




ARS
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

établissements
STRATÉGIE
privé public
territoires

Réseaux, territoires : des leviers efficaces du décloisonnement du système de santé?

Mme Christine SCHIBLER, directrice adjointe du pôle établissements de santé
Agence régionale de santé d'Ile-de-France



ARS
Agence Régionale de Santé
Île-de-France

- Pourquoi décloisonner le système de santé ?
- Leviers de décloisonnement et territoire
- Le cadre régional et les enjeux
- L'intérêt des coopérations
- L'exemple du Nord Ouest du Val d'Oise

ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation

14/06/2013 | Page 2

Pourquoi décloisonner le système de santé?



- **L'enjeu du décloisonnement du système de santé français s'est imposé au début des années 1990 pour mettre fin au fonctionnement en silo.**
- Le décloisonnement dans le fonctionnement du système de santé a précédé celui des institutions :
 - Le schéma régional d'organisation sanitaire introduit en 1991, réformé en 1996 et en 2003 a été conçu comme un levier majeur de changement au fonctionnement en silo du système de santé
 - Le schéma régional d'organisation sanitaire s'articulait avec les schémas de planification médico-sociaux, et surtout avec la médecine de ville dans le cadre des « missions régionales de santé » constituées entre l'ARH et l'URCAM
- Le décloisonnement institutionnel est intervenu récemment avec la création de l'ARS par la loi du 21 juillet 2009 qui met fin à l'éclatement qui prévalait entre l'ARH, les services déconcentrés de l'Etat, et les organismes d'assurance maladie
- Une concentration de compétences dans les champs sanitaire, hospitalier, ambulatoire, médico-social, de la santé publique, et de la prévention en matière réparties jusqu'alors entre 7 institutions éclatées.

Pourquoi décloisonner le système de santé? (2)



Mais, le décloisonnement du système de santé doit répondre à :

- **l'amélioration du parcours du patient/usager dans le système de santé.**
La fluidité du parcours répond à un objectif de meilleure prise en charge qualitative du patient/usager, dans un contexte de développement croissant des maladies chroniques
- **l'optimisation de l'organisation des services de santé**
 - la consolidation des parcours et prises en charge transversales est un indicateur essentiel d'une organisation optimisée des opérateurs de services de santé
 - la mise en adéquation et l'ajustement de l'offre de services de santé aux besoins de santé de la population
- **l'enjeu de la diminution des ressources allouées au système de santé**
 - le décloisonnement du système de santé s'impose, dans un contexte de raréfaction des ressources financières et de diminution de la démographie médicale pour rationaliser l'offre de soins

Les leviers du décloisonnement du système de santé, quel rôle pour les réseaux et les territoires?



Le décloisonnement du système de santé ne se décrète pas, il se construit sur de nouveaux rapports entre les acteurs.

Le rôle de l'ARS est de coordonner, impulser, et rassembler les acteurs hospitaliers, de la médecine de ville, du secteur médico-social et les usagers autour de projets communs

2 leviers essentiels pour favoriser le décloisonnement du système de santé :

- La démocratie sanitaire, avec les conférences de territoire et la conférence régionale de la santé et de l'autonomie
- Les instruments de planification, avec le PRS, le SROS, et les CPOM

=> L'interface privilégiée entre les acteurs, et les objectifs de l'agence : le territoire de santé

Quel rôle les territoires peuvent-ils jouer?



Quels sont les enjeux de la territorialisation de la santé?

La notion de territorialisation a pour objectif de coordonner et d'unifier l'action des différentes institutions publiques, des collectivités pour améliorer l'organisation de l'offre de soins hospitaliers, de premier recours, et médico-sociale.

Dans la loi HPST, la territorialisation est « *présentée comme le remède à la coordination insuffisante de l'ensemble des acteurs et l'inégale répartition des professionnels de santé* ».

La définition. « L'agence régionale de santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours ».

=> La définition du territoire pertinent n'est pas exclusivement centralisée sur l'offre hospitalière de soins. Incorporation de l'organisation de l'ensemble des services de santé.

Qu'est-ce que le territoire de santé?

