



Groupement hospitalier de territoire
Des Alpes Maritimes
Avenant n° 2 à la convention constitutive

1. RAPPEL DES REFERENCES JURIDIQUES - VISAS

Vu les articles L 6132-1 à L 6132-6 du code de la Santé Publique instituant les groupements hospitaliers de territoire,

Vu le décret n°2016-524 relatif aux groupements hospitaliers de territoire du 29 avril 2016,

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

Vu les avis et délibérations des instances des établissements signataires de l'avenant à la convention constitutive

CH d'ANTIBES

Concertation en Directoire du 14/09/2017

Avis de la CSIRMT du 28/09/2017

Avis de la CME du 21/09/2017

Avis du CHSCT du 11/09/2017

Avis du CTE du 18/09/2017

Avis du Conseil de Surveillance du 22/09/2017

CHI de BREIL SUR ROYA

Concertation en Directoire du 17/10/2017

Avis de la CSIRMT du 20/10/2017

Avis de la CME du 19/10/2017

Avis du CHSCT du 18/10/2017

Avis du CTE du 17/10/2017

Avis du Conseil de Surveillance du 20/10/2017 et 22/12/2017

CH de CANNES

Concertation en Directoire du 08/06/2017

Avis de la CSIRMT du 21/10/2017

Avis de la CME du 11/12/2017

Avis du CHSCT du 21/10/2017

Avis du CTE du 03/10/2017

Avis du Conseil de Surveillance du 05/10/2017

CH d'ENTREVAUX

Concertation en Directoire du 09/06/2017

Avis de la CSIRMT du 21/09/2017

Avis de la CME du 19/09/2017

Avis du CHSCT du 22/09/2017

Avis du CTE du 22/09/2017

Avis du Conseil de Surveillance du 22/09/2017

CRCR de GORBIO

Concertation en Directoire du 20/09/2017

Avis de la CSIRMT du 25/09/2017

Avis de la CME du 02/10/2017

Avis du CHSCT du 21/09/2017

Avis du CTE du 25/09/2017 et 04/10/2017

Avis du Conseil de Surveillance du 16/10/2017

CH de GRASSE

Concertation en Directoire du 25/09/2017
Avis de la CSIRMT du 27/09/2017
Avis de la CME du 25/09/2017
Avis du CHSCT du 26/09/2017
Avis du CTE du 27/09/2017
Avis du Conseil de Surveillance du 28/09/2017

CH de MENTON

Concertation en Directoire du 12/09/2017
Avis de la CSIRMT du 13/10/2017
Avis de la CME du 11/10/2017
Avis du CHSCT du 10/10/2017
Avis du CTE du 03/10/2017 et 09/10/2017
Avis du Conseil de Surveillance du 19/10/2017

CHU de NICE

Concertation en Directoire du 09/10/2017
Avis de la CSIRMT du 16/10/2017
Avis de la CME du 09/10/2017
Avis du CHSCT du 03/10/2017
Avis du CTE du 11/10/2017
Avis du Conseil de Surveillance du 20/10/2017

CH de PUGET THENIERS

Concertation en Directoire du 08/06/2017
Avis de la CSIRMT du 22/09/2017
Avis de la CME du 18/09/2017
Avis du CHSCT du 21/09/2017
Avis du CTE du 21/09/2017
Avis du Conseil de Surveillance du 21/09/2017

CHI de LA VESUBIE

Concertation en Directoire du 06/10/2017
Avis de la CSIRMT du 15/09/2017
Avis de la CME du 26/09/2017
Avis du CHSCT du 19/09/2017
Avis du CTE du 26/09/2017
Avis du Conseil de Surveillance du 28/09/2017

CH SAINT MAUR DE SAINT ETIENNE DE TINEE

Concertation en Directoire du 17/10/2017
Avis de la CSIRMT du 20/10/2017
Avis de la CME du 20/10/2017
Avis du CHSCT du 20/10/2017
Avis du CTE du 20/10/2017
Avis du Conseil de Surveillance du 26/10/2017



CH de SOSPEL

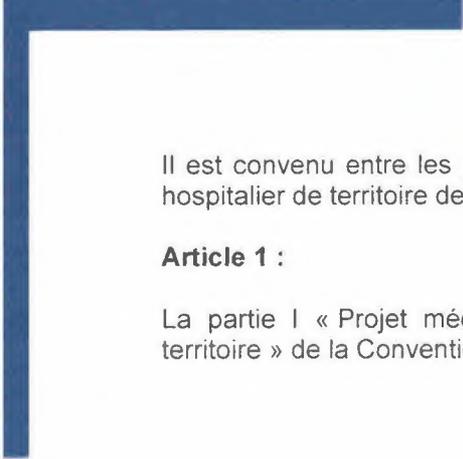
Concertation en Directoire du 17/10/2017
Avis de la CSIRMT du 09/10/2017
Avis de la CME du 19/10/2017
Avis du CHSCT du 17/10/2017
Avis du CTE du 19/10/2017
Avis du Conseil de Surveillance du 19/10/2017

CH SAINT LAZARE DE TENDE

Concertation en Directoire du 27/09/2017
Avis de la CSIRMT du 27/09/2017
Avis de la CME du 27/09/2017
Avis du CHSCT du 29/09/2017
Avis du CTE du 27/09/2017
Avis du Conseil de Surveillance du 04/10/2017

POLE SANTE VALLAURIS GOLF JUAN

Concertation en Directoire du 14/09/2017
Avis de la CSIRMT du 20/10/2017
Avis de la CME du 26/09/2017
Avis du CHSCT du 14/09/2017
Avis du CTE du 26/09/2017
Avis du Conseil de Surveillance du 26/09/2017



Il est convenu entre les parties de modifier ainsi qu'il suit la convention constitutive du groupement hospitalier de territoire des Alpes Maritimes.

Article 1 :

La partie I « Projet médicale partagé et projet de soins partagé du groupement hospitalier de territoire » de la Convention constitutive est complétée comme suit :

Projet Médico-soignant Partagé

Groupement Hospitalier de Territoire des Alpes-Maritimes

01/07/2017



SOMMAIRE

1. Quelle vision et quelles ambitions pour le GHT des Alpes-Maritimes ?	8
2. Le territoire de santé des Alpes-Maritimes est marqué par une offre de soins très abondante qui répond cependant de manière inégale aux besoins des différentes populations	10
2.1. La population maralpine est très hétérogène et souffre de fortes inégalités	10
2.2. L'offre de soins est abondante mais vieillissante et inégalement accessible sur l'ensemble du territoire	15
2.3. Le GHT n'est pas dominant sur son territoire	20
2.4. Des réponses qui restent à construire par le GHT en cohérence avec le PRS	24
2.5. Annexes du diagnostic territorial	28
3. Les orientations stratégiques et actions transverses communes à l'ensemble des filières du GHT	30
3.1. L'amélioration de la visibilité et de la lisibilité de l'offre de soins	30
3.2. Le pilotage et la gestion de la démographie médicale et des personnels soignants	30
3.3. La Recherche	31
3.4. L'innovation	31
3.5. La e-santé et les SIH	32
4. Une démarche collective de co-construction du Projet médical et soignant partagé	33
5. Etat des lieux, ambitions et plan d'actions des 10 filières de soins prioritaires	37
6. Les ambitions et le plan d'action du Projet de Soins Partagé	96
7. Etat des lieux en cancérologie dans les Alpes-Maritimes	105

1. Quelle vision et quelles ambitions pour le GHT des Alpes-Maritimes ?

Le Groupement hospitalier de territoire (GHT) des Alpes Maritimes est né d'une volonté de renforcer la coopération entre établissements publics de santé.

À une époque où les exigences en santé sont de plus en plus fortes au sein d'un environnement contraint, l'ambition portée par une stratégie de groupe public doit permettre de répondre aux attentes croissantes des citoyens et des citoyennes. Le groupement constitue un puissant levier pour recomposer, optimiser l'offre publique de santé et améliorer ainsi la prise en charge.

La mise en place du GHT poursuit deux objectifs principaux :

- assurer la qualité et la sécurité des soins dispensés à la population du département des Alpes Maritimes fort de plus d'un million d'habitants ;
- permettre l'égalité d'accès aux soins sur un territoire étendu et marqué par un relief contrasté.

En dépit de la complexité de la démarche et de la contrainte temporelle forte, la communauté hospitalière dans son ensemble a su s'impliquer pour nourrir le projet médical et soignant partagé. Le Collège médical et le bureau du Comité stratégique ont coordonné leurs efforts afin de mener à bien un projet dense au périmètre élargi. S'appuyant sur les grandes orientations fixées à l'annexe de la convention constitutive du 30 juin 2016, le projet médical et soignant partagé du GHT 06 vise 3 objectifs transversaux :

- promouvoir la recherche et développer la formation médicale ;
- favoriser l'attractivité médicale ;
- garantir la qualité et la sécurité des soins.

Pour ce faire, le projet médical et soignant partagé est dans un premier temps structuré autour de 10 filières de soins.

Cette ère nouvelle de coopération territoriale ouvre le champ à des partenariats novateurs dans le domaine médical. Au service du patient, le projet médical et soignant partagé est un outil pertinent pour répondre aux questions suivantes : comment être bien soigné, au bon endroit, au bon moment, par le bon professionnel ? L'enjeu principal du projet médical et soignant partagé consiste donc à structurer les filières de soins en s'appuyant sur un principe de gradation de la prise en charge et sur la nécessaire reconstitution de filières organisées selon le principe de la stratégie de groupe public.

Dotés de nombreux avantages comparatifs en matière de capital humain, de recherche, d'innovation et de technologie performante, les établissements publics de santé doivent affirmer leur présence sur le département et renforcer leur place au sein d'une offre de santé plurielle. Bénéficiant d'une image positive au sein de la population, les acteurs publics entendent valoriser leurs atouts en proposant un choix cohérent d'activités.

C'est pour cette raison que la stratégie d'alliance vise à développer une offre de soins compétitive, respectueuse du patient et soucieuse d'un équilibre territorial. Orienter les activités médicales en fonction des points forts de chacun, éviter les doublons et créer des gains d'efficacité dans les secteurs médico-techniques, décloisonner et fluidifier la prise en charge au sein des filières, tels sont les buts poursuivis par le projet médical et soignant partagé.

Pour les communautés hospitalières des Alpes Maritimes, la réalisation de ces aspirations passe par :

- une meilleure lisibilité et visibilité de l'offre de soins publique ;
- une plus grande fluidité du parcours patient ;
- un pilotage et le développement des ressources médicales et soignantes.

Bien évidemment, ce projet médical et soignant partagé n'est qu'une étape dans la constitution du GHT. Il est évolutif dans le temps et s'adaptera en fonction des besoins de santé de la population. Il aura vocation également à s'articuler avec les établissements partenaires et associés avec lesquels les collaborations sont riches et anciennes.

Si ce projet médical et soignant partagé, premier du genre, demeure perfectible dans son contenu et ses contours, il présente l'intérêt d'avoir insufflé une dynamique de groupe. Evoluer vers une communauté fondée sur la confiance et le respect, voilà le défi dont s'est emparé le GHT 06 pour tracer son avenir.

2. Le territoire de santé des Alpes-Maritimes est marqué par une offre de soins très abondante qui répond cependant de manière inégale aux besoins des différentes populations

Ce diagnostic constitue la première étape de l'élaboration du PMP dans la continuité et le respect des travaux annexes à la Convention constitutive. Il vise à caractériser le territoire de santé des Alpes-Maritimes (étendue, modalités de déplacement, niveau socio-économique de la population, degré d'isolement), l'offre de soins disponible et les besoins actuels de la population. Il permet de dégager les spécificités dans lesquelles s'inscrit le GHT des Alpes-Maritimes et de s'y adapter, et d'assurer ainsi une offre de soins graduée et accessible à tous sur le territoire.

Cette analyse territoriale adopte une vision collective qui considère le GHT comme un « groupe » public de santé, pour permettre à chaque établissement de disposer d'une vision partagée comme socle de la réflexion.

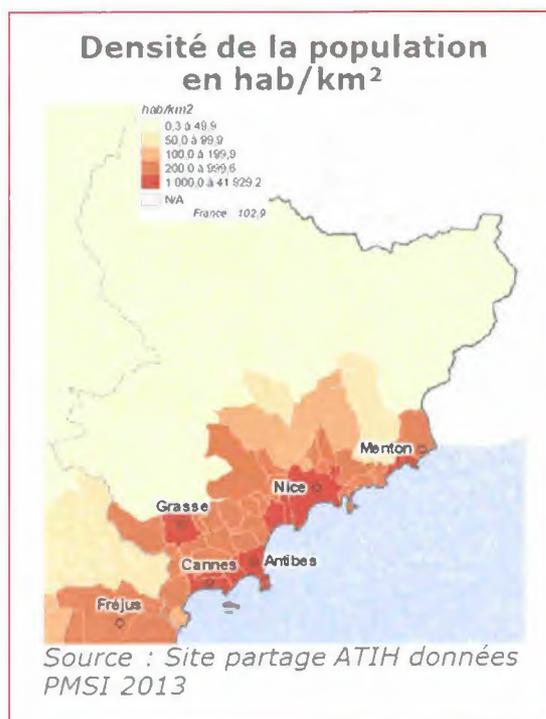
Le partage d'une vision stratégique collective a vocation à favoriser la co-construction du PMP avec l'ensemble des acteurs concernés, pour *in fine* aider les décideurs à orienter les actions du GHT.

2.1. La population maralpine est très hétérogène et souffre de fortes inégalités

2.1.1. Les caractéristiques intrinsèques du territoire induisent de fortes inégalités géographiques d'accès aux soins

Le département des Alpes-Maritimes représente 1,1 million d'habitants, soient 22% de la population régionale et 1,7% de la population française métropolitaine. Ceux-ci se concentrent sur la côte littorale, en particulier dans les agglomérations urbaines : 98,6% vivent dans des grandes aires urbaines qui réunissent les activités économiques et les ressources en emploi (contre 90% à l'échelle régionale). A elle seule, l'aire urbaine de Nice qui s'étend jusqu'au Var accueille 1 005 000 habitants.¹ Le contraste démographique entre le nord et le sud du département est très marqué : la densité est de 3222 habitants/km² dans les centres-villes, contre 15 habitants/km² dans les espaces ruraux. De sorte que l'arrière-pays couvre un tiers de la superficie du territoire mais abrite seulement 1% de sa population, soient 15 000 habitants.

¹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1304124#titre-bloc-1>

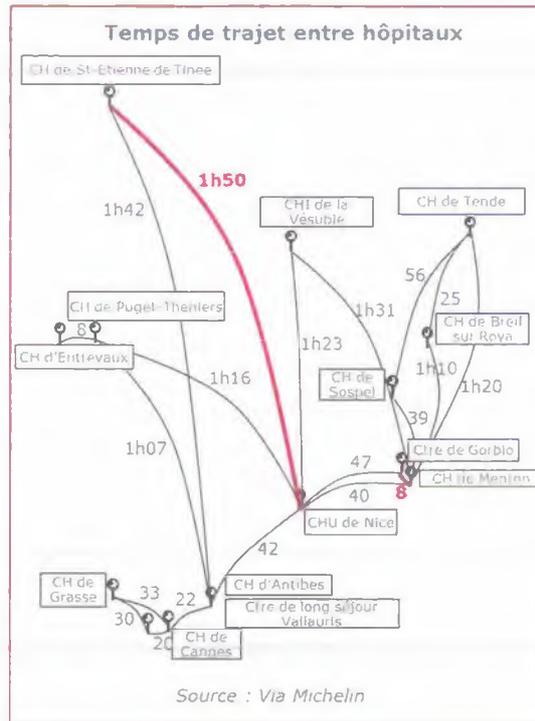


Les Alpes-Maritimes sont caractérisées par l'enclavement – voire l'isolement – de certains territoires mal desservis par les infrastructures de transport, ainsi que par de forts effets saisonniers. Le département est bordé au nord par les montagnes, à l'est par l'Italie et au sud par la mer Méditerranée. Compte tenu du maillage routier et de la topographie du territoire, les habitants du haut pays accèdent difficilement au littoral, en particulier pendant les périodes hivernale et estivale durant lesquelles l'afflux de touristes paralyse les réseaux routiers. En 2015, les Alpes-Maritimes ont attiré 11 millions de visiteurs, représentant 70 millions de nuitées touristiques². 42% d'entre eux ont séjourné à Nice, 14% à Cannes, 20% à Antibes et 8% à Monaco. Seuls 10% séjournaient dans le moyen ou haut pays, accentuant l'engorgement des côtes littorales.

Le département 06 rassemble donc des territoires hétérogènes soulevant chacun des problématiques spécifiques. Les villes sont confrontées aux nuisances environnementales, aux problématiques d'habitat et de transport et aux difficultés de cohésion sociale. Les territoires isolés rencontrent des difficultés d'accès aux équipements et infrastructures et font face à un vieillissement de la population plus marqué qu'en ville.

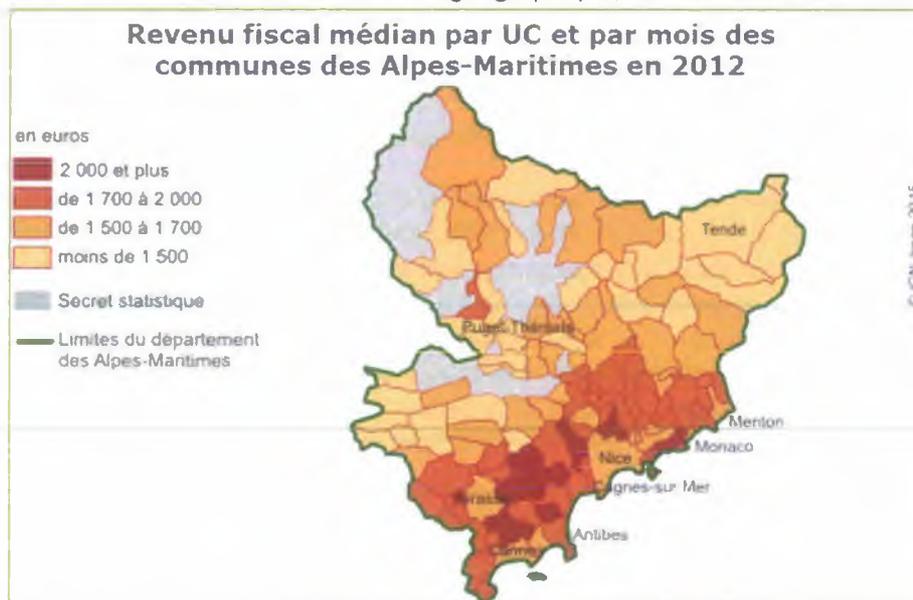
L'accès aux soins au nord du département et les transferts vers les hôpitaux littoraux sont entravés par la géographie du département. Les temps de trajet dépassent une heure pour certains déplacements nord-sud et peuvent atteindre deux heures pour rejoindre le CHU de Nice depuis le CH de Saint-Etienne-de-Tinée.

² <http://www.cotedazur-touriscope.com/pdf/chiffres/2016/Chiffres-cles-2016-FR.pdf>



2.1.2. Le département des Alpes-Maritimes recouvre des inégalités socio-économiques particulièrement marquées

Le contraste nord-sud est non seulement géographique, mais aussi socio-économique.

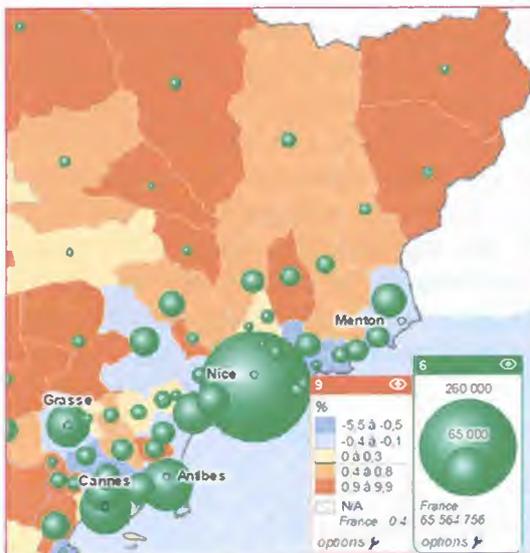


Les ménages des Alpes-Maritimes ont un revenu disponible médian relativement élevé, la moitié des ménages disposant d'un revenu mensuel net supérieur à 1 683€ (contre 1 617€ au niveau régional et 1 650€ au niveau national³). Toutefois les inégalités sont particulièrement marquées dans ce département (les 10% de ménages les plus aisés disposent d'un revenu 3,9 fois supérieur aux 10% les plus modestes, contre un facteur de 3,5 au niveau national), 15,2% des habitants vivent sous le seuil de pauvreté (contre 14,3% au niveau national), le taux de pauvreté infantile est de 21,8% (contre 20,5%) et le taux de chômage a atteint 10,6% en 2015 (contre 9,9% en France métropolitaine)⁴.

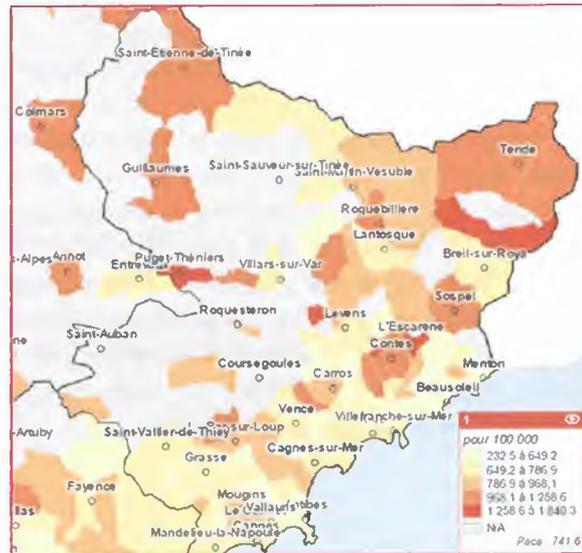
Par ailleurs, ce département attire les touristes qui investissent dans l'immobilier, de sorte qu'un logement sur quatre est une résidence secondaire⁵. Cela induit une forte pression foncière qui entrave l'accès à la propriété pour les populations les moins favorisées.

2.1.3. La démographie des Alpes-Maritimes est vieillissante et moins dynamique que la moyenne nationale

Ce sont les zones urbaines très denses qui connaissent les plus faibles taux de croissance de la population (cf. graphique ci-dessous⁶), mais également les plus faibles taux de mortalité⁷.



Taille de la population en 2015 (vert) et son taux d'évolution depuis 2008 (orange).



Taux de mortalité toutes causes confondues. Ensemble Alpes-Maritimes en 2012 : 800,13

³ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1304124#titre-bloc-20>

⁴ Sources : Insee (2008-2015) ; ORS PACA ; eurostat

⁵ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1304124#titre-bloc-23>

⁶ Source : Site partage ATIH données PMSI 2015

⁷ Source : <http://www.sirsepac.org>, données 2004-2013

Au global, la population départementale augmenterait de 11% en 30 ans pour atteindre 1,2 million d'habitants en 2040, mais suivant un rythme de croissance de moins en moins rapide⁸. Entre 2007 et 2012, le taux de croissance de la population dans le 06 a été nul (dans certaines villes comme Nice, Antibes ou Cagnes-sur-Mer, il a même été négatif⁹) tandis qu'il était de +0,3% en PACA et +0,5% en France métropolitaine¹⁰. En effet, depuis 2007, l'attractivité démographique du département s'érode (les personnes s'installant dans le département sont moins nombreuses que celles qui le quittent). A cela s'ajoute un taux de natalité et un taux de fécondité plus faibles qu'ailleurs, combinés à un taux de mortalité et un indice de vieillissement élevés. Les personnes âgées sont plus nombreuses et vivent en moyenne plus longtemps qu'en PACA ou en France¹¹.

Indicateur démographique	Alpes-Maritimes	PACA	France métropolitaine
Taux de natalité (naissances pour 1000hab.)	11,2	12,1	12,4
Taux de mortalité (décès pour 1000hab.)	10,5	9,7	8,8
Taux de fécondité (naissances pour 1000 femmes de 15-49 ans)	51,9	56	55,5
Indice de vieillissement (nb de 65 ans et + pour 100 hab. de moins de 20 ans)	103,09	90,1	72,7
Espérance de vie à 65 ans	19,6	19,3	18,8

En conséquence, les populations âgées adoptent une place prépondérante dans la pyramide des âges des Alpes-Maritimes (cf. annexe 1). Le département 06 est en effet caractérisé par une population vieillissante et plus âgée que la moyenne nationale : 12,1% de la population sont âgés de 75 ans ou plus (contre 10,6% en PACA et 9,1% en France métropolitaine¹²). Selon l'INSEE, la croissance de la population dans la région se concentre sur les 60 ans ou plus, qui représenteront un habitant sur trois en PACA à horizon 2040 (alors que la population d'âge actif se stabiliserait). Le nombre de 75 ans ou plus en PACA aura plus que doublé en 2040, pour atteindre 910 000 individus¹³.

Ce vieillissement de la population rend nécessaire une adaptation des prises en charge pour répondre à la fois à des enjeux médicaux (progression de l'obésité, du diabète, des cancers, des maladies neurodégénératives et cardiovasculaires) et des enjeux socio-économiques et d'organisation de l'offre de prise en charge (accroissement de la demande de soins et d'aide pour des personnes souvent isolées de la famille et dont l'entourage est lui-même vieillissant compte tenu de l'augmentation de l'espérance de vie).

⁸ <http://www.economie06.fr/page/population> (Source : Insee)

⁹ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1304124#titre-bloc-4>

¹⁰ Source : Insee – recensement 2012

¹¹ http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/apps/statiss/statiss2014/tableau/ind_demo/ind_demo.asp-prov=CZ-depar=DC.htm (Source : Insee 2012)

¹² Source : données ATIH 2013

¹³ <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292516> ; <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1292421>

2.2. L'offre de soins est abondante mais vieillissante et inégalement accessible sur l'ensemble du territoire

2.2.1. La démographie médicale en ville est importante, mais inégalement répartie sur le territoire et vieillissante

L'offre ambulatoire dans les Alpes-Maritimes est supérieure à la moyenne régionale mais connaît un taux de croissance fortement négatif¹⁴.

Démographie médicale des Alpes-Maritimes par rapport aux autres départements en PACA								
	Omnipraticiens		Infirmiers		Dentistes		MK	
	Nb	Densité*	Nb	Densité*	Nb	Densité*	Nb	Densité*
04	189	121.1	270	173	90	57.67	184	117.9
05	175	132.1	220	166.07	90	67.94	218	164.56
06	1390	128.41	1995	184.3	1127	104.11	1416	130.81
13	2509	128.08	4739	241.92	1542	78.72	2599	132.67
83	1169	117.38	2206	221.5	754	75.71	1233	123.8
84	606	112.61	871	161.85	367	68.2	560	104.06
PACA	6038	124	10301	212	3970	82	6210	128

Source : ARS PACA 2009, INSEE RP 2007
* densité pour 100 000 habitants

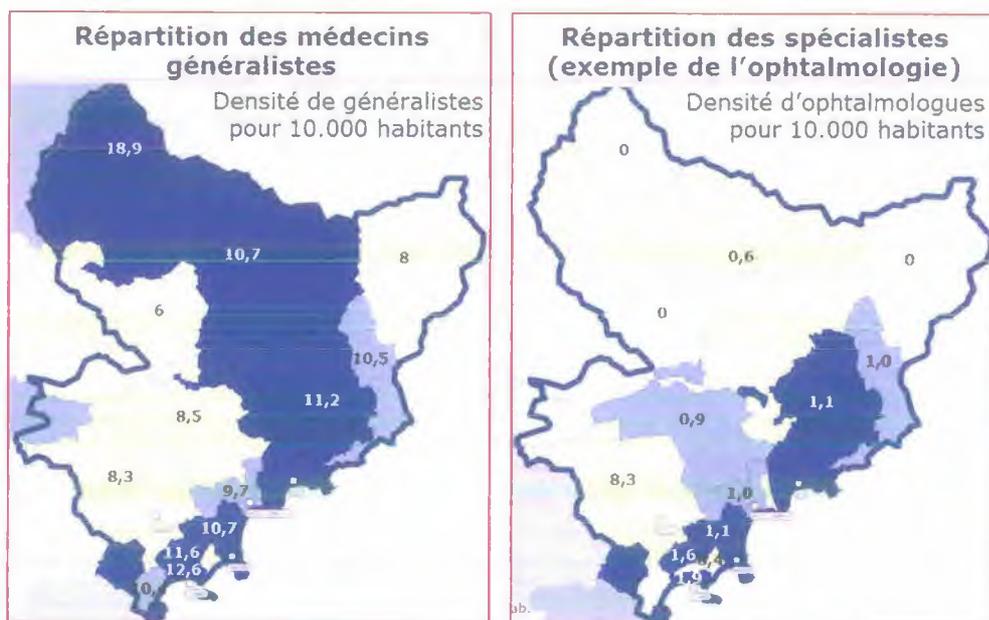
Nombre de médecins en activité régulière (généralistes et spécialistes confondus)		
Départements	Effectifs 2015	Variation 2007-2015
Alpes-Maritimes	4150	-5,2%
Alpes-de-Haute-Provence	432	-2,9%
Bouches du Rhône	7759	-4,4%
Hautes-Alpes	511	1,8%
Var	3108	0,7%
Vaucluse	1640	-5,4%
Total	17606	-3,6%

Source : Atlas régional 2015 du CNOM

Se pose la question de l'accès aux soins de proximité pour les patients, puisque ces ressources médicales sont inégalement réparties sur le territoire¹⁵.

¹⁴ https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf

¹⁵ Source : <http://demographie.medecin.fr/demographie> (CNOM, 2016)



Cette démographie médicale est amenée à se raréfier dans les années à venir, étant donné le vieillissement marqué des professionnels de santé dans le département. 60% des médecins généralistes de Nice et Antibes et 71% des médecins cannois ont plus de 55 ans¹⁶, la moyenne d'âge des généralistes dans le département s'élevant à 53 ans (contre 51,5 ans en France). A cela s'ajoute la problématique de l'accessibilité financière aux soins de ville pour les patients puisque dans les Alpes-Maritimes, plus de 20% des omnipraticiens et plus de 50% des spécialistes sont conventionnés en secteur 2¹⁷.

2.2.2. Les hôpitaux de référence se concentrent sur la côte littorale et les hôpitaux de l'arrière-pays tirent avantage des coopérations avec les MSP

Pour endiguer la désertification médicale et développer les liens ville-hôpital, la région PACA a récemment développé des structures d'exercice coordonnées, à l'instar des Maisons de Santé Pluridisciplinaires. Les Alpes-Maritimes comptent quatre MSP : MSP de Nice, MSP de Sospel, MSP de Breil-sur-Roya et MSP de Roquebillière, auxquelles s'ajoute la MSP de Castellane à proximité du territoire du GHT¹⁸. L'évaluation du PRS 2012-2017 conclut que la réglementation nationale relative à la création des MSP s'est avérée peu adaptée aux particularités du territoire PACA qui serait doté d'une densité médicale largement supérieure à la moyenne nationale, et dans lequel le zonage défini n'aurait pas permis de réduire les inégalités infrarégionales de répartition de l'offre de soins¹⁹.

