



Cellule gestion des autorisations sanitaire

Courriel : ARS-PACA-AUTORISATIONS-SANIT@ars.sante.fr

Téléphone : 04 13 55 81 05 ou 83 41 ou 83 61

Télécopie : 04 13 55 84 23

Courriel :

Téléphone :

Commission spécialisée de l'organisation des soins Compte-rendu de la séance du 23 MAI 2016 DE 14 H 00 A 17 H 00

THEATRE JOLIETTE MINOTERIE

Liste des présents : cf. Liste d'émargement

Département de l'offre Hospitalière : Dr Vincent UNAL

Cellule Gestion des Autorisations :

- Mme Aleth GERMAIN - Mme Josiane ALOYAN - Mme Michelle ALATI
- M. Hervé FROMENT

Direction générale :

- Dr Marie-Claude DUMONT

GIP e-santé ORU PACA :

- Dr Gilles Viudes

Rapporteurs/Instructeurs :

- Dr FONTAINE - Dr JACQUEME - Dr GIUNTA - Dr BLANCHET
- M. BERNIER - Dr GRENIER - Dr GUIVARC'H - Dr CHAFFAUT
- M. MARI - Dr GUILLEMIN - Dr ETTORI

La séance est ouverte à 14 heures 00 sous la présidence de
Monsieur le Docteur Henri ESCOJIDO

27 membres ont signé la feuille d'émargement et 1 procuration a été recueillie.

En ouverture de séance, 27 membres avaient émargés et 1 procuration été enregistrée.



M. le président rappelle les règles du déroulé de séance et notamment l'obligation d'avoir rempli et actualisé une Déclaration publique d'intérêt spécifique à la CSOS pour tous ces membres, titulaires ou suppléants ainsi que les mesures à respecter dans l'éventualité d'un conflit d'intérêt sur un dossier présenté. Le document est joint en annexe (annexe 1).

Le procès verbal de la séance du 7 mars 2016 est approuvé à l'unanimité.

M. BUDET demande à ce que l'on respecte l'ordre du jour initialement programmé. De plus, il s'interroge sur la saisie de la CSOS pour information et avis des membres concernant les nouvelles organisations territoriales au niveau des Groupements hospitaliers de Territoire, sur les communautés psychiatriques de territoire, sur le découpage des territoires de Démocratie sanitaire.

M. le président répond que les membres de la CRSA seront d'abord informés et la CSOS par la suite.

En ce qui concerne le changement de passage des points de l'ordre du jour, M. le président fait procéder à un vote :

Votants : 26
Abstentions : 1
Défavorables : 7
Favorables : 18

Le vote étant revenu favorable, l'ordre de passage sera modifié.

Présentation sur le thème : " ARS / GIP e-santé ORU Paca : mise en oeuvre de recommandations régionales" par M. le Docteur Gilles VIUDES et Mme le Docteur DUMONT. Le document est joint en annexe (annexe 2).

M. le président demande quelle a été la nature de l'accueil réservée à ce projet ?

Le Dr VIUDES répond que le sujet a été soutenu. Les services suivent ces recommandations.

M. BOUFFIES s'interroge sur la composition des groupes ainsi que la nature de la gradation. Les médecins sont associés mais qu'en est-il des élus et quelle est la manière pédagogique utilisée afin de communiquer aux représentants des différents groupes participant.

Pour le Dr DUMONT c'est l'Ars qui a composé les groupes après avoir interrogé les fédérations afin qu'il y ait des groupes représentatifs des différents secteurs, avec pour les fédérations des membres des équipes de direction. Pour ce qui est de la diffusion de l'information, une réflexion va intervenir afin de la rendre la plus audible possible.

Pour M. DUTREIL la réflexion de la pertinence des actes est importante, mais il insiste aussi sur la pertinence de l'organisation de la prise en charge des patients dans un service d'urgence dont la situation géographique est la plus proche du lieu de prise en charge.

Mme GRANET-BRUNELLO précise qu'il y a un véritable travail à effectuer avec les élus en matière de communication.

M. le vice-président demande s'il y a mise en commun des travaux réalisés et les recommandations de l'HAS.

Mme le Dr DUMONT répond qu'il n'y a pas de remontées faites auprès de l'HAS.



DOSSIERS AUTORISATION SOUMIS A AVIS

Sortie de M. VALLI et de M. BOUFFIES.

2016 A 013	Demande d'autorisation de transfert géographique de l'activité de greffes rénales pédiatriques	CHU de Nice Hôpital de Cimiez 4 avenue Reine Victoria - BP 1179 06003 Nice cedex 1	Hôpital Pasteur II 30 Voie Romaine CS 61069 06001 Nice cedex 1
------------	--	---	---

Instructeur : Dr FONTAINE

M. le président fait passer au vote :

Votants : 26
Abstentions : 0
Défavorables : 0
Favorables : 26

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité.

Retour de M. BOUFFIES et de M. VALLI.

2016 A 014	Demande d'autorisation d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique d'une puissance de 1,5 tesla	GIE IRM des Alpes du Sud 1 Place Auguste Muret BP 101 05007 Gap Cedex	CHICAS site de GAP 1 Place Auguste Muret BP 101 05007 Gap Cedex
------------	---	--	--

Instructeur : Dr BLANCHET

M. le président fait passer au vote :

Votants : 28
Abstentions : 0
Défavorables : 0
Favorables : 28

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité.

Sortie de M. BOUFFIES et de Mme GRANET-BRUNELLO.

2016 A 015	Demande d'autorisation de remplacement d'un appareil scanographe de classe 3, de marque GE MECICAL SYSTEMS, de type BRIGHTSPEED, numéro 21008 HM 4, par un nouvel appareil	Centre hospitalier de Digne Quartier Saint Christophe - BP 213 04003 Digne Les Bains Cedex	Centre hospitalier de Digne Quartier Saint Christophe - BP 213 04003 Digne Les Bains Cedex
------------	--	--	--

Instructeur : M. BERNIER - Dossier présenté en séance par le Dr GRENIER

M. le président fait passer au vote :

Votants : 26
Abstentions : 0
Défavorables : 0
Favorables : 26

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité.



Sortie de M. VALLI, retour de Mme GRANET-BRUNELLO et de M. BOUFFIES.

2016 A 016	Demande d'autorisation de remplacement d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique de marque HITACHI ECHELON OVAL, numéro Y 501, d'une puissance de 1,5 tesla par un appareil de même puissance	Fondation Lenal 57 avenue de la Californie 06200 Nice	EML de la Fondation Lenal 57 avenue de la Californie 06200 Nice
------------	---	---	---

Instructeur : Dr GUIVARCH

Mme GROS s'interroge sur la prise en charge des pannes par la garantie.

Le Dr GUIVARCH précise qu'il y a de nombreux jours de pannes perturbant l'organisation de la prise en charge des patients.

M. DUTREIL s'interroge sur le renouvellement de l'autorisation de la Fondation Lenal associée au CHU de Nice.

Le Dr GUIVARCH précise que l'autorisation appartient à la Fondation Lenal et non aux HPNCL.

M. le président fait passer au vote :

Votants : 27
Abstentions : 2
Défavorables : 0
Favorables : 25

Avis de la CSOS : Favorable.

2016 A 017	Demande d'autorisation de remplacement d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique de marque GENERAL ELECTRIC, modèle OPTIMA MR 360, d'une puissance de 1,5 tesla par un appareil de même puissance ou d'une puissance de 3 tesla	GIE Imagerie Médicale Saint Jean 81 avenue du Dr Maurice Donat 06800 Cagnes-sur-Mer	Polyclinique Saint Jean 81 avenue du Dr Maurice Donat 06800 Cagnes-sur-Mer
------------	---	---	--

Instructeur : Dr GUIVARCH

Mme BARES FIOCCA indique que le SROS envisage la puissance 3 Tesla pour les activités des CHU mais ne l'exclut pas pour les autres établissements surtout lorsqu'ils ont une forte activité en oncologie.

Pour cet établissement le surcoût permettrait de faire des économies avec des examens plus précis et d'assurer une prise en charge plus précoce. Actuellement seulement 2 appareils IRM 3 tesla sont installés sur 3 autorisations accordées. Elle précise qu'il est important de soutenir ce projet eu égard à son activité très importante.

M. BUDET précise qu'il existe un SROS. Les IRM 3 tesla doivent rester dans le champ des CHU et si cela est nécessaire il faudra réviser le SROS. Cela engendre des dépenses supplémentaires à la charge de l'assurance maladie.

Selon Mme BARES FIOCCA cela n'est pas contraire au SROS.



M. le président fait passer au vote :

Votants : 27
Abstentions : 0
Défavorables : 0
Favorables : 27

Le remplacement de l'appareil est adopté à l'unanimité. Pour ce qui est de l'augmentation de la puissance de l'appareil à 3 tesla, M. le président fait procéder au vote :

Votants : 27
Abstentions : 6
Défavorables : 3
Favorables : 18

L'augmentation de la puissance à 3 tesla de l'appareil reçoit un avis favorable.

Avis de la CSOS : Favorable.

Sortie de M. le président, et retour de M. VALLI.
M. MALATERRE, vice-président assure la présidence.

M. MARI présente les dossiers N° 2016 A 018 et N° 2016 A 019 simultanément.

2016 A 018	Demande d'autorisation de remplacement d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique de marque GE MEDICAL SYSTEM TYPE DISCOVERY 450N, d'une puissance de 1,5 tesla par un appareil de même puissance	SELAS DU NEDON Centre d'imagerie médicale Montée de la Clinique 13800 Istres	IRM de l'Olivier Clinique de l'Etang de l'Olivier 4 rue Roger Carpentier BP 70 003 13801 Istres Cedex
------------	--	---	--

Instructeur : Dr CHAFFAUT – Dossier présenté en séance par M. MARI

M. le vice-président fait passer au vote :

Votants : 27
Abstentions : 0
Défavorables : 0
Favorables : 27

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité.



2016 A 019	Demande d'autorisation de remplacement d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique de marque GEHC SIGNA, d'une puissance de 1,5 tesla HDX par un appareil de même puissance	SELARL RESONANCE V NORD IRM Clinique de Marignane BP 3 Avenue du général Raoul Salan 13724 Marignane Cedex	IRM Clinique de Marignane - BP 3 Avenue du général Raoul Salan 13724 Marignane Cedex
------------	---	--	--

Instructeur : Dr CHAFFAUT – Dossier présenté en séance par M. MARI

M. le vice-président fait passer au vote :

Votants : 27
 Abstentions : 0
 Défavorables : 0
 Favorables : 27

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité.

Retour de M. le président.

2016 A 020	Demande d'autorisation de remplacement d'une caméra à scintillation de marque General Electric de type DST XLI Sopha par une Gamma Caméra de marque GE MEDICAL SYSTEM de type SPECT/CT/OPTIMA NM/CT640	SA Hôpital Privé La Casamance 33 boulevard des Farigoules 13400 AUBAGNE	Hôpital Privé La Casamance 33 boulevard des Farigoules 13400 AUBAGNE
------------	--	---	--

Instructeur : Dr GUILLEMIN

M. le président fait passer au vote :

Votants : 28
 Abstentions : 0
 Défavorables : 0
 Favorables : 28

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité.

Départ de M. TREMOULET

2016 A 021	Demande d'autorisation de remplacement d'une gamma caméra de marque GENERAL ELECTRIC MEDICAL SYSTEMS, modèle INFINIA par un nouvel appareil	Centre hospitalier intercommunal de Toulon La Seyne sur Mer 54 avenue Sainte Claire Deville CS 31412 83056 Toulon cedex	Centre hospitalier intercommunal de Toulon La Seyne sur Mer Centre hospitalier de Sainte Musse 54 avenue Sainte Claire Deville CS 31412 83056 Toulon cedex
------------	---	--	--

Instructeur : Dr GIUNTA

M. le président fait passer au vote :

Votants : 27
 Abstentions : 0
 Défavorables : 0
 Favorables : 27

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité.



2016 A 022	Demande d'autorisation de remplacement d'un appareil scanographe de marque GENERAL ELECTRIC MEDICAL SYSTEMS, de type lightspeed VCT XT, 64 barettes par un nouvel appareil	Centre hospitalier intercommunal de Toulon La Seyne sur Mer 54 avenue Sainte Claire Deville CS 31412 83056 Toulon cedex	Centre hospitalier intercommunal de Toulon La Seyne sur Mer Centre hospitalier de Sainte Musse 54 avenue Sainte Claire Deville - CS 31412 83056 Toulon cedex
------------	--	--	---

Instructeur : Dr GIUNTA

M. le président fait passer au vote :

Votants : 27
Abstentions : 0
Défavorables : 0
Favorables : 27

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité.

