

PROJET MEDICAL

2010/2014

SOMMAIRE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 3 |
| I. La situation actuelle du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer | 4 |
| 1 – La zone de recrutement | 4 |
| 2 - La question économique et l'effet TAA | 5 |
| 3 – Les réalisations 2003-2008 | 6 |
| II. Le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer, hôpital de référence et hôpital multisite | 10 |
| 1 – L'impact d'un fonctionnement multisite | 10 |
| 2 – Sainte-Musse : Hôpital pivot, site de référence | 11 |
| 3 – Hôpital George Sand, site associé | 46 |
| 4 – Hôpital Georges Clémenceau, site associé..... | 53 |
| III. Les objectifs communs à l'ensemble des pôles | 55 |
| 1– Le management des pôles | 55 |
| 2 – Renforcer la performance d'ensemble..... | 56 |

| | |
|--|-----------|
| 3 - Conforter l'activité | 68 |
| 4 – Renforcer les coopérations inter hospitalières | 69 |
| IV. Le Système d'Information Hospitalier | 73 |
| 1 - L'urbanisation du SI..... | 73 |
| 2 - L'analyse des processus | 73 |
| 3 - Les objectifs du Dossier Patient | 74 |
| V. Le Département d'Information Médicale | 75 |
| 1 - Le recueil PMSI, la tarification à l'activité..... | 75 |
| 2 - L'évolution des outils et des organisations | 75 |
| SOMMAIRE DETAILLE | 77 |
| TABLEAU DE LA REPARTITION DES POLES CLINIQUES EN SERVICES ET/OU STRUCTURES INTERNES | 81 |
| GLOSSAIRE | 81 |

INTRODUCTION

Ce projet médical intervient à un moment charnière de l'hospitalisation dans l'agglomération toulonnaise. En effet, le site de Sainte-Musse est en construction et sera livré en cours de projet. Il est l'un des déterminants de ce projet.

Par ailleurs, la tarification à l'activité, pleinement appliquée, détermine de nouvelles règles qu'il faut ici intégrer.

Plus récemment, la loi HPST redéfinit les coopérations hospitalières d'un territoire et précise la gouvernance des pôles.

Le présent projet médical et la stratégie qui le sous tend s'inspirent de ces évolutions majeures et gardent en objectif premier la réponse adéquate aux besoins de soins des patients du territoire.

Le conseil exécutif a contribué à l'élaboration de la stratégie médicale de l'établissement, commune à tous les pôles et qui sert de feuille de route, d'orientation à l'activité.

Chaque pôle a réalisé un premier travail d'identification de ses projets. Ceux-ci seront mis en cohérence avec le projet médical, chaque pôle contribuant ainsi à sa réussite. Les éléments des projets de pôle seront ainsi repris en annexe dans les mois qui viennent, après adoption de ce présent projet médical.

Par souci de transparence, nous décrivons, ci-après, le contexte, les forces et faiblesses et l'environnement du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer qui conditionnent sa stratégie.

I. La situation actuelle du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer

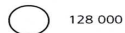
1 – La zone de recrutement

A – Les constats

La zone de recrutement du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer est classique. L'établissement recrute ses patients jusqu'à mi-distance des villes proches qui ont une offre concurrente. La carte suivante permet de mesurer l'attractivité des pôles de santé publics et privés du bassin toulonnais en le situant dans notre région.

Attractivité des pôles de santé public+privé

1- Nombre de séjours MCO 2007 (hors séances)



2- Taux de fuite des bassins de recrutement des CH

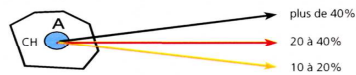


3- Attractivité des pôles public+privé

La flèche mesure l'attractivité des pôles public+privé distants sur le bassin de recrutement MCO de chaque CH

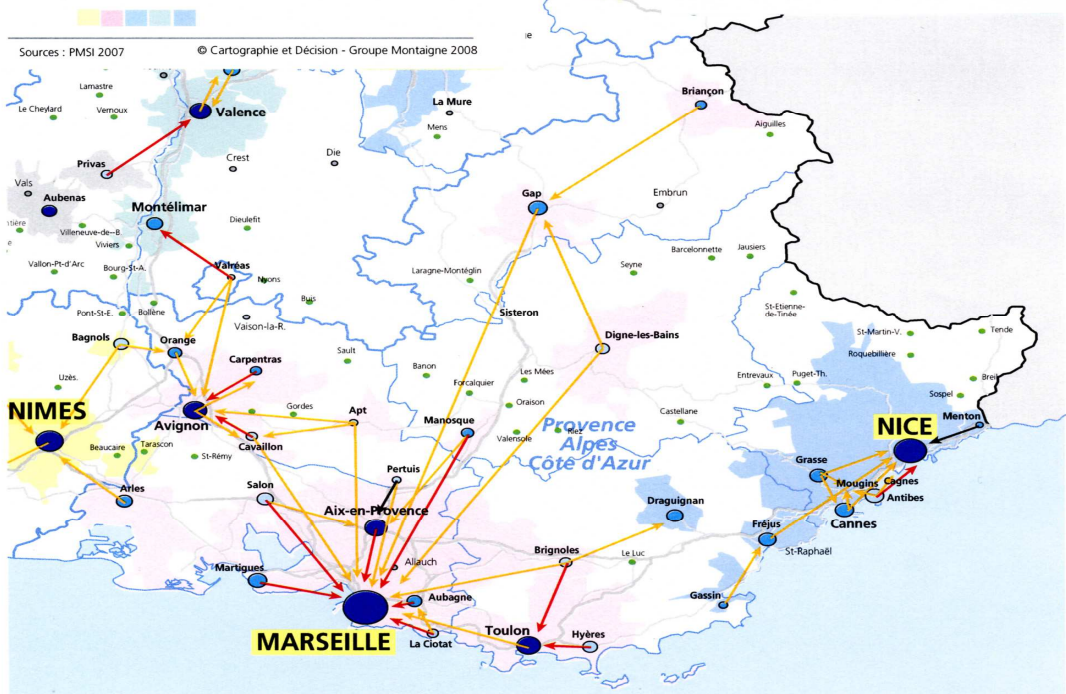
Le Bassin de recrutement du CH est constitué des codes postaux où le CH a une part de marché >10%

Le pôle public+privé est constitué des établissements de la ville centre et des communes limitrophes



3- Les systèmes d'aires urbaines

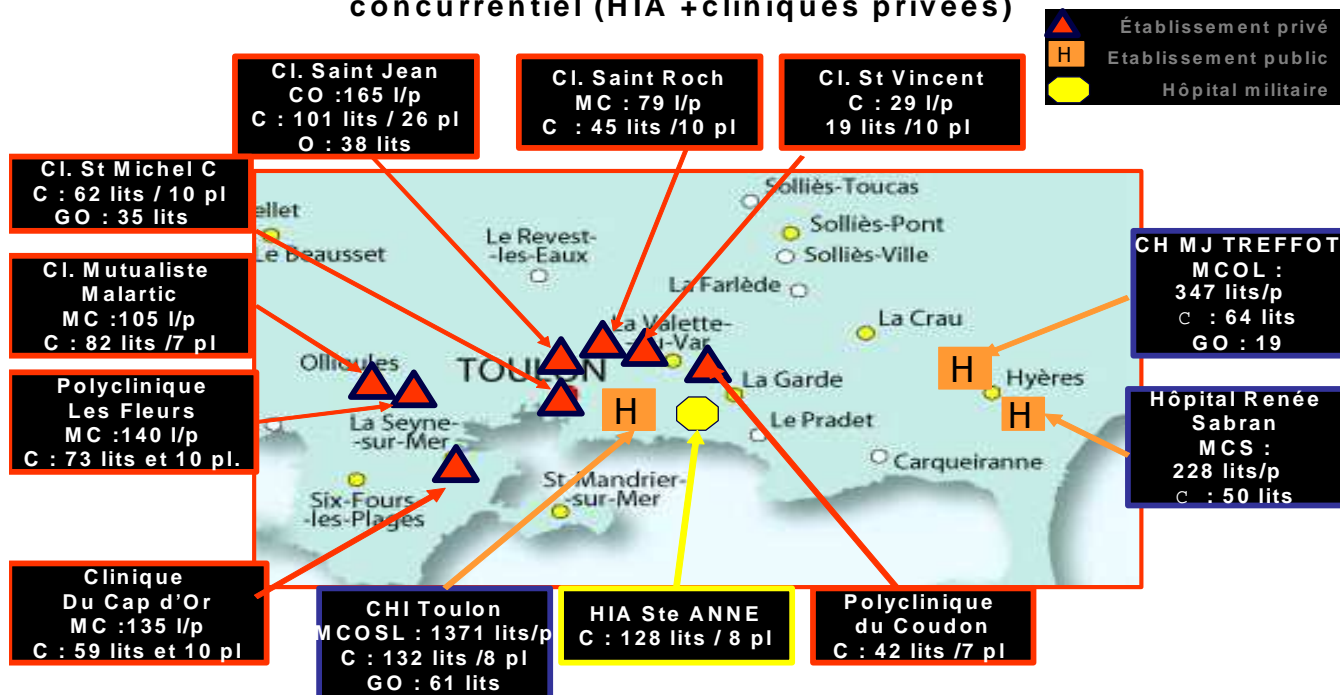
Migrations résidentielles entre aires urbaines 1990-1999



Si le bassin toulonnais fait partie des pôles forts de la région, autour desquels se construit la réponse aux besoins de santé de nos populations, le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer est dans une position fragile en subissant une triple concurrence, privée, militaire et marseillaise.

Ses parts de « marché » sont assez faibles sur un assez grand nombre de créneaux, ceci étant dû à une grande dispersion des acteurs de santé, plus qu'inhabituelle sur le territoire français.

Offre de soins : chirurgie – Un fort environnement concurrentiel (HIA + cliniques privées)



Légende : M= Médecine/C : Chirurgie/MC : Médecine, Chirurgie/GO : Gynécologie, Obstétrique/O : Obstétrique/CO : Chirurgie, Obstétrique/ MCS : Médecine, Chirurgie, Soins de Suite/ MCOL : Médecine, Chirurgie, Obstétrique et Long Séjour

B – Les conséquences

Le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer a ainsi du mal à résister à une concurrence privée qui semble bien organisée, même sur des spécialités classiquement hospitalières (cardiologie).

Il éprouve de ce fait une grande dépendance vis-à-vis de « l'urgence », non préjudiciable en tant que telle, mais obérant la solidité de son recrutement, avec une trop faible proportion de l'ambulatoire.

La vétusté du site de Font-Pré, le caractère « multisites », sont autant de facteurs qui pénalisent un peu plus son offre de soins.

La réorganisation en profondeur de l'offre de soins publique, avec un recentrage de ses activités, le développement de l'ambulatoire et des urgences, s'impose donc.

Une stratégie d'alliance, avec des établissements publics « associés », pourrait améliorer les filières de recrutement et conforter l'offre publique de soins à la population.

La construction de l'hôpital Sainte-Musse est l'occasion majeure de repositionner favorablement l'offre de soins publique.

2 - La question économique et l'effet TAA

Elle ne fait pas partie à proprement parler du projet médical, mais tous conviennent qu'il est nécessaire de respecter la nouvelle règle TAA et ses conséquences. L'oublier serait se condamner.

L'équilibre économique n'est pas pour autant un objectif en soi. C'est un pré-requis à respecter rigoureusement.

Soigner bien, à l'équilibre économique, c'est d'abord supprimer les gâchis.

L'application de la T2A à 100 % depuis le 1^{er} janvier 2008 nécessite une adaptation rapide à cette nouvelle règle.

Elle a essentiellement pour conséquence une exigence d'efficacité dans les prises en charge de patients, le nécessaire ajustement des équipes à l'activité, puisque l'hôpital n'est payé que pour son activité.

Les conséquences sur les organisations doivent conduire à :

- adapter la capacité en lits à l'activité, hors séjours longs, en intégrant les pics et les creux d'activité prévisibles, mutualiser les lits par pôle, aborder les éventuelles augmentations d'activité par la réduction de la DMS, l'encombrement actuel des lits étant le plus souvent dû à une carence des filières de sortie ;
- optimiser les filières d'aval de façon à ce qu'aucun patient médicalement sortant ne reste dans un lit de court séjour ;
- réduire le temps de passage aux Urgences des patients hospitalisés en favorisant l'accueil rapide dans le service d'aval et, lorsque c'est possible, la prise en charge directe dans le service destinataire.

Renforcer la performance d'ensemble est à la base de la stratégie de notre établissement, en déficit depuis plusieurs années.

Un déficit chronique mettrait en effet notre établissement dans une situation intenable, avec impossibilité d'investir et destruction d'emplois.

Ce sont d'ailleurs pour ces raisons que l'ensemble des pôles du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer ont déjà concouru à la réduction des déficits.

3 – Les réalisations 2003-2008

A – Degré de réalisation du projet médical 2003-2008

Un des objectifs du projet médical 2003-2008 était de regrouper sous forme de fédérations ou de départements trans-site les différents services de soins ou plateaux techniques des établissements de La Seyne et Font-Pré réunis depuis le 1^{er} mars 1988 dans une intercommunalité. Ceci avait pour but de mettre en commun des moyens humains et techniques afin d'en diminuer les coûts de fonctionnement.

D'une part, la création de filières de soins autour du patient devait permettre d'améliorer la qualité des soins et de fédérer les acteurs de santé autour d'un projet médical cohérent.

D'autre part, le site de Georges Clémenceau devait voir son activité confortée dans la prise en charge des personnes âgées, des SSR, et devait voir disparaître l'activité de court séjour gériatrique du fait de ces dysfonctionnements chroniques.

I. Objectifs réalisés :

- ✚ Regroupement de services :
 - Les services d'**anesthésiologie** La Seyne et Font-Pré au sein d'un seul service ;
 - Les services d'**ortho traumatologie** La Seyne et Font-Pré au sein d'un département trans-site ;
 - Les services d'**imagerie** La Seyne, Font-Pré et Chalucet au sein d'un département trans-site ;
 - Les quatre **laboratoires** sont regroupés dans un seul service, sur deux sites à La Seyne et Font-Pré.

- ✚ Modification de la répartition des lits en Cardiologie : création d'une unité des soins continus de cardiologie de 8 lits adossés aux 12 lits d'USIC.
- ✚ Création de 6 lits de soins continus adossés aux 11 puis 12 lits de réanimation polyvalente.
- ✚ Création de filières de soins :

La volonté d'inscrire dans le projet médical ces filières de soins montre un réel souci de « fluidifier » le parcours du patient au sein de l'établissement ; certaines de ces filières ont vu leur projet plus ou moins abouti et sera donc repris au sein de ce nouveau projet médical.

 - Filière des **urgences**
 - Filière de **traumatologie**
 - Filière d'**insuffisance respiratoire**
 - Filière des **pathologies cardiovasculaires**
 - Filière des **AVC**
 - Filière de **diabétologie** nutrition
 - Filière de **cancérologie**
 - Filière des **pathologies digestives**
 - Filière **psychiatrie**
 - Filière **néphrologie hémodialyse**
 - Filière des **SSR et éveil de comas**
 - Filière de **gériatrie**
 - Centre pluridisciplinaire de **diagnostic prénatal**
 - Centre d'**imagerie de la femme**
- ✚ Développement d'activités :
 - **ORL** : chirurgie carcinologique lourde
- ✚ Installation de matériel lourd :
 - Scanner sur George Sand
 - Autorisation d'installation d'un deuxième scanner dédié aux urgences sur Font-Pré
 - Autorisation d'un pet scan sur Font-Pré

II. Objectifs modifiés :

Il était prévu initialement :

- le maintien de l'entité de gynécologie - obstétrique au sein du département sur deux sites d'activité et un seul site d'obstétrique sur George Sand ;
- la création d'une unité de néonatalogie niveau II B autonome sur le site de George Sand ;
- un service de pédiatrie générale sur le site de Font-Pré en attendant « à terme un regroupement sur Sainte-Musse d'un pôle mère enfant départemental comportant une maternité niveau II B fort assurant 2 à 3 000 naissances », relié à un service de néonatalogie et soins intensifs de dimension suffisante et un pôle obstétrical sur le site de George Sand.

En fait, les deux services de pédiatrie se sont regroupés sur le site de Font-Pré et des travaux ont été réalisés également sur le site de Font-Pré pour pouvoir augmenter la capacité de néonatalogie avec 18 lits dont 6 lits de soins intensifs.

B – Des progrès et des changements organisationnels

Outre la réalisation des objectifs du projet médical 2003-2008, le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer a adapté ses organisations aux nouveaux textes législatifs et réglementaires, intégrant notamment les conséquences de la création des pôles d'activité et la montée en puissance du nouveau mode de financement, la T2A.

1. L'organisation en pôles d'activité

En décembre 2006, le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer a adopté une organisation en pôles d'activité dont le découpage final retenu a conduit à la création de 12 pôles :

- Médecine et Spécialités
- Cardio – Neuro - Vasculaire
- Médico Cancérologie
- Femme - Enfant
- Anesthésiologie – Traumatologie – Orthopédie – Urgences – SAMU - Blocs opératoires
- Gériatrie
- Réanimation - Réadaptation Fonctionnelle
- Psychiatrie Adulte
- Psychiatrie Enfant
- Laboratoire
- Imagerie
- Pharmacie

Ce découpage, mis en œuvre pour trois ans, a fait l'objet de débats et d'arbitrages et mérite une évaluation et des correctifs si nécessaires à l'issue de la période. Notamment, le choix de ne pas créer un pôle de chirurgie (avec la création d'une fédération des services de chirurgie) devra être ou non confirmé par la communauté médicale.

Cette réflexion s'enrichira également des nécessaires organisations à mettre en œuvre dans le Territoire Var Ouest, en fonction des opportunités offertes par la loi HPST et de la création possible d'équipes médicales élargies pour répondre aux besoins des patients du territoire, dans des perspectives décrites ci-après.

2. Des transferts d'activité

Afin de pas laisser des services médicaux de court séjour dangereusement éloignés des plateaux techniques, le service d'endocrinologie a été transféré à l'hôpital George Sand de La Seyne et le service d'infectiologie à l'hôpital Font-Pré.

Les services de psychiatrie ont été regroupés à l'hôpital Chalucet.

20 lits de SSR ont été ouverts à l'hôpital Clémenceau après la fermeture de l'Oratoire, et l'activité de rééducation fonctionnelle et l'unité d'éveil de comas regroupées à Chalucet.

3. Des indicateurs d'activité améliorés

Des efforts ont été conduits pour diminuer la durée moyenne de séjour dans les services de court séjour. Ainsi, dès 2007, la baisse de la DMS a été de plus de 6 % et se poursuit en 2008 de plus de 7%.

La lecture des données du tableau 15 du site e-PMSI de l'ATIH « Effet de la DMS sur le nombre de journées produites par l'établissement » démontre clairement les efforts importants réalisés dans tous les activités de court séjour sur la période 2007 – 2008.

La performance globale, qui est le rapport entre le nombre de journées standardisées (le case mix - ou l'éventail des GHM produits - du CHITS multiplié pour chaque GHM par la DMS nationale) et le nombre de journées effectivement réalisées, passe de 0,90 en 2006 (l'établissement a réalisé 15 700 journées de trop) à 1,03 en 2008 (l'établissement a réalisé près de 5 000 journées de moins que la « référence » nationale), ce qui dénote de l'efficacité du fonctionnement de l'établissement en 2008 :

Tableau 15 - Site e PMSI
Effet de la DMS sur le nombre de journées produite par l'établissement

| | ANNEES | | |
|---|-------------|-------------|-------------|
| | 2006 | 2007 | 2008 |
| Nombre de journées Hôpital | 164 149,00 | 197 281,00 | 190 451,00 |
| Nombre de journées standardisées Hôpital | 148 494,09 | 190 049,46 | 195 305,43 |
| Performance Globale | 0,90 | 0,96 | 1,03 |

Le processus de soins apparaît plutôt bon en médecine et en chirurgie et permet des séjours courts, dont le bénéfice « économique » serait meilleur s'il n'était compromis pas des « séjours longs » dus notamment aux difficultés de passage en SSR.

L'activité de l'établissement est en hausse sensible, comme le montrent les données d'activité du tableau 27 du site e-PMSI « Récapitulation Activité - Effectifs ».

Tableau 27 - Récapitulation Activité - Effectifs

| Type | 2006 | 2007 | 2008 | Taux d'évolution |
|---|--------|--------|--------|------------------|
| Nombre séjours/ séances | 58 852 | 53 717 | 57 512 | -2,33% |
| Dont | | | | |
| Nombre de séances | 13 005 | 12 345 | 13 509 | 3,73% |
| Nombre de séjours > 48 H | 24 171 | 24 733 | 25 343 | 4,62% |
| Nombre de séjours < 48 H | 20 770 | 15 608 | 17 652 | -17,66% |
| Nombre de séjours IVG | 906 | 1 031 | 1 008 | 10,12% |
| Nombre de séjours extrême bas | 132 | 125 | 163 | 19,02% |
| Nombre de séjours extrême haut | 1 069 | 657 | 434 | -146,31% |
| Nombre de journées extrême haut | 11 787 | 7 149 | 4 023 | -192,99% |
| Nombre de suppléments de réanimation | 3 751 | 4 152 | 3 943 | 4,87% |
| Nombre de suppléments de néonate sans SI | 1 586 | 2 086 | 2 792 | 43,19% |
| Nombre de suppléments de néonate avec SI | 1 764 | 2 064 | 2 010 | 12,24% |
| Nombre de prélèvements d'organe | 20 | 9 | 25 | 20,00% |
| Nombre d'actes de caissons hyperbares en sus | 261 | 382 | 285 | 8,42% |
| Nombre de suppléments dialyse | 960 | 1 039 | 1 027 | 6,52% |
| Nombre de suppléments de soins intensifs | 3 784 | 4 024 | 3 851 | 1,74% |
| Nombre de suppléments de surveillance continue | 2 546 | 2 570 | 4 053 | 37,18% |

NB : si le nombre de séjours/séances apparaît en baisse sensible sur la période 2006 - 2008, cela provient de l'application de la circulaire DHOS/F1/MTAA/2006/376 du 31 août 2006 sur les actes frontières, qui a conduit à une baisse significative en 2007 des activités en hôpital de jour. La baisse des séjours et journées extrême haut s'explique par la baisse importante de la DMS.

La mise en place de la comptabilité analytique, les contrats de pôle et les aides organisationnelles (MEAH) ont permis de mieux suivre les progrès de l'établissement.

Le projet médical 2009-2014 s'appuie sur ces expériences positives pour construire un projet ambitieux pour l'hôpital public et les patients qu'il reçoit, avec en perspective l'ouverture de l'hôpital Sainte-Musse.

II. Le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer, hôpital de référence et hôpital multisite

Le projet médical doit répondre avant tout à la demande de soins, aux évolutions des modes de vie et au vieillissement de la population.

Le projet doit ainsi résoudre une contradiction apparente : les patients veulent être soignés au plus près de chez eux mais ils ont souvent besoin de niveaux d'expertise ou d'organisation qui ne peuvent se concevoir que sur des sites regroupés.

Le projet médical du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer répond à cette apparente contradiction. Il affirme la vocation du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer à être tout à la fois, hôpital de référence et hôpital multisite, l'hôpital « pivot » étant ainsi complété par des hôpitaux « associés ».

1 – L'impact d'un fonctionnement multisite

Le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer est un hôpital multisite, (4 sites aujourd'hui : Font-Pré et Chalucet à Toulon, George Sand à La Seyne-sur-Mer, Clémenceau à La Garde).

Le fait « multisite » peut être considéré comme un handicap compte tenu des coûts supplémentaires qu'il engendre (entretien des différents sites, logistique complexifiée, transports internes, sécurité, etc...), des risques qu'il peut parfois faire courir aux patients dans le cadre d'une orientation rendue plutôt difficile face aux plateaux techniques de niveau inégal, des difficultés dues aux effets de seuil pour garantir des effectifs médicaux suffisants et une solide permanence des soins.

Les hôpitaux monosites ont plus d'atouts en matière de « performance économique », c'est le constat général.

Néanmoins, le projet médical du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer confirme le choix d'un fonctionnement multisite qui correspond à son histoire et aux attentes des populations du Territoire. Le projet de construction du site de Sainte-Musse ne change pas cette donnée fondamentale, car une activité de court séjour persistera sur le site de La Seyne-sur-Mer (il en sera de même sur le site voisin de Hyères)

Cependant, le projet médical doit permettre au Centre Hospitalier Intercommunal Toulon / La Seyne-sur-Mer de réussir ce projet multisite, véritable défi, en respectant quelques clefs de réussite indispensables à ce type de fonctionnement :

- tout d'abord, une équipe unique par spécialité gère l'ensemble des sites ;
- les plateaux techniques coûteux doivent être regroupés sur un seul des sites.

L'accueil des patients en consultation et pour des explorations fonctionnelles ambulatoires doit se faire sur chaque site.

A défaut, les patients se dérouteraient vers la concurrence.

La capacité totale d'hospitalisation doit être ajustée au mieux de l'activité. Le multisite permet de mieux le faire car le total des lits disponibles est plus important, la régulation un peu plus complexe mais efficace.

2 – Sainte-Musse : Hôpital pivot, site de référence

L'ouverture de l'hôpital Sainte-Musse est une chance nouvelle pour l'hospitalisation publique du Territoire, et une opportunité considérable pour l'hôpital public de proposer aux patients une réponse d'excellence à ses besoins.

Tête de réseau du dispositif, l'hôpital Sainte-Musse est le lieu d'implantation du plateau technique lourd, dont la réanimation, la néonatalogie, le SAMU et les urgences. Y sont implantés un pôle mère - enfant ainsi que toutes les spécialités médicales et chirurgicales.

Le site permet également le regroupement d'activités d'hospitalisation de psychiatrie.

L'hôpital Sainte-Musse dispose à la fois de l'activité propre à un site de référence, mais aussi de celle d'un site « associé ». Il est ainsi réputé « complet » et consolide durablement l'offre de soins publique sur tout le territoire.

A – LE SAMU

Les objectifs du SAMU sont de développer :

- un réseau de prise en charge basé sur des liens étroits avec les organisations de la permanence des soins (PDS) de la médecine de ville, les SMUR du Var, le SDIS et les ambulanciers privés, sur des moyens de communication et un hélicoptère départemental dédié ;
- des filières dites « fast-track » notamment pour l'AVC, le SCA, la traumatologie ;
- la mutualisation PDS-AMU transférant une partie de la PDS au service public hospitalier ;
- le rôle de SCMM et de SMUR maritime pour le secours en mer.

B – LES URGENCES

L'accueil des urgences à Sainte-Musse sera organisé autour de filières de soins :

- soins critiques (SAUV et ZSTCD) ;
- soins non critiques ;
- filière ambulatoire spécifique ;
- urgences pédiatriques ;
- urgences psychiatriques (dont le CAP 48).

La qualité de la prise en charge des urgences nécessitant cependant le concours de tous les pôles d'activité cliniques, le projet du service sera traité dans le chapitre 3 « les objectifs communs à l'ensemble des pôles » ci-après.

C - LA CHIRURGIE

Très dépendant du plateau technique, l'ensemble des services de chirurgie du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer trouve naturellement sa place au sein de l'hôpital Sainte-Musse, dans le cadre des principes qui ont été posés ci-dessus.

Une capacité d'activité H24 permet de faire face aux urgences du Territoire.

