relatives à la thématique gériatrique ont été faites par les représentants des équipes gériatriques de chaque site, et des praticiens de médecine générale ou internistes pour les établissements ne disposant pas de cette spécialité mais prenant malgré tout en charge des personnes âgées, notamment via les urgences.

a. Contexte et évolution prévisible

Le constat est fait que l'Est et l'Ouest du département ne sont pas au même point d'avancement en matière de structuration des filières gériatriques ; certains établissements sont en demande de solutions à des problèmes concrets rencontrés au quotidien. Ainsi, après avoir réalisé un état des lieux des activités réalisées et des places d'accueil disponibles dans les établissements du Var, plusieurs thèmes ont été retenus pour être développés dans le Projet Médical Partagé. Ils comprennent :

Les éléments du projet PAERPA de l'Est Var

« La démarche PAERPA fait l'objet d'une expérimentation nationale, initiée dans les 9 territoires pilotes dans le cadre de la LFSS pour 2013 et étendue en juin 2016 aux régions dépourvues, dont la région PACA. (...)

Le territoire de l'Est Var a été retenu en juin 2016 par le Ministère de la santé et des Affaires Sociales pour développer un programme PAERPA. Le choix de ce territoire est lié à son vieillissement et au degré de maturité et d'organisation engagés des acteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux autour des personnes âgées, aux actions déjà engagées et à la dynamique mise en place. (...)

Le programme PAERPA s'articule avec la réflexion sur le GHT départemental. »¹

La création d'un court séjour gériatrique au CH de Brignoles

Compte tenu des modifications démographiques du bassin de population Brignolais, une restructuration des capacités d'accueil du service de médecine polyvalent est décidée.

¹ Extrait du document ARS de 09/2016 - Dr Diane PULVENIS - « Projet PAERPA EST VAROIS, premiers éléments d'un diagnostic territorial »

L'organisation des filières d'aval (SSR)

Les acteurs de gériatrie du GHT sont unanimes dans leurs appréciations des difficultés d'accès à des lits de SSR en aval des courts séjours gériatriques (CSG) du territoire. Ce constat est plus globalement fait par les services de Médecine et de Chirurgie accueillant une patientèle âgée et poly pathologiques.

Demande de « prise en compte de l'orientation gériatrique » du SSR polyvalent du CH du Luc

L'Hôpital du Luc- en -Provence dispose d'une structure « SSR polyvalent » d'une capacité de 30 lits qui accueille des patients dont la moyenne d'âge oscille autour de 87 ans.

Le SSR de l'Hôpital du Luc accueille de par sa position géographique centrale, charnière entre le Var-Est et le Var-Ouest, des patients âgés polypathologiques en provenance à la fois des services de Médecine et Chirurgie du CH de Brignoles mais également et en nombre quasi-identique du court séjour de Gériatrie et des services de Médecine du CH de la Dracénie.

L'onco-gériatrie

Une part importante des patients âgés entrant dans les filières cancérologiques ne bénéficie pas d'une expertise oncogériatrique. Le groupe de travail propose donc de travailler en partenariat avec les acteurs de cancérologie (oncohématologues, chirurgiens, pneumologues, etc.) au sein de chaque établissement du GHT ; l'objectif est de systématiser le recours à l'onco-gériatrie. Par ailleurs, une réunion de dossiers oncogériatrique varoise sera proposée en complément des RCP d'organes.

Le « post-urgences »

Un constat a été posé suite à l'expression d'un besoin par l'HIA Sainte Anne ; en effet cet établissement ne met pas en œuvre de filière gériatrique ; pourtant, le service d'accueil des urgences de l'HIA accueille des personnes âgées polypathologique et/ou dans des situations sociales complexes, aussi bien que les autres SAU du territoire. Les urgentistes et les internistes de l'HIA Sainte Anne sont donc en besoin de filières d'aval à ces patients recruté via les urgences, afin de les orienter vers :

- une prise en charge à court terme et un suivi gériatrique en ville ;
- une prise en charge en court séjour gériatrique (ou en SSR, cf. ci-dessus) immédiatement au décours du passage aux urgences si leur état ne permet pas un retour à domicile.

Les acteurs du Var ouest ont donc souhaité construire des propositions pour répondre à ce besoin.

La formation

L'équipe gériatrique du CHI FSR propose depuis quelques années aux personnels médicaux et paramédicaux des établissements publics et privés du territoire prenant en charge des personnes âgées, des formations pratiques payantes destinées à sensibiliser les personnels aux spécificités de la personne âgée, et à former les personnels à des techniques et pratiques gériatriques spécifiques.

La communauté médicale gériatrique du GHT a souhaité s'inspirer de cette expérience pour la développer à l'échelle du territoire varois.

b. Objectifs et structuration proposée

Le projet PAERPA Var-est

Population cible

Personnes de 75 ans et plus, autonomes ou non, dont l'état de santé est susceptible de s'altérer pour des raisons d'ordre médical et/ou social.

Dispositif reposant sur la continuité des parcours

- La coordination clinique de proximité (CCP) ;
- La coordination territoriale d'appui (CTA), renommée « coordination territoriale des aînés » ;
- Des outils « parcours » et un dispositif d'accompagnement pour les professionnels.

Actions clés pour chaque étape du parcours

- Action clé N°1 : Renforcer et sécuriser le maintien à domicile ;
- Action clé N°2 : Améliorer la coordination des acteurs sanitaires, médico-sociaux avec la mise en place d'une Coordination Territoriale d'Appui (CTA) ;
- Action clé N°3 : Limiter les hospitalisations évitables et optimiser les entrées et les sorties d'hospitalisation ;
- Action clé N°4 : Faciliter et sécuriser la circulation d'information entre les professionnels.

Limiter les hospitalisations évitables et optimiser les entrées et sorties d'hospitalisation

Ce point est l'action clé centrale dans le PMP pour les établissements Var Est ; avec une mobilisation de la communauté hospitalière autour de la prise en charge des personnes âgées par une gouvernance adaptée (repérage, évaluation, référentiels de bonnes pratiques, numéro gériatrique unique, admissions programmées, sorties et suivis des hospitalisations en lien avec la CCP et les acteurs du domicile, partage d'informations, expertise gériatrique au domicile etc.).

Projets proposés par les établissements et validés dans le cadre du PAERPA VAR EST

La zone géographique concernée correspond au Var Est (zone regroupant les 2 établissements porteurs du projet [CH de la Dracénie, CHI de Fréjus Saint-Raphaël]) et intègre le golfe de St Tropez et l'arrière-pays Var Est.

Les trois projets suivants ont été proposés :

- Équipe mobile gériatrique extrahospitalière (EMGEH) ;
- Équipe mobile de Psychiatrie du SA (EMPSA) ;
- Unité cognitivo-comportementale (UCC).

Équipe mobile gériatrique extrahospitalière Var Est

L'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière qui intervient auprès de la personne âgée à son domicile (hors EHPAD), est composée de 2 antennes basées respectivement sur le CH de la Dracénie et le CHI de Fréjus Saint-Raphaël. Bien qu'il existe un numéro de téléphone d'accès unique et un dossier gériatrique commun, chaque antenne est intégrée à l'organisation de la filière gériatrique de son établissement de rattachement.

L'équipe mobile de gériatrie extrahospitalière, activée par la CTA, l'équipe de soins de premier recours (médecins, IDE...) a pour mission de :

- Permettre des expertises gériatriques en appui aux CCP ;
- Contribuer aux PPS à la demande du médecin traitant ;
- Réaliser des bilans gériatriques rapidement ;

- Assurer un suivi gradué en fonction des situations ;
- Travailler en coordination avec l'équipe mobile intra-hospitalière.

- *Équipe mobile territoriale de Psychiatrie du SA*

L'équipe mobile de psychiatrie est rattachée au service de psychiatrie adulte du CHI de Fréjus Saint-Raphaël. Dans le cadre du PAERPA, cette dernière a été renforcée afin de couvrir l'ensemble du territoire Var Est et ainsi, permettre de prendre en charge les troubles psychiatriques du sujet âgé de plus de 65 ans en complémentarité des dispositifs des secteurs de psychiatrie.

Cette équipe travaille en lien avec les ressources existantes (privées et publiques) et intervient à domicile ou en consultations à la demande d'un professionnel de santé (avec l'accord du médecin traitant) ou activé par la CTA.

Elle a pour mission de :

- faciliter l'accès aux soins psychiatriques pour les sujets âgés ;
- faciliter le diagnostic et la prise en charge des troubles psychiatriques par des réponses adaptées aux problématiques des personnes âgées ;
- d'informer et de mener des actions de formation auprès des professionnels, en particulier sur les possibilités de prises en charge adaptées à la complexité des situations.

- *Unité cognitivo-comportementale*

Une unité cognitivo-comportementale, rattachée au Centre de gérontologie du CHI de Fréjus Saint-Raphaël, a été créée. Cette UCC de 11 lits au sein du Service de Soins de Suite et de Réadaptation Gériatrique (qualification pour affections de la personne âgée poly pathologique ou à risque de dépendance) prend en charge des patients provenant du Var Est.

Cette unité a été ouverte afin de :

- Compléter l'offre de soins du parcours patient Alzheimer sur le territoire Var Est ;
- Assurer une meilleure prise en charge des patients valides présentant un trouble neurocognitif majeur avec troubles psycho comportementaux sévères, à partir du domicile, d'un EHPAD ou d'un service d'hospitalisation ;
- Diminuer les hospitalisations non programmées de cette patientèle dans des unités de soins non adaptées ;
- Permettre une fluidification du parcours patient Alzheimer au sein des filières hospitalières du Var Est.

La création d'un court séjour gériatrique au CH de Brignoles

Un projet de conversion de 15 lits de médecine polyvalente en médecine gériatrique est en cours d'élaboration au CH de Brignoles (restructuration de 15 lits du service de Médecine C en lits de court séjour de Gériatrie) ; dans ce contexte, une demande de poste de gériatre a été mise en ligne le 1^{er} mai, pour un lancement courant 2018. Les projets médical et paramédical sont en cours de finalisation.

L'organisation des filières d'aval (SSR)

Après avoir établi que dans le Var, le nombre de lits de SSR était supérieur à la moyenne française, les participants proposent de mettre en place une méthode d'analyse qui pourrait permettre

d'évaluer les profils de patients occupants les lits de SSR polyvalents et ceux de SSR gériatriques du territoire.

Cette analyse une fois finalisée pourrait servir d'outil d'évaluation au sein des établissements du GHT, voire permettre de demander la requalification d'un SSR polyvalent en SSR gériatrique.

Les participants souhaitent donc mettre en place cette méthode d'analyse des lits de SSR des établissements du GHT, en collaboration avec le DIM de l'établissement support, de façon à objectiver les lits de SSR réellement disponibles pour les CSG et les patients âgés poly pathologiques en sortie d'hospitalisation des services de Médecine et de Chirurgie du Var et ainsi préparer les travaux du SROS, en apportant à l'Agence les outils d'analyse permettant de prendre en compte la réalité rencontrée par les acteurs de terrain.

Il est à souligner que l'avènement récent de la tarification à l'activité avec la classification GME, (mise en place progressive jusqu'à 2022) va probablement modifier les stratégies de recrutement des différents SSR du territoire ; la démarche d'analyse des casemix évoquées ci-dessus permettra de porter l'attention et objectiver certaines évolutions du recrutement des différents sites SSR dans ce contexte nouveau.

Demande de « prise en compte de l'orientation gériatrique » du SSR polyvalent du CH du Luc

Dans le contexte décrit ci-dessus, de forte implication du SSR de l'Hôpital du Luc (et de la majeure partie de l'établissement de façon plus générale) dans la prise en charge de patients âgés et poly - pathologiques, il serait souhaitable d'engager une réflexion en vue d'une « prise en compte de la spécificité gériatrique » du SSR de l'établissement.

Cette « reconnaissance de vocation gériatrique » du SSR du Luc permettrait une orientation adéquate dans le cadre du service public pour les patients issus des services de courts-séjours cités ci-dessus et permettrait plus particulièrement de consolider la filière gériatrique avec le CH de Brignoles.

Par ailleurs cela permettrait aussi de renforcer l'offre publique en lits de SSR gériatriques du territoire, en dotant le « Centre Var » d'une telle structure manquante et stratégiquement bien située, à moyens constants sans création de lits supplémentaires.

Enfin la prise en compte de l'orientation gériatrique du SSR permettrait d'optimiser les taux d'occupation des services d'aval que sont l'unité de longue durée (USLD) et le volumineux secteur EHPAD(224 lits) de l'établissement du Luc.

L'onco-gériatrie

Le parcours du patient onco-gériatrique pris en charge dans les établissements du GHT est étudié afin de comprendre les différents moments où les onco-géiatriques peuvent intervenir. Il en ressort deux étapes importantes :

- Le score ONCODAGE réalisé dès la première consultation par un spécialiste d'organe si le patient est âgé de plus de 75 ans. La réalisation de ce score doit être systématisée et pourrait être confiée à des personnels paramédicaux formés (par exemple : les infirmières de consultation) ;
- La synthèse de l'évaluation onco-gériatrique valide la possibilité ou non pour le patient de bénéficier d'un traitement spécifique, en s'appuyant sur l'expertise gériatrique des praticiens et un ensemble d'indicateurs validés par les sociétés savantes. Cette consultation ouvre

l'occasion de propositions gériatriques spécifiques (révision de traitement personnel, conseils nutritionnel, priorisation de prises en charge, ..), qui sont mises en œuvre en amont du plan de soins.

Le « post-urgences »

Les consultations post-urgences gériatriques

Suite à l'exemple de la dynamique Var Est en matière de repérage des patients en situation de fragilité, le groupe s'interroge sur les éléments d'offre que les établissements doivent mettre en place pour améliorer le repérage, l'inclusion et la prise en charge dans les filières gériatriques des patients âgés pris en charge aux urgences des différents sites.

Des consultations post-urgences gériatriques sont envisagées ; elles permettraient à des patients d'éviter une hospitalisation inadaptée et de rentrer à domicile, tout en rassurant le médecin urgentiste et l'entourage du patient sur une prise en charge gériatrique dans un délai court (proposition de créneaux à 1 semaine maximum).

Dans le cadre du GHT, et afin d'uniformiser les pratiques, certains aspects doivent être formalisés, notamment :

- les critères d'adressage des patients,
- le lien avec les urgences (au sein du même établissement ou d'un établissement tiers),
- les modalités de consultations et les démarches de communication/information auprès des adresseurs potentiels, en particulier les urgences.

Il est proposé que des critères d'adressage en consultation soient discutés entre les gériatres et les urgentistes du territoire, en particulier avec les urgentistes de l'HIA Sainte Anne, sur la base de la grille d'identification des patients devant être orientés en gériatrie mise en place au CHITS (cf. ci-dessous).

Il est proposé d'autre part que les « consultations post-urgences à 1 semaine » soient organisées à la fois :

- au CHITS (une demi-journée par semaine) ;
- au CH d'Hyères (idem).

En périodes de congés, le patient pourra être adressé sur le site de consultation ouvert.

En fonction du niveau de sollicitation et de remplissage de ces consultations, appréciée par une évaluation à 6 mois, pourront justifier des moyens supplémentaires pour étendre les créneaux.

A la sortie du service d'urgences, une plaquette spécifiant les coordonnées nécessaires à la prise de RDV en « consultation post urgence 1 semaine » sera remise aux patients éligibles ou à leurs accompagnants.

L'agenda suivant est proposé :

- Concertation avec les médecins urgentistes en juin-juillet 2017 en vue de la définition des critères d'éligibilité et des organisations communes ;
- Ouverture des créneaux de consultation : septembre 2017.

Les unités post-urgences gériatriques (UPUG)

Ces unités de très courts séjours post-urgences permettraient une prise en charge spécifique des sujets âgés, elles concerneraient dans un premier temps les établissements du Var Ouest où l'offre de soins pour les patients âgés est moins développée qu'en Var Est.

Un travail doit, dans un premier temps, être mené afin de définir les critères structurant permettant le fonctionnement de ces unités tels que les critères d'admission, les personnels présents, la DMS cible, etc. La question de l'intégration des patients issus des patients de l'HIA Sainte Anne est également évoquée, de manière à garantir à l'HIA une filière d'aval de ses urgences et ainsi limiter les fuites hors GHT.

Une démarche d'instruction des sujets suivants reste à mener en coordination entre les gériatres (en particulier de Hyères) et les urgentistes (en particulier de St Anne) :

- Les profils de patients adressés à l'UPUG, orientation et durées de séjour attendue à compléter ;
- Les volumes attendus de l'HIA ;
- Le projet médical lié à ces unités en fonction de leur « mission ».

La formation

Afin de promouvoir la gériatrie et ses bonnes pratiques à l'échelle du GHT, et ce dans l'ensemble des unités prenant en charge des personnes âgées polypathologiques, la mise en place de formations animées préférentiellement par des gériatres et des personnels paramédicaux du GHT, et éventuellement par des intervenants extérieurs, est envisagée, en s'inspirant des initiatives précédentes de l'équipe gériatrique du CHIFSR.

Ces formations payantes seraient accessibles aux personnels médicaux et paramédicaux des établissements du GHT, dans le cadre du DPC, mais également à d'autres établissements extérieurs au GHT, prenant en charge des personnes âgées. Elles seraient donc mise en place dans le but de favoriser les échanges entre les professionnels et harmoniser les pratiques afin de sensibiliser les équipes soignantes à la gériatrie, et ainsi permettre de :

- Professionnaliser la prise en charge de la personne âgée en structure de soins ;
- Savoir identifier et de prendre en charge les syndromes gériatriques ;
- Diagnostiquer et prendre charge les maladies fréquentes de la personne âgée ;
- Acquérir des repères en vue d'améliorer les pratiques ;
- Connaître les effets du vieillissement sur le corps humain.

d. Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation

Celles-ci seront à être validées et mises en place sous la forme :

- D'indicateurs de réalisation d'actions : mise en place des différents thèmes, ...
- D'indicateurs de suivi : taux de recours aux soins, nombre et évolution des patients pris en charge en service de médecine ou en SSR décrits dans le projet, évolution de la DMS et de l'IP-DMS, satisfaction des patients et de leur famille, ...
- Modalité d'évaluations : tableau de bord des indicateurs, analyse des écarts, discussion en comité stratégique et actions correctrices
- Modalités d'actualisation selon les données du PRS2.

5. Les activités de pharmacie

a. Contexte et évolution prévisible

La communauté des pharmaciens des sites hospitaliers du GHT Var ont réalisé un état des lieux de leurs Pharmacies à Usage Intérieur (PUI) respectives et de leurs circuits du médicament (cf. tableau ci-dessous).

Dans l'optique de tendre vers une sécurisation du circuit du médicament maximale, chacun de ces sites a mis en place les éléments suivant:

- l'informatisation des prescriptions (les 11 sites pharmaceutiques du GHT auront achevé cette transition d'ici la fin du premier trimestre 2018) ;
- la délivrance nominative individuelle (DNI).

Afin de pouvoir in fine dispenser les médicaments de façon unitaire et nominative.

	CHITS	HIA	CHI FSR	CHB	CHD	CHH	CHPF	CHST	LeLuc
SITES PHARMACEUTIQUES									
Nb PUI	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Nb sites	2	1	1	1	1	2	1	1	1
Nb sites approvisionnés	4	2	3	2	2	1	5	1	2
CIRCUIT DU MEDICAMENT									
Centrale d'achat									
	UNI-HA	DAPSA et RESAH IDF	GAPAM	GAPAM	GAPAM	GAPAM	GAPAM	GAPAM	GAPAM
Prescription									
% lits informatisés	58	89	39	100	100	100	100	100	100
niveau analyse	2	2	1	2	2	2	2	?	2
Dispensation									
DNI	oui	oui	oui	non	oui	oui	oui	oui	oui
% lits en DNI									
type DNI									
Automate									
					oui	oui			

Tableau 23 : Etat des lieux des PUI et circuits du médicament - source : établissements

L'évolution des pratiques de PUI tendant vers la sécurisation progressivement croissante des processus de dispensation, implique d'aller vers la dispensation automatisée, et donc vers l'acquisition d'automates de dispensation ; ces équipements signifient des investissements lourds et doivent être réfléchis dans le cadre de mutualisation au niveau des établissements d'un territoire. C'est la réflexion dans laquelle s'est placée la communauté des pharmaciens du GHT.

b. Objectifs et structuration proposée

Sécurisation du circuit du médicament par automatisation de la dispensation

La prescription est informatisée dans les établissements du GHT. L'objectif est donc de développer et généraliser la dispensation individuelle nominative et les préalables sont :

- Harmoniser les livrets thérapeutiques ;
- Procéder à des achats groupés au niveau régional.

Le projet peut se décliner en 2 phases :

- Préparation centralisée des doses à administrer sur un établissement unique pour l'ensemble des PUI du GHT pour l'ensemble des médicaments (sauf volumes liquides importants) ;
- Préparation des doses à dispenser sur 2 (ou 3 ?) sites avec interfaçage des différents logiciels actuellement utilisés (Orbis, Pharma, Idéo med, Cariatide, Easily, ...).

Afin de généraliser la dispensation individuelle, les pharmaciens du GHT ont articulé leur projet selon une réflexion en 3 étapes, qui pourront s'échelonner sur les 5 années à venir :

- **Etape 1 : Audit sur l'ensemble des PUI du GHT** : avec une étude de la faisabilité et une étude financière ;
- **Etape 2 : Validation par l'ARS et le GHT** ;
- **Etape 3 : Déploiement du projet.**

Permanence des soins en PUI : mutualisation

Les CH de Brignoles et de l'hôpital départemental du Luc mutualisent déjà leurs permanences des soins. De la même façon une réflexion a ainsi été menée entre :

- le CH FSR et le CH Saint Tropez ;
- le CH Hyères et le CH Pierrefeu.

6. Les filières urgences

a. Contexte et évolution prévisible

Les établissements constituant le GHT jouent un rôle majeur quant à la prise en charge des urgences, à la fois en raison du rôle de régulateur que le service de régulation du Centre de Régulation et de Réception des Appels remplit au niveau du département mais aussi en raison de la présence d'un service d'urgences dans la presque totalité des établissements du GHT.

Le premier défi est lié à la multiplicité des profils des patients qui fréquentent les urgences et qui doivent trouver, dans le même ensemble d'urgences, plusieurs types de réponses qu'elles soient médicales ou sociales. La capacité de trouver toutes les réponses à ces demandes hétérogènes est difficile. Organiser les urgences en questionnant la venue des patients ne relevant pas strictement des urgences nécessite de travailler en amont sur notamment l'orientation pré-hospitalière en sachant que le ou les filtres parfaits ne relève que du mythe.