¹⁶ http://www.sirse-paca.org/ors93/#sly=com_paca_DR:l=fr:i=ps_55p.tx_mg_lib_55plus:f=0:s=2016:sid=494:v=map3

¹⁷ http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/obj-res1_4_pge_maladie.pdf

¹⁸ http://www.icarsante-paca.fr/arkotheque/client/icars/les_activites/activite_detail.php?ref=11475

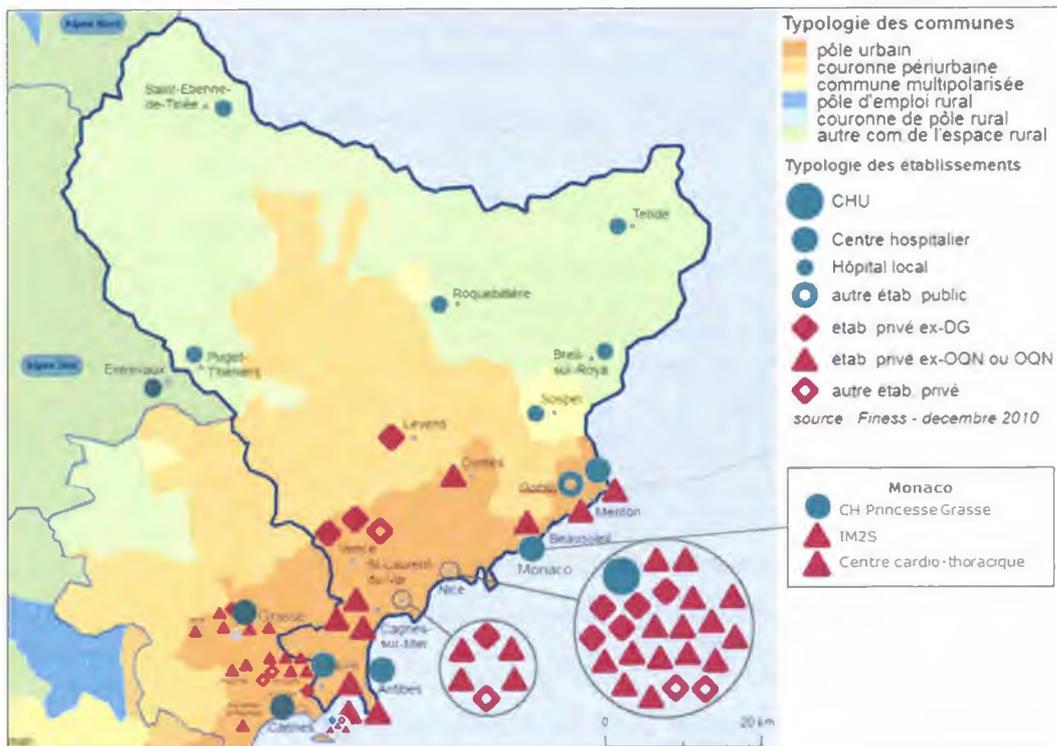
¹⁹ [https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-](https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Rapport_Evaluation%20finale%20PRS%20PACA%203%20th%C3%A8mes%20vD%C3%A9f.pdf)

03/Rapport_Evaluation%20finale%20PRS%20PACA%203%20th%C3%A8mes%20vD%C3%A9f.pdf pages 20-21

Les MSP pourraient cependant attirer des médecins plus jeunes pour compenser le vieillissement des professionnels de santé, et ouvrir des opportunités de coopération avec les établissements du GHT 06 pour la prise en charge coordonnée des patients sur le territoire. A titre d'exemple, localisés sur un même site géographique, la MSP et le centre hospitalier de Breil-sur-Roya ont su tirer avantage de leur partenariat. Les deux structures ont mis en place un plateau technique partagé et l'hôpital met à disposition de la MSP une infirmière coordinatrice. La MSP renforce la permanence médicale et la permanence des soins au sein de l'hôpital. En conséquence, l'offre de soins s'est élargie et les déplacements sont facilités, créant ainsi une dynamique de territoire qui permet à la MSP d'attirer des spécialistes et des patients du fait de sa proximité avec l'hôpital.

L'offre hospitalière dans les Alpes-Maritimes est plus dense que la moyenne nationale mais demeure toutefois, comme l'offre ambulatoire, concentrée dans le sud du territoire. Le département rassemble 110 établissements publics, privés à but lucratif et ESPIC, représentant 3,5 lits d'hospitalisation complète en MCO pour 1000 habitants (contre 3,4 en France métropolitaine)²⁰. Six établissements publics de santé de proximité (ex hôpitaux locaux) assurent une offre de santé de proximité dans les zones repérées fragiles ou à risque (haut pays), en revanche les établissements de recours et de référence sont présents uniquement dans des zones urbanisées de la côte littorale, sur une aire géographique où les établissements privés sont nombreux.

Répartition des établissements de santé sur le territoire des Alpes-Maritimes



Typologie des établissements de santé des Alpes-Maritimes.
Source : Cartographie ATIH données PMSI 2015

²⁰ Source : www.ecosante.fr Données : Drees, SAE

Un point clé du territoire du GHT est la possibilité pour tout patient d'être hospitalisé dans des conditions identiques à celles du territoire national. Bien que les données de fuite ne soient pas toutes disponibles, les établissements du GHT – et en particulier celui de Menton – soulignent l'attractivité importante des établissements monégasques (CH Princesse Grace, IM2S et Centre Cardio-Thoracique, cf. chapitre 2.3.), en particulier sur certaines spécialités. Cette attractivité est d'autant plus forte qu'il n'y a plus de maternité au CH de Menton.

2.2.3. La pyramide des âges des Alpes-Maritimes soulève des enjeux majeurs dans la prise en charge des personnes âgées

Au regard du vieillissement de la population fortement marqué dans le département, les Alpes-Maritimes souffrent d'un déficit de structures de prise en charge des personnes âgées en termes d'hébergement et de soins à domicile. Le taux d'équipement y est de 9,8 places de SSIAD²¹ pour 1000 habitants de 75 ans ou plus, contre un taux national de 19,5‰²². Le département dispose de 100 places d'hébergement pour 1000 habitants de 75 ans ou plus, contre un taux national de 121,7‰. Ces ratios reposent toutefois sur un critère d'âge (75 ans ou plus) et non d'état de santé ou de besoins des personnes âgées.

Dispositifs de prise en charge des personnes âgées dans les Alpes-Maritimes (Source : SCORE-Santé données 2012-2014-2015)	
Nombres de places d'accueil permanent pour personnes âgées (EHPAD, USLD, maisons de retraite, logements foyers)	13186
Taux d'équipement en accueil permanent*	100,5‰
Nombre de lits d'hébergement médicalisé (EHPAD, USLD)	11996
Taux d'équipement en hébergement médicalisé*	92,5‰
Nombre de places en hébergement temporaire et de jour pour personnes âgées	313
Taux d'équipement en places d'hébergement temporaire et de jour pour personnes âgées*	2,3‰
Nombre de places alternatives à l'accueil permanent pour personnes âgées	491
Densité d'omnipraticiens libéraux*	10,7‰
Densité d'infirmiers libéraux*	21,8‰
Nombre de places en soins infirmiers à domicile	2391
Taux d'équipement en places de soins infirmiers à domicile*	9,8‰

*pour 1000 personnes âgées de 75 ou plus

Cet écart tend à se resserrer avec les nombreuses créations d'EHPAD prévues par le précédent schéma gérontologique départemental 2012-2016 et dont les installations se poursuivent. Cependant, au-delà d'une problématique d'accès à l'offre en EHPAD, se pose un problème d'accès financier pour les personnes âgées. Les établissements d'hébergement privés à but lucratif représentent en effet 57% des capacités d'accueil en EHPAD en hébergement permanent dans les Alpes-Maritimes. D'autre part, la construction d'établissements neufs entraîne une augmentation des prix de journée d'hébergement sur le territoire.

²¹ Service de soins infirmiers à domicile

²² Source : SCORE-Santé données 2012-2014-2015

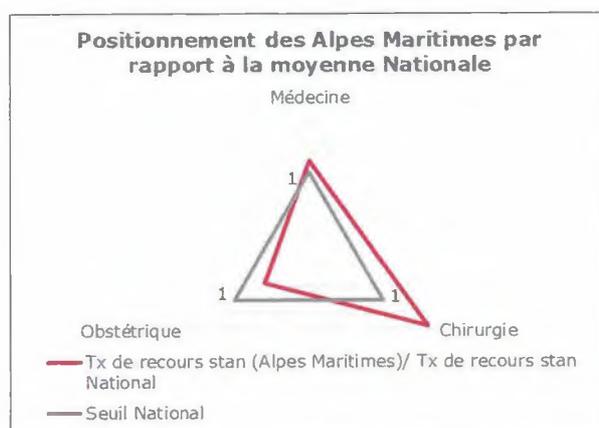
2.2.4. La prise en charge des personnes handicapées demande à être améliorée

La prise en charge des personnes handicapées est elle aussi en retrait mais des dispositifs prometteurs sont en train d'être adoptés dans le département. Malgré une bonne répartition des structures d'accueil sur le territoire, la prise en charge des adultes handicapés reste insuffisamment coordonnée entre les établissements (et la désignation d'un établissement de référence par territoire n'a pas eu lieu).

En revanche, la prise en charge des enfants et des adolescents bénéficie du dispositif ITEP (institut thérapeutique éducatif et pédagogique). L'institut se voit déléguer la possibilité d'adapter les modes d'accompagnement en fonction de l'évolution de la situation du jeune, selon une procédure préalablement définie avec la MDPH. Aujourd'hui, 260 lits sont disponibles (et tous occupés) dans le département 06²³. Ce dispositif est prometteur mais mettra du temps à s'implanter dans la pratique selon le rapport d'évaluation du PRS 2012-2016. Il ouvre cependant la voie à d'autres expérimentations : par effet de contagion, le dispositif ITEP 06 a également réfléchi à la création d'unités mobiles de psychiatrie.

2.2.5. La consommation de soins hospitaliers est particulièrement élevée

En 2015, le taux de recours à l'hospitalisation en MCO dans les Alpes-Maritimes est au-dessus de la moyenne nationale (284,32 séjours pour 1000 habitants²⁴ contre 273,82‰). Ce phénomène pourrait avoir trois causes principales : une population plus âgée que la moyenne, une surabondance de l'offre hospitalière qui induit une sur-hospitalisation, ou une offre de ville mal répartie qui amènerait les patients à différer leur prise en charge, entraînant une aggravation de leur état de santé qui nécessite une hospitalisation.



Source : Scan santé - Données 2015

Taux STAN: Taux de recours standardisé: nombre de séjours/séances hospitaliers annuels de la population domiciliée d'une zone géographique (quel que soit le lieu de réalisation de séjours), avec correction de l'effet structure de la population (âge et sexe) pour 1000 habitants

Le taux de recours en chirurgie est supérieur à la moyenne nationale mais tendrait à décroître depuis 2014. En revanche le taux de recours en obstétrique est en-dessous de la moyenne nationale, conséquence d'une population âgée et des fuites de patientes vers le CH Princesse Grace de Monaco, en particulier au nord-est du département.

²³ https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/2017-03/Rapport_Evaluation%20finale%20PRS%20PACA%203%20th%C3%A8mes%20vD%C3%A9f.pdf page 38

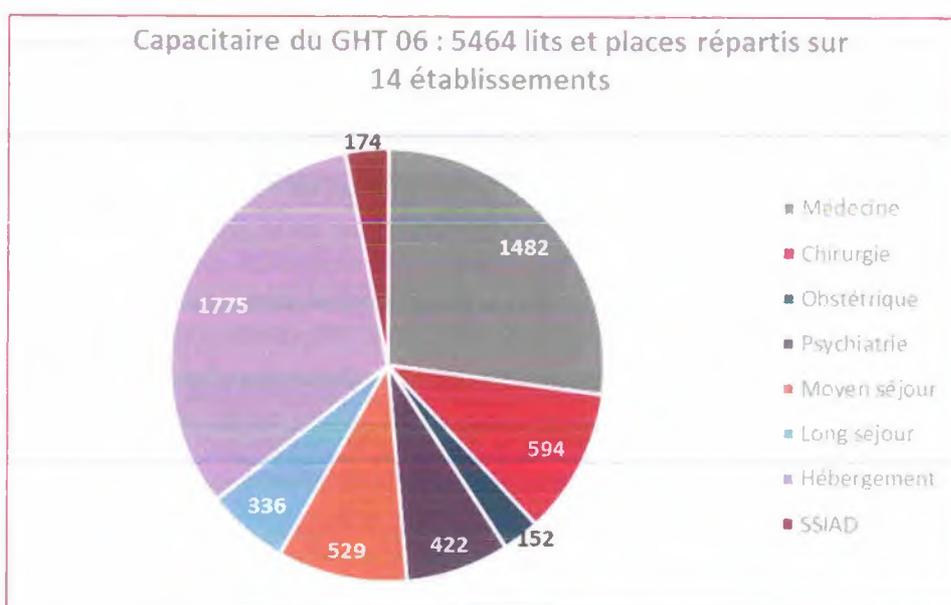
²⁴ <http://www.scansante.fr/applications/taux-de-recours-mco/submit?snatnav=&mbout=part2&version=v11g&taux=2&tsereg=5&typrgp=1&version2=v11g&tgeo=0&codegeo=FRA&typrgp2=1>

2.3. Le GHT n'est pas dominant sur son territoire

2.3.1. Le GHT assure une offre de soins vaste mais peu attractive

Le GHT représente à lui seul 5464 lits et places²⁵, soient 17% de la capacité en lits et places de la région (qui dispose au total de 32 467 lits et places). Il rassemble 20% des capacités d'accueil MCO en PACA (20% des lits et places en médecine, 22% en chirurgie et 16% en obstétrique) et 24% de l'offre de lits de moyen séjour. Il gère par ailleurs 8% des places en SSIAD.

Au sein du GHT, les activités MCO occupent 41% du capacitaire disponible : 27% des lits et places du GHT accueillent des patients en médecine, 11% en chirurgie et 3% en obstétrique. En revanche, 32% (soient 1775 lits) sont consacrés à l'hébergement. Dans certains établissements comme le CH de Saint-Etienne-de-Tinée, le CH de Sospel ou le CHI de la Vésubie, l'hébergement représente plus de 85% des lits (cf. annexe 2).



Le GHT est relativement bien positionné sur sa zone de recrutement mais ne parvient pas à attirer les patients qui choisissent de se faire hospitaliser dans le privé. L'ensemble des établissements du GHT accueille 35% des patients niçois, 50% des patients résidant à Cannes, Grasse, Le Cannet et Roquebrune Cap Martin, 60% des patients venant de Sospel et 74% des patients résidant à Menton²⁶. Le GHT (essentiellement le CHU de Nice) parvient même à recruter hors de son territoire de santé 5,5% des patients résidant à Fréjus et 5,5% des résidents de Saint-Raphaël qui doivent se faire hospitaliser. En revanche, à peine un quart des patients résidant à Vence, Cagnes-sur-Mer ou Saint-Laurent-du-Var se font hospitaliser au sein du GHT. Le reste des patients du département part-il uniquement dans des établissements privés ? Et où se font soigner les patients résidant dans les petits villages du haut pays ?

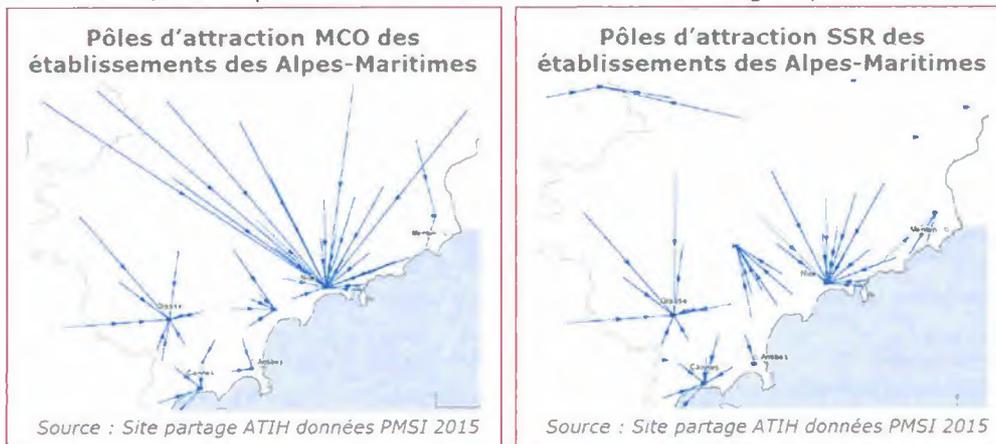
²⁵ Sources : <http://etablissements.fhf.fr/annuaire> (données 2016-2017) et fiches remplies par les établissements du GHT

²⁶ Source : <http://www.scansante.fr/applications/parts-de-marche> (données 2015) - activité du GHT fondée sur 11 établissements (CHI Vésubie, St-Etienne de Tinée, Breil-sur-Roya, Puget-Théniers, Grasse, Sospel, Tende, Antibes, Cannes, Nice, Menton)

Les flux de patients entre les Alpes-Maritimes et les départements limitrophes sont en effet peu répandus : sur les 328 837 séjours hospitaliers effectués par les habitants des Alpes-Maritimes en 2015, seuls 2,5% des patients se sont fait hospitaliser hors du département (1,1% des fuites étant intra régionales, 1,4% partant hors PACA)²⁷. Les patients des Alpes-Maritimes se répartiraient donc principalement entre le GHT 06 et les établissements privés alentours. Ces calculs n'intègrent cependant pas les séjours effectués à Monaco et sous-estiment donc le poids des fuites hors Alpes-Maritimes. Les établissements de santé monégasques ont en effet un fort pouvoir d'attraction sur certaines spécialités comme la cancérologie, la gériatrie, la cardiologie et l'obstétrique.

Dans le sens inverse, le GHT 06 a également du mal à attirer les patients d'autres territoires. Les patients hospitalisés dans le GHT sont originaires à 89% des Alpes-Maritimes, seuls 11% proviennent d'autres départements²⁸ (dont la moitié résident dans le Var). Les patients sont un peu plus diversifiés au CHU de Nice, qui attire 13,4% de patients non azuréens. En revanche les cliniques privées rayonnent moins que le GHT hors Alpes-Maritimes puisque seulement 9% de leurs patients proviennent d'autres départements.

Les flux de patients intra-départementaux sont concentrés vers les centres hospitaliers de la côte littorale en MCO, tandis que la consommation de SSR est davantage répartie sur le territoire.



Ces flux ne précisent toutefois pas comment s'effectue actuellement la gradation des soins en MCO. Ils n'indiquent pas non plus comment la prise en charge en SSR est coordonnée entre les 5 centres hospitaliers du GHT et les hôpitaux locaux du haut pays. Nous savons seulement qu'actuellement, plus de 3 journées d'hospitalisation en SSR sur 4 sont prises en charge dans des établissements privés sur le territoire des Alpes-Maritimes²⁹.

Sur sa zone de recrutement, la polyclinique Saint-Jean (Cagnes-sur-Mer) recrute à elle seule 36% des habitants de Cagnes-sur-Mer (contre 26,3% pour l'ensemble du GHT), 45,6% de Vence (contre seulement 23,9% pour le GHT), 46,3% de La Colle-sur-Loup et 44,4% de Saint-Paul (contre 0% dans le GHT selon Scan Santé), 33,8% de Villeneuve Loubet (contre 28,2% pour le GHT) et 10% des patients résidant à Antibes³⁰.

La clinique Saint George (Nice) attire 18,8% des patients Niçois, 25,3% de La Trinité (contre 36,8% pour l'ensemble du GHT), 27% de Contes (contre 35,2% dans le GHT) ou encore 17,6% de Lantosque. A l'échelle de la région, le palmarès de L'Express décrète que la clinique Saint George est classée au 1^{er} rang en chirurgie proctologique, 2^{ème} en chirurgie du pied, 2^{ème} en chirurgie majeure colorectale, 2^{ème} en pose de prothèse de hanche et 3^{ème} en chirurgie des hernies et éventrations, ce qui pourrait asseoir ce pouvoir d'attraction des patients.

²⁷ Source : Scan Santé (données 2015)

²⁸ Source : Scan Santé (données 2015)

²⁹ <http://www.scansante.fr/applications/analyse-croisee-consommation-production-SSR/submit?snatnav=&mbout=dummy&annee=2015&typezone=reg&zonegeo=93&cm=00&gn=0000&typehosp=HC>

³⁰ Source : <http://www.scansante.fr/applications/parts-de-marche> (données 2015)

2.3.2. L'offre privée est dynamique et fortement concurrentielle

Toutes disciplines confondues, 50 entités privées à but lucratif dans les Alpes-Maritimes ont des autorisations en médecine, chirurgie, SSR, soins de longue durée, etc. et deux d'entre elles pratiquent la HAD. Le GHT est directement concurrencé par 14 organismes privés en médecine et 16 cliniques pratiquant la chirurgie, dont la majorité est concentrée sur Nice³¹.

Douze cliniques se sont organisées au sein de groupes, notamment les Groupe Saint George à Nice, Groupe Almayva, Pôle santé Saint-Jean et Arnauld Tzanck Mougins. Au total, l'offre privée représente 1136 lits et 348 places, soient 30% des lits d'hospitalisation complète et 50% des places disponibles dans le département depuis 2012³². La moitié des capacités d'accueil en ambulatoire est concentrée dans les établissements privés (contre 39% au niveau national). Qui plus est, l'hospitalisation partielle se développe plus vite dans les établissements privés à but lucratif (+6,2% entre 2013 et 2014) que dans les établissements publics (+1,6%).

En termes d'activité, les principales cliniques privées sur le territoire des Alpes-Maritimes détiennent 55% des parts de marché en MCO, contre 42% pour le GHT (CHU de Nice, CH de Cannes, d'Antibes, de Grasse et de Menton).

Evolution des parts de marché sur le territoire de santé Alpes-Maritimes.

Raison sociale	Médecine			Chirurgie			Obstétrique			Total MCO		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Nice/Cannes/Antibes/Grasse/Menton	48,9%	48,7%	48,9%	25,5%	29,4%	29,2%	58,5%	59,3%	60,3%	41,9%	41,8%	42,0%
CLINIQUE SAINT GEORGE	7,9%	7,9%	7,5%	12,6%	12,9%	13,3%	11,9%	11,4%	10,8%	9,9%	10,0%	9,9%
POLYCLINIQUE SAINT-JEAN	5,0%	5,2%	5,2%	9,4%	9,3%	9,2%	8,9%	9,0%	8,6%	6,9%	7,0%	6,9%
INSTITUT ARNAULD TZANCK	4,5%	4,3%	4,5%	5,1%	5,1%	5,1%				4,5%	4,4%	4,5%
CLINIQUE DU PARC IMPERIAL	4,0%	4,3%	4,2%	5,3%	5,1%	5,3%				4,3%	4,4%	4,4%
CLINIQUE DE L'ESPERANCE	3,3%	3,3%	3,1%	6,1%	6,4%	6,5%				4,2%	4,3%	4,3%
HÔPITAL PRIVÉ CANNES OXFORD	1,9%	1,9%	1,9%	7,6%	7,3%	7,5%	1,0%	0,8%	0,9%	4,0%	3,9%	4,0%
CLINIQUE SANTA MARIA	3,5%	3,4%	3,5%		2,8%	2,6%	15,9%	15,9%	16,5%	3,9%	3,9%	3,8%
CLINIQUE SAINT ANTOINE	3,1%	3,2%	3,5%	3,8%	3,8%	3,8%	1,1%	0,8%	0,6%	3,2%	3,3%	3,4%
HÔPITAUX PEDIATRIQUES NICE CHU LENVAL	1,8%	3,9%	3,9%	1,4%	3,1%	3,0%				1,5%	3,4%	3,4%
CENTRE ANTOINE LACASSAGNE	2,5%	2,7%	2,5%	1,8%	1,7%	1,7%				2,1%	2,1%	2,1%
CLINIQUE DU PALAIS	1,5%	1,7%	1,8%	2,6%	2,6%	2,6%				1,9%	2,0%	2,0%
CLINIQUE SAINT FRANCOIS				4,2%	4,0%	3,7%				1,7%	1,6%	1,5%
CLINIQUE LE MERIDIEN	1,2%	1,2%	1,1%	1,9%	1,8%	1,7%				1,4%	1,4%	1,3%
CLINIQUE PLEIN CIEL	2,0%	1,9%	2,1%							1,2%	1,2%	1,3%
INSTITUT ARNAULD TZANCK	1,5%	1,6%	1,6%							1,1%	1,1%	1,1%
HÔPITAL PRIVÉ GERIATRIQUE LES SOURCES	1,7%	1,7%	1,7%							1,0%	1,0%	1,0%
CLINIQUE MOZART				1,3%	1,2%	1,1%	0,9%	1,0%	1,0%	0,6%	0,6%	0,5%
Autres Finess	5,4%	3,1%	3,1%	5,7%	3,6%	3,6%	1,6%	1,6%	1,4%	4,6%	2,7%	2,7%
Sous-total : les 17 établissements privés ne faisant pas partie du GHT	45,4%	48,2%	48,1%	61,8%	65,9%	66,0%	38,8%	37,9%	37,4%	52,8%	55,0%	54,9%

Source : www.scansante.fr/applications/parts-de-marche (données 2015) - activité MCO du GHT fondée sur 5 établissements (CHU de Nice, CH de Cannes, d'Antibes, de Grasse et de Menton).

Le GHT n'est donc pas dominant en MCO sur son territoire et c'est en chirurgie que la concurrence privée est la plus forte (66% des parts de marché sont détenues par les cliniques privées). Toutefois l'offre privée est beaucoup plus éclatée que l'offre publique sur la côte littorale et concentre davantage son activité sur des segments spécifiques.

³¹ Source : <http://carto-ets.atih.sante.fr/carto.php?ts=930200300>

³² Source : www.ecosante.fr Données : Drees, SAE (2012)

2.3.3. L'offre publique est plus diversifiée que l'offre privée

En termes de « case-mix », le GHT propose une offre de soins plus diversifiée que dans les établissements concurrents.

Comparaison du case-mix du GHT et des établissements concurrents

Catégorie majeure de diagnostic (CMD)	Poids dans l'activité du GHT	Poids dans l'activité des Alpes-Maritimes hors GHT
Séances	27,3%	41,2%
Affections du tube digestif	7,8%	14,9%
Affections et traumatismes de l'appareil musculosquelettique et du tissu conjonctif	7,6%	7,0%
Affections du système nerveux	7,4%	1,6%
Affections de l'appareil circulatoire	6,8%	5,0%
Facteurs influant sur l'état de santé et autres motifs de recours aux services de santé	5,5%	2,0%
Grossesses pathologiques, accouchements et affections du post-partum	5,4%	2,1%
Affections de l'appareil respiratoire	5,1%	1,8%
Nouveau-nés, prématurés et affections de la période périnatale	3,6%	1,5%
Affections du rein et des voies urinaires	3,1%	2,3%
Affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins	2,8%	4,8%
Affections des oreilles, du nez, de la gorge, de la bouche et des dents	2,3%	3,2%
Affections du système hépatobiliaire et du pancréas	2,1%	1,0%
Affections de l'oeil	2,1%	5,0%
Maladies et troubles mentaux	2,0%	0,4%
Affections endocriniennes, métaboliques et nutritionnelles	1,9%	0,8%
Affections de l'appareil génital féminin	1,5%	2,0%
Affections du sang et des organes hématopoïétiques	1,1%	0,5%
Traumatismes, allergies et empoisonnements	1,1%	0,3%
Affections myéloprolifératives et tumeurs de siège imprécis ou diffus	0,9%	0,9%
Troubles mentaux organiques liés à l'absorption de drogues ou induits par celles-ci	0,9%	0,0%
Affections de l'appareil génital masculin	0,7%	1,5%
Maladies infectieuses et parasitaires	0,7%	0,2%
Traumatismes multiples graves	0,1%	0,0%
Transplantations d'organes	0,1%	0,0%
Maladies dues à une infection par le VIH	0,1%	0,0%
Brûlures	0,0%	0,0%

Source : http://www.scansante.fr/applications/casemix_ghm_cmd (données 2015) - activité du GHT fondée sur 11 établissements (CHI Vésubie, St-Etienne de Tinée, Breil-sur-Roya, Puget-Théniers, Grasse, Sospel, Tende, Antibes, Cannes, Nice, Menton)

En 2015, les 11 établissements du GHT recensés sur Scan Santé ont pris en charge 214 557 séjours en MCO. Plus d'un quart de l'activité était consacrée aux séances, cette proportion atteignant plus de 40% dans le privé.

Hors séances, le GHT répartit un peu plus de la moitié de son activité sur neuf catégories majeures de diagnostic (affections du tube digestif, affections de l'appareil musculosquelettique, affections du système nerveux, affections de l'appareil circulatoire, facteurs influant sur l'état de santé, grossesses pathologiques, affections de l'appareil respiratoire, nouveau-nés et affections du rein et des voies urinaires). A l'inverse, les cliniques privés concentrent 41% de leur activité MCO sur les séances et 37% sur cinq CMD prépondérantes : les affections du tube digestif, les affections de l'appareil musculosquelettique, les affections de l'appareil circulatoire, les affections de l'oeil et les affections de la peau, des tissus sous-cutanés et des seins, offrant ainsi un case-mix beaucoup moins diversifié que les hôpitaux publics.

Relativement au case-mix du GHT, les cliniques privées consacrent en proportion davantage de séjours aux affections de la peau, affections de l'œil et affections de l'appareil génital masculin, à l'instar de l'Institut Arnault Tzanck (Saint-Laurent-du-Var) qui est classé 26^{ème} du Palmarès du Point concernant la prise en charge du cancer de la prostate dans les établissements privés³³.

Ces cliniques privées se spécialisent-elles dans des activités complémentaires à l'offre publique qui attireraient les patients dont les besoins ne sont pas couverts par le GHT ? A l'inverse, attirent-elles des patients qui choisissent de recourir au privé quelle que soit l'offre publique, grâce à une meilleure qualité de l'hébergement, des délais de rendez-vous moindres et un meilleur maillage avec les médecins traitants de ville qui adressent les patients ?

2.3.4. Le CH Princesse Grace de Monaco et les établissements monégasques exercent une forte attractivité dans certaines spécialités

Les accords passés entre la principauté et le gouvernement français permettent une prise en charge des patients identique à celles sur le territoire national. Les établissements monégasques bénéficient d'un régime de financement avantageux (dotation globale et financements généraux du gouvernement monégasque). Les conditions d'accueil et de prise en charge sont réputées de bonne qualité.

Les habitants des Alpes-Maritimes qui se sont fait hospitaliser à Monaco en 2015 se répartissent entre le CH Princesse Grace (15 311 séjours³⁴, dont 11 483 concerneraient les MCO³⁵), le Centre Cardio-Thoracique (2 562 séjours), l'IM2S (2 385 séjours) et le Centre d'Hémodialyse privé (8 155 séances), soit un total de 16 430 séjours (91 607 journées d'hospitalisation) et 8 155 séances. Compte tenu du mode de tarification des soins hospitaliers en vigueur à Monaco, les durées moyennes de séjour sont en effet globalement plus élevées à Monaco que dans le reste des Alpes-Maritimes (la DMS à Monaco étant égale à 5,57 jours³⁶).

Les habitants des Alpes-Maritimes consomment donc 16 430 séjours à Monaco et 328 837 séjours en PACA (cf. chapitre 2.3.1.), soit un taux de fuite vers Monaco d'environ 5%, qu'il faut ajouter aux 2,5% de fuites vers les autres départements français.

2.4. Des réponses qui restent à construire par le GHT en cohérence avec le PRS

Partant de ces constats, les établissements du GHT qui ont publié leurs projets médicaux sur leur site internet ont articulé leurs orientations stratégiques autour de trois axes principaux. Ils visent à affirmer l'offre publique de santé sur le territoire et à améliorer les coopérations inter-établissements au service du patient (notamment en renforçant la vocation de proximité des hôpitaux publics tout en se positionnant comme centres spécialisés pour certaines disciplines médicales et chirurgicales ; en proposant une prise en charge structurée des affections chroniques et multi-pathologiques à travers des parcours de santé innovants établis en coordination avec les professionnels de ville, les collectivités et les autres établissements ; en agissant pour une coopération publique de santé sur le territoire au sein du GHT des Alpes-Maritimes et en accentuant la gradation des soins). Cela s'accompagne d'une amélioration des pratiques hospitalières (développement de la chirurgie

³³ Source : http://www.lepoint.fr/hopitaux/classements/cancer_de_la_prostate-prive.php

³⁴ Source : Bilan financier des frais d'hospitalisation de la CPAM 061 (publié le 25/03/2016). Pour chaque établissement, on additionne le nombre de séjours remboursés par la CPAM 061 et les séjours financés par d'autres régimes des Alpes-Maritimes

³⁵ Si l'on fait l'hypothèse que seulement 75% de l'activité du centre hospitalier est consacrée aux MCO, comme dans les établissements MCO du GHT 06 (Source : Scan Santé, données 2015)

³⁶ 5,84 au CH Princesse Grace, 7,03 au Centre Cardio-Thoracique et 2,74 à l'IM2S, contre une DMS moyenne de 3,34 jours au sein du GHT

ambulatoire, optimisation des parcours patients et de la gestion des flux, approfondissement de la recherche clinique) et d'une amélioration de la prise en charge des populations spécifiques (renforcement de l'éducation thérapeutique et de la prise en charge en cancérologie, en cardiologie ou encore en gérontologie).

Ces projets d'établissements s'inscrivent donc dans la continuité des objectifs poursuivis par le PRS 2012-2016 de l'ARS PACA, qui s'articulait autour de 6 axes principaux. Il visait en premier lieu à garantir l'accès à la santé dans le haut-pays (en améliorant la qualité des prises en charge et la coordination des institutions départementales pour les soins de premier recours, en promouvant un développement homogène et qualitatif des maisons de santé dans les territoires isolés). Ce PRS avait plus largement comme objectif de lutter contre les inégalités de santé (à travers une équipe mobile de consultations, de proximité, de prévention médicale et dentaire, pour améliorer notamment la prise en charge des populations précaires et des travailleurs migrants vieillissants) et de mettre en œuvre des dispositifs de prévention et de dépistage à destination des populations les plus vulnérables (ce qui passe également par une amélioration de l'information sur le VIH, le VHC et les IST). Enfin, les ambitions du PRS 2012-2016 ciblaient trois populations spécifiques : l'amélioration du parcours handicap des 16-25 ans (en fluidifiant la formation et l'insertion professionnelle des personnes en situation de handicap, en recensant et en suivant les situations sans solution ou avec des solutions inadaptées) ; l'amélioration du parcours AVC (via la communication, la formation des professionnels de santé et la sensibilisation de la population aux symptômes de l'AVC et à l'urgence de la prise en charge) ; et l'amélioration du parcours de santé mentale (en améliorant et en élargissant le dispositif de prise en charge et en le communiquant à la population après avoir identifié les points de rupture dans le parcours).