2016 A 023	Demande d'autorisation de remplacement d'un appareil scanographe de marque GENERAL ELECTRIC, de type lightspeed VCT, numéro 24455YC 8, classe 3 par un nouvel appareil	Centre hospitalier de Hyères Marie-José Treffot avenue Maréchal Juin - BP 82 83407 Hyères cedex	Centre hospitalier de Hyères Marie-José Treffot avenue Maréchal Juin - BP 82 83407 Hyères cedex
------------	--	--	--

Instructeur : Dr GIUNTA

M. le président fait passer au vote :

Votants : 27
Abstentions : 0
Défavorables : 0
Favorables : 27

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité.

2016 A 024	Demande d'autorisation de remplacement d'un appareil d'imagerie par résonance magnétique de marque GENERAL ELECTRIC, de type MR 450 W GEM d'une puissance de 1,5 tesla par un appareil de même puissance	GIE Imagerie Médicale du Bassin Hyérois 579 avenue du Maréchal Juin 83407 Hyères cedex	Centre hospitalier de Hyères Marie-José Treffot 579 avenue Maréchal Juin - BP 82 83407 Hyères cedex
------------	--	--	--

Instructeur : Dr GIUNTA

M. le président fait passer au vote :

Votants : 27
Abstentions : 0
Défavorables : 0
Favorables : 27

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité.



Sortie de M. BOUFFIES, de Mme GRANET-BRUNELLO.

Le Dr GRENIER présente les dossiers N° 2016 A 025, N° 2016 A 026 simultanément.

2016 A 025	Demande d'autorisation d'extension de territoire de l'activité d'hospitalisation à domicile sur la moitié nord du département des Alpes de Haute Provence et plus précisément sur les communes suivantes : <ul style="list-style-type: none">• Zone de Sisteron : le Castellard-Mélan• Zone des Mées-Peyruis : Cruis, L'Escale, Ganagobie, les Mées, Malijai, Malefougasse-Augès, Mirabeau, Montfort, Peyruis.• Zone de Digne les Bains : Aiglun, Archail, Draix Barras, le Chaffaut-Saint-Jurson, Champtercier, Digne les Bains, Entrages, Hautes-Duyes, Marcoux, Mallemoisson, La Robine sur Galabre, Thoard• Zone nord de Forcalquier : Banon, Fontienne, Saint Etienne les Orgues, Lardiers, Limans, Lurs, Montlaur, Montsalier, Ongles, Pierrerue, Redotiers, Revest-du-Bion, Revest-Saint-Martin, la Rochegiron, Saumane, Sigonce• Zone de Seyne- La Javie : Auzet, Barles, Beaujeu, le Brusquet, La Javie, Montclar, Prads-haute-bléone, Saint Martin les Seynes, Selonnet, Seyne, Verdaches, Le Vernet• Zone d'Allos Colmars : Allos, Colmars, Villars-Colmars	GCS HAD des Alpes du Sud 62 Avenue de Provence 05000 Gap	GCS HAD des Alpes du Sud 62 Avenue de Provence 05000 Gap
------------	---	--	--

Instructeur : Dr GRENIER

2016 A 026	<p>Demande d'autorisation d'extension du périmètre géographique de l'activité d'hospitalisation à domicile sur les communes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Zone de Manosque : Corbières, Ste Tulle, Pierrevert, Manosque, Montfuron, Villemus, st martin les eaux, Volx. • Zone d'Oraison : Villeneuve, Oraison, La Brillane, le Castellet, Lurs, Ganagobie, Les Méés, Puimichel, Peyruis, Malijai. • Zone de Valensole : Gréoux, St Martin de Bromes, Allemagne, Brunet • Zone de Riez : Roumoules, Riez, Puimoisson, Bras d'Asse, st Julien d'Asse, Entrevennes, St Jeannet • Zone de Reillane et Forcalquier : Céreste, Montjustin, Reillane, Dauphin, St Maime, st Michel l'Observatoire, ste Croix Lauze, Oppedette, Aubenas, Revest des Brousses, Banon, Niozelles, Pierrerie, Forcalquier, Limans, Fontienne, Revest, St Martin, Sigonce, Montlaux, Mallefougasse, St Etienne les Orgues, Cruis, Lardiers. . Zone de Digne sud-est : Archail, Draix, Beynes, Beauvezer, Allons, Angles, Annot, Barrême, Blieux, Braux, Castellane, Castellet-les-Sausses, le Chaffaut-Saint-Jurson, Chateaudon, Chaudon-Norante, Clumanc, Demandolx, Entrages, Entrevaux, Le Fugeret, Lambuisse, La Garde, Majastres, Méailles, Mézel, Moriez, La Mure-Argens, Peyroules, Rougon, Saint-André-les-Alpes, Saint-Benoit, Saint-Jacques, Saint-Julien en Verdon, Saint-Jurs, Saint-Laurent-du-Verdon, Saint-Lions, Sausses, Senez, Soleilhas, Tartonne, Thorame-Basse, Thorame-Haute, Ubraye, Val-de-Chalvagne, Vergons. 	HAD Clara Schumann Les académies Aixoises 75 rue Paul Sabatier 13090 Aix en Provence	HAD Clara Schumann Les académies Aixoises 75 rue Paul Sabatier 13090 Aix en Provence
------------	--	---	---

Instructeur : Dr GRENIER

Mme GROS demande quel est le nombre de place.

Le Dr GRENIER répond que l'HAD Clara Schumann était autorisée initialement pour 60 places avec une activité correspondant à une capacité d'une quarantaine de places. Dix places supplémentaires sont prévues dans le projet d'extension.

Le président précise que cela représente moins d'une place par commune.

Mme REMANT-DOLE précise que lors d'une précédente CSOS, la fédération n'avait pas soutenue le dossier Clara Schumann. Actuellement les 2 dossiers présentés assurent une couverture totale du territoire. L'objectif est atteint alors que l'HAD ne bénéficie pas d'OQOS.

M. DAVIN s'interroge sur la répartition géographique des deux structures HAD pour lesquelles des communes sont présentes dans les 2 dossiers, et si les établissements hospitaliers des secteurs géographiques ont été associés et quelle a été leur position ?



Le Dr GRENIER précise que les dossiers de l'HAD Clara Schumann et du GCS HAD des Alpes du Sud se répartissent l'intégralité du territoire. Les établissements hospitaliers des secteurs géographiques ont passé convention avec le dossier porté par le Centre hospitalier intercommunal Aix Pertuis.

Pour le Dr UNAL une réflexion est actuellement engagée sur les GHT et il est important d'y associer une réflexion sur l'HAD.

Mme JULLIEN s'interroge sur l'accès aux soins et en tenant compte des difficultés financières rencontrées par le dossier du GCS HAD des Alpes du Sud (établissement non lucratif) alors que le dossier de l'HAD Clara Schumann (établissement lucratif) est-ce que l'ensemble des petites communes du territoire seront couvertes ?

Pour le Dr GRENIER les deux promoteurs se sont engagés mais elle ne peut se prononcer sur la situation future.

Le Dr UNAL rappelle qu'il s'agit d'engagements contractuels d'établissements de santé.

Mme BARES FIOCCA s'interroge sur le fait que les deux dossiers présentés semblent être en concurrence avec un troisième dossier. Il aurait été préférable de présenter les 3 dossiers et d'examiner les mérites respectifs des demandes. Des questions peuvent être communes aux trois dossiers.

Pour Mme GERMAIN il est important de présenter l'autre dossier avant le vote. Toutefois s'il existe des interrogations sur le dossier on peut revenir sur les deux dossiers précédents.

M. le président souhaite que l'on présente simultanément les dossiers mais le vote doit se faire dossier par dossier.

Pour M. BUDET il aurait été préférable de présenter les trois dossiers situés sur le même territoire avant de débattre sur le même sujet.

Départ de M. BUDET 24 votants.

2016 A 027	Demande d'extension territoriale de l'autorisation d'activité d'hospitalisation à domicile sur les sites de Manosque et de Digne à hauteur de 15 places sur chacun des sites, avec création d'une antenne soignante sur chacun des sites	Centre hospitalier intercommunal Aix Pertuis Avenue des Tamaris 13616 Aix-en-Provence cedex 1	Centre hospitalier intercommunal Aix Pertuis Site d'Aix-en-Provence Avenue des tamaris 13616 Aix en Provence
------------	--	---	---

Instructeur : Dr GRENIER

Le Dr GRENIER présente le dossier N° 2016 A 027.

Présentation de M. LAMOUREUX Directeur adjoint du Centre hospitalier du site d'Aix-en-Provence, directeur délégué du Centre hospitalier de Digne et de Mme THALMANN.

M. DAVIN demande si la population du département des Alpes de Haute Provence peut faire vivre une structure d'HAD qui est de 40 places ?



Mme THALMANN détaille l'opération, il s'agit d'un dossier commun avec le Centre hospitalier d'Aix-en-Provence et le Centre hospitalier de Digne, avec 40 places sur Aix-en-Provence, 15 places sur Digne et 15 places sur Manosque et tient à faire remarquer la proximité de la prise en charge d'une part, la participation des médecins libéraux d'autre part ainsi que la mutualisation de l'HAD d'Aix sur des fonctions experts.

Mme GROS soulève le problème de l'absence des médecins libéraux dans ce secteur géographique.

Mme THALMANN reconnaît ce manque de praticiens libéraux, et souligne la présence d'un médecin coordonnateur sur l'antenne de Manosque et le recrutement d'un médecin coordonnateur sur l'antenne de Digne, avec la volonté de ne pas délocaliser les médecins Aixois.

Mme DOSTERT BEAURAIN s'interroge sur les 40 places autorisées quel est le nombre de place réellement occupées, sachant qu'il y a en moyenne 15 patients par antenne délocalisées, et qu'en est-il de l'analyse de la population sur ce territoire ?

Mme THALMANN évoque la montée en charge avec une évolution en moins d'un an de 8 places à 28 places ce jour sur l'antenne d'Aix-en-Provence, avec le recrutement d'un médecin coordonnateur ayant officié dans une équipe mobile de soins palliatifs, sachant que l'HAD relève pour partie de soins palliatifs.

Mme GROS soutiendra ces dossiers malgré la déficience de médecins libéraux sur ces secteurs.

Dr GRENIER précise toutefois que le département des Alpes de Haute-Provence n'est pas dépourvu en médecins généralistes libéraux alors que la situation des médecins spécialiste devient préoccupante.

Mme CASTANY précise qu'en équipe territoriale en soins palliatifs il arrive quelquefois que les médecins soient sollicités pour intervenir à la place des médecins libéraux.

Mme GROS répond que ce sont souvent des médecins qui n'habitent pas sur place, qui viennent passer quelques jours, et que, de ce fait, il est parfois assez difficile d'assurer une continuité des soins, et que ce sont souvent les infirmiers qui servent de socle pour assurer la continuité des soins.

Mme CASTANY fait part d'un retour d'expérience en précisant qu'au sein de la CHT du pays provençal le maillage entre Salon-de-Provence, Aix-en-Provence, Pertuis, Digne et Manosque cela a bien marché concernant la prise en charge des patients multi établissements.

M. SAMAMA se félicite de voir qu'il y a deux dossiers présentés sur le territoire des Alpes de Haute-Provence. Ce sont de structures qui fonctionnent correctement et qui sont capables d'assurer une prise en charge dans le sud de ce département.

M. DALMAS reprend que l'objectif est la prise en charge de la population dans un territoire isolé. Deux dossiers sont aptes à prendre en charge immédiatement la population et il votera favorablement pour les dossiers de l'HAD Clara Schumann et du GCS HAD des Alpes du Sud.

Mme REMANT-DOLE insiste sur le fait que tous les territoires bénéficient d'une prise en charge, toutes les communes éloignées doivent bénéficier d'un accès aux soins, et votera favorablement pour les dossiers de l'HAD Clara Schumann et du GCS HAD des Alpes du Sud.

M. le vice-président se fait confirmer qu'il n'y a pas d'OQOS pour ce type d'activité et s'interroge pour quelles raisons les 3 dossiers ne seraient pas retenus eu égard aux besoins de la population.



Mme CASTANY soutient le dossier du Centre hospitalier intercommunal Aix Pertuis au motif qu'un maillage territorial existe déjà entre Digne, Manosque et les Hôpitaux locaux dans le cadre de la CHT et se poursuivra dans le cadre de la GHT.

Pour Mme BARES FIOCCA, les deux premiers dossiers sont complémentaires et en opposition avec le troisième. Le troisième dossier ne précise pas la zone d'intervention à contrario des deux autres, et précise que selon le code de la santé publique : à chaque HAD correspond une aire géographique précisée par l'autorisation.

Pour Mme GERMAIN il n'existe pas d'OQOS en HAD. Toutefois, il n'y a pas d'obligation réglementaire de faire couvrir une même zone géographique par 2 structures, mais cela ne serait pas viable au regard de l'activité.