Le deuxième défi est d'aller au-delà du circuit traditionnel de prise en charge aux urgences : si c'est grave, on est hospitalisé, sinon, on rentre à domicile. La question est de savoir si cette vision nécessite aujourd'hui d'être réfléchie et organisée avec les offreurs de soins situés en aval et en amont de ce parcours. L'importance de ce questionnement repose sur trois constats :

- Le premier constat est celui le plus visible, à savoir celui de la saturation régulière des services d'urgence. Cette saturation est parfois hétérogène sur un même territoire de santé et une régulation plus efficace pourrait permettre un meilleur lissage territorial des flux.
- Le second constat est lié à l'évolution attendue de la composante hospitalière. En effet, l'évolution des techniques médicales et les innovations organisationnelles qui s'imposent se traduiront par une contraction de la composante traditionnelle de l'hospitalisation au profit

des plateaux techniques et des organisations permettant des séjours plus courts, voire ultracourts de la prise en charge des patients. La saturation (très souvent très relative) des lits d'hospitalisation risque de persister. Par ailleurs, le profil des plateaux techniques impactera de plus en plus le réseau et les filières de certaines urgences

- Le troisième constat est d'intégrer fortement l'ensemble des offreurs des soins (qui sont déjà nombreux) médicaux, paramédicaux et médico-sociaux. Les services d'urgences doivent pouvoir être plus encore des portes d'entrées vers l'hospitalisation à domicile, les établissements de soins de suite et le circuit ambulatoire. D'autres offres de soins sont à intégrer de façon plus étroite comme les EPADH sans oublier les professionnels libéraux médicaux et paramédicaux. Les progrès qui s'imposent reposent sur la capacité des différents acteurs de co-construire ces parcours de santé et le GHT représente une opportunité pour générer cet espace de co-élaboration.

Le troisième défi est organisationnel. Un service d'urgence est un des services de l'hôpital mais sa particularité est qu'il génère un flux d'entrée important sur le plan quantitatif mais aussi particulier sur le plan qualitatif. Le bon fonctionnement d'un service d'urgence est lié au bon fonctionnement de l'hôpital avec notamment une grande implication des autres services médicaux, chirurgicaux ou médico-techniques de l'hôpital dans leur fonction support (ou d'aval) des services d'urgence.

b. Le contrat varois et les coopérations entre équipes d'urgences dans le Var

Rappel des objectifs du contrat varois

- Eviter la concurrence entre les sites d'urgences en matière de recrutements médicaux ;
- Constituer un socle à la constitution de pôles inter-établissements, et à court terme des échanges de temps médical entre équipes ou des équipes communes ;
- Eviter l'intérim saisonnier l'été (→ St Tropez) et favoriser la flexibilité entre les équipes.

Les principes du contrat varois

La structure du contrat identique dans tous les établissements (les têtes de chapitre sont les mêmes), et les points structurants du contrat sont les suivants:

- 1- Le calcul du temps de missions d'encadrement :
 - o Calculé sur la base du temps posté ;
 - o Calculé selon une formule identique dans tous les EDS ;
 - o Temps d'encadrement confié au responsable médical des urgences qui le répartit ensuite.
- 2- Le renvoi aux contrats de pôle sur la notion de « résultat » relatifs aux missions d'encadrement ;
- 3- Le calcul du temps non posté : une liste des missions constituant le temps non posté sera réalisée par chacun des sites pour arrêter une liste en vue d'arrêter une position commune.

Vers les applications du contrat varois

L'application du nouveau contrat sur l'ensemble des sites d'urgence du GHT doit permettre l'accélération des coopérations entre les équipes de médecins urgentistes, dans le cadre d'une politique de coopération en cours de définition, et qui devra se traduire à court terme par des

recrutements sous la forme de postes partagés, offrant de la flexibilité de fonctionnement entre les sites et les équipes.

c. Formations communes

L'objectif est d'organiser un socle commun de formation continue pour les personnels médicaux (internes et séniors) et paramédicaux des établissements du GHT.

Ces démarches de formation seront axées sur la transversalité et la formation des équipes médicales et paramédicales, et ouvertes aux nouvelles technologies de formation comme le web et la simulation, outil indispensable en 2017 pour une formation optimum en équipe pluridisciplinaire.

Ces formations ne pourront se faire qu'avec l'appui et la caution scientifique des Universitaires des CHU et HIA, et en s'appuyant sur les structures existantes : CESU, ORUPACA et COPACAMU. Une fiche action est proposée en annexe de document.

La structuration de ces démarches de formation implique la mise en œuvre d'un calendrier proposé dans la fiche projet qui se déclinera selon les points structurants suivants :

- Désignation d'un référent pour la commission formation du GHT et évaluation des organisations actuelles de chaque site ;
- Validation du contenu des formations sur la base de socles communs et dans un cadre institutionnel clair ;
- Mise en place des actions en intra de chaque site (plans de formations, livret d'accueil des internes, etc.) ;
- Réflexions sur les actions communes en inter-établissements ;
- Constitution d'un groupe de réflexion sur la simulation avec la définition d'un modèle économique à 5 ans.

d. Plan blanc

L'objectif de la démarche territoriale « plan blanc » est d'uniformiser les plans d'accueil massif de victimes pour optimiser la prise en charge des patients à l'échelle du territoire, de façon coordonnée et graduée (en fonction de la nature de la catastrophe, du lieu, du moment et du nombre de victimes).

Une fiche projet présente en annexe de ce document détaille les étapes de ce travail de coordination :

- Etape 1 : Etat des lieux des organisations « plan blanc » de chaque site (sur la base d'un questionnaire) ;
- Etape 2 : Recensement des moyens présents sur chaque site (plateaux techniques, PDSES, etc.) ;
- Etape 3 : Un travail de concertation des cellules de veille, rédaction et diffusion d'un document « Plan blanc départemental » ;
- Etape 4 : Organisation et conduite d'exercices à l'échelle départementale.

e. Chemins cliniques urgence et ORU PACA

L'objectif est de compléter et optimiser la mise en œuvre des « Bonne Pratiques Fondamentales » (BPF) Régionales déjà parues au niveau de du GHT.

Pour mémoire sont déjà parues les BPF relatives aux parcours de soins suivants:

- TS Adultes ;
- TS Pédiatriques ;
- AVC ;
- Soins psy sans consentement ;
- Mineurs en crise aux urgences ;
- Violence à l'hôpital ;
- Soins critiques.

La déclinaison départementale de tout ou partie de ces BPF est déjà effective ou quasi effective. Le parcours patient doit être envisagé dans ces filières de la préadmission au SSR et RAD si besoin, et la mise en pratique de ces BPF au sien des filières du GHT doit être un axe prioritaire.

Le GHT Var au travers de son PMP souhaite être force de proposition de nouvelles priorités régionales et donc de la création de nouvelles filières/parcours de soins, avec les propositions suivantes :

- Filière sepsis ;
- Filière hémorragies digestives ;
- Filière insuffisance rénale aigue.

Ces thèmes seront proposés à l'ORU PACA pour orienter les travaux régionaux à venir.

7. Les filières cancérologiques

a. Contexte et évolution prévisible

Les activités soumises à seuils INCA

Chirurgie des cancers et chimiothérapie	Seuil annuel INCA	HIA Sainte Anne			CHTS			CH de Hyères			CH de Brignoles			CH de Draguignan			CHI Fréjus Saint Raphaël			CH de Saint Tropez		
		Activité 2013	Activité 2014	Activité 2015	Activité 2013	Activité 2014	Activité 2015	Activité 2013	Activité 2014	Activité 2015	Activité 2013	Activité 2014	Activité 2015	Activité 2013	Activité 2014	Activité 2015	Activité 2013	Activité 2014	Activité 2015	Activité 2013	Activité 2014	Activité 2015
Sein	30 séjours	1	-	3	131	120	148	3	3	-	-	3	2	86	111	100	45	49	36	-	-	-
Pathologies digestives	30 séjours	56	78	100	60	72	100	30	29	49	40	27	25	34	32	30	69	53	64	-	-	-
Pathologies urologiques	30 séjours	64	55	21	22	38	67	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3	2	5	-	-	-
Pathologies thoraciques	30 séjours	6	34	122	149	197	194	3	1	1	-	-	-	2	1	1	-	-	-	-	-	-
Pathologies gynécologiques	20 séjours	2	7	4	32	54	33	2	1	5	2	-	-	34	20	29	38	33	34	-	-	-
Pathologies ORL & MF	20 séjours	29	36	35	136	178	170	9	9	4	5	-	1	51	43	60	-	-	-	-	-	-
Chimiothérapie	80 patients	587	572	528	812	988	1157	53	41	18	52	59	65	549	590	658	473	465	514	43	46	63
Dont chimio Ambulatoire	50 patients	494	480	454	733	906	1065	48	36	16	51	59	65	514	562	577	445	438	476	43	45	59

Tableau 24 : Activité de cancérologie soumises à seuils INCA, année 2013 à 2015 - source : établissements

Le tableau ci-dessus présente l'activité de chaque établissement, relative aux seuils définis par l'INCA en matière de chirurgie cancérologique et d'activité de chimiothérapie. Les questions que pose ce constat sont les suivantes :

- En matière d'hôpital de jour d'oncologie, les niveaux d'activité des trois « centres associés » posent la question de la nature des relations que les « centres référents » et « centres associés » doivent établir pour maintenir un niveau d'activité dans les « centres associés » compatible avec le maintien d'un savoir-faire de bon niveau dans les équipes
- Les volumes en chirurgie digestive dans les CH de Hyères, Brignoles et Draguignan, apparaissent à risque puisqu'en diminution et en limite du seuil
- On constate une perte de vitesse en ce qui concerne les pathologies urologiques pour le HIA, ce qui concorde avec le début du partenariat civilo-militaire sur le PT du CHITS
- Enfin il apparaît des volumes de séjours illégitimes sur les pathologies ORL & MF au le CH de Hyères

Volumes et évolution des activités de cancérologie selon la vision PMSI de l'INCA

Le visuel ci-contre présente les activités de cancérologie des 7 établissements du GHT concernés, et leur évolution 2012-2014, selon une vision PMSI définie par un algorithme INCA-ATIH de traitement du PMSI :

- **Séjours:** séjours du casemix de l'EDS liés aux activités de cancérologie selon les critères de l'INCA
- **Séances:** séances du casemix de l'EDS liées aux activités de cancérologie selon les critères de l'INCA (dont chimiothérapie et radiothérapie)
- **Nouveaux patients:** Nombre de patients qui n'ont pas été hospitalisés pour cancer en France dans les deux dernières années

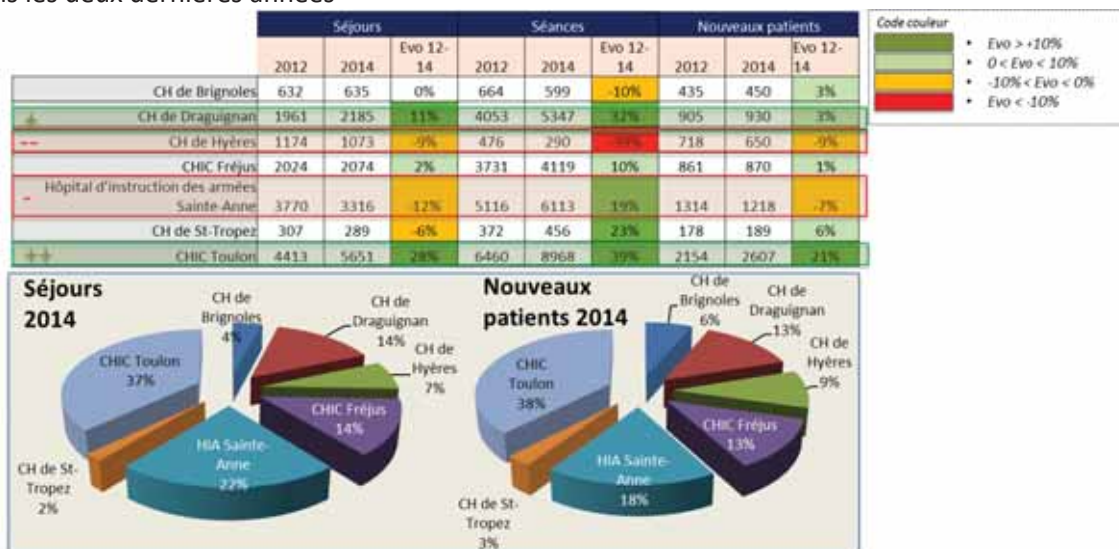


Figure 17: Activité de cancérologie des établissements publics du GHT Var – Algorithme INCA-ATIH - données 2012 et 2014

Globalement, le CHITS se démarque nettement en volume de prises en charge suivi par l'HIA Sainte Anne puis les deux principaux acteurs Var Est.

Deux établissements présentent des dynamiques d'évolution positives sur les activités de cancérologie :

- le CHITS, avec des augmentations de 20 à 30% de l'ensemble des 3 indicateurs, signant la réussite des équipes oncologiques et chirurgicales ;
- le CH de Draguignan, sur des volumes bien moindres.

Les autres établissements présentent des chiffres stables ou en régression; à noter la régression importante du CH de Hyères sur les 3 indicateurs.

b. Objectifs et structuration proposée

Les activités d'oncologie du Bassin de Draguignan

La situation vécue actuellement au CH de Draguignan avec la pénurie brutale mais transitoire en oncologues démontre la fragilité d'organisations « mono-établissement » en termes de RH médicales, et la nécessité d'aller vers un projet territorial public est-Var.

L'hôpital de jour de chimiothérapie du CH d'Hyères

Les activités d'oncologie du CH d'Hyères étaient organisées par un oncologue de la Clinique Ste Marguerite (consultation, RCP, chimiothérapie) jusqu'à récemment; ce dernier a été remplacé par un oncologue du CHITS, qui s'est ensuite retiré par faute de temps médical, participant ainsi à la chute de l'activité de chimiothérapie.

Il convient au vu des volumes d'arrêter l'activité et de la router sur le CHITS ; il paraît pourtant stratégique de mettre en place au plus vite une consultation d'oncologie pour accompagner la constitution du pôle de chirurgie Toulon-Hyères, et ne pas voir disparaître définitivement la filière de recrutement oncologique publique sur le bassin d'Hyères ; ceci permettra éventuellement la reprise d'une activité de chimiothérapie dans l'avenir en cas de réussite de la coopération avec les centres toulonnais.

De plus, il est proposé d'ouvrir la possibilité aux paramédicaux de l'hôpital de jour de médecine d'Hyères qui le souhaitent, d'entretenir leurs compétences en matière de chimiothérapie en intervenant régulièrement sur l'hôpital de jour d'oncologie du CHITS.

En synthèse, il est donc proposé l'évolution suivante :

- **Etape 1** : arrêt de l'activité et transfert sur le CHITS (réalisé en début 2017);
- **Etape 2** : Période intermédiaire avec création d'une consultation d'oncologie par les oncologues du CHITS sur Hyères, constitution du pôle de chirurgie, et intervention des paramédicaux d'Hyères qui le souhaiteraient sur l'hôpital de jour d'oncologie du CHITS (ne pas perdre les compétences et motivation de l'équipe) ;
- **Etape 3** : Reprise de l'activité de chimiothérapie lorsque la file active issue du bassin d'Hyères sur l'hôpital de jour du CHITS aura pris de l'ampleur en conséquence de la nouvelle attractivité organisée lors de cette phase transitoire.

L'hôpital de jour d'oncologie du CH de Brignoles

A l'occasion des séances du Groupe de Travail Cancérologie, ont été évoqués les modalités de mise en œuvre des coopérations entre l'oncologie du CHIFSR (« Centre Référent ») et du CH de Gassin (« Centre Associé »), leurs impacts positifs.

Sur la base de ces « bonnes pratiques », et pour dynamiser l'activité de l'hôpital de jour oncologique de Brignoles, **il est proposé que puissent être mises en œuvre entre le CHITS et le CH de Brignoles les liens suivants:**

- Un oncologue du CHITS propose de réinvestir la consultation de Brignoles une après-midi par semaine ;
- Il est d'autre part proposé d'instaurer des relations entre les équipes soignantes des deux sites avec par exemple des échanges ponctuels mais réguliers de personnels dans un esprit d'émulation collective et de dynamisation des équipes.

L'attractivité des filières d'organe du GHT Var

Le Groupe de Travail Cancérologie a conduit une réflexion globale relative à l'attractivité des filières cancérologiques du GHT.

Le passeport cancérologique du GHT Var

Le groupe de travail a pensé et élaboré un outil qui devait répondre aux trois objectifs suivants :

- Créer un lien le plus opérationnel et pragmatique possible pour les patients et les différents intervenants médicaux durant leurs parcours de soins ;
- Communiquer autour des savoir-faire et compétences en cancérologie existant dans le GHT, et véhiculer une image de qualité de prise en charges auprès des patients et des différents intervenants de la filière ;
- Aller dans le sens de l'harmonisation des processus et des pratiques entre les différents centres de compétence en cancérologie du GHT.

Modalités d'accès et format du passeport

Le format papier, encore incontournable pour les patients

L'outil étant avant tout un outil de liaison entre les patients et les professionnels de santé impliqués dans le parcours de cancérologie, un format papier est incontournable même si dans l'avenir un accès pour le patient via smartphone ou carte vitale serait intéressant. La forme papier permet encore à l'heure actuelle le plus de souplesse, en particulier si l'on crée un passeport sous forme de portfolio dans lequel on pourra enlever ou rajouter des pages au besoin (tous les établissements du GHT pourront ainsi le remplir / compléter et moduler le contenu en fonction du patient, de sa situation familiale/sociale et de sa pathologie) ou d'un carnet (format A5).

En outre les systèmes d'informations des établissements du GHT ne permettant pas encore d'échanges et de partages de données il n'est pour le moment pas envisageable d'avoir ce passeport sous forme uniquement électronique (sauf entre le CHITS, le CH de Brignoles et le CH de Draguignan qui ont le même dossier patient informatisé, ORBIS).

L'accès des professionnels via le ROR PACA

Il est envisagé que le ROR PACA permette l'accès du passeport aux professionnels impliqués.

Le contenu du passeport

Le contenu du passeport a été élaboré sur la base d'un modèle de passeport cancérologique québécois.

La présence sur le Web

Le Groupe a insisté sur la nécessité d'être présent sur internet ; la promotion des savoir-faire du GHT passe une visibilité sur le web et un bon référencement auprès des différents moteurs de recherche. La question du financement d'un développement informatique et numérique doit être traitée avec les gestionnaires du GHT (**directeur communication GHT ?**) pour connaître les moyens potentiellement alloués à cette promotion (possibilité de créer une page internet, un site complet, emploi d'un webmaster, etc.). Le retour sur investissement d'une telle démarche est probablement très fort même si difficile à anticiper.

VII- Les Filières Prioritaires

1. Les activités de laboratoire

a. Contexte et évolution prévisible

La biologie médicale publique varoise (hors HIA Sainte Anne) est constituée actuellement de 5 LBM (Brignoles, Draguignan, Fréjus-Saint Raphaël, Hyères et Toulon). Cela représente 30 biologistes et 160 personnels non médicaux environ avec une activité globale d'environ 100 millions de B (un budget de fonctionnement annuel global de l'ordre de 25 millions d'euros).

Chaque laboratoire a un fonctionnement H24 365j/365 avec une prise en charge des actes de biologie médicale d'urgence en biochimie, hémostase, hématologie et microbiologie. Les 4 LBM hors Toulon gèrent un dépôt de sang et réalisent des examens immuno-hématologie. Le CHITS bénéficie de la présence de l'EFS au sein de l'hôpital Saint Musse qui prend en charge ces examens de biologie médicale. Après le rapprochement du LBM du CH d'Hyères et de celui du CHITS, l'EFS prendra en charge les examens d'immuno-hématologie pour l'ensemble des établissements du CHITS, du CH d'Hyères et de l'hôpital Renée SABRAN.

En dehors des CH d'Hyères et de la Dracénie, les systèmes de gestion informatique des laboratoires sont différents. Le laboratoire du CH d'Hyères doit rejoindre celui de Toulon, à ce moment-là, tous les systèmes seront différents. Les échanges dématérialisés de démographies et de résultats sont quasi inexistantes entre les centres hospitaliers (sauf entre Draguignan et Hyères actuellement).

Les 5 laboratoires sont accrédités COFRAC et devraient être en conformité avec la législation au 1^{er} novembre 2016 (solde des écarts critiques à cette date et 50% des examens accrédités).

La biologie médicale peut être divisée en 3 catégories qui sont :

- a. La biologie « dite d'urgence » ou encore « d'orientation thérapeutique » qui doit permettre de rendre un résultat entre quelques minutes et quelques heures. Cette biologie est permise par les équipements de biologie délocalisée et/ou par la présence d'un laboratoire de proximité (à moins d'une heure de transport – à discuter). Par exemple un gaz du sang, un ionogramme sanguin, un dosage de troponine, un dosage de BhCG, une sérologie d'hépatite, la prise en charge d'un LCR,... Cette biologie doit être offerte H24. L'orientation thérapeutique immédiate du clinicien sera fonction des résultats de cette biologie.
- b. La biologie dont le résultat va permettre de confirmer l'étiologie d'un diagnostic ou de suivre une pathologie chronique. Les résultats doivent être disponibles dans la journée en général, du lundi au samedi matin hors fériés. Par exemple ; le dosage de l'HbA1c, le protidogramme,... Il n'y a pas de notion d'urgence à priori.
- c. Dans cette biologie il existe des analyses plus spécialisées qui nécessitent du matériel spécifique ou une expertise ou encore un délai de prise en charge long qui ne sont disponibles que dans certains LBM. Ces examens sont généralement externalisés pour la plupart des LBM. Les résultats sont rendus avec des délais de plusieurs jours ou semaines.

b. Objectifs et structuration proposée

Il est proposé d'envisager l'évolution de la biologie du GHT selon une réflexion en 3 étapes, qui pourront s'échelonner sur les 5 années à venir :

Etape 1 : Mise en œuvre de la convergence des systèmes d'information des laboratoires afin de permettre les échanges entre les équipes et faire le lit des partages d'activité entre les sites.

Etape 2 : Etape de rationalisation des volumes actuels par segments d'activité, l'objectif étant avant tout de permettre de ré internaliser une majorité des examens spécialisés sur le GHT en créant des masses critiques. Une réflexion peut débuter dès aujourd'hui avec l'inventaire des volumes et de la modalité de réalisation de chaque segment d'activité sur les différents sites de biologie actuels du GHT.

Etape 3 : Structuration des futurs plateaux techniques regroupant l'ensemble de l'activité de biologie du GHT autour de plusieurs sites.

Remarque : En fonction de l'aboutissement de ces réflexions, les choix pourront s'orienter vers l'internalisation ou l'externalisation de certains créneaux d'activité.

2. Les filières soins critiques

a. Contexte et évolution prévisible :

L'approche des besoins capacitaires du territoire

Ci-dessous quelques repères en matière de ratios de lits de réanimation pour 100 000 habitants :

- France : **8 lits/100 000 habts.** pour une **DMS de 8 jours** ;
- PACA : **12 lits/100 000 habts.** Pour une **DMS de 9.2 jours** ;
- Var : **5,5 lits/100 000 habts.** pour une **DMS des réanimations du secteur public à 5.62 jours.**

Les chiffres d'activités des réanimations des établissements publics du GHT Var révèlent des durées de séjours bien inférieures aux moyennes françaises, témoignant directement de la pression exercée par les plateaux techniques des établissements sur le turn-over des patients dans ces lits.