Aujourd'hui, les orientations individuelles des offreurs de soins publics recoupent et nourrissent le projet médico-soignant partagé qui est formulé par l'ensemble du GHT des Alpes-Maritimes et qui doit s'élaborer en cohérence avec le Projet Régional de Santé 2018-2022 de l'ARS PACA. Ce deuxième PRS intervient dans un contexte accru de coordination de l'offre publique de soins après la création des GHT au 1^{er} juillet 2016 et se veut orienté parcours. Il s'inscrit donc logiquement dans une démarche globale d'amélioration de la coordination des soins à domicile, en ville et en établissements, d'investissement dans les mesures de prévention et dans l'accompagnement en maisons spécialisées pour personnes âgées ou handicapées.

A ces fins, les orientations stratégiques du GHT s'appuient sur des engagements antérieurs³⁷ et sur des coopérations déjà existantes au sein du territoire (que ce soit des coopérations intra-GHT ou des coopérations public-privé³⁸).

³⁷ UNV3, SSR pneumo-cardiologie, neurologie...cf. annexe à la Convention constitutive du GHT 30 juin 2016

³⁸ Source : Fiches complétées par les établissements du GHT à l'issue du séminaire GHT organisé le 25 avril 2017 (NB : nous ne disposons pas de ces données pour les établissements de Tende et Saint-Etienne-de-Tinée)

Le GHT n'a pas vocation à remettre en cause les coopérations déjà existantes sur le territoire, notamment avec les acteurs privés. Celles-ci sont en effet nombreuses, mais pourraient toutefois être davantage formalisées, ce qui bénéficierait à la fois aux établissements concernés par les coopérations et à l'ensemble du GHT.

Coopérations et partenariats déjà établis par les établissements du GHT (1/2)

Coopérations	CHU de Nice	CH Cannes	CH Grasse	CH Antibes	CH Menton	CH de Tende
Au sein du GHT	<ul style="list-style-type: none"> Convention de partenariat pour la réalisation de prélèvements multi-organes dans les ES du réseau PACA-EST-HAUTE-CORSE, avec les CH de Toulon, Bastia, Cannes, Draguignan, Grasse, Fréjus-Saint-Raphaël et Antibes Convention de partenariat avec CH de Monaco et de Grasse pour la neurologie vasculaire CRCR de Gorbio 	<ul style="list-style-type: none"> SIH-GCS CH de Cannes/CH de Grasse/CH d'Antibes: activités de restauration, blanchisserie, équipe mobile de soins palliatifs UNV, maladie infectieuse et douleur GCS CH de Cannes/CH de Grasse/cliniques: stérilisation commune. CHU Nice 	<ul style="list-style-type: none"> GCS de cardiologie interventionnelle entre les CH Cannes-Grasse Chirurgie: CHU Nice (Chirurgie thoracique, neurochirurgie, urologie), UNV, maladie infectieuse Partage de temps médicaux avec le CH de Cannes (ophtalmo, dermatologie) et avec le CH d'Antibes (ophtalmologie, cardiologie) GCS stérilisation (Cannes, Grasse, privées) 	<ul style="list-style-type: none"> Pôle Santé Vallauris Golfe Juan: direction commune SSR: CH Puget et Entrevaux CHU Nice: convention-cadre, permanence et continuité de soins, constitution d'une fédération de cardiologie et de pédiatrie, prélèvement multiorganes, vasculaire, gynécologie-obstétrique CH Cannes CH Grasse: cardiologie, OPH, urologie Réseau soins palliatifs + GCS SIH 	<ul style="list-style-type: none"> CHU de Nice: établissement référent, SMUR, partagé, consultations avancées Intérim de direction CRCR Gorbio, EHPAD Fondation Gastaldy Collaboration avec le CH de Sospel, Breil sur Roya (pharmacie, informatique...) 	<ul style="list-style-type: none"> CHU de NICE pôle d'aval de TENDE CH de Breil sur Roya CH de Sospel CHU de NICE (Soins palliatifs formation)
Hors GHT	<ul style="list-style-type: none"> Institut de la face et du coup: GCS entre le CHU et le Centre Antoine Lacassagne (2006) GCS Hôpitaux pédiatriques CHU-Lenval (2008) sur la pédiatrie multi-organes Convention de partenariat pour la réalisation de prélèvements multi-organes dans les ES du réseau PACA-EST-HAUTE-CORSE, avec les CH de Toulon, Bastia, Cannes, Draguignan, Grasse, Fréjus-Saint-Raphaël et Antibes Convention de partenariat avec CH de Monaco et de Grasse pour la neurologie vasculaire Clinique médicale Les Sources: filière AVC Conventions sur les prestations d'analyses biologiques avec le Centre Antoine Lacassagne, Centre « La Villa Romaine », Centre Hélo Marin, Centre Henri Becquerel, Centre « Les Lauriers roses », CH Sainte-Marie, Saint-George, Institut Arnaud Tzanck, Centre « Villa Blanche » Clinique Montsinery Centre d'urgence Médico-psychologique du département 06 HAD de Nice et de sa région Réseau Sécurité Naissance PACA-Monaco-Haute Corse Conventions avec des établissements de SSR Convention relatives à l'intervention de l'équipe mobile de soins palliatifs du CHU dans les établissements de santé et médico-sociaux 	<ul style="list-style-type: none"> GCS Cannes/cliniques: cardiologie interventionnelle • Multiples conventions bilatérales avec établissements publics et privés 	<ul style="list-style-type: none"> Soins de suite et de readaptation: ORSAC Montfleuri, Sainte Brigitte, UDCA, Saint Basile, Maison des mineurs Le Calme (alcoologie) GIE public / privé: scanner, IRM AGATHIR: auto-dialyse sur le site de l'hôpital. Cancérologie: Centre Azuréen de Cancérologie 	<ul style="list-style-type: none"> Centre Antoine Lacassagne Prise en charge des urgences psychiatriques: institut Arnault-Tzanck SSR: Orsac-Montfleuri, Montsinery, L'Oliveraie des Cayrons, clinique Rabiac Estagnol, maison du mineur AGATHIR: auto-dialyse sur le site de l'hôpital Coopération ville-hôpital (associations, Mairie, etc...) Partenaires institutionnels: commissariat, HAD... Diverses conventions bilatérales avec établissements publics, privés et associatif, GIE: 2 scanners + 2 IRM 	<ul style="list-style-type: none"> Hôpital Princesse Grace de Monaco: IRM et actes radiologiques vasculaires CH Sainte Marie: prise en charge des patients de psychiatrie GCS Lenval et Centre Antoine Lacassagne Intérim de direction CRCR Gorbio, EHPAD Fondation Gastaldy Les EHPAD de proximité 	<ul style="list-style-type: none"> Praticien libéraux, cabinet médical Saint-Lazare de TENDE IDE libérales de la vallée de la Roya CH Sainte Marie CHU de NICE pôle d'aval de TENDE, psychologue partagée, diététicienne partagée. Prêt du TPMR du CH Saint-Lazare au CHU pôle d'aval de TENDE.

Source : sites internet et fiches remplies par les établissements à l'issue du séminaire GHT du 25 avril 2016

Coopérations et partenariats déjà établis par les établissements du GHT (2/2)

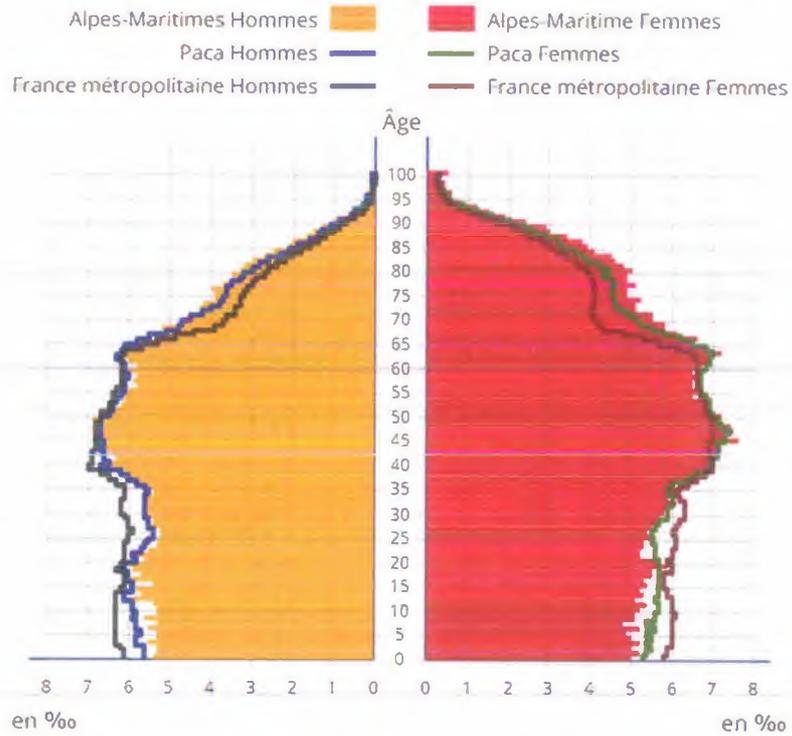
Coopérations	CH Sospel	CH Breil-sur-Roya	CHI Vésubie	CH Puget-Théniers	CH Entrevaux	CH de Saint-Etienne-de-Tinée	Pôle Santé Vallauris Golfe Juan	CRCR Gorbio
Au sein du GHT	<ul style="list-style-type: none"> Convention générale de coopération inter-hospitalière avec le CHU de Nice => Accès aux consultations, soins spécialisés et plateau technique Accord de partenariat entre l'APMESS des AM et le CHU de Nice via l'équipe départementale de soins palliatifs Convention générale de coopération avec les établissements de la vallée de la Roya (Tende, Breil-sur-Roya) Postes partagés avec le CH de Menton 	<ul style="list-style-type: none"> CH de Menton CH de Sospel et Tende CHU de Nice CH de Cannes et Antibes pour la psychiatrie 	<ul style="list-style-type: none"> Equipe mobile de soins palliatifs => CHU 	<ul style="list-style-type: none"> CH d'Entrevaux : projet d'établissement commun, convention de direction centralisée de l'administration sur le site de Puget-Théniers Gestion commune des 36 places de SSIAD par le GCS (Service inter hospitalier d'Entrevaux et Puget-Théniers) 	<ul style="list-style-type: none"> CH de Puget-Théniers: projet d'établissement commun, convention de centralisation de l'administration sur le site de Puget-Théniers Gestion commune des 36 places de SSIAD par le GCS (Service inter hospitalier d'Entrevaux et Puget-Théniers) Accueil des patients de SSR du 06. 	<ul style="list-style-type: none"> CH de Menton : prise en charge de la proximité CHU Nice 	<ul style="list-style-type: none"> Direction commune avec le CH d'Antibes CH de Grasse => Inter CLIN FELIN Equipe mobile de soins palliatifs 	
Hors GHT	<ul style="list-style-type: none"> APMESS 06 Groupe de soins de commande des vallées Convention avec FA 06 Coopération public/privé : interprétation des examens radiologiques 	<ul style="list-style-type: none"> Hôpital Sainte Marie à Nice Association France Alzheimer MSP de la Roya 	<ul style="list-style-type: none"> Hôpital Gériatrique des Sources (accès bilan journalier) CHS Sainte Marie Coordination du GCV (Groupe de commande des Vallées regroupant 20 établissements et 20 M€ de commandes pluriannuelles) 	<ul style="list-style-type: none"> Partenariat avec le CHS Sainte Marie en cours de redéfinition 	<ul style="list-style-type: none"> Convention avec le CH de Digne : accès au plateau technique, consultations spécialisées 		<ul style="list-style-type: none"> CCAS de Vallauris => Convention de partenariat autour des activités du Pôle CCAS d'Antibes => Equipe spécialisée Alzheimer, MAIA, Plateforme de répit Professionnels libéraux sur le territoire => Dentiste, laboratoire d'analyses médicales, cabinet de radiologie, prestataires de transport sanitaire 	<ul style="list-style-type: none"> CHPG Monaco

Source : sites internet et fiches remplies par les établissements à l'issue du séminaire GHT du 25 avril 2016

2.5. Annexes du diagnostic territorial

2.5.1. Annexe 1 – Pyramide des âges départementale, régionale et nationale

Une population légèrement plus âgée que dans le reste de la région et du pays



Source : insee, Recensement de la population 2012

2.5.2. Annexe 2 – Répartition des capacités d'accueil au sein du GHT

Répartition de l'activité et du capacitaire des 14 établissements du GHT

capacités MCO	% MCO	Etablissement	Type d'Activités													TOTAL selon les fiches établissements (pour les fiches manquantes : source FHF)	
			Médecine	Chirurgie	Gynéco-obst.	PSY	Moyen séjour (SSR)	Long séjour	Hébergement	SSIAD	Hébergement temp. Alzheimer	Accueil thérap. de jour/ Alzheimer	Urgentes	Halle-Répis	PASA		
1276	71%	CHU Nice	826	374	76	91	275		123					23			1788
307	56%	CH Grasse	189	84	34	43	30	30	120								545
358	51%	CH Antibes	252	81	25	117	25	34	168								702
438	51%	CH Cannes	303	97	38	101	20	54	240			10					863
304	41%	CH Menton	53	51			27	30	90								251
12	6%	CH Sospel	12				13		185								210
4	5%	CH St-Etienne de Tinée	4				6		70								80
5	4%	SH Tende	5						73	50							128
8	3%	CHI Vésuvie	8				19		225								252
6	3%	CH Puget-Théniers	6			30			134	36							206
5	3%	CH Breil-sur-Roya	5			50	10		102					5	24		196
0	0%	CH Entrevaux					15		56	36						14	121
0	0%	CRCR Gorbio en cours de fusion avec Menton					73										73
0	0%	Centre de long séjour Vallauris						41	199	58	6	10					314
2523	44%	TOTAL DES CAPACITÉS EN LITS ET PLACES DU GHT	1663	687	173	432	513	189	1785	144	6	20	23	5	38		5693
Par grande type d'activité (MCO-SSR-Long Séjour...)			2523			432	513	1974			144	26		23	5	38	5693

Sources : <http://etablisements.fhf.fr/annuaire> (données 2016-2017) et fiches remplies par les établissements du GHT

3. Les orientations stratégiques et actions transverses communes à l'ensemble des filières du GHT

Les actions transverses ont vocation à fluidifier les actions mises en œuvre dans le cadre du GHT sur certaines thématiques communes aux différentes filières. Les filières définies n'étant pas mutuellement exclusives, certaines actions concernent par exemple à la fois les urgences et les personnes âgées, la cancérologie et la pharmacie, etc. Celles-ci s'articulent, en outre, autour de sujets supra-filières qui ne peuvent être abordés qu'au sein du GHT dans son ensemble : la recherche, l'amélioration de la visibilité et de la lisibilité de l'offre de soins, les transports, la e-santé et l'innovation en santé.

3.1. L'amélioration de la visibilité et de la lisibilité de l'offre de soins

L'offre publique de soins sur le territoire des Alpes-Maritimes souffre d'un manque de visibilité et de lisibilité. En conséquence, la filière cancérologie a érigé comme action prioritaire la création d'un portail d'entrée dédié pour permettre aux patients et aux professionnels de santé d'identifier la filière et l'offre disponible sur le territoire. Le Collège médical du GHT a d'ailleurs défini la valorisation de l'existant comme axe de travail prioritaire pour la filière gynécologie-obstétrique. Cette filière repose en effet sur de nombreux réseaux et coopérations, qui manquent de visibilité à la fois pour les patients et pour les médecins de ville. La filière chirurgie met en exergue la nécessité de mieux décrire qui fait quoi en chirurgie au sein des 5 établissements membres du GHT ayant une activité de chirurgie. La réflexion stratégique de la filière SSR intègre également l'élaboration d'une cartographie de l'offre de soins sur le territoire ; plus largement, le GHT aurait donc intérêt à diffuser – en premier lieu sur les sites internet de ses établissements – une plaquette détaillant et cartographiant l'ensemble des offreurs de soins, des prises en charge disponibles et des coopérations existantes sur le territoire.

Une meilleure visibilité de l'offre publique favoriserait donc à la fois l'adressage des patients par les médecins de ville vers les hôpitaux du GHT, les liens ville-hôpital et donc le décroisement et la fluidification des parcours patients intra et extra établissements.

3.2. Le pilotage et la gestion de la démographie médicale et des personnels soignants

Piloter la démographie médicale et des personnels soignants consiste à collecter les données sur cette démographie, et réaliser des simulations afin d'anticiper les évolutions et décider des actions à mettre en place : prise en compte des évolutions liées principalement à l'âge des professionnels, orientation des internes, recrutements spécifiques, mise en commun de ressources, mise en valeur des avantages proposés aux médecins et aux personnels de soins, etc.

Cette fonction pourrait être un des bénéfices apportés par le GHT à l'ensemble des établissements.

Ainsi, le GHT joue un rôle majeur dans la formation des futurs professionnels du territoire Alpes-Maritimes, notamment du fait de la présence du CHU mais également par la capacité de chacun des membres à proposer des lieux de stages.

La mise en valeur de l'offre publique de soins serait en outre un moyen d'attirer davantage de médecins dans les hôpitaux du GHT à l'issue de leur internat, participant ainsi de la régulation de la démographie médicale et paramédicale qui est aujourd'hui primordiale pour anticiper les besoins. En effet, compte tenu du vieillissement des professionnels de santé sur le territoire et de l'attraction exercée par les cliniques privées, certaines spécialités souffrent d'une pénurie médicale et d'une fuite de certains soignants qui mettent sous tension l'offre publique de soins, notamment en anesthésie, en pédiatrie et en orthogénie, en gériatrie...

Pour y remédier et sous l'impulsion de la faculté, il est envisagé de procéder à une révision des effectifs dans les disciplines les plus en « tension » (chirurgiens, anesthésistes) au sein du GHT.

D'autre part, le projet médical et soignant partagé propose des actions ciblées pour renforcer les ressources soignantes.

3.3. *La Recherche*

Le GHT se présente comme une opportunité de mieux associer les hôpitaux généraux à la recherche clinique, éventuellement en tant que co-investigateurs, afin d'élargir les masses critiques enrôlées dans les essais cliniques et par là même permettre à tous les patients hospitalisés en dehors du CHU d'avoir un égal accès aux innovations thérapeutiques.

A long terme, le GHT a également pour ambition de maximiser le vivier de patients qui constituent les cohortes d'étude, afin de suivre davantage de sujets et accroître la significativité des résultats obtenus.

L'accès à la recherche clinique constitue également un atout pour fidéliser des praticiens au sein du GHT.

3.4. *L'Innovation*

La structuration du GHT et les orientations communes aux 14 établissements constituent une opportunité pour les acteurs publics de l'offre de soins de s'associer aux démarches innovantes qui se sont développées sur le territoire des Alpes-Maritimes. Ces actions valorisent la formation, le compagnonnage, le développement de bonnes pratiques communes pour des parcours de soins sécurisés, la diffusion des innovations technologiques aux équipes du GHT et une réflexion sur le maintien à domicile des patients, l'habitat adapté et la domotique, en lien avec le projet 27 Delvalle inauguré à Nice.

3.5. *La e-santé et les SIH*

Les technologies de l'information sont un levier puissant de la coordination et de la modernisation des prises en charge des patients. Qu'il s'agisse des systèmes d'information hospitaliers (SIH) ou de la e-santé, ils permettent le partage des données du patient, un soutien au diagnostic, des recherches en épidémiologie, un meilleur suivi du patient, etc. Leur enjeu est clé dans l'organisation des soins au sein du GHT et le SDSI – schéma directeur des systèmes d'information du GHT – proposera bientôt une démarche spécifique dans ce domaine.

La e-santé a aussi vocation à minimiser l'impact délétère de la désertification médicale en favorisant en premier lieu le télédiagnostic et une télé-expertise qui est d'ailleurs réclamée par les établissements du haut-pays.

Les membres des groupes de travail des filières ont souligné que l'ensemble des outils numériques mis à disposition des patients et des offreurs de santé aboutiront à terme à une meilleure gestion des prises en charge. En particulier, la filière Vieillesse et personnes fragiles a souligné l'importance de ces technologies dans le cadre de l'éducation thérapeutique et l'observance médicamenteuse, qui peuvent être améliorées via des applications et *serious games* permettant aux patients de gérer leurs traitements de manière plus informée, plus régulière et plus sereine.

En outre, cette filière verrait un avantage à bénéficier d'application mobile qui, à travers des arbres de décision, déterminerait le lieu, le service et le mode de prise en charge les plus adaptés pour orienter un patient âgé en situation d'urgence (chutes, troubles cognitifs). Une telle application bénéficierait plus largement à l'ensemble des patients et établissements sur le territoire qui prennent en charge les urgences cardiovasculaires, neuro-vasculaires, infectieuses, respiratoires ou traumatologiques.

Enfin, la e-santé qui permettrait la mise à disposition des dossiers patients partagés informatisés nécessite de développer l'interopérabilité des systèmes d'information afin d'améliorer le partage des données et la coordination des parcours patients entre les établissements, ainsi qu'entre la médecine de ville et l'hôpital.

4. Une démarche collective de co-construction du Projet médical et soignant partagé

Une démarche similaire a déjà été réalisée par les CH de Cannes, Grasse et Antibes. Elle est aujourd'hui complétée dans le cadre de la réalisation du GHT.

LE GHT : UNE OPPORTUNITE COMMUNE D’AFFIRMER UNE OFFRE PUBLIQUE DE SOINS PERFORMANTE JUSQU’ALORS PEU VISIBLE

Forces du GHT

Le GHT des Alpes-Maritimes rassemble 14 établissements qui partagent et perpétuent les **valeurs du service public** sur un **territoire extrêmement étendu** (d'ouest en est) et bénéficiant d'un **positionnement géographique** complexe mais tout de même privilégié (frontière italienne et monégasque, proximité de la Corse, de l'aéroport).

Les établissements du GHT ont su se mobiliser par le passé en vue d'avoir un **projet fondateur** pour tous les membres : le projet gérontologique et des pistes de surspécialisation en gériatrie (onco-gériatrie, cardio-interventionnel...).

En termes d'offre de soins, le **vieillessement actuel et futur de la population** appelle une prise en charge plus performante en lien avec d'autres filières de soins étant donné l'accroissement du poids des cancers, du diabète, de l'obésité et des comorbidités au sein de cette population.

Le GHT fournit aujourd'hui une **offre de soins diversifiée** qui repose sur des **compétences médicales, paramédicales et médico-sociales** reconnues.

Le **poids du GHT** dans l'offre de soins lui confère la place de 1^{er} offreur de soins sur le territoire, et cela sans négliger les nombreuses **coopérations public-privé** que les 14 établissements du groupement entretiennent. Ces coopérations sont dynamiques et ont permis la mise en place, dans certaines disciplines, d'une véritable offre graduée.

Les patients qui se font hospitaliser dans le GHT reçoivent l'assurance d'un égal **accès aux soins** pour tous (rémunération des praticiens en secteur 1), **à l'innovation** (technique, nouveaux métiers) et **à la recherche**.

Par ailleurs, le GHT maîtrise **l'école des métiers sanitaires** puisque c'est dans les établissements publics que se forme le vivier des jeunes professionnels.

Faiblesses du GHT

Le GHT souffre toutefois d'un fort **manque de visibilité et de lisibilité de l'offre publique**. Ceci ne favorise pas l'adressage des patients vers le GHT par les médecins de ville et entrave plus largement le **maillage ville-hôpital** de l'offre de soins (l'offre publique est peu visible pour les médecins de ville, mais également pour les patients, qui subissent par ailleurs des délais de RDV plus longs dans le public et peuvent ressentir une moindre réactivité du « groupe public »).

Cela pose également la question du **recrutement et de la fidélisation des professionnels de santé** au sein du GHT. En conséquence, les enjeux prévisionnels soulevés par la démographie médicale et paramédicale sont difficiles à saisir, et certaines spécialités souffrent déjà d'une pénurie médicale palpable (anesthésie, pédiatrie, orthogénie...).

Le GHT devra se positionner différemment dans certaines activités (pratiques chirurgicales, cancérologie...) et les filières MCO et SSR (spécialisés) peuvent manquer de fluidité concernant l'articulation entre la prise en charge hospitalière des patients et l'aval du parcours.

D'une part, les **systèmes d'information hospitaliers** peinent à se déployer (PACS, dossier médical, télémédecine, prise de rendez-vous...); d'autre part, les déplacements physiques des patients et des examens biologiques pâtissent d'une géographie complexe sur le territoire, qui rend difficile la maîtrise des **transports** et de l'impact des effets saisonniers.



Opportunités pour le GHT

Le GHT et l'élaboration de son projet médico-soignant partagé incarnent l'opportunité pour les offreurs de soins de **mieux se connaître**, de cartographier l'offre existante et de décrire ensemble des parcours cibles.

La création de l'**Université Côte d'Azur** (dont le CHU de Nice fait partie) enclenchera par ailleurs une dynamique de territoire sur la recherche, l'innovation et la formation.

Dans des domaines spécifiques comme le vieillissement, être un **territoire pilote** pour la politique de santé nationale (§ vieillissement avec 10 ans d'avance) permettrait d'exploiter la volonté des différentes collectivités locales d'être leader pour les autres territoires.

Plus largement, le GHT bénéficiera de la dynamique nationale qui incite à développer les coopérations (création de postes d'assistants partagés, PH multi-sites, développement d'expertise en proximité pour des médecins généralistes...). Trouver des formes d'**association avec le privé** tout en renforçant l'offre et les coopérations publiques permettrait de fournir une offre de soins complète sur le territoire, assurant ainsi le décloisonnement et le partage des compétences.

Le renforcement du **maillage territorial** de l'offre de soins publique serait un levier efficace pour que les **médecins exerçant en ville** et les autres structures de soins adressent les patients au GHT. Dans ce but, renforcer la visibilité du GHT en tant que groupe d'offre de soins publique, par une approche marketing structurant l'offre et s'appuyant sur une **communication adaptée**, semble indispensable. Certains membres de filières ont proposé de **donner un nom au GHT** pour qu'il soit ainsi identifié.

Enfin, une dernière opportunité à saisir est de bien prendre en compte le **plan national de déploiement des MSP** : repenser les liens avec les libéraux, levier de décloisonnement...



Menaces pour le GHT

Au sein du GHT, la question de **l'attractivité** des professionnels se pose face à une offre concurrentielle forte sur le territoire. Cet enjeu est d'autant plus important que le renouvellement générationnel des généralistes et des spécialistes installés sera intense dans les 5 prochaines années (de l'ordre de 20%) : ce renouvellement constitue-t-il une menace ou une opportunité à saisir pour le GHT ?

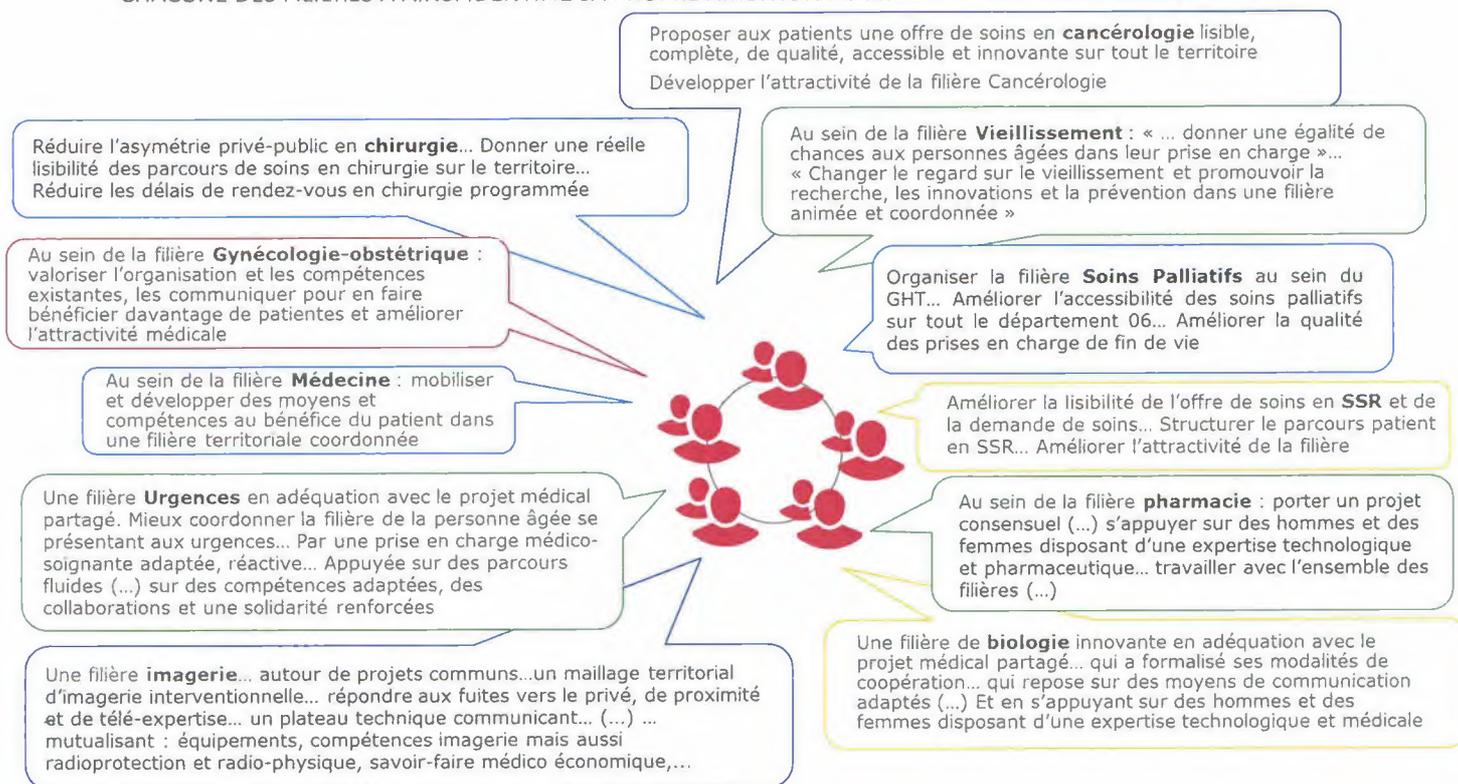
Dans un contexte de contraintes financières importantes et de fortes transformations des modes de prise en charge qui impactent le capacitaire, le GHT doit relever le défi du développement de l'offre publique au regard des contraintes de chaque établissement.

Enfin, la formalisation des coopérations dans le cadre du GHT soulève deux questions principales : celle de la perte de spécialité des établissements d'une part, et celle de la mobilité des professionnels de santé d'autre part.

DES AMBITIONS PARTAGEES

A TRAVERS UN DISPOSITIF METHODOLOGIQUE LAISSANT UNE LARGE PLACE A LA CO-CONSTRUCTION, LES REPRESENTANTS DES EQUIPES MEDICALES, PARAMEDICALES ET MANAGERIALES DES 14 ETABLISSEMENTS MEMBRES DU GHT (# 200 PROFESSIONNELS SE SONT MOBILISES) ONT REFLECHI COLLECTIVEMENT AUX AMBITIONS A INSCRIRE DANS LA STRATEGIE DU GHT.

CHACUNE DES FILIERES A AINSI IDENTIFIE SA PROPRE AMBITION POUR LES PROCHAINES ANNEES.



S'IL RESSORT DES SPECIFICITES PROPRES A CHAQUE FILIERE, LES BENEFICES ATTENDUS APPARAISSENT MULTIPLES ET CONCERNENT AUSSI BIEN LES **PATIENTS** ET LEURS PROCHES QUE LES **PROFESSIONNELS** HOSPITALIERS ET/OU LIBERAUX. LES ACTEURS DE L'OFFRE DE SOINS DANS LES ALPES-MARITIMES POURSUIVENT DES OBJECTIFS TRANSVERSAUX COMMUNS, RAISONNENT EN TERMES DE FILIERES MAIS EGALEMENT DE TRANSVERSALITE ENTRE LES DIFFERENTES FILIERES DANS UN SOUCI DE COORDINATION ET DE FLUIDITE DES PRISES EN CHARGE SUR LE TERRITOIRE.

CE QUI A ETE ENTREPRIS

1 macro diagnostic territorial

10 filières prioritaires
(santé publique, cliniques, médico-techniques)

35
conférences
téléphoniques
avec les pilotes
& les co-pilotes

Une démarche participative :
3 séminaires (25/4, 16/5 et 06/06)
avec respectivement
80, 160 et **70** personnes engagées
(Directeurs, PCME, chef de service, praticiens, cadres, ...)