M. UNAL précise qu'il existe un SROS-PRS qui préconise d'une part une couverture territoriale complète, ce qui est le cas, et d'autre part d'éviter une redondance territoriale. En l'espèce, cela est possible.

M. le président fait passer au vote :

- Vote du le dossier N° 2016 A 025 :

Votants : 24
Abstentions : 2
Défavorables : 2
Favorables : 20

Avis de la CSOS : Favorable.

- Vote du le dossier N° 2016 A 026 :

Votants : 24
Abstentions : 3
Défavorables : 2
Favorables : 19

Avis de la CSOS : Favorable.

- Vote du le dossier N° 2016 A 027 :

Votants : 24
Abstentions : 12
Défavorables : 4
Favorables : 8

Avis de la CSOS : Favorable.



Sortie de Mme DOSTERT BEAURAIN, départ de M. SCHIFANO, de M. DESCAMPS et retour de M. BOUFFIES et de Mme GRANET-BRUNELLO

2016 A 028	Demande d'autorisation d'activité de soins de médecine en hospitalisation à temps partiel	SAS Polyclinique Les Fleurs Quartier Quiez 83190 Ollioules	Polyclinique Les Fleurs Quartier Quiez 83190 Ollioules cedex
------------	---	--	--

Instructeur : Dr GIUNTA

Mme GROS s'interroge sur le nombre de lits ?

Le Dr GIUNTA précise qu'il y en a 7.

M. le vice-président émet un avis favorable sur ce dossier. Toutefois, il s'interroge sur le fait que pour certains dossiers une autorisation en HDJ est octroyée par substitution de lits en hospitalisation complète, et pour d'autres dossiers cela n'est pas obligatoire.

Pour Mme BARES FIOCCA le taux de recours en médecine ambulatoire en PACA est très en retard par rapport au taux de recours national, et soutient ce dossier.

M. UNAL soulève un point essentiel qui est la pertinence, ce qui conduit à une régulation de l'activité. Il est important de privilégier un virage ambulatoire dans le respect de l'activité hospitalière. L'hospitalisation de jour est privilégiée dans le contrôle de la T2A. En ce qui concerne l'activité, le développement des actes et l'organisation sont à privilégier. Il appuie le développement de l'hospitalisation de jour mais dans le respect de la qualité des pratiques.

M. le président fait passer au vote :

Votants : 23
Abstentions : 0
Défavorables : 0
Favorables : 23

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité.

Retour de Mme DOSTERT BEAURAIN et sortie de M. VALLI.

2016 A 029	Demande de changement d'implantation géographique de l'établissement de santé	SA Polyclinique Santa Maria 57 avenue de la Californie 06200 Nice	Polyclinique Santa Maria Avenue Simone Veil 06200 Nice
------------	---	---	--

Instructeur : Dr GUIVARCH

Présentation du dossier par M. Bernard LECAT (Président Directeur Général de La Polyclinique Santa Maria) - Annexe 4.

Mme BARES FIOCCA s'interroge sur le dossier présenté et demande s'il y a de nouvelles activités?

M. LECAT précise qu'il n'existe pas de nouvelles demandes d'autorisations d'activités.

Mme BARES FIOCCA demande quels sont les délais de réalisation des travaux ?



M. LECAT répond que la date du 30 novembre 2019 a été fixée comme date limite d'installation dans les nouveaux locaux.

M. le président fait passer au vote :

Votants : 23
Abstentions : 3
Défavorables : 0
Favorables : 20

Avis de la CSOS : Favorable.

2016 A 030	Demande de renouvellement suite à injonction de l'autorisation d'activité de soins d'anesthésie ou chirurgie ambulatoire	SARL CLINIQUE MOZART 17 avenue Auber 06200 Nice	CLINIQUE MOZART 17 avenue Auber 06200 Nice
------------	--	---	--

Instructeur : Dr ETTORI

Présentation de la Clinique MOZART par le Dr BOUCQ (annexe 3).

Mme BARES FIOCCA précise qu'il y a un élément nouveau sous la forme d'un dossier de transfert et regroupement sur le nouveau site de la Polyclinique Santa Maria.

Le Dr BOUCQ répond qu'une convention a été signée avec la Polyclinique Santa Maria.

Mme BARES FIOCCA demande quel est le nombre d'employés dans l'établissement.

Le Dr BOUCQ répond qu'il y a 13 équivalents temps pleins.

Mme DOSTERT BEURAIN reprend les éléments concernant l'opération présentée actuelle et future afin d'avoir une vue d'ensemble dossier.

Pour le Dr UNAL le seul dossier est celui déposé concernant l'activité de renouvellement suite à l'injonction. Le futur dossier de transfert géographique ne peut donc pas être étudié.

Mme DOSTERT BEURAIN s'exprime pour un vote favorable concernant le renouvellement de l'autorisation dans le cadre du futur projet.

Mme BARES FIOCCA précise que la FHP ayant toujours aidé l'établissement à évoluer dans le cadre d'un projet de regroupement ne peut que se féliciter du futur projet présenté.

M. DALMAS demande à ce que soit confirmé que l'ARS a bien reçu un accord entre la Polyclinique Santa Maria et la Clinique Mozart.

Mme GERMAIN précise qu'une demande de confirmation de l'autorisation après cession de la Clinique Mozart dans le cadre d'un futur projet de regroupement a bien été reçu.

M. DALMAS demande à ce qu'un accompagnement de la Clinique Mozart soit fait.

M. SAMAMA est d'accord avec M. DALMAS. Il s'agit d'un établissement qui a une faible activité, que l'on doit accompagner dans le cadre de son projet de regroupement.

M. le président demande à assortir le vote favorable d'un commentaire : dans la perspective du déplacement du personnel et des praticiens sur le futur site de la Polyclinique Santa Maria.



M. le président fait passer au vote :

Votants : 23
Abstentions : 6
Défavorables : 6
Favorables : 11

Avis de la CSOS : Favorable.

Départ de Mme COUSTAUD et de M. BEC.

2016 A 031	Demande d'autorisation d'activité de soins de traitement du cancer sous la modalité de radiothérapie sous la forme d'anesthésie ambulatoire	Centre Antoine Lacassagne 33 avenue de Valombrese 06100 Nice	Centre Antoine Lacassagne 227 avenue de la Lanterne 06200 Nice
------------	---	--	--

Instructeur : Dr JACQUEME

Pour Mme DOSTERT BEURAIN le Centre Antoine Lacassagne détient déjà une autorisation de chirurgie ambulatoire sur un autre site et il s'agit dans ce dossier d'une demande d'autorisation de radiothérapie sur ce site dans la cadre du besoin exceptionnel mais elle s'interroge au sujet de l'autorisation de chirurgie ambulatoire.

Le Dr JACQUEME indique que la précision est demandée par le ministère d'activité de traitement du cancer y compris en anesthésie ambulatoire pour la radiothérapie. Cela ne modifie rien en chirurgie ambulatoire car ils sont déjà autorisés.

M. le président fait passer au vote :

Votants : 21
Abstentions : 0
Défavorables : 0
Favorables : 21

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité.

M. le président rappelle que la date des prochaines CSOS :

- le 4 juillet 2016,
- la CSOS du 3 octobre 2016 est reportée au 24 octobre 2016.



Départ de M. TOUSSAINT et retour de M. VALLI

2016 A 032	Demande d'autorisation d'activité de soins de chirurgie ambulatoire	Centre hospitalier de la Ciotat Boulevard Lamartine BP 150 13708 LA CIOTAT Cedex	Centre hospitalier de la Ciotat Boulevard Lamartine BP 150 13708 LA CIOTAT Cedex
------------	---	---	---

Instructeur : Dr GUILLEMIN

M. le président fait passer au vote :

Votants : 21
Abstentions : 0
Défavorables : 0
Favorables : 21

Avis de la CSOS : Favorable à l'unanimité.

M. VALLI fait part d'un problème de compréhension sur l'intérêt portant sur un dossier ou sur des dossiers portant sur plusieurs dossiers d'un même territoire.

M. le président rappelle la disposition numéro 4 du déroulé de séance portant sur les règles de conflit d'intérêt : « *lorsqu'un membre se trouve en situation de conflit d'intérêt sur un dossier présenté, sur plusieurs dossiers présentés pour une même spécialité demandée sur le même territoire de santé. Le membre ne pourra pas assister à la présentation sur le territoire, ni à celle du rapport, ni aux débats, ni au vote. Le seul fait de contrevenir à cette disposition pourrait engendrer la nullité du vote et de l'autorisation accordée ;* ».

Pour Mme GERMAIN il n'apparaît aucun manquement à cette règle lors de cette séance.

Pour M. VEDIE en tant que président de la CME de Valvert n'est pas sortie pour les dossiers des Bouches du Rhône.

M. VALLI précise quant à lui être sorti pour les dossiers des Alpes Maritimes ayant un lien direct ou indirect avec le CHU de Nice, et cite l'exemple du CHU de Nice pour lequel le pôle mère enfant doit déménager du CHU de Nice sur l'actuel site de Santa Maria car il y voyait un potentiel conflit d'intérêt.

Pour M. VEDIE il est important de clarifier la situation pour l'avenir.

Fin à 17h30

Annexe 1 - CSOS Déroulement de séance.

Annexe 2 - ARS / GIP e-santé ORU Paca : mise en oeuvre de recommandations régionales.

Annexe 3 – Présentation de la Clinique Mozart.

Annexe 4 – Présentation de la Polyclinique Santa Maria.

Monsieur le président de la Commission spécialisée de l'Organisation des Soins

Pr Henri ESCOJIDO

Annexe 1

CSOS - DEROULEMENT DE SEANCE

1. Rappel du nombre de personnes présentes, de procurations attribuées, des règles de quorum (le quorum s'apprécie en début de séance : moitié du nombre total des membres désignés, déduction faite des carences constatées. Actuellement, le quorum s'apprécie à 20 personnes) ;

2. Rappel des règles pour les sorties/entrées des membres : la personne sortant confie puis reprend son chevalet à la personne chargée du secrétariat ;

3. Rappel des règles concernant le déroulement du vote : le vote peut être favorable, défavorable ou abstention. Si le vote revient favorable, cet avis peut être assorti d'un commentaire. Si le vote revient défavorable, cet avis devra être motivé. Après le vote, le débat ne peut pas être réengagé ;

4. Rappel des règles de conflit d'intérêt sur des dossiers : lorsqu'un membre se trouve en situation de conflit d'intérêt sur un dossier présenté, sur plusieurs dossiers présentés pour une même spécialité demandée sur le même territoire de santé. Le membre ne pourra pas assister à la présentation sur le territoire, ni à celle du rapport, ni aux débats, ni au vote. Le seul fait de contrevenir à cette disposition pourrait engendrer la nullité du vote et de l'autorisation accordée ;

5. Rappel sur l'obligation de remplir une déclaration publique d'intérêt ;

6. Vote sur l'approbation du procès-verbal de la précédente CSOS, après d'éventuelles remarques ;

7. Dossiers d'autorisation présentés :

- Présentation du rapport par l'instructeur (5 min),

- Si demande d'audition par le promoteur (5 minutes de présentation et 5 minutes de questions par les membres de la CSOS),

- Discussion sur le dossier présenté par l'instructeur et les membres de la CSOS (ceux-ci doivent se présenter lors de leur intervention),

- Vote : rappel du nombre de votants exprimés pour un vote favorable, défavorable et pour les abstentions,

8. Rappel de la date de la prochaine CSOS.



Mise en oeuvre de recommandations régionales

Dr MC. Dumont & Dr G. Viudes

Historique

- 2007 : Réseau des urgences
 - Décrets du 22 mai 2006 relatifs aux urgences & Circulaire du 13 février 2007 relative à la prise en charge des urgences.
 - Instaure le “réseau des urgences” :
 - périmètre plus large que les établissements accueillant les urgences
 - concerne tous les établissements prenant en charge les urgences et leurs suites (ES MCO, SSR, psychiatrie)
 - Précise
 - les objectifs du réseau des urgences
 - la gouvernance par **une instance collégiale régionale (ICR)**

- 2008 Création du GIP ORU PACA → E-santé ORU PACA
 - Coordination du réseau des urgences
 - Maîtrise d’oeuvre / Maîtrise d’ouvrage
 - Organisation / Système d’information / Évaluation



Les instances collégiales régionales : ICR

- les fiches d'évènements indésirables
- l'évaluation
- la définition des priorités régionales
- **la validation de recommandations régionales**
- Fiches techniques
- la mise en place d'outils informatiques
- la publication d'indicateurs
- la formation
- les registres





