



***Conférence de l'Executive MBA santé :
Sauver la santé, un médecin et un directeur
au chevet de l'organisation
- Université Paris-Dauphine -***

***Anne-Marie ARMANTERAS DE SAXCÉ
Jeudi 14 février 2013***

**LE PARCOURS DE SOINS :
POURQUOI S'IMPOSE-T-IL COMME
UN SUJET PRIORITAIRE ?**

Pourquoi s'intéresser aux parcours?



- La nécessité de développer, au sein des offreurs de territoire, une **approche populationnelle**
 - La nécessité de relever le défi du vieillissement de la population et de la **transition épidémiologique**
 - Les parcours de santé sont caractérisés par une forte **discontinuité**, une réponse rarement globale et un passage trop fréquent aux urgences « par défaut »
- 

Un système aujourd'hui insatisfaisant

- **La gouvernance territoriale reste à définir:**

- ✓ Des lieux de décision éclatés avec des logiques différentes
- ✓ L'absence d'une gouvernance clinique fondée sur une définition partagée et objective des priorités et sur la définition et la diffusion de référentiels communs

- **Des modes de financement et incitatifs financiers peu propices au développement de parcours de santé intégrés :**

- ✓ Une rémunération majoritairement à l'acte ou au séjour
- ✓ Un financement de la coordination incertain

- **Des systèmes d'information qui ne sont pas adaptés aux parcours:**

- ✓ Des épisodes de soins connus mais difficiles à chainer
 - ✓ Un très haut niveau de technicité et de compétence requis pour y accéder et l'analyser
 - ✓ Des ressources dédiées très contraintes
-

Quelles orientations pour répondre à ces difficultés?

Un agenda de transformation sur l'ensemble des composantes du système :

- ✓ **Sur l'offre** : limiter les risques de rupture aux interfaces, améliorer la coordination, mieux différencier l'offre des différents acteurs, privilégier les alternatives à l'hospitalisation, soutenir l'innovation en termes de nouveaux métiers et de nouvelles technologies
 - ✓ **Sur la régulation** : susciter la structuration d'une gouvernance territoriale et faire évoluer la place de l'ARS pour qu'elle puisse y jouer un rôle d'assemblier, au plus près des opérations.
 - ✓ **Sur le financement** : aligner les incitatifs économiques pour favoriser la coordination et favoriser la prise en charge des personnes par les bons acteurs au bon moment (marges de manœuvre limitées mais réelles)
 - ✓ **Sur les systèmes d'information** : passer d'une information sur des « épisodes de soins » à une information sur des « parcours de santé ».
-

Organiser des partenariats autour des parcours

- **Développer des objectifs orientés « personnes/patients » :**
 - Dont l'expression par les offreurs du territoire est un enjeu clé
Ex. : diminuer les passages aux urgences
- **Faire émerger un portefeuille d'actions et de projets communs :**
 - D'amélioration de l'existant (« faire mieux »)
Ex. : diminuer la dénutrition chez les personnes âgées
 - De développement de nouvelles façons de faire (« faire différemment »)
Ex : mettre en place des coopérations entre professionnels
- **Mettre en place les conditions de leur mise en œuvre :**
 - Une « gouvernance territoriale » : décider collectivement des objectifs et actions à mettre en œuvre
 - Un engagement ou un contrat de territoire
 - Un suivi de l'information ad hoc
 - Un système de financement adapté

⇒ La **capitalisation méthodologique** est également un produit de sortie des partenariats

L'action de l'ARS Ile-de-France sur les parcours

L'ARS Ile-de-France appréhende les parcours de santé autour de **deux orientations**

1) Améliorer l'existant

- Le parcours de santé des victimes d'un AVC (Accident Vasculaire Cérébral)
- Le parcours de santé des malades d'un cancer

2) Transformer le mode d'organisation des parcours

- Le parcours de santé des personnes âgées → expérimentation en cours dans le Nord Est de Paris
-

1-1 Le parcours des victimes d'un AVC – accident vasculaire cérébral

- Un parcours en 3 temps

- **1 : l'urgence**
 - l'AVC est une des plus grandes urgences médicales
- **2 : le temps hospitalier**
 - du court séjour aux soins de suite
- **3 : la maladie chronique**
 - l'AVC est la principale cause de handicap de l'adulte

- Les points clés pour améliorer le parcours AVC

- **L'animation de la filière**
 - Par un soignant qui coordonne tout le parcours : de l'urgence au retour au domicile
 - **L'information du grand public**
 - Reconnaître les signes de l'AVC et appeler le 15 (campagne d'information en IdF)
 - Améliorer la prévention de l'AVC, y compris personnes vulnérables
 - **Les actions sur les interfaces du parcours hospitalier**
 - **Les actions pour faciliter le retour et le maintien au domicile**
-

1-1 Le parcours des victimes d'un AVC – accident vasculaire cérébral

Les interfaces du parcours hospitalier

- **Entre le pré hospitalier et l'unité neurovasculaire (UNV)**
 - *Répertoire opérationnel des ressources* : indique la disponibilité en lits des unités neuro vasculaires (UNV)
 - *Registre des refus* d'admissions en UNV : pour objectiver et analyser les difficultés à l'admission de tout AVC en UNV
- **Entre les établissements de court séjour**
 - *TELENEURO -Télémédecine avec visio-consultation* pour traiter en urgence les AVC admis dans un établissement ne disposant pas d'UNV (sur 86 sites d'urgence, 30 ne disposent pas d'une UNV)
- **Entre le court séjour et les soins de suite**
 - *Trajectoire* : logiciel d'aide à l'orientation des patients en SSR

1-1 Le parcours des victimes d'un AVC – accident vasculaire cérébral

Faciliter le retour et le maintien à domicile

- **Renforcement des dispositifs intermédiaires entre la ville et l'hôpital**
 - L'hospitalisation de jour SSR
 - L'hospitalisation à domicile de rééducation, réadaptation, réinsertion
 - **Expérimentation**
 - Des SIAD personnes handicapées (AVC)
 - Consultation multidisciplinaire 4 à 6 mois après l'AVC:
 - Evaluation bilan médical, rééducatif , psychologique et social de chaque personne
 - Evaluation des moyens nécessaires à une prise en charge coordonnée du patient AVC au domicile (aide à la mise en place des coordinations territoriales)
 - **Programmes d'éducation thérapeutique**
 - Prévention des récurrences
 - Prévention des complications liées au handicap
 - **Formation des aidants**
-

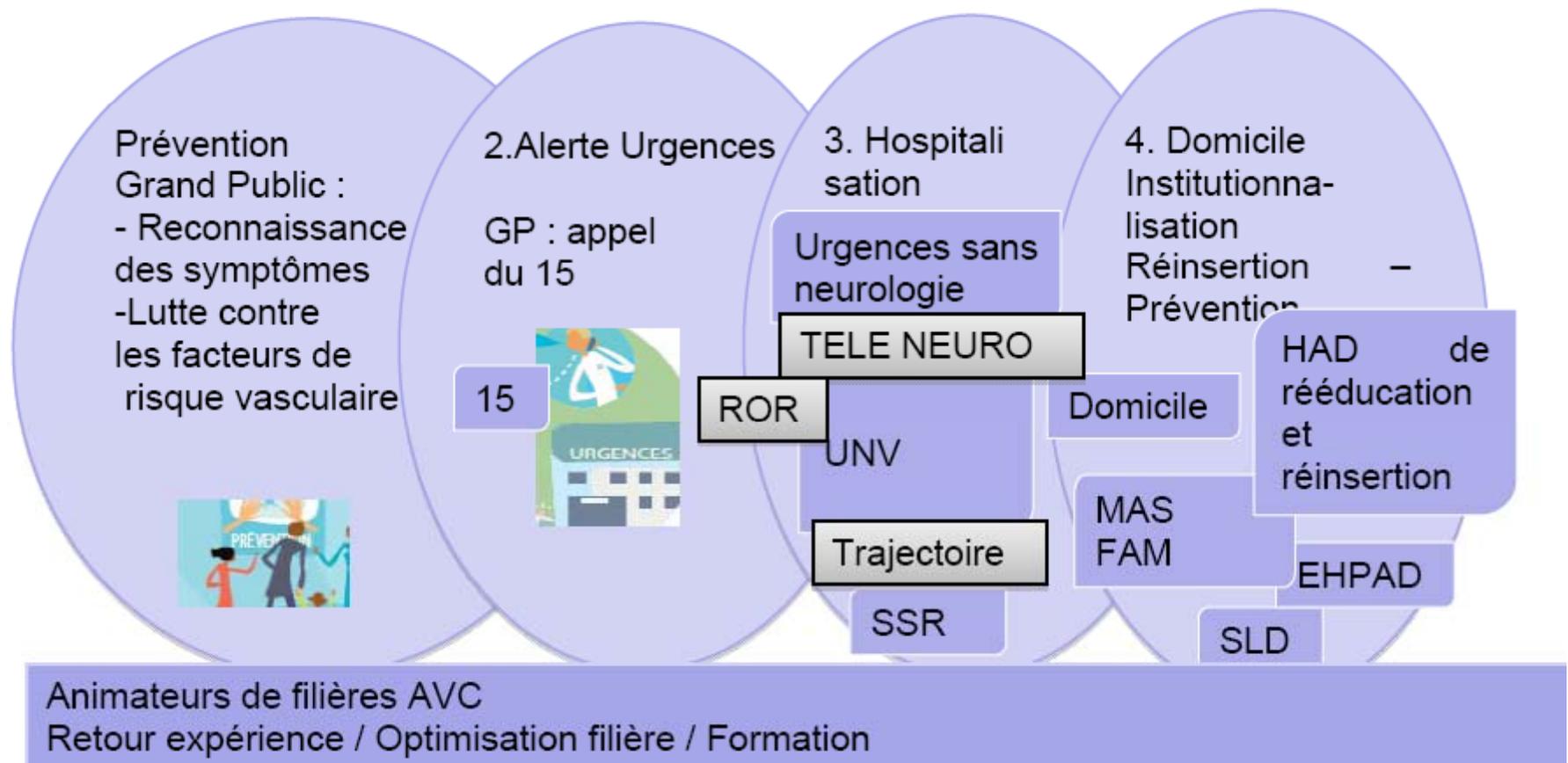
1-1 Le parcours des victimes d'un AVC – accident vasculaire cérébral

Comment évaluer et améliorer le parcours AVC?

- Analyse des dysfonctionnements signalés par les animateurs de filières
- Analyse des séjours longs en MCO et SSR
- Analyse des parcours hospitaliers des patients victimes d'AVC
 - Chainage des bases PMSI MCO - SSR
 - Analyse des transferts de MCO en SSR
 - Analyse des réhospitalisations en MCO ou SSR
- Analyse des traitements post AVC (médicaments pour prévenir la récurrence, rééducation)
 - Chainage des bases PMSI et SNIIR-AM

1-1 Le parcours des victimes d'un AVC – accident vasculaire cérébral

Des actions régionales pour améliorer le parcours du patient AVC



1-2 Le parcours des malades d'un cancer

Les cancers – des parcours très divers

- **Une histoire qui débute très tôt** : facteurs de risques (tabac, alcool, expositions professionnelles, virus...), prédisposition familiale
- **Des modes d'entrée différents dans la prise en charge** : repérage / dépistage dont dépistage organisé
- **Un diagnostic qui fait appel à des compétences variées** : cytologique – histologique – moléculaire - imagerie en coupes – radiologie interventionnelle
- **Une décision thérapeutique qui repose sur la multidisciplinarité et associant le patient**
- **Des lieux et des modes de prise en charge multiples**
- **Une issue variable** : rémission, guérison, rechutes, décès



Des profils de parcours très différents : aigue, chronique, ambulatoire, chronique avec recours fréquent à l'hôpital, etc.

1-2 Le parcours des malades d'un cancer

Des fragilités potentielles multiples

- **Entre les grandes étapes du parcours** : Repérage/dépistage et prise en charge Accès à une prise en charge de soins palliatifs
- **Au cours du traitement** :
 - Anticiper la survenue des complications
 - Limiter le recours aux urgences non justifié
- **Entre les lieux de prise en charge multiples**
 - ➡ Aggravées par les déterminants sociaux économiques
 - ➡ Dans un contexte d'évolution des traitements hors l'hôpital et du recul de l'âge au traitement

Points clés pour améliorer le parcours

- 1- Une coordination accrue du parcours associant ville et hôpital
 - 2- Une meilleure visibilité des ressources
 - 3- Une optimisation de l'organisation de certaines phases du parcours
-

1-2 Le parcours des malades d'un cancer

1- Une coordination accrue du parcours associant ville et hôpital

- **Autour de la « pathologie » :**
 - Qualité des RCP (réunions de concertation pluridisciplinaires) : Des acteurs multiples dont l'avis coordonné présage fortement de la qualité de la prise en charge
 - Partage du programme thérapeutique avec le patient et entre professionnels : Diffusion de l'utilisation du PPS – (programme personnalisé de soins)
- **Autour du patient :**
 - Renforcer la prise en charge globale et des comorbidités
 - Assurer la continuité de la prise en charge
 - Améliorer la coordination des parcours complexes
- **Autour du parcours de santé :**
 - Actions de promotion de la santé (de l'éducation à la santé jusqu'à la prévention des rechutes)
 - Meilleure articulation entre repérage / dépistage et prise en charge
 - Des échanges d'information facilités

1-2 Le parcours des malades d'un cancer

2- Une meilleure visibilité et gradation des ressources

- **Une meilleure visibilité de l'offre** en cancérologie en réponse à des lieux et des modes de prise en charge multiples
- **Une meilleure gradation des soins:** HC - HdJ - HAD – SSR – Domicile, accès soins de support garanti, accès prise en charge palliative renforcé

➡ Proposer une **approche territorialisée** de l'offre en cancérologie : identifier des **plateformes de cancérologie** dans des territoires rassemblant dans un projet commun les acteurs d'un territoire donné.