Pour chaque filière : **1**
SWOT,
1 ambition
1 plan d'actions

1 CR détaillé et validé
pour chaque filière

2 séances de la
commission paramédicale de
territoire projet médical et
paramédical partagé

5. Etat des lieux, ambitions et plan d'actions des 10 filières de soins prioritaires

Filière Cancérologie	Page 38
Filière Vieillessement et personnes fragiles	Page 42
Filière Médecine	Page 48
Filière Chirurgie	Page 55
Filière Gynécologie-obstétrique	Page 61
Filière SSR	Page 66
Filière Soins palliatifs	Page 70
Filière Urgences	Page 78
Filière Biologie médicale	Page 82
Filière Imagerie	Page 87
Filière Pharmacie	Page 91
Note méthodologique sur l'extraction des données	Page 95

Filière Cancérologie

INTRODUCTION

L'offre publique de soins en cancérologie dans les Alpes-Maritimes souffre d'un manque de lisibilité et de visibilité, pour des raisons historiques, d'une offre privée concurrentielle et de relative tension sur la démographie médicale (urologie et gynécologie notamment). C'est pourquoi l'axe prioritaire défini par le Collège médical du GHT est de dresser un **état des lieux de l'activité** sur le territoire.

Au sein du GHT, l'offre en cancérologie est portée par le CHU de Nice, les CH d'Antibes, Cannes et Grasse. L'offre de soins des Alpes-Maritimes est assurée en grande partie par le Centre Antoine Lacassagne (CLCC privé non lucratif) et par les établissements privés, sur qui repose notamment l'activité de radiothérapie, et à l'est par le CH Princesse Grace dont le rayon d'attraction s'étend jusqu'à Menton.

Le territoire du GHT permet de proposer une offre complète pour la filière dont les orientations géographiques pour les thérapeutiques spécifiques sont naturellement structurées sur un axe est-ouest avec Nice pour point pivot.

ÉTAT DE L'EXISTANT



Forces

Le GHT propose une **offre en cancérologie très riche** et assure aux patients une prise en charge de qualité, privilégiant une réponse de **proximité**.

Cette offre repose sur des professionnels de santé dont la **qualité de la formation initiale** est reconnue, et s'appuie sur une implication très forte de la part des **pharmacies**, notamment pour la faisabilité et la rapidité de la mise à disposition des thérapeutiques.

L'ARS, de son côté, a structuré un registre public recensant les essais cliniques en cours permettant de mesurer le dynamisme du territoire en la matière. Ce registre peut également avoir pour vocation de promouvoir l'implication des équipes dans le développement de la mise à disposition des thérapeutiques innovantes et ciblées auprès des patients et ainsi contribuer à la réduction des fuites.



Faiblesses

La géographie de la région rend difficile les **déplacements** des patients, particulièrement avec l'effet de saisonnalité. La concentration de certaines activités de recours (biologie moléculaire) engendrent par ailleurs des **délais** variables et parfois accrus.

Etablissement par établissement, l'offre **manque d'uniformité**, les collaborations sont hétérogènes et localement pilotées, et le **turnover des personnels** est important.

Le manque de lisibilité de l'offre entre offreurs publics et la concurrence publique-privée compliquent la **communication avec la ville** et l'**adressage** à l'hôpital par les médecins de ville, notamment via les médecins traitants, radiologues ou LABM.

Au sein des établissements, les **systèmes d'information** ne sont pas interopérables, les contenus sont peu orientés patient et certains sont obsolètes.

En ce qui concerne les **essais cliniques**, la masse critique est parfois insuffisante.

Enfin, le lien avec les professionnels de ville (médecins traitants, IDE, réseaux, HAD et autres formes d'assistance à domicile) ne facilite pas la « surveillance en externe ».



Opportunités

Définir la graduation des parcours, promouvoir et communiquer au nom du GHT est une véritable opportunité pour la filière cancérologie. Un GHT unique permet de définir et structurer le recours (notamment pour les cas complexes) et de développer la lisibilité de l'offre pour limiter les taux de fuite des patients, particulièrement vers Monaco.

Les hôpitaux généraux peuvent également s'impliquer davantage dans la recherche clinique, éventuellement en tant que co-investigateurs.

Promouvoir les innovations, notamment cliniques et organisationnelles, fait également partie des opportunités à saisir. Le virage ambulatoire, notamment en chirurgie, et la mise à disposition des thérapies orales sont les sujets dont le GHT doit s'emparer pour le

développement des **activités ambulatoires**. Le développement d'un système d'information transversal (pour uniformiser le territoire et renforcer la prise en charge) et partagé viendra faciliter la mise en œuvre de la filière, et doit être remonté en tant qu'axe supra-filières. Enfin, la question des RH associées, le développement d'un socle commun de formations et l'évaluation de la démographie pour les ressources rares sont également au programme de travail.

ⓘ **Menaces**

Compte tenu de l'histoire du territoire, les membres du GHT ont préféré aborder en première intention des sujets consensuels avant d'ambitionner, dans une étape suivante, le traitement des thématiques encore plus

porteuses (localisation urologique et sénologique, radiothérapie, Monaco).

Les établissements publics appréhendent par ailleurs les menaces suivantes : **défait de valorisation de certaines activités** (thérapies orales, consultations de suivi itératives) ; **difficulté à attirer les ressources humaines** et à renforcer l'attractivité voire la fidélisation des professionnels de santé.

Enfin, d'un point de vue épidémiologique, la **chronicisation de la cancérologie** mènera à des patients de plus en plus dépendants et accroîtra notamment la demande de soins de support, qu'il faut donc anticiper et structurer, quitte à imaginer des outils de suivi connectés.

CHIFFRES CLES DE LA FILIERE CANCEROLOGIE

Généralités sur la filière cancérologie

	GHT	Privé
Séjours en HC	12 800	6396
Séjours ambulatoires	4 366	6251
Séances	18 173	94 365
<u>Mode de prise en charge</u>		
Séances de chimiothérapie	12 558	26 954
Séances de radiothérapie	0	67 344
Séjours de chirurgie	3 965	5 029
Séjours de soins palliatifs	1 159	576
Séjours de sévérité 3 ou 4 (chirurgie, chimiothérapie HC et radiothérapie HC)	21,6%	12,1%

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES POUR DEVELOPPER LA FILIERE CANCEROLOGIE AU SEIN DU GHT

Proposer aux patients une **offre de soins** en cancérologie lisible, complète, de qualité, accessible et innovante sur tout le territoire.

Développer l'attractivité de la filière pour les **professionnels de santé** au travers de formations continues diversifiées, de plateaux techniques innovants et de collaborations interprofessionnelles.

LES ACTIONS CONCRETES : FILIERE CANCEROLOGIE

Thématique	Description de l'action	Calendrier	Responsable
Améliorer la visibilité et la lisibilité de l'offre de soins	1A. Créer un guichet d'entrée unique : identification de la filière et augmentation de la lisibilité	Prioritaire	
	1B. S'impliquer dans les politiques de prévention		
	1C. Augmenter le maillage avec la ville (ex : Organisation de FMC auprès des médecins de ville)		
Améliorer la coordination	2A. Généraliser les cellules de coordination local	Prioritaire	
	2B. Créer une plateforme de prise de Rendez-vous		
Développer l'innovation Harmoniser et développer les compétences	2C. Élaborer des systèmes d'information partagés (dossier patient, extractions, systèmes d'échanges hôpital / ville ou inter-hôpitaux)		
	3. Développer l'innovation (dont essais cliniques, innovation technique etc.)	Prioritaire	
	4A. Améliorer l'Annonce		
	4B. Mutualiser les compétences « rares »		
	4C. Déléguer les tâches de suivi		

Filière Vieillesse et personnes fragiles

INTRODUCTION

Alors que le vieillissement de la population est un fait sur l'ensemble de la France et que la part des personnes de plus de 60 ans a augmenté de façon régulière depuis les années 1960 pour concerner en prévision 1 Français sur 3 en 2050, le département des Alpes-Maritimes se démarque particulièrement : il est ainsi le plus âgé au niveau national et en région PACA puisque les 60 ans et plus représentent 28% de la population, soient 296 000 personnes, alors que la moyenne régionale se situe à 24%. En particulier, le taux de personnes de plus de 75 ans est non seulement supérieur au taux national mais aussi au taux régional (9,1% pour la France, 10,6% pour PACA et 12,1% pour les Alpes-Maritimes). En 2020, la part des 75 ans et plus resterait la plus élevée : 12,8% contre 11,3% dans la région³⁹.

La croissance de cette population – même si elle va tendre à être plus conforme aux évolutions nationales d'après les projections réalisées par l'INSEE et utilisées par le schéma gérontologique du département – place le territoire du GHT dans une situation particulière qui préfigure celle de la plupart des territoires français. En cela, le territoire du GHT est exemplaire et peut servir de terrain favorable à des initiatives intéressantes pour beaucoup de territoires français.

Ces chiffres et réflexions soulignent l'importance de la filière dans le projet médical et soignant partagé.

Les acteurs qui prennent en charge les personnes âgées et fragiles sont divers et de nombreux dispositifs se sont mis en place, portés aussi bien par le Conseil Départemental⁴⁰ que par les établissements de santé sans qu'une cohérence d'ensemble n'ait été réalisée. Ainsi cohabitent des dispositifs aussi foisonnants que les MAIA, CLIC et réseaux de soins pour personnes âgées,

plateformes de coordination, etc. Pour rendre plus lisible l'offre de services, le Département a créé un dispositif visant à proposer un guichet unique, la Maison Départementale des Seniors.

En ce qui concerne le champ sanitaire, chaque établissement a établi son réseau de coopérations et ses modalités d'action en fonction de ses ressources et des relations entre acteurs. Il semble désormais urgent de structurer les coopérations afin d'offrir une meilleure prise en charge de la population et une meilleure articulation des interventions des professionnels de santé entre eux, mais aussi entre ces professionnels de santé et les dispositifs d'hébergement et sociaux gérés par le Département ou les communes (les CCAS notamment). Dans cette optique, il s'agit aujourd'hui de faire un état des lieux sur l'existant, de mettre en commun les initiatives qui existent sur le territoire, et de proposer des actions qui donneront davantage d'efficacité à l'ensemble.

³⁹ Cf. le Schéma gérontologique départemental 2012-2016 pages 49 et suivantes.

⁴⁰ Cf. Le schéma gérontologique départemental 2012-2016 pages 15 et 16

ÉTAT DE L'EXISTANT



Forces

Le GHT possède une grande **expertise gériatologique** et une excellente **culture gériatrique**, de par la démographie vieillissante du territoire mais aussi grâce au **DESC gériatrie existant depuis 2005**.

Il y a un très grand dynamisme dans le territoire et une richesse de dispositifs pour pouvoir prendre en charge correctement toute personne âgée : **des réseaux et dispositifs multiples et des équipes mobiles de gériatrie sur l'ensemble du territoire** malgré la fragilité en ressources humaines.

De plus, c'est une **filière très opérationnelle localement** avec des établissements qui réussissent à développer leur activité dans leur environnement proche et créent leurs propres coopérations. La filière possède des **méthodes d'identification de parcours patients par établissement**, ce qui permet de diagnostiquer et diriger le patient de façon optimale.

Il est notable que la filière bénéficie du dynamisme et de la reconnaissance du **CHU qui a un effet moteur positif**, contribuant à la formation des ressources des établissements du GHT, et à l'appui des professionnels des autres établissements.



Faiblesses

Compétences

Si l'expertise générale gériatologique et gériatrique existe sur le territoire, tous les acteurs soulignent que **l'offre de soins en géronto-psychiatrie est insuffisante**. D'une part, il n'y a **pas assez de médecins** pour couvrir le territoire efficacement et d'autre part, **les médecins existants manquent d'expertise** dans le domaine de la géronto-psychiatrie pour la prise en charge correcte de certains cas complexes et pour venir appuyer les structures d'hébergement qui le réclament.

Technologies numériques

L'usage des technologies pour la santé reste insuffisant du fait d'un problème de formation des professionnels de santé mais aussi en raison du manque d'interopérabilité des solutions existantes. Le paysage en ce

domaine est donc assez riche de solutions mais elles sont dispersées faute de cohérence fonctionnelle et technologique. Ainsi, d'un côté la **télé médecine n'arrive pas à se développer par manque de formation des professionnels** et d'un autre côté **les systèmes d'information ne sont pas standardisés**, ce qui rend très difficile le partage d'information entre établissements d'une part, et entre établissements et les différentes structures de prise en charge du soin.

La fluidité du parcours est ainsi un problème dans le territoire : les **difficultés à intégrer les dispositifs de ville de prise en charge sociale** pour favoriser la fluidité du parcours et la sortie des patients après la phase de prise en charge médicale voire même afin d'éviter l'hospitalisation « sociale » et **le manque de lits « d'aval »** (SSR USLD, UHR, URCC) engorgent les établissements des hôpitaux. Les **coopérations à l'échelle infra GHT sont peu structurées et perdent ainsi en efficacité**. Par exemple, l'appui du CHU pourtant très appréciée se heurte souvent à des difficultés faute d'avoir pu contacter le spécialiste nécessaire rapidement.

Gestion des ressources humaines

Les membres de la filière soulignent le problème d'attractivité et de fidélisation des professionnels, surtout en ce qui concerne les paramédicaux qui voient l'affectation à cette filière comme une « punition », un faux pas ou même un échec dans leur parcours.

Par ailleurs, les ratios appliqués pour la dépendance, ne prennent pas en compte sa complexité et limitent ainsi la ressource en « aide soignante » puisque les ratios sont les mêmes qu'en MCO.



Opportunités

Le vieillissement est une opportunité à saisir pour de nouvelles pratiques de prise en charge :

Dans un territoire où la population est vieillissante et où la proportion de population âgée est très élevée, la **filière prend tout son sens, son intérêt et son importance dans le territoire.**

Elle peut être aussi exemplaire en termes de prise en charge puisqu'elle appelle à **décloisonner les champs du sanitaire, du médico-social et du social.** Mais aussi à instaurer une **politique de prévention au niveau national, régional, et voulue par tous les professionnels.**

De plus, c'est aussi une bonne opportunité pour **partager et mettre en commun l'expertise existante** ainsi que les compétences qui sont aujourd'hui très localisées à travers une **cartographie des compétences.** Celle-ci faciliterait les collaborations ainsi que **les visions globale et stratégique** du territoire.

Les caractéristiques du territoire font que le **GHT** pourrait se positionner comme **réfèrent national voire européen en termes de recherche et prise en charge de la personne âgée** : le maillage du territoire et l'atteinte d'une **masse critique** pour la recherche ainsi que la création de **l'Université Côte d'Azur** sont des **éléments catalyseurs** dans ce domaine.

Enfin, l'élaboration d'une **politique commune de recrutement et de formation** pour le personnel sanitaire permettrait **d'affirmer la cohérence de la filière.**



Menaces

Déficit d'attractivité de la filière vis-à-vis des patients : les patients refusent d'être vus comme fragiles, et vivent cette catégorisation comme une stigmatisation, et une approche vexatoire des professionnels de santé et des médecins de ville.

Difficulté à trouver un modèle économique satisfaisant dans la mesure où c'est le nombre de lits, sans prise en compte d'autres facteurs générant de la complexité et entraînant des coûts, qui prévaut pour le financement des établissements.

Effets potentiellement négatifs de la coopération

Lors de la mise en place d'une collaboration, des difficultés interpersonnelles sont toujours possibles.

Un GHT trop pyramidal serait une menace pour l'activité des hôpitaux généraux

Perte d'identité des établissements de petite taille

Difficulté de maintenir la proximité entre les membres avec un GHT à 14 établissements

Minimisation de l'enjeu de la fluidification du parcours patient au profit de la mise en avant des compétences individuelles

Empilement et manque de lisibilité des dispositifs mis en place : les dispositifs s'enchaînent trop rapidement et s'accumulent sans que les intéressés - personnes âgées, familles et professionnels- ne les comprennent ou ne les maîtrisent.

CHIFFRES CLES DE LA FILIERE VIEILLISSEMENT ET PERSONNES FRAGILES⁴¹

Généralités sur la filière vieillissement et personnes fragiles⁴²

	<i>France</i>	<i>PACA</i>	<i>Alpes-Maritimes</i>
Population de plus de 60 ans	24%	24%	28%
Part des personnes de plus de 75 ans en 2020	9,3%	11,3%	12,8%

	<i>GHT</i>	<i>Privé</i>
Séjours	55 582	35 653
Moyenne d'âge des patients	83,3 ans.	82 ans.
DMS	4,9 jours.	2,4 jours.
<u>Transferts</u>		
Vers HAD	3,4%	Pas renseigné dans PMSI 2015 pour ces établissements
Vers SSR	5,7%	7%
Vers une unité de soins de courte durée	5,5%	1,9%
Vers le domicile	74,3%	89,1%
Pourcentage de séjours de sévérité 3 ou 4	19,6%	8,6%
<u>GHM les plus représentés (en ordre décroissant)</u>		
1 ^{er}	Hémodialyse, en séances	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire
2 ^{ème}	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	Chimiothérapie pour tumeur, en séances
3 ^{ème}	Oxygénothérapie hyperbare, en séances	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire
4 ^{ème}	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours
5 ^{ème}	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	Greffes de peau et/ou parages de plaie à l'exception des ulcères cutanés et cellulites, en ambulatoire

⁴¹ Les établissements concernés sont : l'ensemble du GHT et clinique Plein Ciel, clinique Sainte Brigitte, Clinique Les Cadrans Solaires, Clinique du Parc Impérial, Hôpital privé de Cannes Oxford, clinique du Palais, clinique Saint George, clinique Saint Antoine, clinique Saint François, clinique Mozart, centre Montsinery, centre Saint Dominique, clinique La Grangea, clinique Val d'Estreilles, clinique Santa Maria et polyclinique Saint-Jean pour le privé.

⁴² Sources : INSEE 2013, Schéma gérontologique départemental 2012-2016, PMSI 2015, DREES.

Urgences

<i>France</i>	<i>Alpes-Maritimes</i>
12% des patients ayant recours aux urgences ont 75 ans et plus	17,4% ⁴³ des patients ayant recours aux urgences ont 75 ans et plus

Oncogériatrie

<i>France</i>	<i>Alpes-Maritimes</i>
24,7% des séjours et séances sont pour des patients de plus de 75 ans	26% des séjours et séances sont pour des patients de plus de 75 ans
<i>GHT</i>	<i>Privé</i>
31,2% des séjours et séances sont pour des patients de > 75 ans	29,6% des séjours et séances sont pour des patients de > 75 ans

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES POUR DEVELOPPER LA FILIERE VIEILLISSEMENT ET PERSONNES FRAGILES AU SEIN DU GHT

Une filière de vieillissement et personnes fragiles dynamique en adéquation avec le projet médical et soignant partagé

- « Organiser les interactions territoriales afin de donner une égalité de chances aux personnes âgées dans leur prise en charge »
- « Changer le regard sur le vieillissement et promouvoir la recherche, les innovations et la prévention dans une filière animée et coordonnée ».

⁴³ Calcul effectué pour 11 établissements du département dont des établissements privés : polyclinique Saint-Jean, clinique Saint George, clinique du Parc Impérial et l'Institut Arnault Tzanck. Le pourcentage calculé est une moyenne pondérée.

LES ACTIONS CONCRETES : FILIERE VIEILLISSEMENT ET PERSONNES FRAGILES

Thématique	Description de l'action	Calendrier	Responsable
Communication	1.A. Améliorer les transmissions d'information entre EHPAD et ES en : - Surveillant la présence de fiches de liaison remplies - Créant un outil informatique permettant de disposer d'un dossier patient permettant de partager les informations médicales et sociales	Démarrer au plus tôt	A déterminer au sein du GHT
	1.B. Une PTA à l'échelle du GHT avec un numéro unique pour le GHT (un dossier déjà déposé à l'ARS par le CHU mais sans suite actuellement) qui « dispatcherait » sur des équipes au sein du GHT	Idem	Idem
	1.C. Améliorer la lisibilité / visibilité des dispositifs de prise en charge	Idem	Idem
Médico-soignant	2.A. Création d'un algorithme/arbre décisionnel facilitant la réflexion des équipes en s'appuyant sur l'analyse des ressources de l'EHPAD et du bilan du patient, permettant de définir le type de prise en charge nécessaire pour chaque patient	Idem	Idem
	2.B. Développement d'outils de prévention de la dépendance iatrogène, sur le modèle du CHU de Toulouse, avec plan de soins personnalisé pour éviter les décompensations des fragilités	Idem	Idem
	2.C. Développer entre établissements les actions d'information et de formation pour harmoniser les pratiques et partager les bonnes pratiques	Idem	Idem
Médical	3.A. Mobilité du chirurgien : utiliser des consultations avancées pour préparer le patient à sa chirurgie ou en se déplaçant dans l'EHPAD, par exemple en regroupant les patients concernés et mettant en place une journée de consultation si l'EHPAD est éloigné	Idem	Idem
	3.B. Renforcer l'appui des établissements de santé en matière de gériatrie : appui d'expertise et formation, notamment à travers des équipes mobiles intra et extrahospitalières	Idem	Idem
Médico-social	4. Disposer d'une permanence d'un mandataire spécial pour traiter d'un point de vue juridique la prise en charge du patient : problème de curatelle, de placement, etc. car certaines hospitalisations sont prolongées faute de solution juridique	Idem	Idem
Ressources Humaines	5. Renforcer les équipes mobiles de gériatrie pour qu'elles puissent agir à l'extérieur des établissements de santé	Idem	Idem
Recherche	6. Profiter de la dynamique lancée et organiser un séminaire du type de celui qui a lieu pour faire remonter les thématiques importantes pour chaque établissement.	Idem	Idem

Filière Médecine

INTRODUCTION

Le GHT a été réfléchi comme une stratégie collective médico-soignante. L'enjeu est de collaborer afin d'améliorer le service rendu au patient sur l'ensemble du territoire.

Concernant la filière médecine, la coopération entre les acteurs était déjà initiée pour certains types de pathologie et de prise en charge. Cependant, les échanges établis entre les établissements de santé n'ont pas toujours fait l'objet d'une formalisation.

ÉTAT DE L'EXISTANT



Forces

La filière médecine bénéficie de **réseaux d'amont bien organisés** pour les cas aigus d'AVC et d'infarctus. Il existe en effet une bonne organisation entre les acteurs, et la coordination est développée pour la prise en charge de ces pathologies. Le **maillage étroit** sur le territoire du GHT favorise **l'existence et l'organisation des sous-filières**. C'est notamment le cas pour la sous-filière hépato-gastroentérologie qui fonctionne en collaboration avec le CHU. Grâce à cette structuration, les **délais de prise en charge sont rapides** au sein de la filière y compris dans l'arrière-pays.

La qualité d'organisation des filières existantes s'explique par la présence d'un réseau de professionnels constitué autour de chaque spécialité. Cette **collaboration inter-établissements est efficace** et les **équipes mobilisées sont dotées des compétences requises** pour répondre aux besoins de la population.

La présence d'une UNV constitue une autre force de la filière. Cette unité est capable **d'accueillir et de prendre en charge** les patients en **phase aiguë d'AVC**, sa réponse est rapide et efficace. Cette UNV bénéficie d'une **absence de concurrence sur le territoire** au même titre que la sous-filière neuro-vasculaire. Sa capacité d'adaptation face aux évolutions technologiques est à relever puisque la **télé médecine est développée** sur le territoire du GHT.

La sous-filière infarctus du GHT bénéficie quant à elle d'une part de marché élevée permettant de souligner l'attractivité de l'offre de soins des établissements publics.

Enfin, les médecins de ville du territoire exercent en grande partie en **secteur 2**, ce qui incite les patients à s'orienter vers une prise en charge moins coûteuse à l'hôpital.

Faiblesses

Le **contexte géographique** de ce territoire est déjà en soi une faiblesse importante qui impacte l'organisation des activités de soins.

A cela, s'ajoute des difficultés relatives à la démographie et à la fidélisation des ressources humaines. C'est notamment le cas pour la gastro-entérologie puisque 50% des praticiens du territoire doivent partir à la retraite dans les dix prochaines années. L'attractivité demeure une question de fond sur un secteur qui connaît une concurrence forte. Le **recrutement médical et paramédical ainsi que sa fidélisation** constituent un véritable enjeu pour le territoire.

Une autre problématique relevée repose sur la fragilité de la **permanence et de la continuité des soins**, par exemple pour la sous-filière infarctus. Cette faiblesse s'étend à **l'ensemble de la filière médecine** lorsqu'il s'agit du nombre de places disponibles en SSR, la prise en charge des patients en aval de l'hospitalisation de court séjour étant source de tensions. Les **structures SSR du territoire sont essentiellement privées** et l'offre sélective demeure un problème.

La **lourdeur de certaines structures** dans lesquelles les circuits patients intra-établissement manquent parfois de fluidité est une faiblesse qui pourrait s'accroître si les organisations hospitalières étaient insuffisamment réactives. Les **circuits courts ne sont, à titre d'exemple, pas toujours bien organisés**. A cela s'ajoute des difficultés d'**orientation** des patients, notamment dans le cadre de la prise en charge post-urgence, hors spécialités. La **fluidité du parcours patient** est donc à retravailler, tant dans la pertinence de la gestion des lits que dans la maîtrise des durées de séjours, en suivant le principe « du bon patient dans le bon lit ». Enfin la prise en charge du **patient poly-pathologique âgé** demeure une difficulté importante pour les soignants : il nécessite la programmation d'une prise en charge pluridisciplinaire où la collaboration et la coordination entre les professionnels de santé est nécessaire et doit être cohérente, pertinente et efficace.

Enfin, la filière de médecine doit faire face à la question de la juste allocation de lits pour la prise en charge des patients dans le secteur de neurologie, hors UNV et AVC, ce qui viendrait affecter l'organisation de la filière.



Opportunités

Le GHT apparaît comme une opportunité pour la mise en place de **postes d'assistants partagés** afin de soutenir la démographie médicale. Ces postes permettront d'assurer une offre de soins sur tout le territoire.

La mise en œuvre de **consultations avancées** viendrait aussi favoriser l'accès aux soins des patients par le biais de coopérations ville/hôpital et **renforcer les liens avec la médecine de ville** pour développer l'attractivité et réduire la concurrence du privé. Dans ce contexte, le recours aux maisons médicales apparaît comme une opportunité à saisir.

Le développement des **liens avec le SSR** en collaborant avec les structures d'aval devient une priorité pour la filière.

Mais la collaboration doit aussi s'étendre aux hôpitaux locaux, notamment concernant la gestion et la coordination des lits. Le GHT serait alors l'occasion de mettre en place une plateforme territoriale de coordination des lits. Par ailleurs, développer l'éducation thérapeutique des patients, ainsi que l'aide aux aidants pourraient être une nouvelle opportunité pour consolider les parcours de soins grâce à la collaboration entre les professionnels de santé du territoire.

Une autre opportunité réside dans la possibilité de **regrouper la permanence des soins pour la cardiologie et l'angioplastie à l'ouest du département** en développant un système de « grande garde ». Il s'agirait ainsi d'organiser une garde en cardiologie sur place et une astreinte en angioplastie. Ainsi, renforcer les organisations par sous-filières pour améliorer la collaboration entre acteurs apparaît comme étant un levier à exploiter. La création d'une UNV à Cannes est en cours de constitution et offrirait la possibilité d'améliorer la qualité de réponse aux besoins des patients. De même, une réflexion est en cours, portée par le CH d'Antibes auprès de l'ARS afin de compléter ce dispositif, ce qui n'est pas sans poser la question de la ressource médicale. Pour faire face au besoin de prise en charge de la population, le groupe a souligné la nécessité de s'organiser pour identifier des lits de neurologie dans chaque établissement (hors détenteur d'une UNV) pour les AVC non pris par les UNV et d'avoir au moins un neurologue pour les pathologies neurologiques et vasculaires cérébrales, et de disposer de lits de SSR spécialisés en aval.

Les évolutions à venir auprès des acteurs du privé, notamment le **départ à la retraite de gastro-entérologues privés**, non remplacés, pourrait permettre aux spécialistes du public d'accroître leur patientèle et donc leur activité.

Enfin, le **développement de la télémédecine, du PAC radio, et du dossier patient partagé uniformisé** doit faciliter la coordination des soins inter-établissements à l'échelle du GHT.

① **Menaces**

Les menaces qui pèsent sur la Filière médecine tiennent notamment à la concurrence du secteur privé sur le territoire. L'offre monégasque, tout comme les cliniques privées du territoire attirent aussi bien les patients que les professionnels. Cette situation est similaire sur tout le territoire et pour toutes les spécialités médicales. La **forte concurrence du privé** est donc à prendre en considération. Si les partenariats déjà mis en place avec les établissements privés ne doivent pas cesser, il faut néanmoins renforcer

la collaboration entre les différents établissements publics.

De plus, la **démographie médicale** va connaître une évolution à la baisse dans les années à venir. Dans ce contexte, il est indispensable de pouvoir recruter et fidéliser les professionnels de santé.

Enfin, l'évolution du nombre de lits d'aval spécialisés amplifie l'embolisation des services de court séjour. A cela s'ajoute l'évolution des lits spécialisés en SSR vers des lits polyvalents impactant la qualité de la prise en charge.

CHIFFRES CLES DE LA FILIERE MEDECINE⁴⁴

Généralités sur la filière médecine en 2015⁴⁵

	GHT	Privé
Séjours	152 652	79 901
Moyenne d'âge des patients	61,3 ans	62,8 ans
DMS	3 jours	2 jours
<u>Transferts</u>		
Vers SSR	1,7%	1,5%
Vers une unité de psychiatrie	1,6%	0,01%
Vers une unité de courte durée	3%	0,05%
Vers le domicile	92%	96%
Pourcentage de séjours de sévérité 3 ou 4	8,75%	3,7%
<u>GHM les plus représentés</u>		
1 ^{er}	Hémodialyse, en séances	Chimiothérapie pour tumeur, en séances
2 ^{ème}	Chimiothérapie pour tumeur, en séances	Endoscopie digestive diagnostique et anesthésie, en ambulatoire
3 ^{ème}	Chimiothérapie pour affection non tumorale, en séances	Endoscopies digestives thérapeutiques et anesthésie : séjours de moins de 2 jours
4 ^{ème}	Oxygénothérapie hyperbare, en séances	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif
5 ^{ème}	Nouveau-nés de 3300g et âge gestationnel de 40 SA et assimilés (groupe nouveau-nés 1), sans problème significatif	Actes diagnostiques par voie vasculaire, niveau 1

⁴⁴ Les établissements concernés sont : l'ensemble du GHT et clinique Plein Ciel, clinique Sainte Brigitte, Clinique Les Cadrans Solaires, Clinique du Parc Impérial, Hôpital privé de Cannes Oxford, clinique du Palais, clinique Saint George, clinique Saint Antoine, clinique Saint François, clinique Mozart, centre Montsinery, centre Saint Dominique, clinique La Grangea, clinique Val d'Estreilles, clinique Santa Maria et polyclinique Saint-Jean pour le privé.

⁴⁵ Source : PMSI 2015

Infarctus aigu du myocarde en 2015

	GHT	Privé
Séjours	343	51
Moyenne d'âge des patients	72,4 ans	74,1 ans
DMS	6,4 jours	5,1 jours

AVC en 2015

	GHT	Privé
Séjours	2787	381
Moyenne d'âge des patients	74,3 ans	77,6 ans
DMS	7,5 jours	6,6 jours

Hépto-Gastro-Entérologie en 2015

	GHT	Privé
Séjours	10 710	4 875
Moyenne d'âge des patients	58,6 ans	66,3 ans
DMS	4,7 jours	3,6 jours

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES POUR DEVELOPPER LA FILIERE MEDECINE AU SEIN DU GHT

Mobiliser et développer des moyens et des compétences au bénéfice du patient dans une filière territoriale coordonnée

Mobiliser et développer des moyens humains et matériels via le GHT

Mobiliser et développer les compétences médicales et paramédicales dans l'ensemble des services

Formaliser les modalités de coopération entre établissements (activités de routine et d'urgences, activités de recours)

LES ACTIONS CONCRETES : FILIERE MEDECINE

Thématique	Description de l'action	Calendrier	Responsable
Mettre en place des partenariats	1A. Elaborer un état des lieux des professionnels soignants et des plateaux techniques sur le territoire 1B. Améliorer l'accès aux ressources de référence (spécialistes et plateaux techniques)	Prioritaire	
Filière AVC	2A. Dédier des lits SSR à l'AVC afin de fluidifier les parcours de l'UNV vers le SSR 2B. Créer des postes d'assistants partagés : soutien à la démographie médicale, ces postes permettront d'assurer une offre de soins sur tout le territoire 3A. Améliorer la gestion des lits dans les services d'hépatogastro-entérologie pour éviter une embolisation des services 3B. Développer la collaboration entre experts en rendant plus accessible le corps médical du CHU aux correspondants extérieurs	Prioritaire	
Filière Gastro-entérologie	4A. Formaliser la prise en charge des urgences via la systématisation d'un appel et du fax de l'ECG au médecin traitant ou au centre référent 4B. Renforcer la prise en charge post infarctus via le développement de centres de réadaptation ambulatoires sur le territoire, en s'inspirant de ce qui existe à Nice		
Filière Infarctus			

Filière Chirurgie

INTRODUCTION

La filière chirurgie concerne plus spécifiquement 5 établissements sur les 14 membres du GHT. Il s'agit du CHU de Nice, du CH de Grasse, du CH d'Antibes, du CH de Cannes et du CH de Menton.