La chirurgie dans son ensemble développera sa capacité de consultations et la performance de ses consultations, y compris sur les sites « associés ».

a) La chirurgie orthopédique et traumatologique :

I) Activité actuelle

| TYPE | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|---------|---------|---------|---------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 2 795 | 2 773 | 2 762 | -1,19% |
| de plus de 48 H | 2 204 | 2 236 | 2 283 | 3,46% |
| de moins de 48 H | 591 | 537 | 479 | -23,38% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 7,90 | 7,65 | 7,44 | -6,18% |
| Nbre de journées | 17 891 | 17 555 | 17 372 | -2,99% |
| Nbre d'interventions | 2 400 | 2 481 | 2 568 | 6,54% |
| Nbre d'ICR | 703 171 | 766 838 | 806 556 | 12,82% |
| Nbre ICR/interventions | 292,99 | 309,08 | 314,08 | 6,72% |
| Nbre de consultations | 4 917 | 4 734 | 4 534 | -8,45% |

II) Objectifs Sainte-Musse

- 52 lits + unité de chirurgie ambulatoire
- Taux d'occupation : **85 % et DMS de 7 jours**
- Nombre de séjours : **2 900** (2 300 de plus de 48h, 600 en ambulatoire)
- Nombre d'interventions : **2 700**

III) Synthèse du projet de la spécialité

Les objectifs poursuivis par la spécialité pour les cinq années à venir sont :

- Optimiser la prise en charge continue de la traumatologie ostéo-articulaire de l'adulte et de l'enfant pour l'ensemble de la spécialité, ceci sur les deux sites actuels de réception des urgences :
 - Hôpital Font-Pré pour le polytraumatisé et les urgences lourdes ou poly pathologiques,
 - Hôpital George Sand pour la traumatologie courante pouvant être opérée en urgence différée,
 - Puis sur le site unique du prochain hôpital Sainte-Musse où les deux unités seront regroupées ;
- Offrir une chirurgie programmée de haute technicité pour les hyper spécialités de l'orthopédie : chirurgie articulaire et arthroscopique (prothétique et ligamentaire) des membres, chirurgie de la main et chirurgie rachidienne y compris l'urgence non neurologique ;
- Développer la chirurgie ambulatoire dans les indications de la spécialité ;
- Assurer les consultations spécialisées externes et internes sur les différents sites du CHITS ;
- Participer à la prise en charge multidisciplinaire des pathologies hospitalières lourdes : infections ostéo-articulaires prothétiques, métastases ostéophiles, rhumatologie et affections systémiques... ;
- Organiser et développer les réseaux de soins avec les structures hospitalières publiques et privées du Var :
 - traumatologie ostéo-articulaire avec les orthopédistes des hôpitaux du bassin toulonnais,
 - traumatologie du rachis avec les neurochirurgiens l'HIA Sainte-Anne et du CHU de Marseille,
 - chirurgie de la main avec le "SOS Main" de la clinique Saint-Jean,
 - chirurgie ostéo-articulaire et prothétique septiques avec l'hôpital Renée Sabran (CHU Lyon) ;

- Développer les filières de soins, au niveau hospitalier et libéral, avec les spécialités médicochirurgicales prenant également en charge la pathologie de l'appareil locomoteur (neurochirurgie, rhumatologie, médecine physique et rééducation fonctionnelle, médecine du sport, gériatrie,...),
- Développer la prise en charge de la traumatologie de l'épaule (voir les différents audits) ;
- Développer les relations avec les médecins rhumatologues et rééducateurs de l'établissement, ainsi que le secteur de gériatrie permettant une meilleure fluidité des patients en fin séjours sur la chirurgie orthopédique ; un partenariat avec la médecine interne ou un secteur de médecine polyvalente permettrait d'améliorer le suivi médical des patients chirurgicaux.

b) La chirurgie viscérale :

I) Activité actuelle

| TYPE | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|---------|---------|---------|----------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 1 089 | 1 191 | 1 318 | 17,37% |
| de plus de 48 H | 953 | 1 013 | 1 157 | 17,63% |
| de moins de 48 H | 136 | 178 | 161 | 15,53% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 7,87 | 6,68 | 6,58 | -19,60% |
| Nbre de journées | 7 588 | 6 870 | 7 699 | 1,44% |
| Nbre d'interventions | 784 | 804 | 863 | 9,15% |
| Nbre d'ICR | 234 730 | 239 230 | 255 805 | 8,24% |
| Nbre ICR/interventions | 299,40 | 297,55 | 296,41 | -1,01% |
| Nbre de consultations | 934 | 1 070 | 1 244 | 24,92% |

NB: activités de stomathérapie, de périnéologie en cours de développement en consultation

II) Objectifs Sainte-Musse

- 26 lits + unité de chirurgie ambulatoire
- Taux d'occupation : **85 % et DMS de 6,30 jours**
- Nombre de séjours : **1 400** (1 300 de plus de 48h, 100 en ambulatoire)
- Nombre d'interventions : **1 100**

III) Synthèse du projet de la spécialité

Compte tenu des résultats obtenus ces trois dernières années :

- augmentation du nombre des séjours de 20% ;
- augmentation du nombre d'interventions de 9% avec l'augmentation ICR de 8% ;
- baisse de la DMS de 20% ;
- augmentation du nombre des consultations de 25% ;

De l'environnement de travail :

- forte concurrence sur la zone de recrutement ;
- stabilité des dépenses en personnel médical, paramédical et de secrétariat ;
- environnement défavorable au recrutement au niveau des consultations externes ;

Des perspectives de rapprochement des établissements publics du territoire de santé, ainsi que de la mise en service du nouvel hôpital, les objectifs poursuivis par le service de chirurgie viscérale sont :

- *Au niveau du territoire de santé :*

Consolidation de la position du service en tant que pivot entre les hôpitaux de proximité et les CHU de Marseille et de Nice par la finalisation, avec les CH, du contrat pour la prise en charge de la chirurgie oncologique nécessitant un plateau technique complet et par ailleurs, poursuite de la collaboration avec les services de chirurgie viscérale de l'hôpital de la Conception de l'APHM et de l'Hôpital de l'Archet du CHU de NICE.

- *Au niveau des axes de développement de l'activité :*

- *Prise en charge de l'Urgence vitale*

Le CHITS est, avec le HIA, le centre de référence ; toutefois, les compétences médicochirurgicales et l'astreinte 24h/24, 7 jours/7, ne suffisent pas. Un contrat doit être signé avec le plateau technique pour la radiologie interventionnelle.

- *Prise en charge de l'Urgence non vitale*

Le service compte maintenir l'engagement pris d'extrême disponibilité, parce que l'accueil des urgences est devenu, de par l'organisation de la médecine de ville, une source de recrutement non négligeable.

- *Chirurgie Oncologique*

Cette activité reste l'un des axes principaux de l'activité du service, qui affiche clairement cette orientation par l'appartenance à son pôle, dépassant largement les seuils établis par le Ministère, dans un contexte de vieillissement de la population qui enduit une augmentation des pathologies néoplasiques à prendre en charge :

| Type de chirurgie cancéro. | 2006 | 2007 | 2008 | Seuil annuel |
|----------------------------|------|------|------|--------------|
| Digestif | 70 | 57 | 64 | 30 |

- *Chirurgie Bariatrique*

Cette activité trouve toute sa place dans un service hospitalier car d'une part, l'obésité est un problème de santé publique, et d'autre part, les nouvelles techniques opératoires nécessitent un plateau technique étendu. Par ailleurs, la prise en charge de ces patients est transversale, en mobilisant l'endocrinologie, la psychiatrie, la gastro-entérologie, avec un rôle important de l'éducation thérapeutique. La collaboration ébauchée avec ces services va être approfondie et une consultation avancée auprès des CH du Territoire de Santé est envisagée.

- *Périnéologie*

Les pathologies, qui constituent cette sous spécialité, sont rarement prises en charge dans leur globalité. Le développement d'un « centre de périnéologie » a donc le double intérêt de pallier à ce manque et de stimuler la collaboration entre plusieurs services du CHITS, mais aussi avec des structures privées. En effet, les services de gynécologie et de gastro-entérologie seront impliqués dans cette activité ainsi que des Médecins Rééducateurs Fonctionnels du Centre Pierre Chevalier à HYERES.

- *Stomathérapie*

Partant du constat que le CHITS réunissait en un seul lieu toutes les compétences nécessaires à la prise en charge du patient stomisé ou ayant un problème de cicatrisation (chirurgien digestif, infirmière formée dans ce domaine, psychologue, moyens d'éducation thérapeutique), une consultation spécifique a été créée début 2009, impliquant un stomathérapeute exerçant la profession libérale.

Le développement de cette activité a pour objectif d'augmenter l'activité de consultation, des actes liés à la prise en charge des problèmes présentés par ces patients, et de positionner le service sur l'aire Toulonnaise comme référent pour sa gestion pluridisciplinaire.

- *Chirurgie Ambulatoire :*

A l'horizon Sainte-Musse, le transfert de l'activité de chirurgie ambulatoire sur le site principal ne pourra que favoriser ce mode d'hospitalisation, bien qu'il soit actuellement marginal, compte tenu du type de pathologies et des patients traités au CHITS.

c) La chirurgie vasculaire et thoracique :

I) Activité actuelle

| TYPE | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|---------|---------|---------|----------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 737 | 816 | 817 | 9,79% |
| de plus de 48 H | 545 | 609 | 656 | 16,92% |
| de moins de 48 H | 192 | 207 | 161 | -19,25% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 7,62 | 6,32 | 6,66 | -14,41% |
| Nbre de journées | 4 261 | 3 949 | 4 463 | 4,53% |
| Nbre d'interventions | 1 127 | 1 137 | 1 234 | 8,67% |
| Nbre d'ICR | 319 971 | 310 626 | 328 237 | 2,52% |
| Nbre ICR/interventions | 283,91 | 273,20 | 265,99 | -6,74% |
| Nbre de consultations | 1 524 | 1 331 | 1 422 | -7,17% |

II) Objectifs Sainte-Musse

- 15 lits + unité de chirurgie ambulatoire
- Taux d'occupation : **85 % et DMS de 6,2 jours**
- Nombre de séjours : **950** (750 de plus de 48h, 200 en ambulatoire)
- Nombre d'interventions : **1 350**

III) Synthèse du projet de la spécialité

L'activité de chirurgie vasculaire et thoracique peut positionner l'établissement à un niveau unique dans le département. Toutefois,

- La chirurgie vasculaire nécessite d'être confortée par un travail collaboratif au sein de l'établissement notamment pour la pathologie artérielle (membres inférieurs et carotides) ;
- La chirurgie thoracique nécessite un projet de développement dans le cadre de filières de soins clairement identifiées et activées (cancer, urgence, thyroïde, insuffisance respiratoire).

Les objectifs pour les 5 ans à venir sont les suivants :

- Favoriser les collaborations et les prestations transversales avec les services du CHITS, les hôpitaux du Var (prestations trans-sites), et la médecine libérale ;
- Optimiser l'accessibilité aux prestations de chirurgie vasculaire et thoracique en favorisant l'admission des urgences (développement de filière de soins), le développement de la consultation externe, la chirurgie ambulatoire ;
- Elargir la prestation de soin classique avec le développement de l'éducation thérapeutique et de la recherche clinique ;
- Mettre en place des projets spécifiques :
 - Suivi structuré et formalisé des patients à risque cardiovasculaire et déjà porteur d'une pathologie cardiovasculaire symptomatique ;

- Favoriser la prise en charge des abords pour hémodialyse pour les patients extra hospitaliers ;
- Augmenter les chiffres d'intervention pour lésions néoplasiques du poumon (60 par an) :

| Type de chirurgie cancéro. | 2006 | 2007 | 2008 | Seuil annuel |
|----------------------------|------|------|------|--------------|
| Thorax | 48 | 49 | 49 | 30 |

- Conforter l'équipe de chirurgie thoracique ;
- Favoriser les liens avec le service de Pneumologie, la Réanimation Polyvalente pour l'insuffisance respiratoire et l'Endocrinologie Diabétologie.

d) La chirurgie O.R.L. et l'Ophtalmologie :

L'ORL :

I) Activité actuelle

| TYPE | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|---------|---------|---------|----------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 912 | 964 | 1 058 | 13,80% |
| de plus de 48 H | 600 | 581 | 661 | 9,23% |
| de moins de 48 H | 312 | 383 | 397 | 21,41% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 5,25 | 5,70 | 5,11 | -2,74% |
| Nbre de journées | 3 353 | 3 584 | 3 657 | 8,31% |
| Nbre d'interventions | 820 | 906 | 1 089 | 24,70% |
| Nbre d'ICR | 146 273 | 148 421 | 174 456 | 16,15% |
| Nbre ICR/interventions | 178,38 | 163,82 | 160,20 | -11,35% |
| Nbre de consultations | 4 165 | 3 978 | 4 886 | 14,76% |

II) Objectifs Sainte-Musse

- 15 lits + unité de chirurgie ambulatoire
- Taux d'occupation : **85 % et DMS de 5 jours**
- Nombre de séjours : **1 430** (930 de plus de 48h, 500 en ambulatoire)
- Nombre d'interventions : **1 350**

III) Synthèse du projet de la spécialité

Les objectifs poursuivis par la spécialité sont pour :

- L'ORL :

L'activité chirurgicale, assurée avant tout par les 2 opérateurs principaux, suit une progression constante gagnée essentiellement sur le CHU de la Timone et l'IPC. La concurrence directe des cliniques sur le bassin de population est faible dans le créneau développé par la spécialité : la chirurgie cervico-faciale lourde et la cancérologie.

La nécessité d'une RCP obligatoire et l'apparition des seuils en chirurgie a fini d'asseoir cette activité sur le CHITS. La notoriété du service permet maintenant d'être un service de « recours » pour les autres pathologies ORL, mêmes bénignes auprès des correspondants de ville. Témoin le nombre croissant de consultations pour 2^{ème} avis. Avec le dernier recrutement médical, la spécialité a pu développer la chirurgie sinusienne et accroître encore l'activité de cancérologie :

| Type de chirurgie cancéro. | 2006 | 2007 | 2008 | Seuil annuel |
|----------------------------|------|------|------|--------------|
| ORL | 85 | 68 | 95 | 20 |

Le recrutement actuel du service est représenté par plus de 80% de chirurgie réglée, adressée directement par les spécialistes de ville et certains généralistes.

D'autre part, le service d'ORL assure :

- une activité médicale de consultation référente dans la prise en charge de la surdité de l'enfant et l'exploration des vertiges ;
- une activité chirurgicale pédiatrique ;
- des bilans pré thérapeutiques des cancers et la pose de Gastrotomies.

Enfin un dernier axe de développement, la chirurgie thyroïdienne : pour ce faire, le service doit participer aux réseaux et communiquer sur ses techniques de pointe (neuromonitoring, ultracision, ligasure) que ne possèdent pas les cliniques environnantes. Cette activité devra se développer dans le cadre d'une coopération interne avec le service d'endocrinologie, la radiologie (échographies interventionnelles) et l'anatomopathologie (cytoponctions en lecture simultanée et extemporanées). Cette pathologie représente un grand potentiel sur l'aire toulonnaise.

- La Chirurgie Maxillo-faciale :

Elle repose essentiellement sur un recrutement via les Urgences et la réanimation. Mais, dans cette spécialité, de nouvelles perspectives de développement, avec la chirurgie réglée orthognatique. Cette chirurgie occlusive est très peu développée dans les cliniques environnantes. L' APHM (La Timone) et la clinique Clairval drainent les patients varois.

Il est bien évident que, dans la structure de Sainte-Musse, l'accent sera mis sur la chirurgie **ambulatoire** qui pourra représenter 30% de l'activité tant en ORL qu'en chirurgie Maxillo-Faciale.

- La Chirurgie Plastique et Reconstructrice :

Mais, il faut souligner ici que le service d'ORL a su développer des techniques chirurgicales complexes de reconstruction par lambeaux libres qu'il est le seul à réaliser en routine sur le Var. En effet, l'objectif dans ce domaine est d'augmenter le volume des reconstructions complexes, d'étendre les indications chirurgicales et de bénéficier ainsi du label « chirurgie plastique et reconstructrice », indispensable à un service tête et cou de pointe. Une demande d'agrément en chirurgie esthétique sera déposée.

- L'Ophthalmologie :

I) Activité actuelle

| TYPE | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|--------|--------|----------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 503 | 467 | 348 | -44,54% |
| de plus de 48 H | 214 | 173 | 139 | -53,96% |
| de moins de 48 H | 289 | 294 | 209 | -38,28% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 5,82 | 6,13 | 5,71 | -1,93% |
| Nbre de journées | 1 327 | 1 106 | 825 | -60,85% |
| Nbre d'interventions | 374 | 557 | 325 | -71,38% |
| Nbre d'ICR | 54 242 | 65 262 | 44 017 | -48,27% |
| Nbre ICR/interventions | 145,03 | 117,17 | 135,44 | 13,49% |
| Nbre de consultations | 9 784 | 9 718 | 7 151 | -36,82% |

NB : départ de 2 chirurgiens en 2007 et 2008 qui ont réalisé 258 interventions en 2007

II) Objectifs Sainte-Musse

- 2 lits + unité de chirurgie ambulatoire

- Taux d'occupation : **85 % et DMS de 5,3 jours**
- Nombre de séjours : **600** (200 de plus de 48h, 400 en ambulatoire)
- Nombre d'interventions : **600**

III) Synthèse du projet de la spécialité

La structure interne d'Ophtalmologie a été regroupée sur le site de La Seyne en 2007 compte tenu que l'activité est avant tout une activité de chirurgie ambulatoire (plus de deux tiers des interventions ; essentiellement des cataractes).

Cette activité a cependant fortement baissé en 2008 suite au départ d'un opérateur. Toutefois, le responsable de la structure interne se propose de la développer en ayant repositionné sur le site de Font-Pré une consultation avancée.

A l'hôpital Sainte-Musse, l'activité d'Ophtalmologie répondra aux missions suivantes :

- Assurer les urgences ophtalmologiques ;
- Assurer les consultations internes ;
- Développer le recrutement externe en chirurgie ambulatoire.

Ainsi, il sera possible d'accroître l'activité chirurgicale afin de dépasser le nombre d'interventions enregistré en 2007.

D - LA PEDIATRIE ET LA MATERNITE DE SAINTE-MUSSE

Très dépendante également du plateau technique, la maternité de Sainte-Musse est issue de la fusion des activités de maternité de l'hôpital Font-Pré et de l'hôpital George Sand. Le consensus médical est fait sur ce regroupement permettant d'améliorer la sécurité des accouchements en bénéficiant de la proximité immédiate de l'ensemble du plateau technique et toutes les compétences médicales H24 sur site.

Le site comporte donc :

- Une maternité de niveau 2B ;
- Une activité de néonatalogie de niveau correspondant (2B) ;
- Une plateforme de génétique ;
- Une activité de chirurgie gynécologique ;
- Une activité de pédiatrie ;
- Une activité de chirurgie pédiatrique.

Un centre de consultation périnatal, complété d'une unité d'hospitalisation à domicile, sera installé sur le site de George Sand, comportant consultations de gynécologie et consultations de pédiatrie (cf. infra, pages 21 et 48).

a) La structure interne de néonatalogie, de pédiatrie et de chirurgie infantile :

a.1 – La néonatalogie

I) Activité actuelle

Néonatalogie

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|-------|-------|----------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 247 | 305 | 489 | 49,49% |
| de plus de 48 H | 239 | 292 | 482 | 50,41% |
| de moins de 48 H | 8 | 13 | 7 | -14,29% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 7,49 | 7,08 | 6,08 | -23,19% |
| Nbre de journées | 1 795 | 2 074 | 2 934 | 38,82% |

nb : prise en compte des séjours en Kangourou

Soins Intensifs de Néonatalogie

| | ANNEES | | | Evolution | Hypothèse réglementaire |
|----------------------------|--------|-------|-------|----------------|-------------------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | | |
| Nbre de séjours | 234 | 255 | 291 | 19,59% | 304 |
| de plus de 48 H | 220 | 239 | 277 | 20,58% | 290 |
| de moins de 48 H | 14 | 16 | 14 | 0,00% | 14 |
| DMS séjour de plus de 48 H | 8,48 | 8,56 | 7,19 | -17,94% | 7,20 |
| Nbre de journées | 1 872 | 2 055 | 1 999 | 6,35% | 2 088 |

II) Objectifs Sainte-Musse

- 12 de Néonatalogie + 6 lits de Soins Intensifs de Néonatalogie
- Taux d'occupation : **95 % et DMS de 6,7 jours**
- Nombre de séjours : **980** (960 de plus de 48h et 20 de moins de 48 H)

a.2 - La Pédiatrie Médico-Chirurgicale

I) Activité actuelle

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|--------|--------|---------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 4 938 | 4 805 | 4 720 | -4,62% |
| de plus de 48 H | 2 624 | 2 686 | 2 532 | -3,63% |
| de moins de 48 H | 2 314 | 2 119 | 2 188 | -5,76% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 3,96 | 3,91 | 4,03 | 1,74% |
| Nbre de journées | 11 814 | 11 536 | 10 993 | -7,47% |
| Nbre d'interventions | 124 | 148 | 151 | 17,88% |
| Nbre d'ICR | 16 442 | 19 839 | 18 129 | 9,31% |
| Nbre ICR/interventions | 132,60 | 134,05 | 120,06 | -10,44% |
| Nbre de consultations | 19 534 | 20 367 | 19 562 | 0,14% |

II) Objectifs Sainte-Musse

- 48 lits + 6 chambres aux Urgences
- Taux d'occupation : **75 % et DMS de 4 jours**
- Nombre de séjours : **5 100** (2 800 de plus de 48h, 2 300 en ambulatoire)
- Nombre d'interventions : **200**

III) Synthèse du projet de la structure interne

Cette structure interne a été officiellement créée à la suite de la réorganisation des activités pédiatriques regroupées sur l'hôpital Font-Pré en 2008.

Elle comporte :

- 42 lits d'hospitalisation conventionnelle répartis entre la pédiatrie et la chirurgie infantile, dont 4 lits de surveillance continue pédiatrique (en cours d'individualisation) ;
- 2 lits d'hospitalisation de jour à vocation médicochirurgicale ;
- 18 lits de médecine néonatale dont 6 lits de soins intensifs.
- Une unité Kangourou en maternité.

Sur le site de l'Hôpital George Sand, des consultations de pédiatrie générale et de spécialités pédiatriques ont été maintenues ainsi qu'une présence de pédiatres en maternité.

La continuité des soins est garantie par :

- Une garde pédiatrique aux urgences de Font-Pré ;
- Une garde de néonatalogie et SMUR néonatal ;
- Une astreinte pédiatrique dédiée à la maternité George Sand.

La situation actuelle est critiquable :

- Capacité d'hospitalisation insuffisante pour assurer l'accueil des enfants en période épidémique ;
- Inadaptation de la filière urgence en terme de locaux et de moyens humains ;
- Pas de reconnaissance officielle de l'unité Kangourou¹.

A l'ouverture de l'Hôpital Sainte-Musse, la structure actuelle sera répartie sur deux niveaux de façon à résoudre la question de la capacité d'hospitalisation :

- L'unité de néonatalogie se situera au niveau R+1 avec une capacité de 18 lits ;
- L'unité de pédiatrie et de chirurgie infantile se situera au niveau R+2 avec une capacité d'accueil de 48 lits dont 4 lits de surveillance continue pédiatrique ;
- Les urgences pédiatriques seront localisées au sein du Service d'Accueil des Urgences au niveau R et disposeront d'une salle d'attente spécifique, de 5 salles d'examen et de 6 lits de ZSTCD ; les procédures de déchoquage seront effectuées dans une zone unique au sein du SAU.

¹L'unité Kangourou permet de favoriser le lien parents-enfants en évitant la séparation précoce de la mère et de son enfant. Dans cette unité sont pris en charge des enfants prématurés requérant des soins continus mais aussi d'autres pathologies nécessitant des soins appropriés. Ceux-ci sont effectués dans le service de maternité, en présence de la maman, avec une puéricultrice. La mère prend une part active à l'alimentation et à la toilette de son bébé.

b) La Gynécologie Obstétrique :

I) Activité actuelle

| | ANNEES | | | Evolution |
|------------------------------------|---------|---------|---------|---------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 6 219 | 5 221 | 5 200 | -19,60% |
| de plus de 48 H | 3 630 | 3 390 | 3 493 | -3,92% |
| de moins de 48 H | 2 589 | 1 831 | 1 707 | -51,67% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 4,18 | 4,19 | 4,06 | -2,96% |
| Nbre de journées | 17 942 | 16 633 | 16 745 | -7,15% |
| Nbre d'accouchement et césariennes | 2 389 | 2 248 | 2 271 | -5,20% |
| Nbre d'interventions | 1 525 | 1 301 | 1 227 | -24,29% |
| Nbre d'ICR (césariennes comprises) | 420 466 | 408 399 | 409 379 | -2,71% |
| Nbre ICR/interventions | 213,76 | 229,05 | 243,97 | 12,38% |
| Nbre de consultations | 15 063 | 18 499 | 18 892 | 20,27% |

II) Objectifs Sainte-Musse

- Obstétrique de niveau II B : 40 lits et Gynécologie + Ambulatoire : 17 lits
- Taux d'occupation : **90 % et DMS de 4 jours**
- Nombre de séjours : **6 500** (4 600 de plus de 48h, 1 900 en ambulatoire)
- Nombre d'interventions hors césariennes : **1 400**
- Nombre d'accouchements : **2 500**

III) Synthèse du projet de la spécialité

L'ouverture du centre hospitalier de Sainte-Musse va permettre le regroupement des maternités du CHITS, pour former une maternité de niveau 2B comportant toutes les assurances de sécurité et de qualité dans la prise en charge des patientes et des nouveaux nés.

Le niveau R+1 disposera de 2 ailes de 20 lits, dédiés à la maternité et à la prise en charge des grossesses à risque, et, en contiguïté, d'une aile de 17 lits dédiée à l'activité gynécologique. Cette infrastructure est suffisante pour une activité de 2 500 accouchements par an, mais il faut prévoir la possibilité d'une extension de la maternité en cas d'accroissement de cette activité obstétricale au-delà de 3 000 accouchements par an.

Ce regroupement imposera la fermeture du plateau technique obstétrical du site de George SAND, mais la poursuite de la prise en charge des patientes actuellement suivies à La Seyne sur Mer sera réalisée au sein d'un centre de périnatalité.

Une présence médicale sera assurée par les praticiens et les sages femmes sur le site de George Sand. L'activité de cette unité comportera des consultations d'obstétrique, assurant le suivi des grossesses simples, la préparation à l'accouchement, les suites de couches en externe. Les consultations d'échographies seront assurées par les praticiens, permettant aux patientes un suivi complet de leur grossesse sur le site de George Sand comme actuellement.

Le dépistage et la surveillance des patientes présentant une pathologie légère sera également possible en externe, avec enregistrement cardiaque fœtal, échographie, biologie. La présence médicale permettra d'une part, la poursuite de la collaboration avec les sages femmes libérales et la PMI, qui assurent les visites à domicile, et, d'autre part, quand c'est nécessaire, la prise en charge en HAD dans le cadre d'une collaboration avec les associations ou établissements disposant d'une HAD notamment à La Seyne sur Mer.

Les praticiens assureront également des consultations de gynécologie et d'IVG, avec prise en charge des interruptions médicamenteuses, les actes chirurgicaux ayant lieu à Sainte-Musse.

En conclusion, la restructuration des maternités permettra la création d'un pôle technique efficient sur Sainte-Musse, assurant la sécurité des patientes et des nouveaux nés, sans pénaliser le suivi des patientes de l'aire Seynoise.

Pour la cancérologie, toutes les études montrent que globalement l'activité de chirurgie gynécologique se répartit en 70% de pathologies bénignes et 30% de pathologies malignes très largement dominées par le cancer du sein compte tenu de son incidence dans la population. Actuellement, l'activité de l'établissement en sein dépasse largement le seuil mais non celle de gynécologie :

| Type de chirurgie cancéro. | 2006 | 2007 | 2008 | Seuil annuel |
|----------------------------|------|------|------|--------------|
| Sein | 140 | 121 | 92 | 30 |
| Gynécologie | 18 | 21 | 20 | 20 |

Or, le seuil de patients pour le cancer de l'utérus et ovaires ne sera maintenu qu'en unissant les 2 services respectifs. Il est donc impératif que le service puisse prendre en charge ces patientes, mais cela ne peut reposer que sur un travail d'équipe incluant plusieurs praticiens permettant d'assurer en permanence une continuité des soins de façon à être crédible vis à vis de l'ensemble des confrères extérieurs et de la population.

c) La plateforme de génétique :

Créé officiellement en 1998 sur le site de l'Hôpital Font-Pré par la restructuration d'activités préexistantes, le service de Génétique Médicale comporte actuellement plusieurs unités fonctionnelles :

- Consultations de conseil génétique, de dysmorphologie et de diagnostic anténatal ;
- Consultations d'oncogénétique ;
- Laboratoire de cytogénétique constitutionnelle et moléculaire ;
- Laboratoire de diagnostic prénatal chromosomique ;
- Unité de foetopathologie.

En 2008, le service a obtenu une labellisation comme Centre de Compétence pour la prise en charge des syndromes dysmorphiques avec retards mentaux en coordination avec le Centre de Référence de la Timone. Ce Centre de Compétence associe divers praticiens exerçant au sein du CHITS et dans des structures du secteur médico-social (pédiatres, pédopsychiatres, médecins rééducateurs...).