➡ Améliorer les modalités d'**accès à l'innovation et à l'offre de recours**

1-2 Le parcours des malades d'un cancer

3 -Une optimisation de l'organisation de certaines phases du parcours

- **Un accès garanti aux tests moléculaires :**
 - Réflexion sur l'organisation future des plateformes moléculaires (thérapies ciblées – médecine personnalisée)
- **Une optimisation de l'organisation de certaines phases du parcours:**
 - Au regard du développement des prises en charge ambulatoires
 - Une surveillance anticipée de l'intercure pour éviter les retours non programmés
 - Education du patient - développement de l'ETP
- **Focus personnes âgées : une meilleure synergie entre compétences gériatrie-oncologie:**
 - Déploiement des UCOG (unités de consultations gériatriques)
 - Diffusion des pratiques gériatriques en oncologie
 - Identification des points de rencontre : offre sur site gériatrie - oncologie

2- Amélioration du Parcours de santé des personnes âgées dans le Nord Est de Paris (territoire du 9,10,19ème arrondissement)

- **Un projet mené dans les IX, X et XIX^{èmes} arrondissements :**
 - Avec le sanitaire : GH Lariboisière-Saint-Louis, SSR (Jean Jaurès), représentation de l'URPS, réseaux Paris-Nord (200 généralistes) et AGEP, HAD (APHP)
 - Avec le médico-social : EHPAD (résidence Océane), le PPE 19
 - Avec les payeurs : CPAM 75 - DRSM
 - Avec les usagers : CODERPA
 - Avec différents services de l'agence : DT75, Stratégie et DOSMS
- **Un projet en plusieurs phases :**
 - « Créer l'urgence du changement » : partager des constats clés impliquant l'envie de changer
 - « Imaginer l'avenir » : à dire d'expert, imaginer des parcours de santé adaptés aux besoins des personnes âgées
 - « Bâtir un plan et créer de la confiance » : construire ensemble une feuille de route en s'appuyant sur des expériences réussies et sur des initiatives pré existantes
- **Des premiers résultats concrets dès début 2013:** structuration de filières courtes favorisant l'hospitalisation directe, développement de l'évaluation gérontologique à domicile, harmonisation de l'évaluation des situations entre les différents participants, clarification de l'offre disponible sur le territoire (à destination des personnes comme des professionnels) ...

2- Amélioration du Parcours de santé des personnes âgées dans le Nord Est de Paris (territoire du 9,10,19ème arrondissement)

- « Créer l'urgence du changement » (1/3)
- **Les constats ont été produits sur la base :**
 - D'une analyse des données disponibles : essentiellement PMSI et ERASM
 - D'entretiens avec l'ensemble des acteurs du territoire
- **Les constats les plus significatifs :**
 - En termes de population : en 2020, plus de personnes âgées, plus âgées et plus fragiles
 - Près **de 40.000 personnes âgées** sur les 3 arrondissements du territoire, **dont 30% ont 85 ans et plus**
 - ⇒ En 2020, les projections font état de 4 000 plus de 75 ans en plus et d'un glissement sur la tranche d'âge +85ans
 - **92,5% des personnes âgées vivent à leur domicile** (36.519 pers), parmi celles-ci 8% sont dépendantes (3.206 pers) et un tiers vivent seules malgré leur dépendance (1.067 pers)
 - ⇒ En 2020, augmentation attendue du fait du développement des politiques de maintien à domicile
 - La situation socio-économique est en dessous de la moyenne parisienne
 - ⇒ Augmentation attendue de la fragilité du fait de la diminution des aidants
 - **52% des personnes âgées (+/- 20.800 pers.) sont en ALD** (2/3 pour MCV)
 - ⇒ En 2020, croissance de ce nombre attendu de 64%
 - **12% des personnes âgées sont en perte d'autonomie (GIR 1 à 4)** dont 2.981 pers. de 85 ans et plus
 - ⇒ En 2020, en l'absence d'impact de la prévention, +620 personnes attendues. L'effectif des personnes très dépendantes, GIR 1 et 2, devrait atteindre 1.873

2- Amélioration du Parcours de santé des personnes âgées dans le Nord Est de Paris (territoire du 9,10,19ème arrondissement)

- « Créer l'urgence du changement » (2/3)

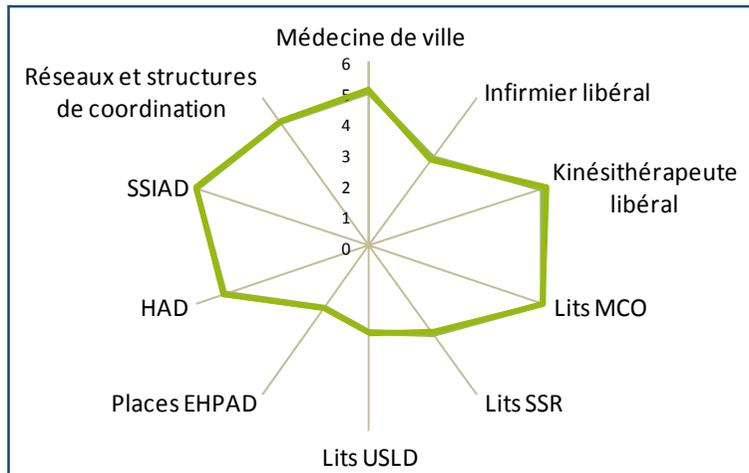
Les constats les plus significatifs :

- En termes de flux : les données hospitalière sont les plus accessibles, et mettent en évidence que le service des urgences est la voie d'entrée prioritaire à l'hôpital
 - Les personnes de plus de 75 ans du territoire génèrent 13 000 passages aux urgences par an
 - L'activité liée au plus de 75 ans représente environ 8% de l'activité des urgences
 - Près de deux tiers des consultants aux urgences y retournent au moins une fois dans l'année (31% une fois, 28% 2 à 4 fois, 4% 4 fois et plus...)
 - Lariboisière assure la moitié des passage aux urgences des plus de 75 ans des 3 arrondissements
 - Deux tiers des hospitalisations se font en aval des urgences (au GH StL/LRB)
 - 1 admission sur 10 en SSR provient d'un domicile

2- Amélioration du Parcours de santé des personnes âgées dans le Nord Est de Paris (territoire du 9,10,19ème arrondissement)

• « Créer l'urgence du changement » (3/3)

– En termes d'offre*:



• Point faible: Hébergement et soins de longue durée

• Point fort : MCO, Soins et aides à domicile

• Point de vigilance absolue :

-20% des médecins généralistes à horizon 2020

– En termes d'organisation :

- 16% des plus de 75 ans n'ont pas de médecin traitant
- Nombre d'acteurs se disent en charge de la coordination (PPE, réseau, filière, équipe mobile...)
- Pas de vision consolidé edu panier de services du territoire
- Pas (ou plusieurs) gouvernance(s) territoriales : celle de la filière, celle du GH, celle du réseau, celle du PPE
- Mais une bonne connaissance des acteurs entre eux fondée sur la gestion de situations individuelles

*Certaines données ne sont pas disponibles au niveau arrondissement (kinésithérapeutes)

2- Amélioration du Parcours de santé des personnes âgées dans le Nord Est de Paris (territoire du 9,10,19ème arrondissement)

« Imaginer l'avenir » (1/2)

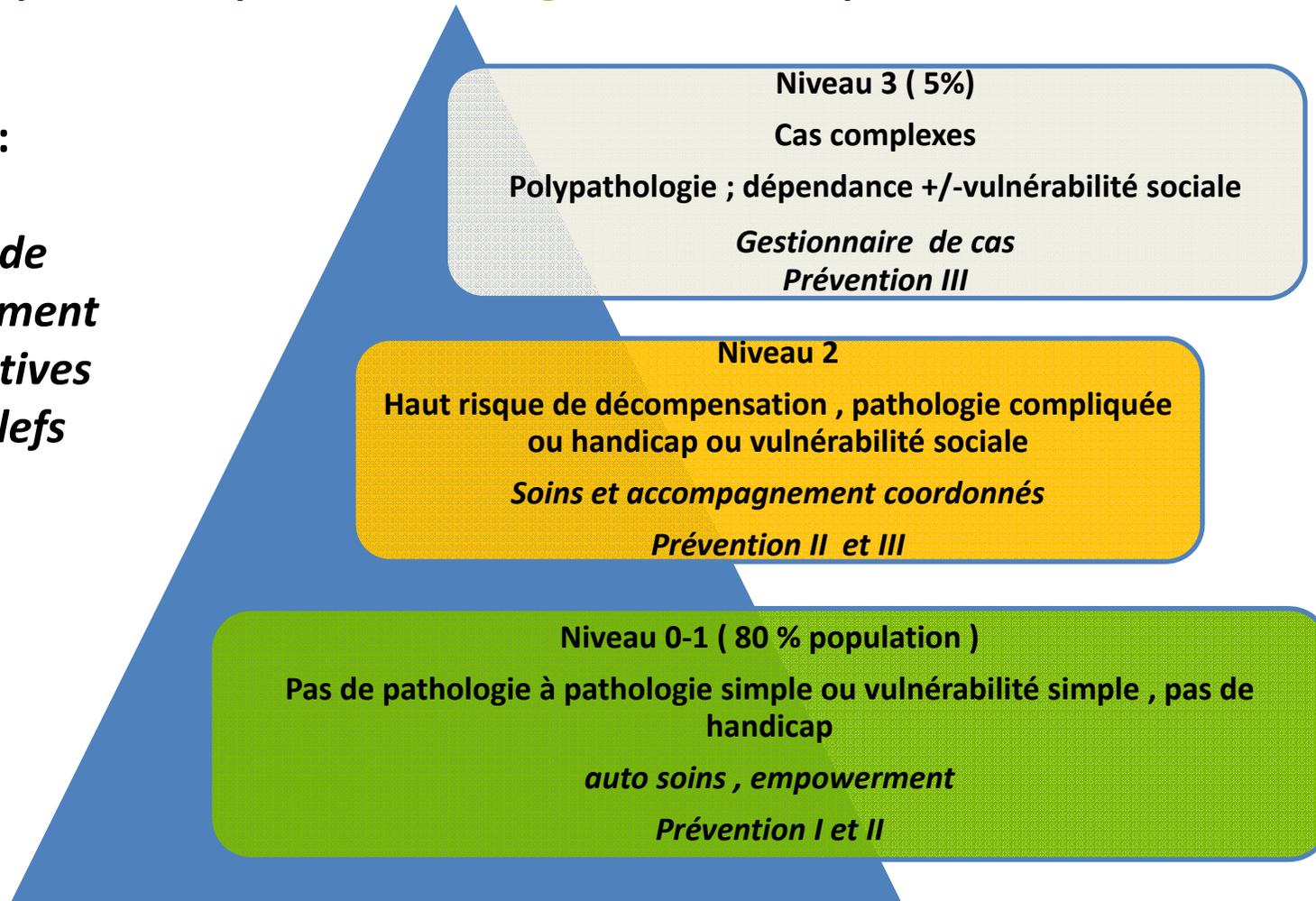
- Pour les **plus de 75 ans**, les professionnels ont exprimé des parcours « idéaux », en entrant dans une **démarche en 3 étapes** :
 - Segmenter la population en profils de besoins
 - Exprimer des parcours de prise en charge sur la base d'une année
 - Quantifier les impacts en termes de volumes de production et en termes de transferts de charges
- 6 réunions ont été nécessaires et ont mobilisé l'ensemble des participants au projet
- Un **intense travail de back-office pour quantifier les impacts** :
 - Qui mobilise l'Assurance Maladie (effectifs par profils, parcours moyens constatés par profils)...
 - Et les équipes de la DOSMS (définir les tarifs et coûts de production unité d'œuvre par unité d'œuvre)

2- Amélioration du Parcours de santé des personnes âgées dans le Nord Est de Paris (territoire du 9,10,19ème arrondissement)

« Imaginer l'avenir » (2/2)

L'entrée par la clinique définit la **segmentation** du parcours

Définir :
Enjeux
Leviers de changement
Alternatives
Outils clefs



2- Amélioration du Parcours de santé des personnes âgées dans le Nord Est de Paris (territoire du 9,10,19ème arrondissement)

«Bâtir un plan et créer la confiance»

- Les constats les plus significatifs et les plus consensuels ont permis d'identifier les clés stratégiques et les axes de la feuille de route :

		Menaces	Opportunités
		<ul style="list-style-type: none"> • Vieillesse et fragilisation de la population • Démographie médicale en ville • Absence de gouvernance sur le territoire 	<ul style="list-style-type: none"> • Impact positif d'une prise en charge orientée besoins • Modèles et expériences sur gestion de cas complexe • Nouvelles technologies
Forces	<ul style="list-style-type: none"> • Panel étendu de services • Filière gériatrique existante • Expertise gériatrique • Expériences à capitaliser sur le territoire 	<p><u>Axe d'amélioration 1.</u> Créer les conditions favorables à la coordination des acteurs</p>	<p><u>Axe d'amélioration 3.</u> Expérimenter la gestion de patients complexes</p>
Faiblesses	<ul style="list-style-type: none"> • Orientation des parcours • Faiblesse de la prévention/anticipation • Prise en charge globale non généralisée • Personnes du 18^{ème} arrondissement 	<p><u>Axe d'amélioration 2.</u> Améliorer l'existant</p>	

2- Amélioration du Parcours de santé des personnes âgées dans le Nord Est de Paris (territoire du 9,10,19ème arrondissement)

Pour chaque axe d'amélioration, les objectifs principaux ont été identifiés:

Axes d'amélioration		Objectif principal poursuivi
1	Créer les conditions favorables à la généralisation du nouveau modèle de prise en charge	Structurer la gouvernance du territoire (contrat de territoire)
2	Améliorer l'existant	Réduire les passages aux urgences évitables Lutter contre la dénutrition
3	Expérimenter la gestion de cas complexes	Assurer une prise en charge coordonnée - active et préventive - d'une cohorte de personnes âgées

2- Amélioration du Parcours de santé des personnes âgées dans le Nord Est de Paris (territoire du 9,10,19ème arrondissement)

Chaque levier fait l'objet d'une première déclinaison...