Les motivations à travailler plus collectivement sur la chirurgie publique peuvent se résumer ainsi :

- Valoriser l'offre publique en formalisant les coopérations qui existent déjà entre les équipes des établissements du GHT ;
- Développer le recrutement des patients chirurgicaux au sein des établissements publics ;
- Travailler à plusieurs équipes au développement de l'innovation sous toutes ses formes : pratique organisationnelle (anesthésie et chirurgie ambulatoire, programme de la Récupération rapide après chirurgie dite RRAC), qualité de l'information patient (avec le recours aux nouvelles techniques de l'information), accès aux nouvelles techniques opératoires dont la robotique

La filière s'appuie déjà sur une gradation reconnue dans certaines activités de recours (transplantation, neurochirurgie, traumatologie lourde) et de nouveau développement (en urologie, en ORL) jugées bénéfiques pour les patients (accès à l'offre en proximité) et aux devenir des pratiques chirurgicales au sein des établissements membres du GHT.

A cela, il convient de rappeler les actions de coopération suivantes :

- En Ophtalmologie avec la mise en place de consultations et d'interventions réalisées par un praticien du CH de Cannes sur le CH de Grasse
- En Neurochirurgie grâce à la transmission des images depuis les urgences du CH de Menton et de Grasse pour avis sur la prise en charge des patients.
- En Chirurgie digestive avec un parcours identifié entre les CH d'Antibes, de Menton et le CHU sur les prises en charge plus lourdes et/ou relevant du plateau technique du CHU de Nice
- En Chirurgie vasculaire avec l'appui d'opérateurs du CHU de Nice au CH d'Antibes pour des consultations et la réalisation d'actes sur site.

De façon plus récente, et sous l'impulsion de l'ARS, se met en place une équipe territoriale

d'urologues organisée par le CHU de Nice, et intervenant sur les CH de Cannes, Grasse, Antibes et Menton.

Les premiers bénéficiaires ont été soulignés par les professionnels : standardisation des pratiques, réalisation et participation aux RCP communes hebdomadaires (CHU de Nice et CH de Grasse pour la réalisation, CH de Cannes et CH de Menton pour la participation), mise en place d'un numéro dédié pour l'orientation des patients (CHU de Nice, CH de Grasse, CH d'Antibes), proposition d'un maillage gradué des activités en ambulatoire (notamment sur le site du CH de Grasse) et en conventionnelle entre les sites, organisation d'une PDES entre les sites des CH de Grasse et d'Antibes, intégration au sein des équipes d'internes de spécialité en lien avec le CHU.

De même, la coopération des équipes ORL a permis de colliger et de rendre lisible une offre de soins s'appuyant sur une vision stratégique et un projet médical partagés, décliné par filières spécialisées : otologie, laryngologie et chirurgie cervico-faciale, rhinologie, cancérologie, urgence et Chirurgie maxillo-faciale, ORL pédiatrique. La coopération dans le parcours ORL ne se limite pas aux seuls établissements publics. Le Centre Antoine Lacassagne et le Centre Hospitalier Universitaire de Nice ont unis leurs compétences dans l'Institut Universitaire de la Face et du Cou (IUFC).

Ce GCS constitue un pôle de référence hospitalo-universitaire en matière de Soins, Enseignement, Recherche et Santé Publique.



Institut Universitaire
de la Face et du Cou

ÉTAT DE L'EXISTANT



Forces

La filière de chirurgie publique s'appuie sur des valeurs partagées du service public (présence H24 et 365 jours/an, y compris quand d'autres centres privés et/ou transfrontaliers réduisent leurs activités) et propose un accès tarifaire pour tous (toutes catégories sociales).

L'offre de chirurgie publique a une couverture territoriale étendue notamment via l'implantation géographique des services d'urgences.

Des pratiques de coopérations en place en chirurgie entre les CH et le CHU de Nice (§ supra), avec les établissements privés du territoire permettent de construire un maillage cohérent de l'offre (peu de fuites), avec une gradation reconnue dans certaines missions de recours (greffe, neurochirurgie, traumatologie lourde).

La montée en charge de nouveaux dispositifs de coopération en urologie (en déploiement depuis plusieurs mois) et en ORL (gradation effective des pratiques entre les sites,) donne satisfaction aux patients et aux professionnels engagés, et une évaluation du dispositif est prévue.

La diffusion des nouvelles pratiques (chirurgie mini-invasive par exemple) entre les membres du GHT facilite le virage ambulatoire.

Le GHT joue un rôle majeur dans la formation des futurs chirurgiens (notamment le CHU) et donne l'accès à l'innovation (robotique et laser), à la recherche clinique (partage de protocoles, augmentation des inclusions dans les cohortes, partages d'ARC).



Faiblesses

Le territoire des Alpes Maritimes est marqué par un déséquilibre significatif entre offre privée et offre publique notamment dans certaines disciplines (ex : l'urologie), par l'attractivité des établissements privés frontaliers de la Principauté de Monaco et des disciplines chirurgicales non présentes dans le case mix public (cardiovasculaire, chirurgie de l'enfant), notamment.

Les établissements du GHT sont également confrontés à une démographie médicale et paramédicale en difficulté dans certaines disciplines (anesthésie, chirurgie, kinésithérapie, IBODE). Par ailleurs, l'absence de visibilité prévisionnelle des départs en retraite par discipline dans les 5 prochaines années constitue une fragilité supplémentaire.

Les délais de prise en charge dans certaines disciplines chirurgicales sont jugés trop longs. La question de la réactivité des établissements publics du GHT sur la prise de rdv (accès au secrétariat, identification des opérateurs par domaines d'activités...) est donc soulevée. Avec la montée en charge de la coopération territoriale, l'organisation des transferts des cas complexes entre les CH et le CHU (accès aux numéros de téléphone, pénurie d'ambulances disponibles, etc.) est un challenge pour les équipes du GHT.



Opportunités

Le GHT est un levier pour de nouvelles coopérations : après l'urologie et l'ORL, et en capitalisant sur les acquis, la prochaine étape pourrait être la mise en place d'une équipe territoriale en chirurgie vasculaire.

De plus, la taille et l'implantation du GHT est un atout pour augmenter le recrutement des patients chirurgicaux.

L'attribution de nouveaux postes d'assistants spécialistes de territoire (par des budgets ARS, tendance nationale) constitue une opportunité de libérer du temps de séniors pour développer l'expertise en proximité.

Le décret pour la prise en charge des patients transfrontaliers est attendu (règles de remboursement).

La démarche projet médical partagé induit de nouvelles opportunités :

- Clarifier l'offre de soins dans le GHT : qui fait quoi ? quelle gradation des soins (ce qui doit rester dans les sites, ce qui peut être territorialisé) ? Des parcours de soins de qualité et sécurisés, supportables sur le plan financier ;
- Des leviers RH : création de PH multi-sites et/ou d'assistants territoriaux, participation des praticiens des CH sur le plateau technique du CHU, plus de formation et partage de compétences, accueil des DESC en service hospitalier pour créer des liens (§ réforme du 3ème cycle) ;

CHIFFRES CLES DE LA FILIERE CHIRURGIE

La filière chirurgie publique dispose d'une capacité de 687 lits et places répartis sur les 5 établissements : CHU de Nice, CH de Grasse, CH d'Antibes, CH de Cannes et CH de Menton.

Du fait de la situation géographique, il existe peu de fuites en chirurgie sur le territoire des Alpes maritimes (taux inférieur à 3%) en dehors des fuites transfrontalières (non traçables dans les bases PMSI). Les fuites sont principalement orientées hors région PACA (1601 séjours en 2015), ou dans une moindre mesure vers l'AP-HM (299 séjours).

- Des actions qualité : certification synchronisée (partage d'outil, harmonisation des parcours (chemins cliniques), sécurité des soins



Menaces

La concurrence entre établissements sur le territoire pose la question du recrutement des jeunes professionnels au regard de l'évolution démographique (confort de travail, disparités des tarifs et rémunération, organisation des soins, liens anesthésistes-chirurgiens).

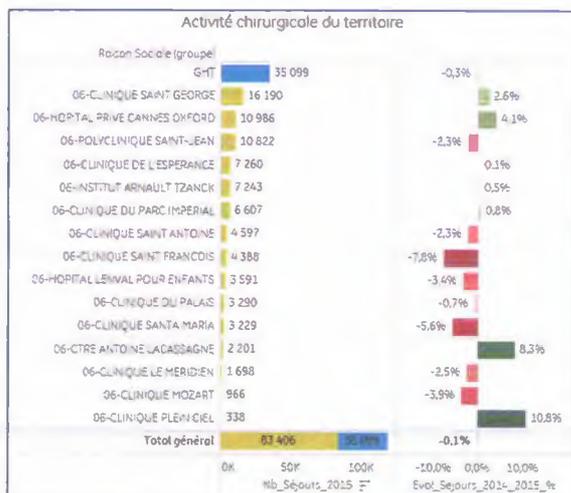
L'attractivité est également transfrontalière avec la fuite de compétences vers la principauté (ex : IDE en sortie d'école IFSI).

Le maintien de la tendance actuelle, à savoir un développement du recrutement chirurgical par les établissements privés aux dépens des établissements publics comme en témoigne les chiffres ci-après.

Le renouvellement générationnel des généralistes installés sera important dans les 5 prochaines années (de l'ordre de # 20%) : s'agit-il d'une menace ou d'une opportunité pour le GHT de renouveler le lien ville-hôpital public avec les médecins traitants (en trouvant des réponses aux difficultés d'adressage actuelles) ?

L'attractivité du territoire représente près de 12% de la production des établissements du territoire 06. Cette attractivité est notable sur le département du Var (près de 7% des patients totalisant 8 042 séjours en 2015).

L'activité des établissements publics et privés du territoire en chirurgie reste stable (-0,1%) entre 2014 et 2015 sur le territoire, en deçà de la croissance observée au niveau de la région PACA (+2,4%) et au niveau national (+1,8%).



Le GHT représente le plus gros opérateur en chirurgie du territoire (30% des parts de marché) avec une activité stable entre 2014 et 2015. Le secteur privé est fortement représenté sur le territoire (avec 70% des parts de marché).

Trois établissements privés (clinique Saint Georges, Hôpital privé Oxford de Cannes, Polyclinique Saint Jean) réalisent un nombre de séjours de chirurgie comparables au GHT.

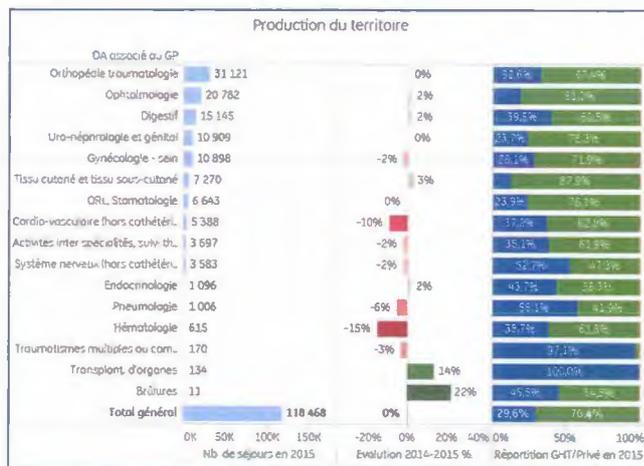
Certains établissements privés ont vu leur activité augmenter de façon importante (clinique Saint George +2,6%, HP Cannes Oxford +4,1%).

L'orthopédie, l'ophtalmologie et le digestif représentent à eux seuls plus de 55% de l'activité de chirurgie du territoire des Alpes Maritimes :

- Orthopédie avec une répartition 33% public / 67% privé
- Ophtalmologie avec une activité réalisée à 80% par le privé
- Digestif avec une répartition 40% public / 60% privé

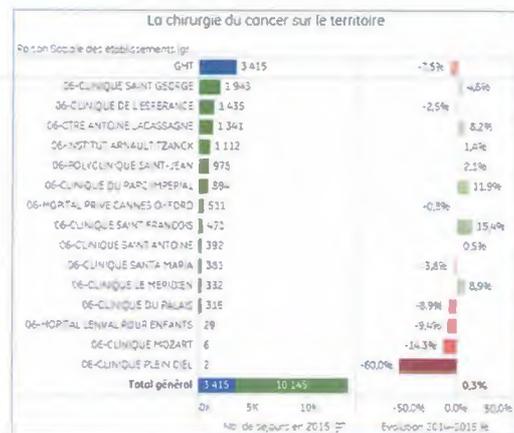
Le GHT est positionné en leader sur certaines activités de recours et/ou soumise à autorisations telles que :

- Neurochirurgie,
- Chirurgie du thorax,
- Transplantation.



... alors que le secteur privé est très présent dans les spécialités chirurgicales générant le plus d'interventions.

Le GHT est le 1^{er} offreur dans la prise en charge de la chirurgie du cancer sur le territoire 06 (en nombre de séjours réalisés).



Si le nombre de séjours chirurgicaux pour cancer réalisés au sein du territoire est stable entre 2014 et 2015, la progression de l'activité dans les établissements privés est notable aux dépens de l'offre publique (GHT).

A noter que 12 centres privés pratiquent la chirurgie du cancer (en 2015).

Le virage ambulatoire est en cours (+2% entre 2014 et 2015). Le secteur privé produit plus de 83% de l'activité ambulatoire du territoire. Le taux d'ambulatoire est 29,4% dans le GHT contre 60% dans le privé.

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES POUR DEVELOPPER LA FILIERE CHIRURGIE AU SEIN DU GHT

De façon synthétique, on peut mettre en avant les ambitions suivantes :

- Augmenter les parts de marché du GHT en chirurgie,
- Améliorer la performance et la coordination des équipes autour du parcours patient en chirurgie (notamment sur la fluidité des informations patient),
- Faciliter au sein des équipes de la filière de nouvelles compétences (surspécialisation, RRAC, postopératoire des personnes âgées, délégation de compétences, recherche...) et attirer de jeunes professionnels,
- Rendre accessible l'offre chirurgicale publique sur le territoire, en s'appuyant sur les retours d'expériences de l'urologie et de l'ORL, en proposant ce fonctionnement en équipe territoriale à d'autres disciplines comme la chirurgie vasculaire et en travaillant entre les équipes du GHT à donner plus de lisibilité des parcours chirurgicaux entre les établissements publics,
- Développer la prise en charge ambulatoire au sein du GHT.

LES ACTIONS CONCRETES : FILIERE CHIRURGIE

Thématique	Description de l'action	Calendrier	Responsable
Coordination de la filière	1.A. Maintenir le colloque singulier entre le patient et le médecin hospitalier 1.B. Améliorer la coordination des équipes autour du parcours patient (informations relatives au dossier patient)		
Accessibilité	2. Réduire les délais d'accès et de rendez-vous (rendez-vous en ligne, diffusion de numéros dédiés / discipline, augmenter les créneaux horaires de consultations, harmonisation des pages web)		
Orientation	3. Réduire les transferts de patients chirurgicaux vers des établissements privés après passage aux urgences des ES du GHT (réactivité entre équipes, accès aux disponibilités des ressources / lits)		
Attractivité des professionnels	4.A. Assurer la pérennité et l'attractivité d'une équipe territoriale en chirurgie (accès à la formation, attribution de postes d'assistants spécialistes en s'appuyant sur un projet médical de territoire de la discipline → avec en priorité, pérenniser les filières territoriales en urologie et ORL et développer la chirurgie vasculaire) 4.B. Procéder à une révision par la faculté des effectifs chirurgiens – anesthésistes du GHT, faire un recueil de la démographie médicale (time line)		
Développement de l'offre	5. Développer l'expertise gériatrique en pré et post opératoire (challenge de la chirurgie de la personne âgée)		
Cartographie de l'offre	6. Reconquérir des « parts de marché » sur la chirurgie ambulatoire et rendre visible le portefeuille ambulatoire du GHT (reprogrammation en ambulatoire depuis les urgences, identification des gestes marqueurs, harmonisation des pratiques et diffusion entre les équipes « des bonnes pratiques »)		

Et pour aller plus loin, des pistes à travailler : comprendre la gestion prévisionnelle des ressources (anesthésie, chirurgiens), identifier les flux patients (transferts) entre les sites et recenser l'activité en nuit profonde (PDSES), associer d'autres spécialités à la réflexion de la filière (associer les urgentistes pour réduire les transferts de patients en post-urgences vers les établissements privés & travailler à la reprogrammation en ambulatoire depuis les urgences, associer les gériatres dans la prise en charge pré et post opératoire.

Filière Gynécologie-obstétrique

INTRODUCTION

Au sein du GHT, la filière Gynécologie-obstétrique s'articule autour du CHU de Nice (maternité de niveau 3), des CH d'Antibes (maternité de niveau 2A), de Grasse (maternité de niveau 2B) et de Cannes (maternité de niveau 2A).

Le CH de Menton n'a quant à lui plus d'activité d'obstétrique, mais possède néanmoins un centre périnatal qui lui permet de suivre les patientes jusqu'à l'accouchement qui se fait majoritairement au CH Princesse Grace à Monaco.

La filière gynécologie-obstétrique reposant déjà sur des coopérations et réseaux existants sur le territoire, la valorisation de l'existant constitue le premier des axes de travail prioritaires identifiés pour la filière.

Les deuxième et troisième axes sont l'amélioration de la prise en charge de deux activités spécifiques : l'orthogénie et l'endométriose.

ÉTAT DE L'EXISTANT

Forces

La filière gynécologie-obstétrique bénéficie des avantages géographiques offerts par les Alpes-Maritimes : **la région est attractive** (à la fois pour les patients et les médecins), disposant de compétences médicales et paramédicales réparties sur **plusieurs établissements géographiquement proches**. Cette situation permet d'offrir aux patientes une offre de soins de proximité et de qualité et favorise la **connaissance mutuelle des praticiens**.

Les **coopérations déjà existantes** entre les établissements garantissent l'homogénéité et la qualité de la prise en charge, via le respect de protocoles communs. Plus largement, la filière gynécologie-obstétrique des Alpes-Maritimes s'appuie sur des **réseaux** beaucoup plus structurés que dans d'autres régions (périnatalité, PMA, diagnostic anténatal).

Par ailleurs, l'offre publique de soins repose sur une **expertise reconnue des équipes médicales et paramédicales**, favorisée par l'accès à des formations médicales continues

et par la qualité du recrutement mis en place dans les établissements.

Enfin, le département a été désigné comme **pilote dans la prise en charge de l'endométriose**, ce qui constitue une opportunité pour les établissements de créer un pôle d'excellence valorisable.

Faiblesses

Si elle favorise l'accès à des soins de proximité, la concentration des établissements sur la côte littorale peut en revanche entraîner certaines **redondances dans l'offre de soins**. A l'inverse, les caractéristiques géographiques et topographiques des Alpes-Maritimes peuvent entraver l'accès aux soins pour certaines patientes, étant donnés les **temps de transports** particulièrement longs, **l'isolement des zones montagneuses**, l'encombrement des réseaux routiers et **l'absence de centres maternels** sur le territoire.

Les établissements de santé souffrent d'une **démographie médicale** défavorable sur certaines spécialités et rencontrent des difficultés de recrutement du personnel, qui mettent en question la continuité et la pérennité des soins en orthogénie et en pédiatrie.

Enfin, l'offre publique de soins en gynécologie-obstétrique pâtit de la **concurrence**, surtout à l'est où le maillage du territoire est moins efficace depuis que le CH de Menton n'a plus de maternité. Les établissements privés assurent des délais de rendez-vous moindres, une meilleure accessibilité du secrétariat pour les patients et des parcours qui peuvent être plus individualisés.

La question de la concurrence entre établissements sur le territoire est fortement présente sur cette filière.



Opportunités

Le **GHT** sera une opportunité pour l'offre publique de soins s'il est pensé comme une entité de coopérations transversales, et non comme un système pyramidal centré sur un seul établissement. Une communication à l'échelle du GHT peut être vectrice de **moyens supplémentaires** pour les établissements qui le constituent et améliorerait leur **ouverture sur la ville**.

La prise en charge de l'orthogénie sera quant à elle potentiellement facilitée par deux évolutions majeures, qui doivent néanmoins être accompagnées. D'une part, la **modification des compétences des sages-femmes sur l'IVG et la contraception** permettra de compenser la pénurie de médecins sur ce segment d'activité. D'autre part, l'**allongement du délai de prescription d'une IVG médicamenteuse** (actuellement fixé à 7 SA) permettra de réduire le nombre d'IVG chirurgicales et des ressources médicales nécessaires pour les pratiquer.



Menaces

La **pesanteur d'une structure** centrée sur le CHU entrainerait une centralisation des achats, des moyens et des activités, faisant craindre une iniquité dans l'allocation des moyens entre établissements, une lourdeur administrative et une perte de liberté dans le choix et dans l'affectation du personnel médical et paramédical dans les différents établissements.

La **dégradation financière** des établissements, à l'instar de celle du CHU, pourrait constituer une menace pour le GHT, de même que les contraintes globales de financement qui risqueraient d'affecter la qualité des soins.

Les **risques de fermeture**, les **regroupements ou suppressions d'activités** sur certains sites, ainsi que l'intervention du politique dans la gestion locale des établissements constituent également des sujets de préoccupations.

Enfin, l'année de transition politique interroge sur le devenir des GHT.

CHIFFRES CLES DE LA FILIERE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE⁴⁶

Généralités sur la filière gynécologie-obstétrique en 2015⁴⁷

	GHT	Privé
Séjours	15 071	13 061
Moyenne d'âge des patients	33,3 ans.	38 ans.
DMS	3,2 jours	2,6 jours
Séjours de sévérité 3 ou 4	0,8%	0,4%
<u>GHM les plus représentés</u>		
1 ^{er}	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative	Accouchements uniques par voie basse chez une multipare, sans complication significative
2 ^{ème}	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative	Accouchements uniques par voie basse chez une primipare, sans complication significative
3 ^{ème}	Interruptions volontaires de grossesse : séjour de moins de 3 jours	Césariennes pour grossesse unique, sans complication significative
4 ^{ème}	Prélèvements d'ovocytes, en ambulatoire	Interruptions volontaires de grossesse : séjour de moins de 3 jours
5 ^{ème}	Faux travail et menaces d'accouchements prématurés	Prélèvements d'ovocytes, en ambulatoire

IVG

	GHT	Privé
Séjours	2 349	761
Moyenne d'âge des patients	27 ans	30 ans
DMS	0 jours	0 jours

Endométriose

	GHT	Privé
Séjours	290	550
Moyenne d'âge des patients	59,7 ans	54,8 ans
DMS	2,3 jours	3,1 jours

⁴⁶ Les établissements concernés sont : l'ensemble du GHT et clinique Plein Ciel, clinique Sainte Brigitte, Clinique Les Cadrans Solaires, Clinique du Parc Impérial, Hôpital privé de Cannes Oxford, clinique du Palais, clinique Saint George, clinique Saint Antoine, clinique Saint François, clinique Mozart, centre Montsinery, centre Saint Dominique, clinique La Grangea, clinique Val d'Estreilles, clinique Santa Maria et polyclinique Saint-Jean pour le privé

⁴⁷ Source : PMSI 2015

Accouchements

	GHT	Privé
Séjours	7 310	5164
Moyenne d'âge des patients	30 ans	31,3 ans
DMS	4,7 jours	4,3 jours
Taux de césarienne	18%	27%
Nombre d'épisiotomies	290	74

Le GHT dispose de 33 gynécologues-obstétriciens et d'environ 4 sages-femmes par obstétricien (Hospidiag 2015)

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES POUR DEVELOPPER LA FILIERE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE AU SEIN DU GHT

Valoriser l'organisation et les compétences existantes, les communiquer pour en faire bénéficier davantage de patientes et améliorer l'attractivité médicale

Endométriose : Structurer une organisation transversale pour garantir une prise en charge de qualité et de proximité

Orthogénie : Renforcer l'accès à l'IVG sur l'ensemble du territoire et tout au long de l'année, dans des délais adaptés à la prise en charge

LES ACTIONS CONCRETES : FILIERE GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE

Thématique	Description de l'action	Calendrier	Responsable
Valorisation de l'existant	1A. Sensibiliser la population à l'offre de soins dans l'ensemble du GHT via une plaquette « GHT » accessible sur le site internet de chaque établissement (organigramme, carte interactive de l'offre de soins publique etc.) ; Communiquer via la presse pour informer sur le GHT, le réseau endométriose et les domaines d'excellence (diagnostic anténatal, PMA...), pour informer la population et contrer les idées-reçues sur l'offre publique de soins	2018	
	1B. Mettre en place une journée filière		
Endométriose	1C. Animer un programme de Formation Médicale Continue attirant davantage de médecins, discutant plusieurs thématiques spécifiques (exemple : une soirée traitant sous format court l'endométriose, le viscéral etc.)		
	2A. Ouvrir le réseau Endo-Nice à l'ensemble du GHT	Immédiat	
Orthogénie	2B. Animer un réseau endométriose pour améliorer l'information et l'accès des patientes au diagnostic et au traitement		
	3A. Créer un système d'annuaire via une plateforme recensant les adresses des médecins et centres de proximité. La première étape consisterait à dresser une cartographie de l'offre de soins publique en orthogénie	Octobre 2017	
	3B. Réunir les établissements de santé une fois par an afin d' animer davantage le réseau de ville, de façon coordonnée	Octobre 2017	
	3C. Augmenter les moyens dédiés pour répondre au téléphone		
	3D. Revaloriser la vacation IVG à l'hôpital		
	3E. Valoriser l'IVG dans la formation des médecins		
	3F. Renforcer la capacité à faire une IVG chirurgicale chez les médecins, pour assurer une prise en charge continue pendant les périodes de vacances		

Filière Soins de suite et de réadaptation

INTRODUCTION

L'offre de soins de suite et de réadaptation sur le territoire se caractérise par une offre de proximité participant à la fluidification du parcours du patient. Dans un contexte de réduction des DMS en unités de soins MCO, de virage ambulatoire en MCO et en SSR, et de modifications de la tarification, la filière SSR coordonnée au sein du GHT doit s'assurer d'être lisible, structurée autour du parcours patient et attractive.

ÉTAT DE L'EXISTANT

Forces

L'offre de soins est spécialisée (anciens sanatoriums ; MPR) et fait appel à des compétences médicales et paramédicales pluridisciplinaires permettant une PEC à la fois diversifiée et lourde en SSR.

Les SSR polyvalents « à orientations » sont aussi attractifs pour les patients et les équipes (ex : SSR post AVC, orientation chutes...) permettant des prises en charge ciblées aux besoins prioritaires des patients.

On note une implantation territoriale forte des SSR publics dans les vallées, alors que l'offre côtière est majoritairement privée.

L'outil ROR (outil de communication entre les structures), en cours de déploiement, permet une bonne communication entre les établissements adresseurs et les établissements SSR. La généralisation de son utilisation sur le territoire permettra de couvrir l'ensemble des services de tous les établissements constitutifs du GHT.

Les entrées directes en SSR depuis le domicile par les praticiens de ville (séjours de répit) sont courantes et augurent d'une bonne intégration des structures dans leur environnement extrahospitalier. Lorsqu'un SSR est couplé à un EHPAD, on note une fluidification majeure du parcours patient dans son intégralité (parcours MCO/SSR/EHPAD, parcours SSR/EHPAD et parcours EHPAD/SSR).

Faiblesses

Les services MCO adresseurs et les services SSR regrettent à l'unisson l'absence de lisibilité de l'offre sur le territoire (par spécialité) et le manque de lits et places de SSR publics sur le littoral et de SSR de spécialités sur tout le territoire.

De plus, les structures sont peu voire pas adaptées aux personnes présentant des troubles cognitifs et des troubles psychiatriques (UHR, UCC).

Au regard de la diversité et de la complexité des patients pris en charge et des soins techniques qu'ils génèrent, on note un manque de formation des soignants sur certains gestes techniques, et un manque d'équipements.

La démographie fragile de kinésithérapeutes et d'orthophonistes est aussi une faiblesse dans la qualité de la prise en charge pluridisciplinaire en SSR.

En termes de valorisation financière, on relève un manque de formations et d'homogénéisation du codage des actes sur le territoire.

Les contraintes d'aval sont fortes et pèsent sur ces services notamment par l'allongement des DMS (en sus du critère de l'âge des patients et de leur caractère poly pathologique) :

- Les délais de constitution des dossiers d'hébergement sont longs, ainsi que les délais de mises sous tutelle
- Les retours à domicile sont compliqués et longs à mettre en place (aides, aménagements...). L'absence d'HAD à Antibes est aussi un frein au retour à domicile des patients de ce bassin de population.



Opportunités

De nombreux leviers existent en configuration GHT pour rendre la filière **plus accessible et attractive** :

- Identifier les besoins en lits et places pour les SSR spécialisés
- Améliorer la PEC des patients dans leur orientation, augmenter la fluidité du parcours entre MCO et SSR
- Identifier un établissement permettant la PEC des patients tuberculeux et/ou contagieux
- Développer le maillage avec la ville, les réseaux
- Revaloriser, autant d'un point de vue technique que financier les actes et prises en charge en SSR.

Les changements de mode de tarification, en cours et à venir, peuvent être à la fois des opportunités de développement ou des menaces pour les établissements ou services de SSR.



Menaces

Les principales menaces pour la filière sont d'ordre démographique avec le vieillissement de la population mais aussi la démographie médicale fragile et le manque d'accès aux spécialistes.

La filière publique pâtit d'un manque d'attractivité pour les professions paramédicales (kinésithérapeutes et orthophonistes) en termes de rémunération et au regard de la lourdeur des patients pris en charge (épuisement professionnel, troubles musculo-squelettiques...).

La concurrence sur cette filière demeure importante et la course à la sélection des patients les moins lourds fait question.

CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE DE SOINS (EN COURS DE COMPLETUDE)

TYPLOGIE DE SSR	CHU de Nice	CH Cannes	CH Grasse	CH Antibes	C Menton	CH Sospel	CH Breil-sur-Roya	CHU Vésubie	CH Puget-Théniers	CH Entrevaux	Centre long séjour Vallauris	CRCR Gorbio
SSR indifférencié (préciser si orientation)					27 lits					15 lits		73 lits
SSR locomoteur												
SSR respiratoire												
SSR système nerveux												
SSR cardio-vasculaire												
SSR système digestif-métabolique-endocrino												
SSR onco-hématologie												
SSR brûlés												
SSR conduites addictives PAP					82lits en 2018							

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES POUR DEVELOPPER LA FILIERE SSR AU SEIN DU GHT

Une filière SSR lisible, coordonnées, structurée autour du parcours patient et attractive

3 ambitions pour la filière :

- Améliorer la lisibilité de l'offre de soins et de la demande de soins
- Structurer le parcours patient en SSR
- Améliorer l'attractivité de la filière

LES ACTIONS CONCRETES : FILIERE SSR

Thématique	Description de l'action	Calendrier	Responsable
Cartographie de l'offre	<p>1.A. Cartographier l'offre</p> <p>1.B. Mieux se connaître</p> <p>1.C. Diffuser la cartographie de l'offre des PEC en SSR</p>	Mai 2017	
Coordination de la filière	<p>Mettre en œuvre une coordination de la filière</p> <ul style="list-style-type: none"> • 2.A. Développement d'un site internet... • 2.B. Coordination avec les autres filières du GHT • 2.C. Coordination avec les partenaires externes 	Fin 2017	
Réforme du financement	3. Intégrer le groupe de travail régional sur la réforme du financement en SSR	2018	ARS PACA
ROR	• Déployer le ROR dans tous les établissements du GHT	2018	
Cartographie de la demande	5. Cartographier la demande	Fin 2017	
Orientation	6. Définir les orientations des patients en fonction de la proximité et des spécialités	3 ^{ème} trimestre 2017	
Demandes de SSR	7. Anticiper les demandes de PEC de SSR dès l'admission aux urgences ou en MCO par l'élaboration d'un projet de soins partagé		
Aval du SSR	8. Développer l'aval de l'aval, à travailler dès l'amont <ul style="list-style-type: none"> • Articulation avec EHPAD, SSIAD, HAD, RAD, articulation avec réseaux, PTA, CLIC 	Fin 2017	
Nouvelles PEC	9. Développer des nouvelles PEC en SSR en Ambulatoire : HDJ Déployer l'éducation thérapeutique en SSR	2018-2019	
Attractivité patient	<p>Pour les patients :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10.A. Attractivité de la filière, PPS, • 10.B. Moderniser les équipements et l'hôtellerie 		
Attractivité personnel	<p>Pour le personnel :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 11.A. Renforcer les compétences au sein du SSR : identifier et diffuser les compétences • 11.B. Valoriser la qualité de PEC en secteur public, travail en équipe, formation, disponibilités, travail en réseaux, proximité plateau technique, accès rapide aux avis spécialisés 		
Attractivité secteur public	12. Renforcer les moyens des SSR publics vs les SSR privés : développer des orientations spécifiques Mettre en place des protocoles de Recherche spécifiques au SSR		

Filière Soins palliatifs

INTRODUCTION

La filière Soins Palliatifs sur le territoire du GHT est confrontée à de nombreux enjeux, notamment de structuration de la filière, de couverture géographique, et d'amélioration de la qualité des prises en charge de fin de vie, tels que définis dans la loi Claeys-Leonetti.