Plan

- 1. Instance collégiale régionale (ICR)**
- 2. Les recommandations régionales**



ICR : principes

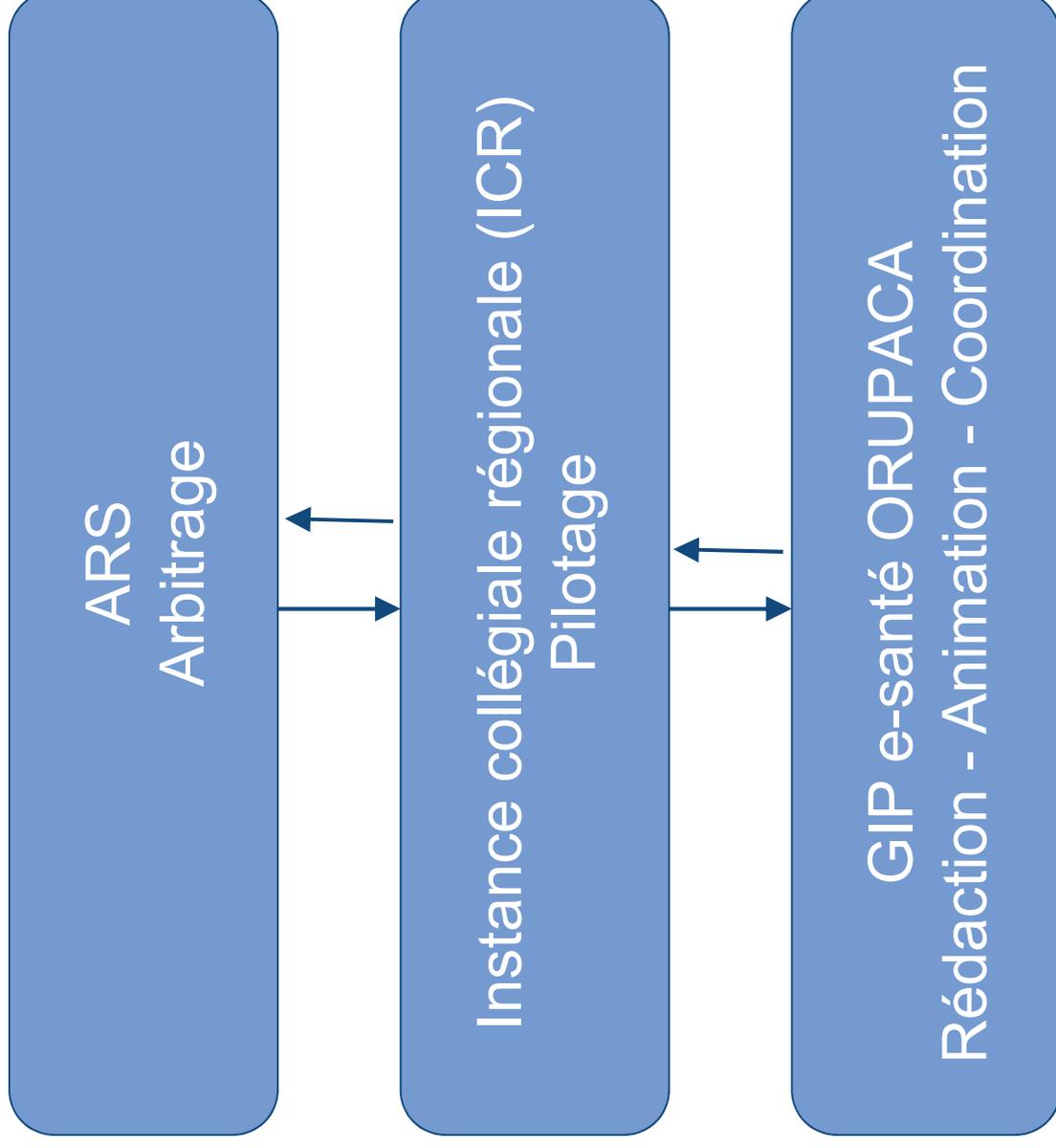
- Une démarche partenariale de pilotage des projets régionaux
 - recueil et l’analyse des difficultés rencontrées
 - définition des priorités

- Une mobilisation de l’expertise de l’ensemble des acteurs de santé PACA regroupés dans une ICR, adaptée selon les thèmes :
 - fédérations, URPS, ES et ESMS, coordinations territoriales d’appui;
 - Professionnels de santé, conseils ordinaires des professionnels de santé ;
 - Collectivités territoriales compétentes, représentants d’usagers ;
 - ...

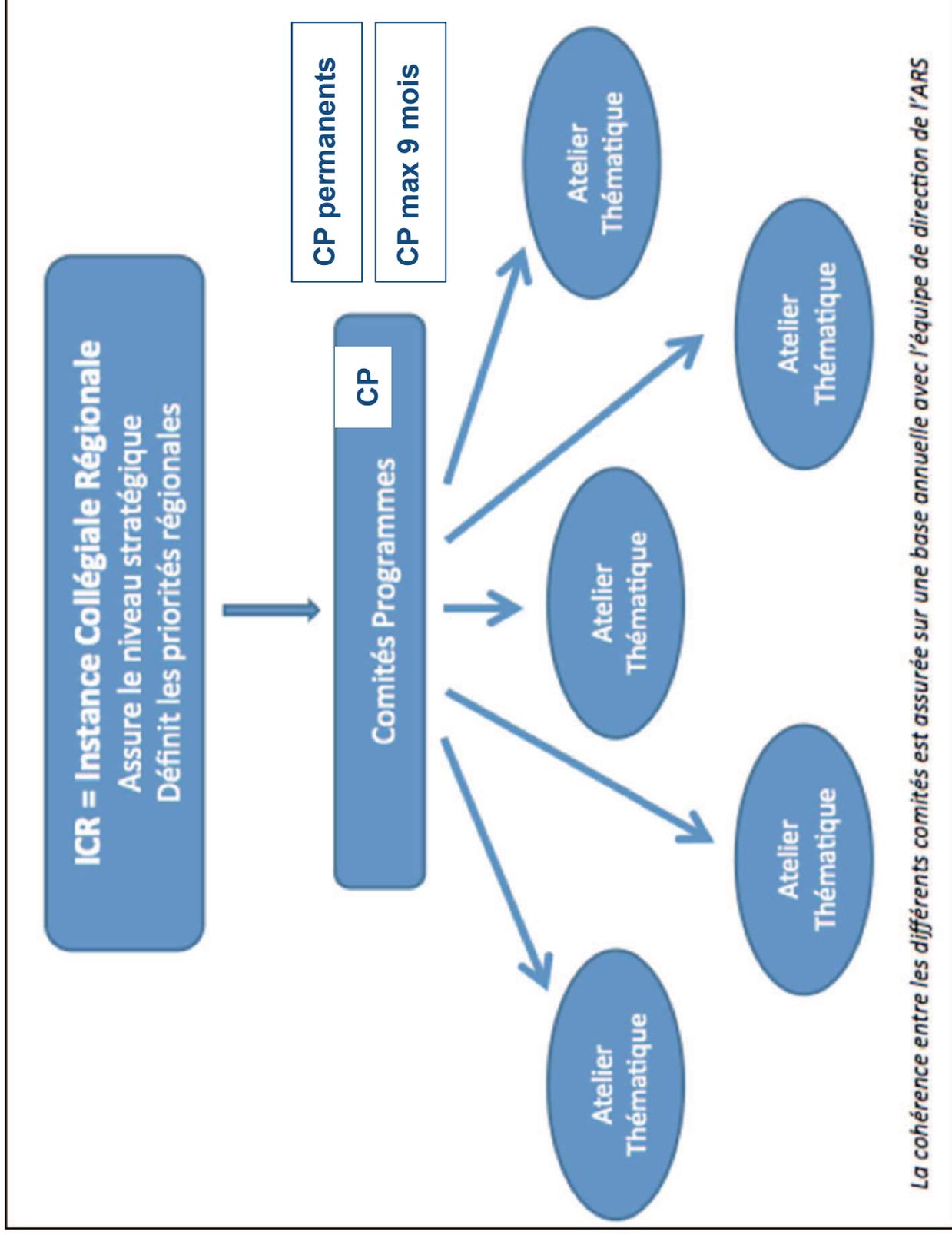
- Une gouvernance reposant sur trois niveaux d’actions :
 - maîtrise d’ouvrage : ARS
 - pilotage : Instance de Coordination Régionale (ICR)
 - maîtrise d’œuvre : GIP e-santé ORU PACA

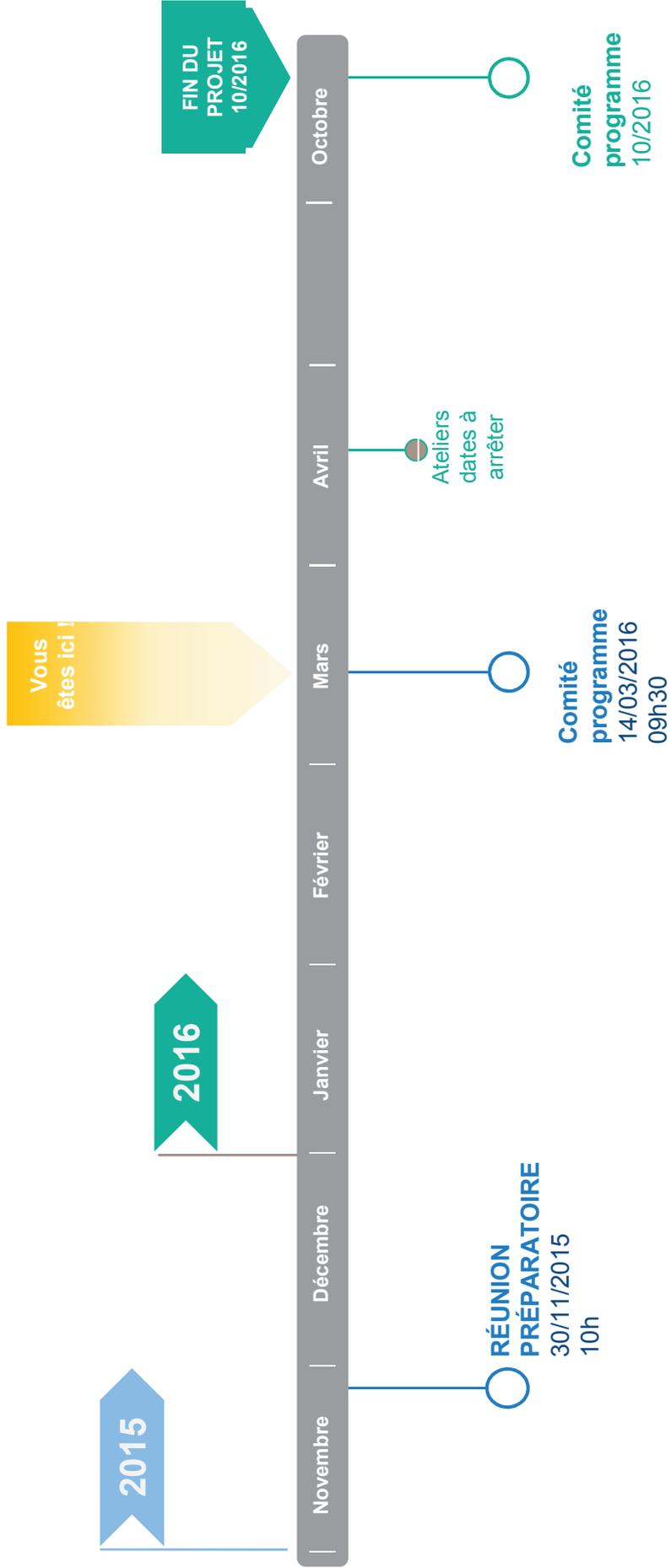


ICR : gouvernance



ICR : fonctionnement





ICR → les thèmes en cours

ICR	CP Permanents	CP max 9 mois
Urgences <div style="background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px;"> à venir : <ul style="list-style-type: none"> • Identito vigilance • HET • Filières </div>	Inter SAMU	Hôpital en tension Soins sans consentement aux urgences Transfusion sanguine aux urgences Violence aux urgences Diagnostics critiques / Filières AVC phase aigue / post aigue / chronique Traumatismes sévères adultes et pédiatriques Gestionnaire des lits Gestion des lits de soins critiques Imagerie et urgences Mort inopinée du nourrisson LAT
PDSES	PDSES	
PDSA	PDSA	
AVC		AVC de l'enfant Communication
Imagerie		Téléradiologie
Système d'information		EAI / serveur régional biologie ...