- Exemple Levier 3 : Faciliter l'accès en filière courte ainsi que la programmation

Objectifs spécifiques	Contribution au résultat collectif											
<ul style="list-style-type: none"> Développer l'accessibilité des unités gériatriques Améliorer le parcours de la personne à l'hôpital et l'interface ville/hôpital 	<ul style="list-style-type: none"> Eviter le passage aux urgences en anticipant les hospitalisations 											
Indicateurs : valeur initiale	Indicateurs : valeur cible											
<ul style="list-style-type: none"> Part des hospitalisations programmées à l'hôpital DMS et Nb d'unité médicale par séjour Nombre de passages aux urgences des plus de 75 ans 												
Proposition d'actions	Méd. ville	Urgences	Hospi MC	SSR	H & S LD	HAD	SSIAD	SAD	Réseaux	PPE / CLIC	ARS	CPAM
Organiser et faciliter l'accès aux services gériatriques et aux plateaux techniques en filière courte												
Programmer les évaluations gériatriques à domicile afin d'anticiper une dégradation / décompensation et les partager												
Mettre en place un circuit court au sein de l'hôpital, accessible directement ou à partir des urgences												
Développer la revue de dossier associant l'ensemble des intervenants (intra et extra) pour partager les expériences et évaluer les axes d'amélioration												
Déployer l'outil « Trajectoire » pour faciliter les orientations en SSR												
Référence / Bonne pratique à capitaliser												

2- Amélioration du Parcours de santé des personnes âgées dans le Nord Est de Paris (territoire du 9,10,19ème arrondissement)

Le projet de territoire se structure autour de 2 axes de travail

1. Réduire les recours inopportuns aux dispositifs d'urgence

5 leviers ont été identifiés :

- Favoriser l'éducation à la santé, informer et soutenir l'éducation thérapeutique
- Développer des stratégies de recours par défaut aux urgences
- Faciliter l'accès aux soins en filière ainsi qu'à la programmation
- Assurer le suivi médical et l'accompagnement à domicile
- Assurer la qualité de la prise en charge en structures d'hébergement

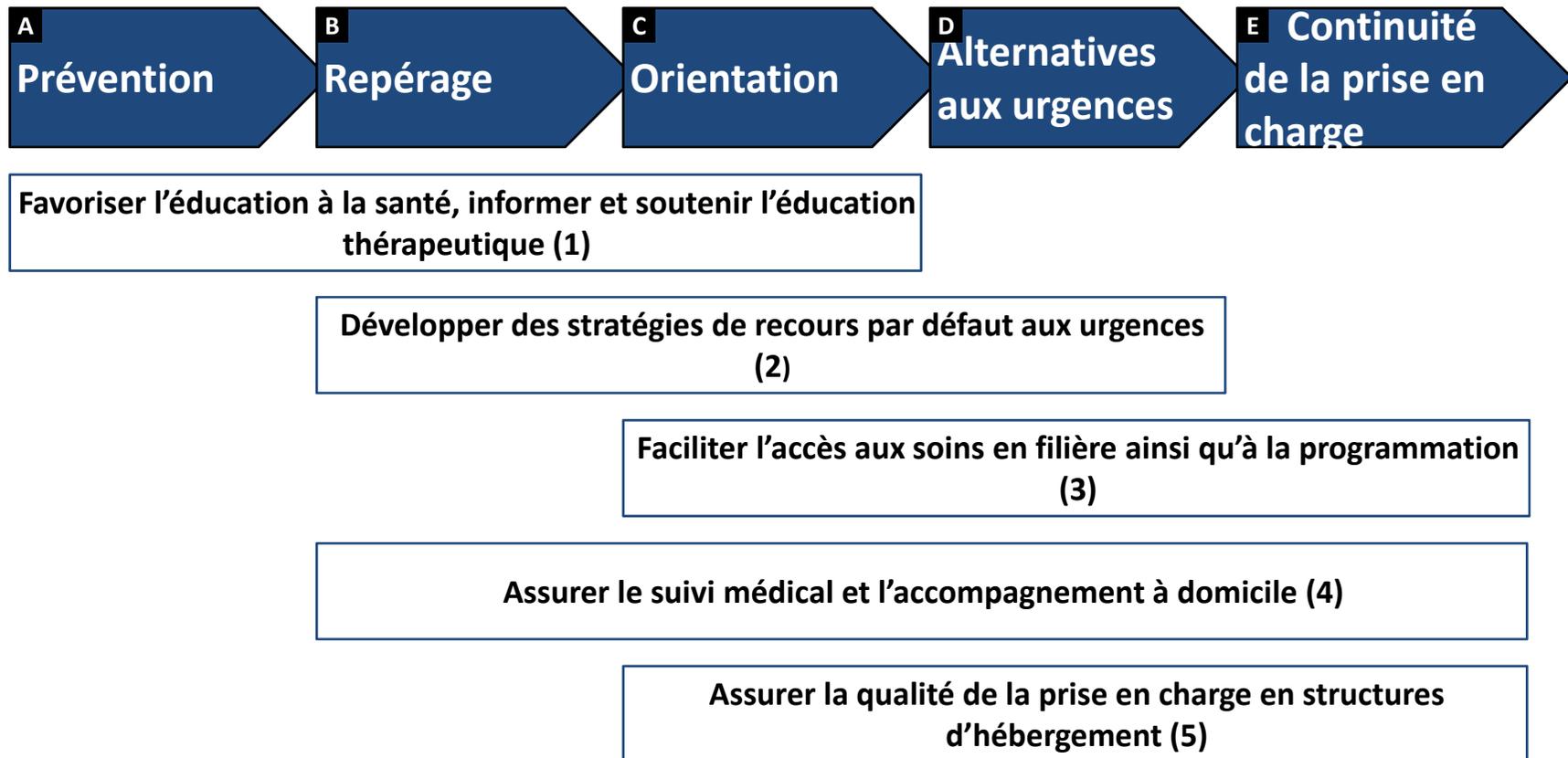
2. Gérer les parcours de santé de personnes atteintes d'insuffisance cardiaque

Ce programme vise à suivre de façon active les patients atteints d'insuffisance cardiaque selon une logique qui se décompose en 3 étapes :

- Repérer les patients de façon proactive et réactive
- Procéder à une évaluation multidisciplinaire
- Segmenter la population incluse dans le programme selon 3 niveaux de risque

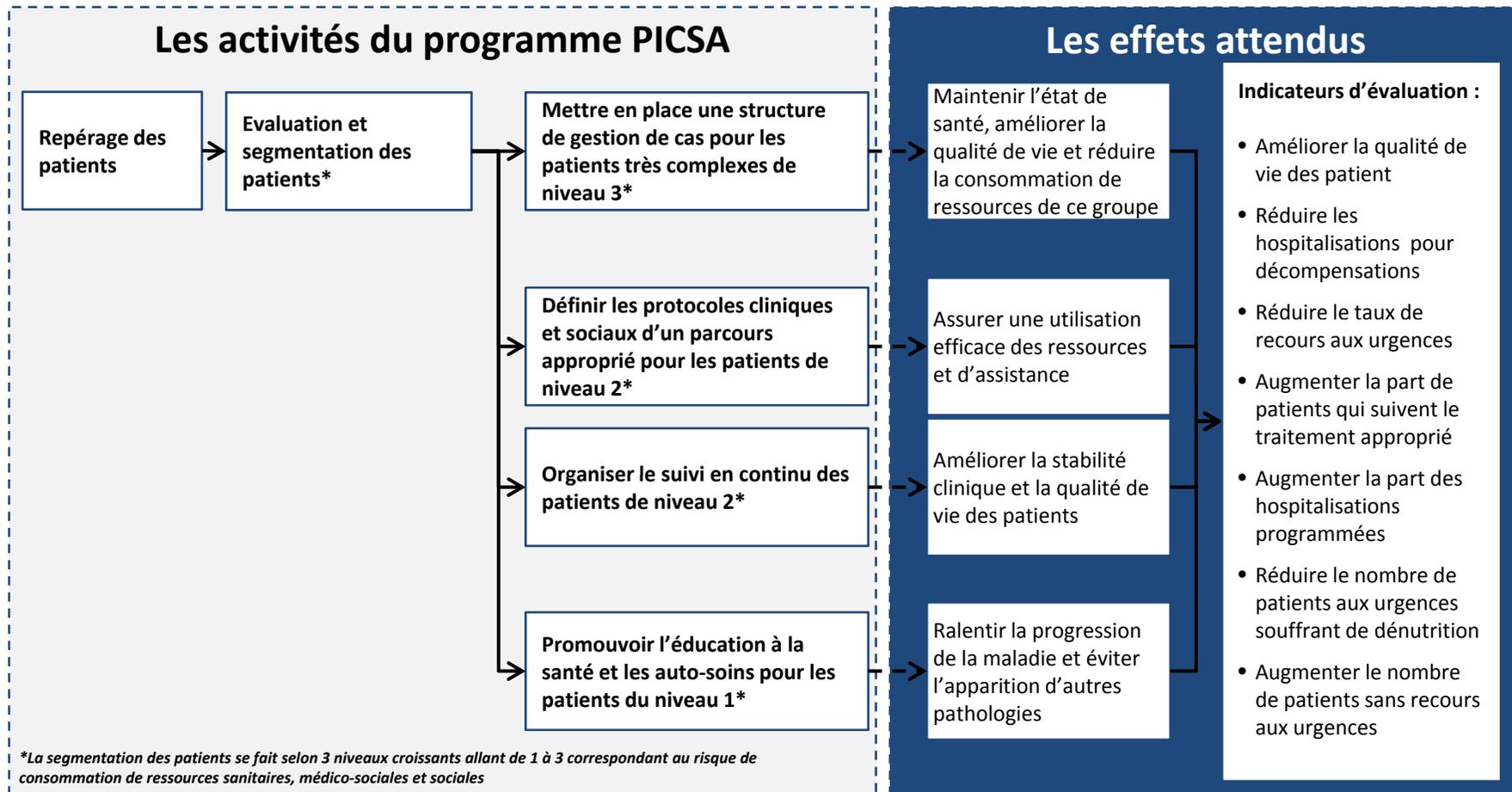
2- Amélioration du Parcours de santé des personnes âgées dans le Nord Est de Paris (territoire du 9,10,19ème arrondissement)

Les 5 leviers du premier axe de travail contribuent à différentes étapes du parcours de santé