Quel découpage des territoires de santé en Ile-de-France?

Avec l'ARH, le découpage des territoires de santé est centré sur l'offre hospitalière de soins, mais il ne tenait pas suffisamment compte des territoires de l'offre de médecine de ville et du secteur médico-social.

En Ile-de-France, le territoire de santé correspond désormais à la circonscription départementale, comme de nombreuses autres régions françaises.

Le découpage territorial favorise la coordination des actions de planification des conseils généraux, la préfecture et l'ARS.

Le territoire de santé est le cadre géographique pertinent de déclinaison des objectifs du PRS et du SROS.

ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation 14/06/2013 | Page 7

Le cadre régional

Le PSRS

Les axes transversaux
Les urgences – Les personnes âgées

Les orientations du SROMS

Les orientations du volet hospitalier du SROS

Les orientations du volet ambulatoire du SROS

ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation 14/06/2013 | Page 8

Les leviers d'intervention territoriaux



Les leviers d'intervention traditionnels de l'ARS :

1. Les autorisations administratives préalables : instrument traditionnel *ex ante* d'encadrement quantitatif d'orientation des activités de santé
2. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens : instrument privilégié *ex post* de déclinaison qualitative des orientations du SROS

Les autres leviers d'intervention :

1. Le recours aux instruments contractuels (les contrats d'exercice libéral, de clinicien hospitalier, d'engagement de service public)
2. Les équipes médicales territoriales
3. Les primes d'exercice multi-sites et les postes partagés
4. Les instruments de coopération territoriaux
 - les groupements de coopération sanitaire
 - les communautés hospitalières de territoire
 - les fédérations médicales interhospitalières

L'intervention territoriale efficiente repose sur la combinaison de ces différents instruments

Les enjeux :



— Accompagner la mutation stratégique des établissements hospitaliers :

- Se positionner dans la prise en charge des pathologies chroniques
- Adapter les modalités d'entrée aux types d'hospitalisation (personnes âgées, personnes handicapées, programmé...)
- Faciliter les modalités de sortie
- Renforcer les actions de prévention et de dépistage
- S'impliquer dans les réseaux et plateformes

— Développer des coopérations au service de la gradation des soins :

- Fluidité des prises en charge
- Maillage territoriale (gradation de l'offre de soins pour la PDSES, concentration des plateaux techniques...)
- Organisation de recours au niveau départemental/régional de l'offre de soins
- Optimiser l'organisation de l'offre

Les enjeux



Anticiper la diminution de la démographie médicale :

- Adapter les formations des professionnels de santé aux pathologies et besoins de la population
- Développer les soins de premier recours en favorisant l'installation de professionnels de santé les zones déficitaires
- Constituer des équipes médicales territoriales

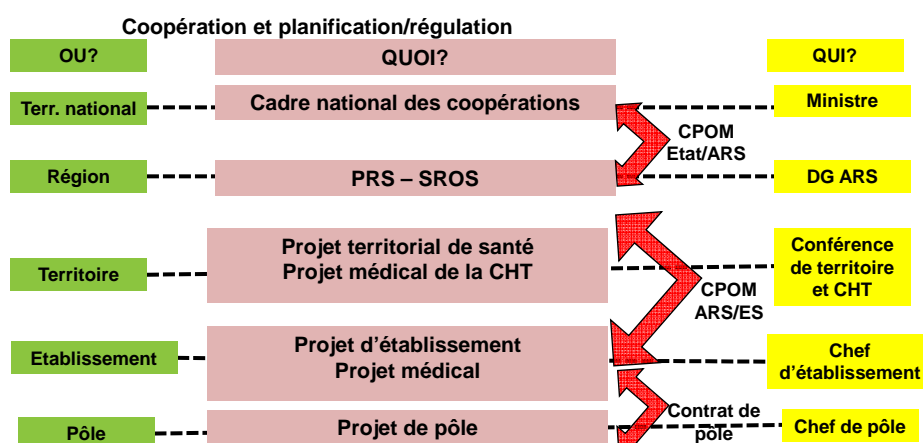
Adapter la stratégie hospitalière francilienne au contexte économique :