La configuration des établissements en GHT permettra d'harmoniser des pratiques d'organisation et de prises en charge jusque-là existantes mais distinctes, sur deux zones géographiques séparées par le fleuve Var (à l'Ouest Cannes-Grasse-Antibes, à l'Est Nice et Menton, et l'arrière-pays niçois) et avec des particularités littorales – arrière-pays (vallées).

ÉTAT DE L'EXISTANT



Forces

L'offre de soins est complète, de qualité et reconnue (par les tutelles, les patients et leurs familles et par les professionnels) :

Zone géographique Est :

- La création de l'unité de soins palliatifs (USP) au CHU de Nice de 6 lits en 2006, puis son extension en 2012 à 12 lits a permis le regroupement de la prise en charge des SP sur un lieu unique pour l'USP, l'EMSP, et les équipes pédiatriques départementales et régionales ainsi qu'un numéro d'appel unique, un lieu d'accueil, d'information de prévention centralisé pour une meilleure coopération entre les services intra CHU, les établissements extérieurs et la ville.
- 4 lits de soins palliatifs au sein du CH de Menton
- Une équipe pédiatrique soins palliatifs est basée sur le CHU de Nice et intervient sur le Département et la région
- En termes de partenariats : une participation des acteurs de soins palliatifs à des RCP de spécialités en digestif et dermatologie au CHU, une intégration précoce de la prise en charge palliative dans les filières digestive et dermatologique au CHU de Nice et des coopérations existantes avec les établissements privés et publics du département.
- Les associations et équipes de bénévoles sont très présentes sur ce lieu qui accueillent également des projets artistiques et propose un jardin d'accompagnement des soins
- En termes de ressources humaines, les équipes sont dédiées et complètes sur les LISP.
- Des formations initiales (DIU SP, DU soins palliatifs et DESC animées par le CHU de Nice et continues (DPC soins palliatifs) existent et sont réalisées de façon pluri annuelle. Le département de soins palliatifs accueille également de nombreux stagiaires des filières médico-soignantes.
- Un développement de la recherche avec deux projets en cours avec une inclusion nationale.
- Le développement de pratiques innovantes avec l'analgésie péri médullaire développé en partenariat avec le département d'évaluation et de traitement de la douleur.
- Une collaboration permanente avec le département d'évaluation et de traitement de la douleur au travers du CLUD, de projets et de protocoles communs.
- Une mise en œuvre de la démarche qualité (réalisation d'un audit avec plans d'actions, retours d'expériences, évaluations des pratiques professionnelles, participation au comité d'éthique).

Zone géographique Ouest

De même, l'ouverture d'une USP en 2013 au CH d'Antibes a débouché sur la création du réseau d'un Pôle Territorial Douleur Accompagnement Soins Palliatifs TERDASP 06 pour les villes d'Antibes, Cannes et Grasse et leurs alentours soit 560 460 habitants. Aujourd'hui, les activités liées aux soins palliatifs (USP, HDJ, EMDASP, Réseau, consultations externes douleurs sont regroupées sur un même bâtiment « Le phare » au CH d'Antibes. Il s'agit :

- D'un lieu de coordination des prises en charge en s'appuyant sur le dossier médical partagé des équipes d'appui et de pilotage avec guichet et numéro d'appel unique entraînant une meilleure lisibilité pour les patients, leur entourage et les professionnels de santé avec accès aux soins
- D'un lieu d'accueil, d'information et de prévention.
- D'un lieu de soins actifs, évolutifs et coordonnés, pratiqués par des équipes pluridisciplinaires dans une approche globale et individualisée (consultation externe, Hôpital de Jour, Accueil de Jour et Hospitalisation Spécialisée).
- D'un lieu de vie ouvert sur la ville en lien avec les bénévoles et les intervenants extérieurs.
- D'un lieu de formation, d'enseignement et de recherche.

Afin d'assurer :

- Une démarche d'amélioration de la qualité de la prise en palliatifs pour tous,
- Une coopération ville-hôpital centrée sur la prise en charge du patient en soins palliatifs tout au long de son parcours de soins.
- Un réseau de coordination des différentes ressources sanitaires, sociales et civiles autour du patient afin de garantir la continuité des soins, tout en assurant une prise en charge de haute qualité quel que soit le lieu.
- Une meilleure réponse de proximité avec les 2 équipes d'appui, une à vocation extra hospitalière (Réseau) et l'autre intra-hospitalière (EMSP).
- Une meilleure organisation de l'offre de soins graduée existante en soins palliatifs : LISP, USP, HDJ.

Cette structure territoriale, à travers l'ensemble des acteurs qui la constituent et avec qui elle travaille, est un lieu de développement dynamique de la prise en charge de la Douleur, de l'Accompagnement, des Soins Palliatifs et de la Réflexion Ethique pour le bassin de population de l'ouest du département des Alpes Maritimes.

- Ce pôle garantit la cohérence des solutions proposées tout au long du parcours des patients en soins palliatifs et prise en charge de la douleur, quel que soit le lieu de vie en optimisant les charges financières à travers une mutualisation ciblée.
- On note une forte couverture des équipes mobiles sur l'arrière-pays de l'Ouest du territoire (Ouest du fleuve du Var)
- 22 Lits ont été identifiés sur les 3 sites Antibes Cannes Grasse dans les services MCO et SSR. La particularité pour le CH d'Antibes est d'avoir mis en place une équipe LISP de renfort bien identifiée en transversalité.
- Des conventions ont été signés avec les EHPAD, favorisant la diffusion de la démarche palliative, la formation du personnel et l'amélioration de la prise en charge des patients en lien avec les Equipes Mobiles et le réseau de Soins Palliatifs.

En termes de partenariats, on note sur l'Ouest :

- Dans les Hôpitaux et les EHPAD du territoire : l'Equipe Mobile intervient dans tous les services, avec mise en place de réunion de concertation hospitalière dans les services ayant des LISP (pneumologie, médecine interne, ORL, Gastroentérologie, gériatrie)
- Au domicile le pôle « Territorial Douleur Accompagnement Soins Palliatifs (TERDASP) réalise des réunions de concertation à domicile avec les libéraux. Le réseau travaille en collaboration avec les SSIAD, HAD, MAIA, CCAS, AG3, réseau SLA, prestataires de service...
- Des coopérations sont existantes avec les établissements privés du département.

Dans le cadre de la formation le Pôle TERDASP intervient pour les formations initiales (IFSI, IFAS, CCAS, EHPAD) et continue (DIU Nice et Toulon) FMC. Le Pôle a mis en place le DPC SP ouvert aux 3 Hôpitaux et EHPAD du territoire AM Ouest, et organise un congrès de SP en Octobre 2017.

L'existence d'un cadre réglementaire, d'une législation et d'une certification apporte

légitimité et crédibilité au développement des soins palliatifs (et au développement de nouvelles techniques de type analgésie péri médullaire au CHU de Nice). Des liens existent avec les sociétés savantes sur la démarche éthique et avec les associations.

La recherche est financée par l'ARS.

Faiblesses

Les contraintes géographiques créent des disparités de prises en charges entre le littoral et les vallées, notamment au regard des temps de trajet importants dans les vallées et l'arrière-pays pour les équipes mobiles.

L'équipe mobile des SP du CHU de Nice couvre l'arrière-pays de l'Est du territoire (4 vallées) et répond à toutes les demandes de consultations téléphoniques mais ne peut répondre à toutes les demandes de déplacement.

En termes de lisibilité des PEC, les circuits ne sont pas toujours connus dans tous les établissements.

En termes de ressources, les moyens alloués aux SP sont limités et ne couvrent pas les besoins pour diffuser la démarche palliative quel que soit le lieu, une PEC de qualité et pour répondre aux nécessités de formations énoncées dans la loi Claeys-Leonetti.

Les équipes étant de petite taille, certaines missions, notamment de formations continues, sont peu assurées par les équipes mobiles pour l'arrière-pays.

En termes organisationnels, l'accueil des patients en soins palliatifs dans des lits non dédiés fait augmenter la DMS et perturbent les organisations des unités de soins, ceci est d'autant plus accentué par le manque de structures et de moyens de PEC en aval, mais aussi par le manque d'anticipation de la sortie.

Le manque de lisibilité sur le stade de la maladie dans les comptes rendus d'hospitalisation et la faible intégration de l'équipe mobile de SP dans les processus décisionnels pour les patients en situation d'incurabilité altèrent la fluidité du parcours et de la prise en charge.

Les équipes de SP relèvent aussi un manque de mobilisation des praticiens sur les directives anticipées et un manque de sensibilisation des médecins sur la culture palliative en général.



Opportunités

Des lits non dédiés sont actuellement utilisés pour la prise en charge des patients en soins palliatifs. Une cartographie précise de la demande en soins donnera l'opportunité à la filière de s'agrandir selon les besoins des établissements via une autorisation d'ouverture de lits.

La fluidification du lien avec l'HAD et les SSIAD, le renforcement du maillage HAD/Social/Post hospitalisation, la collaboration avec la plateforme C3S (Centre de Soutien Santé Social) et le réseau TERDASP.

Une identification précoce de ces patients, des comptes rendus remis à la sortie notifiant le stade de la maladie, l'information sur les directives anticipées, la mise en place de réunion de concertation pluridisciplinaire, assureront une cohérence du parcours du patient en soins palliatifs dès leur arrivée en MCO jusqu'à leur retour à domicile et, faciliteront les interactions entre professionnels pour une meilleure prise en charge, améliorant ainsi la fluidité des autres filières de prise en charge (neurologie SLA, ...) et des parcours de soins (EPP), (passage par les urgences, lieu de provenances...).

Le développement d'outils communs tout comme la mise en place de la Télémédecine seront la garantie d'un partage rapide des informations, d'un échange des expertises et d'une meilleure collaboration entre les acteurs du territoire.

Enfin, l'ouverture de l'HDJ d'Antibes depuis 2013, de celle du CHU de Nice et le développement de la prise en charge complexe en oncologie donnent une nouvelle opportunité pour la filière d'améliorer la qualité de la prise en charge et de proposer aux patients une réponse plus adaptée à leurs besoins.

⚠ **Menaces**

La démographie médicale reste fragile sur le territoire et pourrait compromettre la bonne prise en charge des patients à long terme, alors que parallèlement l'augmentation du nombre de patients se fait ressentir notamment par le vieillissement de la population.

L'autorisation des LISP est réalisée en convention avec le CHU de Nice qui peut rencontrer des difficultés pour assurer son rôle de recours et pénalise la prise en charge.

La codification des actes n'est pas toujours adaptée selon les établissements et particulièrement les DIM.

Des formations et réunions de concertation sont actuellement en cours de déploiement pour améliorer cet état de fait et trouver les leviers pour valoriser et développer l'activité. Côté financement, l'enveloppe globale qui évolue insuffisamment, peut affecter la qualité de la prise en charge et les nouveaux projets.

CHIFFRES CLES DE LA FILIERE SOINS PALLIATIFS

USP	Territoire de l'Ouest	Territoire de l'Est
Nb de séjours en USP	169	254
Nb de séjours en RCH	95	N/A
PROVENANCE DES PATIENTS		
Interne	49% (Hôpitaux d'Antibes, Cannes, Grasse)	40% (CHU de Nice)
Domicile	20%	25%
Autres établissements MCO	25% (10% cliniques à l'ouest du territoire + 15% CHU)	33%
EHPAD	1%	2%
PATHOLOGIES		
Cancer	70%	87%
Poly pathologie	26%	8%
Problème neurologique	4%	5%
MODE DE SORTIE		
Décès	77%	71%
Domicile	13%	7% (domicile ou EHPAD)
SSR	4%	2%
EHPAD	3%	N/A
EMDASP		
	Territoire de l'Ouest	Territoire de l'Est
RCH intra-hospitalier	230	N/A
RCH en EHPAD	30	N/A
Nb de consultations au lit du patient	2189	1913
File active	732	673 (dont 71% de nouveaux patients)
Moyenne d'âge des patients	30 ans	N/A
% de décès	42%	53%
Âge des patients	65% des patients ont plus de 70 ans	N/A
PATHOLOGIES		
Cancer	56%	74%
Poly pathologie	24%	12% (gériatrie)
Problème neurologique	4%	6%

CARTOGRAPHIE DE L'OFFRE DE SOINS

	CHU de Nico	CH Cannes	CH Grasse	CH Antibes	C. Mouton	CH Sospel	CH Breil-sur-Roya	CH Vésubie	CH Puget-Théniers	CH Entrevaux	Centre long séjour Vallaurie	CRCR Gorbio
Activité SP hors LISP	oui	oui	oui	oui	oui	/	/	/	oui	oui	oui	oui
LISP MCO	5 (1 neurologie et 2 pneumologie)	4	6 Court séjour 2 SSR	8 Court séjour 2 SSR	4 court séjour	/	/	/	2	/	/	/
Dont pédiatrie	2 oncologie	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
LISP SSR	1 médecine physique et réadaptation	0	2	2	/	/	/	/	/	2	/	/
Unité de Soins Palliatifs	12 lits	USP sur Antibes (12 lits). Accueil patient du territoire			/	/	/	/	/	/	/	/
EMSP intra-établissement	Oui	EMDASP Cannes/ Grasse/Antibes			Non	/	/	/	/	/	/	/
EMSP inter-établissement	oui				Oui	/	/	/	/	/	EMDASP Antibes	/
Equipe d'appui domicile	Resop 06	Réseau Alpes Maritimes Ouest			/	/	/	/	/	/	/	/
Prise en charge d'aval (USLD, EHPAD)	oui	oui	oui	oui	oui	/	/	/	Oui	Oui	/	/
HAD - Soins palliatifs	Partenariat	oui	oui	non	oui	/	/	/	/	/	/	/

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES POUR DEVELOPPER LA FILIERE SOINS PALLIATIFS AU SEIN DU GHT

Une filière Soins palliatifs harmonisée, structurée et coordonnée dans ses équipes et ses actions pour répondre aux besoins de la population du territoire 06, de ses spécificités géographiques et des futurs challenges auxquels elle devra faire face dans les prochaines années en :

- **Organisant la filière au sein du GHT** (par une gouvernance identifiée et structurée, une coordination des acteurs et des partenariats renforcés)
- **Améliorant l'accessibilité des Soins Palliatifs sur tout le département 06** (par le développement du maillage du réseau « soins palliatifs » sur le territoire pour répondre au mieux aux besoins au plus proche du domicile du patient, et le renforcement et la mutualisation de l'ensemble des ressources disponibles)

Améliorant la qualité des prises en charge de fin de vie (en utilisant le GHT comme levier pour accompagner les patients et les familles/aidants dans la réponse de la pathologie et la gestion du quotidien, accompagner les équipes notamment en développant et promouvant des formations communes inter établissements des professionnels médicaux et paramédicaux sur la thématique des soins palliatifs, en diffusant la culture palliative, en coordonnant leurs actions comme les protocoles de Recherche et en uniformisant leurs pratiques)

LES ACTIONS CONCRETES : FILIERE SOINS PALLIATIFS

Thématique	Description de l'action	Calendrier	Responsable
Gouvernance	1. Structurer une gouvernance de la filière SP : <ul style="list-style-type: none"> • Regrouper les gouvernances Est et Ouest et intégrer les vallées • Définir les objectifs et les missions attendues de la gouvernance 	4 ^{ème} trimestre 2017	
Coordination	2. Travailler sur la mise en place d'une plateforme de coordination des acteurs de SP : communication, partage d'informations, documentation...	2018	
Partenariats internes au GHT	3. Développement des partenariats avec les autres filières de soins dans le GHT et développement des EPP	2018	
Partenariats externes	4. Renforcement des partenariats externes hors GHT (associations, PTA, SSIAD, HAD, EHPAD...)	2019	
Cartographie de l'offre	5. Cartographier l'offre de soins sur le territoire	Mai 2017	
Cartographie de la demande	6. Cartographier les besoins sur le territoire en fonction des délais d'attente en USP et en LISP Diffuser la grille d'identification des patients en SP en MCO et SSR	1 ^{er} trimestre 2018	
Outils	Harmoniser les outils du GHT : <ul style="list-style-type: none"> • 7.A. Harmoniser l'utilisation de la grille d'identification des patients • 7.B. Harmoniser l'utilisation des grilles de demande en SP (admission, intervention) 	2 ^{ème} trimestre 2018	
Financement	8. Utiliser le GHT comme un levier et une force collective auprès des tutelles pour l'accès aux financements et la définition de l'offre de soins	En fonction des appels à projets et de l'ARS	
Qualité de la PEC	9.A. Accompagner les patients et les familles/aidants 9.B. Uniformiser les procédures d'accueil en USP 9.C. Déployer des enquêtes de satisfaction auprès des patients pour la douleur et auprès des familles	2017	

Equipes	<p>Accompagner les équipes médico-soignantes dans la prise en charge des patients et diffuser la culture palliative :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10.A. Cartographier les ressources et les compétences au sein du GHT en SP • 10.B. Développer un plan de formation continu, récurrent et in situ en SP • 10.C. Développer l'e-learning • 10.D. Etendre les pratiques de soutien aux équipes soignantes et les rencontres SP annuelles sur tout le GHT • 10.E. Développer les pratiques SP et les solutions d'amélioration • 10.F. Déployer un questionnaire de satisfaction auprès des professionnels 	2018 (certification Vésubie)	
Pratiques professionnelles	<p>Uniformiser les pratiques des professionnels sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 11.A. Grilles RCH, RCD, LATA (Limitation ou Arrêt des Traitements Actifs) • 11.B. Entrée dans la filière • 11.C. Outils – grilles de travail – utilisation du plan personnalisé de soins • 11.D. Comité d'éthique, Inter CLUD • 11.E. Aval • 11.F. Education thérapeutique 	1 ^{ère} réunion : 2 ^{ème} semestre 2017 (Mme Rosier)	
Recherche	12. Développer des protocoles de Recherche au sein du GHT permettant d'amplifier la cohorte de patients	2018	

Filière Urgences

INTRODUCTION

La filière urgences est composée d'un grand nombre de filières de prise en charge des patients. Soucieux des problématiques les plus importantes, le groupe de travail a décidé de concentrer la réflexion autour de cinq axes :

- Prise en charge de la personne âgée
- Elaboration et coopération en cas de plan blanc
- Graduation des soins dans la prise en charge des patients graves
- Animation d'une politique de la médecine de prélèvement
- Harmonisation du fonctionnement de la médecine légale

d'attente pour fluidifier le parcours vers les services d'hospitalisation. Les délais d'attente sont trop longs, même pour l'admission de cette population dans les unités de soins critiques. Le taux des admissions directes dans les services reste bas, mais en parallèle, le flux aux urgences ne cesse d'augmenter. Vu les profils accueillis, l'offre de soins d'aval est jugée insuffisante ou inadaptée.

Certains passages pourraient être évités par une meilleure communication entre la médecine de ville et les urgences, ainsi que par le renforcement des liens entre les EHPAD et les SU.

ÉTAT DE L'EXISTANT



Forces

L'offre de soins du GHT répond aux besoins du territoire des Alpes-Maritimes, avec une densité hospitalière, un taux d'équipement des lits d'EHPAD, et de SSR satisfaisant. Confronté à l'enjeu de l'accueil d'une patientèle âgée, l'accès facile aux plateaux techniques, et la présence des Equipes Mobiles de Gériatrie dans les services d'urgences sont des véritables atouts. Les compétences médicales et paramédicales, les expertises locales sont réunies pour une prise en charge de sécurité et de qualité.

La coopération entre les services d'urgences du GHT est historique, avec des collaborations qui fonctionnent de façon satisfaisante.



Faiblesses

Les principales difficultés sont liées au profil du patient : la population qui se présente aux urgences est souvent difficile à orienter, et la patientèle est de plus en plus poly pathologique, dépendante et en perte d'autonomie.

La performance des services d'accueil reste à améliorer en termes de réduction des délais



Opportunités

La mise en place des cellules de gestion des séjours longs est l'opportunité pour objectiver les difficultés rencontrées et pour créer un espace d'échange autour de l'évolution du parcours patient. Le renforcement des liens et la communication entre les différents secteurs de prise en charge (MCO-SSR-HAD-SSIAD) réduiront le risque de ruptures dans la prise en charge du patient.

Pour mieux répondre aux besoins des patients, l'organisation des formations et la formalisation d'une réflexion éthique semblent être des leviers d'actions envisageables. La gradation des soins pourrait être améliorée par la précision des critères d'admissions des patients graves.

Enfin, la nécessité de formaliser les rapports entre les autorités sanitaires en charge de la mission de service public de médecine légale et les autorités judiciaires concernée constitue une opportunité.

Sécuriser l'offre de soins dans les EHPAD par la médicalisation voire la paramédicalisation des sites ou par la mise en place des Equipes Mobiles de Gériatrie externes permettrait d'éviter une partie des passages aux urgences et aider les professionnels à mieux prendre en charge les patients relevant d'un service d'urgence.

ⓘ **Menaces**

Les changements démographiques actuels ont un impact sur la composition de la population : un taux de précarité qui progresse et un âge moyen qui augmente. Confronté à un flux à croissance constante, dans un contexte de manque de personnel et de compétences gériatriques aux urgences, les postes aux urgences sont de moins en moins attractifs, et les professionnels s'exposent à des risques psycho-sociaux, avec un potentiel épuisement. Les services des urgences sur le territoire font face, comme l'ensemble des services d'urgence sur le territoire national, à une augmentation continue de leur activité dont la cause tient à la fois à des changements de comportement des usagers qu'à une évolution de l'organisation des soins en ville.

Par ailleurs, le service des urgences est aussi dans une situation de contradiction majeure : obligé 24h sur 24 d'accueillir et de traiter toute

personne qui se présente, il demeure, pour l'hospitalisation de ses patients et la réalisation d'un grand nombre d'exams complémentaires, tributaire de l'accord et/ou des contraintes organisationnelles des services partenaires.

La résultante de ces phénomènes est un engorgement du service et un allongement des temps de passage des patients, qui engendre l'insatisfaction des usagers, l'altération des conditions de travail des professionnels et enfin la dégradation de la qualité des soins.

Enfin, les services des urgences sont préoccupés par l'incertitude des aspects financiers : Quelle pérennité des budgets affectés ? Quel moyen de financement des solutions innovantes (télémédecine, télé-expertise...), quelles évolutions des enveloppes MIG ?

CHIFFRES CLES DE LA FILIERE URGENCES

Généralités sur la filière urgences

5 SU et 8 lignes SMUR	Sorties vers domicile : 77%
50% de la superficie du département est située à plus de 30 minutes d'un SAU (15% de la population du département)	+3% d'évolution du nombre de passages par jour
La gériatrie jusqu'à 20% des passages	3h44 le temps de passage en moyenne
837 passages par jour en moyenne	

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES POUR DEVELOPPER LA FILIERE URGENCES AU SEIN DU GHT

Une filière Urgences en adéquation avec le projet médical partagé

Mieux coordonner la filière de la personne âgée se présentant aux urgences

Adapter la prise en charge médico-soignante pour la rendre plus réactive

S'appuyer sur des parcours fluides, en adéquation avec les besoins

Adapter les compétences, renforcer les collaborations et la solidarité

Fidéliser et motiver les équipes.

LES ACTIONS CONCRETES : FILIERE URGENCES

Thématique	Description de l'action	Calendrier	Responsable
Prise en charge de la personne âgée	1. Mener une réflexion commune entre la filière urgence et la filière personne âgée	Sept 2017	
Prise en charge des patients	2. Présence d'un manipulateur en radiologie H24 pour l'imagerie en coupe au niveau de chaque service d'urgence du GHT		
	3.A. Définir l'orientation du patient après évaluation de la gravité dans la prise en charge du polytraumatisé (niveau 1, 2, 3)	En cours	
Graduation des soins critiques	3.B. Améliorer la prise en charge des traumatismes graves, des hémorragies cérébrales et des traumatismes crâniens	En cours	
	3.C. Organiser le retour, vers les autres établissements, des patients dont l'état ne nécessite pas le plateau du CHU	2017	
Travailler sur les protocoles de tension hospitalière	4.A. Mettre en place un groupe de réflexion territorial pour un plan blanc départemental opérationnel	Eté 2017	
	4.B. Mettre en place une cellule de réflexion stratégique territoriale pour rendre à terme la tension solidaire opérationnelle	Décembre 2017-2019	
Médecine de prélèvement	5.A. Améliorer le diagnostic et la prise en charge du donneur potentiel (objectif : 30 sujets prélevés pmh)	En cours	
	5.B. Mettre en place une astreinte mutualisée de médecin coordonnateur de GHT pour la médecine de prélèvement	2017	
Médecine légale	6. Créer une Unité médico-judiciaire dans les hôpitaux du GHT en articulation avec le centre pivot régional de médecine légale du CHU de Nice	2017-2022	

Filière Biologie médicale

INTRODUCTION

Au sein du GHT, la filière biologie médicale s'articule autour des laboratoires des 4 établissements que sont le CHU Nice, le CH Antibes, le CH Grasse et le CH Cannes. Les autres établissements du GHT ne disposent pas de laboratoire et ont recours à de la sous-traitance pour réaliser les analyses. Ces analyses externalisées peuvent être réalisées par des établissements du GHT disposant d'un laboratoire. Bien souvent, ces analyses sont sous traitées à des acteurs privés.

Les 4 laboratoires du GHT ont déjà l'habitude de collaborer même si ces échanges restent encore peu formalisés. L'enjeu pour la filière biologie médicale est de capitaliser sur l'existant et sur les savoir-faire des équipes pour renforcer l'offre de biologie et lui donner davantage de visibilité dans le cadre de la mise en place du GHT.

ÉTAT DE L'EXISTANT



Forces

Les 4 établissements du GHT disposant d'un laboratoire ont un **historique de coopération** et ont déjà l'habitude de travailler ensemble. L'enjeu pour ces 4 laboratoires est désormais de donner un cadre à ses échanges et pratiques en formalisant des conventions.

Chacun de ces 4 laboratoires a su au fil du temps faire preuve de **capacité d'adaptation** pour répondre aux besoins de la population et aux attentes des cliniciens.

Les établissements de santé ont connu de profondes transformations ces dernières années et la filière de biologie médicale a toujours su s'adapter pour les accompagner. La filière de biologie médicale a à la fois opéré des transformations internes dans un souci d'efficacité et des évolutions dans l'offre proposée pour s'adapter aux évolutions des prises en charge médicale.

L'accréditation COFRAC témoigne de la qualité des équipes qu'elles soient médicales ou techniques.



Faiblesses

Seuls **4 établissements sur les 14** établissements composant le GHT **disposent d'un laboratoire de biologie médicale**.

Les établissements ont des habitudes de coopérations informelles. Dans ce nouveau contexte, il devient important de structurer et de trouver une forme juridique qui permette de formaliser les échanges existants.

Ces 4 laboratoires sont en soutien des activités cliniques. Dans ce cadre, ils ont besoin d'avoir de la visibilité sur le projet médico-soignant partagé pour être en mesure d'anticiper les besoins des cliniciens en matière de biologie. Si **la filière de biologie médicale a su s'adapter au fil des années et répondre aux attentes des cliniciens, disposer d'une visibilité accrue et d'une meilleure connaissance des orientations et tendances lui permettrait de davantage anticiper les évolutions**. Pour cette raison, la filière biologie médicale souhaiterait être davantage associée en amont des réflexions des cliniciens.

Une partie des analyses du GHT est sous-traitée à des acteurs privés. Ainsi, les établissements du GHT ne disposant pas d'un laboratoire externalisent leurs activités de biologie à des acteurs privés. Les **établissements disposant d'un laboratoire externalisent également une partie de leurs analyses à des acteurs privés** pour des questions de rentabilité ou parce qu'ils ne sont pas en mesure techniquement de réaliser ces analyses. Dans le contexte du GHT, ces choix sont à réévaluer pour mesurer l'intérêt de traiter certaines de ses analyses au sein du GHT.

La capacité à internaliser des analyses de biologie au sein du GHT est freinée par la **problématique des transports** en raison de la répartition géographique des établissements et de la distance entre les établissements. Ainsi, les délais d'acheminement sont trop longs et ne permettent pas de respecter le

délai pré-analytique et de traiter des analyses urgentes. La réglementation est également une limite à l'internalisation de la réalisation d'analyses au sein du GHT (pas d'utilisation de deux-roues pour effectuer le transport des prélèvements, montant maximum de 25 000€ à ne pas dépasser sinon obligation d'appel d'offre et donc concurrence accrue des prestataires privés...). Néanmoins, les établissements du GHT conviennent également qu'au-delà de la distance entre les établissements et de la réglementation, les transports des analyses sont une problématique sur laquelle il est probablement possible de gagner en efficience. Il est d'autant plus urgent de mener une réflexion sur le sujet que les laboratoires privés intègrent la gestion du transport mais également la réalisation des prélèvements dans leur offre de services.

La capacité à internaliser des analyses de biologie au sein du GHT est également freinée par les Systèmes d'Information de Laboratoires (SIL) et **leur manque d'interopérabilité**. C'est un problème majeur dans la mesure où il n'est pas possible d'adresser des demandes d'analyses et de recevoir des résultats de laboratoire depuis un SIL vers un autre SIL. Il est important de rappeler que la situation actuelle ne permet pas de respecter la réglementation en vigueur sur le sujet.



Opportunités

Le **GHT** apparaît comme une opportunité pour la filière biologie car le développement des coopérations devrait permettre **d'internaliser certaines analyses** (auparavant externalisées dans le secteur privé) et de **capter des parts de marché** via des patients externes.

Néanmoins, cette orientation ne saurait se mettre en œuvre sans interopérabilité des SIL. Le GHT apparaît comme une opportunité pour faire évoluer les SIL et développer l'interopérabilité en s'appuyant sur des compétences et expertises SI biologie dont le savoir-faire pourrait faire l'objet de partage d'expériences. Les établissements s'accordent sur la nécessité de disposer de compétences SI biologie fortes pour adresser les enjeux à venir de partage entre les établissements du GHT.

Dans le cadre du GHT, les établissements de santé disposant d'un laboratoire vont définir et mettre en œuvre **une politique de mutualisation des achats** (matériels et réactifs) ce qui devrait leur permettre de gagner en efficience sur les achats grâce à un effet volume et de pouvoir être plus forts face aux laboratoires privés. Si les établissements souhaitent très clairement s'orienter vers la mutualisation, ils seront vigilants sur les choix opérés afin qu'ils permettent d'opérer une continuité de service en cas de difficultés avec un fournisseur (ex : rupture de stock sur un réactif).

Le GHT est également un cadre adapté pour réfléchir ensemble à de nouvelles approches partagées en matière de gestion des transports et de gagner en efficience collective.

Les travaux menés sur le GHT impulsent une dynamique collective de partage entre les acteurs. Cette approche doit permettre de **renouveler le positionnement de la biologie** au sein du GHT en **l'intégrant dans la conception des parcours patients** pour mieux répondre aux attentes des cliniciens et anticiper les évolutions.

Le GHT doit également **faciliter les échanges** entre les acteurs de la filière biologie médicale en **partageant les avancées en matière de recherche et d'innovation** et **l'harmonisation** des technologies, matériels, protocoles et conduites à tenir.

⚠ **Menaces**

La **stratégie mise en place par les laboratoires privés et leur positionnement actuel** est une menace pour la filière de biologie médicale publique. Ils se sont regroupés, réorganisés et cherchent à développer leurs parts de marchés en proposant des offres attractives incluant la dimension SI et les transports. Il est aussi souligné la difficulté pour les établissements publics d'être rentable sur les activités HN compte tenu des règles de facturation différentes entre public et privé. Par ailleurs, ces règles sont évolutives et peuvent impacter les laboratoires des établissements de santé. La **mise en place du GHT et les orientations sur la filière de biologie médicale peuvent également être une source d'inquiétudes**

pour les hommes et les femmes intervenant sur cette filière et freiner la mise en œuvre des actions. Dans ce contexte, il est indispensable de communiquer sur le projet afin de rassurer les acteurs et les fédérer.

Enfin, les **réflexions de certains établissements en matière de biologie délocalisée constituent un point de vigilance**. En effet, si la biologie délocalisée peut apparaître intéressante, il est nécessaire de bien analyser l'intérêt de sa mise en place et les modalités opérationnelles car ce sont des projets mobilisateurs sur les plans financiers et RH pour les établissements de santé et tout particulièrement pour les laboratoires.

CHIFFRES CLES DE LA FILIERE BIOLOGIE MEDICALE

Les modalités de calcul des indicateurs clés sont en cours de validation.