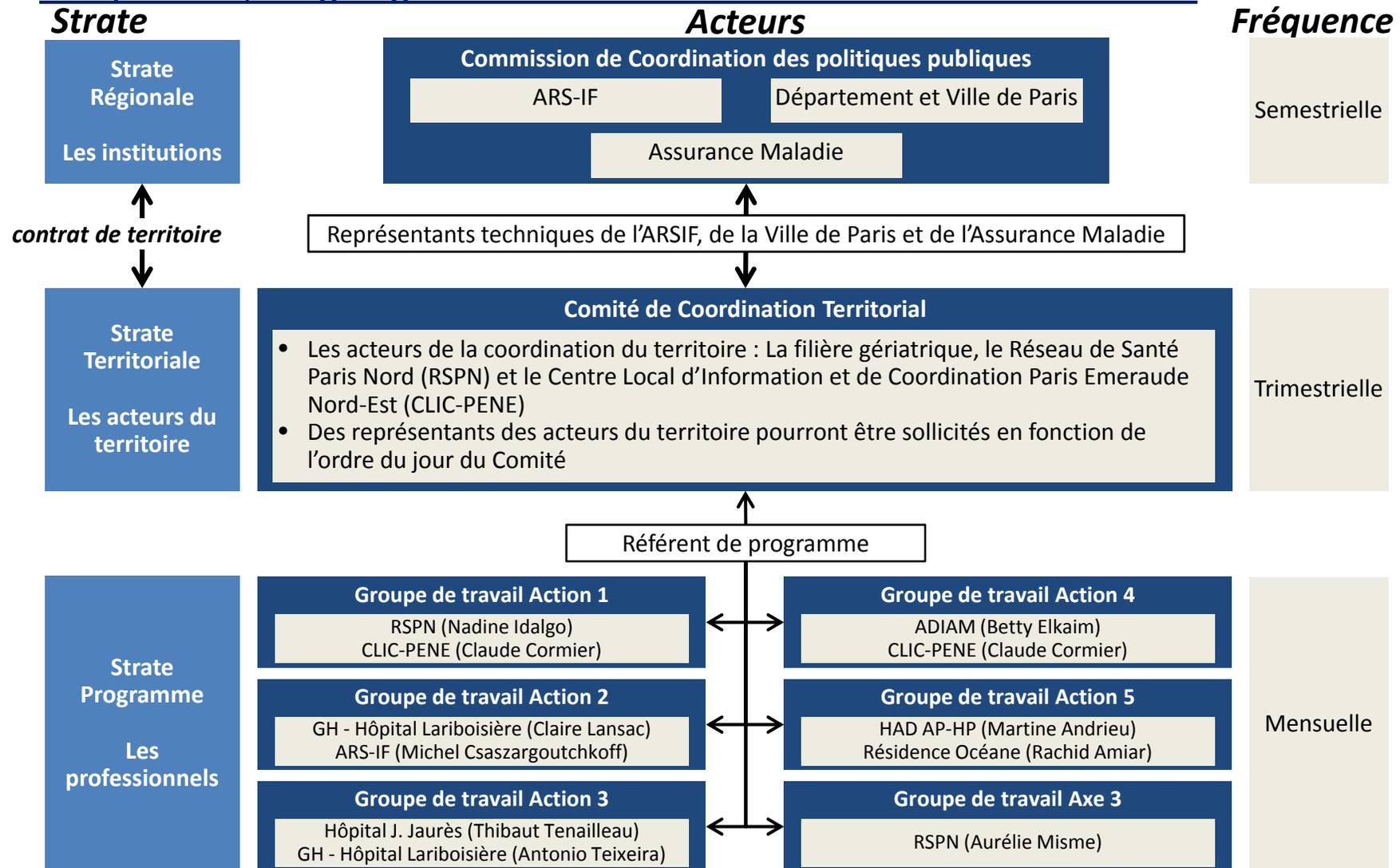
2- Amélioration du Parcours de santé des personnes âgées dans le Nord Est de Paris (territoire du 9,10,19ème arrondissement)

De la même manière la définition du programme insuffisant cardiaque chez les sujets âgés (PICSA) résulte d'une mise en commun de l'expertise des acteurs du programme



2- Amélioration du Parcours de santé des personnes âgées dans le Nord Est de Paris (territoire du 9,10,19ème arrondissement)

En synthèse, l'organigramme du contrat de territoire est le suivant :



2- Amélioration du Parcours de santé des personnes âgées dans le Nord Est de Paris (territoire du 9,10,19ème arrondissement)

Les indicateurs de résultats identifiés sur le territoire sont les suivants :

Indicateurs de résultats communs	
Utilisation des services	Valeur cible
Nb (ou taux) de recours aux urgences des 75 et plus	Diminuer
Nb (ou taux) de repassage aux urgences à 1 semaine des 75 et plus	Diminuer
Nb (ou taux) des réadmissions en hospitalisation des 75 et plus à 30 jours, 6 mois et 1 an	Diminuer
Nombre d'hospitalisations programmées des 75 et plus	Augmenter
Nombre d'admissions directes en SSR des 75 et plus	Augmenter
Taux d'hospitalisation depuis domicile des 75 et plus (sans passage par les urgences) remplacé par : Part des hospitalisations des 75 et plus en provenance du domicile qui n'ont pas été précédées par un passage aux urgences	Augmenter
Taux d'hospitalisation depuis l'EHPAD des 75 et plus (sans passage par les urgences) remplacé par : Part des hospitalisations des 75 et plus en provenance des EHPAD qui n'ont pas été précédées par un passage aux urgences	Augmenter
Mise en place d'un système d'information partagé	

**PRÉSENTATION DU PROJET
RÉGIONAL DE SANTÉ
TERRITOIRE DU VAL D'OISE**

Les caractéristiques du territoire du nord ouest Val d'Oise



Le nord ouest du Val d'Oise est un territoire situé géographiquement en marge du centre de la région.

➤ Un département contrasté sur le plan géographique et socioéconomique :

- Des zones urbaines densément peuplées au sud, à l'est et sur la ville nouvelle et des zones rurales isolées au nord et à l'ouest
- D'importants secteurs précarisés urbains ou ruraux.

➤ Des indicateurs socio-économiques globalement moins favorables qu'en IDF :

- Revenu médian: 19000€(21.000€en IDF).
- 16,1% de la population habite en ZUS (11% en IDF)
- 20 000 logements privés potentiellement indignes

➤ Le territoire de l'ouest et du nord Val d'Oise est confronté aux enjeux de la « grande couronne » :

- Une accessibilité géographique contrastée aux services de santé
- Des indices socio-économiques inférieurs à la moyenne régionale (IDH 2 : 0,579)
- Une pression accrue sur l'offre hospitalière pour pallier la diminution de l'offre en médecine de ville

Eléments de diagnostic territorial

➤ **Caractéristiques sociodémographiques**

➤ **Une population jeune :**

- les moins de 20 ans représentent 29 % de la population et pour certaines communes 30 à 35 % (ville nouvelle et est)

- un taux de natalité (16,2 naissances pour 1000 habitants contre 15,4 en IDF et 12,6 en France) et un indice de fécondité (2,2) élevés.

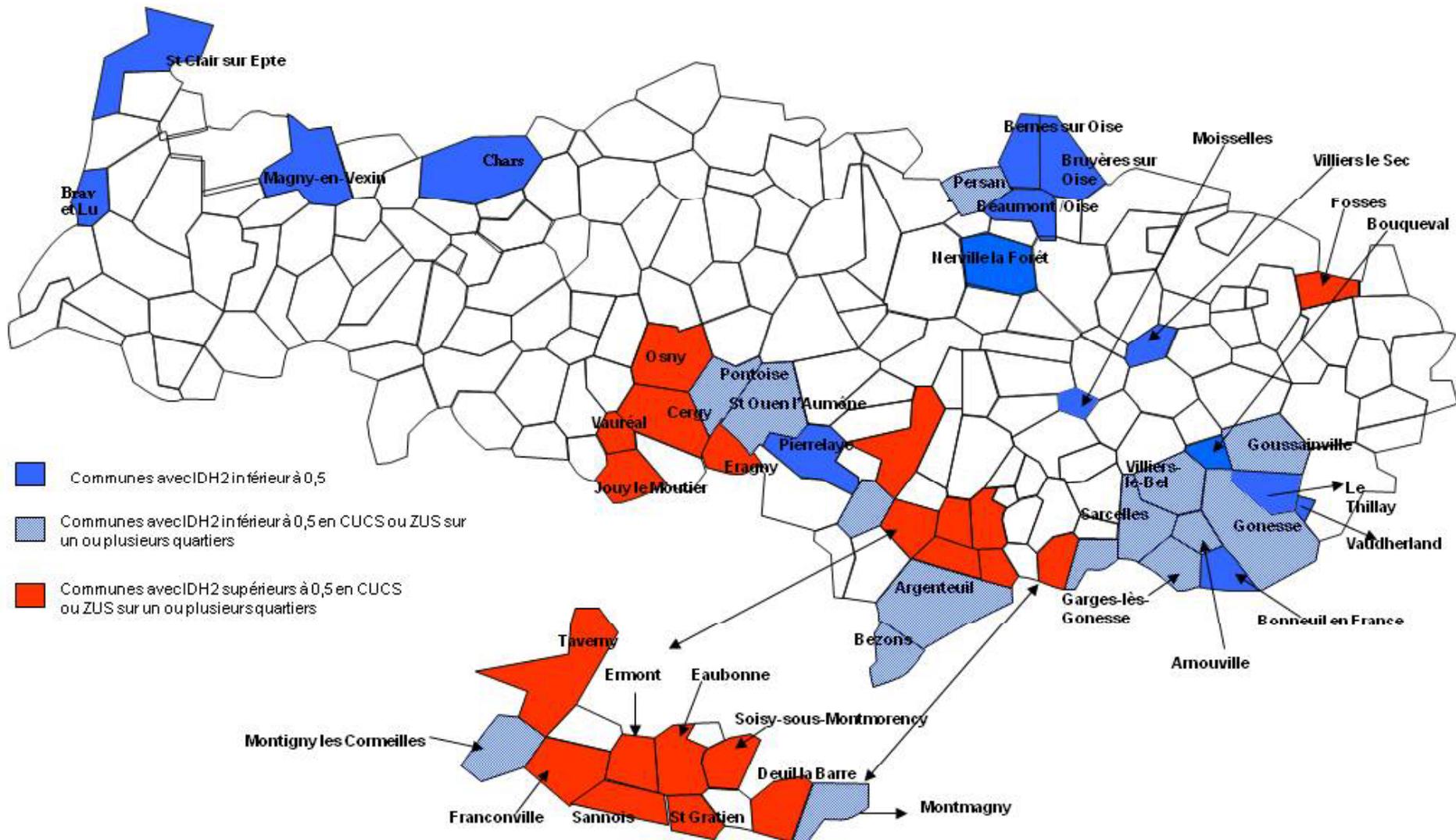
➤ **La part des personnes âgées + 75 ans est faible (5,1% contre 6,1 en IDF et 8,6 en France) mais va augmenter de 19 % d'ici 2020 et de 53% pour les + 85 ans.**

➤ **Un département contrasté sur le plan géographique et socioéconomique :**

- des zones urbaines densément peuplées au sud, à l'est et sur la ville nouvelle et des zones rurales isolées au nord et à l'ouest,

- d'importants secteurs précarisés urbains ou ruraux.

Le Val d'Oise et la précarité



Des indicateurs de santé défavorables

- **Le taux de mortalité prématuré :**
 - par cancer chez les femmes (60) et les hommes (96)
 - par alcoolisme et cirrhose pour les hommes (17,2)est le plus élevé de la région.

- **Une surmortalité pour les maladies cardio-vasculaires chez les hommes (148,7 contre 145,1 en IDF) et chez les femmes (95,4 contre 84,8 en IDF).**

- **Avec 60.000 personnes atteintes de diabète, le Val d'Oise est le 2ème département d'IDF après le 93 en nombre et en taux d'évolution de la maladie.**

- **Le taux de mortalité infantile (3,9) est supérieur au taux national (3,6) et porte notamment sur la mortalité néonatale. Taux le plus élevé après celui du 93.**

Une offre de santé territoriale à consolider

- Une démographie médicale préoccupante en établissements et en ambulatoire : 82 omnipraticiens pour 100 000 hab.(102 en IDF et 139 en France), 80 spécialistes (121 en IDF et 137 en France),51 IDE contre 60 en IDF
- L'offre sanitaire répond globalement aux besoins de la population (sauf en psychiatrie) mais des organisations et complémentarités entre établissements sont nécessaires pour assurer sa pérennité .
- La permanence des soins ambulatoire est d'ores et déjà insuffisante sur le Vexin, Louvres et Survilliers.
- L'offre de prévention est à développer notamment dans le nord et l'est.
- L'offre médico-sociale est insuffisante sur le handicap(notamment psychique et l'autisme), les services de soins infirmiers à domicile et l'addictologie .

Les principales orientations du PRS à 5 ans

A) La prévention à renforcer et à structurer .

B) Des parcours de santé à améliorer par des actions transversales et multi-partenariales sur :

- les personnes âgées,
- la santé mentale,
- la périnatalité ,
- les publics précaires et en situation d'exclusion.

C) – Une offre de santé à renforcer et restructurer :

- sur l'ambulatoire
- pour les personnes handicapées
- pour les personnes souffrant de conduites addictives,
- l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques à développer

**PRÉSENTATION DU
TERRITOIRE NORD OUEST DU
VAL D'OISE**

L'offre hospitalière de soins du territoire du nord et ouest Val d'Oise



L'offre hospitalière de soins se compose de structures complémentaires, et graduées :

- d'un centre hospitalier de référence : CH. René Dubos à Pontoise.