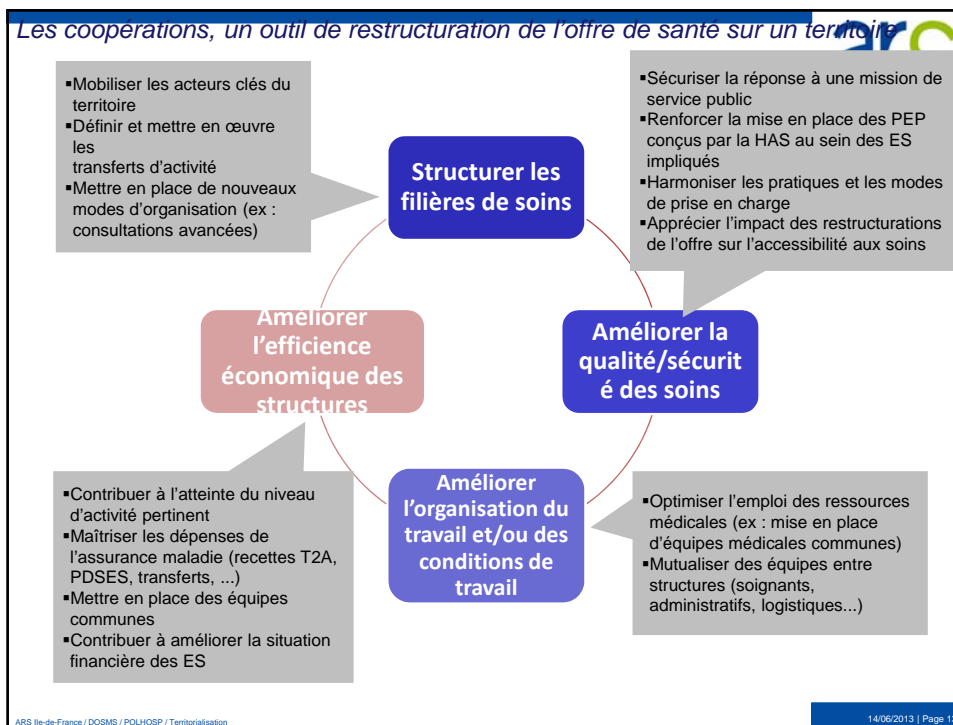
- Optimisation de la gestion et de la production de soins/au parcours de santé du patient
- Optimisation des moyens et préservation des capacités d'investissement
- Mutualisation des moyens et partage de ressources
- Coordination et optimisation des investissements hospitaliers

Améliorer la qualité et sécurité des prises en charge :

- Progression sur les 6 indicateurs qualité HAS généralisés retenus dans le SROS et sur le management de la qualité
- Le bon usage du médicament et des produits de santé
- Articulation avec la gestion des risques

Pourquoi coopérer dans le système de santé?






L'exemple du territoire du Nord Est du Val d'Oise



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 réseaux et les territoires peuvent-ils résoudre l'ensemble des difficultés liées au cloisonnement dans le système de santé?

Les avancées : Une prise de conscience
Intérêt croissant des collectivités territoriales sur les questions de santé
Contrats locaux de santé

Enjeux : Gouvernance
Evaluation et suivi des résultats
Evolution du système de santé; Poids de l'hospitalier , évolution des modèles

Dans ce contexte nécessité de trouver une voie pragmatique, ciblée, mesurée; intérêt des expérimentations, des CPOM et des contrats de territoires. Enjeux d'évaluation et de communication

ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation

14/06/2013 | Page 15



établissements privés public

STRATÉGIE territoires

Approche territoriale du SROS, organisation de l'offre et enjeux.

Territoire nord et ouest du Val d'Oise

ARS Ile-de-France
Direction de l'offre de soins et médico-sociale
Pôle établissements de santé

DOSMS Pôle établissements de santé

21 février 2013

SYNTHÈSE SUR LES AXES DU PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ TERRITOIRE DU VAL D'OISE

Les caractéristiques du territoire du Val d'Oise



Le 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.