A l'ouverture de l'hôpital Sainte-Musse, l'activité clinique et biologique de diagnostic anténatal justifie la création d'un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal (CPDP) sous réserve de l'accord des tutelles. Tous les intervenants nécessaires pour ce type d'activité exercent déjà sur les sites de Font-Pré, George Sand et Hyères et collaborent depuis plusieurs années (généticiens, foetopathologiste, obstétriciens, échographistes, pédiatres, cardiologues pédiatres, chirurgiens infantiles...). A ce jour, aucun CPDP n'est constitué dans le Territoire de Santé, ni dans le Var.

Les laboratoires de cytogénétique constitutionnelle et moléculaire seront situés au niveau du pôle biologique de l'Hôpital Sainte-Musse pour des raisons d'infrastructure. Les consultations de conseil génétique et de diagnostic anténatal seront réalisées dans des locaux dédiés au niveau R+1 à proximité de la maternité et du service de néonatalogie.

E - LA REANIMATION

I) Activité actuelle

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|-------|-------|----------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 1 156 | 1 533 | 2 360 | 51,02% |
| de plus de 48 H | 478 | 632 | 1 108 | 56,86% |
| de moins de 48 H | 47 | 88 | 91 | 48,35% |
| Nbre de séances | 631 | 813 | 1 161 | 45,65% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 8,29 | 6,80 | 5,04 | -64,48% |
| Nbre de journées | 3 998 | 4 362 | 5 653 | 29,28% |

II) Objectifs Sainte-Musse

- Réanimation : 16 lits de Réanimation et 8 lits de Surveillance Continue
- Taux d'occupation : **95% et DMS de 5,2 jours**
- Nombre de séjours : **1 700** (1 600 de plus de 48h et 100 de moins de 48h)

III) Synthèse du projet de la spécialité

Pour répondre aux besoins de la population du territoire Var Ouest décrits dans le SROS de troisième génération, une extension des capacités du service est prévue sur l'hôpital Sainte-Musse. Ce territoire comporte dans le secteur public deux structures, la réanimation de l'hôpital de Hyères et la réanimation du CHITS. Une collaboration étroite par convention entre ces deux services est impérative pour répondre aux besoins et pour garantir la permanence des soins.

- *Améliorer le service rendu :*

Actuellement, le service de réanimation possède des capacités insuffisantes par rapport aux besoins du CHITS ceci malgré une DMS inférieure à la moyenne nationale. L'augmentation des capacités sur Sainte-Musse devrait apporter une solution à ce problème. L'indice de gravité élevé constaté à l'admission dans le service témoigne d'une politique d'admission non restrictive de ce service. La mortalité de près de 30% des admissions, beaucoup plus élevée que la moyenne nationale, traduit cet état de fait. Une meilleure définition des missions de la réanimation polyvalente au sein du CHITS est donc à trouver avec l'ensemble des partenaires institutionnels, utilisateurs des ressources du service (chirurgiens, urgentistes, anesthésistes, médecins spécialistes, gériatres...).

Une réflexion sur la prise en charge des patients en soins palliatifs lors de la survenue d'une détresse vitale doit être engagée avec l'ensemble des partenaires intra et extrahospitaliers.

L'organisation autour de la réanimation d'une structure de prise en charge des insuffisants respiratoires chroniques appareillés est un objectif institutionnel. Il n'existe aucune structure dans le Var qui assure cette fonction et les besoins sont considérables dans l'agglomération. Cette organisation doit se concevoir en parfaite synergie avec le service de pneumologie qui participe à la prise en charge de ces patients au sein d'une même filière

L'augmentation des capacités du service et une synergie avec les services de réanimation du bassin de population doit permettre de mettre à disposition des moyens adaptés aux besoins et de limiter les transferts hors du département. L'organisation d'une véritable filière de prise en charge des insuffisants respiratoires chroniques appareillés doit permettre de diminuer les admissions et les durées de séjour en réanimation.

- *Intégrer une structure de réanimation conforme à la réglementation :*
 - par le respect des contraintes architecturales réglementaires dans le service de Sainte-Musse ;
 - par une mise à disposition des moyens humains imposés par le décret « réanimation » de 2002 ;
 - par la mise en place d'une permanence des soins avec deux médecins au minimum sur la structure de 24 lits (16 lits de réanimation et 8 lits de surveillance continue) ;
 - par une démarche qualité et de gestion des risques au sein du service.
- *Répondre aux besoins induits par le projet d'établissement :*
 - assurer la prise en charge des besoins nouveaux induits par le rôle de pôle central de l'hôpital Sainte-Musse au sein du bassin de population. La capacité d'accueil doit pouvoir passer à plus de 2000 séjours par an ;
 - modifier l'organisation des soins pour pouvoir répondre à ces besoins ;
 - maîtriser les coûts pour ne pas mettre en péril l'équilibre financier de l'établissement.
- *Conforter la filière de prise en charge des insuffisants respiratoires appareillés :*
 - développer une consultation spécifique dans ce domaine pour assurer le suivi et l'éducation thérapeutique des malades placés sous assistance ventilatoire au domicile ;
 - assurer la prise en charge urgente de tous les insuffisants respiratoires chroniques au sein d'une filière spécifique ;
 - créer une hospitalisation à domicile spécifique adaptée à la prise en charge de ce type de pathologie avec des intervenants expérimentés et formés spécifiquement.
- *Poursuivre la politique d'amélioration de la communication :*
 - avec les patients et leurs famille ;
 - entre les personnels médicaux et paramédicaux ;
 - avec les acteurs de santé de l'établissement et du bassin de population.
- *Le caisson hyperbare :*

La diminution des indications de cette thérapeutique et le fait qu'il existe dans le bassin de population une structure identique à l'hôpital Sainte Anne doit conduire à une proposition de prise en charge de cette activité sur un seul site pour les pathologies relevant de cette thérapeutique. Le fait que la permanence de cette activité soit obligatoire pour les activités militaires que couvre l'établissement de santé des armées rend implicite la demande d'assurer cette permanence des soins par l'hôpital Sainte Anne.

F – LA MEDECINE

Les organisations médicales sont basées sur une équipe unique par spécialité, équipe unique comportant aussi les praticiens des sites « associés ».

L'activité de soins comportera son corollaire Recherche et Education Santé dans le cadre des « MIGAC » obtenus.

a) La Cardiologie

I) Activité actuelle

- Hospitalisation

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|--------|--------|----------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 2 409 | 2 529 | 2 661 | 9,47% |
| de plus de 48 H | 2 010 | 2 190 | 2 244 | 10,43% |
| de moins de 48 H | 399 | 339 | 417 | 4,32% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 8,40 | 6,70 | 5,00 | -67,91% |
| Nbre de journées | 16 878 | 14 680 | 11 222 | -50,40% |
| Nbre de consultations | 899 | 952 | 1 468 | 38,76% |

- USIC

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|-------|-------|----------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre d'hospitalisation | 1 266 | 1 394 | 1 487 | 14,86% |
| de plus de 48 H | 1 145 | 1 249 | 1 341 | 14,62% |
| de moins de 48 H | 121 | 145 | 146 | 17,12% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 3,04 | 2,84 | 2,51 | -21,12% |
| Nbre de journées | 3 581 | 3 637 | 3 465 | -3,35% |

- Surveillance Continue de Cardiologie

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|----------|----------|----------|----------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre d'hospitalisation | 820 | 889 | 835 | 1,80% |
| de plus de 48 H | 732 | 798 | 768 | 4,69% |
| de moins de 48 H | 88 | 91 | 67 | -31,34% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 3,42 | 3,12 | 3,21 | -6,54% |
| Nbre de journées | 2 583,00 | 2 572,00 | 2 521,00 | -2,46% |

II) Objectifs Sainte-Musse

Hospitalisation

- 34 lits d'hospitalisation complète + 17 lits de semaine + 12 lits d'USIC + 8 lits d'USC + HDJ
- Taux d'occupation : **90 % et DMS de 6 jours**
- Nombre de séjours : **3 100** (2 500 de plus de 48h, 600 en ambulatoire)
- Coronarographies et Angioplasties : **1 700 / 2 000**

USIC

- Taux d'occupation : **90 % et DMS de 2,50 jours**
- Nombre de séjours : **1 670** (1 520 de plus de 48h, 150 de moins de 48h)

Surveillance Continue de Cardiologie

- Taux d'occupation : **90 % et DMS de 3 jours**

- Nombre de séjours : **940** (880 de plus de 48h, 60 de moins de 48 H)

III) Synthèse du projet de la spécialité

La structure interne de cardiologie a un potentiel de développement très important lié à la forte progression des maladies cardiovasculaires qui restent le premier problème de santé publique. La spécialisation de chaque unité permet d'améliorer la performance de la cardiologie, mais leur indissociable complémentarité est le gage d'une prise en charge de qualité non seulement pour les urgences vitales cardiologiques mais aussi pour les pathologies chroniques.

Les objectifs pour les 5 ans à venir sont les suivants :

- Favoriser les collaborations et les prestations transversales avec les services du CHITS, les hôpitaux ou cliniques du Var (prestations trans-sites), et la médecine libérale ;
- Optimiser l'accessibilité aux prestations de cardiologie en favorisant l'admission des urgences (développement de filière de soins) et le développement de la consultation externe ;
- Elargir la prestation de soin classique avec le développement de l'éducation thérapeutique et de la recherche clinique ;
- Mettre en place des projets spécifiques :
 - ⇒ *Développer l'activité du secteur de coronaropathie :*
 - augmentation de l'activité de coronarographie diagnostique et interventionnelle ;
 - développer le scanner coronaire et l'IRM cardiaque ;
 - mettre en place la valvuloplastie aortique ou mitrale par voie percutanée ;
 - développer le doppler et l'échographie endocoronaires.
 - ⇒ *Structuration et développement de l'unité de Soins Intensifs Cardiologiques :*
 - transformation des lits de SMC pour évoluer vers un secteur de 16 à 20 lits de Soins Intensifs Cardiologiques selon les besoins ;
 - mise en poste d'une équipe spécifique ;
 - spécialisation de la prise en charge en phase aiguë orientée vers la pathologie coronarienne et la rythmologie ;
 - mise en place d'une assistance circulatoire cardiaque en Unité de Soins Intensifs en collaboration avec le service de chirurgie cardiaque du CHU marseillais.
 - ⇒ *Conforter et développer l'activité de Rythmologie :*
 - augmenter l'activité d'implantation des stimulateurs cardiaques.
 - conforter l'agrément pour les défibrillateurs automatiques implantables et les stimulateurs cardiaques avec resynchronisation ventriculaire.
 - création de la stimulation épicaudique par mini thoracotomie ;
 - mise en route de la télé cardiologie ;
 - augmentation de l'activité d'exploration électrophysiologique ;
 - développement de l'ablation par radiofréquence ;
 - création de la cartographie endocavitaires ;
 - création d'une activité de traitement chirurgical des troubles du rythme cardiaque.
 - ⇒ *Développement d'une unité d'insuffisance cardiaque pour :*
 - le traitement, exploration et éducation du patient insuffisant cardiaque ;
 - la rééducation chez l'insuffisant cardiaque.
 - ⇒ *Développement du dépistage et de la prévention de l'athérosclérose en collaboration avec les structures du pôle et du CHITS*

⇒ Conforter l'activité pédiatrique, foetale et congénitale adulte :

- mise en place d'une consultation de cardiologie foetale ;
- développement de la prise en charge des cardiopathies congénitales ;
- renforcement des liens avec les acteurs de santé du Var et le CHU de Marseille.

b) La Pneumologie

I) Activité actuelle

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|-------|--------|-----------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 1 856 | 1 758 | 1 894 | 2,01% |
| de plus de 48 H | 1 070 | 1 301 | 1 331 | 19,61% |
| de moins de 48 H | 786 | 457 | 563 | -39,61% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 10,18 | 7,46 | 7,85 | -29,68% |
| Nbre de journées | 10 913 | 9 765 | 10 522 | -3,72% |
| Nbre de consultations | 2 014 | 3 389 | 3 352 | 39,92% |

II) Objectifs Sainte-Musse

- 34 lits + HDJ
- Taux d'occupation : **90% et DMS de 7,2 jours**
- Nombre de séjours : **2 300** (1 500 de plus de 48h, 800 en ambulatoire)

III) Synthèse du projet de la spécialité

La spécialité est pour l'instant éclatée sur 3 sites : les sites de Font-Pré, de La Seyne et de Clémenceau. A l'horizon Sainte-Musse, il est prévu un seul service de pneumologie sur le site principal, les pneumologues assurant des consultations avancées sur les sites associés et en particulier à La Seyne.

La pneumologie est une discipline vaste qui explore de nombreux champs de la médecine. Elle se trouve en cohérence avec des filières de soins appartenant à d'autres pôles, et assure le fonctionnement d'un plateau technique au service de tout l'hôpital.

➤ *Sur le plan clinique :*

Il apparaît que 5 axes de la pneumologie méritent d'être confortés voire développés car porteurs d'avenir :

- *L'Oncologie thoracique*

Le CHITS dispose d'une filière complète de prise en charge cancérologique, développée en complémentarité étroite avec la structure interne d'oncologie hématologie : dépistage, explorations TNM, réunions de concertation pluridisciplinaire, consultations d'annonce, traitements, chirurgie, chimiothérapie (sauf radiothérapie), soins palliatifs. Il faudrait que cette spécialité soit plus reconnue sur le territoire et en particulier par les pneumologues libéraux.

Les relations avec le service d'oncologie sont très étroites en particulier pour la réalisation des séances de chimiothérapies. Pour l'instant cette activité est comptabilisée dans le service d'oncologie posant la question de la répartition des charges entre les deux services.

- *L'Insuffisance respiratoire, le sommeil*

C'est une spécialité d'avenir, remise au goût du jour avec une prise en charge plus « instrumentale » ; là encore toute la filière est installée à l'hôpital, du dépistage jusqu'à la Rééducation Réadaptation Fonctionnelle. Il existe une forte complémentarité avec la Réanimation et les Soins de Surveillance Continue.

La coordination des soins reste très chronophage pour les médecins ; l'objectif est de créer un poste de case manager (IDE) afin d'accentuer la délégation des tâches et qui serait basé à l'HDJ (cf. projet 2CIR). Cela aura un impact quantitatif non négligeable sur le développement des activités de réhabilitation et d'éducation thérapeutique.

L'exploration du sommeil doit se positionner comme l'activité leader du secteur. Le potentiel de patients disponible au sein du CHITS devrait lui assurer un avenir certain.

Il serait souhaitable de centraliser l'activité de sommeil sur Font-Pré avant Sainte-Musse, puisque les locaux du centre d'exploration du thorax peuvent l'y accueillir.

Par ailleurs, il conviendra de favoriser le rapprochement avec l'Unité Fonctionnelle d'explorations neurophysiologiques et de sommeil en neurologie, pour plus de performance.

- *L'Infectiologie*

La tuberculose, secteur toujours spécifique à la pneumologie, en lien avec le Dispensaire Anti Tuberculeux. Mais aussi tout ce qui est infectieux, en relation avec le service d'infectiologie, en perpétuelle évolution : pour exemple, le CHITS est positionné comme *centre de référence de grippe aviaire*.

- *L'Allergologie*

En particulier, les allergies médicamenteuses. Mais aussi, la pratique de tests réalistes et de réintroduction qui ne se font pas en ville et les désensibilisations aux venins d'hyménoptères.

- *Les Pathologies liées à l'amiante*

Les données épidémiologiques annoncent une augmentation des pathologies liées à l'amiante avec une prévision de 100 000 morts en 2025. Le service de pneumologie doit être capable de faire face à tous les aspects de cette maladie

➤ *Sur le plan du plateau technique :*

L'objectif est de maintenir et de développer un plateau technique performant, au service de la pneumologie mais également prestataire pour les autres pôles ainsi que pour la médecine de ville, disposant des activités suivantes :

- Endoscopies (Fluorescence, Vidéo Endoscopie, Echo Endoscopie) ;
- Explorations de la plèvre ;
- Explorations fonctionnelles respiratoires ;
- Exploration du sommeil ;
- Tests allergologiques.

c) La Neurologie et le Neurovasculaire

I) Activité actuelle

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|-------|-------|-----------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 1 392 | 1 545 | 1 860 | 25,16% |
| de plus de 48 H | 821 | 962 | 1 195 | 31,30% |
| de moins de 48 H | 571 | 583 | 665 | 14,14% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 9,71 | 8,15 | 6,15 | -57,89% |
| Nbre de journées | 8 511 | 8 393 | 7 992 | -6,49% |
| Nbre de consultation | 4 259 | 4 335 | 4 543 | 6,25% |

NB : Soins Intensifs de l'UNV compris

II) Objectifs Sainte-Musse

- 23 lits d'hospitalisation + 4 lits de Soins intensifs neurovasculaires + HDJ + 8 lits de sommeil

- Taux d'occupation : **90 % et DMS de 6 jours**
- Nombre de séjours : **2 680** (1 880 de plus de 48h, 800 en ambulatoire)

III) Synthèse du projet de la spécialité

La neurologie comprend l'unité neurovasculaire, l'unité de neurologie conventionnelle, et l'unité d'exploration fonctionnelle du système nerveux et du sommeil. Sa place est centrale dans le territoire de santé, car il est le seul service de neurologie public ou privé du Var. La structuration du service en 3 unités clairement identifiées et complémentaires, le développement des activités neurologiques avec des moyens adéquats permettront de répondre aux exigences de qualité et à la demande croissante.

Les objectifs pour les 5 ans à venir sont les suivants :

- Favoriser les collaborations et les prestations transversales avec les services du CHITS, les hôpitaux du Var (prestations trans-sites), et la médecine libérale ;
- Optimiser l'accessibilité aux prestations de Neurologie en favorisant l'admission des urgences (développement de filière de soins) et le développement de la consultation externe ;
- Elargir la prestation de soin classique avec le développement de l'éducation thérapeutique et de la recherche clinique ;
- Mettre en place des projets spécifiques :
 - ⇒ *Poursuivre la structuration de l'unité Neuro Vasculaire :*
 - création de 4 lits de soins intensifs ;
 - suivi au long cours en consultation des patients ayant présenté un AVC ;
 - développer la prise en charge des accidents ischémiques transitoires.
 - ⇒ *Renforcement de l'activité de Neurologie conventionnelle :*
 - développement de la prise en charge de la pathologie inflammatoire du système nerveux central, des neuropathies périphériques, des mouvements anormaux, troubles de la marche complexes ;
 - poursuite du développement de la consultation mémoire dans le cadre du plan Alzheimer.
 - ⇒ *Poursuivre le développement de l'unité d'exploration fonctionnelle du système nerveux et du sommeil :*
 - favoriser la prise en charge externe pour les EEG, EMG, polysomnographie ;
 - renforcer les activités innovantes (PES, PEV, PEM ...) ;
 - augmenter le nombre de vacations d'électroneurophysiologie ;
 - améliorer la prise en charge de l'épilepsie chez l'enfant et l'adulte.
 - ⇒ *Développement de la prise en charge ambulatoire : hospitalisation de jour et consultations externes.*

d) L'Endocrinologie et la Rhumatologie

l) Activité actuelle

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|-------|-------|----------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 2 613 | 2 265 | 2 177 | -20,03% |
| de plus de 48 H | 934 | 979 | 1 015 | 7,98% |
| de moins de 48 H | 1 679 | 1 286 | 1 162 | -44,49% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 8,99 | 7,59 | 5,84 | -53,94% |
| Nbre de journées | 8 406 | 7 437 | 5 588 | -50,43% |
| Nbre de consultations | 1 078 | 1 197 | 1 200 | 10,17% |

NB : baisse des HDJ en raison de l'impact de la circulaire sur les actes frontières

II) Objectifs Sainte-Musse

- 20 lits + HDJ
- Taux d'occupation : **90 % et DMS de 5,50 jours**
- Nombre de séjours : **2 400** (1 200 de plus de 48h, 1 200 en ambulatoire)

III) Synthèse du projet de la spécialité

Le diabète de type 2 représente plus de 90% des diabètes. Il évolue vers la pandémie, parallèlement à l'obésité. Notre région y sera particulièrement exposée dans les années à venir.

Dans cette optique, il est indispensable de conserver un service hautement spécialisé en Endocrinologie et Maladies Métaboliques, rompu aux techniques d'éducation et technologies modernes.

Les compétences affichées sont les suivantes :

- *Education Thérapeutique* : c'est depuis toujours la base de l'enseignement en diabétologie. Elle est maintenant bien formalisée. Après l'obtention du prix Novo/ALFEDIAM de l'innovation en 2007, l'équipe a l'intention de continuer dans cette voie. Le personnel dans son ensemble a bénéficié de nombreuses formations, à des niveaux divers, et cet effort est à poursuivre dans un souci d'accréditation et selon les recommandations en cours. Sont développées les activités d'éducation « de base » (injection, auto surveillance, objectifs sécuritaires...), l'Insulinothérapie fonctionnelle (Pompes à insuline externes), les semaines d'obésité (« OB-SESSION »), et la prévention des plaies du pied diabétique au sein du Centre du pied diabétique .
- *CLAN* : le service intègre dans son activité quotidienne les mesures des paramètres de la dénutrition. Il participe déjà activement à cette structure et est destiné à s'y engager davantage. Il participera au réseau inter-CLAN récemment mis en place.
- *Rhumatologie* : avec la mise en place d'un hôpital de jour de rhumatologie sur Sainte-Musse :
 - développer une consultation de prise en charge des ostéoporoses (explorations phosphocalcique et densitométrique, éducation thérapeutique) ;
 - développer des gestes techniques qui existent déjà tels que les infiltrations sous scopie ;
 - assurer le suivi des rhumatismes inflammatoires et des biothérapies ;
 - développer la prise en charge des rhumatismes dégénératifs telle que les arthroses avec les lavages articulaires en Hôpital de Jour.
 - assurer des consultations de rhumatologie multisites.
- *Dermatologie* : l'activité de dermatologie est essentiellement assurée par des consultations externes et auprès des patients hospitalisés. Un partenariat avec l'hôpital Ste Anne s'est naturellement instauré pour les patients relevant d'une hospitalisation puisque cet établissement possède une structure d'hospitalisation complète .

D'autres coopérations interservices ou interpôles seront bien sûr à développer : avec l'ophtalmologie (rétinographe non mydriatique), la gynécologie - obstétrique (diabète et femme enceinte ; infertilité), la pneumologie (apnées du sommeil et obésité), l'urologie - néphrologie (bilans uro-dynamiques ; lits tièdes communs), la pédiatrie (croissance, consultation de relais pour les adolescents diabétiques), la chirurgie thyroïdienne (unité de Pathologie Thyroïdienne) et la médecine nucléaire.

De même, le nombre de lits doit rester flexible pour pouvoir répondre à la pandémie de diabétiques et d'obèses annoncée (prévoir 20 à 22 lits de semaine et conventionnel). Enfin, la situation géographique du service à Sainte-Musse doit permettre un accès rapide et fluent en interne aux autres spécialités et au plateau technique afin d'atteindre les objectifs de DMS. Dans ces conditions, l'endocrinologie est d'ores et déjà prête à développer une structure d'éducation thérapeutique transversale, tout en s'ouvrant sur l'ambulatoire, en partenariat avec des structures externes type la maison du diabète (Hyères). Le financement MIGAC devra l'y aider. Il faut reconnaître également au service une expérience dans le domaine d'un HDJ pluridisciplinaire, auquel elle souhaite continuer d'apporter ses compétences.

e) L'Hépatogastro-entérologie

I) Activité actuelle

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|-------|-------|----------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 1 403 | 1 309 | 1 392 | -0,79% |
| de plus de 48 H | 804 | 867 | 955 | 15,81% |
| de moins de 48 H | 599 | 442 | 437 | -37,07% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 8,21 | 7,65 | 6,95 | -18,13% |
| Nbre de journées | 6 742 | 6 762 | 6 786 | 0,65% |
| Nbre de consultations | 2 435 | 2 395 | 2 702 | 9,88% |

II) Objectifs Sainte-Musse

- 25 lits + unité de chirurgie ambulatoire + HDJ
- Taux d'occupation : **90 % et DMS de 6,5 jours**
- Nombre de séjours : **1 950** (1 250 de plus de 48h, 700 en ambulatoire)

III) Synthèse du projet de la spécialité

Le service d'hépatogastro-entérologie souhaite développer deux axes principaux de son activité en hépatologie et en endoscopie pour conforter son offre de soins dans cette discipline sur le territoire.

Le souhait est également de conforter et de développer les collaborations déjà existantes avec l'ensemble de l'APHM et de l'hôpital de Brignoles ainsi que de trouver dans le cadre de la loi HPST, des modalités d'organisation avec l'hôpital de Hyères afin d'optimiser et de graduer l'offre de soins en hépatogastro-entérologie du service public.

En hépatologie, il paraît nécessaire de re-dynamiser la prise en charge des patients atteints d'hépatites virales et de coordonner au mieux la prise en charge globale du malade alcoolique qui constitue toujours un réel problème de santé publique. Le développement de la prise en charge de l'hépatite C repose vraisemblablement sur l'amélioration des collaborations entre différents services du CHITS comme l'UCSA et le service d'infectiologie afin de développer d'une part, les prises en charge tels que la prévention, le dépistage et le traitement des patients détenus et d'autre part, la prise en charge du malade co-infecté VIH-VHC.

En ce qui concerne l'amélioration de la prise en charge du malade alcoolique dépendant, cela reposera sur une collaboration étroite avec l'équipe de liaison en addictologie et le service de psychiatrie au sein d'un projet d'addictologie plus global.

En endoscopie, il faut développer l'ambulatoire et l'activité interventionnelle en hospitalisation conventionnelle.

Dans les années à venir, il paraît également indispensable d'améliorer les conditions de prise en charge de l'endoscopie en urgence, mission de service public. Afin de sécuriser la prise en charge globale du malade et du geste technique, une astreinte IDE en endoscopie est incontournable.

Le développement de l'activité interventionnelle suppose une modification de l'organisation des créneaux d'endoscopies préfigurant l'organisation du bloc d'endoscopie sur l'hôpital Ste Musse afin d'obtenir une souplesse d'utilisation en adéquation avec notre activité.

Afin d'optimiser ce futur bloc d'endoscopie, des collaborations étroites avec le service d'ORL et de Pneumologie sont à mettre en place. Cela suppose également de développer de nouvelles techniques, indispensables à la pérennité de notre recrutement et de former le personnel à ces nouvelles techniques comme par exemple :

- La dissection sous muqueuse ;
- Les techniques d'hémostase : bipolaire ;

- Echo endoscopie sectorielle haute, basse et interventionnelle ;
- L'entéroscopie (Double Ballon, Spyrrus) ;
- L'échographie de contraste, haute fréquence ;
- L'élastométrie (Fibroscan), élastographie.

Il ne faudra pas oublier de redémarrer les activités antérieurement disponibles sur le CHITS, arrêtées en raison de la vétusté du matériel et qui n'ont pas été renouvelées depuis tels que la ph-métrie et la manométrie (matériel indispensable à la prise en charge du reflux gastro-oesophagien et de l'activité de périnéologie).

Dans le secteur d'hospitalisation, il faut maintenir une hospitalisation conventionnelle ciblée en hépato-gastro-entérologie en adaptant les capacités d'accueil à l'activité potentielle (à l'horizon de l'hôpital Sainte-Musse) en maintenant une DMS à la moyenne nationale tout en développant parallèlement une hospitalisation alternative en hôpital de jour et de semaine.

L'activité d'éducation thérapeutique doit être maintenue concernant les patients gastrostomisés, et en fonction du développement de projet d'hépatologie, mettre en place une éducation thérapeutique adaptée.