Comité programme : détail des objectifs

OBJECTIFS PRATIQUES DU GROUPE DE TRAVAIL

Rédiger des recommandations régionales dans des Bonnes Pratiques Fondamentales (BPF)

Diffuser ces BPF avec plusieurs supports de communication

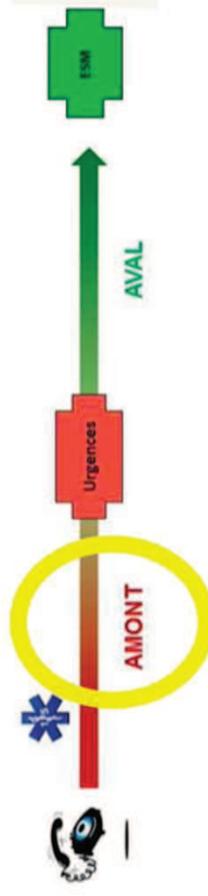
Former

Faire évoluer le système d'information régional et des établissements

Suivre et Faire évoluer les recommandations

Évaluer les résultats (registre ...)

	
TRANSPORT D'UN PATIENT PSYCHIATRIQUE	
NOM DOCUMENT :	BPF_ TRANSPORT D'UN PATIENT ATTEINT DE TROUBLES MENTAUX RELEVANT D'UNE MESURE DE SPSC
TYPE :	Bonne Pratique Fondamentale <input checked="" type="checkbox"/> Procédure <input type="checkbox"/>
REDACTEUR :	Michaël LEJWI Fonction : Médecin urgentiste Estelle JEGOT Chargée de mission RTU
ORGANISATION OU ETABLISSEMENT :	Groupe régional SPSC PACA
STATUT :	Validé <input checked="" type="checkbox"/> Proposé / non validé <input type="checkbox"/>
DATE :	12/02/2014 Version : V1.0
PHASE :	Amont <input checked="" type="checkbox"/> Urgences <input type="checkbox"/> Aval <input type="checkbox"/>
ETAPE :	Transport du patient
RESUME :	Le document présente les modalités de transport d'un patient souffrant de troubles mentaux, pour être dirigé vers un établissement de santé.
MOTS CLES :	régulation médicale, centre 15, psychiatrie, soins psychiatriques sans consentement, SDRE, SPDT, péril imminent, transport, contention, sédation





Plan

1. *ICR* → *gouvernance*
2. **Recommandations régionales**



Recommandations régionales : objectifs

- **objectif** : rédiger des recommandations de bonnes pratiques régionales
 - consensus des professionnels sur les organisations et les modes opératoires
 - intégration des recommandations des sociétés savantes, quand elles existent.

- **Composition des groupes ICR / comités programmes / ateliers** :
 - Équilibre entre représentation et expertise métier
 - Prise en compte :
 - du statut des établissements,
 - des représentations (fédération, ..)
 - des spécialités concernées,
 - de la répartition territoriale



Recommandations régionales : réalisé ?

Priorités Régionales

- Diagnosics d'urgences : plateaux techniques requis
- Télémédecine
- Hôpital en tension
- Transfusion sanguine aux urgences et en SMUR
- Soins psychiatriques sans consentement
- Filières AVC
- Traumatisés sévères
- Traumatisés sévères pédiatriques
- Violence à l'hôpital
- Soins critiques
- Les mineurs en crise aux urgences

Recommandations régionales : exemples



Prise en charge des TRAUMATISES SÉVÈRES en PRÉ-HOSPITALIER



SOMMAIRE

1. OBJECTIF	3
2. PROFESSIONNELS DE SANTE CONCERNES	3
3. PRINCIPES GENERAUX	3
1. LES CRITERES DE VITTEL.....	3
2. UNE PRISE EN CHARGE CHRONOMETREE	3
3. UN REFERENTIEL DE PRISE EN CHARGE MEDICALE	4
4. UNE CHAINE DE PRISE EN CHARGE : DU TERRAIN A L'HOPITAL	4
4. DESCRIPTION	4
1. STRATIFICATION DES PATIENTS	4
2. ENGAGEMENT DES MOYENS	5
3. REFERENTIEL DE PRISE EN CHARGE	5
4. ORIENTATION DES TRAUMATISES SEVERES	6
5. GLOSSAIRE	6
6. ANNEXE 1 : LES CRITERES DE VITTEL	7
7. ANNEXE 2 : UN SCORE DE TRIAGE : LE SCORE M-GAP	8
8. ANNEXE 3 : LES 3 CATEGORIES DE TS EN PACA	9
9. ANNEXE 4 : L'ALGORITHME D'AIDE A LA DECISION POUR L'ENGAGEMENT DES MOYENS	10
10. ANNEXE 5 : LE REFERENTIEL DE PRISE EN CHARGE DES TS	11
11. ANNEXE 6 : L'ORIENTATION DES TS VERS UN ES HABILITE	13
12. ANNEXE 7 : LA CARTOGRAPHIE	14
13. ANNEXE 8 : LE GROUPE REGIONAL TS PACA	15

▲ fiche kit régulation AVC

▲ BPF régulation médicale

▲ BPF maillage régional

▲ BPF établissement de proximité

▲ BPF site expert

▲ BPF MCO

▲ BPF télémédecine

▲ BPF stratégie thérapeutique

▲ BPF aval

▲ thrombolyse contre indications

▲ algorithme de prise en charge AVC par régulation

STRUCTURES D'URGENCE

▲ fiche kit SU AVC

▲ algorithme de prise en charge AVC en SU

▲ BPF régulation médicale

▲ BPF maillage régional

▲ BPF établissement de proximité

▲ BPF site expert

▲ BPF MCO

▲ BPF télémédecine

▲ BPF stratégie thérapeutique

▲ BPF aval

▲ fiche IAO

▲ fiche IDE

▲ fiche urgentiste

▲ fiche imagerie

▲ fiche ORUBOX

▲ fiche UNV

▲ fiche score NIHSS

▲ fiche surveillance neurovasculaire

▲ fiche thrombolyse contre indications

▲ fiche thrombolyse préparation du RiPA

AVC

3. DESCRIPTION

1. Principes généraux

- 1- La prise en charge des patients **neurovasculaires**.
- 2- Chaque filière neurovasculaire est une unité fonctionnellement identifiée,
 - o des **lits de soins intensifs** neurovasculaires
 - o des lits d'hospitalisation « court séjour »
 - o une organisation permettant de répondre aux besoins des Structures d'Urgence et de Soins de Suite et de Réadaptation (SSSR)
- 3- On distingue 2 types d'UNV :
 - o l'**UNV de territoire** : structure de soins de suite et de réadaptation pour la prise en charge des patients
 - o l'**UNV de recours** : UNV de soins de suite et de réadaptation neurochirurgie et de neurologie

4- Chaque filière peut se déployer sur **un ou plusieurs territoire(s) de santé** en fonction de la population concernée.

5- Chaque filière regroupe autour d'une UNV :

- o des établissements avec une **SU organisée pour l'accueil de l'urgence AVC**: elle est dotée de la solution de télémédecine ORUBOX_AVC¹,
- o des établissements **ne permettant pas l'accueil de l'urgence AVC**,
- o des établissements autorisés en service de Soins de Suite et Réadaptation (SSR), EHPAD, USLD, ... pour la filière d'aval.

La **contractualisation entre établissements** est décrite en **annexe opérationnelle** à la **convention constitutive du réseau des urgences**.

6- Chaque filière neurovasculaire permet de garantir la **prise en charge des patients victimes d'AVC tout au long du chemin clinique** : de la phase aiguë à la phase de stabilisation.

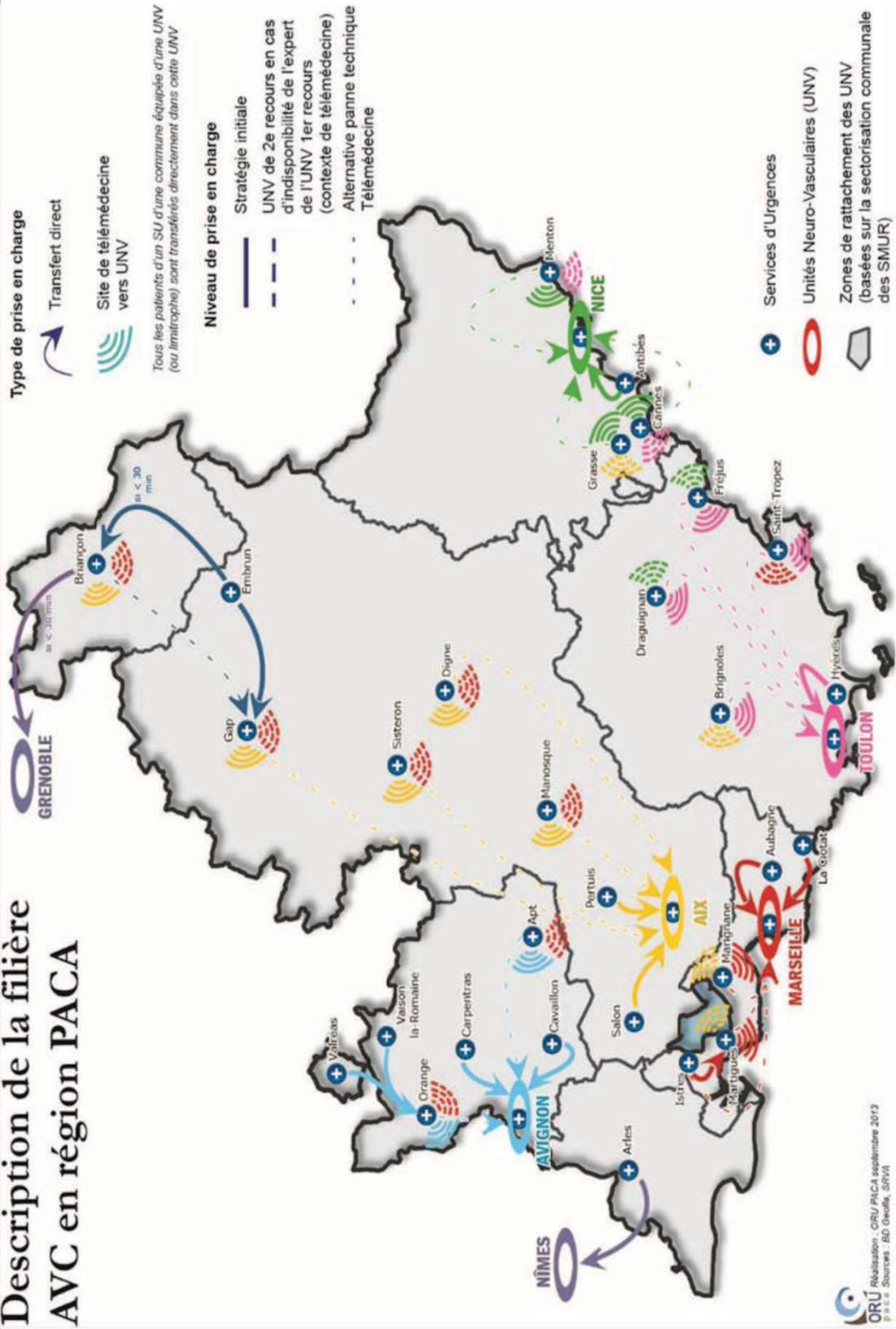
5. Maillage régional AVC PACA

• Principes

L'organisation du maillage autour des UNV est structurée en 4 catégories :