Au sein du territoire Var, les deux sous-bassins Var Est et Var Ouest ont été étudiés respectivement afin de comprendre les besoins différentiels entre ces deux sous-bassins ; en effet, ils bénéficient actuellement des même ratios de lits par habitant (environ 5,6 lits / 100 000 hab.), alors que la pression exercée dans les établissements n'est pas la même à l'Est et à l'Ouest du var fait de plateaux techniques très spécialisés avec des activité dont le niveau de recours est supérieur à l'Ouest.

Pour évaluer ce différentiel, il a été proposé d'étudier le case-mix des 4 sites publics de réanimation afin d'y évaluer la part des séjours liés à certains segments d'activité pouvant expliquer ce différentiel :

- **Polytraumatisés (CMD 26) ;**
- **Craniotomies (Racines de GHM : 01C03, 01C04, 01C11 et 01C12) ;**
- **Chirurgies majeures :**
 - G130 Chirurgie pelvienne majeure (Urologie) ;

- G104 : Chirurgie pelvienne majeure (Gynécologie) ;
- G072 Chirurgie majeure de revascularisation ;
- G085 : Chirurgie ORL majeure ;
- C05 : Chirurgie majeure sur le thorax, l'appareil respiratoire, interventions sous thoracoscopie ;
- C06 : chirurgies digestives majeure ;
- C09 : Chirurgie majeure de l'appareil locomoteur.

Concernant les autres séjours (séjours de médecine et autres segment chirurgicaux) l'hypothèse faite est que les besoins sont équivalents sur les deux sous bassins.

La conclusion de ce travail est que les deux réanimations Var Ouest subissent une pression plus importante issue des plateaux techniques chirurgicaux que les réanimations des établissements du Var Est (cf. tableau ci-dessous). Cela justifie que le ratio de lits par habitant soit plus important en Var Ouest qu'en Var Est, alors même qu'il est sensiblement équivalent actuellement.

Libellé	CHITS		HIA		CHD		CHFSR	
	RSS	RUM	RSS	RUM	RSS	RUM	RSS	RUM
Médecine, ...	759	782	314	347	331	335	373	386
Chirurgie	277	311	260	265	75	75	67	76
Peu invasif	62	63	36	42	8	8	59	59
Obstétrique	9	9	1	1	5	5	2	2
Total	1107	1 165	611	655	419	423	501	523
Libellé	RSS	RUM	RSS	RUM	RSS	RUM	RSS	RUM
Chirurgie du rachis, Neuro-chirurgie	21	21	129	144				
Dt Craniotomies	16	16	120	135				
Chir. cardio-thoracique (hors transplant. d'organe), Pontages aorto-coronariens	1	1	4	5				
Chir. majeure sur le thorax, l'app. respiratoire, interventions sous thoracoscopie	73	78	23	31				
Dt Chirurgie majeure	59	63						
Chir. Digestive majeure : oesophage, estomac, grêle, côlon, rectum	36	45	20	23	29	29	19	24
Chir. Viscérale autre : rate, grêle, colon, proctologie, hernies	21	23	5	5	14	14	15	16
Chir. hépato-biliaire et pancréatique	10	10	8	10	4	4	4	4
Chir. majeure de l'app. Locomoteur: hanche, fémur, genou, épaule	9	9	6	6	4	4	8	9
Chirurgies autres de l'appareil locomoteur, amputations	6	8	10	11	2	2	4	5
Interventions pour Traumatismes multiples graves	9	12	57	59	1	1	2	2
Stimulateurs, Défibrillateurs cardiaques	13	14					1	1
Chirurgie vasculaire	22	27	6	6	2	2		
Dt G072 chirurgie majeure de revascularisation	11	12					2	
Chirurgie ORL stomato	7	9	3	3	10	10		
Dt G085 chirurgie ORL majeure	5	7				5		
Chirurgie Gynécologique	6	6	1	1	1	1	3	3
Dt G104 Chirurgie pelvienne majeure	1	1			1	1		
Chirurgie Urologique	23	25	7	7	1	1	6	7
Dt G126 Chirurgie des reins uretères vessie, gdes surrénales	14	16						
Chirurgie de l'appareil génital masculin	2	2						
Dt G130 Chirurgie pelvienne majeure	2	2						
Chir. pour Aff. des Org. Hématopoïétiques, Lymphomes, Leucémies, Tumeurs SID	4	4	2	2	1	1		
Chirurgie de la Thyroïde, Parathyroïde, du Tractus Thyroïdienne, endocrinologie	2	2			1	1		
Parages de plaies, Greffes de peau, des Tissus S/C			4	4				
Chirurgie de la brûlure	0	0	17	17	4			
Chirurgie inter spécialités	12	15	12	13		4	4	4
Sous total séjours identifiés	258	289	304	336	72	72	61	69
ratio / total des séjours par établissement	23%	25%	50%	51%	17%	17%	12%	13%
	RUM							
	Total RUM	Total RUM cibles	Ratio RUM cibles					
Territoire OUEST	1 820	625	34%					
Territoire EST	946	141	15%					

Tableau 25 : Analyse des casemix de chacune des 4 réanimations du GHT Var – source : établissements

Remarque : les séjours liés aux activités de chirurgie représentent une part double de l'activité dans les réanimations de l'ouest par rapport aux réanimations de l'est du bassin.

D'autre part, les indicateurs des réanimations du Var Ouest démontrent de façon claire leur saturation (DMS bien inférieures aux moyennes nationales, et taux de séjours bénéficiant du forfait soins critiques autours de 100% en réanimation comme en Unités de Soins Continus).

	CHITS	HIA Ste Anne	CHIC Fréjus Saint Raphaël	CH de Draguignan
Capacités installées	16	10	8	8
% journées bénéficiant des forfaits Réa/USI	101%	95%	86%	99%
Taux occupation	99,2%	94,1%	93%	95,9%
Taux de supplément de réanimation	95%	95%	98,00%	
Age moyen par RUM (hors CMD 15)	66,97		68,3	68,19
Durée Moyenne de Séjour PMSI des RUM	4,72	6,5	5,2	7,97
IGS moyen par RUM	51	55	52,6	47
Taux de refus (refus faute de place/admissions) %	15,7%	18,5%	non disponible en 2015	

Tableau 26 : Analyse du taux de saturation des 4 réanimations du GHT Var – source : établissements

b. Objectifs et structuration proposée :

La réévaluation des capacités dans le var Ouest

Il est donc clair qu'il existe un besoin d'augmentation des capacités d'accueil en réanimation / USC sur la partie Ouest du bassin, justifiant un projet de création de supplémentaires de réanimation au CHITS, s'accompagnant par la création de lits d'USC répartis entre le site du CHITS et l'USC du CH d'Hyères dans le cadre d'un projet de pôle inter-établissement.

La réévaluation des besoins dans le Var Est

Le sujet de la pertinence du maintien de deux sites de réanimation sur le Var est de capacité inférieure à une taille critique de 10 à 15 lits est abordé, en vue de dynamiser l'attractivité des structures vis-à-vis des équipes médicales, et de rationaliser l'utilisation des ressources mises à disposition des établissements. Pour rappel, un projet de plateau technique hospitalier unique à proximité de l'autoroute a été étudié mais que cette option n'a pas été retenue et les deux sites MCO de Draguignan et de Fréjus se sont vu bénéficier d'investissements lourds dans le cadre de leurs restructuration respective.

La situation actuelle des soins critiques en Var-est sera réévaluée ultérieurement, l'évolution des recommandations nationales en matière d'USC allant très probablement contraindre les différents sites à faire évoluer leurs pratiques et conception de l'utilisation des unités de soins continus, et nécessitera la poursuite de la restructuration des filières de soins critiques varoises.

Pratiques communes

Un travail d'identification des process et protocoles qui pourraient être revus et mis en communs. La convergence des systèmes d'information en particulier entre les sites de Fréjus et de Draguignan en vue d'un fonctionnement coordonné des deux sites de réanimation dans l'avenir doit être envisagée.

Formations communes

Il est évoqué la possibilité d'utiliser le DPC et les établissements disposant d'un OG DPC pour coordonner des formations communes conduites en relais /coordination avec les CHU (Nice et Marseille).

Coordination du don et prélèvement d'organe

L'objectif de ce projet est la mise en commun des moyens humains et organisationnels afin de pouvoir répondre au sein du GHT à la mission de service public que sont les prélèvements d'organes et de tissus à but thérapeutique. Ce projet passera par les démarches suivantes :

- Assurer la formation des personnels des établissements à la culture du prélèvement en diffusant une information homogène et structurée sur la finalité de cette activité. Créer une dynamique globale pour placer cette mission de service public dans les préoccupations des soignants et de tous les personnels du GHT.
- Partager les organisations pour répondre au mieux aux impératifs de recensement, d'évaluation et de prise en charge des donneurs potentiels. Il faut créer des interfaces fonctionnelles entre les établissements.
- Mettre en commun des moyens humains pour assurer la permanence de l'activité au sein du GHT, identifier les activités qui peuvent être mutualisées avec pour objectif de développer quantitativement et qualitativement les prélèvements d'organes et de tissus.

Cette thématique relevant des préconisations de l'Agence de Biomédecine, ce projet ne pourra être conduit qu'avec l'accord et le concours de cette dernière.

c. Modalités de suivi, d'évaluation et d'actualisation

Celles-ci seront à être validé et mises en place sous la forme :

- D'indicateurs de réalisation d'actions : mise en place des lits de réanimation supplémentaires, mise en place de pratiques et formations communes, réduction du nombre de postes vacants,...
- D'indicateurs de suivi : DMS, IP-DMS, taux occupation, % de journée bénéficiant des forfaits réanimation, IGS II moyen par RUM, taux de supplément réanimation, analyse case mix, ...
- Modalité d'évaluations : tableau de bord des indicateurs, analyse des écarts, discussion en comité stratégique et actions correctrices
- Modalités d'actualisation selon les données du PRS2.

3. Les activités de chirurgie

❖ La PDES

a. Contexte et évolution prévisible

Un recueil de l'activité assurée par les chirurgiens d'astreinte en période de PDES a été réalisé en préambule à cette réflexion ; l'ensemble des volumes d'interventions, déplacements et avis téléphoniques ont ainsi été colligés pour quantifier cette activité sur chacun des sites.

Concernant le territoire Var Ouest

La réflexion a déjà été entamée sur le bassin Toulon-Hyères : arrêt de l'astreinte de chirurgie à minuit sur le site de Hyères, et transfert des urgences chirurgicales sur le CHITS, sur la base d'une organisation médicale déterminée par les équipes d'urgence et chirurgicales des deux sites.

Concernant le territoire Var Est

A l'occasion des travaux d'état des lieux, en juin-juillet 2016, les équipes chirurgicales Var Est en orthopédie étaient en difficulté avec en particulier une équipe d'orthopédie réduite à deux praticiens (Draguignan), avec de grandes difficultés à assurer la PDES. Suite à ce constat et aux attentes alors exprimées par les praticiens, un recueil de l'activité en période de PDES sur les deux sites chirurgicaux du Var Est et leur analyse ont été présentés et discutés en groupe de travail. Les tableaux ci-dessous font une synthèse des chiffres d'activité de chacun des deux sites.

Chirurgie traumatologique											
Samedi	Etablissement	Nb moyen intervention par samedi		Moyenne par jour 13h à 18h		Nb moyen intervention de 18h à 22h		Moyenne par jour 22h-minuit		Nb moyen intervention après minuit	
		Total mensuel Traumat.	Moyenne par jour 13h à 18h	Total mensuel 13h - 18h	Total mensuel 18h - 22h	Total mensuel 22h - minuit	Total mensuel après minuit				
Samedi Janvier 2016	CHI Fréjus Saint Raphaël	1,4	7	0,2	1	1,0	5	-	-	0,2	1
	CH Draguignan	1,0	5	0,6	3	0,4	2	-	-	-	-
Samedi Août 2016	CHI Fréjus Saint Raphaël	1,8	7	1,5	6	0,3	1	-	-	-	-
	CH Draguignan	1,1	5	1,3	5	-	-	-	-	-	-
Dimanche et JF	Etablissement	Moyenne par jour traumat.		Moyenne par jour 8h-18h		Nb moyen intervention 18h - 22h		Moyenne par jour 22h-minuit		Moyenne par jour après minuit	
		Total mensuel Traumat.	Moyenne par jour 8h-18h	Total mensuel 8h - 18h	Total mensuel 18h - 22h	Total mensuel 22h - minuit	Total mensuel après minuit				
Dimanche et JF Janvier 2016	CHI Fréjus Saint Raphaël	1,3	8	1,2	7	0,2	1	-	-	-	-
	CH Draguignan	1,0	6	1,0	6	-	-	-	-	-	-
Dimanche et JF Août 2016	CHI Fréjus Saint Raphaël	2,8	14	2,2	11	0,4	2	-	-	0,2	1
	CH Draguignan	1,2	6	1,8	9	-	-	-	-	0,3	1
Nuits semaine	Etablissement	Moyenne par jour traumat.		Moyenne par jour 18h-22h		Moyenne par jour 22h-minuit		Moyenne par jour après minuit			
		Total mensuel Traumat.	Moyenne par jour 18h-22h	Total mensuel 18h - 22h	Total mensuel 22h - minuit	Total mensuel après minuit					
Semaine Janvier 2016	CHI Fréjus Saint Raphaël	0,0	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	CH Draguignan	0,4	8	0,4	7	-	-	0,1	1	-	-
Semaine Août 2016	CHI Fréjus Saint Raphaël	0,5	10	0,3	7	0,1	2	0,0	1	-	-
	CH Draguignan	0,3	6	0,1	3	0,1	2	0,0	1	-	-

Tableau 27 : Analyse de l'activité de chirurgie traumatologique du CHI FSR et du CHD en PDES sur les mois de Janvier 2016 et Août 2016 - source : établissements

Chirurgie digestive

Samedi	Etablissement	Moyenne par jour viscéral	Total mensuel viscéral	Moyenne par jour 13h - 18h	Total mensuel 13h - 18h	Moyenne par jour 18h à 22h	Total mensuel 18h - 22h	Moyenne par jour 22h - minuit	Total par jour 22h - minuit	Moyenne par jour après minuit	Total après minuit
Samedi Janvier 2016	CHI Fréjus Saint Raphaël	0,2	1	0,2	1	-	-	-	-	-	-
	CH Draguignan	0,4	2	0,4	2	-	-	-	-	-	-
Samedi Août 2016	CHI Fréjus Saint Raphaël	0,8	3	0,8	3	-	-	-	-	-	-
	CH Draguignan	1,0	4	0,8	3	0,3	1	-	-	-	-

Dimanche et JF	Etablissement	Moyenne par jour	Total mensuel Viscéral	Moyenne par jours 8h-18h	PDES 8h - 18h	Moyenne par jour 18h-22h	Total mensuel 18h - 22h	Moyenne par jour 22h - minuit	PDES 22h - minuit	Moyenne par jour après minuit	Total après minuit
Dimanche et JF Janvier 2016	CHI Fréjus Saint Raphaël	0,7	4	0,3	2	0,2	1	0,2	1	-	-
	CH Draguignan	0,2	1	0,2	1	-	-	-	-	-	-
Dimanche et JF Août 2016	CHI Fréjus Saint Raphaël	1,0	5	0,8	4	0,2	1	-	-	-	-
	CH Draguignan	0,8	4	0,6	3	0,2	1	-	-	-	-

Nuits semaines	Etablissement	Moyenne par jour	Total mensuel	Moyenne par jour 18h-22h	Total mensuel 18h - 22h	Moyenne par jour 22h - minuit	Total par jour 22h - minuit	Moyenne par jour après minuit	Total mensuel après minuit
Semaine Janvier 2016	CHI Fréjus Saint Raphaël	0,2	3	0,1	1	0,1	1	0,1	1
	CH Draguignan	0,1	2	0,1	2	-	-	-	-
Semaine Août 2016	CHI Fréjus Saint Raphaël	0,3	6	0,2	5	-	-	0,0	1
	CH Draguignan	0,5	10	0,3	7	0,1	3	-	-

Tableau 28 : Analyse de l'activité de chirurgie digestive du CHI FSR et du CHD en PDES sur les mois de Janvier 2016 et Août 2016 - source : établissements

b. Objectifs et structuration proposée :

Le groupe de travail a convenu que ces chiffres considérés de façon brut justifient d'ouvrir la discussion sur un partage de la PDES chirurgicale entre les deux établissements ; pourtant, compte tenu des distances entre les établissements, il n'a pas été possible d'aboutir à un projet de partage de la permanence des soins chirurgicale entre les équipes, malgré, comme l'histoire récente l'a montré, la fragilité de ces dernières du fait d'effectifs réduits au sein de chaque établissement.

❖ La chirurgie urologique

a. Contexte et évolution prévisible :

Sur l'HIA Sainte Anne, l'Hôpital Sainte Musse et l'Hôpital de Fréjus-Saint-Raphaël

L'offre sur ces trois sites est la suivante :

- Accueil des urgences J7/H24 ;
- Activité d'urologie complète (pathologie lithiasique, infectieuse, troubles mictionnels, statiques pelviennes et neuro-urologie, et gestes de cancérologie non soumis aux seuils d'autorisation) ;
- Plateaux de consultation complets (endoscopie, échographie) ;
- Spécificité CHITS (Sainte Musse) : Activité d'urodynamique, de prélèvement d'organe, de cancérologie, de chirurgie robotique, et de chirurgie infantile.

Sur le CH de Hyères

Actuellement, aucune présence urologique n'est organisée au CH de Hyères (ni consultation, ni intervention), et la Clinique Sainte Marguerite, à proximité immédiate du CH, dispose quant à elle d'une offre d'urologie.

Dans l'immédiat, il y a certainement une demande pour une ou plusieurs consultations hebdomadaires à l'hôpital (consultation externe et intra-hospitalière), ce qui permettra également de consolider les relations avec les urgences (toujours avec potentiel d'activité opératoire en urgence et en réglé, dont de la carcinologie).

Il faut également envisager des interventions sur site, en ambulatoire, des patients de Hyères et y organiser certaines activités ambulatoires issues du CHITS et de Brignoles (cf. infra), mais le recrutement chirurgical en hospitalisation complète sera effectué sur Sainte Musse initialement.

Le but à terme, serait d'optimiser les effectifs d'urologues du Var Ouest afin d'assurer une présence d'urologue sur Hyères d'une à deux demies-journées tous les jours. Nous pourrions alors être en mesure d'assurer le suivi post-opératoire d'interventions plus variées.

Les seules limites pour développer cette activité sont :

- L'autorisation de chirurgie carcinologique (donc pas de néphrectomie, prostatectomie, cystectomies pour cancer...)
- Le coût de l'investissement bio-médical (donc pas de robot, ni d'urétéroscopie souple)

Malgré cela, un grand nombre d'interventions différentes pourraient être proposées à Hyères :

- Chirurgie carcinologique ne nécessitant pas d'autorisation : résection de vessie, biopsies prostatiques...
- Chirurgie de la lithiase : urétéroscopie rigide, pose de sonde JJ, lithotripsie extra-corporelle...
- Chirurgie de la statique pelvienne et de l'incontinence : Pose de bandelettes sous urétrales, promontofixation coelioscopique, mise en place de sphincter artificiel...
- Chirurgie des troubles mictionnels chez l'homme : Résection ou vaporisation endoscopique de prostate, adénomectomie voie-haute...

Sur le CH de Brignoles

Des activités de consultations et une activité opératoire ambulatoire hebdomadaire sont déjà réalisées par l'équipe d'urologie du CH du Pays d'Aix qui souhaite laisser cette activité aux urologues du GHT Var pour se recentrer sur les autres structures (Aix-en-Provence, Pertuis, Salon, Manosque, et Digne). Les interventions plus lourdes sont programmées actuellement sur le CH d'Aix.

La concurrence se fait à l'est avec l'équipe d'urologie de la Clinique du Parc Rambot qui vient recruter en ville et opère les patients sur la clinique, et au sud avec l'équipe St Jean / Ste Marguerite qui a ouvert un site de consultation sur Cuers.

Nous pourrions reprendre cette activité en l'état en consolidant des relations avec les urgences (toujours avec potentiel d'activité opératoire en urgence et en réglé dont de la carcinologie).

Dans le cadre du GHT, il faudrait pouvoir intégrer l'équipe de l'HIA Ste Anne pour consolider cette activité sur Brignoles en alternant les présences. Le recrutement réglé, issu des consultations, serait alors partagé sur l'HIA et le CHITS.

b. Objectifs et structuration proposée

Le projet de chirurgie ambulatoire en urologie

Il faut identifier les différentes activités d'urologie et les distribuer géographiquement en fonction :

- Des coûts d'équipement biomédical ;
- Des taux de conversion ambulatoire -> hospitalisation complète ;
- Des volumes d'activité.

En pratique :

Pathologie lithiasique

- Urétéroscopie (traitement des calculs du rein et de l'uretère par voie endoscopique rigide / souple / laser) : l'hôpital Sainte Musse comme l'HIA Ste Anne possèdent un équipement complet et onéreux (environ 200 000 euros + paillasse décontamination avec personnel dédié et formé). C'est une partie importante de l'activité actuelle. Il faut laisser cette activité sur les deux sites.
- Lithotritie Extra Corporelle (traitement des calculs du rein et de l'uretère par voie ultrasonique percutanée): elle n'est actuellement pas développée au CHITS. Elle est présente à poste sur Saint Jean et le Cap d'or, et sur un contrat de location à Malartic.

Il faut développer cette activité sur Hyères puisque qu'il n'y a aucun investissement bio-médical à réaliser (la société installe et désinstalle dans la journée la table, l'arceau de scopie, le lithotripteur). On peut traiter 8 patients par jour, une fois par mois. A partir du 4^{ème} patient, l'activité devient rentable. Ceci permettra de diminuer l'activité d'urétéroscopie de Sainte Musse pour développer d'autres activités.

Hypertrophie bénigne de prostate

Il faut continuer à développer cette activité sur Sainte Musse et Ste Anne car une partie importante (10 à 40% selon les équipes et leur expérience) peut être convertie en hospitalisation complète en cas d'hématurie post-opératoire.

Le générateur Laser est mis à disposition gratuitement par la société qui commercialise les fibres laser (entre 600 et 800 euros).

Pathologie des organes génitaux externes (posthémectomie, cure d'hydrocèle), bilan de cancer de prostate par échographie endo-rectale, traitement de l'incontinence urinaire par bandelette sous urétrale

Ces activités peu importantes en volume ne nécessitent aucun investissement biomédical - boîte de « petite chirurgie classique », ou un échographe avec du petit matériel, généralement déjà présent sur les 3 sites pour d'autres activités (gynéco) - et peut être réalisée sur chaque site.

Endoscopie simple du bas appareil (changement de sonde JJ, injection intra-détrusorienne de toxine botulique)

Cette activité ne nécessite aucun investissement lourd (seulement un cystoscope généralement déjà présent sur les 3 sites) et peut être réalisée sur chaque site.

En synthèse

Sur le CHITS et l'HIA Ste Anne

Activité d'urologie générale et ambulatoire à haute technicité et risque de complications (conversion en hospitalisation complète):

- Urétéroscopie souple ;
- Activité ambulatoire des patients demeurant à l'ouest de Toulon ;
- Activité de chirurgie lourde ou à orientation carcinologique et soumise à autorisation (Ste Musse uniquement).