Les zones de l'ouest et du nord Val d'Oise sont confrontées 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.**

- **Accroissement démographique prévu de 50 000 habitants supplémentaires dans les 5 ans au niveau de la communauté d'agglomération de Cergy Pontoise**

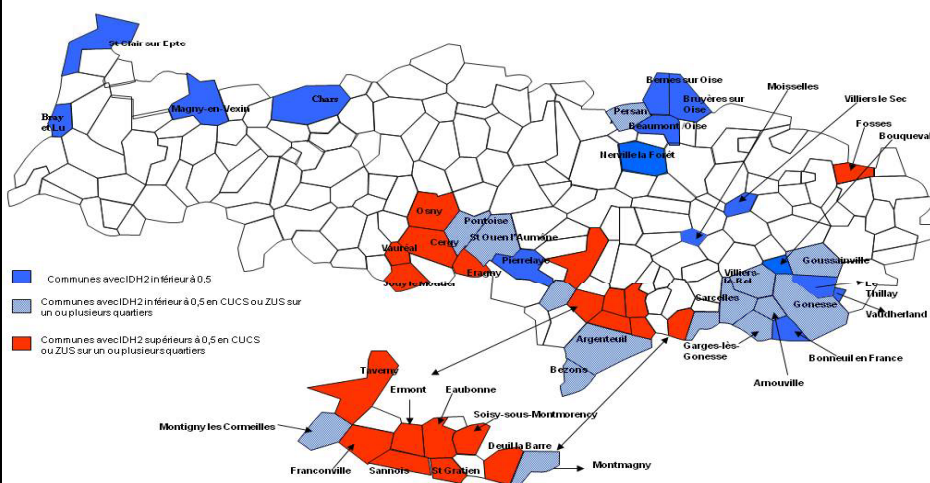
ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation

14/06/2013 | Page 19

Indices socio-économiques du Val d'Oise



Le Val d'Oise et la précarité



ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation

14/06/2013 | Page 20

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.

ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation

14/06/2013 | Page 21

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 .

ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation

14/06/2013 | Page 22

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

ARS Ile-de-France / DOSMS / POLUSOP / Form. Conduite

14/06/2013 | Page 23

PRÉSENTATION DES ZONES GÉOGRAPHIQUES DU NORD ET DE L'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 : Ch de Carnelle, GHIV sur Aincourt et Marines, Clinique de Belloy, Clinique de l'Oseraie, Clinique diététique d'Ennery, CRRF La châtaigneraie à Menucourt, Fondation Chantepie-Mancier.

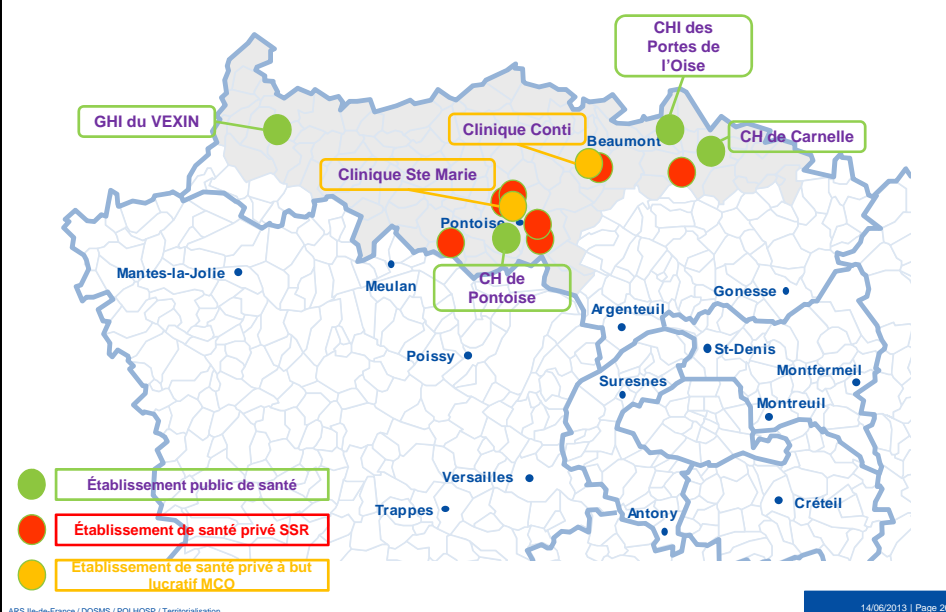
ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation

14/06/2013 | Page 25

Le territoire du nord et ouest Val d'Oise

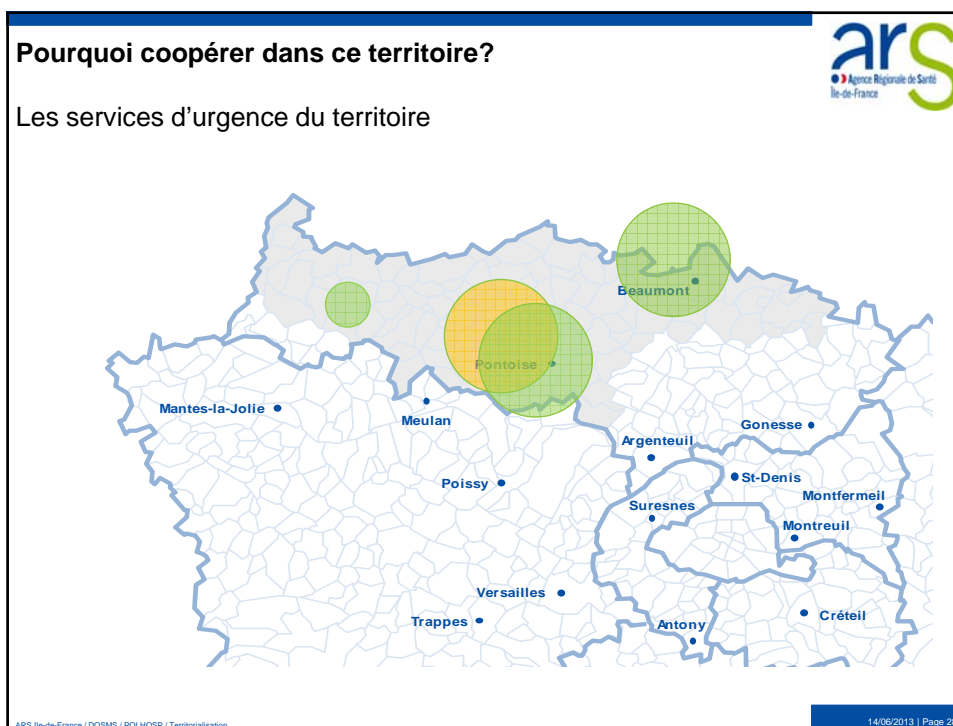
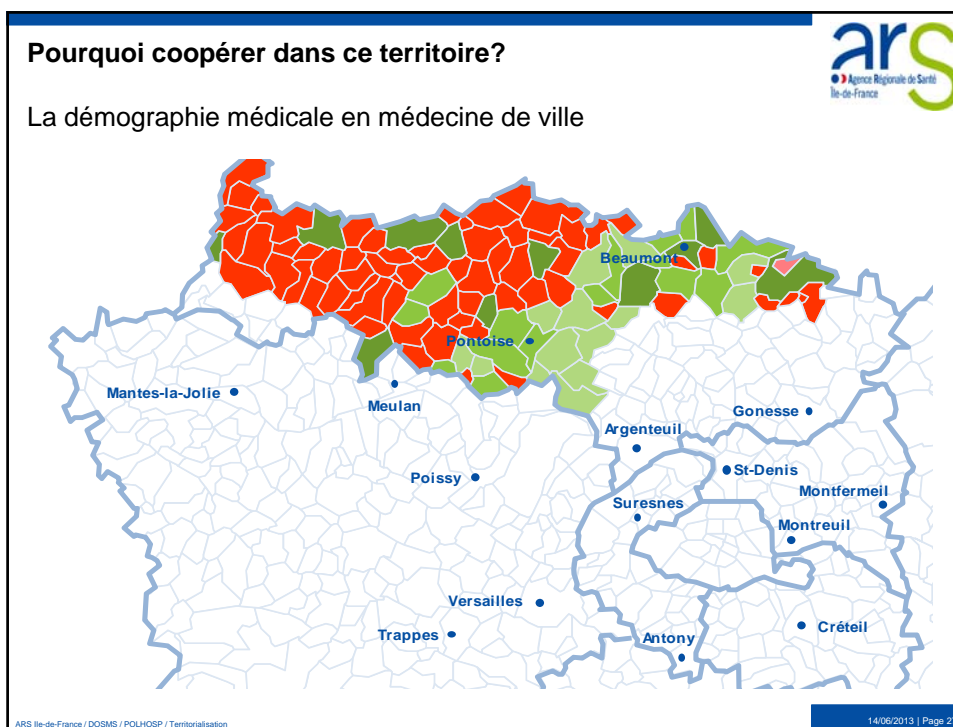