Il faudra poursuivre l'optimisation des hospitalisations programmées ou en urgences et des patients alcoolo dépendants dans le cadre du projet addictologie en améliorant la gestion des rendez-vous.

f) L'Oncologie et l'Hématologie

I) Activité actuelle

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|-------|-------|--------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 6 574 | 5 623 | 5 911 | -11,22% |
| de plus de 48 H | 891 | 853 | 852 | -4,58% |
| de moins de 48 H | 998 | 640 | 681 | -46,55% |
| Nbre de séances | 4 685 | 4 130 | 4 378 | -7,01% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 9,08 | 9,53 | 9,26 | 1,94% |
| Nbre de journées | 10 913 | 8 401 | 8 207 | -32,97% |
| Nbre de consultations | 4 698 | 4 840 | 5 198 | 9,62% |

II) Objectifs Sainte-Musse

- 30 lits et 14 places d'HDJ
- Taux d'occupation : **90 % et DMS de 9 jours**
- Nombre de séjours : **2 150** (1 150 de plus de 48h, 1 000 en ambulatoire)
- Nombre de séances (chimiothérapie/transfusion/autres) : **4 500**

III) Synthèse du projet de la spécialité

La situation de la cancérologie au CHITS, bien qu'en augmentation en nombre de patients traités, reste fragile, compte tenu d'une certaine faiblesse de recrutement direct et de l'activité de chirurgie carcinologique. Par ailleurs, le partenariat public du territoire n'est pas organisé, les filières sont mal identifiées.

Ainsi, l'image de marque au CHITS en ce domaine est largement insuffisante, malgré la constitution d'un pôle à orientation oncologique. Il faut donc se retourner vers les autres établissements publics, les partenaires de ville, pour affirmer une offre structurée en interne et plus efficiente (plateau technique, rapidité des rendez-vous et des résultats).

Toutefois, le renforcement de l'image de référence territoriale passe par une convention avec l'Institut Paoli-Calmettes (IPC). En effet, s'appuyer sur le « label » de l'IPC est la garantie d'un maintien et même d'un développement de l'activité d'oncologie du CHITS.

Quant à l'activité d'hématologie, sa position de monopole sur le territoire de santé ne la dispense pas d'une coopération étroite avec l'IPC afin de définir le cadre de fonctionnement des lits du secteur protégé créé à Sainte-Musse. Véritable spécialité d'organe autonome, l'Hématologie s'est développée tout en mettant en place des consultations avancées dans les centres hospitaliers extérieurs, dont les établissements de Brignoles et de Hyères.

Ainsi, les solutions d'amélioration de la place de l'établissement en terme de cancérologie existent :

- En interne, en poursuivant le développement de l'activité d'oncologie médicale, en renforçant les activités déjà existantes et en développant de nouvelles activités (chimiothérapie à domicile, nutrition) ;
- En développant l'activité d'oncogériatrie en complémentarité étroite avec le pôle gériatrie ; cette nouvelle discipline est notamment adaptée au bassin de recrutement et représente un apport de patients pour l'institution ;
- En renforçant les liens avec l'Institut Paoli-Calmettes afin d'obtenir un « label régional », ce rapprochement étant incontournable pour faire face à la concurrence du secteur privé ; le service doit apparaître comme une antenne de cette structure reconnue en PACA., améliorant ainsi sa position auprès de la médecine de ville.

Dès lors, les objectifs de la spécialité d' « Oncologie, Hématologie et Soins Palliatifs » pour les cinq années à venir sont autant médicales que chirurgicales :

- Améliorer la politique de disponibilité vis-à-vis de la médecine de ville, N° de téléphone accessible 24h/24, courriers de sortie réalisés rapidement dès la sortie, à compléter par des informations et des formations médicales classiques (EPU) ou innovantes (sites Internet) ;
- Développer des activités nouvelles : surveillance des traitements à domicile, nutrition, chimiothérapies ;
- Valoriser l'activité d'oncologie gériatrique et développer une authentique filière de prise en charge portée à la connaissance de la médecine de ville, avec la mise en place d'une équipe mobile d'oncogériatrie ;
- Renforcer l'activité des Soins Palliatifs et de l'équipe mobile ;
- Passer convention avec l'Institut Paoli-Calmettes, avec des temps médicaux partagés sur les deux sites et la collaboration entre plateaux techniques ; ce label aura une force incontestable de synergie ;
- Réactiver la recherche clinique et favoriser l'accès à des thérapeutiques innovantes ;
- Améliorer le recrutement direct provenant des services chirurgicaux, en fédérant les équipes publiques de chirurgie du secteur Var Ouest, ce qui devrait permettre de spécialiser des chirurgiens en chirurgie viscérale cancérologique, en sénologie et en gynécologie oncologique autour d'un plateau technique d'imagerie spécialisé (TDM et Tep Scan) en leur permettant notamment de renforcer les liens avec des équipes référentes régionales et de proposer une offre plus lisible aux généralistes et spécialistes de ville ; il faut aussi admettre le transfert systématique des actes chirurgicaux rares ou lourds, qui devront alors être confiés à une équipe unique capable de renvoyer en terme d'image de marque un signal de confiance réciproque et de retour à la proximité chaque fois que possible.

g) La Néphrologie

I) Activité actuelle

| | ANNEES | | | Evolution |
|-----------------------|--------|-------|-------|---------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 9 040 | 8 517 | 8 759 | -3,21% |
| de plus de 48 H | 629 | 662 | 668 | 5,84% |
| de moins de 48 H | 724 | 463 | 442 | -63,80% |
| Nbre de séances | 7 687 | 7 392 | 7 649 | -0,50% |
| DMS hors séances | 6,44 | 6,22 | 6,34 | -1,58% |
| Nbre de journées | 4 175 | 4 209 | 4 315 | 3,24% |
| Nbre de consultations | 1 553 | 1 250 | 1 256 | -23,65% |

II) Objectifs Sainte-Musse

- 14 lits + 20 postes d'Hémodialyse + 2 postes de Dialyse Péritonéale
- Taux d'occupation : **90 % et DMS de 6,10 jours**
- Nombre de séjours : **1 130** (680 de plus de 48h, 450 en ambulatoire)
- Nombres de séances Hémodialyse : **12 100**

III) Synthèse du projet de la spécialité

Les objectifs poursuivis sont d'optimiser les différentes filières néphrologiques :

- *L'insuffisance rénale chronique terminale*

Augmente en incidence et en prévalence, patients de plus en plus âgés, comorbidités de plus en plus lourdes.

⇒ *Répondre aux besoins par tous les modes de prise en charge de la pathologie*

- *L'Hémodialyse en centre lourd* : l'augmentation prévue du nombre de postes de dialyse de 15 à 20 répond à cette épidémiologie. Il faudrait valoriser le rôle de centre de repli du CHITS ;
- *La dialyse péritonéale*: activité
 - indispensable à la poursuite de l'activité d'hémodialyse (« tout établissement doit, à l'intérieur de ses propres structures ou par convention, proposer l'ensemble des techniques : hémodialyse en centre, hémodialyse hors centre : autodialyse, dialyse à domicile, dialyse péritonéale, recours à la transplantation »)
 - indispensable médicalement
 - bien moins coûteuse pour la société que l'hémodialyse
 - mal rémunérée jusqu'à présent, et donc déficitaire (ce qui devrait s'arranger en 2009).

Des locaux vastes et spécifiques à Sainte-Musse devraient permettre enfin un développement pérenne de cette activité.

- *La dialyse hors centre* : Le CHITS dispose d'une convention de coopération avec l'ADIVA, réglementairement indispensable à la poursuite de l'activité d'hémodialyse (cf. supra). Cette convention permet également le repli des patients de l'ADIVA vers les structures lourdes du CHITS.

- *La transplantation rénale* :

L'activité de préparation à la greffe et de suivi de transplantation fait l'objet de recommandations de l'HAS. , principalement pour le suivi alterné et le travail en réseau. C'est une activité en

progression constante, qui gagnerait à être identifiée (activité pouvant à terme faire l'objet d'un financement spécifique), affichée, regroupée pour la part hospitalière de cette activité. Cette activité se fait en coopération avec les principaux centres de greffe du sud-est : Nice et Marseille (rein seul), Lyon (rein - pancréas)

⇒ *Renforcer le travail d'éducation thérapeutique :*

- Pour l'Hémodialyse, éducation (forfait individualisé)
 - de chaque malade du centre à mieux connaître sa pathologie et son traitement
 - de tout malade susceptible d'être transféré « Hors Centre » : éducation jusqu'à l'autonomisation
 - création d'une consultation IDE pré dialyse, pré greffe
- Pour la Dialyse Péritonéale, l'éducation thérapeutique est depuis toujours l'essentiel de l'activité puisqu'il s'agit de former des patients devant être autonomes à domicile pour le traitement de l'insuffisance rénale.

⇒ *Intégrer une structure conforme à la réglementation*

- par le respect des contraintes architecturales réglementaires dans le service de Sainte-Musse ;
- par une mise à disposition des moyens humains imposés par les réglementations, tant en hémodialyse qu'en dialyse

- *L'Insuffisance Rénale Chronique et les Néphropathies Chroniques :*

On peut améliorer le recrutement de cette filière :

- en continuant à développer les consultations externes de néphrologie : sur les différents sites du CHITS, au pôle de santé de Gassin, et sur les structures liées par convention avec le CHITS ;
- par un dépistage et un recrutement des patients insuffisants rénaux chroniques hospitalisés dans d'autres services du CHITS, essentiellement dans le pôle cardiovasculaire ;
- en proposant le plateau technique du CHITS à nos confrères néphrologues des autres structures.

La néphrologie dans le CHITS et dans le territoire de santé se doit de :

- Développer la coopération interpôles et la communication intra CHITS
 - en Hémodialyse :
 - Pour une meilleure prise en charge psychologique, actuellement totalement absente, des patients et de leur famille, lors de situations de « crise » : mise en dialyse, attente d'une transplantation rénale, situation de « fin de vie », interruption de traitement par refus de dialyse ... (prévoir une collaboration avec le pôle psychiatrie adultes afin de satisfaire cette demande) ;
 - Pour une meilleure prise en charge nutritionnelle des malades ;
 - Pour une meilleure coopération avec le CLUD et l'unité mobile de soins palliatifs ;
 - Pour pérenniser le suivi social de nos patients.
 - en Néphrologie afin d'améliorer le recrutement du service en développant les consultations internes sur les différents sites du CHITS, et d'améliorer la prise en charge des patients en hospitalisation courte programmée et en hôpital de jour par un meilleur respect des horaires des examens programmés.
- Renforcer la coopération avec l'ADIVA. et avec les autres structures de néphrologie, par la mise en œuvre des conventions déjà existantes, et si besoin la création de nouvelles conventions.
- Participer aux réseaux nationaux concernant l'IRCT : réseau R.E.I.N., RDPLF.
- Développer le dépistage et la prévention :

- Travail quotidien de consultations auprès des patients ambulatoires et ceux du CHITS en accord avec les recommandations des sociétés savantes ;
- Actions de dépistage en partenariat avec l'association de patients FNAIR (Fédération Nationale d'Aide aux Insuffisants Rénaux) ;
- Participation régulière aux EPU organisées par les sociétés de formation médicale continue des généralistes, organisation sur le CHITS de rencontres scientifiques de néphrologie.

h) La Médecine Vasculaire et la Médecine Interne

I) Activité actuelle

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|-------|-------|----------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 1 602 | 1 704 | 2 512 | 36,23% |
| de plus de 48 H | 505 | 589 | 641 | 21,22% |
| de moins de 48 H | 1 097 | 1 115 | 1 555 | 29,45% |
| Nbre de séances | 1 | 0 | 316 | 99,68% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 7,96 | 6,73 | 6,37 | -24,96% |
| Nbre de journées | 4 032 | 3 978 | 4 107 | 1,83% |
| Nbre de consultations | 1 764 | 2 585 | 3 799 | 53,57% |

II) Objectifs Sainte-Musse

- 17 lits + HDJ
- Taux d'occupation : **90 % et DMS de 6 jours**
- Nombre de séjours : **2 500** (900 de plus de 48h, 1 600 en ambulatoire)
- Nombre de séances : **600**

III) Synthèse du projet de la spécialité

Cette structure médicale est individualisée par ses particularités de prise en charge diagnostique et thérapeutique des pathologies vasculaires périphériques (artère, veine, lymphatique, microcirculation) et des pathologies auto-immunes.

Les objectifs pour les 5 ans à venir sont les suivants :

➤ *En Médecine Vasculaire :*

- Favoriser les collaborations et les prestations transversales avec les services du CHITS, les hôpitaux du Var (prestations trans-sites), et la médecine libérale ;
- Optimiser encore plus l'accessibilité aux prestations de médecine vasculaire en favorisant l'admission des urgences (développement de filière de soins) et le développement de la consultation externe ;
- Elargir la prestation de soin classique avec le développement de l'éducation thérapeutique et de la recherche clinique ;
- Mettre en place des projets spécifiques :
 - développement d'un réseau régional thrombose pour la Maladie thromboembolique en collaboration avec les services d'urgence, du pôle et du CHITS ;
 - développement du dépistage et de la prévention de l'athérosclérose en collaboration avec les structures du pôle et du CHITS ;
 - développer des liens avec le personnel infirmier libéral pour les ulcères vasculaires ;

- continuer la collaboration avec la neurologie sur la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ;
- renforcer la recherche clinique (essais thérapeutiques, diagnostiques et pronostiques, registre) en collaboration avec le réseau régional thrombose et le réseau national de recherche sur la thrombose (GIRC).

➤ *En Médecine Interne :*

Développer la médecine interne sur un plan quantitatif et qualitatif pour une prestation transversale et trans-site.

i) L'Infectiologie

I) Activité actuelle

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|-------|-------|----------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 3 164 | 1 206 | 956 | -230,96% |
| de plus de 48 H | 376 | 417 | 482 | 21,99% |
| de moins de 48 H | 2 788 | 789 | 474 | -488,19% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 13,62 | 10,86 | 9,21 | -47,88% |
| Nbre de journées | 5 127 | 4 544 | 4 458 | -15,01% |
| Nbre de consultations | 2 866 | 4 087 | 4 796 | 40,24% |

NB : baisse des HDJ en raison de l'impact de la circulaire sur les actes frontières

II) Objectifs Sainte-Musse

- 15 lits + 5 lits HDJ
- Taux d'occupation : **90 % et DMS de 8 jours**
- Nombre de séjours : **1 400** (600 de plus de 48h, 800 en ambulatoire)

III) Synthèse du projet de la spécialité

➤ *Infection à VIH :*

Même si le service est référent pour l'aire toulonnaise et une bonne partie de l'aire varoise jusqu'à Fréjus et Draguignan, certains points semblent importants à conforter :

- Réaffirmer, en terme de filière, qu'il est la seule structure du CHITS habilitée à suivre des patients infectés par le VIH. Cela doit mettre un terme au suivi non organisé, en dehors des recommandations officielles (Rapport Pr. Yéni 2008), pratiqué ponctuellement par certains praticiens ou attachés du CHITS. Tous les patients VIH pris en charge par l'établissement doivent bénéficier de la même expertise et de la même prise en charge multidisciplinaire, allant de leur inclusion dans l'outil informatique NADIS® jusqu'à la discussion de leur dossier en RCP VIH / co-infection ;
- Etablir, par l'intermédiaire du COREVIH PACA Ouest auquel le service est rattaché, d'inclure dans le recueil DMI2 l'activité de suivi VIH réalisée à l'HIA Sainte Anne. Les Techniciennes d'Etude Clinique pourraient, après accord des différentes parties, assurer ce recueil de données extérieur au CHITS. Autant la « petite » activité de suivie VIH réalisée sur les CH de Draguignan et Fréjus Saint Raphaël est comptabilisée au sein du COREVIH PACA Est, autant l'activité de l'HIA Sainte Anne est perdue au niveau médico-socio-économique ;
- Reconstruire une filière de prise en charge des femmes séropositives : le départ du CHITS, à plusieurs reprises, des gynécologues, qui s'étaient intéressés à la prise en charge du suivi gynécologique et/ou obstétrical des femmes séropositives, a laissé un vide organisationnel à ce niveau. La mise à disposition d'une vacation de gynécologie au profit du service d'infectiologie, bien

identifiée pour les patientes VIH+, permettrait de respecter le suivi tel qu'il est conseillé dans les recommandations officielles ;

- Développer plus l'activité ambulatoire de correction de la lipoatrophie par injections faciales d'acide polylactique (Newfill®) nécessiterait la formation et le recrutement d'un médecin vacataire, l'activité étant actuellement supportée par un des PH du service sur un après midi hebdomadaire, et saturée sur plusieurs mois ;
- Etudier la possible inclusion, au sein du CHITS, de l'activité de CDAG (Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit) qui se fait actuellement hors de l'hôpital.

➤ *Infection à VHC :*

L'existence d'un service de gastro-entérologie maintenant structuré et doté d'un hépatologue doit conduire à développer le recrutement des patients mono-infectés par le VHC, en étroite collaboration. Cela ne pourra se faire que grâce :

- A la réalisation d'EPU communes ;
- A l'offre d'accès à des techniques diagnostiques originales et modernes (Fibroscan®) ;
- A l'offre d'accès à des protocoles thérapeutiques innovants, en collaboration avec l'industrie.

➤ *Centre de conseils et vaccinations aux voyageurs en zone tropicale :*

Cette activité, créée en Janvier 2007, recrute de façon optimale. Son développement au delà de son « volume » actuel nécessiterait la création de vacations spécifiques.

➤ *Pathologies Infectieuses « autres » :*

Le recrutement des pathologies infectieuses « communes », autres que le VIH et le VHC, reste trop aléatoire.

Il est nécessaire de :

- Consolider des filières internes afin que l'avis de l'infectiologue soit pris de façon plus systématique et les patients se présentant aux urgences relevant de l'infectiologie lui soient bien adressés ;
- Conforter la filière « infections osseuses » qui s'est, de fait, établie sur Font-Pré avec le service de chirurgie osseuse ;
- Réaffirmer l'engagement du service dans ces pathologies « communes » auprès de la ville, en particulier par des EPU.

➤ *Coordination avec les autres acteurs du CHITS :*

Il faut pérenniser et renforcer la coordination entre le service d'Infectiologie et l'URC (Unité de Recherche Clinique) du CHITS.

Il serait souhaitable de favoriser le rapprochement du service avec :

- Le CLIN ;
- Le laboratoire de bactériologie.

La synergie a, par contre, toujours été excellente avec le laboratoire de virologie impliqué dès le début dans le suivi biologique local de l'infection à VIH.

La création d'une structure fonctionnelle réunissant le service d'infectiologie, le CLIN et les laboratoires de virologie/bactériologie/parasitologie est une option à laquelle il faudrait travailler, afin d'optimiser les échanges. Cette structure aurait, de plus, un affichage extérieur positif.

j) La Médecine Gériatrique

I) Activité actuelle

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|--------|--------|---------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 2 116 | 1 938 | 2 046 | -3,42% |
| de plus de 48 H | 2 021 | 1 857 | 1 999 | -1,10% |
| de moins de 48 H | 95 | 81 | 47 | -102,13% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 10,91 | 11,58 | 10,85 | -0,55% |
| Nbre de journées | 23 078 | 22 443 | 22 205 | -3,93% |
| Nbre de consultations | 31 | 358 | 2 906 | 98,93% |

NB : Consultations => mise en place de l'Equipe Mobile de Gériatrie en 2007

II) Objectifs Sainte-Musse

- 52 lits + 6 lits HDJ
- Taux d'occupation : **90 % et DMS de 9,50 jours**
- Nombre de séjours : **3 340** (1 780 de plus de 48h, 1 560 en ambulatoire)

III) Synthèse du projet de la spécialité

Les objectifs poursuivis dans cette spécialité sont :

➤ Court Séjour :

- Maintien de l'activité du service ATOU sur Font-Pré et du court séjour de Médecine A sur Clemenceau jusqu'à Sainte-Musse avec les objectifs fixés lors du contrat annuel 2008 et non atteints, que nous reconduirons en 2009.
- Rapatriement des lits (52) sur Sainte-Musse

➤ UMG :

- Maintien dans un premier temps de l'activité actuelle avec le développement de la prise en charge dès les Urgences.
- Réaménagement des tâches effectuées par les médecins de l'UMG, en particulier vis-à-vis de la chirurgie afin de pouvoir développer les activités sur d'autres sites du CHITS et en extra hospitalier.

➤ Hôpital de jour d'évaluation gériatrique :

Il est prévu l'ouverture à Sainte-Musse d'une HDJ d'évaluation gériatrique correspondant à une évaluation médicale, cognitive fonctionnelle et sociale de patients vivant à domicile (dossier de demande de reconnaissance de l'activité à déposer en 2009). Cette prise en charge rentre dans le cadre légal des prises en charge en hôpital de jour.

Cette HDJ demande peu de locaux (1 chambre pour accueillir les patients), les professionnels concernés sont déjà sur le site : ergothérapeute, orthophonistes, médecins, assistante sociale.

Dans un premier temps, une telle activité peut être développée sur Clémenceau puis rapatriée sur Sainte-Musse

➤ Hôpital de jour général de gériatrie :

Il nécessite la proximité immédiate du plateau technique et de l'ensemble des spécialistes. Recrutement par le biais de la « filière gériatrique » répondant à la demande des médecins de ville pour effectuer des bilans généraux en 1 jour, difficiles à faire pratiquer en ville par des patients âgés.

➤ *Activités transversales et inter-pôles :*

- Participation de gériatres formés spécifiquement à la démence à la consultation mémoire organisée par les neurologues ;
- Développement de l'activité d'oncogériatrie voire conventions avec des hôpitaux de proximité sur un projet territorial ;
- Ouverture d'une consultation de gériatrie.

G – LA PSYCHIATRIE ADULTE

l) Activité actuelle

Psychiatrie Adulte G 01 / G02 G03

| TYPE | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|---------|--------|--------|-----------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre d'entrées directes | 662 | 627 | 582 | -13,75% |
| Nbre d'entrées totales | 1 056 | 1 040 | 957 | -10,34% |
| Taux d'occupation | 101,58% | 96,78% | 91,26% | -11,31% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 22,82 | 22,08 | 22,28 | -2,45% |
| Nbre de journées | 24 099 | 22 962 | 21 318 | -13,05% |
| Nbre de venues | 4 749 | 4 728 | 4 949 | 4,04% |
| File active du G 01 | 3 354 | 3 349 | 3 277 | -2,35% |

Psychiatrie Adulte Hospitalisation sous Contrainte secteur commun G 01 G02 G03

| TYPE | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|---------|---------|--------|-----------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre d'entrées directes | 106 | 95 | 83 | -27,71% |
| Nbre d'entrées totales | 191 | 175 | 209 | 8,61% |
| Taux d'occupation | 105,17% | 103,75% | 97,94% | -7,38% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 28,40 | 30,70 | 31,17 | 8,89% |
| Nbre de journées | 5 374 | 5 365 | 6 734 | 20,20% |

Psychiatrie Adulte - Activités des secteurs G01 / G02 / G03/ G04 / G05

| PSYCHIATRIE ADULTES TYPE | ANNEES | | | Evolution |
|---|--------|--------|--------|-----------|
| | 2006 | 2007 | 2008 | |
| Nombre de venues en CATT | 9 992 | 10 757 | 11 878 | 18,88% |
| Soins en CMP (Actes) | 38 208 | 39 767 | 41 302 | 8,10% |
| Visite à Domicile ou en Institutions substitutives | 7 488 | 7 771 | 8 823 | 17,83% |
| Psychiatrie de liaison | | | 1 329 | |

CAP 48

| TYPE | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|--------|--------|-----------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre d'entrées directes | 708 | 731 | 623 | -13,64% |
| Nbre d'entrées totales | 783 | 847 | 844 | 7,23% |
| Taux d'occupation | 81,23% | 82,97% | 74,36% | -9,24% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 2,27 | 2,14 | 1,92 | -18,23% |
| Nbre de journées | 1 779 | 1 817 | 1 633 | -8,94% |

II) Objectifs Sainte-Musse

- 75 lits d'hospitalisation en placement libre et 20 lits d'hospitalisation sous contrainte
- Taux d'occupation : **95 %**

III) Synthèse du projet de la Psychiatrie Adulte :

Le projet médical du Pôle de Psychiatrie Adultes nécessite un rééquilibrage de la DAF (la comptabilité analytique démontre qu'il existe un déficit budgétaire structurel d'environ 1,5 M€) et une dotation en personnel tel qu'il était prévu dans les plans antérieurs (SROS, plan Massé).

Le projet médical de Pôle de Psychiatrie Adultes se déclinera selon trois niveaux complémentaires et imbriqués :

- des projets au niveau du Pôle et donc du CHITS qui sont tous à vocation intersectorielle ;
- des projets au niveau sectoriel répondant à la spécificité de certains secteurs ou à la pratique et à la spécialisation des médecins ;
- des projets qui ne peuvent se concevoir qu'à un niveau territorial, voire même départemental, impliquant des collaborations étroites avec d'autres établissements de santé, des structures médico-sociales, voire le Conseil Général.

Les projets au niveau du Pôle

➤ Pour l'hospitalisation temps plein :

- En terme de locaux :

Les secteurs de Psychiatrie G01, G02 et G03 intégreront les structures prévues à Sainte-Musse. Une reconfiguration des structures d'hospitalisation sous contraintes des secteurs de Psychiatrie G04 et G05, avec des lits d'hospitalisation sous contraintes sur une même entité, devra être effective au cours de ce projet médical. Cette reconfiguration permet une augmentation de 10 lits des hospitalisations sous contraintes.

- En terme d'organisation de l'hospitalisation temps plein :

Ceci permettra au Pôle de Psychiatrie Adultes de veiller au respect des droits des patients en ce qui concerne l'hospitalisation libre et l'hospitalisation sous contrainte.

➤ Pour l'extra hospitalier :

Un effort plus particulier devra être porté au cours de ce projet médical sur l'ensemble des activités extra hospitalière du Pôle de Psychiatrie Adultes que ce soit en terme de locaux ou en terme d'organisation.

Au préalable de l'ouverture de Sainte Muse, le Pôle de Psychiatrie Adultes devra bénéficier de structures extra hospitalières fonctionnelles complètes : Centres Médico Psychologiques, Hôpitaux de Jour, Centres d'accueil Thérapeutique à Temps Partiel. Cette organisation permettra de conforter l'offre de consultation psychiatrique vis-à-vis de la population (cf. chapitre III-3)

Ces organisations sont à redimensionner sur l'ensemble du Pôle de Psychiatrie Adultes.

Le développement d'une Hospitalisation à Domicile apparaît comme indispensable pour compléter l'offre de soin de la Psychiatrie Publique sur l'aire toulonnaise.

➤ La prise en charge des Urgences et de la Psychiatrie de liaison :

L'implantation des urgences psychiatriques, ainsi que ses missions, sont clairement redéfinies et intégrées au sein du plateau technique ainsi que dans l'organisation des Urgences de Sainte-Musse.

Une redéfinition des rôles, des missions de chacun et des collaborations entre les disciplines somatiques et psychiatriques a été mise en place. Une réévaluation régulière sera développée dans ce cadre (Evaluation des Pratiques Professionnelles, staffs communs,...).

La psychiatrie de liaison reste une priorité du Pôle de Psychiatrie Adultes. Celle-ci mettra en place des outils d'évaluation de cette activité sur l'ensemble des sites.

➤ Des missions plus spécifiques sont identifiées et doivent être renforcées :

- Création d'une véritable filière hospitalière en Addictologie (niveau II) dont la mise en place progressive débutera dès 2009. Elle sera développée à partir de l'équipe préexistante qui se trouve renforcée et réorganisée (Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie) et complétée par des consultations externes, le projet de création d'une unité de recours pour les sevrages (15 lits) et une hospitalisation de jour (10 places) (cf. chapitre III 2-C). Un accès aux soins de suites et de réadaptation orientés en addictologie devra être développé par des coopérations avec d'autres établissements ;
- Activité Psy-Sida : l'interruption du réseau ville-hôpital Psy-Sida n'empêchera pas la poursuite de la prise en charge psychiatrique de cette population de patients dans le cadre d'une psychiatrie de liaison spécifique avec le service d'infectiologie ;
- Poursuite de la prise en charge des sujets en situation précaire en liaison avec les associations, dont SILOE pour Toulon Centre ;
- Développer et renforcer la prise en charge psycho-gériatrique conformément au projet de création d'une unité de neuro-psycho-gériatrie au sein du Pôle de Gériatrie ;
- Développer de nouveaux moyens pour soutenir les équipes dans la prise en charge ambulatoire des personnes sous main de justice (centre de ressource territorial...).

Les projets au niveau de chacun des secteurs de Psychiatrie

Des projets au sein de chaque secteur, répondant à la spécificité de certains secteurs ou à la pratique et à la spécialisation des médecins, pourront être proposés et développés après concertation et coordination avec l'ensemble du Pôle de Psychiatrie Adultes.

Projets médico-sociaux

Le pôle propose au CROSMS des projets de type médico-social, résidentiels ou ambulatoires (SADSAH, SAVS,...).