Sur Hyères

Dans un premier temps (sept 2017):

- Ouverture d'une consultation ;
- Lithotritie Extra Corporelle des patients recrutés sur les 3 sites (CHITS, Brignoles et Hyères) sous forme de contrat location du matériel ;
- Activité ambulatoire des posthectomie, hydrocèles, biopsies prostatiques, bandelette sous urétrale, changement de sonde JJ, injection intra-détrusorienne de toxine botulique des patients recrutés sur le CHITS (Toulon + est de Toulon) et Hyères ;

Dans un deuxième temps (fin 2017-début 2018), recrutement d'un 4^{ème} urologue pour assurer une présence médicale quotidienne et élargir le panel d'intervention hors ambulatoire.

Sur Brignoles

- Reprise en l'état de l'activité de consultation des praticiens du CH d'Aix, en la partageant avec l'équipe de l'HIA ;
- Activité ambulatoire des posthectomies, hydrocèles, biopsies prostatique, bandelette sous urétrale, changement de sonde JJ, injection intra-détrusorienne de toxine botulique des patients recrutés sur Brignoles.

Sur le Var Est (Fréjus +++, Draguignan, Gassin)

- Pérennisation d'une équipe hospitalière couvrant les 3 sites sous une forme à définir (audit des besoins ?).
- En l'absence d'équipe ne permettant pas d'animer un tableau d'astreinte (- de 3 praticiens), et de façon EXCEPTIONNELLE : orientation des urgences urologiques (rédaction en cours de protocoles d'urgences définissant les critères de recours à un avis spécialisé externe) :
 - o Vers d'autres spécialités : bourses aiguës suspectes de torsion du cordon spermatique = voir avec l'équipe de viscéral ;
 - o Vers l'urologie libérale : toute urgence que l'on peut différer, pouvant être prise en charge le lendemain ;
 - o Vers les services support d'urologie Var Ouest : toute urgence urologique non différable, sans réponse des équipes libérales.

❖ La chirurgie ophtalmologique

a. Contexte et évolution prévisible

Il existe 3 équipes d'ophtalmologie au sein du GHT :

- Une équipe de 2 praticiens au CHIFSR ;
- Une équipe de 5 praticiens au CHITS (équivalent à 3 temps plein) ;
- Une équipe de 3 praticiens au CH de Hyères (équivalent à 2,1 temps plein) ;
- Une équipe de 3 praticiens à l'HIA Ste Anne.

b. Objectifs et structuration proposée

Des réflexions sont en cours impliquant l'ensemble des équipes citées ci-dessus, avec en particulier une réflexion autour de l'opportunité de développement de la chirurgie réfractive publique sur le territoire.

❖ La chirurgie et la prise en charge de la pathologie thyroïdienne et parathyroïdienne

a. Contexte et évolution prévisible

Les acteurs de la filière cancérologique de la thyroïde considèrent que chacun des centres met en œuvre des prises en charges chirurgicales satisfaisantes.

Il reste pourtant des possibilités de consolidation de la filière et de son attractivité.

b. Objectifs et structuration proposée

Activités d'IRAthérapie

L'ARS a accordé une autorisation d'implantation de 2 chambres d'IRAthérapie dans le Var (à Sainte-Musse, Toulon) ; toutefois, les investissements lourds nécessaires à la mise en place d'une telle structure n'ont pas encore été réalisés. Il y aurait là une véritable opportunité de transformer le GHT en pôle d'excellence pour les cancers de la thyroïde. Le GHT se positionnerait alors comme le référent de la pathologie carcinologique thyroïdienne pour le Var car un tel investissement permettrait de :

- Proposer une offre de soins complète et cohérente varoise des cancers de la thyroïde et évitant ainsi aux patients opérés dans le Var de se rendre sur Marseille (IPC ou La Timone) pour recevoir ces traitements adjuvants à la chirurgie ;
- D'établir une RCP spécifique (actuellement les cas de cancers de la thyroïde sont traités lors de RCP communes) ;
- Prendre en charge les patients opérés dans les établissements varois privés qui ne possèdent pas ces chambres et ainsi démarquer les acteurs publics du GHT dans un environnement très concurrentiel.

Activités d'anatomo-cyto-pathologie thyroïdienne spécialisées

La prise en charge de l'anatomopathologie diffère dans l'Est et l'Ouest varois.

Elle respectivement réalisée :

- par le laboratoire privé Medipath dans l'Est (permettant d'avoir accès à des examens extemporanés) ;
- et par les laboratoires de l'HIA Sainte Anne et de Sainte Musse dans l'Ouest.

La question se pose de la pertinence d'un service d'anatomopathologie sur l'hôpital de Draguignan, avec, pour la pathologie thyroïdienne une concertation pour les cas les plus difficiles avec Ste Musse et l'HIA avant le recours à un service spécialisé hors GHT.

Scintigraphie au MIBI et pathologie parathyroïdienne

La possibilité de réaliser des scintigraphies au MIBI (99-Tc-Sestamibi) au CHI de Fréjus permettrait aux praticiens de l'Est varois de prendre en charge les pathologies parathyroïdiennes sans que les patients concernés aient la nécessité de se rendre sur un autre site du GHT.

4. Les filières Femme-Mère-Enfant

a. Contexte et évolution prévisible

Maternité et Néonatalogie

Les chiffres d'activité en nombre d'accouchements, ont montrés entre 2013 et 2015 les évolutions suivantes :

- Une franche progression de l'attractivité des maternités du CHITS et du CH de Draguignan ;
- Un franc recul de l'attractivité des maternités d'Hyères et de Brignoles ;
- Une relative stabilité de l'activité des maternités de CHIC de Fréjus et de Gassin.

Etablissements	Niveau maternité	PDSES	Nombre de Naissances				
			2013	2014	2015	Total sur 3 ans	Evolution
CH BRIGNOLES	1	AO	850	786	742	2378	-14,6%
CH DRAGUIGNAN	2A	AO	1012	1128	1110	3250	8,8%
CH HYERES	1	AO	1147	1135	960	3242	-19,5%
CH ST TROPEZ	1	AO	494	525	501	1520	1,4%
CHIC FREJUS ST RAPHAEL	2A	G	1491	1496	1436	4423	-3,8%
CHITS	2B	G	2914	3103	3155	9172	7,6%
Total par an			7908	8173	7904	23985	-0,1%

Tableau 29 : Evolution de l'activité des maternités du GHT en nombre d'accouchements entre 2013 et 2015 - source : SAE activité 2013, 2014 et 2015

Néonatalogie - chiffres SAE 2015						
Etablissements	Néonat			USI néonat		
	Nb lits	Tx occupation des lits	DMS	Nb lits	Tx occupation des lits	DMS
CH DRACENIE	4	61%	8,43	-	-	-
CHIC FREJUS ST RAPHAEL	9	56%	7,93	-	-	-
CHITS	18	64%	5,48	6	95%	5,37

Tableau 30 : Activités des unités de néonatalogie du GHT Var en taux d'occupation et durées moyennes de séjour sur l'année 2015 - source : SAE activité 2015

Au regard de la démographie médicale, les effectifs de pédiatres et de gynécologues-obstétriciens montrent que plusieurs maternités sont en situation précaire avec l'impossibilité d'assurer une PDES sans faire appel à l'intérim médical :

Nombre de praticiens	CHITS	CH de Hyères	CH Brignoles	CHIC Fréjus Saint Raphaël	CH Saint Tropez	CH Draguignan
Pédiatres	16 praticiens dont 7 dédiés à la maternité et à la néonatalogie	5 praticiens (dont 4 participant à la PDES)	3 praticiens (1,8 ETP)	6,9 ETP	2 praticiens PH temps partiels + remplaçants	4 praticiens (3,3 ETP)
Gynécologue-obstétriciens	11 praticiens : 8 PH temps plein + 2 PH mi-temps + 1 assistante à temps partagé	4 praticiens	3 praticiens (2,5 ETP) (dont 1,5 participant à la PDES)	6 praticiens	3 praticiens (temps partiels)	6 PH temps plein

Tableau 31 : Effectifs médicaux de pédiatrie et de gynéco-obstétrique - source : établissements

L'organisation de l'accueil des urgences pédiatriques du Var

Le tableau ci-dessous présente le résultat du recueil réalisé dans les 7 sites bénéficiant d'un service d'accueil des urgences adulte, relatif aux organisations mise en place pour l'accueil des urgences pédiatriques.

	CHITS	CH de Hyères	CH de Brignoles	CHI FSR	CH de Draguignan	CH de Gassin
Nombre de passages annuels						
Année 2014	17958		6552	5498	3843(8430)	
Année 2015	23767		6468	6767	3961(8562)	
Année 2016	25056	7980 dont 4000 pris en charge par les pédiatres	6384	6343	4089(8741)	
Dont urgences médicales (année 2016)	2/3			6343	8741	
Dont urgences traumatologiques (année 2016)	1/3			inconnu, gérées aux urgences générales	2563	
Locaux						
Locaux dédiés en proximité du SAU Adulte	oui	Circuit pédiatrique dédié en journée	non	Circuit pédiatrique dédié en journée	non	non
Accueil dans le service de pédiatrie	non		Non, accueil au SAU (box pédi)	non	non	non
Autres			Avis par les pédiatres pour réa et bas âge (<3 mois)	locaux à proximité du service de pédiatrie. Sur le même étage.		
Amplitudes horaires de fonctionnement de l'accueil						
Description	24/24			Accueil SAU + avis 8h30 - 20h30 tous les jours WE compris		Hors PDES
Personnels impliqués						
Nombre de pédiatres	10	4	3	5 (prévu 7)	4	3
Nombre de pédiatres postés aux urgences pédiatriques	2	1	-	1	1	-
Personnels paramédicaux postés aux urgences pédiatriques	2 IDE H24 + 1IOA H12+1 AP H24	1 puericultrice	-	1 IDE et 1 AP	0	-

Tableau 32 : Organisation de l'accueil des urgences pédiatriques - source : établissements

La chirurgie gynécologique

Le tableau ci-dessous présente les parts de marché des établissements du GHT en chirurgie gynécologique sur chacun des bassins de recrutement du Var. Les volumes « consommés » sont importants et les parts de marché des établissements du GHT relativement faibles voire très faibles selon les territoires à l'exception du bassin de Draguignan.

	Bassin de Toulon (zone d'attractivité du CHITS)				Bassin de Hyères				Bassin de Brignoles				Bassin de Draguignan				Bassin de Fréjus Saint Raphaël			
	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés	N total de séjours	PdM GHT	PdM autres Publics	PdM Privés
Chirurgie																				
Gynécologie																				
Chirurgie gynéco basse	3695	18%	8%	73%	945	19%	6%	74%	768	37%	16%	46%	871	48%	10%	42%	1545	22%	13%	65%
Chirurgie du sein	1686	15%	8%	72%	481	19%	7%	70%	343	16%	14%	67%	388	38%	8%	53%	592	16%	12%	72%
Affections médicales - AMP	529	36%	12%	52%	127	47%	10%	43%	95	54%	21%	25%	87	63%	18%	17%	131	47%	16%	37%

Tableau 33 : Parts de marché et fuites (Public/Privé) pour le segment d'activité de chirurgie gynécologique et par bassin – source : données PMSI 2014

En effet les équipes du CH de Draguignan ont historiquement saisi l'opportunité qu'a représentée la disparition de l'activité à la Clinique Notre Dame, par les différentes démarches suivantes :

- Développement de l'attractivité de l'équipe, par un développement de la modalité ambulatoire, avec pour conséquence du recrutement, au-delà du bassin propre de Draguignan ;
- Une partie des consultations de suivi de grossesses prises en charge par les sages-femmes a permis de libérer du temps aux praticiens, qui a été utilisé pour consulter en chirurgie gynécologique ;
- La volonté de ne pas scinder l'équipe en praticiens chirurgicaux et non chirurgicaux (principe important aux yeux des praticiens de Draguignan) ;
- Encourager les jeunes praticiens à aller vers une activité libérale.

b. Objectifs et structuration proposée

La structuration des pôles mère-enfant de l'est du Var

Il est admis par l'ensemble du groupe FME de travail que l'instruction de projets de territoire d'envergure ne sera dans l'avenir acceptable que dans le cadre de réflexions fédérant et impliquant l'ensemble des équipes Var est, et en concertation avec le CHU de Nice ; le groupe s'accorde pour afficher une volonté d'aller vers la pérenité des pôles existants de Fréjus et Draguignan en renforçant :

- des organisations communes ;
- la création de masses critiques de patients ;
- l'attractivité pour les futurs praticiens ;
- les activités de chirurgie gynécologique en s'appuyant sur le savoir-faire dracénois.

Les pédiatres des pôles de l'Est Var pourront organiser leurs filières en lien étroit avec des structures de recours du CHU de Nice.

La structuration d'un ou plusieurs pôles inter-établissements FME intégrant les 3 établissements de la partie ouest du Var (CHITS, CHH, CHB)

Un ensemble de projets de coopération sont en cours de d'instruction et de mise en œuvre entre le CH d'Hyères et le CHITS sur la filière obstétrique, incluant des temps médicaux partagés. Il s'agit à présent d'envisager une cible à plus long terme permettant de faciliter la mise en commun des organisations, et les liens entre équipes. C'est dans ce contexte qu'il est proposé d'aller vers le principe d'un ou plusieurs pôles inter-établissements FME dans le Var Ouest. Un pôle unique est possible mais la taille d'un tel pôle unique pose la question d'un découpage en deux pôles (gynéco-obstétrique / pédiatrie). Poser ainsi aujourd'hui les premières pierres d'une organisation commune sur le Var Ouest paraît incontournable pour consolider l'offre obstétricale publique des 20 prochaines années. Les praticiens en cours de recrutement sur Brignoles doivent avoir dès aujourd'hui dans leur contrat, la possibilité d'intervenir sur les deux autres sites (CHITS et CHH) dans l'avenir.

L'organisation de l'accueil des urgences pédiatriques du Var

Ce travail a été proposé à l'initiative du groupe de travail FME, mais cette réflexion doit être prolongée en collaboration avec les médecins urgentistes du territoire compte tenu des organisations en place sur le territoire.

La chirurgie gynécologique

Les principes mis en place au CH de Draguignan peuvent être appliqués par toutes les équipes du GHT :

- Développement de l'attractivité de l'équipe, par un développement de la modalité ambulatoire, avec pour conséquence du recrutement, au-delà du bassin propre de Draguignan ;
- Une partie des consultations de suivi de grossesses prises en charge par les sages-femmes permet de libérer du temps aux praticiens, qui a été utilisé pour consulter en chirurgie gynécologique ;
- La volonté de ne pas scinder l'équipe en praticiens chirurgicaux et non chirurgicaux (principe important aux yeux des praticiens de Draguignan) ;
- Encourager les jeunes praticiens à aller vers une activité libérale.

Il ressort des discussions du Groupe que, autant l'activité de maternité est une activité de proximité, autant la compétence chirurgicale doit être cultivée et organisée sur un territoire plus large, éventuellement dans le cadre des pôles inter-établissement femmes-mères-enfants (Est et Ouest). Les équipes doivent s'ouvrir les unes aux autres pour donner la possibilité aux praticiens de partager et se former autour des techniques et modalités opératoires proposées par les uns et les autres, mais aussi pour construire des files actives conséquentes générant des masses critiques d'activité permettant aux praticiens de développer leurs savoir-faire, et aux organisations modernes voire innovantes (ambulatoire/RRAC) de se mettre en place.

D'autre part, l'accessibilité de l'hôpital pour les patients est un enjeu majeur qui n'est pas bien appréhendé aujourd'hui avec des pertes de patientèle importantes à ce jour ; outre la nécessité de faciliter la prise de RDV par des organisations de type bureau centralisé de prise de RDV (cf. discussion en cours autour de la commission des admissions programmées et non programmées, ...) et par un accès internet, complétant la possibilité de joindre les praticiens en direct pour conserver

les liens privilégiés pouvant exister, il est vital pour le développement de certaines activités (sénologie en particulier) de mettre en place des organisations imposant une prise de RDV à 48h maximum pour les patientes. Ces organisations devraient être déclinées sur chacun des deux territoires Est-Ouest dans le cadre des filières publiques.

Enfin, la **chirurgie ambulatoire** doit aujourd'hui se réfléchir en terme de Chirurgie Ambulatoire de Proximité (actes correspondant aux « 55 gestes marqueurs ») que chacun doit être en mesure d'effectuer dans son établissement et de Chirurgie Ambulatoire de Recours qui ne peut être effectuée que par certaines équipes sur le territoire car elle nécessite :

- Des moyens techniques particuliers que ce soit au niveau du plateau technique ou du matériel opératoire ;
- Des équipes qualifiées et motivées ayant l'habitude de pratiquer cet acte afin d'être efficiente et ainsi dépasser un seuil d'intervention garantissant une sécurité de la prise en charge comme cela est le cas en cancérologie.

Chaque établissement du GHT pouvant être un centre de Chirurgie Ambulatoire de Recours sur un type d'acte en fonction des possibilités pour réaliser de la chirurgie ambulatoire de haut niveau.

5. Les activités de médecine

❖ La Pneumologie

Structuration de la filière réhabilitation pneumologique

Concernant les filières Var Est

L'hôpital de Draguignan a mis en place une activité de « VO2 max » assorti d'une activité de réhabilitation à l'effort, proposant un bilan initial et la prescription de protocole de kinésithérapie à mettre en œuvre en cabinets de ville ; cette activité pourra dans l'avenir bénéficier aux patients des autres établissements Var Ouest, et en particulier venir compléter la filière IRC du CHIFSR.

Concernant les activités de rééducation pneumologique hospitalière, les établissements Var Est souhaitent structurer la filière avec le SSR pneumologique du Centre Hospitalier Renée Sabran.

Concernant les filières Var Ouest

Les activités d'HDJ sont adressées à Renée Sabran ou au SSR Korian, les activités d'hospitalisation complètes au SSR pneumologique du CH Renée Sabran.

Rapprochement des compétences pneumologiques du CHITS et du CH d'Hyères

Dans le cadre des coopérations entre le CH d'Hyères et le CHITS, les pneumologues ont vocation à resserrer les liens et à travailler ensemble la meilleure utilisation des temps et compétences médicaux existant sur les deux sites.

Les filières cancérologiques pneumologiques

Les chirurgiens thoraciques de l'HIA Sainte Anne ont récemment projeté du temps sur le CH de Draguignan afin d'y proposer :

- De la consultation avancée de chirurgie thoracique,
- Des RCP de cancérologie thoracique sur site.

D'autre part, les participant du groupe de travail évoquent la nécessité d'offrir à l'ensemble des sites la possibilité de faire bénéficier leurs patients de l'ensemble des protocoles de recherche et de bénéficier des traitements concernés par ces protocoles. Les établissements Var est sont actuellement plutôt rattaché au CHU de Nice sur ces sujets.

❖ La cardiologie

a. Contexte et structuration proposée

Actuellement, l'ensemble des 7 établissements MCO du GHT bénéficient de consultations externes de cardiologie, et d'avis internes de cardiologie dédiés aux patients hospitalisés.

Les plateaux techniques de 4 établissements (CHITS, HIA Ste Anne à l'ouest, CHD, CHI FSR à l'est) proposent les explorations cardiaques les plus communes (échographie, Holter TA et ECG, Epreuve d'effort), et seuls 3 établissements (CHITS, HIA Ste Anne, CHI FSR) mettent œuvre des explorations plus élaborées (ETO, Scintigraphie cardiaque, Coro-scanner, IRM cardiaque).

Les 3 établissements cités précédemment mettent en œuvre des activités de cardiologie interventionnelle (coronarographie et rythmologie interventionnelle) adossées à une USIC ; à noter que la Clinique des Fleurs, dans l'aire toulonnaise, met en œuvre ces activités interventionnelles et représente un acteur attractif de la cardiologie du territoire, comme le souligne le visuel ci-dessous.

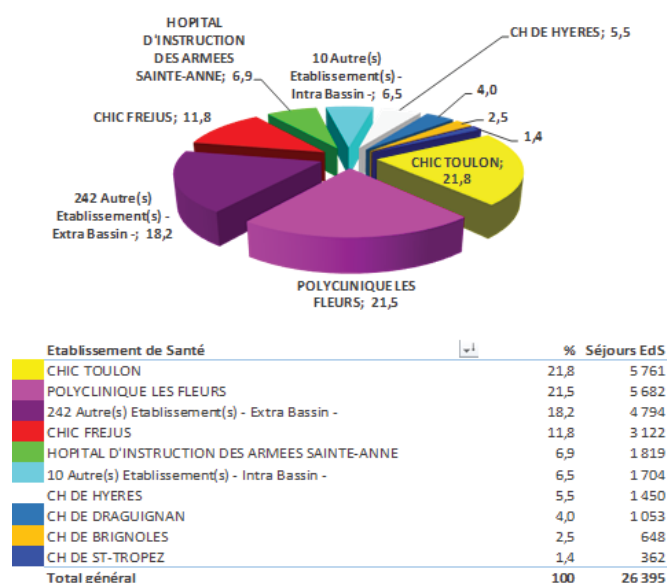


Figure 18 : Parts de marché en cardiologie sur le bassin des 7 établissements MCO du GHT Var - Source : données PMSI base nationale 2014

Le tableau ci-dessous présente l'état des équipes de cardiologie des établissements du GHT.

	CHITS	CH de Hyères	HIA Sainte Anne	CH de Brignoles	I de Fréjus Saint Raphaël	CH de Saint Tropez	CH de Draguignan
Effectifs de praticiens de la spécialité	9 ETP 2 coronarographistes, 2 rythmologues, 4 échographistes, 1 assistant med.généraliste) 4 + 1 internes	Non	6 ETP: 2 coronarographistes, 2 Rythmologues, 1 échographiste	Non	5 ETP	Non	2 ETP

Tableau 34 : Etat des équipes de cardiologie des établissements du GHT Var - source : établissements

A noter qu'aucun établissement du territoire ne met en œuvre d'activités de chirurgie cardiaque, les patients étant orientés vers les centres des bassins marseillais et niçois.

b. Les perspectives du GHT en cardiologie

La spécialité de cardiologie est un des éléments essentiels du dispositif de l'offre de soin.

Les établissements du GHT reçoivent annuellement 310 000 admissions dans leurs services d'urgence. Compte tenu de ce volume, il apparaît essentiel, au regard des besoins de la population, et de la qualité, de conforter la spécialité dans les établissements du GHT.

Cet objectif reste ambitieux compte tenu de la démographie médicale de la spécialité, mais aussi de son évolution inévitable vers la sur spécialisation (cardiologie interventionnelle, échographie spécialisée, ...).

Il apparaît donc essentiel pour garantir la présence cardiologique dans les établissements, de préserver l'exercice de cette spécialisation dans nos hôpitaux, afin de permettre le maintien de recrutements à l'avenir.

❖ L'hépto-gastro-entérologie

Trois thèmes liés à des coopérations territoriales sont identifiés par le groupe de travail.