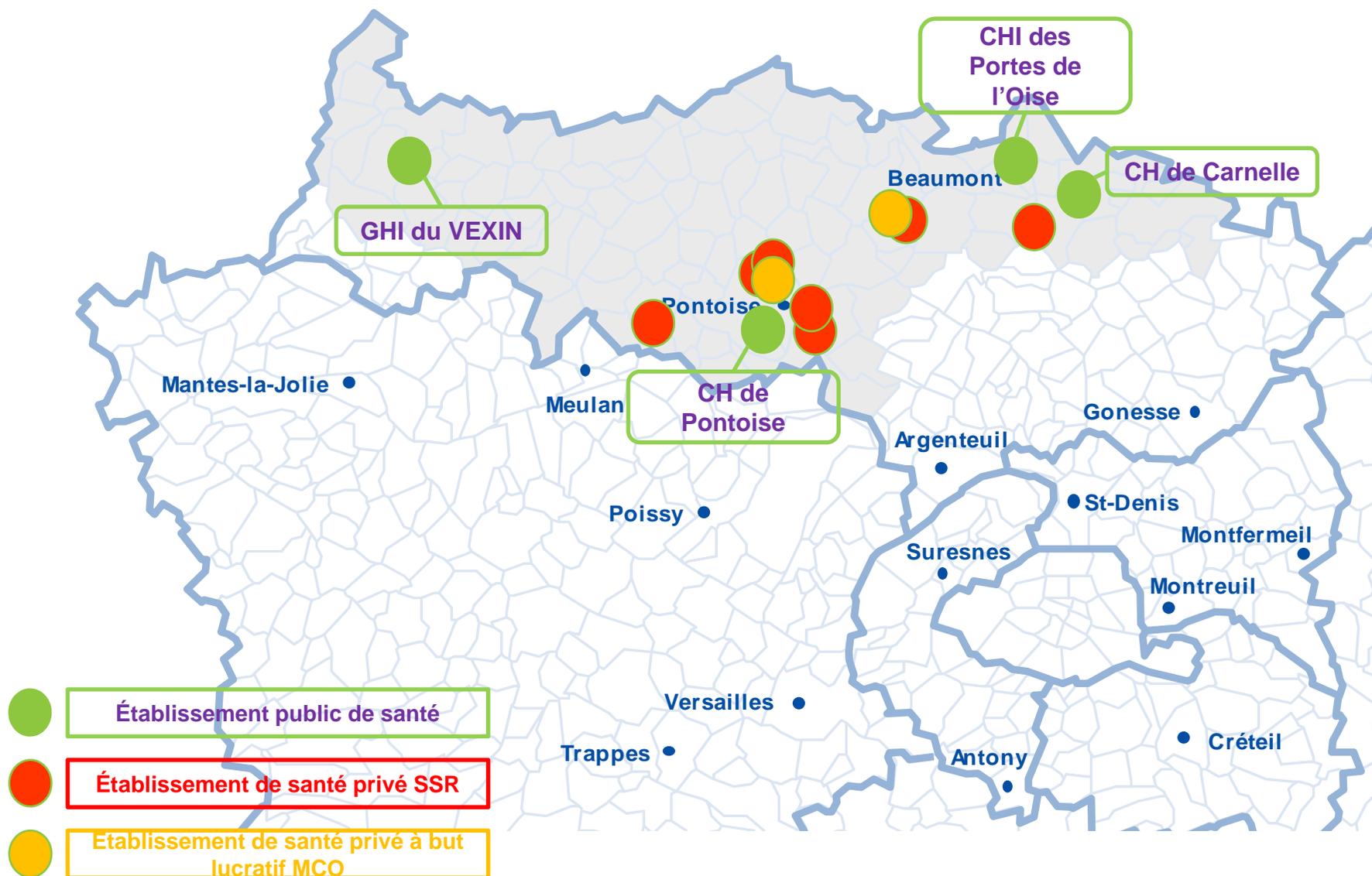
- d'établissements publics de santé de proximité : CHI. des Portes de l'Oise à Beaumont s. Oise, GHI. du Vexin à Magny.

- d'établissements de santé privés : Clinique Ste Marie à Osny, Clinique Conti à l'Isle Adam, Clinique médicale du Parc à St Ouen l'Aumône, centre de psychothérapie d'Osny.

- d'établissements spécialisés en SSR ou en soins de longue durée : Clinique de Belloy, Clinique de l'Oseraie, Clinique diététique d'Ennery, CRRF La châtaigneraie à Menucourt, Fondation Chantepie-Mancier.

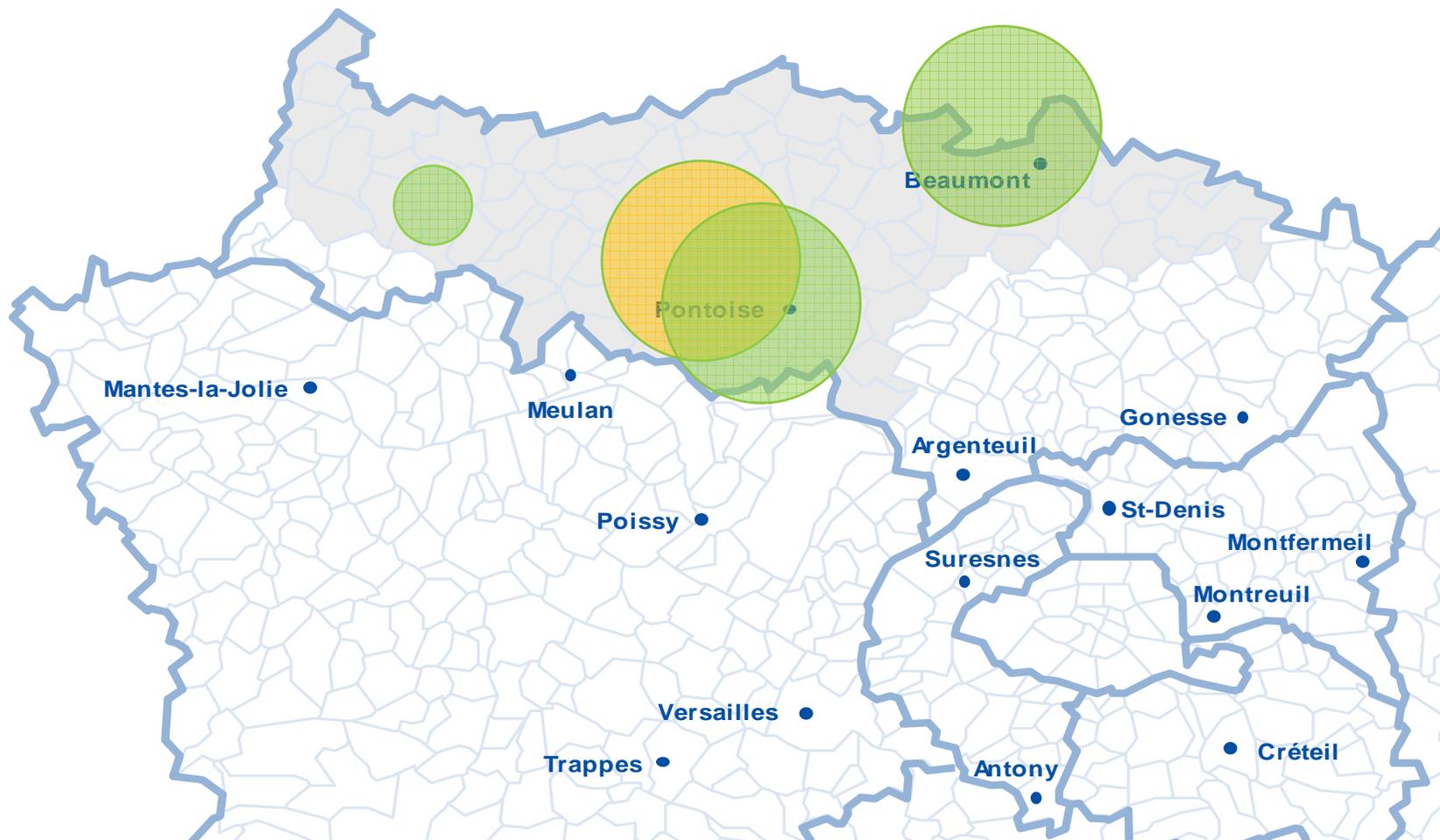
Le territoire du nord et ouest Val d'Oise

L'offre de soins MCO et SSR



Pourquoi coopérer dans ce territoire?

Les services d'urgence du territoire



**LA MISE EN ŒUVRE
TERRITORIALE DU SROS
DANS LE 95**

Les objectifs du SROS dans l'ouest et le nord du Val d'Oise

Les enjeux identifiés dans le SROS-PRS de ce territoire :

Les urgences :

- Engager le programme d'aval des urgences (favoriser les liaisons, les fonctions de coordination, et développer les partenariats avec la médecine de ville).
- Améliorer la définition et la lisibilité de l'offre de soins de médecine d'urgence du territoire.
- Améliorer les conditions de travail au sein des services d'urgence.

La périnatalité : réguler la prise en charge des parturientes selon la gradation des maternités

Les personnes âgées :

- Conforter la prise en charge du sujet âgé (équipe mobile en psychiatrie), l'offre médicale psychiatrique dans la filière gériatrique (Hôpital de jour gériatrique), l'offre en proximité et les alternatives à l'hospitalisation temps plein (chimiothérapie ambulatoire, IRC)
- Faciliter le parcours des résidents d' EHPAD
- Conforter l'offre en soins palliatifs.

Les objectifs du SROS dans l'ouest et le nord du Val d'Oise (2)



Les enjeux identifiés dans le SROS-PRS de ce territoire :

Les personnes souffrant d'addictions : consolider l'offre et les filières de soins

Psychiatrie et santé mentale : développer l'offre (petite enfance, adolescence, adultes, gériopsychiatrie), et les articulations avec le secteur médico-social.

Cancérologie : développement de la prévention, et maintenir l'offre actuelle

Activité universitaire : qualification hospitalo-universitaire du CH de Pontoise

La déclinaison du SROS dans l'ouest et le nord du Val d'Oise



Mettre en œuvre les préconisations du SROS-PRS

- 1. Promotion d'une nouvelle organisation sanitaire avec une articulation en réseaux des établissements**
- 2. Maintenir une offre de soins efficiente et de qualité sur le territoire**
- 3. Développer les nouvelles pratiques et le partage des ressources dans un contexte de pénurie médicale**
- 4. Favoriser les prises en charge transversales entre l'offre publique et privée**

Pourquoi coopérer dans ce territoire?

Une offre de soins publique et privée qui couvre globalement les besoins de santé, mais en voie de fragilisation compte tenu :

1- des contraintes de démographie médicale et des difficultés de recrutement de personnels médical et paramédical

2 - Des investissements immobiliers des établissements publics de santé de l'ouest du territoire à prévoir, nécessitant une mise en cohérence de leurs projets

3 - Des difficultés budgétaires rencontrées par certains établissements de santé

**LES CONTOURS DU PROJET
DE COOPÉRATION
TERRITORIALE**

Les enjeux du projet de coopération territoriale

Poursuivre l'approfondissement des projets de coopération existants

1. La coopération médicale entre le CH de Pontoise et le CHI des Portes de l'Oise est déjà engagée sur :

- La réanimation,
- Les urgences,
- L'obstétrique,
- La cancérologie,
- La chirurgie.

2. La création en cours d'un laboratoire de biologie médicale commun entre le CH de Pontoise et le CHI des Portes de l'Oise

3. La mise en place de la PDSES entre les hôpitaux et cliniques.

Les objectifs attendus du projet de coopération territoriale

- 1- Les coopérations doivent stabiliser la couverture de l'offre de soins et garantir l'accessibilité de la population aux services de santé dans les zones urbaines et rurales confrontées à des difficultés économiques et sociales.

- 2- Le développement de l'attractivité et la performance des établissements de santé du territoire pour garantir le recrutement de personnels médicaux et de professionnels de santé.

- 3- La constitution de filières de soins transversales permet d'améliorer et fluidifier l'organisation de la prise en charge médicale.

- 4- L'efficacité de l'organisation des services de santé. Les mutualisations doivent permettre de couvrir l'ensemble des activités des établissements de santé, notamment en poursuivant la graduation de l'offre hospitalière autour du CH de Pontoise.

- 5- Pérenniser l'offre de soins. Les coopérations doivent favoriser la prise en charge d'un panel de services de qualité, accessible financièrement à l'ensemble de la population.

- 6- Porter le projet universitaire du CH de Pontoise.

Les projets de coopération territoriale entre les quatre établissements publics du territoire

A ce jour , une réflexion commune est engagée entre les quatre établissements publics de santé du territoire, à laquelle les cliniques MCO sont étroitement associées.

Les discussions entre les équipes des hôpitaux portent sur :

- 1- L'optimisation des parcours patients et l'organisation des filières
- 2- Le développement des alternatives à l'hospitalisation
- 3- Une réflexion sur l'accès aux spécialités et à l'offre de consultations spécialisées
- 4 – La définition d'un service d'urgences de territoire
- 5 – Le développement et l'amélioration de la prise en charge en cancérologie
- 6 – La consolidation et l'optimisation de l'imagerie
- 7 – Le développement et la coordination de la prise en charge en santé mentale et des addictions
- 8 – La réalisation du projet de laboratoire de biologie médicale de territoire

Les projets communs de coopération territoriale entre les hôpitaux et les cliniques



Les établissements de santé publics et privés collaborent ensemble sur le territoire.

Les cliniques privées participent aux temps forts de concertation comme le forum du 5 octobre 2012 organisé par le CH de Pontoise.