Les projets intéressent le territoire de proximité ou le territoire de santé dans le cadre de la loi reconnaissant le handicap psychique (2005).

Le projet médical au niveau du territoire, voire du département

Cette réflexion et cette organisation ne peuvent se définir que dans le cadre d'un territoire de santé et de collaborations multiples.

Il faut en particulier :

- Trouver des solutions à l'absence de filière d'aval pour des pathologies chroniques et prévoir l'ouverture de structures adaptées de type médico-social. Une réflexion est déjà conduite au niveau médical entre médecins psychiatres du service public du territoire de santé et a conduit à l'élaboration d'un projet adressé à l'ARH ;
- Réorganiser la prise en charge des détenus et de patients dangereux au regard des problèmes de sécurité dans les services et à l'occasion de leur suivi. Une réflexion commune des psychiatres du service public du territoire est en cours.

Enfin, une réflexion devrait être engagée également sur les collaborations avec les autres structures de soins privés comprises dans le territoire de santé (définitions de filières de soins, post-urgences psychiatriques...)

Le projet du Pôle de Psychiatrie Adultes du CHITS est l'occasion de recentrer la discipline au sein du centre hospitalier, de redéfinir les missions de la Psychiatrie Publique et la place de la Psychiatrie dans l'ensemble du dispositif sanitaire ou médico-social du territoire de santé.

H - LA PEDOPSYCHIATRIE

I) Activité actuelle

Centre d'Observation des Adolescents

| TYPE | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|--------|--------|-----------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre d'entrées directes | 82 | 108 | 118 | 30,51% |
| Nbre d'entrées totales | 106 | 128 | 144 | 26,39% |
| Taux d'occupation | 82,33% | 81,92% | 88,25% | 6,71% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 22,68 | 18,69 | 21,78 | -4,13% |
| Nbre de journées | 2 404 | 2 392 | 2 584 | 6,97% |

II) Objectifs Sainte-Musse

- 10 lits
- Taux d'occupation : **88 % et DMS de 22 jours**

II) Synthèse du projet de la spécialité

Les projets au niveau du pôle de psychiatrie infanto juvénile sont :

- *Poursuite de la réorganisation du CMP – 4 Rue d'Antrechaus – TOULON :*

Le CMP s'organise en spécifications par filières :

- Filière enfance ;
- Filière adolescence ;

avec deux synthèses séparées et des équipes spécialisées sur les prises en charge, dans un souci d'uniformisation des pratiques intersectorielles (83 I 01 et 83 I 02) sur le pôle.

Les objectifs sont :

- Développement des axes transversaux au sein du pôle avec création d'un accueil de la partie toulonnaise de l'intersecteur 83 I02, dans un souci de proximité géographique et de facilitation pour les prises en charge des enfants et leur famille ;
- Organisation de plages horaires de 8h30 à 18h30 en continu, du lundi au vendredi ;
- Mise en place de dispositifs pour évaluer les demandes et amener une réponse adaptée aux situations (accueil en urgence, demandes pressées, etc.) ;
- Maintien de l'organisation ayant permis de diminuer le délai d'attente d'une consultation nouvelle non jugée urgente ou pressée à 10 jours.
- Mise en place d'un dispositif d'accueil concernant les fratries.
- Mise en place d'un dispositif d'accueil concernant les enfants de 10 à 12 ans en vue de l'orientation sur la filière adaptée (enfance ou adolescence) au regard des problématiques et de la maturité des enfants de cette tranche d'âge.

- *Création d'un C.A.T.T.P Adolescents (à moyen constant) – 4 Rue d'Antrechaus – TOULON :*

Ce CATTP, spécifiquement orienté vers la prise en charge des adolescents, est différent du CATTP enfants existant et est mis en place à moyens constant.

Le CATTP adolescents accueille une partie de la population adolescente, le CATTP Abel Gance continuera à accueillir des adolescents ayant besoin d'une contenance psychique plus importante et d'une prise en charge plus étayée.

Afin d'encadrer l'augmentation d'activité générée par la création de cette nouvelle structure, des outils de pilotage de cette unité de soins vont être mis en place :

- création de la file active des adolescents accueillis au CATTP ados ;
- création du planning d'activation de ce CATTP.

- *Création d'une équipe mobile de pédopsychiatrie de liaison :*

Le pôle de psychiatrie infanto juvénile, dans le but d'améliorer les soins de la population et des patients hospitalisés, met en place une unité mobile de pédopsychiatrie de liaison. Cette unité mobile travaillera en partenariat avec le pôle femme-enfant, pour cela une convention inter pôle est en cours d'élaboration.

Le champ d'intervention de l'équipe mobile est celui de la périnatalité et du partenariat avec les unités de pédiatrie, afin d'améliorer ainsi l'évaluation diagnostique et l'élaboration de prise en charge qui en résulte, concernant le soutien psychologique à apporter aux enfants et adolescents hospitalisés.

Pour cela, une formalisation quantitative et qualitative de nos interventions est visée.

Des passages plus nombreux dans les services avec la nomination d'un PH responsable de cette unité est d'hors et déjà envisagée. Son travail consistera à :

- Animer les deux équipes de périnatalité existant dans le pôle CAP BB (Toulon) et UPB (La Seyne) et à renforcer leurs compétences transversales afin d'améliorer leur synergie d'interventions dans les maternités du CHITS ;
- Renforcer l'équipe de pédopsychiatrie de liaison en pédiatrie avec la nomination de deux temps partiels d'IDE qui viendront en complément des psychologues travaillant déjà dans le pôle femme-enfant.

Nous aurons ainsi sur le plan qualitatif :

- La mise en place d'un travail institutionnel basé sur le CMP de la rue d'Antrechaus qui aura pour fonction outre un travail de consultations, d'articuler le travail en réseau à différents niveaux ;
- Après des équipes du pôle, en activant la circulation des informations et en facilitant l'accès aux soins par une diminution des délais de prise en charge.
- Après de nos partenaires extérieurs, autres services hospitaliers, médecins et paramédicaux libéraux, école, justice, etc..

- *Périnatalité :*

L'existant :

- Cap Bébé se situant à La Garde,
- Unité Parents Bébé se situant à l'Hôpital de La Seyne-sur-Mer.

Le projet : il s'inscrit à partir de l'équipe mobile de pédopsychiatrie de liaison. Notamment, le praticien responsable animera les deux équipes de périnatalité qui existent ; il renforcera les compétences transversales et améliorera les synergies d'interventions dans les deux maternités du CHITS, avec l'aide d'une équipe pluridisciplinaire.

Ce dispositif sera évalué régulièrement.

- *Projet de soins pluridisciplinaires*

L'évolution des « besoins de santé » et de l'environnement de l'offre de soins nous amène à la nécessité d'une forte réactivité des structures de soins.

Les enjeux sont de trois ordres :

- Amélioration de la qualité des soins ;
- Amélioration de l'efficacité de notre offre globale de soins ;

I – LES COOPERATIONS

Deux grandes spécialités sont aujourd'hui traitées en dehors du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer, la Neurochirurgie et l'Urologie. Des coopérations continueront d'être mises en œuvre avec les établissements de l'agglomération toulonnaise pour offrir une réponse aux besoins des patients dans ces spécialités.

a) La Neurochirurgie

L'activité de neurochirurgie urgente est assurée aujourd'hui par une coopération effective avec l'équipe de neurochirurgie de l'hôpital Sainte Anne. La télétransmission d'images permet de consulter ces spécialistes et de définir avec eux, en temps réel, les orientations thérapeutiques et les lieux de prise en charge (rester sur place, transfert à Sainte Anne ou dans une structure de neurochirurgie hors du département). Aujourd'hui, les interventions neurochirurgicales sur le site de Font-Pré sont réservées aux situations d'urgence avec un déplacement du neurochirurgien qui intervient sur place ceci afin d'éviter au patient des transports potentiellement délétères.

L'augmentation des capacités du bloc opératoire, de la réanimation et du nombre de lits d'hospitalisation sur Sainte-Musse permet d'envisager une extension de cette activité à une prise en charge d'urgences différées ou de pathologies chirurgicales crâniennes ou rachidiennes dans le cadre d'interventions programmées. L'aboutissement de ce projet est très lié à la création d'une relation de confiance durable entre l'équipe neurochirurgicale et le CHITS et à la croissance du volume d'activité

b) L'Urologie

Le CHITS n'offre plus de prestation en urologie depuis le départ d'un praticien. Pourtant, les besoins existent.

L'activité pourrait donc se développer de nouveau dans le cadre d'une convention avec la clinique MALARTIC portant notamment sur le financement par les deux établissements d'un poste partagé en urologie : la clinique mutualiste dispose actuellement de 2 urologues temps plein avec une très forte activité ; la création d'un poste partagé permettrait de mettre en œuvre une activité de consultations avancées au sein du CHITS et une activité opératoire. Ce poste serait rattaché soit à la chirurgie viscérale soit à la néphrologie.

3 – Hôpital George Sand, site associé

Comme il est affirmé dans le projet médical, le choix de confirmer une activité multisite permet de maintenir une réponse aux besoins de proximité tout en répondant aux exigences des regroupements nécessaires autour du plateau technique de Sainte-Musse, hôpital « pivot ».

Ainsi il est prévu de développer les activités suivantes sur le site de l'hôpital George Sand :

A - LES URGENCES ET LA RADIOLOGIE

L'hôpital George Sand de La Seyne-sur-Mer enregistre actuellement 34 000 passages dans son service des Urgences, répondant ainsi à un important besoin.

Les équipes médicales en charge des Urgences et de l'Imagerie du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer veillent au bon fonctionnement de ces activités, en liaison avec le Samu - Centre 15.

La mise en place d'une maison médicale en période de PDS sur l'hôpital de George Sand permettra la prise en charge des consultations médicales simples au urgences pour tous les patients de ce bassin de population (y compris de l'aire ouest toulonnaise soulageant ainsi des pathologies simple le plateau de Font-Pré et demain de Sainte-Musse).

B - LA MEDECINE

I) Activité actuelle

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|--------|--------|----------------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre de séjours | 2 778 | 2 940 | 2 498 | -11,21% |
| de plus de 48 H | 2 523 | 2 697 | 2 393 | -5,43% |
| de moins de 48 H | 255 | 243 | 105 | -142,86% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 11,14 | 9,70 | 9,00 | -23,78% |
| Nbre de journées | 27 965 | 26 231 | 21 809 | -28,23% |
| Nbre de consultations | 3 280 | 3 740 | 4 079 | 19,59% |

NB : Consultations => Centre d'explorations fonctionnelles et consultations douleur

II) Objectifs

- 80 lits + 2 HDJ
- Taux d'occupation : **90 % et DMS de 8,7 jours**
- Nombre de séjours : **3 500** (3 100 de plus de 48h, 400 en ambulatoire)

III) Synthèse du projet de la spécialité

Les deux services de médecine de la Seyne fusionnent en une seule structure à laquelle sera rattachée le Centre d'Explorations Fonctionnelles.

Ce service comprendra à terme avec la transfert de l'endocrinologie sur Sainte-Musse :

- 4 unités d'hospitalisation de médecine polyvalente de 20 lits chacune ;
- Un Centre d'Explorations Fonctionnelles (CEF).

L'organisation médicale fera appel pour les spécialités à la présence quotidienne d'un pneumologue, d'un angiologue et d'un gastro-entérologue venus de l'hôpital principal pour assurer :

- Les consultations internes de la spécialité dans les unités d'hospitalisation. ;

- Les consultations externes et les gestes ne requérant pas le bloc opératoire au CEF (endoscopies, allergologie, EFR, ponctions diverses etc.) ;
- Les explorations vasculaires.

Il est souhaitable que puisse être résolu le problème des avis neurologiques, actuellement impossibles à obtenir. À l'échéance de Sainte-Musse, une consultation d'endocrinologie devra être maintenue lors du déménagement du service correspondant.

La présence cardiologique pour l'ensemble de l'hôpital George Sand sera assurée par la présence de médecins, responsables par ailleurs d'unité d'hospitalisation, exerçant au CEF, dévolu aux consultations, avis préopératoires et échographies en interne et en externe, et réalisant des vacations hebdomadaires pour les échographies et consultations internes. Elle permet de répondre à la plupart des demandes émanant de tous les services de l'hôpital George Sand.

C - LE CENTRE D'EXPLORATIONS FONCTIONNELLES ET DE CONSULTATIONS

L'hôpital George SAND a été réaménagé avec construction sur le site d'un nouveau bâtiment en 1991.

Cet établissement est bien implanté dans le paysage sanitaire de l'ouest varois et bien « utilisé » à la fois par la population seynoise et des villages alentour, mais également par les médecins généralistes et spécialistes du secteur, aussi bien en urgence qu'en programmé.

La Mairie a prévu d'implanter à proximité immédiate de l'hôpital une maison médicale libérale.

Pour toutes ces raisons, l'hôpital George Sand doit continuer à offrir, et éventuellement renforcer, une offre de consultations publiques, d'explorations et d'hôpital de jour, sur le site ; cette activité étant assurée bien sûr par les médecins du site mais également par les médecins de Ste Musse.

Le Centre d'explorations fonctionnelles et de consultations proposera :

- Des consultations dans les spécialités suivantes :
 - Cardiologie
 - Pneumologie
 - Gastro-entérologie
 - Médecine interne et vasculaire
 - Endocrinologie
 - Pédiatrie générale et/ou spécialisée
 - Réadaptation fonctionnelle
 - Gériatrie
 - Rhumatologie
 - Ophtalmologie
 - Chirurgie orthopédique
 - Chirurgie viscérale
 - ORL
 - Gynécologie obstétrique
- Des explorations type de ceux à disposition dans les cabinets médicaux de ville :
 - cardiologiques : ECG, échographies simples, épreuves d'effort, contrôles pace maker
 - pneumologiques : EFR, tests allergologiques, endoscopies
 - gastro-entérologiques : échographies, endoscopies simples et sous AG en ambulatoire
 - vasculaires : écho doppler vasculaire
 - gériologiques

D - UN CENTRE DE PERINATALITE ET UNE HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD)

Le service de gynécologie obstétrique devant être regroupé avec celui de Font-Pré sur le site de Sainte-Musse, afin de répondre aux besoins de proximité des patientes du secteur de La Seyne-sur-Mer, un centre de périnatalité sera ouvert sur le site.

La prise en charge des patientes actuellement suivies à George Sand sera poursuivie au sein d'un centre de périnatalité.

Une présence médicale sera assurée par les praticiens et les sages femmes sur le site de George Sand. L'activité de cette unité comportera des consultations d'obstétrique, assurant le suivi des grossesses simples, la préparation à l'accouchement ainsi que les suites de couches en externe. Les consultations d'échographies seront assurées par les praticiens, permettant aux patientes un suivi complet de leur grossesse sur le site de George Sand comme actuellement.

Le dépistage et la surveillance des patientes présentant une pathologie légère sera également possible en externe, avec enregistrement cardiaque fœtal, échographie, biologie. La présence médicale permet la poursuite de la collaboration avec les sages femmes libérales et la PMI, qui assurent les visites à domicile, et, quand c'est nécessaire, la prise en charge en HAD dans le cadre de coopération avec les secteurs associatifs ou privés gérant ce type d'activité. Dans cette hypothèse, des sages femmes du CHITS pourraient participer à leur prise en charge.

Les praticiens assureront également des consultations de gynécologie et d'IVG médicamenteuse, les actes chirurgicaux ayant lieu à Sainte-Musse.

E - LA PEDOPSYCHIATRIE

L'ancien service de pédiatrie accueille aujourd'hui le CAMPS dont l'extension à 70 places est prévue. De plus, une unité de jour de pédopsychiatrie est créée sur le site.

A - Extension du C.A.M.S.P

Un dossier a été établi pour obtenir une demande d'agrément à 70 places pour le CAMSP Hospitalier de La Seyne, rattaché au CHITS.

L'activité y est soutenue (le nombre d'enfant pour l'année 2008 est de 178) et depuis quelques années, constamment au dessus de son habilitation de 40 places.

La pratique du service, dans ses différentes orientations, est reconnue par les familles des enfants, par les partenaires et répond à une population qui souhaite ce type de pratique.

A ce jour, le service ne peut plus répondre au(x) :

- demandes des nouvelles prises en charge ;
- demandes de bilans ;
- maintien de la qualité des soins.

Le services ne peut pas éthiquement différer la prise en charge et le traitement d'un enfant dont le diagnostic de trouble envahissant du développement a été posé. Il est donc urgent de pouvoir obtenir un financement d'extension pour mettre en œuvre :

- une polyvalence réelle ;
- une adaptation aux besoins de la population ;
- le maintien de la qualité des soins.

Si le projet d'extension aboutit, le CAMSP, dans ses actions préventives, rééducatives et curatives, répondra mieux à ses missions en lien avec les besoins de notre population du bassin varois qui ne cesse d'augmenter.

Une demande d'agrément pour passer de 40 à 70 places, avec les moyens adéquats en personnel soignant, soit 4,60 ETP paramédicaux et 1 ETP de pédopsychiatrie sont demandés.

B - Création d'un Hôpital de Jour pour Adolescents du Pôle :

Le pôle draine un bassin de population citadine d'une grande densité :

- la population totale des enfants âgés de moins de 18 ans, pour le Territoire Var Ouest, est de 130 159 ;
- ce chiffre est ramené à 95 000 pour le Pôle de Psychiatrie Infanto Juvénile du CHITS.

L'hôpital de jour pour adolescents va ouvrir en septembre 2009. Il comprendra une équipe pluridisciplinaire composée de médecins, psychologues, psychomotriciens, et soignants .

Il est destiné à la prise en charge des adolescents présentant des troubles graves de la personnalité, des pathologies narcissiques et des troubles du comportement nécessitant une contenance institutionnelle que cet Hôpital de Jour sera en mesure de leur proposer.

Il permettra d'être une alternative à l'hospitalisation avec désengorgement des secteurs d'hospitalisation temps plein, C.E.O.A. et Villa Nova.

D'autre part, il permettra de poursuivre les prises en charge spécifiques des adolescents provenant des C.M.P. et des C.A.T.T.P.

F - UN SERVICE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE ET D'EVEIL DES COMAS

Le service est actuellement installé à l'hôpital Chalucet. Ce site devant être fermé, le service trouve logiquement sa place au sein de l'hôpital George Sand dans des conditions beaucoup plus sécurisantes pour ses patients.

I) Activité actuelle

| TYPE | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|---------|--------|--------|-----------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre d'entrées directes | 47 | 35 | 42 | -11,90% |
| Nbre d'entrées totales | 177 | 132 | 178 | 0,56% |
| Taux d'occupation | 106,38% | 91,13% | 82,09% | -29,59% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 78,05 | 61,93 | 49,76 | -56,85% |
| Nbre de journées | 12 425 | 10 644 | 9 588 | -29,59% |
| Nbre de venues | 1 738 | 2 047 | 1 820 | 4,51% |
| Nbre de consultations | 462 | 431 | 402 | -14,93% |

NB : à compter d'août 2008, la RRF est regroupée sur Chalucet

II) Objectifs

- 32 lits + 10 HDJ
- Taux d'occupation : **90 % et DMS de 50 jours**
- Nombre de séjours : **210**
- Nombre de venues : **2 100**

III) Synthèse du projet de la spécialité

Le service de Médecine physique et Réadaptation s'est orienté depuis de nombreuses années vers la prise en charge des patients de Neurologie lourde (sortie de réanimation pour des patients en éveil de coma – Traumatismes crâniens graves (TC), accidents vasculaires, méningo-encéphalites, post-opératoires de tumeurs cérébrales, entre autres) avec maintenant une expertise forte dans ce domaine (739 patients de ce type depuis 1991 dont 392 TC graves).

Le service comprend actuellement une unité d'éveil (formatée initialement à 8 lits mais insuffisante – 12 lits sont de fait consacrés à l'éveil avec des patients trachéotomisés) et une unité de suivi d'éveil permettant d'accompagner ceux qui évoluent bien vers l'hospitalisation de jour, ou d'attendre la mise en place des aides médico-sociales pour ceux dont l'évolution ne permettra pas un retour à l'autonomie et aboutira à un placement institutionnel. La mise en place du PMSI a permis de montrer la spécificité de ce service et depuis le début 2009, le calcul des points IVA montre le poids attribué à la prise en charge de ce type de pathologie.

La réunification du service a permis d'accélérer la rotation des patients en diminuant la durée moyenne de séjour par la concentration des effectifs médicaux sur un seul et même site avec une fluidité simplifiée pour les patients et les familles (éveil, suivi d'éveil et Hôpital de jour se déroulant maintenant sur le même site) avec les mêmes acteurs soignants et de rééducation pour une prise en charge linéaire sans solution de continuité.

L'expertise du service vis à vis des patients trachéotomisés a permis maintenant d'envisager un élargissement des prises en charges vers l'insuffisance respiratoire appareillée. Dans ce but, le dernier médecin recruté a apporté son expérience de réanimateur pour les éveils de coma, mais il est aussi pneumologue et cette compétence devrait permettre de mettre en œuvre cette filière de soins en symbiose avec la réanimation. Ce développement n'est pas envisageable sur Chalucet (pas de radiologie quotidienne possible, pas d'appareil de gazométrie h24, et un environnement médical insuffisant la nuit) mais en bénéficiant du transfert vers l'hôpital de La Seyne-sur-Mer, le service pourra déployer ce projet avec la mise en place d'une unité d'hospitalisation classique et d'un hôpital de jour.

Cela se fera à partir d'un redéploiement des moyens existants entre la prise en charge Neurologique (qui restera prépondérante) et la prise en charge Respiratoire de patients appareillés. Le temps avant le transfert sur La Seyne sera mis à profit pour former le personnel à cette nouvelle problématique et mettre à niveau le matériel de rééducation indispensable à cette prise en charge. Le service de Médecine physique va donc déposer des dossiers de création de 16 lits SSR spécialisés en neurologie et de 16 lits en pathologie respiratoires. Le service de médecine physique devrait ainsi répondre aux besoins du bassin Var Ouest pour les prises en charge de patients lourds trachéotomisés ou avec une assistance ventilatoire relevant de ces deux spécialités.

Pour l'amélioration de la qualité des soins, seule la formation menée par des actions internes et externes régulières permettra de maintenir un niveau de compétence approprié pour le personnel, gage d'une bonne qualité de soins et autorisera aussi l'amélioration de la prise en charge des familles

G - UNE UNITE DE SOINS DE SUITE

Le site de George Sand à La Seyne-sur-Mer ne comprend pas de lits de soins de suite. Compte tenu de la présence de lits de médecine de court séjour, le projet médical prévoit donc la création de 44 lits de soins de suite qui faciliteront le devenir des patients hospitalisés en médecine.

I) Activité actuelle réalisée sur le site de Clémenceau

Activités sur 68 lits puis 88 lits (2008)

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|--------|--------|-----------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre d'entrées directes | 11 | 20 | 13 | 15,38% |
| Nbre d'entrées totales | 341 | 381 | 486 | 29,84% |
| Taux d'occupation | 84,53% | 98,80% | 97,82% | 13,59% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 61,53 | 64,36 | 57,31 | -7,37% |
| Nbre de journées | 20 980 | 24 522 | 27 850 | 24,67% |

NB : ouverture des 20 lits Oratoire en août 2008

II) Objectifs

- **44 lits de Soins de Suite**
- Taux d'occupation : **99 % et DMS de 60 jours**
- Nombre de séjours : **265**

III) Synthèse du projet de la spécialité

Un secteur de SSR manque sur le site de George Sand. Un rééquilibrage est mis en oeuvre entre les deux hôpitaux de Clémenceau et de Georges Sand afin de pallier à ce déséquilibre ;

Le projet de l'ensemble de ces structures est décrit en page 57 (au paragraphe 4- Hôpital Clémenceau, site associé).

H - LES SERVICES DE PSYCHIATRIE

Les services de psychiatrie G04 et G05 ont des difficultés pour recevoir dans de bonnes conditions les patients relevant des secteurs de La Seyne-sur-Mer et communes de proximité.

Pour améliorer le fonctionnement de ces services d'hospitalisation, il est prévu d'augmenter la capacité des hospitalisations sous contrainte de 10 à 15 lits.

Le projet médical tel qu'il est décrit au paragraphe Sainte-Musse, se déclinera avec les mêmes objectifs sur le site de George Sand : 3 secteurs seront localisés à Sainte-Musse et 2 secteurs à George Sand.

I) Activité actuelle

Psychiatrie Adulte G04 / G05

| TYPE | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|--------|--------|-----------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre d'entrées directes | 411 | 475 | 299 | -37,46% |
| Nbre d'entrées totales | 585 | 659 | 500 | -17,00% |
| Taux d'occupation | 94,26% | 96,23% | 91,08% | -3,50% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 27,64 | 25,05 | 31,25 | 11,54% |
| Nbre de journées | 16 171 | 16 509 | 15 624 | -3,50% |
| Nbre de venues | 2 074 | 2 270 | 2 456 | |
| File active du G 01 | 3 047 | 3 117 | 3 067 | 0,65% |

Psychiatrie Adulte G 05 GO4 Hospitalisation sous Contrainte

| TYPE | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|--------|--------|-----------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre d'entrées directes | 95 | 122 | 93 | -2,15% |
| Nbre d'entrées totales | 138 | 177 | 153 | 9,80% |
| Taux d'occupation | 97,09% | 94,76% | 95,48% | -1,69% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 40,50 | 28,99 | 36,51 | -10,93% |
| Nbre de journées | 1 826 | 1 759 | 1 905 | 4,15% |

II) Objectifs

- 48 lits d'hospitalisation en placement libre et 20 lits d'hospitalisation sous contrainte

- Taux d'occupation : **95 %**

III) Synthèse du projet de la spécialité

(La synthèse du projet de la Psychiatrie Adulte est présentée en page 43 Psychiatrie Adulte secteur GO1/GO2/GO3.)

I - L'EHPAD

I) Activité actuelle

Activité sur 40 lits

| | ANNEES | | | Evolution |
|-------------------------|--------|--------|--------|-----------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre d'entrées directes | 10 | 10 | 14 | 28,57% |
| Nbre d'entrées totales | 10 | 10 | 14 | 28,57% |
| Taux d'occupation | 97,95% | 98,39% | 99,36% | 1,42% |
| Nbre de journées | 14 301 | 14 362 | 14 508 | 1,43% |

NB : coupe USLD => 106 lits d'EHPAD à compter du 1/1/2009

II) Objectifs EHPAD

- **80 lits d'EHPAD**
- Taux d'occupation : **99 %**
- Nombre de journées : **28 900 journées**

IV) Synthèse du projet de la spécialité

Suite à la réduction du nombre de lits de soins de longue durée, les lits d'EHPAD sont passés de 40 à 106 lits. L'ensemble du pôle gérontologique de George Sand, qui détenait 80 lits de gériatrie, devient ainsi EHPAD. Toutefois, le site de La Seyne ne pouvant tout accueillir, quelques lits d'EHPAD sont maintenus sur le site de Clémenceau au sein d'unités SLD (26 lits). Le taux d'occupation actuel approchant les 100%, les nouvelles admissions sont très faibles chaque année.

Mais l'augmentation du nombre de lits ne semble pas porter sur des lits d'hébergement en maison de retraite, les patients pris en charge dans ces nouveaux lits relevant plus des soins techniques des Soins de Longue Durée.

C'est à ce titre que le CHITS a déposé une demande d'augmentation de la capacité en lits de SLD afin de positionner sur le site de La Seyne des patients relevant avant tout de l'hébergement en maison de retraite, les locaux des deux pavillons d'hébergement du site de George Sand répondant parfaitement aux critères réglementaires d'agencement et d'aménagement des locaux d'hébergement d'un EHPAD.

4 – Hôpital Georges Clémenceau, site associé

L'hôpital Clémenceau a depuis sa création été consacré pour sa plus grande part à l'accueil des personnes âgées.

Cette vocation est confirmée par le projet médical. Cependant, le service de médecine de court séjour, trop éloigné du plateau technique ne doit pas rester dans cet établissement et doit être transféré à l'hôpital Sainte-Musse, afin de continuer à répondre aux besoins de proximité de la population âgée toulonnaise, dans de meilleures conditions.

Ce sont donc deux services de long séjour (ou pour partie d'EHPAD) et un service de soins de suite qui doivent être maintenus sur le site de l'hôpital Clémenceau.