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES POUR DEVELOPPER LA FILIERE BIOLOGIE MEDICALE AU SEIN DU GHT

Une filière de biologie innovante en adéquation avec le projet médical et soignant partagé

Qui a formalisé ses modalités de coopération (activités de routine et d'urgences, activités de recours)

Qui repose sur des moyens de communication adaptés (SIL, transports)

Dans le respect des obligations d'accréditation et d'efficacité économique

Et en s'appuyant sur des hommes et des femmes disposant d'une expertise technologique et médicale (par exemple, évolution des métiers)

LES ACTIONS CONCRETES : FILIERE BIOLOGIE MEDICALE

Thématique	Description de l'action	Calendrier	Responsable
Achats et activités	1A. Etablir la cartographie des échanges actuels entre les 4 ES qui ont un laboratoire et faire la liste des conventions existantes	Fin d'année 2017	
	1B. Etablir la cartographie des analyses de biologie demandées par les ES qui n'ont pas de laboratoire et collecter les conventions existantes.	Fin d'année 2017	
	1C. Trouver une forme juridique qui permette de formaliser les échanges existants – définition d'un modèle type de convention	Fin d'année 2017	
	1D. Approfondir le volet économique de la convention – en accord avec la législation	1 ^{er} semestre 2018	
	1E. Elaborer un plan d'actions territorial en lien avec le groupe de travail (et augmenter les parts de marché sur l'extérieur avec par exemple, ouverture de CDP)	A définir	
	1F. Définir la politique d'achats par le groupe filière biologie en vue de sa déclinaison opérationnelle par deux GT	A définir	
Transports	2A. Dresser un état des lieux des transports de biologie sur les 4 ES disposant d'un laboratoire	D'ici fin d'année 2017	
	2B. Mener une étude sur la mise en place d'une fonction transports mutualisée en priorité sur les 4 ES et avec une possible extension à l'ensemble du GHT	1 ^{er} semestre 2018	
Cohérence – articulation	2C. Selon les conclusions de l'étude, mettre en place une fonction transports mutualisée	Fin d'année 2018	
	3. Avoir le retour des autres filières pour les intégrer aux travaux de la filière biologie	A définir	
RH	4A. Définir les modalités pratiques d'organisation, ressources humaines – modes de fonctionnement avec le GT SI	A définir	
	4B. Partager le plan de formation continue pour la biologie (DPC)	Fin d'année 2017	
	4C. Mettre en œuvre le plan de formation continue commun pour la biologie (DPC)	2019	
SI	5A. Définir une stratégie transitoire SIL avec une trajectoire de mise en œuvre	A court terme	
	5B. Définir et mettre en œuvre une stratégie d'interopérabilité des SIL quel que soit le calendrier SIH	A définir	
	5C. Mettre en place la dématérialisation (prescription, validation, CR)	A définir	
Harmonisation et partage de pratiques	6A. Mettre en place des audits croisés dans le cadre de l'accréditation	Fin d'année 2017	
	6B. Partager les procédures de validation de méthodes à technique comparable déjà accréditées	Fin d'année 2017	
Communication	7. Définir un plan de communication au sein des laboratoires du GHT 06	Dès que possible	

Innovation Harmonisation des diagnostics et protocoles	8. Etudier et promouvoir les avancées technologiques 9. Participer à l'harmonisation des diagnostics et des protocoles de prises en charge médicales au sein de réunions clinico-biologiques territoriale	A définir A définir	
---	---	------------------------	--

Filière Imagerie

INTRODUCTION

L'objectif premier des GHT est de garantir une « égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité » (art. L. 6132-1 du code de la santé publique).

Cette logique de gradation des prises en charge est portée par la notion de filières, socles du projet médical partagé (art. R. 6132-3 du code de la santé publique). En effet, chaque projet médical partagé doit identifier les filières de prises en charge et qualifier, pour chacune d'elle, quel établissement assure quel niveau de gradation pour chaque filière.

Pour l'imagerie médicale, il s'agit d'organiser « le bon examen, au bon endroit, avec le bon équipement et le bon professionnel ».

L'imagerie médicale présente la particularité d'être à la fois une activité à visée diagnostique, au service de la plupart des filières cliniques de prise en charge, et une activité à visée thérapeutique : la radiologie interventionnelle. Il s'agit donc de distinguer, dans la construction du projet médical partagé, la filière de prise en charge en radiologie interventionnelle, de la contribution de l'imagerie diagnostique aux différentes filières de prises en charge.

C'est la raison pour laquelle le projet d'imagerie du projet médical et soignant partagé du GHT 06 doit tout à la fois :

- Structurer l'offre d'imagerie diagnostique au sein de chaque filière clinique, au regard de l'existant et aussi de la nouvelle répartition des activités cliniques au sein des autres filières.
- Structurer la filière d'accès à la radiologie interventionnelle

Ainsi les enjeux généraux de la filière Imagerie du GHT reposent essentiellement sur deux des axes qui seraient retenus par le PRS V2, à savoir :

- L'axe relatif à l'accès aux soins : permettre à l'ensemble de la population territoriale d'accéder à une offre de qualité en imagerie, dans un contexte d'évolution rapide des techniques et de spécialisation des professionnels par pathologie d'organe.
- L'axe relatif à la mortalité évitable : favoriser les actions visant à dépister – diagnostiquer précocement les pathologies, notamment pour les personnes âgées en cancérologie et en médecine.

ÉTAT DE L'EXISTANT



Forces

La filière publique dispose de **plateaux techniques performants** sur les différents sites (Cannes, Grasse, Antibes, Menton et Nice), avec des équipes médicales qui se connaissent et travaillent ensemble avec entente. La diversité des établissements disposant d'un plateau d'imagerie permet de proposer une offre complète sur un territoire vaste, avec une **volonté des équipes de renforcer les liens** inter-GHT tant sur la recherche que sur le partage de compétences par les postes partagés. Enfin, les **règles d'efficacité et d'efficience** sur le GIE de Grasse et les coopérations public-privé sont **connues** de tous.



Faiblesses

Le GHT dispose de 5 plateaux techniques qui ne communiquent pas entre eux, ce qui complique les interactions entre les établissements. **L'absence de SIH commun** en est la principale cause.

Malgré des plateaux techniques performants, certains sont incomplets ce qui génère une fuite importante de patients vers le secteur privé (absence d'IRM à Menton, médecine nucléaire uniquement au CHU de Nice dans le GHT mais aussi au Centre Antoine Lacassagne, à l'Institut Arnault Tzanck et à Monaco). La **démographie médicale est fragile** au sein du GHT, avec une faible attractivité médicale sur le secteur public. La culture du GHT peine à s'installer de manière générale sur le territoire. Le cloisonnement de la politique achat avant la création du GHT ne permet pas une optimisation de cette fonction, ce qui confère une faible visibilité de l'offre publique.



Opportunités

La création du GHT va permettre un **maillage territorial** dans le domaine des filières et ainsi permettre d'étendre l'offre, mais aussi de mener des **activités de recherches communes**, sur une population potentielle de plus d'un million d'habitants. A titre d'exemple, l'évolution de la **démographie régionale** va conduire à la création d'une filière senior, ce qui constitue une opportunité pour l'imagerie publique. La prise en charge par l'offre publique permet par ailleurs une meilleure **accessibilité aux soins** alors que la population s'appauvrit.

La médecine nucléaire qui est très concurrencée est amenée à se développer.



Menaces

La **pénibilité de la profession** est une faiblesse qui peut éloigner certains

professionnels. La **démographie régionale** est aussi une potentielle menace avec une suractivité et une activité essentiellement en recours pour le public. Le secteur public est fortement **concurrencé** mais (**Monaco** notamment), engendrant des fuites importantes de patients. Les **lignes de décisions plus longues** dans le secteur public avantagent le privé sur l'équipement et l'innovation. Le GHT est composé d'établissements de tailles différentes, le poids de chacun des établissements peut être négatif pour les plus petits. Une **complexité de la coordination** peut naître au sein du GHT, limitant les bénéfices de ce dernier. Enfin, **l'accès au GHT par internet** pour les patients est **peu réactif** dans le public, ce qui peut contribuer aux fuites vers le privé..

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES POUR DEVELOPPER UNE FILIERE IMAGERIE DYNAMIQUE AU SEIN DU GHT

La filière imagerie a pour ambition de réunir les services d'imagerie autour de projets communs entre tous les établissements de santé, avec en premier lieu les MCO ; et de développer le maillage territorial, la communication vers les patients et les acteurs de ville et une mutualisation, qu'elle concerne les équipements ou les compétences.

L'imagerie est une activité transversale fondamentale qui a vocation à s'intégrer systématiquement dans les projets des autres filières pour les aider à développer les leurs. Pour autant, l'imagerie doit développer sa propre dynamique de coordination médicale/soins/enseignement/recherche et permettre grâce à la maturité des pratiques/outils de télé-radiologie d'installer des solutions de proximité simples, efficaces et pertinentes en termes de service rendu aux patients (HAS 2014). Cela afin de constituer le socle de la convergence des activités de télémédecine nécessaires à toutes les filières.

Pour ce faire elle nécessite :

- L'urgence du déploiement **PACS / RIS** dans les sites et de l'interfaçage soit des SI radiologique eux-mêmes soit par des solutions SaaS, permettant les échanges entre les serveurs et un site « hébergeur de données ».
- L'évolution de **dispositif type PTA** : « information – orientation – coordination » pour :
 - Permettre, pour toutes les filières de décliner leurs offres, les orientations qui leur sont propres, les coordinations pour la gestion des situations plus complexes.
 - Permettre, pour toutes les filières, la prise directe des rendez-vous (moyennant des protocoles partagés)
- Le développement de l'échographie clinique pour améliorer la prévention et le maillage du territoire : formation de médecins généralistes.

Les objectifs opérationnels de la filière Imagerie du Projet médical partagé 2017-2022 sont les suivants :

- Evaluer l'impact des flux patients sur les activités d'imagerie à courts, moyens, longs termes :
 - Activités internes des établissements
 - Flux des urgences
 - File active du non programmé (patients externes)
 - Développer les techniques interventionnelles et les faire connaître des patients et médecins de ville
- Définir les niveaux de besoins et d'organisation des autres filières pour le territoire et pour chaque établissement

Afin de répondre au contexte et aux enjeux ainsi définis, **deux actions prioritaires** ont été proposées afin de créer les bases permanentes de la filière sur le GHT :

- **Définir et mettre en place un groupe de permanent de coordination Imagerie GHT (GPIM)** : Un groupe permanent (médecins –cadres – directeurs) de coordination GHT pour animer et piloter les actions définies et suivre l'avancement de ces dernières
- **Faire un état des lieux précis et complet** :
 - Une bonne connaissance de l'activité de la filière au sein du GHT est indispensable afin de définir par la suite les besoins de chacun et l'ampleur des actions à mener
 - Par un relevé des équipements, ressources médicales et paramédicales, besoins,...

Une fois ces actions réalisées, le GPIM conduira les autres actions du projet médical de la filière imagerie médicale.

LES ACTIONS CONCRETES : FILIERE IMAGERIE

Thématique	Description de l'action	Calendrier	Responsable
Coordination	1. Définir et mettre en place un groupe permanent de coordination Imagerie GHT (GPIM) pour animer et piloter les actions définies et suivre l'avancement de ces dernières	4 tr 2017	A définir par le GPIM
Etat des lieux	2. Faire un état des lieux précis et complet : <ul style="list-style-type: none"> • Les équipements • Les ressources médicales et para médicales • Les besoins • Les activités 	4 tr 2017	A définir par le GPIM
Système d'information	Dispositif « Information – Orientation – coordination » en zone Proximité / territorial : <ul style="list-style-type: none"> • 3.A. SIH : Mettre en place un PACS ou équivalent commun au GHT • 3.B. Poursuivre le développement de la télé-imagerie 	Information - Orientation : 4 tr 2019 Coordination : prise de rdv 4tr 2020	A définir par le GPIM
Offre GHT	4.A. Développer l'offre : compléter les plateaux techniques existants, partager les équipements peu occupés, innover 4.B. Equipements : acquisition, partage ou mutualisation	2019	A définir par le GPIM
Ressources humaines	5.A. Développer l'attractivité par des postes de praticiens hospitaliers partagés et la délégation de compétences 5.B. Proposer des postes partagés d'assistants spécialistes	2018	A définir par le GPIM
Formation	6. Actions communes de formation : développement de l'échographie clinique dans le cas du maillage territorial	2018	A définir par le GPIM
Recherche	7. Favoriser des projets de recherche multicentriques	2018	A définir par le GPIM

Filière Pharmacie

INTRODUCTION

Le projet pharmaceutique de territoire est défini afin de concourir à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins aux patients et à l'efficacité des activités pharmaceutiques, en cohérence avec le projet médical partagé de territoire.

Son objectif principal correspond au développement mutualisé et harmonisé des activités de pharmacie clinique décliné au sein de chaque structure.

Centrées sur la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient ainsi que l'amélioration de son adhésion à la thérapeutique, ces actions, en lien avec la communauté médicale et soignante, comprendront notamment l'harmonisation des pratiques, la mise en place ou le développement des différents actes : informations / entretiens pharmaceutiques / conciliation médicamenteuse (entrée/sortie) / bilan de médication/ plan pharmaceutique personnalisé, auprès des patients, de participation aux programmes d'ETP, de participations aux staffs et RCP médicaux et de développement des relations Ville-Hôpital et Hôpital-Ville.

Ce développement, visant à être à court terme médico économiquement positif, s'appuie notamment sur l'optimisation et la mutualisation à court / moyen terme des activités pharmaceutiques.

Le projet pharmaceutique de territoire sera porté au sein d'une organisation commune des différentes PUI du territoire sous forme d'une fédération pharmaceutique de territoire.

Cette structure collaborative sera animée par un bureau, interlocuteur des instances du GHT.

Le bureau sera représentatif de chaque structure et s'appuiera sur un coordinateur.

Le bureau est composé de :

2 représentants des établissements suivants :
CH Antibes, CH Cannes, CH Grasse, CHU Nice, CH Menton,

1 représentant de chacun des autres établissements parties au groupement.

Un règlement intérieur du bureau permettra de décrire les modalités de fonctionnement.

Pour la première année, la gouvernance de la fédération sera portée par les 3 pilotes et co-pilotes de la filière GHT. (*Décision prise à l'unanimité lors du séminaire du 16 mai 2017*).

ÉTAT DE L'EXISTANT



Forces

- **Coopérations déjà existantes inter-établissement**
 - Groupement de commandes
 - Conventions de sous-traitance
 - Dépannages, échanges ponctuels
 - Recours dans certaines situations (antidote, facteur de coagulation) – CHU de Nice
 - Médicament Info Service
- Réseau Ph@re: Formation commune, Projet AIPAT
- Expériences du lien avec Hôpital / Pharmacie / Ville
- **Expériences et savoir-faire nombreux et répartis**
- Offre de soins très large, ensemble des missions des pharmacies hospitalières déployées au sein du GHT
- **Expériences du lien Hôpital / Pharmacie / Ville**
- Présence au sein des instances du GHT : Comité stratégique et Comité médical
- Volonté commune d'évoluer en collaboration
- Formation initiale et continue commune
- Lien avec les services cliniques



Faiblesses

- **Répartition large géographique**
- Nombre important de PUI (et de tailles disparates)
- Missions élargies non réglementaires
- Niveau d'informatisation pour certains sites
- **Systèmes variés d'informations et non interopérables**
- Absence de messagerie sécurisée pour le lien inter site et avec la ville
- Organisation pour certains sites de proximité de la permanence de soins : problème des remplacements
- Niveau actuel de **déploiement de la pharmacie clinique**
- Peu de postes internes et externes
- **Visibilité externe** de la filière pharmacie
- Interactions avec les autres filières cliniques
- Renégociation continue lors du renouvellement des postes

- Visibilité externe de la filière pharmacie
- Interactions avec les autres filières cliniques
- Difficulté à valoriser les activités pharmaceutiques



Opportunités

- Mise en place du GHT
 - Activités pharmaceutiques de production
 - Politique d'achat
 - Harmonisations pratiques (pharmacie clinique)
 - Harmonisation des livrets thérapeutiques et DMS
 - Mutualisation des activités pharmaceutiques
 - Attractivité pour les internes / qualité risque ...
- Visibilité des activités pharmaceutiques auprès des autres filières & instances
- Nouvelles missions de l'Ordonnance n° 2016-1729 du 15 décembre 2016 relative aux pharmacies à usage intérieur
- **Partenariat** avec les acteurs publics
- Partenariat avec les acteurs privés (Stérilisation / « dépannage » / PDS)
- **Mutualisation des ressources** (humaines / matérielles / financières) pour développer de nouvelles missions ...

! Menaces

- Plan triennal et **plan de retour à l'équilibre financier**
- **Attractivité pharmaceutique** hétérogène entre les sites
- Diminution des personnels avec dégradation des conditions de travail
- Perte de ressources pharmaceutiques si non pérennisation des postes
- Risque de diminution de la proximité de certaines activités
- Crainte de perte d'autonomie de certaines structures

CHIFFRES CLES DE LA FILIERE PHARMACIE

Généralités sur la filière pharmacie

Plus de 40 000 poches préparées en chimiothérapie	4 sites avec stérilisation
Près de 25 000 rétrocessions	359 essais cliniques en cours
1 865 lits concernés par la dispensation nominative (MCO, EHPAD, SSR,...)	14 coopérations déjà existantes antérieurement à la constitution du GHT
6 logiciels pour gérer l'information de la prescription	

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES POUR DEVELOPPER LA FILIERE PHARMACIE AU SEIN DU GHT

« La filière pharmacie du GHT, en collaboration avec les autres filières, se fédère pour **optimiser (avec pertinence, sécurité et efficacité), au plus près du patient, sa prise en charge thérapeutique, tout au long de son parcours notamment au travers de la pharmacie clinique.** »

La filière de pharmacie a initié depuis de longs mois un travail permettant des échanges constructifs et une écoute attentive dans un cercle vertueux pour :

- **Porter un projet consensuel**
- **Élaborer des travaux de manière largement collaborative**
- **Intégrer un accompagnement au changement**
- **S'appuyer sur des hommes et des femmes disposant d'une expertise technologique et pharmaceutique**
- **Travailler avec l'ensemble des filières et des services de soins**

LES ACTIONS CONCRETES : FILIERE PHARMACIE

Thématique	Description de l'action	Calendrier
Pharmacie Clinique	Développer les activités de pharmacie clinique dans l'ensemble des structures du GHT	2017 / 2020
Pharmacotechnie/ préparation (dont Chimiothérapie)	Optimiser des activités pharmaceutiques de production	2017 / 2020
Politique de bon usage	Mettre en œuvre une politique commune de bon usage des produits de santé	2017 / 2020
Achats pharmaceutiques	Définir et mettre en œuvre une politique d'achat des produits pharmaceutiques commune au sein du GHT	2017 / 2020
Qualité/ gestion de risques	Déployer et valoriser les activités pharmaceutiques qualité/risques dont la simulation : en lien avec le pole qualité/risque	2017 / 2020
Optimisation des stocks / médicaments spécifiques	Optimiser l'organisation partagée des demandes de prêts et emprunts entre établissements	2017 / 2018
Formation/Gestion des internes	Proposer un plan de formation pharmaceutique et préparateur en lien avec les objectifs du projet pharmaceutique	2017 / 2018
Ressources pharmaceutiques et continuité des soins	Gérer les remplacements dans les établissements disposant d'un seul pharmacien	2017 / 2018
Système de délivrance (automates / organisation logistique...)	Etablir, pour chaque site, : <ul style="list-style-type: none"> • Un état des lieux • Une évaluation des besoins • Les perspectives et propositions de réponses communes 	2017 / 2020

Note méthodologique

Cette note méthodologique explique la méthode d'extraction de certaines données pour connaître le domaine d'étude.

Filière cancérologie :

Se référer à la note méthodologique de l'analyse détaillée de l'état des lieux de la cancérologie en Alpes-Maritimes

Filière Vieillesse et personnes âgées :

Généralités sur la filière : PMSI 2015 extraction avec condition sur l'âge : « >74 » ans.

Filière médecine :

Généralités sur la filière : PMSI 2015, ensemble des GHM ASO « M ». (1 361 GHM)

Infarctus aigu du myocarde : PMSI 2015, sélection des GHM 05M21E, 05M04T, 05M041, 05M052, 05M043 et 05M044.

AVC : PMSI 2015, ensemble des GHM du libellé groupes d'activité « AVC ». (26 GHM)

Hépatogastro-entérologie : PMSI 2015, ensemble des GHM du libellé groupes de type de planification « Hépatogastro-entérologie » et « Hépatogastro-entérologie, sans acte opératoire, avec anesthésie ». (19 GHM)

Filière Chirurgie :

Généralités sur la filière : Scansanté ATIH 2015 & 2014

Filière Gynécologie-obstétrique :

Généralités sur la filière : PMSI 2015, ensemble des GHM ASO « O » et des GHM du libellé domaine d'activité « Gynécologie – sein ». (203 GHM)

IVG : PMSI 2015, GHM 28Z08Z.

Endométriose : PMSI 2015, GHM commençant par N80 et GHM C451. En diagnostique principal et diagnostique associé. (11 GHM)

Naissances : PMSI 2015, 30 GHM pour accouchements, acte JMPA006 pour les épisiotomies.

Filière Soins Palliatifs :

Généralités sur la filière : Bilan d'activité du Pole Terdasp 06 Ouest 2016 et Bilan d'activité des Soins Palliatifs 06 Est 2016

Filière Urgences :

Généralités sur la filière : E-santé, Observatoire Régional des Urgences PACA, Panorama 2016, Activité des services d'urgence

Filière pharmacie :

Généralités sur la filière : Monographies renseignées par chaque établissement

6. Les ambitions et le plan d'action du Projet de Soins Partagé

INTRODUCTION

Le GHT est une opportunité majeure, à travers la Commission Paramédicale de Territoire, d'affirmer et de traduire la volonté du corps soignant (en soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique) d'améliorer significativement les soins et les parcours patients. Dans le département des Alpes-Maritimes, les présidents et représentants des CSIRMT de chaque établissement ont ainsi eu l'occasion de s'organiser et de fonder les bases d'une communauté de pratiques. La démarche qui a structuré la Commission Paramédicale de Territoire, bien qu'effectuée dans un calendrier serré, s'est voulue participative, dynamique et ambitieuse : l'existant est partagé, les objectifs sont affichés, le plan d'action répondant aux enjeux des filières prioritaires est élaboré.

L'intérêt à agir ensemble de manière coordonnée, dans l'intérêt du patient, préexiste à la constitution du GHT et se traduit par des expériences réussies de coopérations :

- Réseau 3C : réunions communes, outils de transmission, CRH, projet de soins partagés
- Réseaux cliniques : périnatalité, urologie de territoire
- Formation : accueil d'IDE en FMC au bloc de cardiologie, de ressources paramédicales en obstétrique, partage de bonnes pratiques
- Mise à disposition de ressources rares (ex. temps de diététicien du CHU sur des établissements de proximité)
- Soutien en biologie : procédure dégradée entre les laboratoires en cas de panne
- Mise à disposition de médecins sur des sites de proximité temps partagés médicaux (praticiens du CHU sur le CH de Menton et d'Antibes ...)
- Equipes partagées : Equipe mobile de Soins Palliatifs, Equipe opérationnelle d'hygiène
- ...

Ces coopérations – dont la liste n'est pas exhaustive - ont mis en exergue la qualité de la communication entre les équipes, l'envie des paramédicaux d'innover et de partager leurs compétences et leurs expertises cliniques et un certain leadership à porter la coopération.

Le cadre structurant du GHT va permettre d'amplifier ses coopérations, de mieux connaître l'offre de soins proposée par chaque établissement et les professionnels la délivrant et de comprendre les recours possibles pour fluidifier et coordonner le parcours patient.

ÉTAT DE L'EXISTANT

Forces

L'organisation et les pratiques paramédicales au sein de chaque établissement et par le biais des coopérations existantes inter-établissement sont centrées sur le **partage de valeurs communes**, orientées sur le parcours de soins du patient. Les **professionnels paramédicaux sont en nombre et en compétences dans les établissements** et ont développé des **expertises cliniques spécifiques** (personnes âgées, éducation thérapeutique, soins palliatifs, oncologie...). Ils sont tous sensibilisés et engagés dans une **démarche de qualité et de sécurité des soins**.

Il existe une volonté démontrée à vouloir **travailler ensemble**, à **s'ouvrir vers l'extérieur** et à **communiquer autour d'évènements** (journée de l'obésité, sensibilisation en milieu scolaire sur le territoire...), à accompagner la transformation des établissements en facilitant la recomposition de l'offre de soins (exemple donné du regroupement des activités de SSR sur le site de Menton).

Faiblesses

Les faiblesses de l'organisation et des pratiques paramédicales sur le territoire sont essentiellement liées aux **contraintes géographiques** (éloignement des établissements, disparités littoral/arrière-pays) et **démographiques des ressources humaines** avec des **métiers en tension** dans les professions paramédicales (IBODE, IADE, cadres, kinésithérapeutes), des **déserts médicaux** dans certains bassins de vie, ne sécurisant pas la pratique paramédicale, un **manque d'attractivité pour les professionnels** (recrutement par les établissements monégasques et du secteur privé ; moins d'attractivité sur la filière vieillissement) et enfin, un certain manque de **lisibilité de compétences paramédicales spécialisées**.

D'autre part, il est à noter une **inégalité de l'offre de soins sur le territoire** (soins palliatifs, SSR, manque de lits d'hébergement pour les patients âgés poly pathologiques) et la **mauvaise qualité de l'information** relative aux patients **lors des transferts**, d'un établissement à un autre.

Opportunités

L'organisation en GHT et la structuration d'une Commission Paramédicale de Territoire est une occasion unique de renforcer et valoriser les paramédicaux :

- Par le développement des **pratiques avancées et de protocoles de coopération entre professionnels de santé**
- Avec l'émergence des **nouveaux métiers** : gestionnaire de cas complexe, APA pour pallier le manque de kinésithérapeutes...
- Par le **recentrage** des professionnels paramédicaux **sur leur cœur de métier** (notamment pour les métiers en tension)
- Par la **reconnaissance de leur polyvalence** et de leur **maîtrise de plusieurs disciplines** (Hôpitaux de jour, hospitalisations...)
- Par la **construction de parcours professionnels** pour chacun : formation, perspectives de carrières
- Par le **développement de la télé-expertise** permettant, pour celui qui l'utilise, d'avoir accès à une expertise où qu'elle soit disponible sur le territoire et pour celui qui la propose, de valoriser une **fonction de « recours »** pour le territoire (plaies et cicatrisation, stomathérapie...).

Menaces

Les menaces pesant sur l'organisation et les pratiques paramédicales sont de l'ordre des ressources humaines avec une démographie défavorable (notamment les cadres avec 1/3 des effectifs partant en retraite dans les 5 ans à venir) et un absentéisme élevé dans les établissements du GHT et des difficultés, par conséquent, à maintenir le niveau managérial nécessaire et la pluri-compétence des professionnels.

Une tendance au « nomadisme » des professionnels associée à un manque d'attractivité hospitalière, surtout sur la filière vieillissement, induit une difficulté à fidéliser les paramédicaux.

LES OBJECTIFS PRIORITAIRES POUR DEVELOPPER LA FILIERE AU SEIN DU GHT

Un travail en amont de la commission paramédicale de territoire du 24/05 a permis d'identifier des thématiques prioritaires. En séance, un consensus s'est dégagé autour des quatre « fils rouges » suivants.

Les quatre objectifs du Projet de Soins partagé

1. Apporter une amélioration dans la coordination de la prise en charge du patient dans une filière de soins, mieux articuler les interfaces et éviter les ruptures de soins
2. Sécuriser les soins dispensés aux patients dans le cadre d'un parcours de soins
3. Faire converger et harmoniser les pratiques professionnelles pour les sécuriser
4. Partager les compétences, les expériences et les expertises dans des domaines du soin, promouvoir la pratique clinique

Les sept thématiques de travail pressenties

Au décours de la commission paramédicale de territoire du 24/05, les représentants paramédicaux de chaque établissement membres ont été invités à solliciter les membres de leur CSMIRT et/ou structures équivalentes pour proposer des pistes d'actions dans le cadre de l'élaboration du projet de soin partagé.

Grâce à la réactivité des équipes et à aux diverses contributions collectées, un plan d'actions a pu ainsi être élaboré autour de sept thématiques :

1. Qualité et sécurité des soins
2. Démarche éducative et promotion en santé
3. Intégration de nouvelles technologies
4. Compétences rares et critiques, les filières d'expertise, l'attractivité des professionnels
5. L'enseignement et la recherche, la formation
6. L'accompagnement des cadres
7. L'éthique et la bientraitance

Le plan d'action a été construit afin de décliner de manière opérationnelle les actions envisagées, d'identifier les méthodes nécessaires et une première matrice des risques (facteurs de succès, obstacles) a été proposée.

Il reste à poursuivre la réflexion par l'identification des échéances de mise en œuvre et les personnes ressources (responsables).