L'offre de soins MCO et SSR



ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation

14/06/2013 | Page 26



PROJET DE MISE EN ŒUVRE TERRITORIALE DU SROS DANS CETTE ZONE GEOGRAPHIQUE

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



Les enjeux identifiés dans le SROS-PRS :

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)
- Conforter la prise en charge aussi hors structure (PRF, MAIA,...)
- 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 :

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 cette zone géographique?



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 AXES DE COOPÉRATION
TERRITORIALE**

Les enjeux des projets de coopération



Poursuivre l'approfondissement des coopérations existantes

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'une laboratoire de biologie médicale commun entre le CH de Pontoise et le CHI des Portes de l'Oise

Les groupements de coopération sanitaire entre les deux établissements permettent de consolider ces coopérations.

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

ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation

14/06/2013 | Page 35

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. Le groupement de coopération sanitaire permet de proposer à des médecins que cela intéresse un exercice professionnel plus diversifié.

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- Développer la dimension universitaire du CH de Pontoise.

ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation

14/06/2013 | Page 36

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. Les cliniques MCO sont associées à certaines discussions thématiques.

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
- 9 – La périnatalité

Les projets communs de coopération territoriale entre les établissements de santé publics et privés



Des sujets sont travaillés en commun entre les établissements comme :

- La prise en charge de la PDSES
- La réanimation
- Les activités de cancérologie
- L'imagerie médicale

Les établissements de santé privés participent aux temps forts de concertation comme le forum du 5 octobre 2012 organisé par le CH de Pontoise.

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

1. Présentation de l'offre de soins publics



1. Présentation de l'offre de soins publics



Carte de l'offre de soins de l'Ex 3



ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation

14/06/2013 | Page 41

2. Eléments de cadrage de la CHT



L'objet de la CHT : une alliance stratégique

Une stratégie territoriale : la CHT doit consolider la pérennité de l'offre de soins couvertes par ses membres (maintien, renforcement, développement d'activités), proposer des solutions face aux enjeux de la démographie médicale.

- L'enjeu de l'accès aux soins sur Beaumont sur l'ensemble du Vexin (accessibilité financière, panel d'activités de proximité, empêcher une désertification médicale)

Une stratégie commune : la CHT est un instrument de coordination destiné à réaliser des synergies et des mutualisations d'activités entre ses membres pour engendrer des économies d'échelle. La CHT doit permettre la reconquête de parts de marché.

- Reconquérir les parts de marché du secteur public en chirurgie
- Développer des filières de soins intégrées
- Fluidifier les parcours de soins des patients

ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation

14/06/2013 | Page 42

2. Eléments de cadrage de la CHT



La coopération entre les établissements du Val d'Oise s'inscrit dans les objectifs du plan stratégique régional de santé d'Ile-de-France :

- améliorer la qualité et l'offre de soins
- coordonner l'offre de soins
- organiser la complémentarité entre les acteurs

« L'enjeu sera de garantir la qualité et l'accessibilité des activités de soins, avec la contrainte de l'équilibre budgétaire et de l'évolution de la démographie médicale et paramédicale. Les coopérations s'imposent souvent en effet pour atteindre une masse critique d'activité afin de garantir le recrutement de professionnels qualifiés »

2. Eléments de cadrage de la CHT



Une offre territoriale à consolider


Le PSRS prévoit une adaptation de l'offre aux besoins, fondée sur l'amélioration du parcours de soins du malade