Des sujets sont travaillés en commun entre les centres hospitaliers et les cliniques qui portent à ce jour sur :

- La prise en charge de la PDSES**
- Les activités spécialisées de cancérologie et l'organisation des filières**
- Les parcours de soins du patient (personne en perte d'autonomie, santé mentale, prise en charge des addictions, les maladies chroniques)**
- L'imagerie médicale**

Un projet de coopération devra s'inscrire dans les engagements du pacte territoire santé



Le projet de coopération territoriale devra renforcer l'attractivité de ce territoire pour les nouveaux médecins et professionnels de santé

Ce projet prend en compte certains des engagements du « pacte territoire santé » :

La transformation des conditions d'exercice des professionnels de santé

Le développement du travail en équipe

Le développement de la télémédecine

L'accélération du transfert de compétences

L'investissement dans les territoires

Garantir un accès aux soins urgents en moins de 30mn

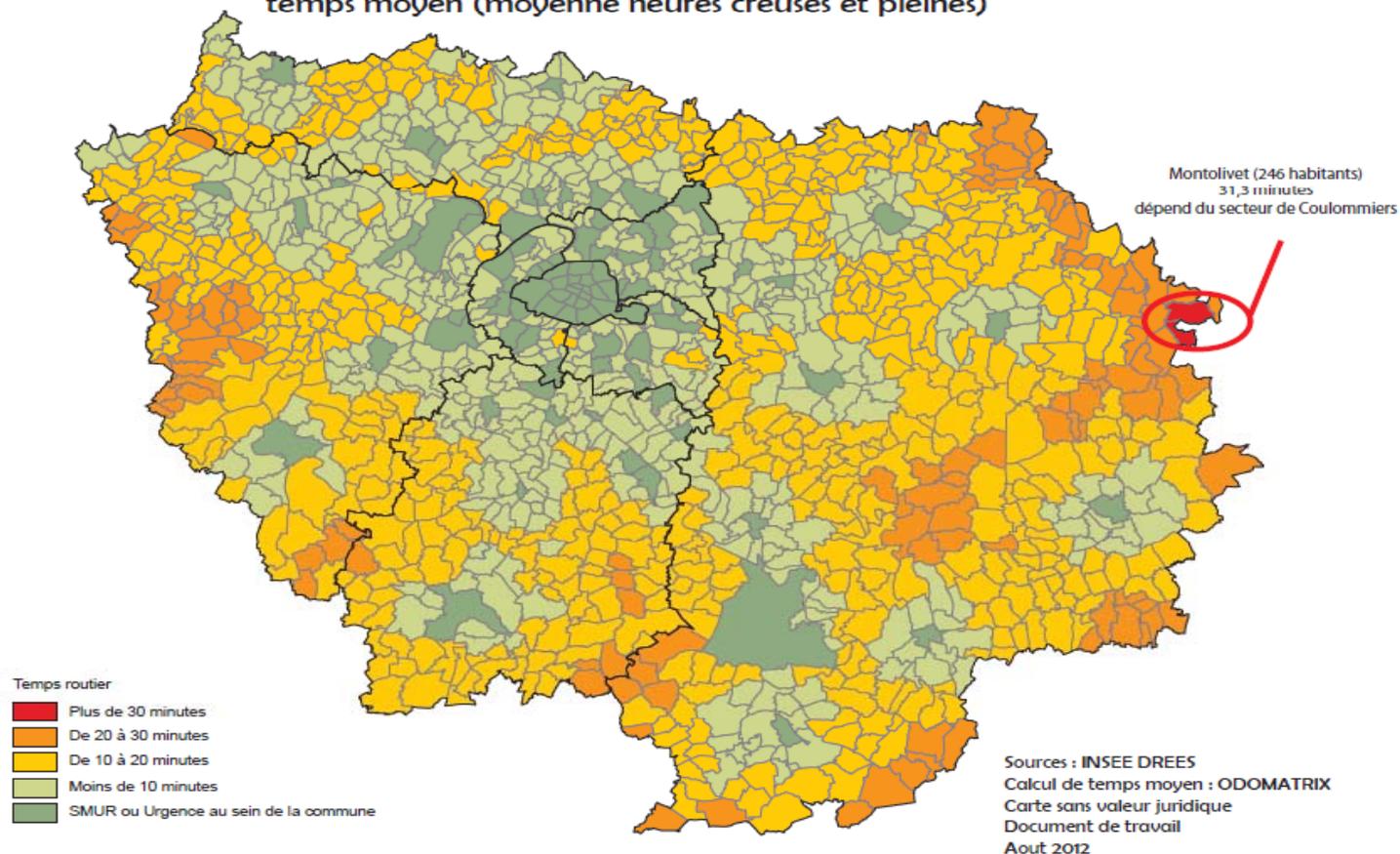
L'adaptation des hôpitaux de proximité et responsabiliser les CH de niveau régional (CH de Pontoise)

Conforter les centres de santé

ANNEXES

Annexe 1 : le temps d'accès aux urgences

Temps théorique d'accès routier à un service d'urgence (SMUR ou Urgence) à l'échelle de la commune
 temps moyen (moyenne heures creuses et pleines)



ANNEXE 2 : les axes stratégiques du projet médical commun dans le cadre de la CHT



Le projet, en cours d'élaboration par les équipes des hôpitaux, repose sur 8 axes stratégiques :

1- L'optimisation des parcours patients et l'organisation des filières

Il s'agit de diagnostiquer tous les séjours " longs" (en MCO et en SSR notamment sur les 4 structures hospitalières) afin de repérer les points de blocage ou de rupture et d'identifier / d'optimiser toutes les structures d'aval au sein de la CHT afin de parvenir à une "préférence communautaire " à même d'améliorer le circuit de prise en charge du patient. La constitution de filières de prise en charge de la personne âgée favorisera la fluidité des parcours de soins et décroisonnera l'hôpital, la médecine de ville et le secteur médico-social.

2- Le développement des alternatives à l'hospitalisation

Il s'agit de développer tous les "circuits courts et directs " de prise en charge au sein du territoire afin d'éviter le passage aux urgences et à l'hôpital et il s'agit de favoriser les prises en charge à domicile y compris par le développement d'hébergements non médicalisés (ex: santé mentale ...) ou de services à domicile (SIAD ou HAD ...).

ANNEXE 2 : les axes stratégiques du projet médical commun dans le cadre de la CHT (2)



3- Une réflexion sur l'accès aux spécialités et à l'offre de consultations spécialisées

Il s'agit de mettre à disposition du temps ou de la compétence de spécialistes lorsque le secteur libéral fait défaut pour assurer un accès et une couverture sur le territoire par différents moyens (consultations avancées , accès privilégiés en terme de délais de RDV, téléconsultations...). L'objectif est de garantir l'accès de la population sur l'ensemble du territoire aux services de santé dans des délais raisonnables.

4 – La définition d'un service d'urgences de territoire

Les membres de la CHT disposent de 3 autorisations qui s'inscrivent pleinement dans les orientations du SROS définies par l'ARS. Dans ce contexte , il s'agit de mettre en œuvre une équipe médicale et un projet de service d'urgences de territoire en lien avec la médecine de ville ou l'offre de premier recours et qui devra s'attacher à la résolution de la une problématique d'aval et de gestion de flux / filières.

5 – Le développement et l'amélioration de la prise en charge en cancérologie

Il s'agit de graduer la prise en charge entre établissements, de faciliter la diffusion de bonnes pratiques communes (DA , PPS , RCP...), de mieux mailler la prise en charge des fonctions supports , le maintien à domicile et la fin de vie si nécessaire, en lien avec les opérateurs externes et notamment le réseau ONOF.

ANNEXE 2 : les axes stratégiques du projet médical commun dans le cadre de la CHT (3)

6 – La consolidation et l'optimisation de l'imagerie

L'organisation de cette activité évolue très rapidement. La ressource en radiologues dans le secteur public se raréfie, la pertinence de la surspécialisation, les possibilités de délégation de compétences et les évolutions techniques (par exemple sur le transfert d'images) nécessitent de réfléchir à de nouvelles formes d'organisation territoriale de l'imagerie,

7 – Le développement et la coordination de la prise en charge en santé mentale et des addictions

Il s'agit de partager les pratiques professionnelles entre les différents secteurs, de faciliter les orientations notamment à partir des urgences, de promouvoir des projets communs complémentaires et non concurrents (unité de psycho gériatrie...). La CHT doit organiser une stratégie commune pour faire face à la pénurie médicale, et participer au développement des projets (ex. La pédopsychiatrie).

8 – La réalisation du projet de laboratoire de biologie médicale de territoire

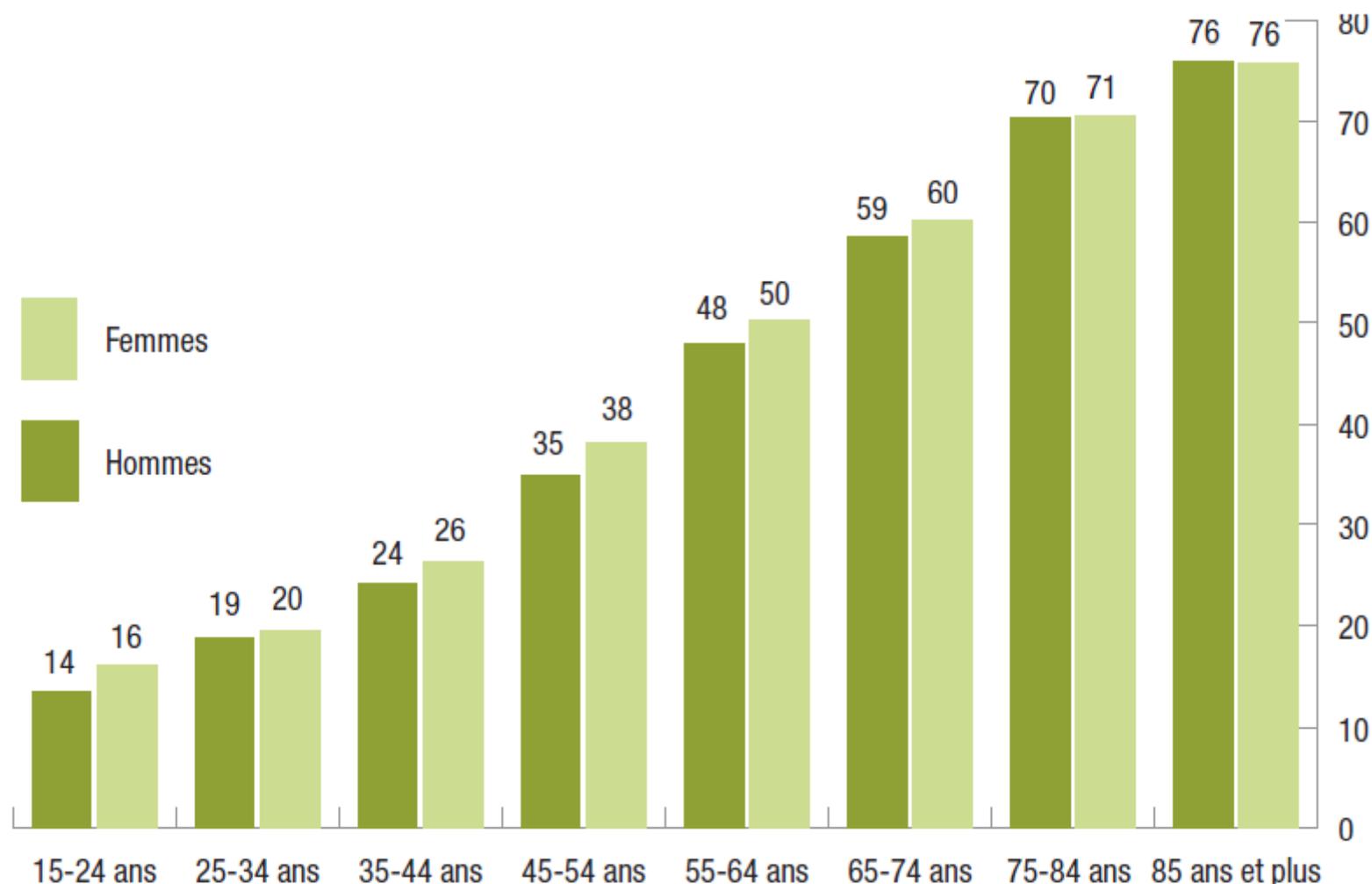
La CHT dispose d'une organisation aujourd'hui très disparate de la biologie médicale, avec une biologie sur site (GHIV) , une biologie réalisée par un site (le CHC auprès du CHIPO) et un projet de laboratoire unique regroupé et accrédité pour deux sites (CHIPO/CHRD) . Il s'agit d'optimiser ce fonctionnement en mettant en œuvre les projets en cours et en allant plus loin (réflexion sur la biologie spécialisée , sur la permanence des soins...).

**BESOINS DE SANTE DE LA
POPULATION ET BESOINS EN
PROFESSIONNELS EN ILE DE
FRANCE**

Les problèmes de santé reflètent la double transition démographique et épidémiologique

- Vieillesse : le nombre de personnes âgées (dans une population qui s'accroît) et leur part relative dans la population augmentent
 - Le poids des maladies chroniques augmente d'autant : augmentation du besoin et de la demande de soins ce d'autant que s'ajoute un « *effet de génération* » qui voit vieillir des personnes habituées à un accès facile aux soins et au progrès technologique
- Mais le vieillissement augmente aussi le poids des limitations d'activité (si l'EV continue d'augmenter, la part des années sans incapacité diminue) : augmentation des besoins d'accompagnement
 - *Quelques illustrations chiffrées (DREES, 2011) ...*

GRAPHIQUE 2 • Maladie chronique déclarée selon le sexe et l'âge en 2009 (en %)



* Libellé de la question : «Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable?».

Champ : France métropolitaine, population des ménages ordinaires, 15 ans ou plus.