I) Activité actuelle

A - USLD

Activité sur 116 lits

| | ANNEES | | | Evolution |
|-------------------------|--------|--------|--------|-----------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre d'entrées directes | 46 | 55 | 82 | 43,90% |
| Nbre d'entrées totales | 47 | 59 | 89 | 47,19% |
| Taux d'occupation | 99,99% | 98,02% | 98,17% | -1,85% |
| Nbre de journées | 42 295 | 41 502 | 41 565 | -1,76% |

NB: coupe USLD => plus que 50 lits d'USLD concentrés sur Clémenceau au 1/1/2009

B - Soins de Suite Spécialisés Gériatrie

Activités sur 68 lits puis 88 lits (2008)

| | ANNEES | | | Evolution |
|----------------------------|--------|--------|--------|-----------|
| | 2 006 | 2 007 | 2 008 | |
| Nbre d'entrées directes | 11 | 20 | 13 | 15,38% |
| Nbre d'entrées totales | 341 | 381 | 486 | 29,84% |
| Taux d'occupation | 84,53% | 98,80% | 97,82% | 13,59% |
| DMS séjour de plus de 48 H | 61,53 | 64,36 | 57,31 | -7,37% |
| Nbre de journées | 20 980 | 24 522 | 27 850 | 24,67% |

NB : ouverture des 20 lits Oratoire en août 2008

II) Objectifs USLD

- **50 ou 76 lits de soins de longue durée** (un dossier de demande de révision de la capacité en lits d'USLD déposé par la FHR est en cours)
- Taux d'occupation : **99 %**
- Nombre de journées : **18 000 (50 lits) ou 27 460 journées (76 lits)**

III) Objectifs Soins de suite (SS)

- **44 lits de Soins de Suite Spécialisés Gériatrie**
- Taux d'occupation : **99 % et DMS de 60 jours**
- Nombre de séjours **265**

IV) Synthèse du projet de la spécialité

Les objectifs par discipline sont les suivants :

➤ SS Gériatrie :

86 lits de soins de suite gériatrique sont actuellement implantés sur le site de Clémenceau. Toutefois, un secteur de SSR gériatrique manquant sur le site de George Sand, un rééquilibrage est prévu à

l'ouverture de Sainte-Musse entre les deux hôpitaux de Clémenceau et de Georges Sand afin de pallier à ce déséquilibre.

Les objectifs poursuivis dans cette spécialité sont :

- L'amélioration de la DMS pour participer à l'effort et à la diminution de la DMS en court séjour ;
- la transformation d'une unité de 9 lits en une unité SSR de « Réhabilitation cognitivo-comportementale » dédiée aux patients atteints de démence de type Alzheimer ou maladies apparentées (projet à déposer en 2010 dans le cadre du Plan Alzheimer) ; cette unité serait située dans l'aile sud 2ème étage de Clémenceau V240, et pourrait en 2011 être rapatriée sur George Sand.

Toutefois, il faut noter qu'actuellement, les lits de SS Gériatrie sont trop souvent occupés non pas par de la gériatrie mais par des patients beaucoup plus jeunes, souvent handicapés en attente de placement en établissement d'hébergement pour handicapés. L'attente pour de tels foyers dure plusieurs mois voire plusieurs années.(à ce jour cela représente 10 personnes sur 86 lits).

Ces patients sont souvent socialement et psychologiquement « instables » et, quand ils sont trop nombreux, source de perturbations sur le site (alcoolisme, violence verbale, incitation mutuelle à des conduites addictives...).

L'hôpital public se doit de les accueillir mais leur maintien dans une structure dite gériatrique n'est pas adapté. Faut-il réfléchir à une orientation nouvelle de SSR plus sociale et plus légère quant à la prise en charge médicale ? Il est en effet regrettable que des lits soient « bloqués » par ces patients, au détriment de personnes âgées : c'est un « gaspillage » des compétences, et cela a un effet délétère sur l'ensemble des services de court séjour qui attendent des places dans le SSR de Clémenceau.

➤ *USLD :*

Les récentes décisions de la DRASS ont entraîné la diminution des lits de 116 à 50 lits. Toutefois, au regard des critères techniques appliqués pour la détermination du nombre de lits de SLD, et de la « lourdeur » de plusieurs patients présents sur le site de La Seyne, une demande de réajustement de la capacité en lits de SLD (+ 30 lits) a été déposée en 2009. Ainsi, les 26 lits d'EHPAD encore présents sur le site de Clémenceau pourraient être transformés en lits de SLD, faisant de Clémenceau le site des Soins de Longue Durée..

Mais, il faut souligner que la modification des critères d'admission des patients en SLD a profondément amélioré le service rendu par ces lits dans le CHITS : on peut désormais parler de véritable filière gériatrique et les SLD sont des unités qui rendent de grands services auprès des courts séjours ou du SS avec une accessibilité à ces places dans un délai raisonnable.

Les objectifs poursuivis pour cette spécialité sont :

- Réduire autant que possible la DMS afin d'avoir des lits plus accessibles et plus souvent ;
- Réorganiser les équipes médicales pour pallier à la diminution du nombre de praticiens présents sur le site de Clémenceau en 2011

➤ *Aménagement du site de Clémenceau :*

Un tel projet se décline à échéances diverses, court, moyen et long terme, étant donné la possible implantation de l'Institut de Formation en Soins Infirmiers sur ce site.

Toutefois, dans l'attente de cette implantation prévue dans 3 à 4 ans, il paraît nécessaire d'entreprendre quelques travaux sur le site de Clémenceau :

- Réhabilitation des espaces de déambulation extérieurs autour du V 240 ;
- Regroupement des USLD I et II au 3ème étage du V 240 ;
- Réhabilitation (ou récupération) de l'espace de balnéothérapie.

III. Les objectifs communs à l'ensemble des pôles

La mise en œuvre du projet médical repose sur les pôles d'activité clinique et médico-technique. Ils poursuivent en commun un certain nombre d'objectifs essentiels à la réussite de ce projet.

1- Le management des pôles

A - Des équipes uniques par spécialité

L'équipe unique par spécialité gère l'ensemble des sites et garantit une présence médicale de la spécialité sur chaque site. Cela permet des investissements cohérents, d'éviter les doublons et de garantir la même qualité de prise en charge sur chaque site. Equipe unique ne veut pas dire que tous travaillent sur tous les sites, mais plutôt que l'équipe médicale dépend d'une seule organisation, d'un seul coordonnateur et qu'il en est de même pour l'équipe soignante.

Dans les faits, un pôle unique avec un véritable chef de pôle doit gérer l'activité de la discipline sur tous les sites (ce qui ne signifie pas une seule spécialité par pôle).

B - Des espaces mutualisés

a) L'ambulatorio :

La prise en charge de patients en ambulatoire doit se développer dans les années à venir

Elle correspond à une médecine moderne et répond à une demande croissante des patients en relevant.

Elle se décline dans 3 types de secteurs : la médecine, la chirurgie et l'endoscopie, chacune nécessitant une organisation particulière.

- *Sur le plan médical* : c'est la classique hospitalisation de jour qui permet de réaliser dans une journée un bilan comportant plusieurs explorations, faisant appel au plateau technique hospitalier et donnant lieu à une conclusion médicale argumentée ;

L'architecture de l'hôpital Sainte Musse se prêtera particulièrement bien à cette prise en charge : en effet, les hôpitaux de jour d'un étage (correspondant quasiment à un pôle) seront regroupés autour des axes de circulation verticaux, directement accessibles de l'extérieur. Ces unités d'HDJ font partie du plateau technique de soins et de consultations (PTCES) intégrant un accueil secrétariat ouvrant ainsi l'hôpital directement sur l'extérieur. Les dispositions architecturales sur le site de Sainte Musse permettent de répondre au cadre réglementaire, en particulier sur la notion d'individualisation des structures de soins alternatives à l'hospitalisation.

Sur l'hôpital de la Seyne, un secteur de consultations et d'hospitalisations de jour existe déjà au sein du centre d'explorations fonctionnelles. Il sera développé et réorganisé (cf. supra page 49).

- *Sur le plan chirurgical* : suivant le même principe d'unités de jour, des petits gestes chirurgicaux peuvent relever du secteur de chirurgie ambulatoire, secteur qui doit répondre :
 - à une démarche qualité car l'activité doit se réaliser en étroite relation avec le médecin traitant ;
 - à une organisation précise et programmée s'intégrant dans le fonctionnement du bloc opératoire.

Le secteur hospitalisation de jour doit être l'interface entre le monde extérieur et celui stérile du bloc opératoire auquel il est accolé ainsi qu'au secteur d'endoscopie. Un circuit du patient doit être dûment établi permettant une circulation des patients venant de l'extérieur (tenu de ville) et de ceux allant ou venant au bloc (stérile ou propre) sans croisement.

- *Le secteur d'endoscopie* : c'est un secteur relevant de l'ambulatoire, seul ou associé, sous anesthésie locale ou générale (dans ce cas, il utilisera des locaux dédiés au sein du bloc opératoire). Ce secteur regroupera toutes les endoscopies sous anesthésie générale qu'elles soient gastro-entérologiques, ORL ou pneumologiques.

b) Les complémentarités médicochirurgicales :

Les structures mutualisées médicochirurgicales prévues à Sainte-Musse, à savoir la proximité géographique des services de gastro-entérologie et de chirurgie viscérale ; de chirurgie vasculaire et de médecine vasculaire et de cardiologie, doivent permettre une souplesse dans les hospitalisations et une meilleure efficacité dans les filières de soins

Par ailleurs, d'autres structures mutualisées médicochirurgicales doivent être mises en oeuvre :

- La structure de prise en charge du pied diabétique avec une équipe composée d'endocrinologue, d'infectiologue, de chirurgien, de bactériologiste ;
- Un centre associé pour la prise en charge des infections ostéoarticulaires : PTH et PTG infectées avec une équipe composée d'un ou plusieurs chirurgiens orthopédistes, infectiologues, biologistes, radiologues ; ce centre travaillera en collaboration avec le centre de référence de la région Sud Est (APHM).

C - Un pilotage par affectation des moyens en fonction de l'activité

Chaque facture de séjours comporte implicitement une partie de la facture pour rémunérer le personnel. Le total des factures permet donc d'estimer le montant destiné à la rémunération des équipes. Le chef de pôle veille donc à l'ajustement de la taille des équipes à l'activité produite.

S'il faut tenir compte des effets de seuil, de la taille minimale des équipes médicales ou soignantes, l'ajustement des moyens aux activités, les regroupements qu'ils peuvent impliquer, sont essentiels au bon fonctionnement du centre hospitalier.

Cela suppose que le chef de pôle dispose de véritables leviers d'action, de véritables pouvoirs d'affecter des moyens, moyens qui lui sont délégués dans le contrat de pôle. Cela implique que le chef de pôle dispose de tableaux de bord simples, mesurant l'activité et les ressources consommées, transparents avec la direction de l'établissement.

Ceci n'est pas sans conséquence sur le SIH (cf. infra chapitre III).

2 – Renforcer la performance d'ensemble

Renforcer les performances d'ensemble est à la base du projet médical.

Il y a donc bien priorité à toutes les actions dans tous les pôles qui concourent à cet objectif.

On a déjà décrit toute l'importance de l'accueil des urgences pour l'ensemble des services du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer, comme a été soulignée la volonté de mettre en oeuvre un plateau technique de référence dans le nouvel hôpital Sainte-Musse.

A - Les services d'urgences

➤ *Objectifs* :

- A l'échelle du territoire de santé,
 - Le CHITS doit être site d'excellence de la médecine d'urgence pour l'accueil des patients critiques de TPM voire du Var tant sur le plan médical que chirurgical ;

- Participation active au trauma center du bassin de population initié par le SMUR ou les urgences (projet d'établissement en relation avec les services de chirurgie, la réanimation polyvalente, l'imagerie) avec des liens forts avec l'HIA Sainte Anne pour la neurochirurgie et les brûlés.
- A l'échelle de l'établissement,
 - Il est absolument indispensable que les patients se présentant aux urgences puissent être satisfaits de leur passage (accueil, parcours soins, consultation des différents spécialistes de l'établissement) tant pour les patients hospitalisés que pour les patients ambulatoires ;
 - Orientation préférentielle de l'activité ambulatoire des urgences vers les consultations de spécialité du CHITS.

➤ *Principes :*

- Aucun patient ne peut être refusé. Les patients graves doivent être pris en charge sans délai sans pour autant stopper le fonctionnement du reste du service.
- Développer la fluidité et la qualité de la prise en charge des patients et des familles tout au long de leur séjour aux urgences (relationnelle, intimité des patients et des familles, confort des salles d'attente, information ...). Il est important que des liens étroits avec les autres pôles ou services et leurs secrétariats, permettent :
 - des hospitalisations faciles et rapides fluidifiant les patients aux urgences ; ne doivent rester aux urgences que les patients nécessitant des investigations urgentes utiles à leur orientation ;
 - des consultations de qualité aux urgences rapidement pour les patients le nécessitant ;
 - des prises de rendez vous de consultation sur des délais courts pour les patients pouvant repartir (aucun patient le nécessitant ne doit repartir sans avoir un rendez vous spécialisé au CHITS).

➤ *Organisation :*

- Une organisation d'accueil par un lien fort avec le SAMU (si possible direct avec les équipes SMUR) et avec un tri par une IOA orientant le patient vers la bonne filière ;
- Une organisation des urgences en filière (patients critiques, patients non critiques, ambulatoire, pédiatrie, psychiatrie) en étroite relation (mutualisation des moyens d'une équipe SMUR) avec le SAMU-SMUR (pas de rupture de la prise en charge des patients critiques entre le pré hospitalier et les urgences) ;
- La durée de prise en charge des patients aux urgences doit être la plus courte possible et se faire, pour les patients en SAUV, de façon pluridisciplinaire simultanée. Seules les gestes et les examens nécessaires doivent être fait aux urgences ;
- Une organisation des hospitalisations est en cours de validations par la CME ;
- Il conviendrait de :
 - Développer les entrées directes pour certains patients adressés nominativement ; pas de passage par les urgences pour les patients transférés d'autres établissements de soins sauf caractère d'instabilité ;
 - Pouvoir procéder à des hospitalisations des patients stables sans attendre la totalité des résultats des bilans et examens. ;
- Relations internes :
 - Tous les pôles,
 - Imagerie (scanner, IRM ...),
 - Bloc opératoire ;
- Relations extérieures :
 - HIA Sainte-Anne (neurochirurgie, brûlés),
 - Malartic (urologie).

Si le fonctionnement d'un hôpital ne doit pas reposer exclusivement sur une activité d'urgence, la qualité de la prise en charge de cette dernière permet à l'établissement de développer une activité réglée.

B - Le plateau technique

Il s'agit de mettre en place une organisation performante des services « prestataires ». Cela signifie à la fois équilibre économique et qualité d'accueil et de prestations.

a) Le Bloc Opératoire :

Chaque facture d'un séjour chirurgical comporte une partie destinée au bloc. Cette part est calculée pour un bloc efficient, correspondant au minimum aux normes d'efficacité de la MEAH. Il est donc impératif d'ajuster les capacités du bloc en salles et en équipes au strict besoin et d'adapter les organisations pour supprimer les temps d'inoccupation des salles.

En effet, l'insuffisance d'efficacité du bloc peut être responsable de tout ou partie du déficit apparent des pôles ayant une activité chirurgicale. Une amélioration de l'efficacité du bloc est un impératif et une condition sine qua non de la poursuite de l'activité chirurgicale.

Le principal objectif du projet consacré au bloc opératoire sera centré sur une organisation réfléchie, définie et optimisée.

La réalité économique fondée sur la tarification à l'activité et le regroupement des personnels qualifiés en chirurgie devront mettre l'accent sur l'attractivité performante du plateau technique. Cela se traduira par une définition précise et une gestion efficiente des différents actes d'anesthésie et de chirurgie : leur programmation et planification se feront selon une organisation concrète et reconnue de tous les acteurs sur un bloc :

- dont les salles d'activité réglée ou programmée auront du lundi au vendredi une amplitude d'ouverture de 10 h ;
- dont les salles d'activité d'urgence auront un fonctionnement à H24 et 7 jours/7.

La typologie des interventions chirurgicales (classique, ambulatoire, urgente et actes obstétricaux) sera essentielle pour la définition de l'organisation.

Sur le plan spatial, une sectorisation permettra l'articulation de ces activités en regard du nombre de salles de préparation anesthésique, d'opération et de soins post-interventionnels.

Pour les praticiens, cette organisation en « secteurs » au bloc opératoire leur permettra de mieux définir la planification de leur activité globale et d'optimiser leur temps de consultations et par voie de conséquence leur activité chirurgicale.

La concentration de haute technicité chirurgicale sur un seul site fluidifiera les liens fonctionnels constants avec les autres services techniques comme la stérilisation centrale, le biomédical, la radiologie ou le laboratoire.

In fine, si le bloc opératoire est un service à coût fort important, son organisation souple et rigoureuse permettra d'augmenter le nombre d'interventions, d'optimiser les temps de vacation offerts à chaque praticien, tout en respectant les règles de qualité et de sécurité impératives dans nos établissements de santé.

Le secteur anesthésiologie étant fortement dépendant de l'organisation médicochirurgicale, il est impossible de définir un projet isolé complet. L'objectif est toutefois centré sur la sectorisation de cette activité par rapport à des groupes de spécialités, permettant ainsi de meilleures relations opérateur anesthésiste ainsi qu'une prise en charge plus cohérente du patient dès la consultation d'anesthésie. Cette organisation pourra se réaliser sur le nouvel hôpital de Sainte-Musse, le caractère multi sites étant fortement consommateur de moyens humains

b) L'Imagerie :

Le plateau d'imagerie doit assurer des prestations, respecter des délais comparables à la concurrence libérale et développer la radiologie interventionnelle. Dans ce cadre, les objectifs pour les années à venir sont portés sur l'efficacité et la cohérence du pôle imagerie par la mise en place :

- des liaisons fonctionnelles entre la Radiologie et les autres techniques d'imagerie médicales du pôle, notamment celles qui se pratiquent au sein du Service de Médecine Nucléaire ; ce rapprochement est justifié par la complémentarité des différentes techniques d'examen au service du patient ainsi que par l'intérêt croissant des machines hybrides (pour exemple, Tomographe par émission de positons couplé à un scanner, Gamma caméra couplée à un scanner) ;
- d'un Plateau Technique de Référence au niveau du Territoire de Santé comprenant un ensemble d'équipements capable de répondre à toutes les missions de prestataire pour les pôles cliniques, les services des hôpitaux associés, les consultations externes et d'assurer la permanence des soins, en particulier pour l'urgence externe et hospitalière ;
- du Plan permanent et continu d'Amélioration de la Qualité d'une part, par l'implication des médecins dans les procédures d'accréditation, la formation médicale continue, l'ouverture du plateau technique aux praticiens de ville, notamment pour les techniques requérant des formations spécialisées (mammographie, coloscan, imagerie ostéo-articulaire, radiologie interventionnelle), d'autre part, par la mise en place d'un plan de formation et d'accréditation associé à une programmation de l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- d'outils informatiques (SIR et PACS) assurant la maîtrise des délais de rendez-vous, des délais de remise des résultats et comptes-rendus ; il faut par ailleurs développer la coordination avec les prescripteurs d'examens, la maîtrise des indications (en particulier pour la protection des patients des radiations ionisantes) dans le cadre de contrats interpôles, et organiser la participation aux réunions de concertation pluridisciplinaires.

Ces missions seront assurées et développées sur la base d'un ensemble d'équipements lourds différenciés et polyvalents : IRM haut champ et IRM bas champ (champ ouvert), Scanners (dédié et urgences), mammographes numérisés, échographes performants, gamma caméras polyvalentes et tomographe par émission de positons.

c) Le Laboratoire :

En 2007 les laboratoires hospitaliers publics (hors HIA St Anne – 24 million de B) du Var Ouest ont réalisé 83,5 millions de B (données DREES). Le CHITS représentait 61,2% de cette activité (51,1 million de B).

Le plateau technique du CHITS a une offre qui permet de réaliser en interne la grande majorité des analyses disponibles. Seuls les paramètres très spécialisés (dosages de certains médicaments, recours à des centres nationaux de référence,...) sont externalisés (ces analyses ne représentaient en 2007 que 0,9 million de B soit 1.77% de l'activité globale).

Jusqu'à l'ouverture de Sainte-Musse, le laboratoire est organisé sur deux sites, celui de Font-Pré et celui de Georges Sand. L'activité H24 polyvalente est seulement présente sur le site de Font-Pré.

A l'ouverture de Sainte-Musse, l'ensemble des activités des laboratoires du site Font-Pré et du site Georges Sand sera regroupé ainsi que le laboratoire de génétique.

La stratégie actuelle qui se poursuivra après ce regroupement est basée sur deux axes principaux :

- l'accréditation du laboratoire selon la norme EN 15189 sous le contrôle du COFRAC (échéance prévue 2012) ;
- le maintien voir le développement de l'offre en terme de paramètres biologiques afin de s'affirmer comme le laboratoire de biologie médicale hospitalier de référence du territoire de santé. Dans ce

cadre, les analyseurs de biochimie ont été renouvelés en février 2009 et offrent une possibilité d'augmenter l'activité de 50% dans cette discipline.

L'année 2009 sera également consacrée à la réorganisation de la discipline microbiologie pour nous permettre à l'ouverture du nouvel hôpital de prendre en charge les agents infectieux pathogènes jusqu'au groupe de niveau 3.

Cette politique d'organisation de l'offre biologique comprendra la mise en place d'une logistique qui devra répondre aux demandes des prescripteurs plus particulièrement pour les sites associés et les correspondants externes.

En effet, le laboratoire du CHITS doit être le laboratoire de référence au niveau du bassin de population voir du département en investissant dans des techniques modernes comme la biologie moléculaire qui permet d'obtenir des résultats rapides et fiables pour nos patients mais aussi pour les patients du secteur privé.

Par ailleurs, le laboratoire d'hygiène hospitalière s'appuie sur des compétences médicales spécialisées (Bactériologistes et hygiénistes) et peut devenir une référence territoriale publique et privée pour toute la réglementation environnementale (Air, Eaux, Surfaces, Alimentation). Il doit devenir un véritable prestataire certifié dans le contrôle et dans les propositions d'actions correctives pour ces établissements.

d) L'Anatomie Pathologie :

Le projet médical en anatomie et cytologie pathologiques s'inscrit en priorité dans l'amélioration de la prise en charge des patients en oncologie.

La structure interne a vu son activité croître de 70%² de 2006 à 2008 du fait de l'arrivée des prélèvements du centre hospitalier de Brignoles et de l'accroissement de l'activité du CHITS.

Enfin, la proximité de deux villes universitaires et de structures privées efficaces incite à l'amélioration constante du service rendu.

Le projet pour les cinq prochaines années peut se décliner ainsi :

- *Consolider la notion d'équipe médicale*
 - Respect de procédures internes
 - Equilibre entre polyvalence, indispensable, et valorisation des compétences spécifiques de chaque praticien
 - Discussion à plusieurs de cas difficiles (et acquisition d'un microscope multi têtes)
 - Programme de formation continue visant à améliorer les points faibles
 - Participation de tous les praticiens aux RCP en oncologie
 - Implication de chacun dans les dossiers d'équipement
 - Réunion de service au minimum hebdomadaire
- *Maintenir et développer un plateau technique adapté*

Il s'agit d'utiliser tout l'éventail des techniques de routine en restant à l'affût des nouveaux marqueurs moléculaires utilisables en routine.

 - Renouvellement progressif du matériel
 - Immunohistochimie : acquisition (2009) d'un automate de nouvelle génération Biologie moléculaire : étude en routine de marqueurs validés, dans la structure interne et/ou en collaboration avec le laboratoire de biologie
- *Poursuivre une démarche d'assurance qualité*

² Taux de croissance en nombre d'examens
Projet médical 2010-2014

- Démarche de certification de type « COFRAC 15189 » à entamer dès que le document spécifique à la spécialité sera disponible (été 2009)
 - Participation aux tests annuels AFAQAP
 - Standardisation des comptes-rendus en oncologie selon les recommandations de l'INCA et de la SFP
 - Contrôle qualité interne hebdomadaire continu du travail médical afin d'évaluer et d'améliorer la forme des comptes rendus et le délai de réponse
- *Insertion dans le tissu régional*
- Etablissement de conventions avec les centres de référence régionaux (CRLCC, CHU) pour expertise, accès au plateau technique et vacations
 - Création d'une véritable tumorothèque relais, à visée sanitaire et scientifique, reliée à une tumorothèque centrale (Institut Paoli-Calmettes) : recherche de financements et établissement d'un cahier des charges.

e) La Pharmacie et la Stérilisation :

Il est prévu la demande de création d'une PUI unique avec 2 sites :

- Site STE MUSSE
- Site GEORGES SAND

Il y aura 6 secteurs d'activité sur le site STE MUSSE :

- Médicaments
- Dispositifs médicaux stériles
- Préparation des chimiothérapies
- Rétrocession
- Radiopharmacie
- Stérilisation

et 2 secteurs d'activité sur le site de GEORGES SAND :

- Médicaments
- Dispositifs médicaux stériles

Dans le respect des Contrats de Bon Usage (CBU) des produits pharmaceutiques, des bonnes pratiques de Pharmacie Hospitalière, des bonnes pratiques de préparation et du déploiement du système Assurance Qualité et de la Gestion des Risques, les objectifs de la pharmacie sont les suivants :

- *Poursuite de la sécurisation du circuit du médicament de la prescription à l'administration au patient et lutte contre la iatrogénie :*
 - Au moyen des contrats de pôle, implication des prescripteurs et des équipes soignantes dans le respect des recommandations de l'HAS, des engagements du CBU 2009-2011 et des bonnes pratiques professionnelles ;
 - Evaluation des pratiques professionnelles de la prescription à l'administration avec suivi des actions correctives et généralisation de la traçabilité de tout acte ;
 - Evolution vers l'informatisation des prescriptions qui est un pré requis incontournable pour disposer du traitement complet du patient et permettre l'analyse pharmaceutique, partie initiale de l'acte de dispensation effectué par les pharmaciens ; l'informatisation du circuit inclut la validation des administrations par les soignants ;
 - La gestion des produits pharmaceutiques dans les unités de soins actuellement réalisée par le personnel soignant et sous contrôle pharmaceutique devrait progressivement être assurée par les préparateurs en pharmacie. Des tests et une évaluation de nouvelles organisations et gestion des produits pharmaceutiques dans les unités de soins seront mises en place dès 2009.

- *Démarche assurance qualité :*
 - Poursuite de la démarche de certification ISO 9001 de la stérilisation et de la démarche assurance qualité à la pharmacie ,
 - Finalisation de la démarche assurance qualité en radiopharmacie et en préparation des chimiothérapies.
- *Sous traitance :*
 - *Stérilisation* : la certification favorisera les conventions de sous-traitance avec d'autres établissement de santé.
 - *Préparation des chimiothérapies* : une convention avec le centre hospitalier de HYERES se met en place.

Ces sous-traitances permettent une mutualisation des installations onéreuses sur le territoire de santé.

- *Développer une diffusion d'information régulière auprès des prescripteurs, des soignants et des patients.*

f) L'accès des médecins libéraux aux plateaux techniques :

L'accès aux plateaux techniques est une occasion pour les médecins libéraux d'accéder :

- soit à un plateau technique dont ils ne disposent pas en ville, ;
- soit d'utiliser un plateau technique dans un environnement sécurisé.

Cet accès existe depuis longtemps en imagerie, puis en cardiologie et tout récemment en pneumologie. Cela donne une autre image de l'hôpital qui met ainsi son plateau technique « au service de la cité ».

C - Les activités transversales :

a) La coordination hospitalière de prélèvements :

Le rôle central de l'hôpital Sainte-Musse en matière d'activités chirurgicales lourdes justifie que soit poursuivie l'activité de prélèvement sur ce site. Les coopérations déjà effectives avec l'ensemble des structures du bassin de population doivent être renforcées pour obtenir un recensement exhaustif des sujets en état de mort encéphalique. Une offre de prestation de prélèvements de tissus par mise à disposition des ressources humaines et du savoir faire de l'équipe de coordination hospitalière doit être faite aux établissements du bassin de population pour augmenter les prélèvements de tissus à cœur arrêté.

b) L'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) :

Il est prévu le maintien dans un premier temps de l'activité actuelle. Par contre, il faut développer la prise en charge dès les Urgences.