Thématique n°1 : Qualité et Sécurité des Soins

Actions	Description de l'action	Méthode	Facteurs de réussite	Obstacles	Calendrier	Responsable
Améliorer/assurer la liaison inter établissements et partenaires Eviter la rupture dans la continuité des soins	Mettre en place et utilisation de la fiche de liaison professionnelle par tous les établissements du GHT Elaborer une Charte de sortie Déterminer des items utiles pour assurer la continuité des soins Utiliser la plateforme ROR	Cartographie des outils existants Textes réglementaires Groupes de travail intégrant des référents de chaque établissement	Demande partagée Obligation liée à la certification Informatisation au niveau GHT	Changement des pratiques Développement de la culture qualité		
Echanger sur les pratiques professionnelles	Favoriser l'utilisation des dispositifs de simulation en santé	Recensement des ETB disposant du matériel requis Recensement des besoins dans le cadre du plan de formation	Installation salle de simulation à l'IFSI de Cannes	Nombre de personnels à former		
S'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité / gestion des risques - Mettre en place des analyses collectives de pratique professionnelle	Utiliser la méthode du « patient traceur » dans le cadre du parcours de soins du patient au sein d'une filière de PEC (Cancérologie, chirurgie, urgences par ex). Mise en œuvre d'audits croisés	Lien avec la direction qualité du CHU de Nice Mobilisation des ressources compétentes des établissements	Prochaine certification inter établissement	Lourdeur de la démarche		

Thématique n°2 : Démarche éducative et promotion en santé

Actions	Description de l'action	Méthode	Facteurs de réussite	Obstacles	Calendrier	Responsable
Répondre aux besoins chroniques du territoire	Accéder au programme ETP mis en place sur le territoire pour les patients Favoriser le partage d'expériences Développer les complémentarités Créer un site partagé avec possibilité de prise de RDV en ligne aux ateliers ou via une ligne dédiée Créer un flyer d'information pour les usagers Intégrer les usagers / patients dans le dispositif	Recenser les programmes labélisés éducatifs existants Repérer les projets ETP existants Recenser les personnes ressources Intégration de « patients experts » Formaliser les processus de parcours de soins / programme ETP	Collaboration médico-soignante Associations d'usagers Existence de formation de « patients experts »	Disponibilité des professionnels		
Harmonisation des pratiques professionnelles en ETP	Uniformiser le support ETP sur le GHT à partir des références nationales en lien avec les IFSI du territoire	Cartographie de l'existant Groupe de travail GHT	Guide méthodologique HAS Boite à outil CRESS			
Partage d'expérience entre professionnels	Développer la réflexion et la démarche clinique des PNM	Organisation d'une journée de présentation des programmes d'ETP des établissements GHT Journée de communications auprès des usagers	Adhésion des professionnels médicaux et paramédicaux			

Thématique n°3 : Intégration de nouvelles technologies

Actions	Description de l'action	Méthode	Facteurs de réussite	Obstacles	Calendrier	Responsable
Proposer aux patients des soins spécifiques adaptés Favoriser le partage d'expertise	Mettre en place de télé consultations paramédicales pluridisciplinaires (Plaie et cicatrisation, stomies)	Cartographie des équipements informatiques Cartographie des ressources	Existence de technologies numériques de ce type pour les médecins	Vétusté ou inexistence des équipements informatiques		
Faire évoluer les métiers avec ces nouvelles technologies Prévoir le développement de coopérations entre professionnels	Prévoir le transfert de compétences des IDE dans le champ de la télémédecine en réponse à l'optimisation des temps médicaux	Identification des besoins / projet médical partagé Intégration GPMC	Contexte médical Expérimentations concluantes de coopérations			
Favoriser le développement des compétences dans le cadre de l'évolution des techniques et des métiers	Développer les dispositifs de simulation en santé Organiser des séances de formation	Recenser les dispositifs existants et les formateurs ; Organiser les formations	Existence et utilisation du dispositif au sein des IFSI du GCS			

Thématique n° 4 : Compétences rares et critiques, les filières d'expertise, l'attractivité des professionnels

Actions	Description de l'action	Méthode	Facteurs de réussite	Obstacles	Calendrier	Responsable
Optimiser les ressources sur l'ensemble des établissements	Recenser les métiers en tension dans les différents établissements du GHT	Estimation des besoins Cartographie par des ressources Postes partagés	Optimisation des compétences et des savoirs faire	Périmètre de déplacements		
Répondre à la pénurie de compétences rares Répondre à l'obligation réglementaire de disposer d'IBODE formées aux actes exclusifs	Elaborer une pyramide des âges (CADRES) Concurrer le secteur libéral en proposant un exercice professionnel attractif (Kiné, orthophoniste, ergo, AS...) Identifier les potentiels métiers et les accompagner au concours Former les IBODE aux actes exclusifs	Cartographie des besoins des professionnels à former Travail en lien avec le groupe GHT formation Soutenir le projet de création d'une formation IBODE dans le GHT	Terrains de stage pour la formation Problématique de formation des IBODE aux actes exclusifs	Autorisation agrément		
Développer les pratiques avancées en réponse au déficit de ressources médicales	Identifier les métiers et le niveau de délégation de compétence	Lien avec les filières concernées Textes réglementaires Formation GPMC				
Améliorer l'accompagnement et l'intégration des nouveaux professionnels arrivants	Mettre en place un livret de compétences du nouvel arrivant	Groupe de travail GHT en lien avec le groupe formation du GHT	Outil d'objectivation demandée par les cadres et les personnels	Faire les liens avec la démarche d'évaluation professionnelle / ETB		

Thématique n°5 : L'enseignement, la recherche, la formation

Actions	Description de l'action	Méthode	Facteurs de réussite	Obstacles	Calendrier	Responsable
Développer les projets de recherche paramédicaux portés par le CHU sur le territoire	Inclure les établissements du territoire dans les projets de recherche	Diffuser les projets existants Ouvrir l'accessibilité à la formation en recherche paramédical aux établissements du GHT Identifier les sujets de recherche paramédicaux Publication des résultats de recherche	Ressources CHU Volonté acteurs	Capacité des établissements du GHT à déployer un programme de recherche		
Développer les pratiques avancées	Former les professionnels dans le cadre d'un parcours qualifiant pour les pratiques avancées	Accès à l'enseignement universitaire	Département des sciences paramédicales de l'Université de Nice Accompagnement médicale			
Uniformiser l'accueil et l'encadrement des élèves et étudiants	Harmoniser les modalités d'accueil dans les lieux de stage Elaborer et diffuser une charte d'encadrement en stage commune au GCS Créer un livret d'accueil de l'étudiant en stage	Généraliser la formation, au tutorat Groupes de travail acteurs de terrain de la formation et étudiants	Collaboration entre les CH et les instituts de formation Ouverture de stage dans les HL Implication des équipes	Nombre de tuteurs à former Capacités d'accueil des services limitées		

Thématique n°6 : L'accompagnement des cadres

Actions	Description de l'action	Méthode	Facteurs de réussite	Obstacles	Calendrier	Responsable
Favoriser l'émergence de cadres de santé dans le cadre de la promotion professionnelle	Identifier les potentialités et mise en place d'un parcours de formation et d'accompagnement au métier de management Structurer et harmoniser l'accompagnement des FFCS	Mise en place d'un guide d'accompagnement avec outils de suivi	Démarche existante dans plusieurs établissements			
Développement des compétences managériales de l'encadrement avec une vision GHT	Accompagner la mobilité inter établissement dans le cadre du projet professionnel et d'un parcours qualifiant Offrir des formations spécifiques ou séminaires cadres au sein du GHT Impliquer les cadres dans la mise en place du projet de soins par filière	Affichage des postes vacants inter établissements Création d'un portail pour la publication des postes Partage de formations spécifiques pour les cadres	Intérêt des professionnels d'encadrement Possibilité des journées d'accompagnement Int par un cadre de la même spécialité			

Thématique n°7 : L'éthique et la bientraitance

Actions	Description de l'action	Méthode	Facteurs de réussite	Obstacles	Calendrier	Responsable
Développer la culture de bientraitance des professionnels	Elaborer un livret de bientraitance à l'usage des agents	Groupe de travail pluridisciplinaire Références dans le domaine	Charte de bientraitances Références de bonnes pratiques			

7. Etat des lieux en cancérologie dans les Alpes-Maritimes

Document annexe

SOMMAIRE

#1 Synthèse	p. 107
#2 Caractéristiques des cancers sur le territoire du GHT 06	p. 108
#3 Caractéristiques de l'offre en oncologie	p. 110

Introduction

L'objet de ce document est de présenter aux instances du GHT 06 un état des lieux de l'activité de cancérologie sur le territoire des Alpes-Maritimes, en replaçant l'offre publique dans le contexte global de l'offre de soins du Département.

Il s'inscrit dans les réflexions du PRS et ses principales orientations et ouvre la réflexion sur le renforcement des coopérations inter-établissements pour une meilleure maîtrise de la stratégie de l'offre publique.

Le cancer est en effet un enjeu majeur de santé publique aussi bien en raison de son développement comme première cause de mortalité, tout comme en raison des innovations qu'il induit depuis la recherche, la prévention, la prise en charge thérapeutiques et l'accompagnement pendant et post-soins. Il est aussi un levier de développement de l'activité que les établissements de santé du GHT doivent capter.

La chronicisation liée aux progrès thérapeutiques, est à l'origine d'une demande d'accompagnement et de suivi du patient, celle-ci encourage la mise en place des coopérations sur l'ensemble de la chaîne de soins.

L'offre de soins publique s'articule bien évidemment avec celle des établissements privés non lucratifs, le CLCC Antoine Lacassagne en particulier, et les établissements et cliniques privées.

Dans ce but, le document présente :

- Une approche macro des caractéristiques des cancers au sein de la population des Alpes-Maritimes
- Une approche détaillée par type de cancer
- Une description de l'offre de soins publique au sein de son territoire
- Le positionnement de l'offre publique, au regard de l'offre privée non lucrative et privée commerciale.
- Des annexes détaillant les activités par appareils et par établissement.

#1

Synthèse

Caractéristiques de la prise en charge du cancer dans les Alpes-Maritimes

1 - Une prévalence des cancers à peu près équivalente à celle du niveau national

L'épidémiologie du cancer dans les Alpes-Maritimes est proche de celle de la France entière : prévalence, âge médian du diagnostic, taux d'incidence selon les catégories socio-professionnelles et taux de mortalité.

2 - Quelques spécificités par rapport au niveau national

Les spécificités identifiées semblent à la fois liées au profil de la population, notamment à son âge, au contexte géographique mais aussi à des habitudes de vie, en particulier le tabagisme :

- Surreprésentation des cancers de la peau
- Surreprésentation des cancers du poumon chez les femmes.

5 - Un profil d'activité traditionnel fortement challengé par le CLCC et les cliniques privées

- Le GHT est largement dominant sur l'hospitalisation en HC
- Mais il voit sa domination s'effriter même sur ce créneau
- La croissance de l'activité ambulatoire a surtout profité au CLCC et aux cliniques privées

3 - Radiothérapie/ Plateaux techniques

L'offre publique ne propose aucune ressource en radiothérapie.

- L'ensemble de l'offre est détenue par des structures privées non lucratives (CLCC) ou des centres privés
- Des conventions permettent aux établissements publics de bénéficier de ces ressources techniques.

4 - Répartition de l'activité publique/CLCC/privé

L'offre publique est sous-représentée sur certains segments de l'offre, en particulier sur les cancers à forte volumétrie

Le GHT ne profite de la croissance de l'activité que sur certains segments spécialisés

5

#2

Caractéristiques des cancers sur le territoire du GHT 06

Les patients traités en PACA souffrent en majorité des mêmes cancers qu'au niveau national mais présentent quelques spécificités : cancer du poumon chez les femmes et cancer de la peau



Les cancers les plus fréquents sont exactement les mêmes qu'au niveau national :

- Prostate, poumon et colon-rectum chez les hommes
- Sein, colon-rectum et poumon chez les femmes

Comme en France, les taux standardisés de mortalité par **cancer de la peau** sont en hausse en PACA (+8,7% depuis 2000) et **les cancers du poumon explosent chez les femmes** (+34,7% en PACA entre 2011 et 2013, contre -13,1% chez les hommes).



Les deux principales causes de mortalité sur la période 2011-2013 dans la région PACA sont les cancers (28,1% des décès, contre 28,5% au niveau national) et les maladies cardiovasculaires (24,8% comme au niveau national)

Les cancers sont responsables de **40,9% des décès prématurés en PACA** (devant les traumatismes et les maladies cardiovasculaires)



La participation au dépistage organisé du **cancer du sein** en PACA est de 30% inférieure à la moyenne nationale

- 36,4% des femmes de 50-74 ans ont participé au dépistage organisé en PACA en 2013-2014, contre 52,1% en France

Les cancers du poumon chez les femmes sont plus fréquents en PACA que dans le reste de la France (à l'inverse des hommes)

- Spécificité expliquée par une consommation de tabac chez les femmes de la région supérieure à la moyenne nationale.

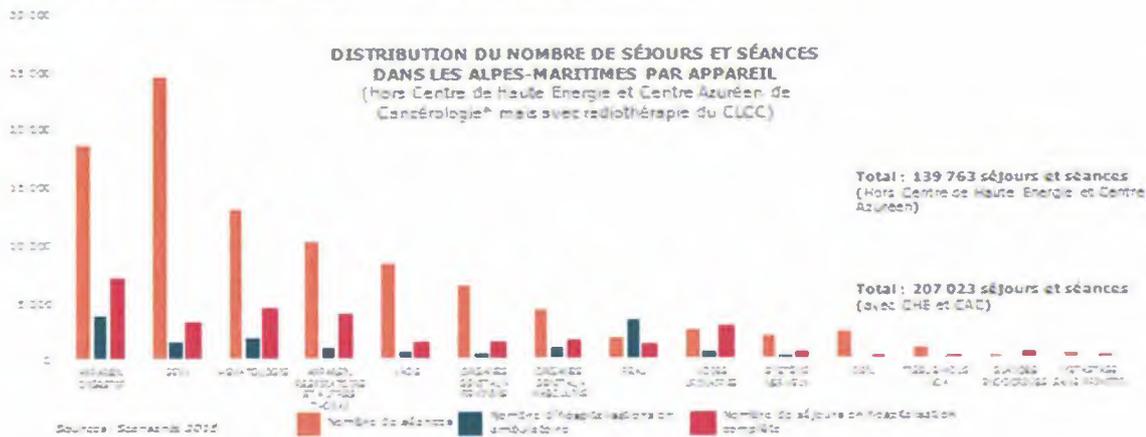


Les **inégalités de mortalité par cancers entre les catégories socio-professionnelles** se sont creusées dans la région depuis 2000

- La probabilité de décéder d'un cancer est 3,5 fois plus élevée chez les ouvriers et les employés (taux de 51,8 pour 100 000) que les cadres supérieurs (17,4 pour 100 000) dans la région en 2004-2013
- Seules 34,4% des bénéficiaires de la CMUC ont participé au dépistage organisé du cancer du sein (contre 36,4% sur l'ensemble de la région)

On retrouve les mêmes distributions du cancer dans les Alpes-Maritimes qu'au niveau national

- Les **quatre appareils représentant les plus gros volumes de patients** sont les mêmes dans les Alpes-Maritimes qu'au niveau national: l'appareil digestif, le sein, l'hématologie et l'appareil respiratoire
- Les **cancers de la peau** représentent 4,7% de l'activité dans les Alpes-Maritimes alors qu'ils ne représentent que 3,2% de l'activité au niveau national
- Les **7 premiers appareils concentrent 80% des séjours et séances**



*CHU uniquement accessible à travers le SAG, et non fourni par l'ARS à ce jour



#3

Caractéristiques de l'offre en cancérologie

Autonome : Centre de Radiothérapie (CRA), Centre de Diagnostic et de Traitement des Tumeurs (CDT), Centre de Haute Spécialité (CHS), Centre de Recherche et d'Innovation (CRI), Centre de Recherche et d'Innovation (CRI), Centre de Recherche et d'Innovation (CRI), Centre de Recherche et d'Innovation (CRI)

Le GHT dominant en HC est plus faiblement présent sur l'ambulatoire et les séances de chimio. Il profite de la croissance de l'activité uniquement sur quelques spécialités

Un profil d'activité traditionnel fortement challengé par le CLCC et les cliniques

Séances de chimiothérapie :

- Le GHT ne domine l'activité que sur une seule des activités à forte volumétrie (hématologie)
- Ce sont les cliniques privées et le CLOC qui réalisent les plus gros volumes toutes spécialités confondues.

Séjours ambulatoires

- Le GHT domine sur 3 spécialités à forte volumétrie
 - Appareil respiratoire
 - hématologie
 - VADS

Séjours en hospitalisation complète, le GHT est largement dominant mais fortement concurrencé

- Par le CLCC sur les activités sein, VADS et glandes endocrines
- Par les cliniques privées sur les activités sein, Organes génitaux F et M.

La croissance de l'activité observée sur le 06 profite faiblement au GHT qui est fortement concurrencé dans toutes les spécialités

Séances de chimiothérapie

- Le privé réalise plus de la moitié des séances sur le territoire
- Le CLOC réalise environ un quart des séances

Séjours ambulatoires

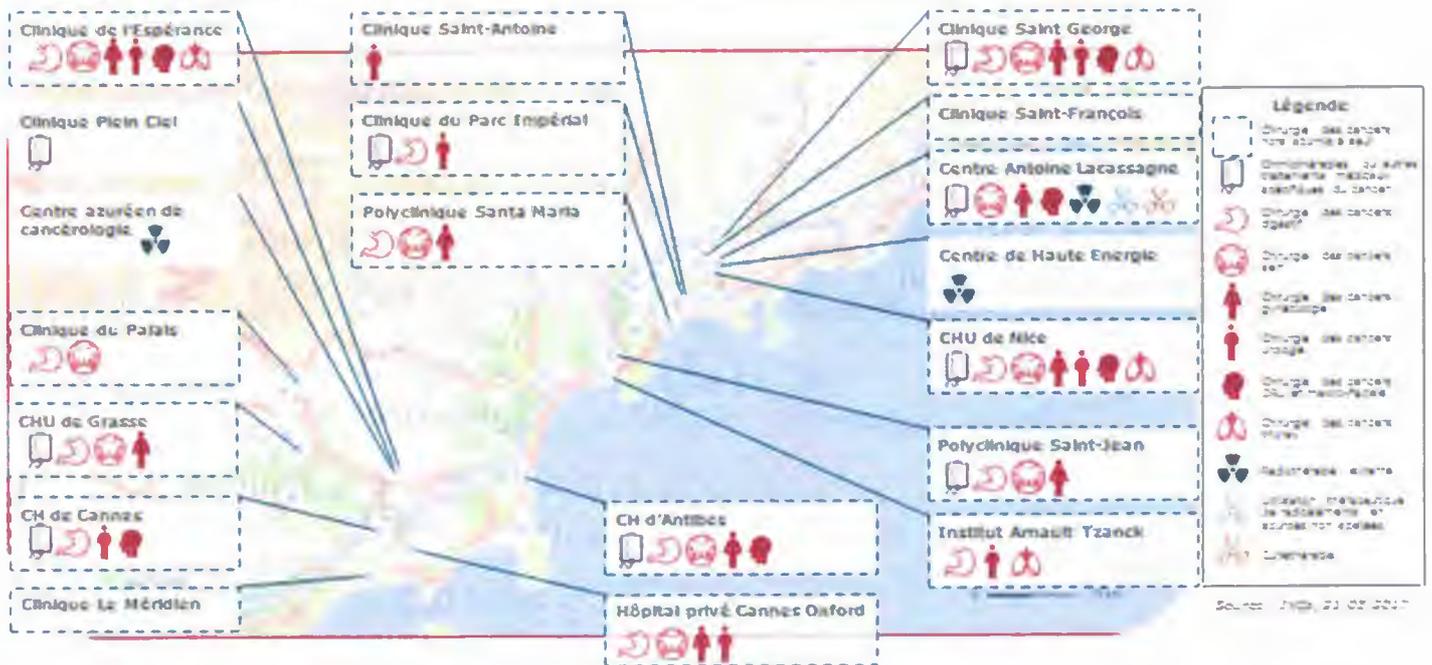
- Seule l'hématologie augmente considérablement dans le public, et le reste de la croissance est équitablement répartie entre CLOC et privé

Séjours en hospitalisation complète, le GHT voit sa position se fragiliser

- La majorité des séjours HC se concentre sur le GHT
- Mais le GHT connaît une croissance moins importante que le privé
- Les cliniques privées sont fortement dynamiques et gagnent des séjours à la fois sur l'hématologie, l'appareil digestif, le sein, l'appareil respiratoire, le VADS, les voies urinaires et le système nerveux.

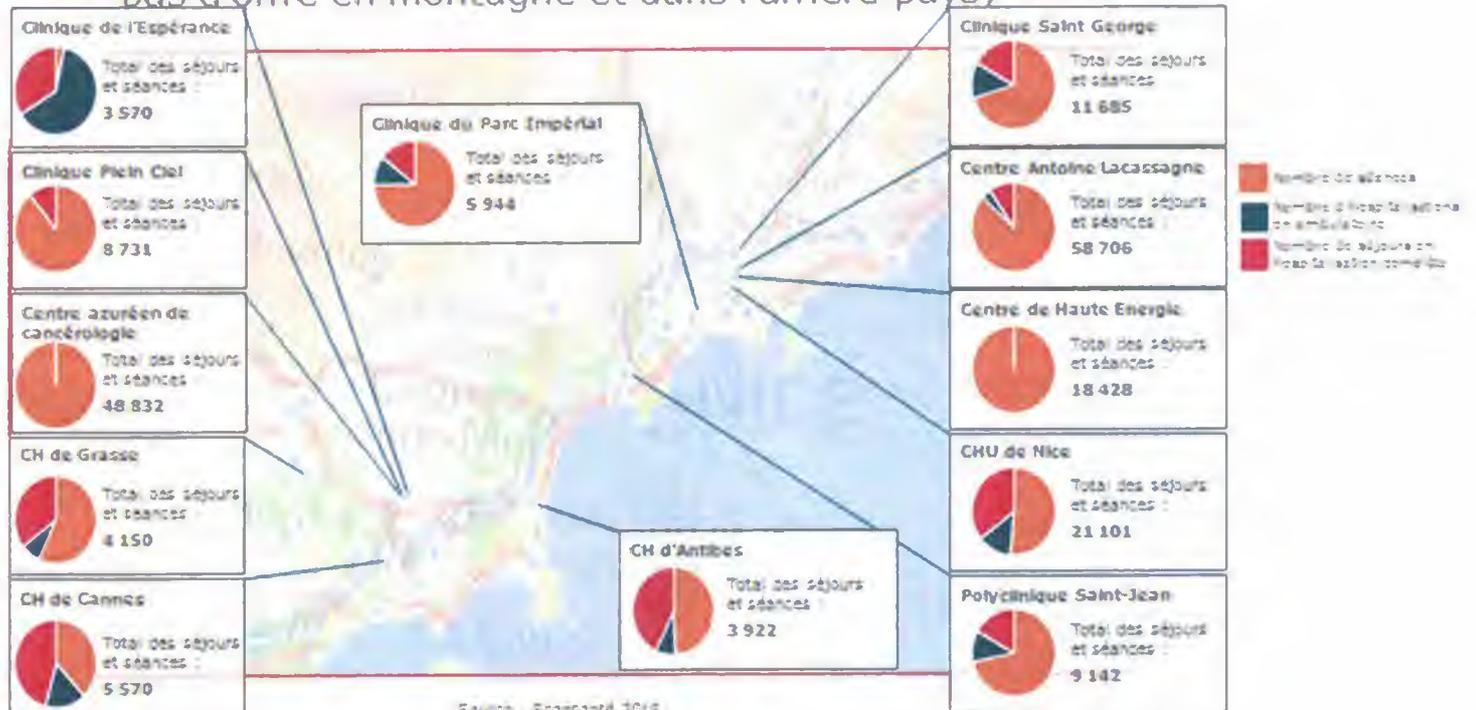
10

Cartographie des autorisations dans le traitement du cancer



11

Répartition de l'activité sur le territoire (concentrée sur le littoral, pas d'offre en montagne et dans l'arrière pays)

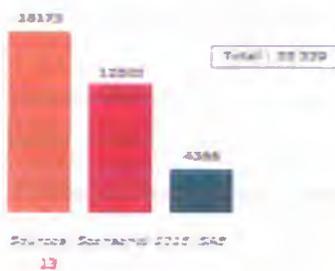


12

Le secteur privé présente une dynamique très forte, essentiellement en produisant des séances, et représente autant d'activités que les CLCC et GHT réunis.

- Le GHT ne produit que 17,8% des séances et séjours des Alpes-Maritimes (en prenant en compte l'activité du Centre Haute Énergie et le Centre Azuréen de Cancérologie), sans compter l'activité de Monaco.
- La répartition entre les différents types de prise en charge se ressemble entre le CLCC et le privé avec une grande dominance des séances (majoritairement radiothérapie).
- La radiothérapie dans les Alpes-Maritimes est concentrée dans 3 centres : le Centre Antoine Lacassegne (Nice), le Centre de Haute Énergie (Nice) et le Centre Azuréen de Cancérologie (Mougins); elle représente 64% de l'ensemble des séances.
- Le Centre de Haute Énergie a produit 18 428 séances en 2015 et le Centre Azuréen de Cancérologie 48 832 en 2015 selon le SAE.

DISTRIBUTION DU TYPE DE PRISE EN CHARGE DANS LE GHT



DISTRIBUTION DU TYPE DE PRISE EN CHARGE DANS LE PRIVÉ (AVEC CHE ET CAC)



DISTRIBUTION DU TYPE DE PRISE EN CHARGE DANS LE CLCC



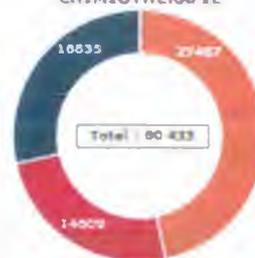
Modes de prise en charge : le GHT ne domine que dans l'activité soins palliatifs

Des activités de proximité dominées par le secteur privé et le CLCC

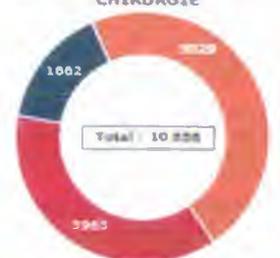
Sur l'activité de soins de proximité, le GHT est dominant sur la fin de chaîne de soins et abandonne l'activité récurrente ambulatoire au privé et au CLCC.

- **Radiothérapie** : le GHT est absent de ce segment qui est pris en charge par le privé et le CLCC
- **Chimiothérapie** : le GHT ne représente que le quart de la production (HC et séances). Le privé est largement dominant et produit quasiment la moitié de l'activité
- **Chirurgie** : les séjours en chirurgie sont produits pour environ la moitié par le privé contre 2/5 par le GHT
- **Soins palliatifs** : la moitié des séjours sont produits par le GHT.

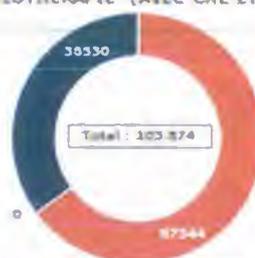
MODE DE PRISE EN CHARGE: CHIMIOTHÉRAPIE



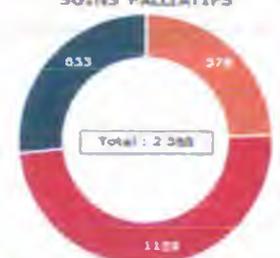
MODE DE PRISE EN CHARGE: CHIRURGIE



MODE DE PRISE EN CHARGE: RADIOTHÉRAPIE (AVEC CHE ET CAC)



MODE DE PRISE EN CHARGE: SOINS PALLIATIFS



Un complémentarité d'activité entre le GHT et le secteur privé

Chimiothérapie

- Le privé assure la moitié des séances sur le territoire du GHT
- Le CLCC en assure plus du quart

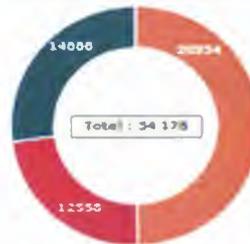
Radiothérapie

- Le privé est largement dominant grâce à 2 centres (CAC et CHE), le CLCC représente plus d'un tiers des séances (le GHT n'a pas de radiothérapie)

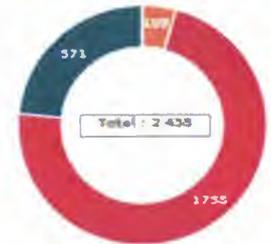
Transfusions et aphaérèse

- Le GHT prend en charge la quasi-totalité des séances d'aphérèse ainsi que les transfusions

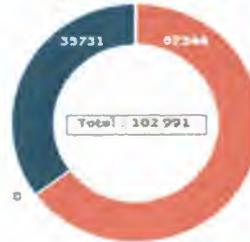
SÉANCES : CHIMIOTHÉRAPIE



SÉANCES : TRANSFUSIONS



SÉANCES : RADIOTHÉRAPIE (AVEC CHE ET CAC)



SÉANCES : APHÉRÈSES



Source : Sermaph 2010 - SAP

CLCC GHT Privé

15

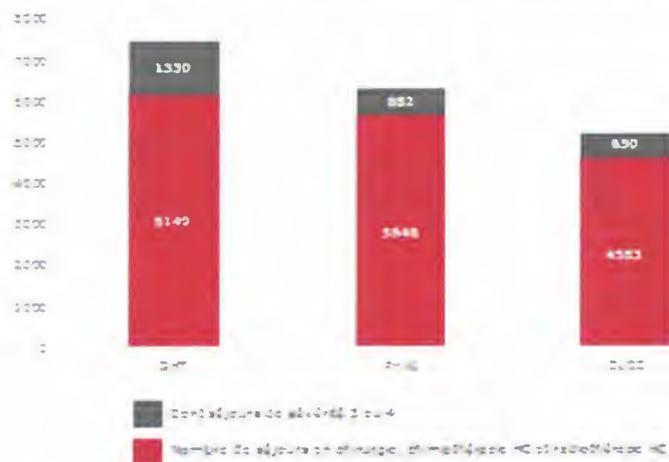
Dominant dans les soins palliatifs et référent dans la prise en charge des cas de sévérité 3 ou 4, le GHT a laissé se développer le privé sur les activités de proximité

Le GHT est le lieu d'accueil des cas les plus graves

Le GHT remplit sa mission de service public en accueillant les cas les plus graves

- Le GHT a 21,6% de séjours de sévérité 3 ou 4 alors que les établissements privés en ont 12,1% et le Centre Antoine Lacassagne 14,2%
- Cette distribution particulière démontre le recours au GHT pour les cas graves, rares ou complexes qui ne peuvent pas être traités dans d'autres établissements.
- Le CLCC fait la moitié des séjours du GHT à lui seul
- Le CHU représente 65% des séjours de sévérité 3 ou 4 au sein du GHT

NOMBRE DE SÉJOURS DE SÉVÉRITÉ 3 OU 4 PAR GROUPEMENT D'ÉTABLISSEMENTS



Source : Sermaph 2010

16

Les établissements de Monaco, exercent une forte concurrence notamment à l'est du département et en particulier pour Menton

Le Centre Hospitalier Princesse Grace absorbe une patientèle et un chiffre d'affaires importants en tirant parti de règles favorables

13% de fuites à Monaco en MCO dont 7% dues au Centre Hospitalier Princesse Grace :

- Le CHPG effectue de la chimiothérapie, de la radiothérapie, de la médecine nucléaire et dispose de l'ensemble des disciplines d'un centre hospitalier général
- 97% des patients de nationalité française allant à Monaco proviennent des Alpes-Maritimes
- Le nombre de séjours du CHPG équivaut à 7% du total de séjours MCO produits dans le GHT, mais son CA représente 17% du CA du GHT :
- Les séjours sont classés en plus grande sévérité mais la CPAM souligne l'anormalité de la situation
- Les séjours encore financés au prix de journée semblent présenter les caractéristiques des séjours des hôpitaux français pré-T2A (DMS longues, prix de journée élevé)

Néanmoins, la question de l'attractivité des établissements du GHT doit être posée au regard des bénéfices réels que le patient tire de la situation.

17

Les spécificités des séjours monégasques : DMS longues et coûts élevés

COMPARAISON DES PRIX DE SÉJOUR À MONACO ET DANS LE GHT (2015/2016)

	Prix du séjour
GHT	2 097 €
MONACO (Avec séances du Centre d'Hémodialyse)	4 567 €
MONACO (Sans séances du Centre d'Hémodialyse)	6 252 €
CHPG	4 826 €

COMPARAISON DES DMS À MONACO ET DANS LE GHT (2015/2016)

	DMS
GHT	3,34
MONACO (Sans séances du Centre d'Hémodialyse)	5,20
CHPG	5,84

Source : Rapport DPM 2017

Service Numérique de l'AM de GHT

Le CHU représente la moitié de l'activité des 5 établissements MCO

La médecine représente 60% du CA des 5 établissements ; la chirurgie 35% ; l'obstétrique 5%

Le CHU de Nice

- concentre un peu plus de la moitié de l'ensemble de l'activité MCO dans l'échantillon étudié
- C'est l'établissement dont les séjours sont les plus rémunérateurs en médecine et chirurgie mais pas en obstétrique

5 cliniques privées représentent ensemble 30% du chiffre d'affaires des 5 établissements

	MEDECINE		CHIRURGIE		OBSTETRIQUE	
	Répartition des jours PMSI dans le GHT	Répartition du CA dans le GHT	Répartition des jours PMSI dans le GHT	Répartition du CA dans le GHT	Répartition des jours PMSI dans le GHT	Répartition du CA dans le GHT
CANNES	17,07%	16,98%	24,78%	13,71%	19,33%	19,63%
ANTIBES	17,29%	14,83%	11,38%	10,73%	11,21%	13,16%
GRASSE	12,05%	9,88%	10,57%	9,50%	21,03%	21,49%
MENTON	3,97%	3,04%	5,83%	3,71%	0,31%	0,04%
NICE	49,62%	53,37%	37,97%	62,36%	48,41%	45,68%
TOTAL	Jours M dans le GHT 435 535	CA du GHT en M 270 730 732	Jours C dans le GHT 174 274	CA du GHT en C 160 396 635	Jours O dans le GHT 39 425	CA du GHT en O 21 122 847

Source : DPM

NOMBRE TOTAL DE JOURS PMSI DANS LE GHT :
649 234

CHIFFRE D'AFFAIRES TOTAL DU GHT :
452 250 214 €

18



En synthèse

Pas d'atypies majeures sur la distribution des cancers au sein de la population.

La **croissance de l'activité et l'obligation de proposer un parcours fluide** et prenant en compte les nouveaux modes de prises en charge sont une opportunité dont le GHT peut tirer parti.

La **chronicisation de la maladie**, les nouvelles thérapies (chimio orales, par ex.), la prévalence au sein d'une population jeune et le vieillissement de la population obligent aussi à penser à des services d'accompagnement du patient tout au long de ses soins, son retour à domicile, un appui au patient et à sa famille.

Cela peut-être une chance afin de **renforcer l'attractivité de la filière publique**.

Une **atypie sur l'organisation de l'offre** qui pénalise le chiffre d'affaires du GHT mais qui s'explique sans doute par :

- Des coopérations voulues entre le CLCC et le CHU qui confie une grande partie de l'activité des cancers à forte volumétrie au CLCC et la radiothérapie
- Aucune ressource de radiothérapie dans les établissements du GHT
- Les soins de proximité sont majoritairement pris en charge par le privé et le CLCC
- Les séjours de sévérité 3 et 4 sont pris en charge par les établissements du GHT ainsi que les soins palliatifs
- Des accords historiques de coopération avec Monaco.

Un **risque de dégradation de l'activité publique en raison du dynamisme des établissements privés** qui captent plus facilement la croissance, les nouveaux types de prise en charge et sont positionnés sur l'ambulatoire.

Faits à NICE, le 20 DEC. 2017

Jérémie SECHER, directeur du centre hospitalier d'ANTIBES – JUAN LES PINS

Jean Pierre DALMASSO, directeur du centre hospitalier de BREIL sur ROYA

Yves SERVANT, directeur du centre hospitalier de CANNES

Hélène COLOMBIÉ, directrice par intérim du centre hospitalier d'ENTREVAUX

Franck POUILLY, directeur par intérim du Centre de rééducation cardio respiratoire de GORBIO

Frédéric LIMOUZY, directeur du centre hospitalier de GRASSE

Franck POUILLY, directeur du centre hospitalier de MENTON

Charles GUEPRATTE, directeur général du centre hospitalier Universitaire de NICE

Hélène COLOMBIÉ, directrice par intérim du centre hospitalier de PUGET THENIERS

Hubert NAASZ, directeur du centre hospitalier de SAINT MAUR de SAINT ETIENNE de TINEE

Yvan ROUVIERE, directeur du centre hospitalier SAINT LAZARE de TENDE

Thierry LOIRAC, directeur du centre hospitalier de SOSPEL

Jérémie SECHER, directeur du Pôle Santé VALLAURIS GOLF JUAN

Philippe MADDALENA, directeur du centre hospitalier intercommunal de la VESUBIE