L'accès à la radiologie interventionnelle dans les situations d'hémorragie digestives graves

Afin de compléter la prise en charge des hémorragies digestives graves, dont les modalités thérapeutiques peuvent inclure une hémostase par radiologie interventionnelle, l'HIA Sainte Anne (seul établissement du GHT possédant un service de radiologie interventionnelle) propose un parcours de soins multidisciplinaire dont les modalités d'accès et de suivi sont synthétisées dans un algorithme décisionnel.

Cette prise en charge est basée sur une concertation professionnelle intégrant les urgentistes, les gastro-entérologues, les anesthésistes-réanimateurs, les chirurgiens digestifs et/ou vasculaires et les radiologues interventionnels. Cette collégialité devrait garantir aux interlocuteurs du territoire ne disposant pas de cette expertise une prise en charge rapide et adaptée des patients dès leur arrivée dans l'établissement.

Continuité de l'offre d'endoscopies complexes - CPRE sur le pôle toulonnais

Actuellement 4 centres réalisent des CPRE :

- L'hôpital de Draguignan ;
- L'Hôpital de Fréjus ;
- L'hôpital Sainte Anne ;
- L'hôpital Sainte Musse.

2 centres ne réalisent pas de CPRE :

- L'hôpital de Brignoles ;
- L'hôpital de Hyères.

L'idée est de proposer une organisation dans les centres toulonnais permettant de garantir aux interlocuteurs du territoire ne disposant pas de cette expertise ou ne pouvant temporairement pas l'assurer que ce type de patient sera accepté dans un lit d'un des deux établissements toulonnais du GHT via l'astreinte d'hépatogastroentérologie et traité dans un environnement dans lequel il pourra bénéficier rapidement du geste en cas de besoin (accès au bloc opératoire et en réanimation ou unité de soins intensifs le cas échéant. Mais, au vu du faible nombre d'opérateurs qualifiés et des contraintes de service (astreintes générales), il n'est pas envisagé d'assurer une astreinte commune spécifiquement dédiée à la CPRE sur les deux établissements (les centres hospitaliers de Sainte Anne et de Sainte Musse ont respectivement 1 et 2 opérateurs formés).

L'urgence en CPRE :

Elle correspond aux malades souffrant d'une angiocholite et qui ne répondent pas à un traitement antibiotique, ou qui présentent des signes de choc septique (Williams EJ, Gut.2008). Leur prise en charge nécessite une structure de réanimation, assurant ainsi une continuité des soins dans cette indication.

La procédure d'admission dans ces établissements se fait via le médecin d'astreinte de gastroentérologie:

- Service d'hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Sainte Musse (HO et HNO) : 04 94 14 52 83 ;
- Service d'hépatogastro-entérologie de l'Hôpital Sainte Anne :
 - o HO : 04 83 16 21 34
 - o HNO : 06 22 91 65 37

Ce médecin coordonne la prise en charge du patient. Il se met en rapport avec l'opérateur de son centre responsable des CPRE pour s'assurer de sa disponibilité ainsi qu'avec sa réanimation afin d'admettre le patient. Le patient est alors transféré et traité suivant les modalités pré-définies.

La continuité et la permanence des soins en endoscopies complexes :

Actuellement l'hôpital Sainte Musse assure la réalisation des CPRE tout au long de l'année (présence de 2 opérateurs sur site en capacité de réaliser des CPRE) et l'HIA Sainte Anne lors la présence de son unique opérateur. En l'absence d'un opérateur disponible dans un des centres hospitaliers du GHT, le service de gastro-entérologie du CHR Sainte Musse et le service de Pathologie digestive de l'HIA Sainte Anne se mettent à disposition afin de réaliser cet acte. Les numeros de contact téléphonique sont les mêmes que ceux inscrits dans la procédure d'urgence.

Accès à la RCP MICI de l'Association AMID-PACA

La prise en charge actuelle des maladies inflammatoires chroniques de l'intestin nécessite une prise en charge pluridisciplinaire qui se complexifie au fur et à mesure des évolutions thérapeutiques et des nouvelles stratégies de traitement. De ce fait une RCP dédiée aux MICI est organisée en visio-conférence avec le CHU de Marseille (Pr Grimaud), l'hôpital d'Arles et d'Aix en Provence. Le rythme des réunions est tous les 2 mois avec présentation des cas par PPT.

❖ Médecine vasculaire

a. Contexte et évolution prévisible

L'étude EP3 (en cours de rédaction) coordonnée par le service de médecine vasculaire (Dr Antoine ELIAS) et dont le CHITS a été promoteur est un audit sur la prise en charge et le parcours de soins des patients avec embolie pulmonaire (EP). Cette étude qui a inclus sur 2 ans 500 patients ayant une EP a permis de montrer une survie au cours de l'hospitalisation et sur 3 mois significativement supérieure dans le groupe de patients pris en charge en médecine vasculaire comparativement au groupe de patients traités dans des services non spécialisés. Conjointement, la fréquence et la gravité de la maladie thromboembolique veineuse (MTEV), les progrès incessants sur le diagnostic, le pronostic et la prise en charge de la thrombose veineuse et de l'embolie pulmonaire, les innovations thérapeutiques et la complexité du maniement des anciens et nouveaux anticoagulants, justifient la mise en place d'un centre spécialisé dans la « Thrombose » afin d'améliorer la performance de la prise en charge des patients au cours de l'hospitalisation et après la sortie. La MTEV étant commune à différentes et multiples pathologies, le Centre de Thrombose ne pourra se concevoir que dans la transversalité. Le parcours de soins des patients atteints de thrombose est en cours de développement avec la SFMV (Société Française de Médecine Vasculaire) et le groupe INNOVTE (Innovation Network on Venous ThromboEmbolicism), deux organisations avec lesquels la structure de Médecine Vasculaire du pôle cardiovasculaire du CHITS participe activement.

b. Objectifs et structuration proposée

Les objectifs de ce centre sont les suivants :

- Homogénéiser et optimiser la prévention et la prise en charge de la MTEV au sein du CHITS et dans les CH ou hôpitaux du GHT afin d'améliorer le pronostic des patients au cours de leur hospitalisation et après la sortie ;
- Organiser le parcours de soins des patients ;
- Assurer la formation des médecins et du personnel soignant participant à l'activité du Centre ;
- Développer, promouvoir et participer à la recherche clinique sur la thrombose ;

Rôle et Fonctionnement du Centre de Thrombose :

- Transversalité : différentes provenances des patients (hospitalisés et de la ville), différentes pathologies responsables et différents services collaborant au diagnostic et à la prise en charge ;

- Fonctionnement: centraliser le diagnostic, coordonner la prise en charge et orienter la trajectoire des soins pour un patient défini en fonction du contexte et de la sévérité clinique.
- Homogénéité de diagnostic au sein des Urgences en plus de l'Unité de diagnostic au niveau des consultations.
- Gestion et adaptation du traitement anticoagulant par un spécialiste en médecine vasculaire.
- Organiser le parcours de soins intra-hospitalier et en ville (réseau de soins) selon la sévérité clinique et les compétences.
- Utilisation de stratégies et procédures validées/ recommandées pour le diagnostic, le traitement et l'orientation des patients.
- Réunions de concertation pluridisciplinaire.
- Un Comité de Thrombose transversal aidera à la mise en place et au développement du Centre, et à l'organisation de la collaboration entre les différentes structures du CHITS et avec des centres hospitaliers.
- Réunions de Formation et d'Enseignement Postuniversitaire.
- Participation à l'activité de Recherche sur la thrombose.

❖ Endocrinologie

a. Contexte et évolution prévisible

Actuellement il n'existe qu'un seul service d'endocrinologie et maladies métaboliques sur l'ensemble du Var, situé à l'hôpital Sainte Musse (Toulon).

En termes de ressources humaines, sont recensés au sein du GHT :

- 2,5 ETP endocrinologues sur le CHITS,
- 1 ETP de diabétologie sur le CH de Draguignan
- Absence d'endocrinologue sur le CHI de Fréjus/st Raphaël et le CH de Brignoles.

Il est donc impossible en l'état de répondre aux besoins croissants de la population en matière de diabète (principalement de type 2) et d'obésité, dont l'évolution est pandémique.

b. Objectifs et structuration proposée

Dans l'immédiat, il est envisageable de proposer les offres suivantes :

- en hospitalisation complète ou de semaine dans le service d'endocrinologie du CHITS : prise en charge spécialisée des diabétiques de type 1 de tout le territoire (Seul centre initiateur des pompes à insuline adulte du var, partenaire du réseau diabète Provence ; programme d'Education thérapeutique d'insulinothérapie fonctionnelle ; nouvelles technologies), qui doivent être adressés pour une optimisation du traitement et du suivi.
- en programme d'Education Thérapeutique (ETP) ambulatoire sur le diabète de type 2 : seul programme varois actuellement sur cette thématique (en cours d'élaboration à Draguignan). Pourraient être adressés les patients (notamment ceux présentant ou ayant présenté des plaies du pied) des endocrinologues et médecins traitants d'Hyères, Fréjus/st Raphaël, Brignoles, pour les sessions initiales.

Charge au service d'endocrinologie d'aider par la suite à la mise en place de programmes de suivi locaux.

L'association IDEA (diététicienne, psychologue, IDE...) assure le suivi ambulatoire des programmes d'ETP de l'endocrinologie du CHITS. Elle pourra facilement et rapidement, moyennant convention, proposer ses services aux patients du CH de Hyères (adressage spécialisé ou par les médecins traitants). Ce modèle est à exporter dans un 2^e temps à Fréjus/st Raphaël et Brignoles, après avoir identifié des personnes ressources (hospitalières, et extra hospitalières, notamment les médecins généralistes, pharmaciens d'officine, IDE libérales...).

De même, l'activité physique adaptée (association APASSPORT) est dès à présent mise à disposition d'Hyères et Brignoles.

- Dans le cadre du diabète gestationnel, il est envisageable d'utiliser un outil de télémédecine pour prendre en charge les femmes enceintes de Brignoles et Fréjus /st Raphaël, à condition de former localement du personnel IDE et diététicien.
- La gestion du pied diabétique devra être homogénéisée sur le territoire, voire s'intégrer dans un Centre des Plaies du Pied, associant prise en charge multidisciplinaire et éducation thérapeutique

Dans un second temps il est indispensable d'envisager le recrutement d'au moins un endocrinologue supplémentaire, rattaché au service d'endocrinologie pour sa formation continue, mais capable d'assurer des consultations avancées intra et extra hospitalières dans les différents hôpitaux du GHT et de coordonner les actions de suivi.

❖ Dermatologie

Contexte et évolution prévisible :

Il existe une consultation de dermatologie à l'HIA Ste Anne en Var-ouest, ainsi qu'une consultation au CHIFSR en Var-est.

Objectifs et structuration proposée

La couverture des besoins sur le Var-ouest

Le projet consiste en la mise en place d'une coopération inter-établissements afin de couvrir au mieux les besoins du GHT.

Par exemple, sur le var ouest est le suivant un protocole d'accord est en cours de structuration entre le service de dermatologie de l'HIA Sainte Anne, le CHITS et la prison : impliquant la mise en place d'une téléconsultation qui pourra aboutir si nécessaire à une consultation « physique » dans les locaux de l'HIA. De cette manière, l'ensemble des patients dans les lits de la prison ou du CHITS peuvent bénéficier d'un avis dermatologique. Afin de pallier au manque de dermatologue en Var Ouest, les praticiens du service de dermatologie de l'HIA aident le CHITS à recruter un assistant en dermatologie.

Prise en charge des cancers cutanés (Carcinomes, Mélanomes, autres)

Sur le CH de Draguignan, est organisée

- la prise en charge des cancers cutanés de la face et du cou (Dr Scavenec, Dr Bartolomeo et Dr Sannajust)
- la prise en charge des cancers cutanés corps entier (Dr Sannajust), en collaboration (RCP et service de recours) avec le CHU de Nice (Dermatologie Archet II, Pr Lacour)

Une collaboration a été instaurée avec le CHI de Fréjus Saint-Raphaël au sein du service de Dermatologie (Dr DelGiudice , Dr Hubiche) avec organisation de consultations avancées

- du Dr Sannajust pour la chirurgie de la carcinologie cutanée,
- des Drs Scavenec et Bartolomeo en chirurgie tête et cou.

❖ Néphrologie

a. Contexte et structuration proposée

L'organisation de la néphrologie sur les différents établissements du GHT nécessite une concertation minutieuse, car plusieurs acteurs interviennent pour la prise en charge des patients atteints de maladies rénales sévères. En effet le parcours des patients exige une coopération entre les établissements publics (CHITS et HIA) et plusieurs établissements privés associatifs ou non.

Des actions de coopérations pour favoriser la prise en charge de proximité sont opérationnelles par des conventions au Pôle de santé de Gassin et au CH de Brignoles. L'organisation de la spécialité sur Draguignan est assurée par convention avec une équipe de néphrologie libérale, et par convention avec l'AVODD sur Fréjus. Ces conventions semblent efficaces et ne justifient pas de projections spécifiques dans le cadre du GHT.

b. Les projets en néphrologie

Afin d'optimiser la prise en charge des patients, plusieurs propositions sont envisagées :

- Mise en place de réunions de concertations au sein de la spécialité pour le perfectionnement des actions de prévention et de dépistage de l'insuffisance rénale, et avec d'autres spécialistes du CHITS (les internistes, les endocrinologues, etc.) ;
- Mettre en place des groupes de travail pour des démarches prospectives sur le développement de la dialyse hors centre notamment au niveau de l'agglomération toulonnaise ;
- Les patients dialysés en situation de détresse sont conduits au SAU des hôpitaux du GHT avec parfois des difficultés de prise en charge des séances d'hémodialyse de ces patients en raison de la saturation des postes de replis. Une mutualisation des gardes sur ce secteur avait été proposée il y a quelques mois. Un groupe de travail spécifique pourra permettre d'améliorer la cohérence des dispositifs d'astreintes médicales réglementaires des autres établissements (Hyères, HIA, et les cliniques privées).

❖ Prise en charge de la douleur

L'instruction N° DGOS/PF2/2016/160 du 23 mai 2016 permet de mettre en place un maillage territorial de la prise en charge des douleurs chroniques et persistantes. Elle propose des critères organisationnels et qualité auxquels doivent répondre les structures labélisées par les ARS. Ces structures labélisées ont pour mission de répondre en particulier aux demandes concernant la douleur chronique, les céphalées, la douleur dans le cancer, la douleur en pédiatrie.

Pour le Var, il a été labélisé fin 2016 une consultation au CHITS, pour le Var Ouest, et une consultation au CHI de Fréjus Saint Raphael pour le Var Est. Comme le prévoit l'instruction, pour les expertises et les cas de pédiatrie complexes, celle du Var Ouest est en lien avec le CETD de la Timone à Marseille, celle du Var Est, en lien avec le CETD de Nice.

Par ailleurs, la réglementation prévoit des CLUD dans tous les établissements de santé. Ils ont pour mission de conduire la démarche qualité en vue d'améliorer la pratique professionnelle dans les prises en charge de la douleur.

Il existe une offre de soins d'algologie sur le territoire varois avec des praticiens sur les établissements de Draguignan, Fréjus-Saint-Raphaël, Saint-Tropez et Toulon. Ces praticiens s'organisent afin de couvrir au mieux les besoins de la population en proposant une offre de soins qui permette la prise en charge de différents types de douleurs (douleurs aiguës ou chroniques, cancéreuse ou non cancéreuse) à proximité de leur domicile.

- *CLUD et inter CLUD*

Etat des lieux

Les CLUD (Comité de Lutte contre la Douleur) ont pour mission de s'assurer de la prise en charge de la douleur aiguë ou chronique des patients hospitalisés en mettant à disposition des praticiens des moyens (rédaction de protocoles, programmes de formation, enquêtes de satisfaction, ...).

Chaque établissement a l'obligation réglementaire d'avoir un CLUD, même sans la présence de médecin algologue au sein de l'établissement. Ainsi, afin d'homogénéiser les pratiques et avoir accès à une expertise, des inter-CLUD ont été mis en place :

- inter-CLUD PACA Est dont dépendent les CH de Draguignan, de Fréjus Saint-Raphaël et Saint-Tropez, rattaché au CHU de Nice ;
- inter-CLUD PACA Ouest dont dépendent les CH de Brignoles, de Hyères, de Pierrefeu et Toulon (HIA et CHITS), rattaché au CHU de Marseille.

Vers un inter-CLUD des établissements de santé varois

Une première réunion d'un inter-CLUD Var s'est tenue en novembre 2016 en présence de représentants d'une majorité des établissements du Var Ouest (HIA Ste Anne, CHITS, CH d'Hyères, CH de Brignoles, CH de Pierrefeu, EHPAD Beauséjour d'Hyères, ESSR Pierre Chevalier d'Hyères, CH Renée Sabran d'Hyères). Un certain nombre d'axes de travail ont été posés : formations DPC (11 sessions annuelles déjà en inter-sites sur certaines sessions), procédures thérapeutiques communes, projets communs en éducation thérapeutique, équipe mobile douleur aiguë et chronique multi-site,

recherche clinique. Il serait intéressant d'associer et fédérer les compétences du Var est à cette dynamique de territoire.

- *Les structures labélisées de prise en charge de la douleur chronique et de la douleur persistante*

Les consultations externes et hôpital de jour

Des consultations labélisées sont en place au sein du GHT. Ces dernières ont pour but de prendre en charge des patients externes et internes aux hôpitaux et ainsi proposer une offre de soins complète en ce qui concerne la prise en charge de la douleur chronique et de la douleur persistante.

La consultation du CHITS :

- Le parcours des prises en charge des céphalées est identifié (consultation céphalées) ;
- La douleur dans le cancer est assurée par l'équipe de soins palliatifs ;
- Elle a développé un programme de prise en charge des lombalgies ;
- Elle a mise en place des ateliers thérapeutiques animés par médecin, infirmière et psychologues, avec mise en œuvre de TCC, d'hypnose et de sophrologie ;
- Le CETD de référence est celui de la Timone (Marseille).

La consultation de l'Est Var :

- Elle concerne les sites de Fréjus et de St Tropez ;
- Elle prend en charge toutes les demandes (douleur chronique, céphalées, pédiatrie, douleur et cancer, ...) ;
- Elle a développé des recours aux thérapies complémentaires : hypnose médicale, sophrologie, socio-esthétique, ateliers d'écriture ;
- Elle met en place un programme de sport et douleur ;
- Le CETD de référence est celui du CHU de Nice.

Des recours aux hôpitaux de jour (HdJ) complètent les consultations d'algologie sur trois sites (le CHITS, le CHI de Fréjus Saint Raphael, le CH de St Tropez). Il existe une possibilité d'hospitalisation complète sur le site de Fréjus dans le service d'oncologie. Il est à noter qu'une activité de prise en charge de la douleur non labélisée existe sur le site du CH de la Dracénie.

- *Les projets en algologie*

Les réunions de concertation pluridisciplinaires de douleur chronique

Le projet est la mise en place d'une RCP douleur chronique de territoire avec la consultation douleur de Sainte Musse en partenariat avec les spécialités complémentaires (neurologie, rhumatologie, médecine de rééducation, psychiatrie, anesthésistes et neurochirurgie) en s'appuyant sur les outils de visio-conférence.

Développement de la neurochirurgie de la douleur

Un partenariat entre les neurochirurgiens de l'HIA Sainte Anne et les algologues du GHT Var a été mis en place afin de proposer une offre chirurgicale de prise en charge de la douleur. Ce partenariat qui a été mis en place début 2017, permet à des patients varois, éligibles à une chirurgie de la douleur, de

se faire opérer dans le Var alors qu'ils devaient jusqu'à lors se rendre sur Marseille ou Nice pour pouvoir bénéficier de ce type d'intervention. Actuellement les neurochirurgiens de Sainte Anne se limitent à la neuromodulation (neurostimulateur médullaire, pompe à infusion intrathécale), mais il y a d'autres techniques, notamment ablatives, qui pourraient être développées localement si le besoin s'en faisait sentir. Pour ce qui est de la sur-expertise, les neurochirurgiens de Sainte Anne sont en lien avec le CHU de Nice pour les patients « compliqués », en participant au staff interdisciplinaire neurochirurgie-algologues.

Ce partenariat doit être conforté afin de proposer d'autres types de chirurgie (intrathécales) ou encore des ateliers d'accompagnement pour les patients ayant bénéficié de ces interventions.

La stimulation magnétique transcrânienne répétitive (rTMS)

Le service de Psychiatrie du CHITS dispose d'un appareil rTMS dont les filières d'algologie varoises devraient pouvoir faire bénéficier leurs patients. Il est donc proposé d'ouvrir des discussions avec les psychiatres afin d'envisager les modalités d'un partage de l'utilisation de cet équipement.

Recrutement d'un poste partagé sur le Var Est

Le projet est de recruter un algologue sur un poste territorial du Var Est pour :

- Conforter les activités de consultation et d'HdJ sur Fréjus et Gassin et mieux répondre aux besoins du territoire du Var Est ;
- Assurer la continuité des soins pour les patients pris en charge.

VIII- Les activités de psychiatrie

1. La pédopsychiatrie

a. Le contexte des trois pôles varois

Pôle de pédopsychiatrie du CH Henri Guérin PIERREFEU-DU-VAR

- 4 CMPEA: Hyères, Brignoles, Solliès-Pont/Pierrefeu, Saint-Maximin. Dans 3 CMPEA, des enfants et des adolescents ont des prises en charge thérapeutiques groupales de type CATTTP.
- 3 HDJ enfants : Hyères, Pierrefeu, Saint-Maximin
- 1 HDJ adolescents : Brignoles
- 1 CATTTP enfants : Saint-Maximin
- 1 Unité d'Hospitalisation pour adolescents –Villa Nova à la Garde – 9 lits
- 2 équipes mobiles : Saint-Maximin et Pierrefeu
- 1 unité de périnatalité : Hyères et Pierrefeu

Pôle de pédopsychiatrie du CHITS

Trois filières de pédopsychiatrie sont définies selon âge des sujets :

- **Filière petite enfance (0-6 ans) :**
 - o CAMPS La Seyne ;
 - o Unité de périnatalité Toulon-La Seyne.
- **Filière enfance (2-11 ans) :**
 - o 2 CMP : secteur Est et secteur Ouest de Toulon ;
 - o 2 HDJ : la Garde et la Seyne ;
 - o 2 CATTTP : La Garde et la Seyne.
- **Filière adolescents (11-18 ans) :**
 - o Le CEOA : 10 lits d'hospitalisation à Sainte Musse ;
 - o 2 CMP : secteur Est et Ouest de Toulon ;
 - o 2 CATTTP : la Seyne et Toulon ;
 - o 1 HDJ adolescents à la Seyne : temporairement fermé depuis septembre 2016, faute de médecin.

Les deux structures suivantes concernent l'ensemble des tranches d'âge :

- 1 unité de pédopsychiatrie de liaison avec la pédiatrie de Sainte Musse ;
- 1 équipe de référence Evaluation autisme à la Seyne (EREA).

Pôle de pédopsychiatrie du CH de FREJUS/SAINT-RAPHAEL

Ce pôle regroupe les structures suivantes :

- Unité d'hospitalisation complète de 8 lits et de 2 lits d'HDJ avec 2 lits attribués au TCA – Arobase.
- 3 secteurs : COGOLIN (HDJ et CMP), DRAGUIGNAN (HDJ et CMP), FREJUS (CMP, CATTTP et Arobase), ainsi qu'une unité de soins non programmés (qui traite les urgences de DRAGUIGNAN). Le nombre de postes budgétisé est de 6 ETP PH et ETP assistant.