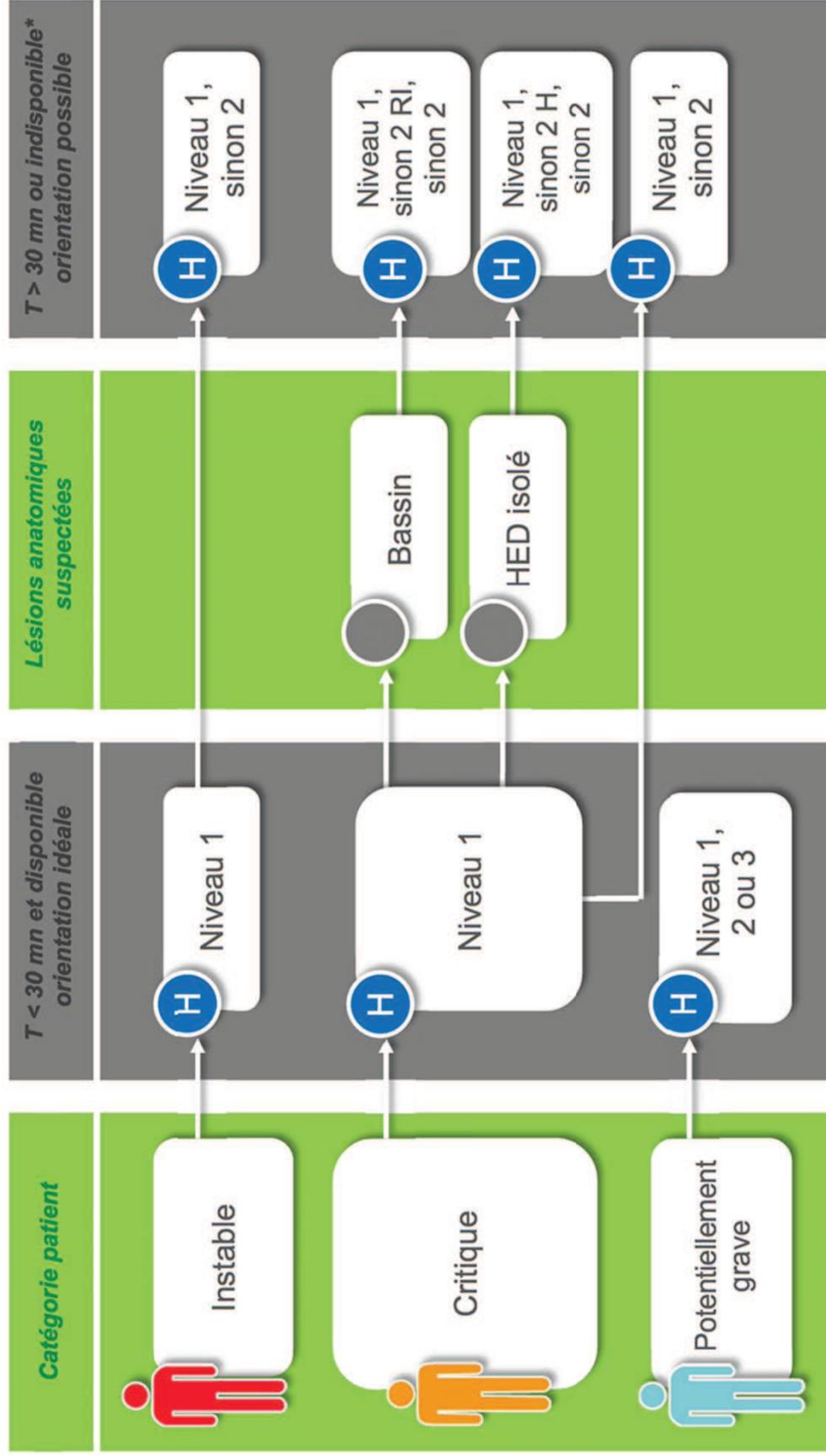
Catégorie	Description	Prise en charge AVC
Catégorie 1	Structures d'urgence situées sur le site d'une UNV ou à moins de 30 mn d'une UNV	Adressage direct en UNV
Catégorie 2	Structures d'urgence équipées d'une IRM et n'appartenant pas à la catégorie 1	Procédure de téléAVC sur IRM
Catégorie 3	Structures d'urgences équipées d'un scanner et situés à plus de 30 mn d'un site de la catégorie 2	Procédure de téléAVC sur scanner
Catégorie 4	Tous les autres établissements	Transfert direct vers le site de téléAVC le plus proche

6. ANNEXE 2 : Cartographie des filières AVC Description de la filière AVC en région PACA



Prise en charge des TRAUMATISES SÉVÈRES en PRÉ-HOSPITALIER

11. ANNEXE 6 : l'orientation des TS vers un ES habilité



Cette organisation devra :

- ✓ être décrite dans le ROR et concerne les établissements de soins autorisés à l'activité d'urgence, de réanimation et disposant d'un plateau technique spécifique ;
 - ✓ décrire les principes de gestion commune réanimateur/urgentiste ;
 - ✓ préciser le point d'entrée, le médecin référent, la localisation et son accès.
- Les LAT ne sont pas obligatoirement réalisées dans les réanimations. Le réanimateur peut être appelé en consultation.
 - Les établissements doivent :
 - ✓ Organiser l'activité des soins critiques en dédiant des lits à l'activité d'urgence, en veillant à une répartition équilibrée de l'activité programmée et de l'activité non programmée.
 - ✓ Favoriser les alternatives à la réanimation pour les activités programmées (SSPI, USC).
 - Les demandes devront être réalisées sur un terminal d'admission en soins critiques dans le ROR qui comportera les données du dossier médical suivantes :
 - ✓ Demande horodatée
 - ✓ Service demandeur + nom du médecin + coordonnées tel
 - ✓ Données nominatives patient
 - ✓ Âge
 - ✓ Sexe
 - ✓ Motif de la demande (liste + champ note libre complémentaire)
 - ✓ Pathologies associées (liste)
 - ✓ Thérapeutiques associées (liste)
 - ✓ Autonomie antérieure (liste : oui/non/inconnue)
 - ✓ Conditionnement patient (liste)
 - ✓ Observations médicales/ Avis spécialisé (champ libre)
 - ✓ Accord patient et/ou personne de confiance pour hospitalisation réa/USC (liste : oui/non/inconnu)
 - ✓ Acceptation / Refus argumentés



Formations



MAR LE 19 JANV. 2016, 19:00

Soirée de formation aux Bonnes Pratiques Fondamentales "Traumatisés Sévères"

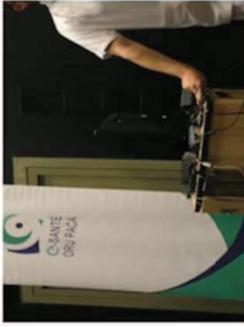
Centre Hospitalier du Pays d'Aix, Aix en Provence, France

680 professionnels formés sur 12 mois

OPTIONS D'INSCRIPTION

VOS VIDEOS

☰ Déposer un fichier audio ou vidéo | Dossiers | Vos channels | Importer | Recherche avancée | Supprimer



Enregistrement du 11/05/2016 1...
📅 11/05/2016 19:08 - 126 vues
🕒 02:34:46 👤 admin



Présentation ORU PACA
📅 09/05/2016 12:05 - 77 vues
🕒 00:01:15 👤 admin



Exacyl
📅 21/03/2016 10:03 - 1 vues
🕒 00:04:26 👤 admin



Cas clinique Trauma Sévère D...
📅 21/03/2016 10:03 - 13 vues
🕒 00:16:33 👤 admin



Cas clinique Trauma Sévère D...
📅 21/03/2016 09:03 - 4 vues
🕒 00:12:38 👤 admin



Soirée Trauma severe Nice
📅 03/03/2016 07:03 - 89 vues
🕒 02:22:53 👤 admin



Explication BPF
📅 23/02/2016 11:02 - 28 vues
🕒 00:01:08 👤 admin



Orientation des patients
📅 22/02/2016 11:02 - 6 vues
🕒 00:01:30 👤 admin



Critères de Vittel
📅 22/02/2016 10:02 - 10 vues
🕒 00:03:45 👤 admin



Triade létal
📅 18/02/2016 11:02 - 26 vues
🕒 00:03:52 👤 admin



Cas clinique Trauma Sévère D...
📅 18/02/2016 10:02 - 51 vues
🕒 00:09:50 👤 admin



Cas clinique Trauma Sévère D...
📅 18/02/2016 10:02 - 11 vues
🕒 00:18:36 👤 admin

Cas clinique Trauma Sévère Dr Lemoël

[Editer](#) | [Personnaliser](#) | [Convertir](#) | [Supprimer](#) | [Retour](#)
Déposé par admin le 2016-03-21



Contexte

- 13 septembre 2015, 15h05 sur la D6085.
- AVP VL / VL dans la ligne droite avant d'arriver à St-Vallier-de-Thiey
- Une voiture (V_1) dans le fossé avec 3 personnes ; 1 personne dans V_2
- Conducteur V_2 conscient, sorti seul du véhicule
- V_1 : passagère AR D inconsciente, conducteur qui hurle, passager AV décédé ??



V_2 → ← V_1

E-SANTÉ ORU PACA

Formations



ACCUEIL RECHERCHE MON ÉTABLISSEMENT OUTILS RÉGIONAUX DEMA

Plateforme Pédagogique (Moodle)

MENU PRINCIPAL
Brèves

NAVIGATION
Accueil
Tableau de bord
Pages du site
Cours

LIENS UTILES
Institutions publiques

UTILISATEUR CONNECTÉ

VIUDES Gilles

DERNIERS BADGES
Vous n'avez pas de badge à afficher

BPF

LES BONNES PRATIQUES FONDAMENTALES

Bienvenue sur la plate-forme d'apprentissage de l'observatoire régional des urgences de la région Provence Alpes Côte d'Azur.

Cette plateforme a pour vocation d'informer et de former les acteurs de la santé de cette région, aux Bonnes Pratiques Fondamentales. Les établissements de santé de la région PACA sont invités à appliquer les recommandations régionales décrites dans chacune d'entre elles. Ils doivent donc les adapter à leurs organisations internes. Les BPF sont rédigées dans le cadre de groupes régionaux thématiques organisés par l'ARS PACA, en collaboration avec l'ORU PACA

Cours disponibles

BPF Traumatismes sévères adultes



La filière de prise en charge des traumatisés sévères se décline en 2 phases :

- une phase hospitalière,
- une phase pré-hospitalière

L'objectif est de réduire la morbi-mortalité en harmonisant les connaissances et les pratiques à l'échelon régional.

Cette formation a pour vocation d'initier l'apprenant à ces bonnes pratiques fondamentales.

CALENDRIER

mai 2016

Lu	Ma	Me	Je	Ve	Sa	Di
						1
2	3	4	5	6	7	8
9	10	11	12	13	14	15
16	17	18	19	20	21	22
23	24	25	26	27	28	29
30	31					

ÉVÈNEMENTS À VENIR

BPF Traumatismes sévères adultes
mardi 14 juin, 19:00

Aller au calendrier...
Nouvel événement...

ORU PACA : ACTUALITÉS

Traumatismes sévères - Formation aux BPF - Hyères

Les BPF présentées au COPACAMU 2015

Les BPF = les Bonnes Pratiques Fondamentales

Formation aux BPF

Une convention constitutive renouvelée pour le GIP ORU PACA

BPF Traumatisés sévères

Accueil ► BPF trauma severe ► Forum du traumatisé sévère

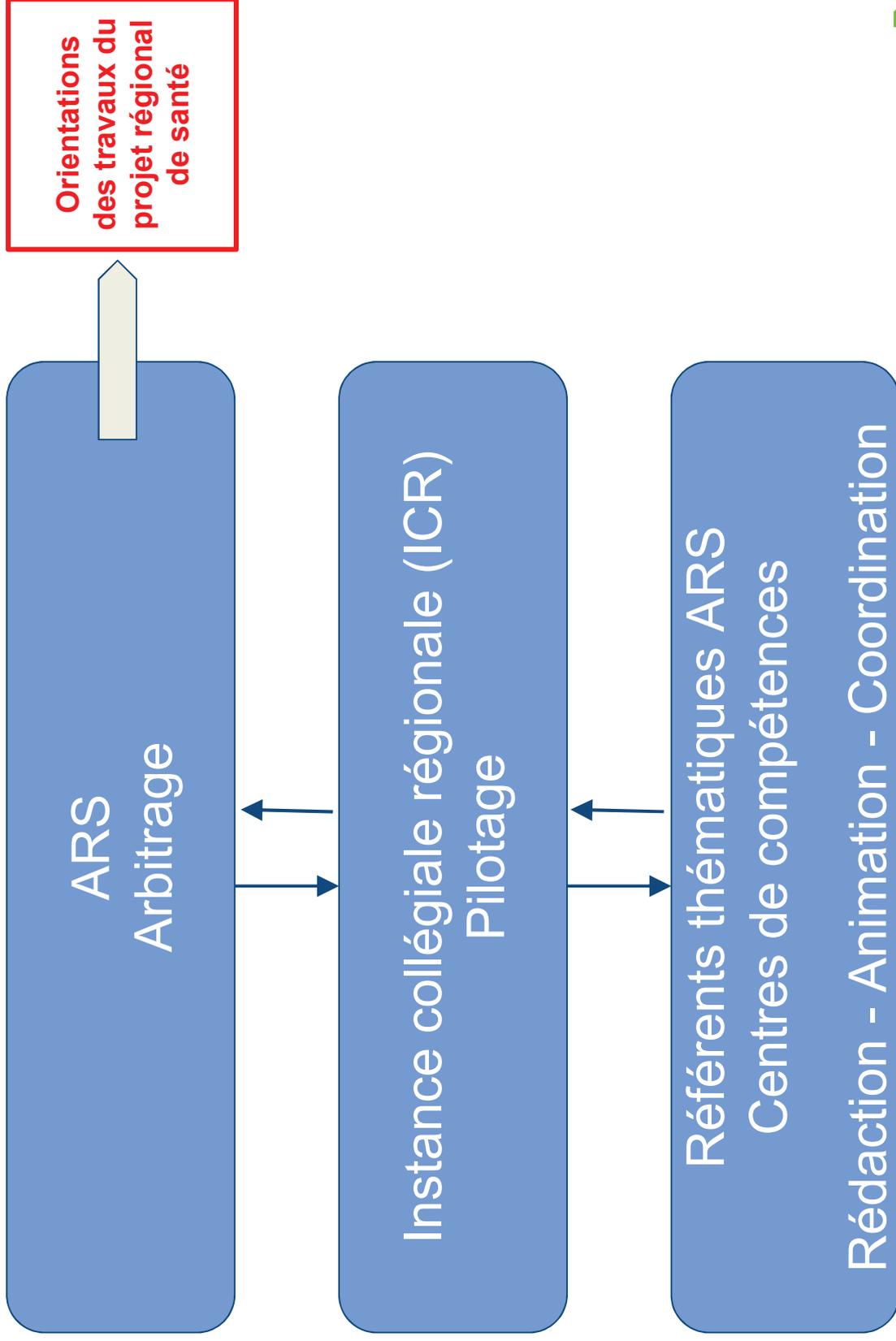
NAVIGATION

Accueil

- Tableau de bord
- Pages du site
- ▼ Cours actuel
 - BPF trauma severe
 - Participants
 - Badges
 - Prise en charge du traumatisé sévère adulte
 - Forum du traumatisé sévère adulte
 - BPF prise en charge du traumatisé sévère adulte
 - Avis d'expert
 - Cas clinique de la semaine
- Mes cours