Il est souhaité un réaménagement des tâches effectuées par les médecins de l'EMG (en particulier vis-à-vis de la chirurgie) afin de pouvoir développer les activités sur d'autres sites du CHITS et en extra hospitalier.

c) Les Soins Palliatifs :

« Toute personne malade, dont l'état le requiert, a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement » (Loi n°99-477 du 9 Juin 1999).

Dans l'établissement, deux services disposent de lits identifiés soins palliatifs (LISP), cinq lits dans le service d'Oncologie - Hématologie de l'hôpital Font-Pré et depuis Août 2008, quatre lits dans le service de Médecine à orientation Pneumologique de l'hôpital George Sand à La Seyne-sur-Mer.

Il existe une équipe mobile de soins palliatifs (EMSP) qui se déplace à la demande des équipes soignantes sur tous les sites du CHITS et qui collabore étroitement avec les services comportant des LISP.

Des bénévoles d'accompagnement interviennent dans les deux services qui ont des LISP.

Les objectifs sont :

- Le développement de la prise en charge en soins palliatifs pour tous les patients, qui le nécessitent, passe par une sensibilisation et un renforcement de la formation des acteurs de santé au sein de l'établissement particulièrement dans les services dans lesquels il existe des LISP ;
- L'EMSP doit poursuivre ses actions d'évaluation des symptômes et de conseils de prise en charge ainsi que d'accompagnement des proches ;
- L'EMSP doit développer des actions de soutien des équipes soignantes confrontées à des situations difficiles avec la mise en place de groupes de parole et participer davantage à des prises de décision collégiale dans le cadre de la réflexion éthique autour des problématiques de fin de vie.

d) La prise en charge de la Douleur :

L'activité d'algologie doit être développée en articulation avec l'Hôpital de Jour de Rhumatologie :

- activité multidisciplinaire incluant IDE, Algologue, Psychologue et Anesthésiste ;
- évaluation multidisciplinaire de la douleur chronique ;
- perfusion de KETAMINE ;
- apprentissage à la neurostimulation ;
- reconditionnement musculaire de certains patients douloureux chroniques ;

Cette activité devra se faire en collaboration avec un Cardiologue, un Pneumologue et un Kinésithérapeute.

e) L'Addictologie :

Mieux prendre en charge les addictions dans les établissements de santé constitue la première priorité du plan 2007-2011 sur la prise en charge et la prévention des addictions. Dans ce but, deux objectifs sont définis (pour les centres non hospitalo-universitaires) :

- *Améliorer l'organisation de la prise en charge des addictions dans les établissements de santé par :*
 - la mise en place de consultations spécialisées en addictologie ;
 - et d'équipe de liaison en addictologie (ELSA) dans tous les hôpitaux dotés de services d'urgence ;
 - l'identification d'au moins un service d'addictologie de recours (niveau II) pour 500.000 habitants.
- *Valoriser la prise en charge sanitaire des addictions par la création d'un tarif adapté au séjour pour sevrage complexe.*

La circulaire n° DHOS/02/2008/299 du 26 septembre 2008 relative à la filière hospitalière de soins en addictologie précise les rôles et articulations de chaque volet du dispositif sanitaire par des référentiels de prise en charge et de soins aux personnes ayant une conduite addictive. Toutes les addictions sont concernées : tabac, alcool, drogues illicites et addictions sans produit.

Le CHITS, hôpital de référence pour son territoire, doit, du fait de l'importance de son bassin de population, se doter de cette filière de niveau II.

Pour cela, un renforcement en personnel (bénéficiant d'une formation spécifique actuellement en cours) et une réorganisation de l'Equipe de Liaison et de Soins en Addictologie préexistante a eu lieu au dernier trimestre 2008.

En début d'année 2009, une plaquette a été distribuée dans les différents services du MCO pour rappeler les missions de l'ELSA, ainsi que les coordonnées du secrétariat à joindre pour faire appel à cette équipe. Elle s'accompagne de l'extension des consultations spécialisées (consultation hospitalière d'addictologie) qui se sont ouvertes aux Consultations Externes de l'hôpital Font-Pré, dotées d'un numéro unique d'appel pour les médecins libéraux qui souhaitent adresser leurs patients souffrant d'une addiction. Une plaquette, qui leur est spécifique, est en voie de diffusion.

La filière de soins en addictologie complète son action grâce à la tabacologie assurée par les services de Pneumologie, avec la mise en place progressive d'un partenariat. De même, une collaboration avec le service de Gastro-entérologie a été instaurée pour la prise en charge des sevrages d'alcool avec un parcours de soins protocolisé. Toutefois, il faut rappeler qu'ELSA intervient sur l'ensemble des services du MCO.

La filière de soins en addictologie travaille en réseau avec les structures médico-sociales et plus particulièrement avec les CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Des conventions entre le CHITS et ces structures sont en préparation.

Pour suivre l'objectif du plan 2007-2011, il est nécessaire de compléter le dispositif actuel d'un service d'addictologie de recours (niveau II) sur le territoire ouest du Var. Ce dispositif se doit d'être situé près d'un plateau technique, car il prendra en charge des patients complexes du fait de l'intrication de pathologies somatiques et psychiques.

Dans cette optique, un dossier de demande de reconnaissance d'une unité d'addictologie de recours assurant la mise en œuvre des sevrages et des soins résidentiels complexes a été déposé en fin d'année 2008. L'unité devrait comprendre 15 lits d'HC et 10 places d'hospitalisation de jour, et, pourrait être située sur Sainte-Musse ou Georges Sand. Cette activité sera financée par la TAA (tarif du séjour pour sevrage simple et, tarif du séjour pour sevrage complexe).

Un service orienté spécifiquement sur les addictions présente l'avantage d'un projet de soins cohérent, séquentiel et spécifique qui permet de proposer aux patients une prise en charge globale dans un seul lieu et de fédérer les activités de soins. Il favorise la mise en commun des diverses compétences de l'hôpital : ELSA, réponse aux urgences, sevrages simples et complexes, bilans et soins associés en hépato-gastro-entérologie, infectiologie, psychiatrie, consultations anti-tabac.

Cette prise en charge spécialisée est une réponse spécifique offerte à l'ensemble du territoire.

Dans le dispositif, l'hôpital de jour a pour mission d'assurer la continuité de la prise en charge avec une approche psychothérapique (entretiens individuels, groupes de parole, activités à médiation corporelles, techniques comportementales et cognitives individuelles et en groupe...) et le suivi social.

f) L'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires aux détenus :

L'unité de consultations et de soins ambulatoires (UCSA) du CHITS assure la prise en charge sur le plan médical (médecine générale, spécialisée, soins dentaires) des détenus de la maison centrale de Toulon ; la prise en charge psychiatrique étant assurée par l'UCSA du centre hospitalier spécialisé de Pierrefeu.

Les objectifs pour cette activité sont avant tout, la fusion des 2 UCSA en une seule entité et ce afin d'assurer une *prise en charge globale somatique et psychiatrique coordonnée des détenus*. Et d'autre part, de parvenir à l'équilibre financier.

g) L'Hygiène Hospitalière :

Ces indicateurs seront directement pris en compte dans la certification V 2010 :

| INDICATEURS | 2005 | 2006 | 2007 |
|--------------|---------|---------|---------|
| ICALIN | 97/100 | 100/100 | 100/100 |
| SURVISO | 6/7 | 6/7 | 8/8 |
| ICSA | 35.9% C | 46.4% C | 48.6% C |
| ICATB | | 15 | 14.5 |
| SARM | | | 0.53 |
| SCORE AGREGE | | C | B |

Le CHITS doit poursuivre le travail en terme de prévention, de surveillance, d'évaluation, d'information et de formation dans notre établissement.

Les bons résultats en termes de tableaux de bord et d'indicateurs permettent d'exporter le savoir faire du CHITS dans les structures publiques et privées du département.

Les objectifs sont de poursuivre :

- le travail collaboratif avec l'hôpital de Hyères dans ce domaine grâce à la fédération Inter hospitalière d'hygiène validée par l'ARH ;
- les formations à destination du bassin de population, du département en collaboration avec la DDASS du VAR, mais aussi de la région en poursuivant (pour la dixième année en 2009) les formations « journées méditerranéennes de prévention des infections nosocomiales » ; un Diplôme d'Université en Hygiène Hospitalière sera ouvert pour les soignants à partir de l'année universitaire 2009-2010 en partenariat avec de nombreuses universités françaises et sous couvert de l'université de LYON et du C-CLIN Sud Est ;
- les formations avec le C-CLIN Sud Est sur la maîtrise du risque infectieux en anesthésie et en chirurgie.

h) La Recherche Clinique :

Le développement de la Recherche clinique a des avantages certains pour les patients et les acteurs de santé et permet d'enclencher une nouvelle dynamique inscrivant l'établissement dans le cadre d'une coopération étroite avec le Direction Interrégionale à la Recherche Clinique Sud Méditerranée.

En effet, l'organisation actuelle de la Recherche Clinique est coordonnée à la fois par la « Commission de la Recherche Clinique et de l'Innovation » et par la Direction de l'établissement au sein de l'Unité de Recherche Clinique (URC) créée en juillet 2008 et rattachée à la Direction Interrégionale à la Recherche Clinique Sud Méditerranée du CHU de Nice.

La commission est responsable au plan scientifique et médical de l'URC et permet de statuer du point de vue scientifique, éthique, pratique et financier sur toutes les études susceptibles d'être menées au CHITS (études industrielles, institutionnelles ou en tant que promoteur). L'URC est rattachée administrativement au pôle de la Direction Générale. Le rôle de l'URC est d'apporter une aide administrative et logistique pour la mise en place rapide et la réalisation effective des travaux de recherche.

Les objectifs du projet pour la Recherche Clinique sont les suivants :

- améliorer l'organisation et la performance pour une recherche reconnue, professionnalisée et de qualité ;

- augmenter de façon substantielle le nombre de projets (les doubler dans les cinq années à venir) au sein du CHITS.

Les moyens pour y aboutir passent par une aide à la formation et une augmentation du personnel dédié à la recherche au sein de l'URC et au sein des pôles/ structures internes de l'hôpital, ces moyens devant être financés par les recettes des différentes études dégagées par l'URC.

D - L'amélioration de la qualité

a) L'accréditation des médecins

L'accréditation de la qualité de la pratique professionnelle des médecins et des équipes médicales est prévue par le Décret n°2006-909 du 21 juillet 2006. C'est la Haute Autorité de santé qui délivre un certificat d'accréditation ou de renouvellement d'accréditation.

Le décret précise les conditions à remplir et les spécialités concernées.

De fait, tous les médecins ou équipes médicales exerçant en chirurgie et spécialités chirurgicales, en réanimation et soins intensifs, en anesthésie et en gynécologie obstétrique, ainsi que ceux exerçant une activité interventionnelle en cardiologie, en radiologie, en gastro-entérologie et en pneumologie, peuvent demander à être accrédités.

L'accréditation constitue une modalité de satisfaction à l'obligation d'évaluation des pratiques professionnelles dont elle intègre les procédures en les complétant par des procédures spécifiques d'analyse et de réduction des risques.

Toutes les informations utiles, dont notamment *la liste des organismes agréés pour l'accréditation et la Charte Médecins - Etablissement de santé*, dont l'objectif est de mettre en synergie les démarches de gestion des risques des médecins et des établissements de santé, se trouvent exposées sur le site Internet de l'HAS.

Le certificat d'accréditation ou de renouvellement d'accréditation est sollicité dans certaines dispositions ou indicateurs réglementaires (tels que les indicateurs qualité pris en compte pour la détermination de la part complémentaire variable des chirurgiens).

Il paraît donc très important que les médecins des spécialités concernées par cette accréditation s'engagent dans cette voie.

b) L'évaluation des pratiques professionnelles

L'évaluation des pratiques professionnelles recouvre l'ensemble des démarches d'amélioration des activités de soins.

Les pratiques professionnelles sont constituées à la fois de pratiques individuelles et collectives ; elles comportent une dimension organisationnelle. Ces pratiques concernent les activités diagnostiques, thérapeutiques ou préventives.

Les concepts de recommandations professionnelles, d'évaluation de la qualité des soins, de médecine fondée sur les preuves, d'amélioration continue de la qualité et de gestion des risques se complètent. Une démarche globale de gestion de la qualité et des risques visant à atteindre l'objectif de qualité des soins utilise les acquis de ces différentes démarches.

Le projet de Loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires précise dans son article 19 du Titre II « Accès de tous à des soins de qualité » : « la formation médicale continue a pour objectifs l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise des dépenses des santé. Elle constitue une obligation pour les médecins »..

Le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer dans le cadre de la certification V2007 a présenté 20 évaluations de pratiques professionnelles et plusieurs évaluations des pratiques sont d'ores et déjà engagées en dehors du cadre de la certification.

Ces évaluations devront se poursuivre et s'ancrer dans la culture de tous les pôles d'activités cliniques et médico-techniques, afin d'une part de consolider et de promouvoir les bonnes pratiques, d'autre part de répondre aux exigences de la troisième itération de certification sur la base du référentiel V 2010, qui interviendra dans notre établissement au cours de l'année 2013.

Le manuel V 2010 a en effet été conçu avec une volonté de concentration sur les principaux leviers et éléments traceurs de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé, avec notamment la définition de pratiques exigibles prioritaires.

c) La satisfaction des usagers et des correspondants externes

S'organiser pour connaître les besoins des usagers, mettre en œuvre le service adéquat et évaluer son efficacité doivent permettre de garantir à chaque patient la qualité de l'accueil, des soins, des services et prestations proposées, pour obtenir les meilleurs résultats en termes de santé, au meilleur coût et au moindre risque.

Le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer veille à recueillir par différents moyens le degré de satisfaction des usagers sur ces différents points.

Cette veille doit être confortée à chaque étape du parcours du patient, afin de pouvoir apporter des réponses pertinentes et efficaces en terme d'amélioration de la qualité, à l'aide de différents outils : analyse des enquêtes de satisfaction sur la base des questionnaires remis à chaque patient hospitalisé, enquêtes thématiques ponctuelles sur des domaines ciblés (respect des droits du patient, délais d'attente, confort hôtelier, ...), analyse des événements indésirables, des plaintes et réclamations, des lettres de satisfaction.

Les correspondants externes de l'établissement (médecins libéraux, établissements de santé du territoire, acteurs de partenariats et de conventions passées avec l'établissement) seront également consultés à périodicité régulière afin de pouvoir comparer la performance réalisée avec la performance planifiée.

Cette recherche de performance via les différentes enquêtes menées permettra de promouvoir la qualité sur plusieurs plans : sur un plan financier (le coût de la non qualité est prohibitif), sur un plan concurrentiel (la qualité permet de se différencier), sur un plan humain (la qualité mobilise et fédère), sur un plan institutionnel (la qualité conditionne la certification délivrée par la Haute Autorité de Santé).

d) Le Plan d'amélioration de la qualité V2-V3 :

A l'issue de la démarche d'autoévaluation menée en 2008, l'établissement a mis en exergue une centaine de pistes d'amélioration dont plusieurs relèvent du domaine de la prise en charge médicale, notamment :

- la systématisation de l'envoi du compte-rendu d'hospitalisation au médecin traitant dès la sortie du patient ;
- la nécessité de formaliser l'analyse bénéfice - risque et le recueil du consentement éclairé ;
- la nécessité de tracer l'exhaustivité des observations médicales dans le dossier du patient ;
- la systématisation des prescriptions d'activités de rééducation et de soutien ;
- la sensibilisation du corps médical à la nécessité d'un suivi médical professionnel ;
- l'extension des évaluations des pratiques professionnelles à tous les pôles médicaux et médico-techniques ;
- l'élaboration d'un plan de formation médicale continue ;
- l'amélioration des prescriptions relatives aux demandes de prestations d'imagerie médicale et d'examens de laboratoire.

Ce plan d'amélioration de la qualité sera renforcé à l'issue de la réception du rapport de certification qui sera adressé à l'établissement au cours de l'année 2009, en fonction des décisions prises par la HAS concernant nos organisations et nos pratiques.

Par ailleurs, le recueil des IPAQH (Indicateurs de Performance pour l'Amélioration de la Qualité Hospitalière), rendu obligatoire depuis le dernier trimestre 2008, incrémentera ce plan d'amélioration de la qualité au fil des analyses effectuées sur les dysfonctionnements recensés.

Ces IPAQH portent actuellement sur les éléments suivants :

- tenue et organisation du dossier patient en MCO ;
- évaluation et traçabilité de la prise en charge de la dénutrition ;
- évaluation et traçabilité de la prise en charge de la douleur ;
- tenue et organisation du dossier d'anesthésie ;
- prise en charge de l'infarctus du myocarde.

L'extension des ces indicateurs à d'autres thématiques et à d'autres secteurs (SSR en 2009, Psychiatrie en 2010) est prévue selon une montée en charge graduée.

En conséquence, le corps médical sera sollicité afin de participer activement à la réalisation de ce plan d'amélioration de la qualité, pour lequel l'implication de tous les acteurs de l'établissement est indispensable.

E- Développer les missions de santé publique

Le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer doit participer au développement des missions de santé publique, à la hauteur de leur financement « MIGAC », particulièrement l'éducation thérapeutique.

En effet, le développement de l'éducation thérapeutique au C.H.I.T.S. a fait partie d'un projet institutionnel intégré dans le projet d'établissement 2003/2008. *Le comité d'éducation thérapeutique (CETP)* a été créé au mois de juin 2006. C'est une structure transversale, pluridisciplinaire, intégrée et reconnue dans l'établissement au même titre que le CLIN, le CLUD, le CLAN,....

Le comité d'éducation thérapeutique doit poursuivre sa mission de promotion de l'Education Thérapeutique dans l'établissement à travers la coordination des activités, la formation, l'aide au développement des programmes (méthodologie de projet, démarche qualité), l'évaluation des pratiques professionnelles, la communication, la recherche en éducation thérapeutique. Il vise à se positionner en tant que structure de référence et de coordination des actions d'éducation thérapeutique au niveau du département.

La création d'un centre de ressource en éducation thérapeutique est l'outil essentiel pour atteindre cet objectif. Cette structure doit être un centre ouvert sur l'extérieur permettant la prise en charge des patients externes et la collaboration avec les acteurs de santé extra hospitaliers.

Par ailleurs, l'établissement pourrait également bénéficier des crédits du GRSP pour des actions de formation dans les domaines « santé et environnement » de la DDASS 83 ou des actions de formation pour la protection de la population (risques biologiques : grippe aviaire, légionelles, Chikungunya, autres maladies émergentes,...).

3 - Conforter l'activité

Le projet médical du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer se donne pour objectif de développer sa « clientèle » dans un contexte très concurrentiel.

Le nouveau site de référence ne doit pas être uniquement reconnu pour ses urgences, mais aussi pour son activité programmée. Beaucoup de domaines chirurgicaux et médicaux sont à reconquérir. De ce point de vue, la satisfaction des patients et des médecins qui les adressent est essentielle.

A - L'offre de consultations

Toutes les activités hospitalières, programmées ou non, sont dépendantes de consultations amont. Soit ces dernières sont réalisées par des correspondants, soit elles sont assurées par les praticiens hospitaliers. De plus, plus de la moitié des arrivées à la porte des urgences, et donc des dizaines de milliers par an, sont en fait des demandes de consultations spécialisées, parfois multiples.

Les consultations sont le préalable au maintien de l'activité. Si l'offre de consultations est insuffisante, inadaptée ou à délai d'attente trop long, l'activité programmée fléchit. Si les consultations faites aux urgences sont insatisfaisantes pour les patients, l'activité programmée qu'elles pourraient générer secondairement est reportée vers les concurrents.

La vigilance à la qualité de l'offre de consultations est essentielle au maintien et au développement des hospitalisations. Sont donc à développer :

- l'accessibilité au standard téléphonique :
- les créneaux horaires d'accueil :
- l'édition de courrier en temps réel.

B – Favoriser la gestion des bilans ou des explorations impromptus

La chirurgie des gestes marqueurs montre un ambulatoire insuffisamment développé au Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer. Il convient donc de structurer et développer la chirurgie ambulatoire mais aussi l'hospitalisation de jour médicale.

L'activité hospitalière dépend de plus en plus d'explorations fonctionnelles amont. Nos hôpitaux disposent d'un atout extraordinaire sous employé, l'accueil impromptu des patients.

Ainsi, la mise en place des capacités ambulatoires pour réaliser des bilans ou explorations impromptus, cardiologiques, neurologiques, pneumologiques, sont un facteur de développement. Il en est de même pour les bilans programmés qui peuvent relever de la même organisation.

4 – Renforcer les coopérations inter hospitalières

Le tableau suivant fait état des principales actions de coopération engagées depuis 2004.

Il faut souligner ici que depuis 2008, la collaboration avec les centres hospitaliers de Brignoles et de Hyères s'est fortement développée en matière de mise à disposition de personnel médical, de collaboration étroite dans le cadre de différents projets logistiques, pharmaceutiques ou informatiques, de réflexions poussées en matière de communauté hospitalière de territoire.

Toutefois, le projet de Loi HPST va conduire l'établissement à revoir et ainsi renforcer la plupart des conventions et accords de coopération.

CONVENTIONS DE COOPERATION

Synthèse des principales actions de coopération dans la période 2004-2009

| INTITULE/OBJET | MEMBRES | DATES - PERSPECTIVES |
|--|--|-----------------------------|
| <i>1. Coopérations institutionnelles</i> | | |
| ORU | <i>Tous les établissements de la région PACA</i> | Septembre 2008 |
| Télé Santé PACA | <i>Tous les établissements de la région PACA</i> | Décembre 2008 |
| UNI-ACHAT | <i>CHU et les 30 premiers CH de France</i> | Décembre 2006 |
| <i>2. Communautés d'établissement</i> | | |
| GCS DPP83 | CHITS – CH de Brignoles / CH de Fréjus Saint Raphaël / CH de la Dracénie | En cours |

| <i>3. Autres formes de coopération (principales conventions)</i> | | |
|--|--|---|
| Convention de collaboration en Cancérologie IPC-CHITS et conventions particulière sur la mise à disposition de deux vacations de radiophysicien | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Institut Paoli-Calmettes | Mars 2008 (accord-cadre) Octobre 2008 (radiophysicien) |
| Convention de Jumelage entre le CHITS et le Centre Pierre et Marie Curie d'Alger (Algérie) dans le cadre de la Cancérologie | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Centre Pierre et Marie Curie d'Alger | Avril 2008 |
| Conventions de coopération avec l'APHM portant sur la réanimation néonatale et la chirurgie pédiatrique | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer APHM – Hôpital Nord | Septembre 2008 |
| Conventions de coopération entre le CHITS et le CH de Hyères sur la mise à disposition de personnel médical, sur des activités logistiques | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Centre Hospitalier de Hyères | 2005/2009 (mise à disposition) Juin 2008 (transports d'échantillons à l'IPC) |
| Accord-cadre de coopération entre le CHITS et le CH de Brignoles fixant les principes généraux, les domaines et les objectifs et moyens de la collaboration et conventions particulières de mise à disposition de personnel médical et de réalisation d'examen d'anatomopathologies | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Centre Hospitalier de Brignoles | Janvier 2006 (accord cadre) 2005-2009 (conventions de mise à disposition) Septembre 2007 (examens d'anatomopathologie) |
| Accord-cadre de coopération entre le CHITS et le Centre Médical MGEN Pierre Chevalier définissant les modalités générales de collaboration | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Centre Médical MGEN Pierre Chevalier | Novembre 2006 |
| Accord-cadre de coopération entre le CHITS et le HIA Sainte Anne fixant les principes généraux, les domaines et les objectifs et moyens de la collaboration et conventions particulières sur le SAU, la neurologie urgente, la cardiologie et conventions particulières sur angioplastie, neurochirurgie et Tep Scan | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer HIA Sainte ANNE | Juillet 2004 (Accord cadre) Janvier 2008 (SAU) Octobre 2006 (Cardiologie et angioplastie interventionnelle /Neurologie urgente) Juin 2008 (neurochirurgie d'urgence) Mars 2009 (Tep Scan) |
| Accord-cadre de coopération entre le CHITS et l'EFS définissant les modalités générales de coopération et annexes particulières sur la mise à disposition des locaux de l'EFS sur le site de Font Pré et sur la réalisation des examens immuno-hématologiques | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Etablissement Français de Sang Alpes Méditerranée (EFSAM) | Septembre 2007 |
| Convention CODES portant sur la mise à disposition méthodologiste pour l'activité d'Education Thérapeutique | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Comité Départemental d'Education à la Santé | Décembre 2007 |
| Accord-cadre entre le CHITS et l'hôpital Léon Bérard portant sur les modalités de coopération | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Hôpital Léon Bérard | Juin 2006 |

| | | |
|--|---|--|
| Convention de coopération avec la clinique Saint Jean pour la réalisation des examens cytogénétiques prénatals et constitutionnels | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Clinique Saint Jean | Avril 2007 |
| Conventions de coopération avec les cliniques Saint Jean et Sainte Marguerite sur les urgences, la réanimation, la néonatalogie et la maternité de niveau 2B | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Cliniques Saint Jean et Sainte Marguerite | Avril 2009 |
| Conventions de coopération avec les établissements privé du territoire de santé prenant en charge l'IRC (conventions d'activité et de repli) | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Cliniques et Associations | |
| Convention de coopération avec l'ARL 83 sur les modalités de participation à la régulation du centre 15 | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Association de Régulation Libérale 83 | Janvier 2009 |
| Convention de coopération avec l'ATUM relatif à la mise en œuvre d'une consultation de médecine libérale généraliste au sein du service d'urgence | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Association Toulonnaise d'Urgences Médicales | Réactualisation Avril 2009 (première convention – Mai 2005) |
| Convention de coopération avec le SESSAD | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Service d'Education Spéciale et de Soins à Domicile | Mars 2009 |
| Conventions avec les Caisses des écoles de La Seyne et de Toulon portant sur la mise à disposition de personnel médical et non médical de la psychiatrie infanto-juvénile | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Caisses des Ecoles | Juin 2008 |
| Accord-cadre de coopération avec l'UGECAM, pour ses établissements varois, fixant les principes généraux pour la prise en charge des enfants présentant des troubles sensoriels, moteurs et psychiques | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Union pour la Gestion des Etablissements d'Assurance Maladie PACA Corse | Février 2005 |
| Convention de coopération avec l'Association du Cercle de coopération des Ambulanciers Varois pour le Transport d'Urgence portant sur sa participation au mandatement d'un transport non médicalisé | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer l'Association du Cercle de coopération des Ambulanciers Varois pour le Transport d'Urgence | Octobre 2008 |
| <i>Nombreuses conventions concernant des coopérations en matière de plan d'urgence (plan bleu ; filière gériatrique du CHITS)</i> | <i>CHITS – Etablissements de gériatrie du territoire de santé</i> | 2005-2009 |
| <i>Nombreuses conventions concernant des activités d'intérêt général</i> | <i>CHITS – Etablissements du territoire de santé</i> | 2005-2009 |

| | | |
|---|--|----------|
| 4. Fédérations médicales interhospitalières | | |
| Fédération médicale interhospitalière sur la filière de prise en charge des AVC | CHITS – Etablissements de santé du Var | En cours |

| | | |
|---|---|--|
| Fédération interhospitalière pédiatrique avec le CH de Hyères | CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer Centre Hospitalier de Hyères | |
|---|---|--|

| | | |
|--|-------------------------------|------|
| <i>5. Syndicat Interhospitalier</i> | | |
| SIVAEL - SIH Blanchisserie - | CHITS – Etablissements du Var | 1979 |
| IFPVPS - SIH Institut de Formation des professionnels de santé | CHITS – Etablissements du Var | 2004 |

| | | |
|---|---|----------------|
| <i>6 Principaux réseaux de soins</i> | | |
| Réseau Périnatalité Sud | CHITS et établissements de PACA Corse | Mars 2006 |
| Réseau Naître et Devenir | CHITS et établissements de PACA Corse | Décembre 2007 |
| Réseau Douleur | CHITS et établissements de PACA Ouest | |
| Réseau ONCOPACA | CHITS et établissements de PACA | Septembre 2006 |
| Réseau 3C | CHITS et établissements du territoire de santé | Mai 2006 |
| Réseau R2C | CHITS et établissements de PACA Ouest et Corse | 1997 |
| Réseau Diabète Provence | CHITS et établissements de PACA | Décembre 2008 |
| C CLIN Sud Est | CHITS et établissements de PACA Sud Est | Depuis 1997 |
| Réseau COPRIN 83 | CHITS et établissements du Var | |
| ADESM | CHITS et établissements de PACA | 1989 |
| Réseau Télémédecine de neurochirurgie PACA Est | CHITS et établissements de PACA Est | Avril 2006 |

| | | |
|--|--|------------|
| <i>7. - Recherche Clinique</i> | | |
| Convention cadre de coopération entre le CHITS et le CHU de Nice portant création d'une unité de recherche clinique au CHITS adossée à la DIRRC du CHU | CHU de Nice CHI Toulon – La Seyne-sur-Mer | Avril 2008 |

IV. Le Système d'Information Hospitalier

Le SIH est un système complexe, enjeu fort du développement de l'hôpital. Pour ce qui concerne la stratégie médicale, le SIH doit comporter :

- le développement d'un dossier patient informatisé, avec un objectif « catalyseur », évitant l'écueil du développement d'un dossier par spécialité. Ce dossier patient doit aussi faciliter le codage de l'activité et la chaîne de facturation. Le dossier patient comportera en premier lieu l'informatisation de la prescription, les actes de laboratoire, l'imagerie, les prise de rendez-vous. A terme il doit pouvoir être proposé en partage (sécurisé) sur le territoire de santé avec les sites et les correspondants et les établissements partenaires ;
- la production de tableaux de bord de pôle (activité et ressources) simples, mis à jour en permanence, intégrant la production de soins et les ressources.