Alternative de soins

- 1 CMPP à DRAGUIGNAN,
- 1 CMPP à SAINT-RAPHAEL, 2 psychiatres libéraux à la Clinique du Golfe.

b. Objectifs et structuration proposée

L'objectif des projets présentés ci-dessous est d'aller vers plus de synergie entre les différents inter-secteurs.

Création d'une équipe de liaison entre les territoires hyérois, brignolais et toulonnais

L'intervention quotidienne d'une équipe de liaison pédopsychiatrique au SAU de Brignoles permettrait de réduire le nombre des accueils sur les urgences du CHITS (Ste Musse), de réduire globalement le nombre d'hospitalisations en urgence des adolescents au CEOA et en pédiatrie de Sainte Musse et d'assurer une meilleure prévention à partir des hôpitaux généraux.

Cette équipe de liaison aurait pour but d'harmoniser les orientations vers les structures d'hospitalisation à temps complet pour adolescents, à savoir, le CEOA, La Villa Nova et Arobase.

Cette équipe de liaison,

- Jouera un rôle dans l'harmonisation des parcours de soins entre les territoires et évitera ainsi les ruptures de lien et donc de soins ;
- Aura la mission d'informer, d'accompagner et de suivre les enfants et adolescents des différents secteurs concernés ;
- mettra en synergie les moyens existants avec cependant, la nécessité de moyens RH supplémentaires concernant un temps de psychiatre et d'IDE ;
- Viendra renforcer les équipes somatiques des urgences et de pédiatrie.

Ce projet d'équipe de liaison se veut transversal entre les 3 pôles de pédopsychiatrie du territoire.

Création d'une deuxième équipe EREA (Equipe de Référence dans l'Evaluation de l'Autisme) sur le département du Var

Il existe des « manques » dans l'offre de soins de proximité du Var en matière de diagnostic de l'autisme. La population du Var est actuellement orientée vers l'un des deux Centres de Référence Autisme (CRA) de la Région : Marseille pour l'Ouest du département, Nice pour l'Est du département. Les délais d'attente peuvent être extrêmement longs, allant parfois jusqu'à deux ans.

En 2011/2012, 5 EREA (Equipe de Référence dans l'Evaluation de l'Autisme) ont été créées dans la région PACA dont une dans le Var.

L'équipe EREA de Toulon (pôle de pédopsychiatrie du CHITS) localisée dans un premier temps à Sanary et depuis début 2017 à La Seyne sur Mer (hôpital George Sand) offre une possibilité de 20 évaluations annuelles qui, rapportées à la population du Var, sont notoirement insuffisantes. Aussi, cet ERA a dû mettre en place des conditions d'admission. Il s'agit d'admissions sectorisées (population de l'agglomération de TPM). Ce mode de recrutement laisse une grande partie du département dépourvue. Hyères et le Centre Var continuent donc à être orientés vers Marseille, Fréjus et Draguigna vers Antibes (EREA) ou Nice, l'attente à Antibes étant généralement plus courte.

Il apparaît opportun de créer une synergie pour qu'une seconde EREA puisse voir le jour afin d'être en mesure de couvrir la population du Var (environ 1 million d'habitants). Cette seconde EREA serait donc dédiée à la couverture de la population du Centre et Est du Var.

En outre, il serait opportun de concevoir cette seconde équipe en complémentarité de la première sur certaines « surspécialités » ; des pistes ont été évoquées telles que spécialisation de chacune dans une classe d'âge ou dans la spécialisation des professionnels (par exemple, orthophonie à La Seyne, psychomotricienne dans la nouvelle EREA).

Deux personnes formées aux outils standardisés recommandés par l'HAS (ADI, ADOS) travaillant dans nos équipes respectives sont prêtes à instruire la faisabilité d'un tel projet qui, en première lecture nécessiterait les moyens suivants :

- médecin psychiatre (0,5 ETP),
- psychologue (0,5 ETP),
- orthophoniste (0,5 ETP),
- psychomotricien (0,5 ETP).

A.F.T (Accueil Familial Thérapeutique)

Une équipe organisant l'accueil familial thérapeutique pourrait être créée pour l'ensemble du GHT. Elle pourrait compter jusqu'à 10 places réparties sur l'ensemble du territoire varois, et nécessiterait mes moyens humains suivants :

- médecin psychiatre (0,5 ETP),
- infirmier (1 ETP),
- éducateur (0,5 ETP),
- assistante sociale (0,5 ETP),
- psychologue (0,5 ETP).
-

c. Projet médico-social dans le cadre du GHT

Les enjeux d'une coopération entre le CAMSP de Draguignan du Centre Hospitalier de Draguignan et Le CAMSP George Sand du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon la Seyne sur Mer.

Contexte

Le Décret du 15 avril 1976 N° 76-389 et la Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

Les Centres d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP) ont pour objet le dépistage, la cure ambulatoire et la rééducation des enfants des premiers et deuxième âges qui présentent des déficits sensoriels, moteurs ou mentaux, en vue d'une adaptation sociale et éducative dans leur milieu naturel et avec la participation de celui-ci. Ils exercent des actions préventives spécialisées.

L'article 3 de la Loi de 2002 : l'action sociale et médico-sociale est conduite dans le respect de l'égalité de tous les êtres humains avec l'objectif de répondre de façon adaptée aux besoins de chacun d'entre eux et en leur garantissant un accès équitable sur l'ensemble du territoire.

Financement et statut

Le Centre d'Action Médico-sociale Précoce est une structure agréée, financée à 80 % par l'Assurance Maladie et à 20 % par le Conseil Départemental du VAR. Le CAMSP relève du secteur du médico-social et il peut être de statut associatif ou rattaché à un EPS.

Les 5 CAMSP du Département du VAR

5 CAMSP structurent l'offre sur le département du VAR :

- Sous statut EPS : le CAMSP George Sand du CHITS et le CAMSP de Draguignan ;
- Sous statut Associatif : Les CAMSP de Brignoles, Toulon et Fréjus sous la gestion de l'UGECAMSP.

Historique du partenariat

A titre d'exemple, depuis plusieurs années l'UGECAM et le CHITS ont co-porté des actions partenariales :

- Un partenariat structurant l'offre de soin sur le Département :
 - o La réponse à projet de l'ARS PACA visant à l'ouverture du CAMSP de Brignoles en 2015.
 - o Le projet de restructuration de la prise en charge en périnatalité au CHITS en 2016.
- Un partenariat récent d'harmonisation des pratiques :
 - o Une transmission en 2016 des fiches de postes du paramédical I à l'adresse de l'UGECAMSP
 - o Une action en 2017 de formation construite par le CAMSP du CHITS et avec la participation de professionnels du CAMSP de Draguignan.
 - o Un accompagnement sur les situations en rupture de soins post CAMSP.

Le développement des coopérations entre les CAMSP

Les objectifs du développement de ces coopérations s'inscrivent dans la dynamique de l'ANECAMSP (échelon national), d'INTERCAMSP (échelon régional), avec le souhait de l'inscrire dans les actions du Groupement Hospitalier de Territoire.

Il s'agit de partager entre les CAMSP du VAR :

- les pratiques : « activité de soin et traçabilité », les problématiques récurrentes et transversales aux CAMSP (liste d'attente, situations de ruptures, diagnostic, aide à la socialisation en milieu ordinaire, évaluation interne et externe...) ;
- les actions budgétaires et la gestion prévisionnelle des moyens et compétences, (fiche OPC, fiche de poste, séjour thérapeutique, prestataires...) ;
- les actions engagées dans le cadre du dépistage précoce de l'autisme (ARS PACA 2016 et 2017).

La réussite de ces coopérations repose sur l'adhésion des médecins directeurs des CAMSP du VAR et des cadres socio-éducatifs.

In fine, ces coopérations aboutiront à des missions règlementaires identiques à l'échelle d'un même département, pour un même public, pour des problématiques transversales identiques, et dans le cadre d'une GPMC à consolider de façon homogène.

2. La psychiatrie adulte

Dans le cadre de la mise en place du GHT Var, les psychiatres se sont réunis afin d'identifier des axes prioritaires fédérateurs autour desquels travailler. Le premier axe retenu, développé ci-dessous, concerne la psychiatrie du sujet âgé (PSA). L'objectif retenu a donc été le suivant : Réfléchir, structurer, coordonner un dispositif spécifique de soins à destination des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques.

a. Les raisons de ce choix

Une population vieillissante concernée par les troubles psychiatriques

La population mondiale vieillit rapidement. De 2015 à 2050, la proportion de personnes de plus de 60 ans va pratiquement doubler, passant de 12% à 22%. La France et notre département s'inscrivent complètement dans cette évolution : Le Var est un département fortement marqué par le vieillissement de la population. L'indice de vieillissement du Var (nombre de personnes de 60 ans et plus pour 1 000 jeunes de moins de 20 ans) est le plus élevé de PACA, région plus âgée que le niveau national. La classe d'âge des 75 ans et plus, qui représente 11,6 % de la population Varoise aujourd'hui (119 453 habitants), pourrait doubler d'ici 2040, atteignant 18 % de la population (222 960 habitants).

La santé mentale et le bien-être psychique sont aussi importants pendant la vieillesse qu'à tout autre moment de la vie. Les troubles neuropsychiatriques chez les adultes âgés représentant 6,6% des incapacités totales (DALY) dans ce groupe d'âge. Environ 15% des adultes âgés de 60 ans et plus souffrent d'un trouble mental. L'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation du nombre de personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques et psychologiques nécessitent donc d'adapter nos réponses aux enjeux de cette prise en charge.

Des troubles psychiatriques identifiés

La Psychiatrie de la personne âgée fait l'objet d'une déclaration de consensus rédigée par l'OMS : *« Cette spécialité s'occupe de l'ensemble des maladies psychiatriques et de leurs conséquences [...] Elle traite en outre les patients âgés souffrant de maladies psychiatriques chroniques. Dans la plupart des cas, la morbidité psychiatrique dans l'âge avancé coexiste avec la maladie physique et est susceptible de se compliquer souvent de problèmes sociaux. Les personnes âgées peuvent aussi présenter plus d'un diagnostic psychiatrique ».*

Les pathologies psychiatriques se rencontrent chez le sujet âgé dans 2 situations cliniques très différentes (Dr Hazif-Thomas) :

- La première situation est celle du **vieillissement des patients présentant des pathologies psychiatriques chroniques** : les psychoses chroniques avec le vieillissement des patients schizophrènes, les troubles de l'humeur (troubles bipolaires et dépression récurrente), les pathologies anxieuses.
- La deuxième situation est liée à l'**apparition de troubles psychiatriques chez un sujet âgé** jusque-là sans antécédent.

Les maladies neurodégénératives, dont les démences, ne font pas partie de la Psychiatrie du sujet âgé.

Dans le cadre de l'apparition de troubles psychiatriques chez un sujet âgé jusque-là sans antécédent, deux difficultés se présentent:

- Des difficultés d'ordre diagnostique : La pathologie ne se limite pas aux classiques dépression, confusion, démence, et les critères diagnostiques utilisés chez le sujet plus jeune n'ont pas forcément la même pertinence
- Des difficultés d'ordre clinique très souvent liées à l'intrication de différentes pathologies somatiques et psychiatriques

Contexte : Une organisation des soins à structurer

La France est classée 18^{ème} au niveau mondial en termes de structures, d'organisation de soins et d'enseignement de la psychiatrie du sujet âgé.

Il n'existe actuellement pas de schéma cohérent de la prise en charge de la psychiatrie du sujet âgé en France (au plan réglementaire) ; un état des lieux réalisé en PACA dans le cadre du SROS 2012/2016 précise : « *une offre spécifique en gérontopsychiatrie réduite et inégalement répartie, que ce soit en hospitalisation, en accueil de jour, ou en suivi ambulatoire* » (SROS 2012/2016 p. 120).

Ceci se traduit par une ambiguïté dans les termes qui la désigne et une ambiguïté dans les prises en charge. Nous précisons donc que :

- La psycho-gériatrie est une approche pluridisciplinaire qui a pour objet de soigner, d'apaiser et d'accompagner les personnes âgées souffrant de difficultés psychologiques ou d'un trouble psychiatrique, qu'elles aient ou non un état démentiel associé.
- La gérontopsychiatrie s'occupe de l'ensemble des pathologies psychiatriques, et de leurs conséquences, touchant les sujets âgés. Elle traite en outre les patients vieillissants souffrant déjà auparavant, de maladies psychiques chroniques. A ce dernier terme nous préférons celui de psychiatrie du sujet âgé (PSA) qui évite toute équivoque.

Le SROS 2012/2016 constate (p120) une offre d'hébergement dans le secteur médico-social pour les personnes souffrant de troubles psychiatriques réduite, ainsi que des articulations entre les soins psychiatriques, les soins gériatriques et le réseau médico-social le plus souvent peu formalisées et hétérogènes.

Le projet de psychiatrie du sujet âgé

A quelles personnes âgées ce dispositif spécifique s'adresse-t-il ?

Il paraît incontestable que l'âge n'est pas le déterminant unique ; l'offre de soins sectorielle peut tout à faire répondre à une demande de soins sans spécificité particulière pour un sujet au-delà de 65 ans, il n'est donc pas question d'orienter vers un dispositif spécifique toute personne âgée de plus de 65 ans. Toutefois l'offre de soins doit se diversifier pour affronter les enjeux de la psychiatrie du sujet âgé. La réponse sectorielle se prête mal à une réponse de qualité pour des patients vulnérables à difficulté diagnostique liée à l'âge et à intrication de problématiques somatiques, sociales et psychiatriques. Il existe alors une inadaptation de la formation des acteurs, des enjeux spécifiques mal connus, une crainte d'être submergé par les demandes qui sont autant de motivation pour ne pas reconnaître le besoin en soins.

Par ailleurs chaque secteur de psychiatrie ne pourra pas développer des compétences particulières pour s'adapter à la complexité des troubles psychiatriques du sujet âgé (vulnérabilité particulière, plus grande résistance thérapeutique, fréquence des comorbidités somatiques).

Il s'agit donc d'organiser une offre de soins graduée (hospitalisation, ambulatoire, aval médico-social) à destination des patients vieillissants et résidents, qui entende répondre aux enjeux d'une prise en charge difficile, complexe, spécifique (difficultés d'accès aux soins, polyopathologies, intrications somato-psychiques, etc.)

Les objectifs stratégiques du projet

Face aux constats présentés ci-dessus, trois objectifs sont retenus :

- **Créer un comité départemental pour coordonner la gérontopsychiatrie**, en s'appuyant sur les réseaux sanitaires et médico-sociaux (professionnels et structures et intervenants du secteur libéral, associatif, sanitaire, médico-social et sociale) ;
- **Mettre en place des équipes mobiles de coordination gérontopsychiatrique** qui joueront un rôle majeur de liaison ;
- **Créer des unités hospitalières départementales spécifiques de gérontopsychiatrie** sur les pôles urbains les plus importants, pour faire bénéficier le patient d'une prise en charge de courte durée, à la fois somatique et psychiatrique.

L'ensemble des démarches entreprises devront répondre aux 3 objectifs opérationnels suivants permettant d'améliorer le parcours de soins des patients:

- **Favoriser le maintien à domicile et la réponse de proximité** : assurer une écoute au plus près du « chez soi » des patients, associée à la prise en charge du médecin généraliste, pivot de cette prise en charge, et privilégiant une pratique sectorielle psychiatrique.
- **Développer des équipes mobiles dédiées « supra-sectorielles »** (modèle intersectoriel partiel) au service de personnes âgées présentant des troubles psychiques complexes et notamment celles accueillies dans des structures médico-sociales spécifiques, les dispositifs tels que les Centres locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (Maia), en favorisant leur intégration en leur sein et la tolérance des professionnels à leur égard, et en apportant également une pertinence dans l'évaluation et l'orientation de ces patients et en limitant ainsi les hospitalisations spécialisées aux situations indispensables.
- **Réduire l'hospitalisation**, déconseillée dans la prise en charge d'un sujet âgé et l'organiser lorsqu'elle s'avère nécessaire en identifiant un service de psychiatrie du sujet âgé dans le GHT, privilégiant une bonne collaboration des psychiatres et des gériatres.

Il est donc nécessaire de réfléchir ensemble, d'articuler et de mutualiser nos approches pour proposer une **offre de soins spécifiques** à l'échelle de le GHT du Var s'appuyant sur les organisations déjà mises en place par les 4 centres hospitaliers (II) et identifiant les besoins et les coordinations à venir nécessaires (III).

b. Bilan de l'existant

L'Est Var

Le CHI Fréjus Saint Raphaël

1. Mise en place d'une filière de prise en charge de la psychiatrie du sujet âgé en 2016 avec des moyens propres de la psychiatrie du CHI de Fréjus en 2016 comprenant : 0.3ETP de

psychiatre (Dr BOYER) et 1 ETP d'IDE (début filière identifiée psychiatrie du sujet âgé, à moyens réduits, en janvier 2016).

2. Création d'une Equipe Mobile de Psychiatrie du Sujet Agée (EMPSA) en octobre 2016, grâce à des moyens obtenus dans le cadre de la péréquation mais aussi par un redéploiement d'un poste de PH de pôle (un choix fort de renforcement de la filière), avec ainsi une composition d'équipe comprenant : 0.2ETP de psychiatre (Dr Boyer), 1 ETP de gériatre en formation de psychiatrie à Paris (Dr VATANI), 2ETP d'IDE, 0.5ETP de secrétariat, 1 ETP de psychologue (en cours de recrutement) et 0.2ETP de cadre de santé. EMPSA n'intervient que sur le bassin de population de Fréjus Saint Raphaël et communes limitrophes.
3. A plus long terme, renforcement de l'offre ambulatoire par la création d'un CMP et CATTTP spécifiques à la psychiatrie du sujet âgé.

Le CH de la Dracénie

1. Impossibilité pour la psychiatrie sectorielle de Draguignan d'élaborer un projet spécifique autour de la psychiatrie du sujet âgé compte tenu de ses obligations à venir (psychiatrie carcérale) et des difficultés démographiques (5,8 ETP psychiatre pour 2 secteurs, qui plus est sans offre libérale sur le territoire)
2. En ce qui concerne les plus âgés, à partir de 70 ans, coordination de la prise en charge par le médecin traitant chez des patients en règle générale polyopathologiques et avis expertal du psychiatre si besoin.

Sur l'ensemble du territoire Var-Est

Dans le cadre du dispositif PAERPA (parcours du sujet âgé) **projet** soumis aux tutelles en accord avec Dr Fenoy chef de service de psychiatrie du CH de la Dracénie, de création d'une Equipe Mobile de **Psychiatrie du Sujet Agée Territoriale pour 2017**, élaboré par le pôle de psychiatrie du CHI de Fréjus Saint Raphaël, avec la création d'une antenne EMPSA sur le CH de la Dracénie sous la coordination du pôle de psychiatrie de Fréjus.

Le centre Var : le CH Henri Guerin

Le CH Henri Guérin dispose d'une offre étoffée de psychiatrie du sujet âgé à destination des patients des 4 secteurs de psychiatrie adulte du CH.

Elle comprend :

- une unité de 25 lits dédiées aux personnes âgées située sur le CH avec des travaux de rénovation prévus fin 2017. Personnel dévolu : 10 IDE, 11,8 AS, 2 AMP, 5 ASH et 0,1 Psychomotricien ;
- une équipe mobile de gérontopsychiatrie (4,8 IDE) ;
- trois hôpitaux de jour et deux CATTTP : 7 places à Brignoles (2,3 IDE pour l'HDJ et le CATTTP), 12 places à la Garde (3,6 IDE pour l'HDJ et le CATTTP) et 12 places sur le site du CH Pierrefeu (3 IDE et 1,5 AS). Un projet de déplacer l'hôpital de jour de la Garde non adapté (une maison) sur l'hôpital Georges Clémenceau avec création d'un CMP serait une possibilité.

L'Ouest Var : le CHITS

1. Organisation actuelle non spécifique avec réponse sectorielle (consultation, hospitalisation), intervention de psychiatrie de liaison notamment sur le site de Clémenceau ;
2. Le projet d'établissement 2016/2020 prévoit la création d'une équipe mobile de gérontopsychiatrie extrahospitalière.

Par ailleurs, dans le cadre du COPIL et de l'état des lieux en santé mentale dans le Var, le groupe de travail N°3 a été chargé de piloter les possibilités de développement de la Gérotopsychiatrie sur le Var Ouest.

L'objectif a été fixé par la proposition N°7 du COPIL de Santé mentale de décembre 2014 :

« Renforcement de la prise en charge extra hospitalière (Equipe mobile). Cette orientation s'inscrit dans la dynamique tracée par le SROS d'une prise en charge des patients au plus près de leur lieu de vie habituel en lien avec la diminution des hospitalisations des personnes âgées de plus de 60 ans. La prise en charge spécifique des troubles psychiatriques liés à l'âge devra être abordée dans le cadre d'une réflexion intra territoriale au sein de coopérations existantes ».

Le groupe de travail a retenu un projet d'équipe mobile de gérotopsychiatrie permettant de renforcer la prise en charge extrahospitalière des patients âgés présentant des troubles psychiatriques en répondant à des besoins identifiés tout en limitant leur hospitalisation (cf. annexe).

c. Le projet médical partagé : améliorer l'organisation de l'offre et du parcours de soins au niveau structurel

Objectifs à court terme

- Mettre en place l'ensemble des équipes mobiles nécessaires à une couverture de l'ensemble du territoire du GHT afin d'assurer les besoins en évaluation et réponse de proximité avec plusieurs niveaux d'intervention :
 - o niveau 1 : présentation de l'accès aux soins psychiatriques avec possibilité de protocoles ;
 - o niveau 2 : consultations médicales/infirmières programmées/non programmées ;
 - o niveau 3 : actions de liaison/institutionnelles (animations de groupes d'aidants, supervisions d'équipe en EHPAD, aide à la décision d'admission...).
- Développer les conventions, coopérations et filières entre équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé et partenaires gériatriques sanitaires, médico-sociaux et sociaux permettant un maillage du territoire.

Objectifs à moyen terme

L'objectif est l'ouverture d'une unité d'hospitalisation de psychiatrie du sujet âgé court séjour aux patients le nécessitant du territoire du GHT, à visée diagnostique et thérapeutique dont les indications seront les patients souffrant de troubles psychotiques vieillissants, de troubles de l'humeur, de syndrome de glissement, d'addictions. Elle ne s'adresse ni aux patients souffrant des pathologies neurodégénératives (Alzheimer, ni aux hospitalisations contraintes relevant d'une phase aiguë en secteur fermé).

L'implantation de cette unité peut être réalisée au CH Henri Guérin, cet établissement disposant déjà d'une unité de 25 lits dédiée aux soins des personnes âgées.

Trois principes : qualité, sécurité et humanité, portés par le GHT doivent présider à cette ouverture.