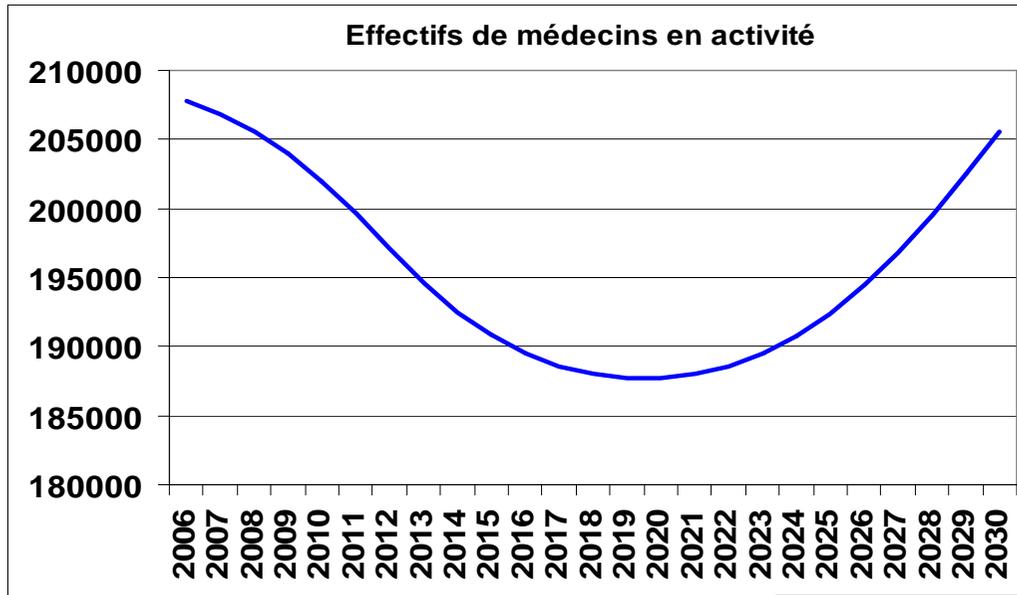
Sources : Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)-SILC, INSEE-Eurostat, 2009.

Les problèmes de santé reflètent aussi la « transition (question) sociale »

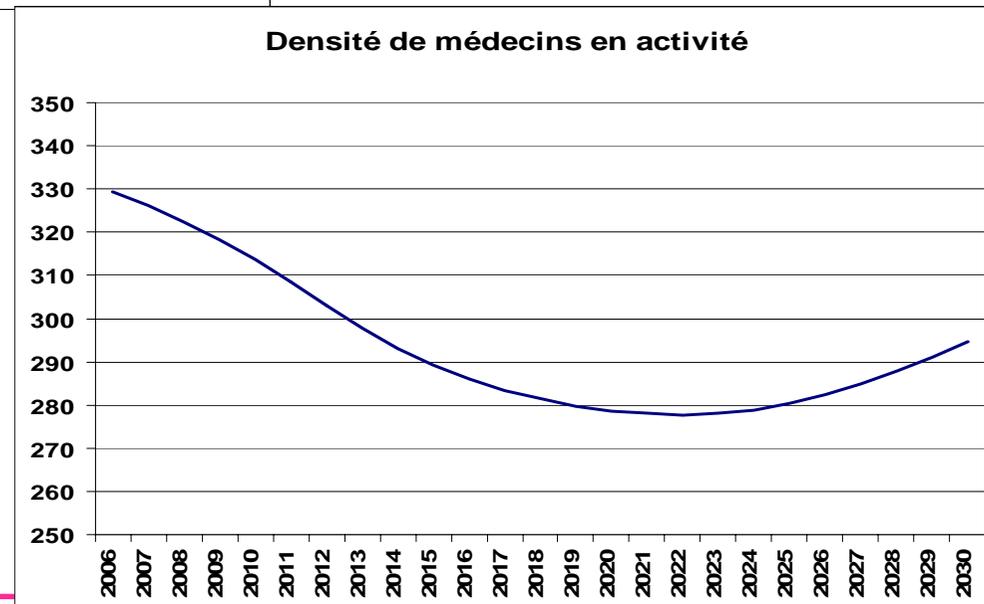
- Si l'Espérance de Vie continue d'augmenter, la part des années sans incapacité diminue, d'autant plus qu'on « descend » dans l'échelle sociale ;
- Les problèmes de santé se cumulent d'autant plus qu'on « descend » dans l'échelle sociale, avec une fréquence particulière des comorbidités psychiatriques et une multiplication des situations complexes (médico-psycho-sociales ; Barnett et al, 2012).
- *Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. Karen Barnett, Stewart W Mercer, Michael Norbury, Graham Watt, Sally Wyke, Bruce Guthrie. www.thelancet.com Published online May 10, 2012 DOI:10.1016/S0140-6736(12)60240-2*
- Ce qui questionne la logique exclusive de spécialisation d'organe chez les médecins et souligne le besoin de professionnels de la coordination et de l'accompagnement

**DEMOGRAPHIE MEDICALE :
QUELS SPECIALISTES POUR
QUELS BESOINS ?**

Le nombre de médecin devrait diminuer jusqu'en 2030



La densité devrait également diminuer



Source : DREES

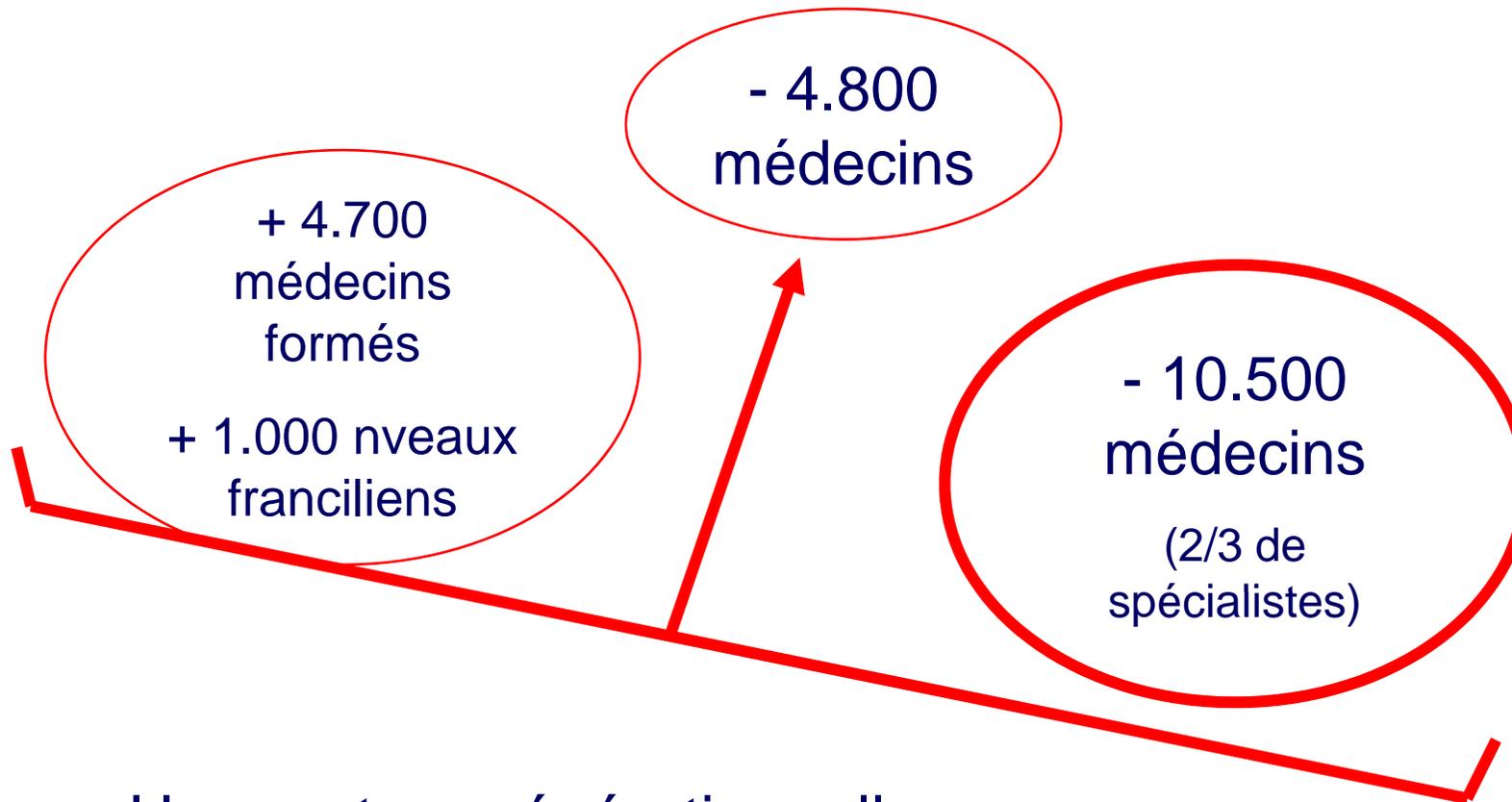
Des postes vacants

- Depuis plusieurs années, c'est essentiellement en médecine générale, et, dans une moindre mesure, en santé publique et médecine du travail que des postes restent vacants.
- Pour ces trois spécialités, 685 postes n'ont pas été pourvus en 2011, dont 633 en médecine générale, 40 en médecine du travail et 12 en santé publique.

**PLAN STRATEGIQUE REGIONAL
DE SANTE
VOLET SANITAIRE DU SCHEMA
REGIONAL D'ORGANISATION
DES SOINS**

Trois enjeux majeurs :

1.1 – La démographie des professions de santé 2012 – 2017



Une rupture générationnelle:

- 40% des médecins actifs en 2012 seront retraités dans 10 ans, soit 20.000 départs

— **Trois enjeux majeurs :**

1.2 - Démographie: risques, enjeux et propositions

— **Le risque:**

- La démographie des professions de santé à 5 – 10 ans porte le risque majeur que l'offre de soins soit soumise à la disponibilité des professionnels et non aux besoins de santé des populations.

— **Les enjeux:**

- Maintenir un maillage équilibré des territoires, optimiser le recours aux professionnels, déployer des politiques et des actions pour maîtriser l'impact de la démographie sur l'offre de soins

— Une déclinaison territoriale forte

1. Les Coopérations

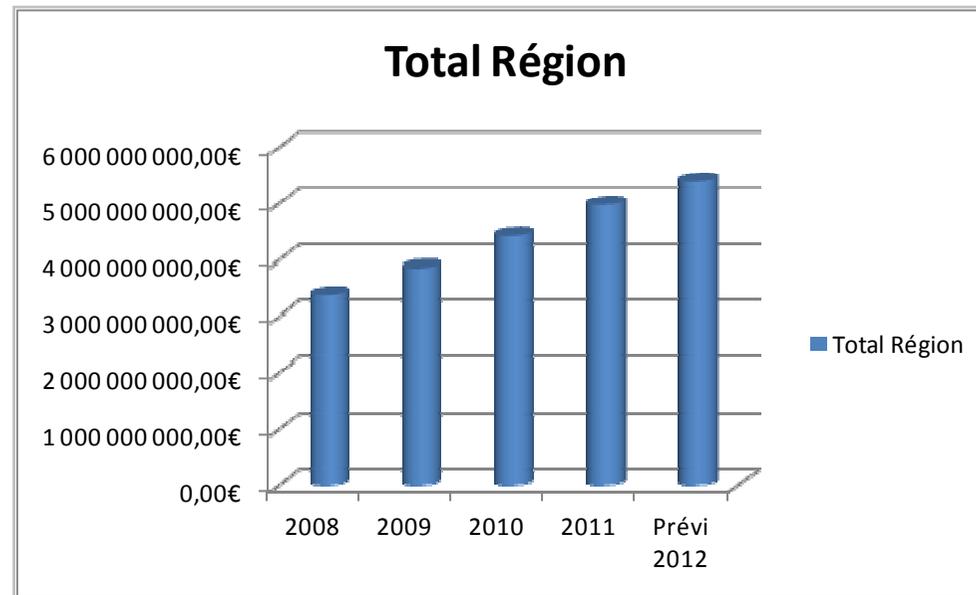
- Favoriser les projets de coopération structurants
- Appuyer les projets transversaux et sectoriels
- Favoriser le développement d'équipes territoriales
- Coordonner et harmoniser les stratégies des acteurs hospitaliers autour de projets médicaux
- Promouvoir les GCS pour organiser / faciliter les regroupements
- Appuyer les regroupements de plateaux techniques d'un même territoire
- ... avec une méthodologie structurée

— Une déclinaison territoriale forte choix de l'approche REGIONALE

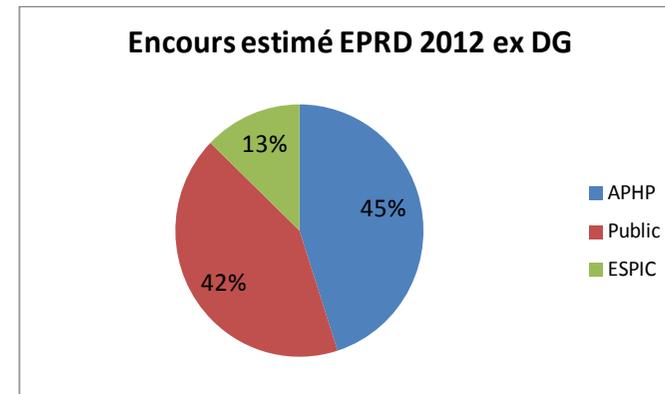
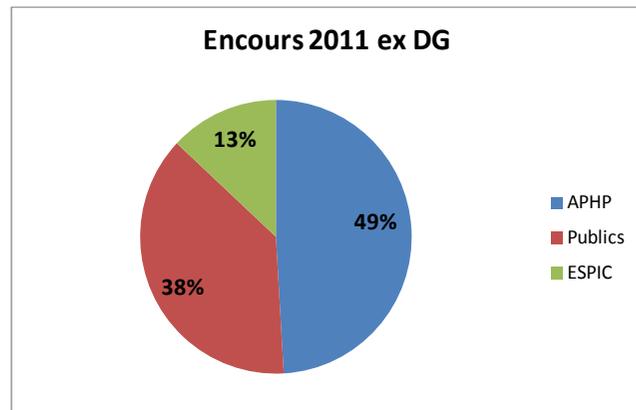
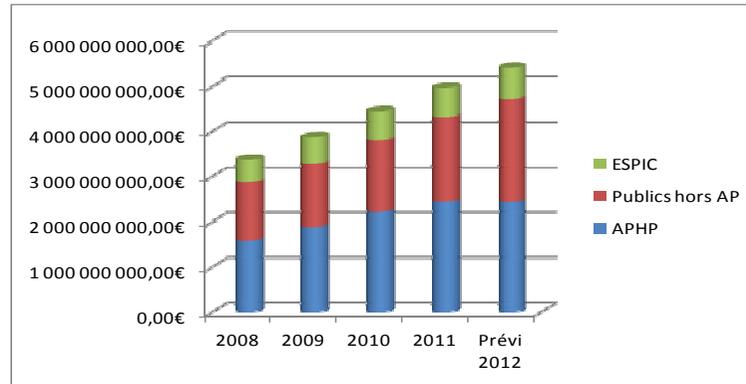
2. Le