Synthèse





Merci de votre attention



Annexe 3 - Clinique MOZART

La clinique MOZART EST UNE Ancienne maternité qui a permis de faire mieux que des box d'ambulatoire mais de vraie chambre avec de vrais lits alors que dans les autres établissements ce ne sont pas des chambres mais des box

Notre principe de fonctionnement :

permanence de l'ouverture à la fermeture de la clinique 1 anesthésiste et une IADE

- 1 bloc = 1 anesthésiste et 1 panseuse

Le bloc endoscopie ne fonctionne que les AM où le bloc ambulatoire ne fonctionne pas et l'ensemble du personnel se déplace.

Nous faisons toutes nos anesthésies sous diazanalgie et pas sous AG néanmoins le nécessaire en cas d'intubation même difficile est présent au bloc. Nous n'utilisons jamais de gaz. C'est là une originalité de notre fonctionnement

Nous avons dans chaque salle un respirateur avec contrôle des pressions et un capnomètre ainsi que le matériel d'anesthésie et de réanimation conforme et obligatoire

RESPECT DU CPOM

L'orientation n°1 a été assurée. Le CPOM a été respecté.

Nous avons effectué des recherches actives dans le cadre d'une perspective de regroupement comme nous le demande l'ARS.

Au moment de l'élaboration de ce dossier, ces recherches n'avaient pas abouti. Depuis, nous avons informé l'ARS qu'un accord de regroupement avait été acté avec la clinique Santa Maria pour déménager sur un futur site de la plaine du var. Le protocole d'accord signé par les 2 parties a été transmis à l'ARS dans le cadre de ce dossier de renouvellement et il convient d'en tenir compte .

NOTRE SCORE ICALIN NE REFLETE PAS LA REALITE

Le questionnaire n'est pas adapté au centre de chirurgie ambulatoire exclusif et nous sommes obligés de répondre par OUI ou par NON .Toute réponse NON pénalise le score ICALIN et de ce fait ne reflète pas notre réalité.

Par exemple ; »il existe un outil d'aide à l'observance relative à la prévention des infections sur chambre implantable « Nous sommes obligé de répondre et pourtant nous ne faisons pas de chambres implantables et cette réponse Non baisse le score.

De même, toute réponse non applicable se solde par un zéro et baisse artificiellement notre score.

La Clinique MOZART n'a pas en réalité pas plus d'une infection nosocomiale par an et sans gravité .Aucun malade avec grande infection n'est opéré dans notre clinique. Le Catheter veineux reste 2 heures en place jamais de sonde s urinaires

SCORE DE SATISFACTION DES PATIENTS EXCELLENT

Score de satisfaction

2014 PATIENTS confort 83% administratif 86% Soins médicaux 91 %
2015 86% 89 % 91 %

Une erreur s'est glissée sur l'annexe 14 dû à la remise en page sous un autre format

Mais ce tableau existe également sans l'erreur dans notre demande p. 42

CERTIFICATION

La clinique a toujours été certifiée à 3 reprises depuis 1995

Pour mémoire,

Le but de la qualité et de la certification est de faire évoluer les établissements de santé on peut remarquer une nette évolution positive de tous nos indicateurs qui continuent d'évoluer.

Si certaines recommandations n'ont pas été levées c'est un choix de l'établissement et nous avons un calendrier d'engagement que nous respectons.

OFFRE DE PROXIMITE

En 2019, la Clinique ST ANTOINE va se regrouper avec la Clinique ST GEORGE laissant le centre ville sans clinique, la clinique du PARC IMPERIAL étant elle même excentrée. L'offre de proximité à la population du centre ville ne sera plus couverte puisqu'il n'y aura plus de clinique en centre ville.

COOPERATION D'AMONT ET D'AVANT

Depuis 1995, la convention de repli avec la clinique st Antoine, st george et la réanimation CHU n'est jamais utilisé plus de 1 à 2 fois par an

En 21 ans, nous avons eu 2 transferts en réanimation . Cela met en évidence un bon fonctionnement de notre convention et une bonne formation de l'ensemble du personnel..

PERSONNEL

Le personnel IDE est de 4 TP avec vacataire selon le programme.

Nous avons en plus 2 IADE infirmières anesthésistes salariées par nos deux anesthésistes, ce qui porte le nombre d'infirmières à 6.

ACTIVITE IVG

Notre volume IVG est en baisse en respect de notre orientation du CPOM de baisser les IVG

Au volume de 96, il faut rajouter 85 RU en cabinet sur 2015 d'un praticien qui a une convention avec nous donc ce nombre doit rentrer en compte dans notre volume IVG de l'année soit 181

VOLUME D'ACTIVITE EN CHIR AMBU

La clinique Mozart est une clinique atypique puisque en 100 % ambulatoire (hospitalisation de moins de 24 heures)

Le SROSS prévoit ma création de centre exclusif de chirurgie ambulatoire.

Cette qualification n'existe toujours pas aujourd'hui en dépit de projet de décret des années 2010 restée lettre morte à ce jour.

Ces objectifs du SROSS ne sont pas applicables à la clinique MOZART qui ne constitue pas une création d'établissement par ailleurs.

Nous avons attiré l'attention de l'ARS que ce point et attendons une réponse de sa part. l'HAS dans un rapport de 2011 a bien expliqué que cette notion de centre exclusivement ambulatoire n'avait pas d'existence juridique.

Les seules normes applicables sont donc celles du code de la santé publique dite d'implantation et de fonctionnement que nous respectons.

La même conclusion vaut au sujet d'un document de l'IGAS 2014 ou il semblerait préconiser un seuil de 1500 actes par établissement pour les maintenir ouverts.

Il n'en est rien et ce rapport de l'IGAS n'est pas applicable au cas de la Clinique Mozart dans la mesure où il ne traite que des établissements encouragés à « transformer » et susceptibles de « transférer » leur activité de chirurgie complète, tandis que la clinique a pris ce « virage » depuis bien longtemps, et a ainsi anticipé la volonté des pouvoirs publics d'aller progressivement vers un maximum de prises en charge des patients en alternative à l'hospitalisation.

Nous faisons aujourd'hui 100 % des actes pratiqués en ambulatoire.

Dans le même sens, la Clinique Mozart ne peut être « classée » selon les critères retenus par l'IGAS puisque l'un d'entre eux est justement, en pourcentage d'activité totale (c'est à dire chirurgie complète et ambulatoire), cette progression attendue du développement de la seule activité ambulatoire.

Lorsqu'il est question de « faible » ou « très faible activité » c'est au titre de l'ensemble de l'activité réalisée par l'établissement (cf. chirurgie complète et ambulatoire), et non de la seule activité ambulatoire, et cette conclusion vaut manifestement s'agissant du seuil de 1 500.

Volume activité conventionnée 2014 : 1496 actes sans la chirurgie esthétique

Volume activité conventionnée 2015 : 1538 actes sans la chirurgie esthétique

CONCLUSION

Notre clinique répond à toutes les normes administratives et s'inscrit comme une pionnière depuis 1995 pour le développement de la chirurgie ambulatoire. Son bilan financier est équilibré. Sa position en centre ville est stratégique.

Nous souhaitons un renouvellement à l'identique, à défaut de nous renouveler nos autorisations à l'identique, nous sollicitons le renouvellement de nos autorisations pour une durée dérogatoire minimum de 3 ans jusqu'à la visite de conformité validée de la nouvelle clinique Santa Maria.

Je vous rappelle qu'entre août 2015 et février 2016, que tous les établissements (une vingtaine) ont vu leur autorisation renouvelée sans qu'on leur reproche de ne pas s'être regroupé selon le SROSS

Notre orientation du CPOM imposé par l'ARS a été respecté.

Rapport

En parallèle, les capacités d'accueil en anesthésie et chirurgie ambulatoires¹³ ont progressé de plus de 40 % de 2007 (10 646 places) à 2012 (15 272 places). Plus de 10 % des lits de chirurgie conventionnelle ont été supprimés, le parc comptant environ 80 000 lits en 2012. Au total, les capacités de chirurgie ont diminué d'un peu plus de 4,5 % sur la période 2007-2012.

Ces données laissent supposer que la progression de l'activité de chirurgie ambulatoire a été sensiblement moins rapide sur la période que celle des capacités correspondantes¹⁴. En estimant à 1,5 M de séjours environ l'activité d'anesthésie ambulatoire réalisée hors chirurgie ambulatoire et le nombre de places correspondantes à 4 800 environ, la capacité nette de chirurgie ambulatoire serait de l'ordre de 10 400 places¹⁵. Cette capacité installée autoriserait, toutes choses égales par ailleurs, une progression de l'ordre de 900 000 séjours de chirurgie ambulatoire, soit un gain de 15 points du taux de chirurgie ambulatoire. Il ne s'agit toutefois que d'une estimation à gros traits réalisée par la mission avec l'appui de l'ATIH qui nécessitera d'être précisée et affinée sur la base des données disponibles en 2014¹⁶.

Comme le montre le tableau ci-dessous, environ un établissement sur quatre voit son taux global de chirurgie ambulatoire progresser d'au moins 3 points par an sur la période 2007-2012, cette proportion étant identique dans le secteur public et dans le secteur privé. La réalité est probablement en-dessous si l'on exclut les établissements dont la croissance n'est qu'apparente¹⁷. Ces résultats peuvent être rapprochés de ceux obtenus sur un an par les établissements ayant fait l'objet d'un accompagnement par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé (ANAP) en 2012 : la progression sur un an dépassait en moyenne 5 points¹⁸, les scores étant un peu inférieurs pour les centres hospitaliers (CH) (3,6 points) et pour les centres hospitaliers universitaires (CHU) (3,3 points). Ils mettent en évidence la possibilité de développer la chirurgie ambulatoire à un rythme soutenu dans les différentes catégories d'établissements.

¹³ Source Statistique annuelle des établissements (DREES) - la distinction entre anesthésie et chirurgie ambulatoires est vue dans l'enquête SAE 2013.

¹⁴ 4 626 places créées correspondent à plus d'1,4 M de séjours supplémentaires sur la base d'un taux de rotation de 1 patient par jour et par place et d'un nombre de jours d'ouverture de 310 par an : or l'activité ambulatoire n'a augmenté que de 540 202 séjours de 2007 à 2012 (cf tableau 1).

¹⁵ Estimation du volume de séjours d'anesthésie ambulatoire sur la base des données fournies par l'ATIH (nombre de séjours pris en charge dans un service de médecine ambulatoire avec la présence d'un acte d'anesthésie).

¹⁶ L'enquête « Statistiques annuelles des établissements de santé » (SAE) de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) va distinguer à partir des bordereaux 2013 les places d'anesthésie et celles de chirurgie ambulatoire.

¹⁷ Il s'agit de petits établissements avec moins de 1500 séjours de chirurgie qui tentent de se recentrer sur la chirurgie ambulatoire sans parvenir à enrayer la diminution globale de l'activité ou dont celle-ci reste très faible (moins de 500 séjours par an).

¹⁸ Il convient de préciser que les critères retenus par l'ANAP pour le choix des établissements à accompagner conduisaient à écarter de fait les établissements confrontés à des freins importants

Annexe I

Des instructions nationales successives ont précisé les feuilles de route des ARS pour la chirurgie ambulatoire.

Les ARS ont été destinataires de multiples instructions relatives au développement de la chirurgie ambulatoire, dont la synchronisation sur le terrain a été difficile.