Cette unité devra :

- Offrir un accueil hôtelier permettant de garantir l'intimité et la dignité et la bienveillance des patients hospitalisés : chambres à 1 lit en rez-de-chaussée accessibles en permanence avec

sanitaires individuels et adaptés, espaces extérieurs aménagés accessibles facilement, espaces communs lumineux, salles d'activité.

- Permettre la liberté d'aller et venir adaptée au projet du patient.
- Organiser et favoriser les liens avec les proches.

Ce projet nécessite une refonte du projet actuel de rénovation.

Cette unité sera une unité de psychiatrie active à DMS courte (21 jours) dotée d'une équipe à compétence centrée sur le sanitaire (IDE, psychomotriciens, ergothérapeutes) associant des aides-soignants pour la prise en compte de la dépendance associée. Une assistance sociale sera associée au service.

L'équipe médicale devra associer un psychiatre (1 ETP) et 1 gériatre (1 ETP)

L'équipe sera garante de la mise en place d'un projet de soins individualisé pour chaque patient centré sur le projet de sortie.

Un comité de suivi composé de représentants de chacun des établissements partenaires sera garant du fonctionnement de l'unité : admissions équilibrées entre les différents secteurs, durée de séjour, qualité des soins, objectifs thérapeutiques, bienveillance en partenariat avec les associations d'usagers, dans le cadre d'une convention constitutive dotée d'un règlement intérieur.

- Développer les compétences nécessaires en psychiatrie du sujet âgé sur le territoire en favorisant la formation des professionnels

Objectif à plus long terme

Actuellement il existe une différence de réponse populationnelle en matière d'offre de soins alternative :

- L'offre du Centre Var en HDJ et CATTP est largement en place ;
- Sur la Zone de Toulon est, un partenariat peut se développer avec le CH Henri Guérin pour offrir une réponse à la population à partir des moyens existants ;
- Il est nécessaire de finaliser l'équipement en HDJ et CATTP sur l'Est Var (Fréjus-St Raphaël-Draguignan) et l'Ouest Var (La Seyne sur Mer).

d. Coordination : centre ressource de psychiatrie du sujet âgé du Var

L'offre de soins proposée doit être lisible pour l'ensemble des acteurs, professionnels et usagers et évolutive.

C'est pourquoi nous proposons de fédérer le dispositif sous la forme d'un Centre ressource départemental de Psychiatrie du Sujet Agé garant des missions à vocation départementale (sur le modèle du centre de ressource de l'Île de France) :

- Formations professionnelles ;
- Recherche, qu'elle soit épidémiologique, clinique, en neurosciences ou sur les pratiques de soins, notamment en matière de bienveillance et d'éthique, partenariat avec les associations d'usagers ;
- Amélioration de la qualité des soins avec élaboration et diffusion de procédures et de protocoles de bonne pratique, et suivi des actions entreprises par des réunions de concertation pluridisciplinaires , développement et suivi d'indicateurs (notamment pour

l'unité d'hospitalisation temps plein), développement d'évaluation de pratiques professionnels notamment en terme de pertinence des soins ;

- Amélioration de l'accès aux soins spécialisés, par des actions de coordination, d'information et de communication à destination des usagers et des professionnels concernés, en privilégiant les partenariats au sein du réseau sanitaire et médico-social du Var ;
- Évaluation des prises en charge de recours, pluridisciplinaire et globale, des cas complexes notamment en matière d'hospitalisation temps plein par la réalisation notamment de Patients Traceurs inter-établissements. ;
- Dynamique de réflexion commune des équipes mobiles de PSA au niveau du Var.

Une équipe composé des psychiatres et gériatres participant à l'offre de soins coordonnera le dispositif et impulsera la dynamique nécessaire ; une secrétaire et des locaux spécifiques seront également nécessaires au fonctionnement.

IX- Vers des démarches qualité et gestion des risques coordonnées au niveau du territoire

Les éléments qualité et gestion des risques présentés ci-dessous, s'intègrent dans le projet médico-soignant du GHT.

Le décret du 27 avril 2016, l'Art. R. 6132-3-1 dispose que le projet médical de territoire, qui par définition doit définir la stratégie médicale du GHT, doit comprendre : « **Les objectifs en matière d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins** »

Conjointement, la loi tire les conséquences de la constitution d'un GHT sur certaines procédures applicables aux établissements publics de santé, en particulier : **la certification des établissements de santé** prévue à l'article L. 6113-3 du CSP (certification HAS).

Cette certification sera conjointe pour les établissements publics de santé (EPS) parties à un même groupement. À noter que l'appréciation toutefois portée par la HAS fera l'objet d'une publication séparée pour chaque établissement du GHT (article L. 6113-3 du CSP). En pratique, chaque établissement recevra son propre rapport de certification, publié en parallèle sur le site de la Haute Autorité de Santé.

Dans les faits, à l'horizon 2020, l'ensemble des établissements du GHT 83 devra avoir un Compte Qualité commun, outil partagé par les EPS et la HAS, à la fois pour un suivi longitudinal de leur démarche d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins et pour la préparation de leur visite de certification.

Il paraît donc nécessaire et pertinent de donner de la cohérence à ce projet médico-soignant partagé par les membres du GHT 83 avec une démarche fédératrice au niveau d'un socle commun opposable à chacun des établissements, tous très différents en termes de spécialités, de contexte, de taille, de projets, d'enjeux, etc.

1. Les objectifs en matière de qualité et gestion des risques et leur pilotage

Les objectifs proposés s'articulent autour de six axes prioritaires, formant un socle commun de la démarche qualité-gestion des risques des établissements du GHT 83 :

- Le Management de la Qualité et de la Sécurité des Soins ;
- Les droits du patient ;
- Le parcours du patient ;
- La prise en charge médicamenteuse du patient ;
- Le dossier du patient ;
- La Qualité de vie au travail (QVT).

Les cinq premiers axes font d'ores et déjà partie du tronc commun opposable à tous les établissements de santé, quels que soient leur taille et le type de leurs prises en charge. Le sixième, QVT, est une préoccupation forte de la HAS et des autorités chargées de la Santé Publique. Cette thématique d'ores et déjà inscrite obligatoirement au Compte Qualité des établissements, sera vraisemblablement investiguée lors des prochaines itérations des visites de certification.

a. Axe 1 - Management de la Qualité et de la Sécurité des Soins

Sans un pilotage commun, autour de valeurs et de projets partagés, il ne paraît pas envisageable d'aboutir à la mise en place d'un Compte Qualité (CQ) commun. Alimenter ce CQ nécessite une méthodologie singulière, dictée par la HAS, consistant à avoir une approche par les risques identifiés, la priorisation de ces risques, leurs niveaux de maîtrise et les plans d'actions qui en découlent.

Seul un travail commun des « équipes qualité-gestions des risques », au sens large, permettra d'aboutir à ce pilotage commun.

b. Axe 2 - Les droits du patient

Le respect et la promotion des droits des patients est une préoccupation prioritaire de tous les acteurs d'un territoire de santé. Sur cette thématique, plusieurs axes nous paraissent importants :

- L'information systématique du patient sur le coût de sa prise en charge ;
- L'expression du consentement des personnes bénéficiant d'une protection juridique ;
- L'équipe de soins, le secret professionnel et le partage d'informations ;
- L'hébergement des données de santé ;
- Le patient mineur et les soins dans le secret ;
- L'interruption volontaire de grossesse (IVG) ;
- L'action de groupe dans le domaine de la santé ;
- La contention en psychiatrie.

c. Axe 3 - Le parcours du patient

Favoriser au quotidien les parcours de santé, mieux informer, mieux accompagner les usagers dans leurs parcours de santé et renforcer les outils proposés aux professionnels pour leur permettre d'assurer la coordination du parcours des patients font partie des priorités et de la raison d'être des GHT, mises en exergue par la loi santé de janvier 2016.

Certains axes de cette thématique sont d'ores et déjà développés une partie de ce document dédiée à l'optimisation du parcours de soins intégrant le lien entre la ville et l'hôpital.

d. Axe 4 - La prise en charge médicamenteuse du patient

Les risques liés à une mauvaise maîtrise en matière de prise en charge médicamenteuse du patient ne sont plus à démontrer. A ce titre et pour rappel, cette thématique est celle qui a été la plus impactée par des décisions de certification en V2010, et cela reste le cas pour la V2014.

Les équipes pluri professionnelles (pharmaciens, médecins, médicotéchniques, soignants, gestionnaires de risques, etc.) doivent travailler en commun afin d'affiner et optimiser ce processus particulièrement à risques pour les patients et les professionnels. C'est également une exigence de la loi santé de janvier 2016.

e. Axe 5 - Le dossier du patient

L'optimisation du parcours du patient ne peut se concevoir qu'autour d'un Dossier du Patient cohérent. A défaut d'un DPU (Dossier Patient Unique) pour l'ensemble du territoire de santé, assez illusoire à court ou moyen termes, travailler sur une appropriation de ce processus par les professionnels de santé est une nécessité. Le Dossier Médical doit être partagé pour assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient. La maîtrise des risques de rupture du système prend ici tout son sens.

Parmi les priorités à retenir il semble important d'insister sur la nécessaire traçabilité de l'ensemble des actes, la sécurisation des données du patient qui y figurent et la fiabilité de ces données en luttant en priorité sur les erreurs d'identité (doublons et fusions d'identité).

Il est probablement utile de rappeler la portée juridique du dossier patient, puisqu'il est notamment un des premiers éléments demandés par le patient et/ou par le Juge en cas de recherche de responsabilité.

f. Axe 6 - Qualité de vie au travail

La qualité de vie au travail est la condition *sine qua non* pour obtenir des professionnels un bon niveau d'engagement dans leurs missions au quotidien au plus près des patients (soignants au sens large), ou pour les patients (fonctions supports).

Cette thématique doit faire partie des préoccupations majeures des responsables des établissements de santé, quel que soit leur niveau hiérarchique.

Identifier les risques prioritaires et communs dans ce domaine, au-delà du DURP (Document Unique des Risques Professionnels) obligatoire quant à lui pour chacun des établissements, fait partie des objectifs du GHT 83.

g. Pilotage de ce dispositif

Afin de parvenir aux objectifs fixés sur ces six thématiques, il est proposé qu'un pilotage commun soit organisé, autour du premier axe de ce projet, le Management de la Qualité et de la Gestion des Risques. Il pourrait comprendre quatre pilotes par établissement (directeur qualité/risques, qualitatif, un médecin et un CSS et/ou CS), et un accompagnement méthodologique par le CHITS disposant d'une partie des expertises nécessaires pour mener à bien cette montée en charge et ce dispositif (maîtrise du Compte Qualité notamment).

Le suivi régulier et l'évaluation de cette politique QGDR pourrait se faire par les méthodologies préconisées par la HAS, à savoir :

- L'Audit de processus ;
- Le Patient Traceur.

Auxquelles pourrait être associée l'Audit AFNOR (certification ISO 9001 – Version 2015), puisque chacun des établissements a des fonctions supports s'intégrant parfaitement dans ce dispositif.

Une rencontre, dans un premier temps quadrimestrielle de ces pilotes permettrait de caler et d'affiner le dispositif de pilotage, avec une montée en charge en 2018 et 2019.

Des tableaux de bord intégrés aux contrats de pôles de chacun des établissements, pourraient être mis en commun pour un suivi, et des analyses croisées (benchmarking).

2. L'hygiène hospitalière et les Comités de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)

Depuis 1998, les CLIN ou structures équivalentes des établissements publics du Var, rejoints par plusieurs établissements privés, coordonnent leurs actions au sein du COPRIN (Coordination varoise pour la réduction des infections nosocomiales). Cette action de coopération se traduit par des travaux réguliers des EOH en commission et des réunions plénières quadrimestrielles. Le souhait de tous est d'amplifier cette fructueuse coopération, en renforçant les liens existants entre les Equipes Opérationnelles d'Hygiène hospitalière (EOH) par la mise en commun des outils et compétences dans le respect des priorités, des effectifs recommandés et des périmètres d'action de chacun. Le porteur de ce projet Hygiène GHT83 destiné à intégrer le Projet Médical de Territoire est le service d'hygiène de l'établissement support (CHITS).

Ce projet comporte trois axes :

- Renforcer la coopération entre les Equipes Opérationnelles d'Hygiène du GHT
- Constituer une Equipe Mobile d'Hygiène GHT tournée vers les Etablissements médicosociaux de l'ensemble du territoire
- Maintenir la biologie environnementale au sein des laboratoires publics hospitaliers

a. Axe 1 : Coopération entre les EOH du GHT

i. Formaliser le statut du Coprin pour lui permettre de poursuivre ses actions dans la durée :

- rédaction de fiches techniques de recommandations communes ;
- harmonisation des pratiques grâce à des mises au point sur les actualités ou les évolutions réglementaires et professionnelles dans le domaine de l'hygiène ;
- réalisation d'audits de pratiques et d'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) conjointes permettant des actions d'améliorations ;
- partages de retours d'expérience sur les actions et les programmes de chacun ;
- mise en commun des programmes de formations et les participations croisées des professionnels des établissements membres à ces formations.

ii. Se doter d'outils de pilotage et de suivi :

- annuaire des membres des CLIN/CLIAS ou structures équivalentes du GHT ;
- tableau des effectifs des EOH du GHT ;
- inventaire des missions des EOH du GHT (activités extra-établissements, animation des réseaux, équipes mobiles, ...) ;
- annuaire des formations en hygiène de tous les membres du GHT ;
- compte-rendu d'activité et un programme d'actions annuels destinés au CLIN/CLIAS (ou structure équivalente) de chaque établissement.

iii. Coopérer dans les thématiques de la certification concernant l'hygiène, dans le cadre de la future certification de GHT.

b. Axe 2 : Constituer une Equipe Mobile d'Hygiène pour le Var (EMH-GHT83)

Construite sur l'expérience et la base existante implantée au CH Hyères (EMH Var-Ouest), et dans le cadre du Programme National de prévention des Infections associées aux Soins (PROPIAS-2015) promu par l'ARS, l'EMH-GHT83 a vocation, avec les moyens nécessaires à son action, à desservir les établissements médico-sociaux ayant signé convention avec l'établissement porteur.

Les EOH des établissements du GHT soutiennent l'action par une réponse de proximité et d'expertise si nécessaire aux demandes d'avis, l'EMH représentant une équipe de projection sur le terrain et de travail de fond auprès des EMS.

Dans ce cadre, une réunion annuelle du Coprin est dédiée aux établissements médico-sociaux du réseau ainsi constitué autour de l'EMH-GHT83.

c. Axe3 : Maintenir la biologie environnementale au sein des laboratoires publics hospitaliers

La pérennisation et le développement de cette activité passe par des objectifs communs :

- une harmonisation des pratiques concernant la nature et la fréquence des prélèvements ainsi que les techniques utilisées ;
- la mise en place d'une facturation validée conforme aux recommandations des sociétés savantes ;
- la formation et l'habilitation des équipes (techniciens et préleveurs) ;
- l'organisation d'une logistique pour la prise en charge efficiente des prélèvements ;
- la mise à disposition d'une informatique commune ;
- l'accréditation de certaines activités (Légionnelle).

L'intérêt du renforcement de cette activité est de permettre la réactivité, la proximité du service rendu, l'utilisation des compétences (techniciens, biologistes) au sein des établissements et la collaboration avec les EOH permettant de gérer les non conformités et favoriser les reprises d'activité en temps réel.

Plusieurs solutions en matière d'interaction et de coordination de la réalisation des examens entre les différents sites de biologie médicale du territoire peuvent être proposées en lien avec le projet de biologie présenté dans ce document.

Une possibilité serait l'organisation en laboratoires environnementaux autonomes certifiés dans leur domaine d'excellence, avec par exemple :

- Legionella au HIA Ste Anne ;
- Endoscopes CHITS Toulon ;
- Eaux, surfaces par chaque EPS préleveurs.

Une autre possibilité serait la création d'un laboratoire référent au sein d'un service d'Hygiène unique avec un laboratoire spécifique inclus, et indépendant des laboratoires de bactériologie, avec du personnel dédié.

X- Recherche clinique et innovation

L'activité de recherche s'intègre dans le projet médico-soignant du GHT.

L'activité de recherche sur la personne humaine constitue aujourd'hui une mission de service public des établissements de santé (article L. 6112-1 du code de sante publique et article L. 112-2 du code de la recherche). Longtemps considérée comme le domaine réservé des seuls Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC), la recherche est aujourd'hui très présente dans tous les établissements de santé et constitue un enjeu stratégique et un marqueur du dynamisme, de l'attractivité et du rayonnement des établissements. Depuis plusieurs années, les établissements du GHT Var se sont inscrits avec succès dans cette dynamique de développement de la recherche :

- Le Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon La Seyne sur mer (CHITS) recrute chaque année des centaines de patients pour participer à de projets multicentriques, internationaux (140 projets en 2016). Les équipes médico-soignantes du CHITS développent également des protocoles de recherche dont la promotion et l'encadrement réglementaire sont assurés par le CHITS et sa cellule support en lien avec la DRCI du CHU de Nice.
- L'Hôpital d'Instruction des Armées Saint Anne (HIA-SA), a fait de la recherche une priorité de son développement. Son activité se divise entre participations à des projets industriels majeurs et développement de protocoles à promotion interne au Service de Santé des Armées (SSA)
- Les équipes du Centre Hospitalier Intercommunal de Fréjus Saint Raphaël (CHI-FSR), et du centre Hospitalier de la Dracénie (Draguignan) participent également à des projets à promotion industrielle ou académique et souhaitent développer leur activité et l'accès aux innovations tout comme les Centres Hospitaliers de Brignoles, de Saint-Tropez, d'Hyères, du Luc et de Pierrefeu.
- Depuis 2016, le CHITS, l'HIA SA et le CHI-FSR ont souhaité se rapprocher afin de jeter les bases d'un partenariat permettant de développer conjointement leurs activités de recherche (accords cadre). Cette première étape a permis d'amorcer la mutualisation des compétences de la cellule support du CHITS qui se déploie aujourd'hui sur les trois établissements.

1. Mieux soigner en développant l'accès à l'innovation

Dans un souci d'égalité dans l'accès aux soins, il est important que les patients du Var puissent bénéficier des traitements et des modalités de prise en charge innovants (médicament, dispositif médical, diagnostic, stratégie thérapeutique, éducation thérapeutique, ...). La participation à des essais cliniques, particulièrement en oncologie, constitue une chance pour de nombreux patients d'avoir accès aux dernières innovations diagnostiques et thérapeutiques et de bénéficier d'un suivi renforcé par rapport à la prise en charge habituelle. Pouvoir proposer à un patient de participer à un essai thérapeutique améliore ainsi le service rendu et ce dès son inclusion. De plus, l'intégralité des coûts des traitements et des actes réalisés sont pris en charge par les promoteurs industriels et

académiques, ce qui permet aux établissements de fournir un accès gratuit à des innovations majeures parfois extrêmement coûteuses comme :

- le criblage génétique des tumeurs, nouveaux bio-marqueurs du cancer, l'ADN tumoral circulant,....
- L'immunothérapie et la vaccination anti-tumorale
- l'utilisation de thérapies ciblées (inhibiteurs de voie de signalisation et autres molécules inhibitrices, anticorps monoclonaux, ...)

Dans le but de favoriser la participation des équipes du GHT aux essais industriels et académiques, une démarche proactive de communication auprès des promoteurs doit être engagée afin d'être mieux référencés, et d'augmenter le taux de sélection des centres du GHT. Une politique harmonieuse de répartition des essais devra également être mise en place entre établissements afin de faciliter l'accès pour les patients à l'innovation, d'éviter les recrutements concurrentiels et ainsi de favoriser la meilleure diffusion possible des innovations en fonction des besoins et des objectifs. Ces démarches, déjà engagées notamment par les référents en oncologie des établissements du GHT devront être poursuivies et amplifiées.

Le développement conjointe et synergique au sein du GHT de cette offre diagnostique et thérapeutique a pour objectif d'augmenter l'accessibilité pour les patients à l'innovation tout en restant pris en charge à proximité de leur domicile.

2. Développer des activités de recherche d'excellence, lisibles et évaluées

Des thématiques ouvertes mais avec un accent mis sur les objectifs médico-économiques, la recherche paramédicale et les collaborations locales. Le développement de l'activité de recherche doit s'appuyer sur l'identification des thématiques scientifiques stratégiques pour les établissements. Le GHT Var entend dans un premier temps, poursuivre et améliorer, tant sur le nombre que sur la qualité des projets, les recherches cliniques, paramédicales et translationnelles menées dans tous les établissements et dans toutes les disciplines médicales. Dans un second temps, par le biais de sa Commission Recherche, le GHT identifiera ses thématiques scientifiques d'excellence, sur la base de l'autoévaluation et des priorités définies par les établissements. Une attention toute particulière sera portée aux projets abordant les aspects médico-économiques, d'économie de la santé, de performance du système de soin mais également sur le développement de la recherche paramédicale notamment en lien avec les spécificités locales (mer, tourisme, grand âge, fin de vie...) et sur les collaborations locales autour de projets multicentriques au sein du GHT.

3. S'organiser et se regrouper pour gagner en efficacité et en visibilité

Un Département Recherche pour le GHT du Var. Afin de se doter d'une structure représentative, il est proposé la création d'un Département Recherche pour le GHT Var articulé autour d'une Commission Recherche composée de médecins et de paramédicaux, représentants recherche désignés par chaque établissement. Ce département serait représenté par un président qui aurait alors un rôle central dans l'animation du projet et la représentation de l'activité recherche du GHT à l'extérieur du groupement. Un chargé de mission GHT, seconderait le président dans ses missions en lien avec les directions des établissements.

Une Unité Support mutualisée et structurée sous la forme d'un G.C.S de moyen. Toute activité de recherche sur la personne humaine nécessite une structure support pouvant assurer aux patients, aux investigateurs, et aux établissements : qualité ; sécurité ; respect réglementaire ; aide à la conception, à la mise en œuvre, à l'analyses et atteintes des objectifs. Une telle structure doit être pérenne, suffisamment dimensionnée et pouvoir évoluer rapidement en fonction des besoins. A l'échelle du GHT Var, la structure support du CHITS (Cellule Promotion et Soutien de la recherche) doit impérativement se transformer et se renforcer pour constituer une structure mutualisée, flexible, adaptée à la projection de son activité sur l'ensemble du GHT et au-delà. La déclinaison opérationnelle de ce projet se traduit par la construction d'un Groupement de Coopération Sanitaire de moyen (GCS), permettant de mettre en commun les moyens nécessaires et de les piloter ensemble. Les détails, dont la construction financière et la gouvernance, seront à définir rapidement, mais disposer d'une structure juridique pilotée par plusieurs établissements, facilitant la mise en adéquation entre les ressources nécessaires aux activités de recherche, les besoins, et la croissance de l'activité dans les prochaines années (embauches, mises à disposition des personnels, développement des activités de soutien à la recherche) semble un prérequis indispensable. De nombreuses missions (gestion, promotion, valorisation, communication, qualité) pourront également être centralisées et partagées entre membres du GCS. Enfin une telle structure permettra une articulation plus performante avec les organisations locales et régionales (GIRCI, DRCI, universités, ...) et les partenaires publiques ou privés hors GHT afin de partager les coûts et les investissements nécessaires.