- anticiper les difficultés de démographie médicale, surtout au nord et à l'ouest du territoire
- décloisonner l'offre de soins entre les structures
- favoriser la fluidité du parcours de soins du patient entre le court, le moyen et le long séjour => Articuler l'offre de soins des établissements
- proposer à la population un panel d'activités de soins complet

2. Eléments de cadrage de la CHT

Améliorer l'équilibre financier des établissements membres de la CHT dans un contexte budgétaire contraint:

- favoriser le retour à l'équilibre financier du CHIPO
- développer des marges de manœuvre pour les investissements du CH de Pontoise
- consolider la situation financière du GHI du Vexin et du CH de Carnelle



ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation
14/06/2013 | Page 45

2. Eléments de cadrage de la CHT

- **Générer des synergies à court et moyen termes :**
 - Favoriser les regroupements de moyens logistiques, médicotéchniques, et les plateaux techniques
 - Mutualiser les SIH, les fonctions administratives, etc.
- **Prévoir et anticiper les investissements futurs :**
 - La poursuite du projet performance du CH de Pontoise avec l'ANAP
 - Le redéploiement du plateau technique du CHIPO (ex. réanimation « bi-sites »)



ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation
14/06/2013 | Page 46

3. Les axes de la stratégie médicale commune

Le projet porte une nouvelle dynamique médicale et sanitaire qui doit améliorer la performance collective et individuelle de ses membres. L'élaboration de cette stratégie médicale commune articule et complète les projets médicaux de chacun des établissements.

Les objectifs de qualité, de proximité et de fluidité de la prise en charge entre les patients sont les fondements de ce projet.

L'élaboration du projet médical commun repose sur l'implication des équipes médicales et soignantes des établissements membres.

3. Les axes de la stratégie médicale commune

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 décroîsera 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 ...)

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.

3. Les axes de la stratégie médicale commune



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.

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...).

Les avancées du projet du CHT

- Le renforcement des coopérations
- Les enjeux du projet de CHT
- La concertation autour du projet de CHT

Les perspectives pour le projet de CHT

- Les principes directeurs de la convention de CHT
- L'organisation interne de la CHT
- La construction du projet de CHT : le calendrier prévisionnel
- Les points à discuter pour la mise en œuvre du projet

4. Les avancées du projet de CHT

Le renforcement des coopérations existantes



- Le développement des exercices bi-sites (réanimation, obstétrique, urgences) entre le CHIPO et le CH de Pontoise, dans le cadre du GCS de moyens médical
La mise en place de projets communs en cancérologie (chimiothérapies)
- Le développement des coopérations dans le domaine des urgences entre le CH de Pontoise et le GHI du Vexin
La structuration d'une filière gériatrique entre le CH de Pontoise et le GHI du Vexin
- Le recrutement de praticiens hospitaliers sur des postes partagés entre le CHIPO et le CH de Pontoise
- La création du laboratoire de biologie médicale entre le CHIPO et le CH de Pontoise, sous la forme d'un GCS de moyens
- Des partages de compétences facilités par la direction en intérim entre le CHI des Portes de l'Oise, le GHI du Vexin et le CH de Carnelle : équipe opérationnelle d'hygiène hospitalière, gestion des marchés publics, sécurité, etc.

4. Les avancées du projet de CHT

Les enjeux du projet de CHT (au-delà de l'attractivité pour les professionnels et la consolidation des établissements)



Consolider concrètement les parcours de santé des patients :

- **La prise en charge de la personne âgée**
Les circuits de prise en charge, la diminution de la durée des séjours, les réseaux, améliorer les délais de prise en charge
- **La prise en charge en périnatalité**
Améliorer la graduation des prises en charge entre les maternités, la coordination par les réseaux, les transferts entre le CHIPO et le CH de Pontoise
- **La prise en charge en santé mentale**
La couverture de l'offre en addictologie, la prise en charge en pédopsychiatrie, et en gériopsychiatrie, améliorer la couverture territoriale de l'offre, et la mise en place de conseils locaux en santé mentale

Quels indicateurs de réussite? Dans quels délais?