Pour construire leurs programmes, les ARS ont tout d'abord été invitées par l'instruction DGOS/2010/457 du 27 décembre 2010 à dresser :

- ◆ un état des lieux extrêmement détaillé du développement de la chirurgie ambulatoire dans leur région, quantitatif et qualitatif ;
- ◆ un diagnostic partagé avec l'ensemble des acteurs concernés³², permettant d'identifier les points forts et les points faibles dans la perspective de l'élaboration d'un plan d'action régional.

Cette instruction affirmait la nécessité de changer de paradigme, en étendant « ce mode de prise en charge à l'ensemble des patients éligibles à la chirurgie ambulatoire et à l'ensemble de l'activité de chirurgie, la chirurgie ambulatoire devenant la référence ».

Le volet quantitatif de la maquette d'état des lieux proposé par l'instruction s'articulait autour de deux grands types d'indicateurs, les taux de recours à la chirurgie et à la chirurgie ambulatoire d'une part et le taux global de chirurgie ambulatoire d'autre part³³, complétés par des données sur l'évolution des volumes d'activité en chirurgie complète, en chirurgie ambulatoire et au total. **Le questionnaire comportait un item sur le nombre d'établissements autorisés à pratiquer la chirurgie sous forme d'alternatives à la chirurgie complète avec une activité inférieure à 1 500 séjours chirurgicaux³⁴.**

Le volet qualitatif comportait notamment des items relatifs à la qualité et à la sécurité des soins, à l'organisation de la chirurgie ambulatoire (existence et adéquation de « circuits spécifiques dédiés³⁵ »), à l'existence de coopérations formalisées avec les soins de ville, au recensement des coopérations inter-établissements en matière de chirurgie ambulatoire³⁶, et à l'accessibilité financière de la chirurgie ambulatoire³⁷.

La synthèse de ces travaux présentée par la DGOS aux ARS en 2012 mettait en évidence :

- ◆ au plan national, une dynamique positive de développement de la chirurgie ambulatoire sur la période 2007-2010 :
 - progression de 5,4 points du taux global de chirurgie ambulatoire de 2007 à 2010 (+ 5,4 pts par rapport à 2007 soit +1,8 % par an) ;
 - progression du taux de recours à la chirurgie ambulatoire supérieure à celle du taux de recours à la chirurgie dans son ensemble (effet partiel de substitution à la chirurgie complète) ;

³² Chirurgiens et anesthésistes-réanimateurs, médecins de ville, fédérations et conférences hospitalières, sociétés savantes, représentants des usagers en particulier.

³³ La déclinaison de ces indicateurs étant prévue selon une large panoplie de paramètres (territoire de santé, catégorie d'établissement, gestes marqueurs susceptibles d'être soumis à autorisation préalable, GHM à tarif unique, classes d'âge pour les taux de recours..).

³⁴ L'annexe 5 de l'instruction précitée du 27 décembre 2010 relative aux éléments de doctrine de la DGOS précisait à cet égard que « le développement de la chirurgie ambulatoire par un établissement doit s'appuyer sur une masse critique d'activité. Il ne doit en aucun cas être le palliatif à une activité de chirurgie défaillante ».

³⁵ L'instruction précise qu'un circuit spécifique dédié doit s'appuyer sur des moyens dédiés (rendez-vous, accueil, personnel, bloc partagé ou dédié, suivi post ambulatoire des patients..), un suivi organisé (planning opératoire, indicateurs de qualité et de satisfaction des patients) et un dossier commun.

³⁶ Groupements de coopération sanitaires, conventions.

³⁷ Part de l'activité de chirurgie ambulatoire prise en charge en secteur.

3.3.1.1. Certaines orientations importantes pour le développement de la chirurgie ambulatoire sont restées imprécises

L'intégration de la chirurgie ambulatoire dans la politique nationale de GDR n'a pas eu pour effet de regrouper l'ensemble des prescriptions nationales au sein de ce dispositif spécifique de pilotage. En effet, toutes les instructions relatives à la régulation stratégique de l'offre de soins sont restées de la compétence exclusive de la direction générale de l'offre de soins (DGOS). En conséquence, certaines orientations stratégiques en matière de chirurgie ambulatoire figurent non dans les instructions GDR, mais dans deux instructions aux ARS de la DGOS, relatives respectivement au guide méthodologique d'élaboration du schéma régional de l'offre de soins (SROS-PRS) et au guide CPOM-établissements publié en 2012.

Ces deux guides apportent des éléments de réponse à la question de savoir si l'accès à une offre de chirurgie ambulatoire doit être assuré en tout point du territoire.

Le guide SROS assigne trois grands objectifs au développement de la chirurgie ambulatoire :

- ◆ la généralisation à l'ensemble des actes (« développer la chirurgie ambulatoire dans son ensemble ») ;
- ◆ l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ;
- ◆ la structuration d'une offre de soins efficiente.

Il est précisé s'agissant de ce dernier objectif que la chirurgie ambulatoire doit être développée « dans l'ensemble des sites de chirurgie » en substitution à l'hospitalisation, et « fondée sur une masse critique d'activité ». L'inscription de la chirurgie ambulatoire dans une logique de parcours est par ailleurs mentionnée ainsi que la mutualisation des plateaux techniques avec les actes techniques de médecine impliquant le recours à l'anesthésie régionale ou locorégionale. Toutefois, aucune indication n'est fournie sur la masse critique d'activité ambulatoire requise en pratique. Un seuil de 1 500 actes est certes cité, mais il concerne l'activité globale de chirurgie. La situation des établissements ayant une activité totale de chirurgie comprise entre 1 500 et 3 000 actes est laissée dans le vague. Le guide relatif aux CPOM établissements n'est pas davantage explicite.

Pourtant, il ressort tant des analyses effectuées par la mission à partir des données disponibles que des éléments recueillis sur le terrain la grande difficulté des établissements avec une faible activité de chirurgie à développer des organisations de qualité et efficaces en chirurgie ambulatoire. Certes, certains petits établissements parviennent à se recentrer sur une chirurgie ambulatoire limitée à quelques gestes et à la maintenir voire la développer, en général dans le cadre de dispositifs de coopération avec des établissements du territoire. Néanmoins, si ces organisations permettent de maintenir une offre de proximité dans certains territoires, elles restent instables en raison de la difficulté à fidéliser les ressources médicales et structurellement coûteuses. La mission estime donc que si ces situations peuvent constituer une transition utile, l'objectif doit rester sauf exception de regrouper à terme les activités de chirurgie à faible volume dans les établissements voisins du territoire présentant une masse et un profil d'activité chirurgicale adéquats.

On ne trouve pas non plus d'objectifs concernant les lits de chirurgie conventionnelle dont la capacité devrait être reconfigurée en cohérence avec le développement de la chirurgie ambulatoire, *a fortiori* dans la perspective de sa généralisation. La réduction des capacités d'hospitalisation complète est pourtant un levier à considérer pour développer la chirurgie ambulatoire et c'est la condition pour dégager à terme les économies attendues du développement de la chirurgie ambulatoire.

Annexe 4

TRANSFERT A L'IDENTIQUE DE LA POLYCLINIQUE SANTA MARIA

Présentation orale à l'occasion de la réunion de la CSOS du 23 mai 2016

Nous avons souhaité *exceptionnellement* être entendus par la Commission Spécialisée de l'Organisation des Soins pour deux raisons :

- d'une part, sur la base d'un projet médical rénové, le dossier présenté aujourd'hui engage pour longtemps l'avenir de la polyclinique
- d'autre part, l'implantation d'un établissement de santé neuf dans les quartiers Ouest de Nice en pleine expansion, a un caractère structurant pour l'offre de soins.

1. Un projet médical rénové.

Le nouveau projet médical de Santa Maria s'appuie sur l'activité actuelle de la clinique, en cherchant dans le respect du SROS à conforter ses points forts et à pallier ses faiblesses.

Santa Maria est surtout connue pour son activité de gynécologie-obstétrique. La conforter constitue le premier axe du projet médical de la clinique. Progressivement la clinique dispose de locaux de consultations in situ, organise une prise en charge globale avant et après l'accouchement et se renforce en chirurgie gynécologique. L'autorisation délivrée par l'ARS en 2012 pour la néonatalogie est désormais effective.

Le second axe du projet médical, qui correspond bien aux spécialités exercées dans l'établissement, est le développement de la chirurgie ambulatoire. Depuis deux ans, une évolution importante a été faite dans les modes de prise en charge. Le projet médical vise à accélérer ce mouvement et l'organisation du nouveau bâtiment aura pour vocation d'y concourir.

2. Un programme simple et solide.

L'installation actuelle sur le site de Lenval offre aux patients de la clinique la possibilité d'accéder à un plateau technique étoffé. Le déplacement de la clinique n'est donc pas sans risques. Pour y pallier, le projet prévoit des consultations externes dans diverses spécialités et, l'activité propre de la clinique étant insuffisante, l'installation d'un cabinet de radiologie ouvert sur la ville et celle d'un laboratoire fonctionnant 24h/24, également ouvert à une patientèle externe.

Au-dessus d'un parking souterrain, le rez-de-chaussée du bâtiment sera consacré aux principales activités externes (imagerie, laboratoire, consultations 7/7 et rééducation) ainsi qu'aux fonctions techniques et à la logistique.

Le premier étage regroupera le bloc opératoire et le bloc obstétrical, qui seront contigus. Une unité de chirurgie ambulatoire (24 postes) est prévue à cet étage pour les séjours de très courte durée ainsi que des locaux de consultations.

L'étage suivant correspond aux deux étages actuels de chirurgie et sera distribué en deux sous-unités : l'une de chirurgie à temps plein et l'autre de chirurgie ambulatoire (17 places) pour des séjours ambulatoires de plusieurs heures, voire d'une journée entière dans l'établissement.

Enfin, le dernier étage regroupe les deux étages actuels de maternité et l'unité de néonatalogie.

3. **Un transfert strictement à l'identique.**

Dès le mois de janvier 2013, le Conseil d'Administration de Santa Maria a validé le principe d'un transfert sur un autre site en cas d'accord entre Lenval et le CHU de Nice. La clinique facilite ainsi la réalisation du Centre mère enfant CHU-Lenval mais son transfert doit en même temps lui permettre de sécuriser et développer au mieux ses activités.

Pour autant, il s'agit bien d'un simple transfert à l'identique sans demande d'autorisations nouvelles et ceci a permis de contenir strictement les surfaces mises en œuvre.

La clinique occupe à l'heure actuelle environ 6 500 m² en propre hors logistique et circulations générales partagées avec la Fondation Lenval. Le projet présenté porte sur environ 11 500 m² y compris logistique, circulations générales, services de soins et consultations externes et locaux techniques nécessaires au fonctionnement général comme au traitement d'air du bloc opératoire.

Le nouveau projet permet par ailleurs de redimensionner le bloc opératoire en fonction de l'activité réelle de l'établissement et des normes actuelles (le bloc actuel avait été conçu pour la pédiatrie et ouvert en 1993).

Toujours sans que les autorisations d'activité de soins soient modifiées, il faut quand même mentionner ici que, conformément à l'axe n° 2 de son projet médical, la clinique met en œuvre progressivement sa stratégie de développement de la chirurgie ambulatoire. Elle vient de trouver un accord avec la clinique Mozart pour regrouper les activités de chirurgie ambulatoire de cet établissement lors de l'ouverture des nouveaux bâtiments.

4. **D'un projet contraint à une véritable opportunité.**

Au départ, le transfert de la Polyclinique Santa Maria peut être présenté comme une opération essentiellement réalisée sous contrainte : la réalisation du « Centre Mère-Enfant Lenval CHU » sur le site de la Fondation impose le déplacement de Santa Maria.

Aujourd'hui, cette opération constitue une véritable opportunité :

- d'abord pour Santa Maria elle-même. La conception du nouvel établissement a été confiée à l'architecte Michel Beauvais et la nouvelle construction va doter la clinique d'un outil de travail neuf et performant, adapté aux exigences actuelles et permettant de mettre en œuvre intégralement son nouveau projet médical ;
- mais surtout en termes de réponse aux besoins de la population. Le SROS prône la création du « Centre Mère-Enfant Lenval CHU » et par voie de conséquence le déplacement de Santa Maria pour obtenir la meilleure réponse possible aux besoins dans le domaine de la pédiatrie et de la maternité. De leur côté, la Ville de Nice et la Métropole Nice Côte-d'Azur ont insisté pour qu'un établissement de santé puisse s'enraciner à l'Ouest de Nice dans un secteur en plein développement démographique, aujourd'hui dépourvu d'établissement de santé

Voici donc, ainsi résumé, le projet que nous souhaitons vous présenter. Nous espérons que vous émettrez un avis particulièrement favorable pour donner son véritable coup d'envoi et sommes bien entendu prêts à répondre à vos questions.