Une déclaration d'activité unique pour les MERRI. Depuis plusieurs années, les établissements du GHT participent à l'évaluation SIGAPS/SIGREC de l'activité de publication scientifique (SIGAPS) et de recherche (SIGREC) et postulent chaque année à l'attribution de la «part variable» des crédits MERRI (Missions d'Enseignement, de Recherche, de Référence et d'innovation) alloués en fonction de l'activité, avec un effet de seuil. Sous réserve d'autorisation de la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS), les établissements du GHT Var souhaitent fusionner leurs annuaires respectifs et en centraliser la gestion sur le CHITS, afin de constituer une seule entité déclarative et permettre un financement MERRI basé sur l'activité totale des membres du GHT et non uniquement sur celle de l'établissement support (CHITS), qui risquerait alors de supporter seul l'activité du groupement.

L'établissement support pourrait assurer la promotion de projets portés par des investigateurs d'autres établissements du GHT. Pour certains protocoles, le choix pourrait être donné aux établissements du GHT qui le souhaitent, de confier au CHITS, en tant qu'établissement support, la responsabilité de la promotion. Les points SIGREC ainsi récupérés par le CHITS permettront de financer en partie l'encadrement des projets.

Offrir un accès aux revues Médico-scientifiques. L'accès pour tous les centres aux revues médicales et scientifiques majeures est une priorité. Un abonnement à un bouquet de revues internationales pour l'ensemble du GHT doit être réalisé prochainement.

4. Intégrer l'activité de recherche GHT à l'organisation régionale

Intégrer le Groupement Interrégional de Recherche Clinique et d'Innovation (GIRCI) PACA. Les GIRCI sont chargés d'assurer des missions spécifiques d'animation et de soutien de l'activité de recherche, ne pouvant être assurées au niveau local. Le GIRCI PACA, regroupe actuellement le CHU de Nice, l'AP-HM, l'Institut Paoli Calmette et le Centre Antoine Lacassagne. Afin d'assurer à notre activité de recherche une visibilité, une cohérence avec la politique recherche régionale, une synergie avec les CHU, et de bénéficier d'aides ou de financements complémentaires, il est indispensable pour notre GHT d'intégrer le GIRCI PACA. Cela pourrait se faire par le référencement du CHITS, comme membre du GIRCI pour représenter l'ensemble du GHT.

Développer le partenariat avec les CHU. Afin d'assurer la coordination des missions hospitalo-universitaires, dont la recherche, il est demandé à l'établissement support des GHT de s'associer à un CHU dans le périmètre de sa subdivision universitaire. Depuis 2008 le CHITS est associé au CHU de Nice, via un accord cadre, pour l'activité de Recherche, lui permettant ainsi de bénéficier de son support pour la promotion de ses protocoles ou d'action de formation pour ses personnels. Aujourd'hui, le développement de l'activité Recherche au niveau GHT va nécessiter l'actualisation de cet accord cadre afin de bénéficier d'un support méthodologique, bio statistiques, data-management, vigilance adapté à l'évolution de l'activité pour le GHT. Ce nouvel accord permettrait également une articulation plus fine entre l'unité support du GHT (GCS) et la DRCI du CHU de NICE sur la diffusion des appels à projets, la démarche qualité, la communication et la valorisation des produits de recherche. Un accord cadre de partenariat similaire pourrait également être proposé à l'APHM afin de pouvoir utiliser les services de l'un ou de l'autre CHU en fonction des besoins des équipes et des capacités des DRCI à y répondre. Le développement et la structuration de la recherche au sein de notre GHT va également permettre aux différentes DRCI du GIRCI PACA de bénéficier d'un réseau de centres investigateurs de qualité pour mettre en œuvre leurs protocoles de recherche.

XI- Suivi de la mise en œuvre des projets par le GHT

1. Pilotage de la mise en œuvre par les instances du GHT

La Commission Médicale de Groupement (CMG), ainsi que le Comité Stratégique (COSTRAT), ont vocation à piloter la mise en œuvre des projets médicaux proposés dans le Projet Médical Partagé, sur la période des 5 prochaines années (durée de validité du PMP).

Il est proposé que chaque projet fasse l'objet d'un certain nombre d'indicateurs de mise en œuvre (liés aux grandes étapes de mise en place du projet par exemple), ainsi que d'indicateurs de résultats témoignant de la réalité effective de la mise en œuvre du projet.

Les tableaux de bords présentés dans la partie ci-dessous pourront alors être enrichis de nouvelles colonnes afin de suivre dans le temps, d'une instance à l'autre, l'avancée des projets.

En termes de gouvernance, le travail de pilotage des mises en œuvre sera conduit par la CMG qui fera un retour régulier (base semestrielle) au COSTRAT sur l'avancement des projets.

2. Tableau de bord synthétique des projets

Les instances du GHT Var proposent de d'organiser la mise en œuvre des projets sur 3 périodes qui se succéderont dans les 5 ans à venir, par ordre de priorité pour le GHT, en promouvant les sujets les plus aboutis et les plus structurant pour la dynamique de territoire en début de période.

Ci-dessous les différents projets évoqués dans ce document sont présentés au sein d'un tableau de synthèse mentionnant la période de mise en œuvre recommandée par le GHT (priorisation chronologique évoquée ci-dessus), ainsi que la nécessité (ou non) d'impliquer certaines compétences transversales dans chacun des projets.

a. Les projets liés aux axes stratégiques du PMP

Les projets	Démarche de priorisation			Commentaires	Impact structurel		Implications RH		Projet Formation	Implication DSI	Implication biomédicale et équipements
	Projet court terme 2017 - 2018	Projet moyen terme 2019 - 2020	Projet long terme 2020 - 2023		Evolution capacitaire	Nécessité de travaux	DAM	DRH			
Optimisation des filières ou parcours de soin											
Bed management territorial		X		Fiche Projet disponible	-	-	?	?	-	OUI	-
Cycle de formation DPC "Chirurgie ambulatoire"	X			Fiche Projet disponible	-	-	-	-	OUI	OUI	-
Imagerie											
Consolidation des systèmes de télé imagerie au sein du GHT Var	X			Pré-requis : SI communicant	-	-	-	-		OUI	
Mutualisation de la permanence des soins (PDSSES) en nuit profonde (0h00 - 8h00)		X		Pré-requis : SI communicant	-	-	-	-		OUI	
Neurovasculaire											
Création d'une UNV en Var Est		X			OUI	OUI	OUI	OUI	-	?	OUI
Lieu unique d'accueil et de prise en charge de la phase hyper-aigüe de l'AVC sur l'HIA Ste Anne en coopération avec l'UNV du CHITS et des lits "labélisés" du territoire	X			Pré-requis : SI communicant	-	-	OUI	-	-	OUI	-
Gériatrie											
Création d'un court séjour gériatrique au CH de Brignoles	X				-	-	-	OUI	-	-	-
Création de consultations post-urgences gériatriques aux CHITS et au CH de Hyères	X			Fiche Projet disponible	-	-	-	-	-	OUI	-
Création d'une unité de post urgence gériatrique au CH de Hyères	X			Fiche Projet disponible	-	-	?	-	-	-	-
Généralisation de l'expertise onco-gériatrique	X			Fiche Projet disponible	-	-	?	?	?	-	-
Formation des personnels travaillant avec des patients gériatriques dans le Var	X			Fiche Projet disponible	-	-	-	-	OUI	-	-
Pharmacie											
Mutualisation des astreintes de pharmacie entre le CHI FSR et le CH de Gassin	X			Fiche Projet disponible	-	-	-	-	-	-	?
Mutualisation des astreintes de pharmacie entre le CH de Hyères et Pierrefeu	X			Fiche Projet disponible	-	-	-	-	-	-	?
Généralisation de la dispensation nominative individuelle automatisée sur l'ensemble des sites du GHT dans le cadre d'un projet territorial commun.		X		Harmonisation des livrets thérapeutiques & Achats groupés au niveau du GHT	-	OUI	?	?	-	OUI	OUI
Urgences											
Harmonisation du "Plan Blanc" au sein du GHT	X				-	-	-	-	-	OUI	-
Mise en place d'un contrat varois commun à tous les urgentistes du GHT	X				-	-	OUI	-	-	?	-
Mise en place de postes partagés entre les équipes d'urgentistes du territoire	X				-	-	OUI	-	-	-	-
Formations communes des personnels médicaux et paramédicaux	X			Fiche Projet disponible	-	-	-	-	OUI	-	-
Cancérologie											
Organisation territoriale et consolidation des équipes d'oncologie médicale	X				-	-	OUI	-	-	-	-
Ouverture de l'HdI du CHITS aux paramédicaux de Brignoles (dynamique commune)	X				-	-	-	?	OUI	-	-
Ouverture de l'HdI du CHITS aux paramédicaux de l'HDI du CH de Hyères	X				-	-	-	?	OUI	-	-
Création de deux chambres d'IRAthérapie au CHITS			X		OUI	OUI	-	OUI	-	-	OUI
Possibilité de réaliser des scintigraphies au MIBI au CHI FSR	X				-	-	-	-	-	-	OUI
Création d'un Passeport cancérologique du GHT Var	X			Fiche Projet disponible	-	-	-	-	-	OUI	-

Tableau 35 : Tableau de synthèse des projets liés aux axes stratégiques du PMP

b. Les projets liés aux autres filières et activité

Les projets	Démarche de priorisation			Commentaires	Impact structurel		Implications RH		Projet Formation	Implication DSI	Implication biomédicale et équipements
	Projet court terme 2017 - 2018	Projet moyen terme 2019 - 2020	Projet long terme 2020 - 2023		Evolution capacitaires	Nécessité de travaux	DAM	DRH			
Laboratoire											
Structuration de plateaux techniques regroupant l'ensemble de l'activité de biologie du GHT			X	Pré-requis : SI communicant	-	OUI	-	-		OUI	OUI
Soins critiques											
Mise en place de pratiques communes	X			Fiche Projet disponible	-	-	-	-	OUI	OUI	-
Coordination du don et prélèvement d'organe					-	-	-	-	OUI	OUI	OUI
Formation communes des personnels dans le cadre du DPC	X				-	-	-	-	OUI		-
Chirurgie											
Projet de chirurgie ambulatoire en urologie	X				-	?	OUI	-	-	-	OUI
FME											
Coopération entre les maternité de Hyères et du CHITS	X										
Structuration de pôles inter-établissement Femme-Mère-Enfants en Var Est		X			?	?	?	?	-	OUI	OUI
Structuration de pôles inter-établissement Femme-Mère-Enfants en Var Ouest		X			?	?	?	?	-	OUI	OUI
Médecine											
Pneumologie											
Structuration de la filière réhabilitation pneumologique avec le CH René Sabran (SSR pneumologique)		X			-	-	-	-	-	-	-
HGE											
Accès à la radiologie interventionnelle dans les situations d'hémorragie digestives graves	X				-	-	-	-	-	OUI	-
Continuité de l'offre d'endoscopies complexes sur le pôle toulonnais	X				-	-	-	-	-	-	-
Médecine vasculaire											
Création d'un Centre de Thrombose dans le GHT		X			OUI	OUI	?	?	-	?	OUI
Dermatologie											
Coopération inter-établissement en Var Ouest (télé-dermatologie)	X				-	-	?	-	-	OUI	OUI
Néphrologie											
Mutualisation des gardes en Var Ouest pour améliorer la prise en charge des patients dialysés aux urgences	X				-	-	OUI	-	?	?	?
Mise en place de RCP et amélioration du dépistage de l'insuffisance rénale	X				-	-	-	-	-	-	-
Prise en charge de la douleur											
Création d'un inter-CLUD des établissements varois	X				-	-	-	-	-	-	-
Mise en place de RCP douleur chronique de territoire	X				-	-	-	-	-	-	-
Développement de la neurochirurgie de la douleur avec l'HIA	X				-	-	-	-	-	?	-
Psychiatrie											
Psychiatrie infanto-juvénile											
Création d'une équipe de liaison en Var Ouest	X				-	-	-	-	-	?	-
Création d'une deuxième équipe EREA dans le Var		X			?	-	?	?	-	?	-
Développement de coopération entre les CAMSP du Var		X			-	-	-	-	-	?	-
Psychiatrie adulte											
Création d'une unité d'hospitalisation de psychiatrie du sujet âgé		X			OUI	OUI	?	?	-	?	OUI
Création d'un centre ressource de psychiatrie du sujet âgé du Var		X			-	-	-	-	-	-	-
Projet médico-soignant											
Qualité et gestion des risques											
Management de la qualité et de la sécurité des soins commune à l'ensemble des établissements du GHT	X				-	-	-	-	-	OUI	-
Optimisation du parcours patient		X			-	-	-	-	-	OUI	-
Mise en place du dossier patient unique (DPU)			X		-	-	-	-	-	OUI	-
Recherche et innovation											
Création d'un département recherche pour le GHT		X			-	-	-	-	-	OUI	-
Création d'une unité support mutualisée sous forme de GCS	X				-	-	?	?	-	OUI	-

Tableau 36 : Tableau de synthèse des projets liés aux autres filières et activité du PMP

Annexe 1 : liste des participants aux groupes de travail médicaux

Urgences

Noms des participants	Mail
Dr Jean-Denis Firoloni	jeandenisfiroloni@yahoo.fr
Dr François Besnier	francois.besnier@ch-toulon.fr
Dr Daniel Vinciguerra	d.vinciguerra@orange.fr daniel.vinciguerra@intradef.gouv.fr
Dr Christian Bar	c.bar@ch-brignoles.fr
Dr Philippe Garitaine	pgaritaine@ch-saint-tropez.fr
Dr Didier Jammes	jammes-d@chi-frejus-saint-raphael.fr
Dr Jean-Marc Minguet	jean-marc.minguet@ch-draguignan.fr

Imagerie

Noms des participants	Mail
Dr Boutin	jboutin@ch-hyeres.fr
Mme Fontaine	efontaine@ch-hyeres.fr
Dr Lapierre-Combes	marie.combes.lapierre@gmail.com
Dr Vele	veronica.vele@ch-toulon.fr
Mme Pedinielli	emmanuelle.pedinielli@ch-toulon.fr
Dr Leydet	pierreleydet@yahoo.fr
Mme Roussel	l.roussel@ch-brignoles.fr
Dr Chevalier	daniel.chevalier@ch-draguignan.fr
Dr Nalbantova	violetta.nalbantova@ch-draguignan.fr
Mme Noël	claire.noel@ch-draguignan.fr
Dr Pradines	pradines-p@chi-fsr.fr
M Brunel	pmt.brunel@orange.fr

Soins critiques

Noms des participants	Mail
Dr Durand-Gasselín	jacques.durand-gasselín@ch-toulón.fr
Dr Ducros	laurent.ducros@ch-toulón.fr
Pr Meaudre	eric.meaudre@club-internet.fr eric.meaudre-desgouttes@intra-def.gouv.fr
Dr Goutorbe	philippegoutorbe@me.com
Dr Bele	nicolas.bele@ch-draguignan.fr
Dr Kaidomar	kaidomar-m@chi-fsr.fr
Dr Preckel	m.preckel@ch-brignoles.fr

Cancérologie

Noms des participants	Mail
Dr Viret	frederic.viret@ch-toulón.fr
Dr Bizeau	alain.bizeau@ch-toulón.fr
Dr Tchiknavorian	Xavier.Tchiknavorian@ch-toulón.fr
Dr Guelfucci	brunocecilia@wanadoo.fr bruno.guelfucci@ch-toulón.fr
Dr Audigier-Valette	clarisse.audigier-valette@ch-toulón.fr
Dr Balandraud	paul.balandraud.message.pro@laposte.net paul.balandraud@intra-def.gouv.fr
Dr Roméo	emilieromeo@hotmail.com emilie.romeo@intra-def.gouv.fr
Dr Caruso	salvatore.caruso@ch-draguignan.fr
Dr Mathieu-Guerini	vanessa.mathieu-guerini@ch-draguignan.fr
Dr Miossec	miossec-avit-s@chi-fsr.fr
Dr Valenza	valenza-b@chi-fsr.fr
Dr Milin	pmilin@ch-hyeres.fr
Dr Krawczykowski	d.krawczykowski@ch-brignoles.fr
Dr Hartmann	mthartmann@ch-saint-tropez.fr
Dr Volfard	svolfard@ch-saint-tropez.fr

Gériatrie

Noms des participants	Mail
Dr Cornée-Bertaud	cornee-beraud-s@chi-fsr.fr
Dr Tainturier	tainturier-k@chi-fsr.fr
Dr Angelini	jangelini@hv-leluc.com
Dr Butaud	chantal.butaud@ch-toulon.fr
Dr Gavory	mgavory@ch-hyeres.fr
Dr Szmidt	cszmidt@ch-hyeres.fr
Dr Poisnel	elodie.poisnel@intra.def.gouv.fr elodiepoisnel@gmail.com
Dr de Fuentes	gilles.defuentes@intra.def.gouv.fr
Dr Samaï	samai.hichem@yahoo.fr
Dr Lasai	angela.lasai@ch-draguignan.fr
Dr Chaix	laurence.chaix@ch-draguignan.fr
Dr Chau	hchau@ch-saint-tropez.fr

Pharmacie

Noms des participants	Mail
Dr Labat	carole.labat@ch-draguignan.fr
Dr Passelac	aimery.passelac@ch-toulon.fr
Dr Alessandra	christine.alessandra@ch-toulon.fr
Dr Lao	solange.lao@ch-toulon.fr
Dr Demichelis	chantal.demichelis@ch-toulon.fr
Dr Dol	ldol@ch-hyeres.fr
Dr Beranger	beranger.cyrille@gmail.com cyrille.beranger@intra.def.gouv.fr
Dr Dani	j.dani@ch-brignoles.fr
Dr Pellevoizin	pellevoizin-c@chi-fsr.fr
Dr Estadieu	m-cestadieu@hv-leluc.com
Dr Demaisonneuve	anne.demaisonneuve@ch-pierrefeu.fr

Femme-Mère-Enfant

Noms des participants	Mail
Dr Brunet	jacques.brunet@ch-toulon.fr
Dr Bersani	audrey.bersani@ch-toulon.fr
Dr Mauviel	franck.mauviel@ch-toulon.fr
Mme Bouard	carole.bouard@ch-toulon.fr
Dr Vignoles	pauline.vignoles@ch-draguignan.fr
Dr Benmahammed	abdelkader.benmahammed@ch-draguignan.fr
Mme Futin	domie.futin@orange.fr
Dr Doublet	doublet-j@chi-fsr.fr
Dr Raini	raini-c@chi-fsr.fr
Dr Bouainane	bouainane-a@chi-fsr.fr
Mme Daniel	daniel-am@chi-fsr.fr
Dr Baccouche-Fekih	sbacc@hotmail.fr sbaccouche@ch-hyeres.fr
Dr Combe	jcombe@ch-hyeres.fr
Mme Bizet	cbizet@ch-hyeres.fr
Dr Audren	j.audren@ch-brignoles.fr
Dr Rabourdin	s.rabourdin@ch-brignoles.fr
Dr Tran	m.tran-thi-tuyet@ch-brignoles.fr tran-minh@orange.fr
Mme Bauer	m.bauer@ch-brignoles.fr
Dr Ledu	renaud.ledu@gmail.com
Dr Stein	jeanmariestein@gmail.com jstein@ch-saint-tropez.fr
Dr Dumas	corinne.dumas3@orange.fr
Mme Chovin	bchovin@ch-saint-tropez.fr

Médecine de spécialité

Noms des participants	Mail
Dr Di Costanzo	veronique.di-costanzo@ch-toulon.fr
Dr Chadapaud	schadapaud@ch-hyeres.fr
Pr Rey	philippe1.rey@intra.def.gouv.fr phirey2@gmail.com
Dr Guenoune	m.guenoune@ch-brignoles.fr
Dr Cadot	catherine.cadot@ch-draguignan.fr
Dr Maamar	maamar-f@chi-fsr.fr

Hépatogastro-entérologie

Noms des participants	Mail
Dr Longo Fabrice	longo-f@chi-fsr.fr
Dr Passerote	dr.anne.passerotte@gmail.com
Dr Ah-Soune	philippe.ah-soune@ch-toulon.fr
Pr Rey	philippe1.rey@intra.def.gouv.fr phirey2@gmail.com
Dr Cadot	catherine.cadot@ch-draguignan.fr
Dr Renou	crenou@ch-hyeres.fr

Pneumologie

Noms des participants	Mail
Dr Roa	roa-m@chi-fsr.fr
Dr Andréotti	dominique.andreotti@ch-toulon.fr
Dr Berard	henri.berard@intra.def.gouv.fr
Dr Barriere	jean-renaud.barriere@ch-draguignan.fr
Dr Es-Said Haddi	es-said.haddi@ch-draguignan.fr

Neurovasculaire

Noms des participants	Mail
Dr Mallecourt-Emberger	catherine.mallecourt@ch-toulon.fr
Dr Petit-Nicolas	gil.petitnicolas@ch-toulon.fr
Dr Faivre	anthony1.faivre@intra.def.gouv.fr

Chirurgie

Noms des participants	Mail
Dr De Iorio	ugo.deiorio@ch-draguignan.fr ugodeiorio@gmail.com
Dr Poitevin	richard.poitevin@ch-draguignan.fr
Dr Loubignac	francois.loubignac@ch-toulon.fr
Dr Anastasescu	robert.anastasescu@ch-toulon.fr
Dr Bertrand	jgbertrand@ch-hyeres.fr
Dr Drouin	drouinchristophe99@gmail.com
Dr Abitbol	a.abitbol@ch-brignoles.fr
Dr Addou	s.addou@ch-brignoles.fr
Dr Capuano	lucacapuano@hotmail.fr
Dr Maurin	maurin-j@chi-fsr.fr
Dr Voche	voche-p@chi-fsr.fr pvoche@hotmail.fr
Dr Azzouni	azzouni-s@chi-fsr.fr

Chirurgie gynécologique

Noms des participants	Mail
Dr Diquelou	jean-yves.diquelou@ch-draguignan.fr
Dr Oueslati	oueslati-a@chi-fsr.fr
Dr Rivoire-Renard	cecile.rivoire-renard@ch-toulon.fr
Dr Lecuyer	j.lecuyer@ch-brignoles.fr
Dr Baccouche-Fekih	sbacc@hotmail.fr sbaccouche@ch-hyeres.fr

Chirurgie ambulatoire et anesthésie

Noms des participants	Mail
Dr Lacroix	guillaume.lacroix@intra.def.gouv.fr glacroix@aol.com
Dr Ruel	pruel@ch-hyeres.fr
Dr Dinescu	gdinescu@ch-hyeres.fr
Dr Vitry	jvitry@ch-hyeres.fr
Dr Preckel	m.preckel@ch-brignoles.fr
Dr Lecuyer	j.lecuyer@ch-brignoles.fr
Dr Terraz	a.terraz@ch-brignoles.fr
Dr Diquelou	jean-yves.diquelou@ch-draguignan.fr
Dr Lajarige	vincent.lajarige@ch-draguignan.fr
Dr Blaizot	blaizot-d@chi-fsr.fr
Dr Maurin	maurin-j@chi-fsr.fr
Dr Buisset-Subiran	carole.buisset@ch-toulon.fr