1 - L'urbanisation du SI

Le système d'information (SI) du Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon La Seyne-sur-Mer est un patchwork d'applications construit au fil du temps, sur la base de technologies différentes et insuffisamment intégrées entre elles.

Le projet DPP 83 (Dossier Patient Partagé du Var) s'inscrit dans une logique d'urbanisation³ selon laquelle il ne s'agit pas de faire table rase de l'existant, mais au contraire de prendre en compte les applications en place, les projets informatiques en cours et de les intégrer avec les nouvelles briques du système.

Le CHITS a ainsi entamé un projet de refonte de son SI de manière à mettre en cohérence la stratégie du SI et celle de l'établissement conformément aux recommandations du Groupement de Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers (GMSIH).

2 - L'analyse des processus

Avant de se lancer dans une recherche de solution informatique, le CHITS a, dans ce contexte, réalisé un état des lieux précis des dysfonctionnements et besoins en matière d'informations et d'échange d'informations, à partir des conclusions de groupes de travail pluridisciplinaires privilégiant la participation active de plus de 50 professionnels.

Pour aider le personnel du CHITS dans cette démarche, l'approche par les processus a été retenue. La modélisation des processus dans le cadre hospitalier a consisté notamment à formaliser le processus de prise en charge du patient, c'est-à-dire les activités et sous-activités (tâches) qui composent ce processus ainsi que tous les flux physiques et informationnels (c'est-à-dire les échanges d'information) circulant entre ces activités et tâches. L'adoption d'une approche par les processus, pour définir les besoins du personnel hospitalier en matière d'information, apparaît en totale cohérence avec la suite du projet. Projet consistant en la recherche d'une solution informatique globale, ouverte et communicante, prioritairement axée sur la production de soins, axe stratégique majeur.

Une telle démarche a contribué en effet à aider l'établissement à mieux connaître ses besoins réels, augmentant ainsi ses capacités à choisir et mettre en place la solution informatique. Elle a facilité une vision globale de l'organisation et a permis ainsi un véritable dialogue entre des professionnels de santé aux métiers variés, qui évoluent dans des structures ou des services différents mais travaillant cependant en collaboration pour la prise en charge coordonnée du patient. C'est ainsi que le SIH peut être centré sur une vision fondée sur le parcours du patient et sur les flux d'informations tout au long des

³ L'urbanisation consiste à faire porter l'effort sur des fonctionnalités à forte valeur ajoutée en réutilisant et préservant au maximum le système existant (Longépé, *Le projet d'urbanisation du SI : démarche pratique et cas concret*. Paris : Dunod, 2004).

étapes de sa prise en charge (voir en annexe la liste des processus étudiés dans le cadre de la démarche).

L'analyse par processus a ainsi constitué le principe méthodologique structurant de la démarche du CHITS selon les recommandations du GMSIH.

3 - Les objectifs du Dossier Patient

Les principaux objectifs du projet DPP 83 sont :

- Améliorer les conditions d'accueil, de prise en charge, de sécurité et de confort des patients ;
- Faciliter le travail des équipes et utiliser au mieux le temps médical et soignant dans un contexte de crise démographique durable ;
- Développer l'efficacité de l'organisation dans le cadre d'un fonctionnement plus transversal ;
- Favoriser le travail en réseau et la coopération avec les établissements de santé.

Ainsi, l'évolution du SI doit nécessairement passer par le développement de l'informatisation de la production de soins priorité essentielle pour un meilleur service rendu au patient et une aide à l'activité des professionnels hospitaliers. De même, le futur SI doit prendre également en compte les réformes en cours (HPST, T2A V11, CREA/CREO4,...) mais aussi l'organisation par pôles d'activité et devra fournir des outils de pilotage (tableaux de bord sur l'activité, outils de simulation, systèmes d'aide à la décision, systèmes de requêtes personnalisées, etc....) aux différents échelons de l'organisation (CHITS – site – pôle - structure interne et service).

Le CHITS a de plus pour ambition de construire un SI ouvert, communicant et centré sur la prise en charge du patient intégrant les exigences de continuité et de traçabilité des soins (suivi de la trajectoire patient) et assurant l'échange de données à l'intérieur de l'établissement, mais également avec l'extérieur (médecine de ville, réseaux de soins, réseau Télé Santé PACA). Il devra assurer une couverture des différents domaines fonctionnels de l'activité hospitalière, pour une plus grande fiabilité et un meilleur accès à l'information. Il devra favoriser le décloisonnement des services, une accélération du processus décisionnel et contribuer au développement du pilotage médico-économique.

Pour la communauté médicale et pour les personnels infirmiers, le nouveau Système d'Information sera l'outil de travail quotidien, d'où l'attention portée par le projet DPP 83 quant à la réponse aux organisations métier, à l'ergonomie, aux performances et à la disponibilité de la solution, ainsi qu'à la réactivité du support et de la maintenance. La question de la sécurité du SI est également un enjeu fort dans toutes ses composantes : déontologique, technique, organisationnelle. L'appropriation des outils et la perception qu'en auront les unités de soins sont au cœur des préoccupations du CH Intercommunal de Toulon La Seyne-sur-Mer.

⁴ Les CREA (comptes de résultats analytiques) permettent de juger de l'équilibre économique d'un pôle/ d'un service/ d'une structure clinique ; les CREO (compte de résultats par objectifs.) permettent de juger l'efficacité économique (en rapport à une référence, un objectif) d'un pôle/service/structure interne médico-techniques et logistiques

V. Le Département d'Information Médicale

Le service d'information médicale (S.I.M.) a pour mission de promouvoir la qualité, la pertinence et la cohérence du Système d'Information Hospitalier au sens du contenu informationnel qu'il véhicule. Son action est double :

- il a la responsabilité du recueil PMSI et de son rapprochement avec les données de facturation pour assurer, dans le cadre de la tarification à l'activité, le financement le plus juste au service de la production des soins ;
- il participe à l'évolution des outils qui constituent le Système d'Information Hospitalier (au sens de support à l'information), s'assure de la qualité de la formation des utilisateurs et de l'appropriation des fonctionnalités, et incite à la simplification des organisations qui sont ainsi possibles au profit d'une plus grande efficacité et de l'amélioration des conditions de travail.

1 - Le recueil PMSI, la tarification à l'activité

L'établissement produit un recueil PMSI sur trois champs d'activité : le court séjour MCO, les Soins de Suite et de Réadaptation et la Psychiatrie. La démarche est la même sur ces trois domaines (en fonction du niveau de tarification à l'activité) :

- production décentralisée de l'information basée sur la formation (à la méthode et aux outils de recueil) de tous les intervenants, par le S.I.M. ;
- procédure d'amélioration continue de la qualité des données menée par le S.I.M., basée sur les atypies dépistées et la connaissance de l'établissement ; les résultats globaux sont présentés en C.M.E. ; des retours d'information et des fiches pratiques de production des données sont organisés pour les services producteurs ;
- traitement régulier des données (environ quatre fois plus fréquent que les exigences réglementaires) avec rapprochement des données de facturation, pour permettre une optimisation du pilotage de l'établissement ;
- exploitation des données en routine, aide à l'interprétation ; exploitations spécifiques pour étayer la démarche stratégique de l'établissement.

L'orientation du service dans les cinq années à venir a pour objectif :

- d'améliorer la décentralisation du recueil en intensifiant la formation et l'information en particulier lors des évolutions majeures de la méthodologie (comme c'est le cas en ce moment avec la version 11 de la classification des G.H.S. et l'introduction de l'Indicateur de Valorisation de l'Activité en S.S.R) ; la pérennisation, l'adaptation, l'optimisation de la diffusion des indicateurs d'exhaustivité vient en support de cet objectif ; l'utilisation de ces indicateurs devra être plus largement incluse dans les indicateurs d'efficacité des structures de l'établissement ;
- dans le cadre de l'amélioration continue de la qualité des données, le S.I.M va systématiser le retour d'information vers les services producteurs par des tableaux de bord qualité sur le modèle de ceux en cours d'élaboration pour évaluer l'appropriation et la maîtrise du recueil après l'introduction de la V11 des G.H.S.

2 - L'évolution des outils et des organisations

Cette partie est intimement liée à l'évolution du Système d'Information Hospitalier qui est développée plus loin. Deux domaines nécessitent plus spécifiquement l'investissement du S.I.M. : l'urbanisation et l'intégration du Système d'Information et la mise en place d'outils de production de tableaux de bord.

A - L'URBANISATION DU SYSTEME D'INFORMATION :

Elle permettra d'améliorer la cohérence des données produites par les différents secteurs de l'établissement. Elle est un élément majeur dans le rapprochement des données de facturation et du PMSI qui doit aboutir à une intégration du processus dans la démarche de facturation en temps réel pour les établissements de santé public.

Elle s'articule autour de la mise en place d'un serveur d'identité et de mouvement qui permettra d'améliorer la mise en œuvre de la politique d'identitovigilance de l'établissement. Le S.I.M. veillera à ce que l'évolution des outils, la formation des personnels et la gouvernance de cette politique :

- soient au service prioritairement de l'amélioration de la sécurité des patients ;
- garantissent l'accès au dossier du patient dans le respect des règles de confidentialité et des autorisations données par le patient ;
- amènent à intégrer une réflexion éthique dans cadre du droit des patients à rectification de leurs données en particulier lorsque sont étudiés des cas éventuels d'usurpation d'identité.

B - LES OUTILS DE PRODUCTION DE TABLEAUX DE BORD ADAPTES

C'est l'urbanisation du Système d'Information qui permettra, par la mise en cohérence des données venant de secteurs différents de l'établissement, d'en assurer l'efficacité et la pertinence.

Le S.I.M. sera particulièrement attentif à ce que la préparation et le paramétrage de l' «entrepôt de données » constitué permettent la productions d'indicateurs fiables, robustes, évolutifs, pour servir l'évaluation de l'efficience des structures de l'établissement et aider à l'élaboration de la politique de l'établissement.

SOMMAIRE DETAILLE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCTION | 3 |
| I. La situation actuelle du Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer | 4 |
| 1 – La zone de recrutement | 4 |
| A – LES CONSTATS..... | 4 |
| B – LES CONSEQUENCES..... | 5 |
| 2 - La question économique et l'effet TAA | 5 |
| 3 – Les réalisations 2003-2008 | 6 |
| A – DEGRE DE REALISATION DU PROJET MEDICAL 2003-2008 | 6 |
| B – DES PROGRES ET DES CHANGEMENTS ORGANISATIONNELS..... | 8 |
| II. Le Centre Hospitalier Intercommunal Toulon - La Seyne-sur-Mer, hôpital de référence et hôpital multisite | 10 |
| 1 – L'impact d'un fonctionnement multisite | 10 |
| 2 – Sainte-Musse : Hôpital pivot, site de référence | 11 |
| A – LE SAMU | 11 |
| B – LES URGENCES..... | 11 |
| C - LA CHIRURGIE | 11 |
| a) La chirurgie orthopédique et traumatologique : | 12 |
| b) La chirurgie viscérale :..... | 13 |
| c) La chirurgie vasculaire et thoracique : | 15 |
| d) La chirurgie O.R.L. et l'Ophtalmologie : | 16 |
| D - LA PEDIATRIE ET LA MATERNITE DE SAINTE-MUSSE | 18 |
| a) La structure interne de néonatalogie, de pédiatrie et de chirurgie infantile : | 19 |
| b) La Gynécologie Obstétrique :..... | 21 |
| c) La plateforme de génétique :..... | 22 |

| | |
|--|-----------|
| E - LA REANIMATION | 23 |
| F – LA MEDECINE | 24 |
| a) La Cardiologie..... | 25 |
| b) La Pneumologie | 27 |
| c) La Neurologie et le Neurovasculaire | 28 |
| d) L’Endocrinologie et la Rhumatologie..... | 29 |
| e) L’Hépto Gastro-entérologie | 31 |
| f) L’Oncologie et l’Hématologie | 32 |
| g) La Néphrologie | 34 |
| h) La Médecine Vasculaire et la Médecine Interne | 36 |
| i) L’Infectiologie | 37 |
| j) La Médecine Gériatrique..... | 39 |
| G – LA PSYCHIATRIE ADULTE..... | 40 |
| H - LA PEDOPSYCHIATRIE | 43 |
| I – LES COOPERATIONS..... | 45 |
| a) La Neurochirurgie..... | 45 |
| b) L’Urologie..... | 45 |

3 – Hôpital George Sand, site associé46

| | |
|--|-----------|
| A - LES URGENCES ET LA RADIOLOGIE..... | 46 |
| B - LA MEDECINE | 46 |
| C - LE CENTRE D’EXPLORATIONS FONCTIONNELLES ET DE CONSULTATIONS ... | 47 |
| D - UN CENTRE DE PERINATALITE ET UNE HOSPITALISATION A DOMICILE (HAD) | 48 |
| E - LA PEDOPSYCHIATRIE | 48 |
| F - UN SERVICE DE REEDUCATION FONCTIONNELLE ET D’EVEIL DES COMAS.... | 49 |
| G - UNE UNITE DE SOINS DE SUITE..... | 50 |
| H - LES SERVICES DE PSYCHIATRIE | 51 |

4 – Hôpital Georges Clémenceau, site associé.....53

| | |
|---|-----------|
| A - USLD | 53 |
| B - SOINS DE SUITE SPECIALISES GERIATRIE | 53 |

III. Les objectifs communs à l’ensemble des pôles55

1– Le management des pôles55

| | |
|--|-----------|
| A - DES EQUIPES UNIQUES PAR SPECIALITE..... | 55 |
| B - DES ESPACES MUTUALISES | 55 |
| a) L’ambulatorioire :..... | 55 |

| | |
|---|-----------|
| b) Les complémentarités médicochirurgicales : | 56 |
| C - UN PILOTAGE PAR AFFECTATION DES MOYENS EN FONCTION DE L'ACTIVITE | |
| | 56 |

2 – Renforcer la performance d'ensemble.....56

| | |
|--|-----------|
| A - LES SERVICES D'URGENCES | 56 |
| B - LE PLATEAU TECHNIQUE | 58 |
| a) Le Bloc Opératoire : | 58 |
| b) L'Imagerie : | 59 |
| c) Le Laboratoire : | 59 |
| d) L'Anatomie Pathologie : | 60 |
| e) La Pharmacie et la Stérilisation : | 61 |
| f) L'accès des médecins libéraux aux plateaux techniques : | 62 |
| C - LES ACTIVITES TRANSVERSALES : | 62 |
| a) La coordination hospitalière de prélèvements : | 62 |
| b) L'Equipe Mobile de Gériatrie (EMG) : | 62 |
| c) Les Soins Palliatifs : | 62 |
| d) La prise en charge de la Douleur : | 63 |
| e) L'Addictologie : | 63 |
| f) L'Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires aux détenus : | 64 |
| g) L'Hygiène Hospitalière : | 65 |
| h) La Recherche Clinique : | 65 |
| D - L'AMELIORATION DE LA QUALITE..... | 66 |
| a) L'accréditation des médecins | 66 |
| b) L'évaluation des pratiques professionnelles | 66 |
| c) La satisfaction des usagers et des correspondants externes | 67 |
| d) Le Plan d'amélioration de la qualité V2-V3 : | 67 |
| E- DEVELOPPER LES MISSIONS DE SANTE PUBLIQUE..... | 68 |

3 - Conforter l'activité68

| | |
|---|-----------|
| A - L'OFFRE DE CONSULTATIONS..... | 68 |
| B – FAVORISER LA GESTION DES BILANS OU DES EXPLORATIONS IMPROMPTUS | |
| | 69 |

4 – Renforcer les coopérations inter hospitalières 69

Janvier 2006 (accord cadre).....70

IV. Le Système d'Information Hospitalier73

1 - L'urbanisation du SI.....73

2 - L'analyse des processus73

| | |
|--|-----------|
| 3 - Les objectifs du Dossier Patient | 74 |
| V. Le Département d'Information Médicale | 75 |
| 1 - Le recueil PMSI, la tarification à l'activité..... | 75 |
| 2 - L'évolution des outils et des organisations..... | 75 |
| A - L'URBANISATION DU SYSTEME D'INFORMATION :..... | 76 |
| B - LES OUTILS DE PRODUCTION DE TABLEAUX DE BORD ADAPTES | 76 |
| SOMMAIRE DETAILLE | 77 |
| TABLEAU DE LA REPARTITION DES POLES CLINIQUES EN SERVICES ET/OU STRUCTURES INTERNES | 81 |
| GLOSSAIRE | 81 |

**TABLEAU DE LA REPARTITION DES POLES CLINIQUES EN SERVICES
ET/OU STRUCTURES INTERNES**

| POLES | SERVICES | STRUCTURES INTERNES |
|--|--|--|
| PSYCHIATRIE ADULTES | 5 Services <i>Services G 01, G 02, G 03, G 04 et G 05</i> | |
| PSYCHIATRIE INFANTO-JUVENILE | 2 Services <i>Services I 01 et I 02</i> | |
| PHARMACIE | 3 Services <i>3 PUI FP/LS/CLEM</i> | |
| LABORATOIRES | 1 Service <i>Service d'Hygiène</i> | 1 Structure Interne <i>Laboratoire</i> |
| MEDICO CHIRURGICAL A ORIENTATION CANCEROLOGIQUE | 4 Services <i>Infectiologie/ORL Maxillo Faciale/ Gastro Entérologie/Chirurgie Viscérale</i> | 3 Structures Internes <i>Oncologie Hématologie Ophtalmologie Anatomopathologie</i> |
| IMAGERIE MEDICALE | 1 Service <i>Médecine Nucléaire</i> | 1 Structure Interne <i>Radiologie</i> |
| REANIMATION ET READAPTATION | 2 Services <i>Réanimation Polyvalente/ MPR et Réadaptation Rééducation</i> | |
| A T O U S | 3 Services <i>SAMU / Urgences/ Anesthésie</i> | 2 Structures Internes <i>Orthopédie Traumatologie</i> |
| GERIATRIE | 1 Service <i>USLD/ EHPAD</i> | 2 Structures Internes <i>COURT SEJOUR/ SSR</i> |
| FEMME ENFANT | 1 Service <i>Génétique</i> | 2 UF <i>Gynécologie Obstétrique LS/ Gynécologie Obstétrique Niveau 2 FP</i> 1 Structure Interne <i>Pédiatrie Néonatalogie Chirurgie Infantile</i> |
| CARDIO NEURO VASCULAIRE | 1 Service <i>Chirurgie Thoracique et Vasculaire</i> | 3 Structures Internes <i>Cardiologie/Médecine Vasculaire et Médecine Interne/ Neurologie et Neurovasculaire</i> |
| MEDECINE ET SPECIALITES | 5 Services <i>Pneumologie FP/Médecine et Pneumologie LS/ Endocrinologie/Néphrologie/Médecine et Cardiologie LS</i> | |

Note : LS = La Seyne / FP = Font Pré / UF = Unité Fonctionnelle

GLOSSAIRE

| | |
|-----------|--|
| ADIVA : | Association de Dialyse Varoise gérant l'unité d'autodialyse de La Seyne-sur-Mer |
| ARH : | Agence Régionale de l'Hospitalisation |
| AMU : | Aide Médicale d'Urgence |
| ATOU : | Accueil Traitement et Orientation des Urgences – Service de l'hôpital Font-Pré |
| ATIH : | Agence (Nationale) Technique de l'Information sur l'Hospitalisation |
| AVC : | Accidents Vasculaires Cérébraux |
| AFAQAP : | Association Française d'Assurance Qualité en Anatomie et Cytologie Pathologiques |
| CATTP : | Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps partiel |
| CAP BB : | Centre d'Accueil Psychiatrique pour Bébés |
| CAMSP : | Centre d'Action Médico Social Précoce |
| CAP 48 : | Centre d'Accueil Psychiatrique d'Urgences – Urgences Psychiatriques Hôpital Font-Pré |
| CBU : | Contrat de Bon Usage (des Médicaments) |
| CDAG : | Centre de Dépistage Anonyme et Gratuit |
| CPDP : | Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic Prénatal |
| CEF : | Centre d'Explorations Fonctionnelles |
| CEOA : | Centre d'Evaluation et d'Observation de l'Adolescent |
| CETP : | Comité d'Education Thérapeutique |
| CH : | Centre Hospitalier |
| CHITS : | Centre Hospitalier Intercommunal de Toulon/La Seyne-sur-Mer |
| CHU : | Centre Hospitalier Universitaire |
| CME : | Commission Médicale d'Etablissement |
| CLAN : | Comité de Liaison en Alimentation et Nutrition |
| CLIN : | Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales |
| C-CLIN : | Centre (Régional) de Coordination de Lutte contre les Infections Nosocomiales |
| CLUD : | Comité de Lutte contre la Douleur |
| CMP : | Centre Médico - Psychologique |
| COFRAC : | Comité Français d'Accréditation (des laboratoires de biologie) |
| COREVIH : | Coordination régionale de lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine |
| CREA : | Comptes de Résultats Analytiques |
| CREO : | Comptes de Résultats par Objectif |
| CRLCC : | Centre Régional de Lutte Contre le Cancer |
| CROSMS : | Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale |
| CROSS : | Comité Régionale de l'Organisation Sanitaire et Sociale |
| CPDP : | Commission Particulière du Débat Public |
| CSAPA : | Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie |
| DAF : | Dotation Annuelle de Financement (pour les activités psychiatriques et soins de suite) |

| | |
|----------------|--|
| DHOS : | Direction Hospitalière de l'Organisation des Soins |
| DDASS : | Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale |
| DMS : | Durée Moyenne de Séjour |
| DPP (DPP 83) : | Dossier Patient Partagé (DPP du Var) |
| DREES : | Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques |
| EEG : | L'électroencéphalogramme |
| EFR : | Exploration Fonctionnelle Respiratoire |
| EHPAD : | Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes |
| ELSA : | Equipe de Liaison en Soins en Addictologie |
| EMG : | Electromyogramme |
| EN 15189 : | Norme Européenne (transcrite dans les Normes Françaises : ISO 15189) qui spécifie les exigences de qualité et de compétence propres aux laboratoires d'analyses de biologie médicale |
| e PMSI : | Site Internet de l'ATIH (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) |
| EPP : | Evaluation des Pratiques Professionnelles |
| EPU : | Enseignements Post-Universitaires |
| Fast-Track : | Expression anglaise signifiant une procédure accélérée |
| FHF : | Fédération Hospitalière de France |
| FHR : | Fédération Hospitalière de Région |
| GHM : | Groupe Homogène de Malades |
| GHS : | Groupe Homogènes de Séjour |
| GIRC : | Groupe d'Investigation et de Recherche Clinique (GIRC Thrombose) |
| GMSIH : | Groupement de Modernisation des Systèmes d'Information Hospitaliers (Agence Nationale) |
| GRSP : | Groupement Régional de Santé Publique |
| HAD : | Hospitalisation A Domicile |
| HAS : | Haute Autorité de Santé |
| HIA : | Hôpital d'Instruction des Armées (HIA Sainte-Anne de Toulon) |
| HDJ : | Hospitalisation de Jour |
| HPTS : | Projet de Loi 2009 « Hôpital, Patients, Santé et Territoire » |
| H24 : | Poste de travail présent sur 24 heures |
| ICALIN : | Indicateur composite des activités de lutte contre infections nosocomiales (Indicateur Infections Nosocomiales) |
| ICATB : | Indice Composite de bon usage des AnTiBiotiques (Indicateur Infections Nosocomiales) |
| ICR : | Indices de Coûts Relatifs (des actes médicaux – PMSI) |
| ICSHA : | Indicateur de volume de produits Hydro-Alcooliques consommé par les établissements de santé (Indicateur Infections Nosocomiales) |
| IDE : | Infirmier Diplôme d'Etat |
| IPAQH : | Indicateurs de Performance pour l'Amélioration de la Qualité Hospitalière |
| IPC : | Institut Paoli-Calmettes (Centre de Lutte contre le Cancer) |

| | |
|--------------|---|
| IOA : | Infirmier d'Orientation et d'Accueil |
| IRCT : | L'insuffisance rénale chronique terminale |
| IRG : | Institut de Recherche en Gestion |
| IRM : | Imagerie par Résonance Magnétique |
| ISO : | « International Organization for Standardization » (Organisation internationale de normalisation) |
| IVA : | Indices de Valorisation de l'Activité (PMSI Soins de Suite) |
| IVG : | Interruption Volontaire de Grossesse |
| MCO : | Médecine, Chirurgie, Obstétrique |
| MEAH : | Mission d'Expertise et d'Appui aux Hôpitaux (Agence Nationale) |
| MIGAC : | Missions d'Intérêt Général et d'Aide à la Contractualisation |
| ORL : | Oto-Rhino-Laryngologie (services d'ORL) |
| PDS : | Permanence des Soins |
| PEV : | Potentiels Evoqués Visuels |
| PGI ; | Progiciel de Gestion Intégré |
| PMI : | Protection Maternelle et Infantile |
| PMSI: | Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information |
| PTG : | Prothèse Totale de Genou |
| PTH : | Prothèse Totale de Hanche |
| RCP : | Réunion de Concertation Pluridisciplinaire (en Cancérologie) |
| SAH : | Service d'Accueil Handicap |
| SAMU : | Service d'Aide Médicale Urgente |
| SARM : | Indice « Staphylococcus Aureus Résistant à la Méricilline » (Indicateur Infections Nosocomiales) |
| SAU : | Service d'Accueil des Urgences |
| SAVS | Service d'Accompagnement à la Vie Sociale |
| SCA : | Syndrome coronaire aigu |
| SCMM : | SAMU de Coordination Médicale Maritime |
| SDIS : | Service Départementale d'Incendie et de Secours |
| SFP : | Société Française de Pathologie |
| SI : | Système d'Information |
| SIH : | Système d'Information Hospitalier |
| SIM : | Service d'Information Médicale |
| SLD (USLD) : | Soins de Longue Durée (Unités de SLD) |
| SMC : | Surveillance Médicale Continue |
| SMUR : | Service Mobile d'Urgence et de Réanimation |
| SROS : | Schéma Régional d'Organisation Sanitaire |
| SS (SSR) : | Soins de Suite (SS et de Réadaptation) |
| SURVISO: | Indicateur de réalisation d'une surveillance des infections du site opératoire (Indicateur Infections Nosocomiales) |

| | |
|-------------|---|
| TDM : | TomoDensitoMétrie soit Scanner |
| TPM: | Toulon Provence Méditerranée |
| T2A (TAA) : | Tarifcation A l'Activité |
| UCA : | Unité de Chirurgie Ambulatoire |
| UCSA : | Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires (unité implanté dans les Maisons d'Arrêts ou Prisons) |
| UMG : | Unité Mobile de Gériatrie |
| UPB : | Unité Parents Bébé (en Pédiopsychiatrie) |
| URC : | Unité de Recherche Clinique |
| USIC : | Unité de Soins Intensifs Cardiologiques |
| VIH : | Virus de l'Immunodéficience Humaine (SIDA) |
| VHC : | Virus de l'Hépatite C |
| ZSTCD : | Zone de Surveillance de Très Courte Durée |