- Une nécessaire (et difficile) anticipation du Grand Paris
- Les difficultés de la grande périphérie
 - Des établissements fragiles
 - Victimes des difficultés de la démographie médicale
 - Face à des enjeux de qualité / seuils complexes
 - Parfois soutenu par un établissements... parfois en concurrence délétère
 - Avec des équilibres précaires
 - Cancérologie / chirurgie / obstétrique
 - Urgences / anesthésie / chirurgie
 - Imagerie / urgences / permanence et continuité des soins

**ETAT DE L'ENDETTEMENT DES
ETABLISSEMENTS DE SANTE
D'ILE DE FRANCE 2008 - 2012**

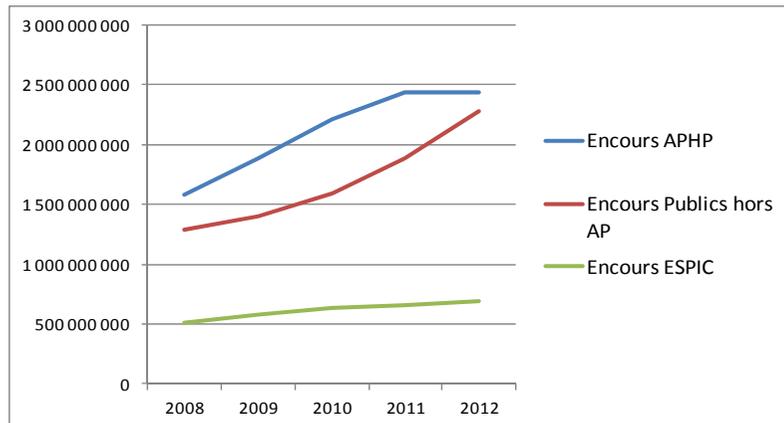


- L'endettement des établissements ex DG (hors lignes de trésorerie) s'élevait en 2011 à 4.976 Mds €.
- Il a évolué de 47% entre 2008 et 2011, 60% entre 2008 et 2012.
- En 2012, selon les prévisions de l'EPRD, les établissements ex DG s'endetteraient de 426 M€ supplémentaires par rapport à 2011 (736 M€ d'emprunts supplémentaires et 310 M€ de remboursements,). L'endettement estimé atteindrait en fin d'exercice les 5.4 Mds €.

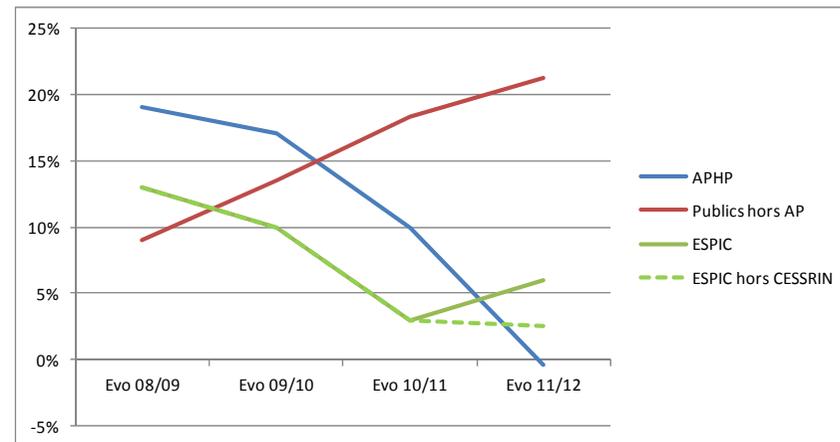


- Le poids des ESPIC dans l'endettement régional est stable depuis 2008 (entre 13 et 14% du total).
- En revanche les établissements publics hors APHP continuent sur une dynamique forte d'endettement, tandis que l'APHP se désendette. (v suiv)

Encours de la dette par catégorie d'établissement

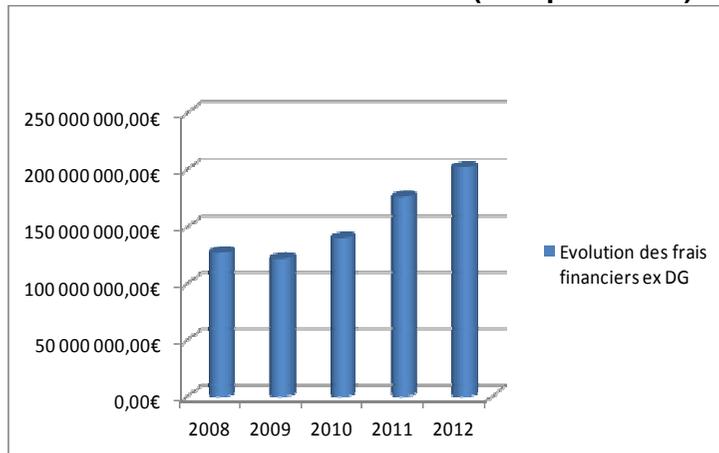


Evolution du rythme d'endettement

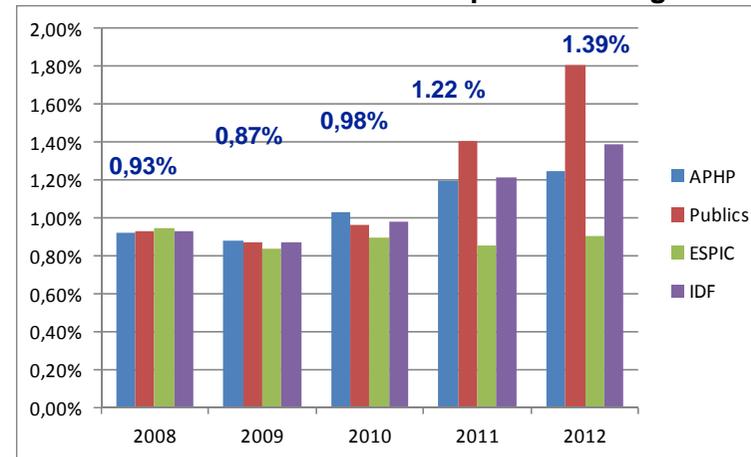


- Les graphiques ci-dessous témoignent du maintien fort du rythme d'endettement des établissements publics de santé, dont l'encours de dette devrait augmenter entre 2011 et 2012 de près 400M€, soit plus de 20%.
- L'APHP se désendette en développant l'autofinancement de son programme d'investissement, sur la base de la réduction des déficits d'exploitation, et la mise en place d'un programme volontariste de cession des actifs
- Le rythme d'évolution de l'endettement ESPIC diminuerait également sur l'estimation 2012 (+2.6%), si on le retraits d'un projet particulier situé dans le 78.

Evolution des frais financiers (Compte 66 – H)

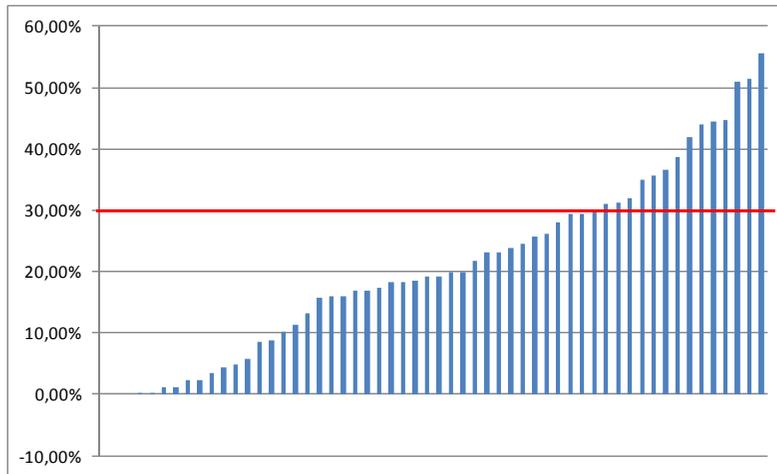


Frais financiers / Total des produits budget H

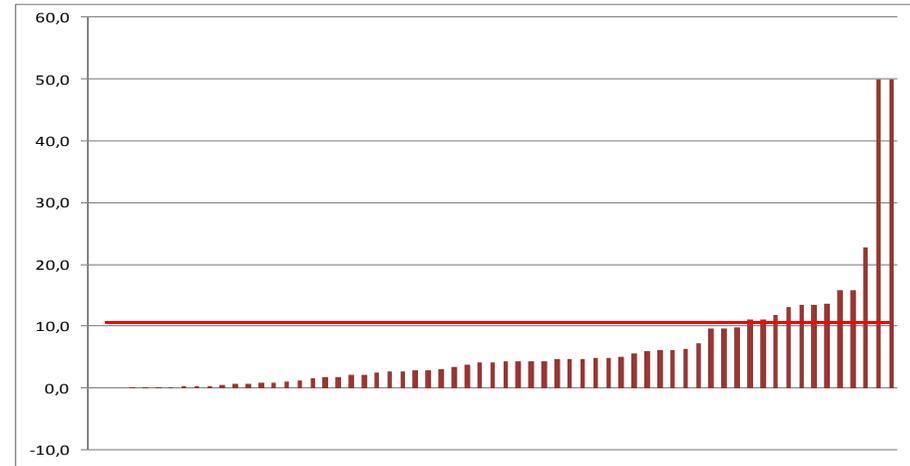


- Les frais financiers des établissements ex DG ont progressé régulièrement sur les dernières années. La part de recette constatée au paiement des charges financières à évolué en conséquence ;
- Ils ont évolué de 59% entre 2008 (126 M€), et l'estimation prévisionnelle 2012 (201M€). Une part de plus en plu importante des recettes est affectée au paiement de ces charges (long terme, et concours de trésorerie).

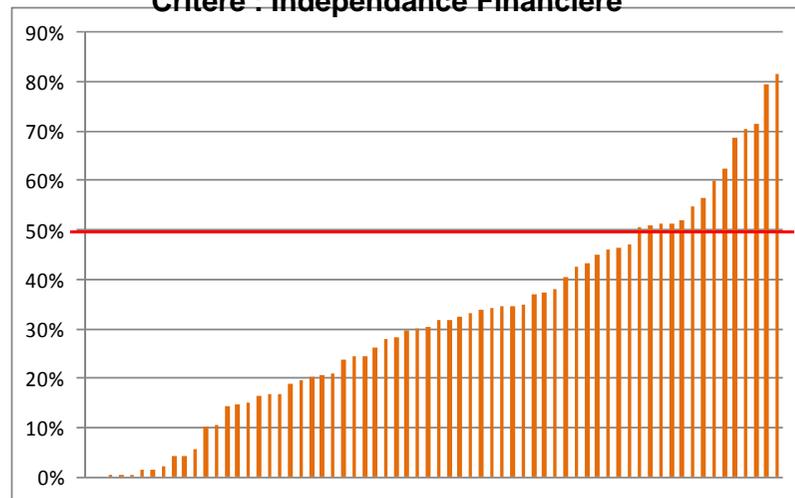
Critère : Poids de la dette / produits



Critère : Durée apparente de la dette



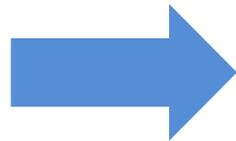
Critère : Indépendance Financière



Sur la base des critères du compte financier 2010, **douze établissements** de santé étaient inclus dans le dispositif prévu par le Décret du 14 décembre 2011. Au compte financier 2011, **quinze établissements** publics concernés.

La **médiane d'indépendance financière** est passée de **27.6% en 2010, à 31.6% en 2012**

- **La dynamique d'endettement est variable entre les catégories d'établissements, et celle des EPS est marquée par une évolution très forte.**
- **Le poids des charges financières évolue en conséquence, mais également compte tenu du recours important des établissements aux lignes de trésorerie;**
- **Au bilan, l'indépendance financière globale se dégrade en raison de la hausse de l'endettement, mais aussi de la dynamique de dégradation des fonds propres.**



Il est indispensable d'engager les EPS sur la voie de la réduction de l'endettement, notamment en limitant les investissements, et en les rapprochant des capacités d'autofinancement nettes des établissements.