4. Les avancées du projet de CHT

La concertation autour du projet de CHT suite aux préconisations du séminaire du 12 octobre

Un projet de CHT porté par les acteurs



Le partage de la démarche de CHT au sein des établissements:

Présentation le 21 mai 2013 de la contribution écrite des co-pilotes des 9 thèmes de la stratégie médicale commune.

Information menée en interne par les directions auprès des instances, des chefs de pôle, et des équipes médicales (informations mensuelles, organisation d'une formation des cadres sur les coopérations au CHI des Portes de l'Oise le 13 novembre 2012).

Association et dialogue constant avec les organisations syndicales (réunions en décembre 2012 et le 5 juin 2013).

Implication des représentants des usagers en CRUQPC.

Un projet de coopération territoriale mobilisateur :

Partage du projet de CHT avec les établissements de santé privés, les acteurs du secteur médico-social, et de la médecine de ville (forum d'octobre au CH de Pontoise).

Partenariat de principe de la clinique Ste Marie, de la clinique Conti, et de la clinique médicale du Parc pour participer aux projets communs territoriaux, avec des échanges hebdomadaires.

Un projet soutenu et partagé entre les acteurs du territoire :

Les informations régulières à la conférence de territoire du 95.

Une information spécifique à la commission spécialisée de l'organisation des soins (CSOS) de la conférence régionale de santé et de l'autonomie (CRSA) le 21 février 2013.

Un soutien financier de la part de l'Agence (50 000 € en 2011 et 100 000 € en 2012 sur le FMESPP).

14/06/2013 | Page 53

4. Les avancées du projet de CHT

Les principes directeurs de la convention de CHT (1)



Faciliter et harmoniser le fonctionnement de la CHT :

Assurer une coordination commune des stratégies propres à chacun des établissements

- ➡ La stratégie commune articule et complète les projets médicaux des établissements membres
- ➡ La stratégie commune porte sur des projets non concurrents, et en collaboration visant à améliorer l'accès aux soins
- ➡ La stratégie commune porte sur les projets communs et transversaux
- ➡ La déclinaison et l'enrichissement progressif des projets communs

Faciliter une organisation territoriale en réseau entre ses membres

Consolider et développer les parts de marché des établissements membres en développant des prises en charge en proximité et de qualité

Associer pour les prises en charge transversales et le parcours de santé du patient :

- Les partenaires hospitaliers privés, de la médecine de ville et du secteur médico-social des établissements
- Les représentants des usagers

Graduer les filières de prises en charge

ARS Ile-de-France / DOSMS / POL-HOSP / Territorialisation

14/06/2013 | Page 54

4. Les avancées du projet de CHT

Les principes directeurs de la convention de CHT (2)



Un projet porteur d'une ambition collective territoriale, mobilisateur de l'ensemble des acteurs du territoire



Une définition de la stratégie commune entre les établissements membres partagée :

- optimisation du parcours des patients et des filières
- développement des alternatives à l'hospitalisation
- réflexion sur l'accès aux spécialités et à l'offre de consultations spécialisées
- définition d'un services d'urgences sur le territoire
- amélioration de la prise en charge en cancérologie
- optimisation de l'imagerie médicale
- coordination de la santé mentale et des addictions
- création d'un laboratoire de biologie médicale

4. Les avancées du projet de CHT

Les principes directeurs de la convention de CHT (3)



La préservation de l'autonomie de ses établissements membres :

Préservation de l'identité et de l'autonomie administrative et financière des établissements membres :

- La direction et le contrôle des établissements sont toujours exercées par les instances internes
- Les établissements conservent leurs budgets, financements, et patrimoine propres

Articulations des instances internes, de l'organisation interne, du budget et des financements :

- Mise en cohérence des projets d'établissements, CPOM, PGFP, programmes d'investissements
- Modalités de coopération en matière de gestion des ressources humaines et des systèmes d'informations

4. Les avancées du projet de CHT
L'organisation interne de la CHT (1)
Une gouvernance équilibrée articulée entre :

Une commission de communauté, type conseil de surveillance

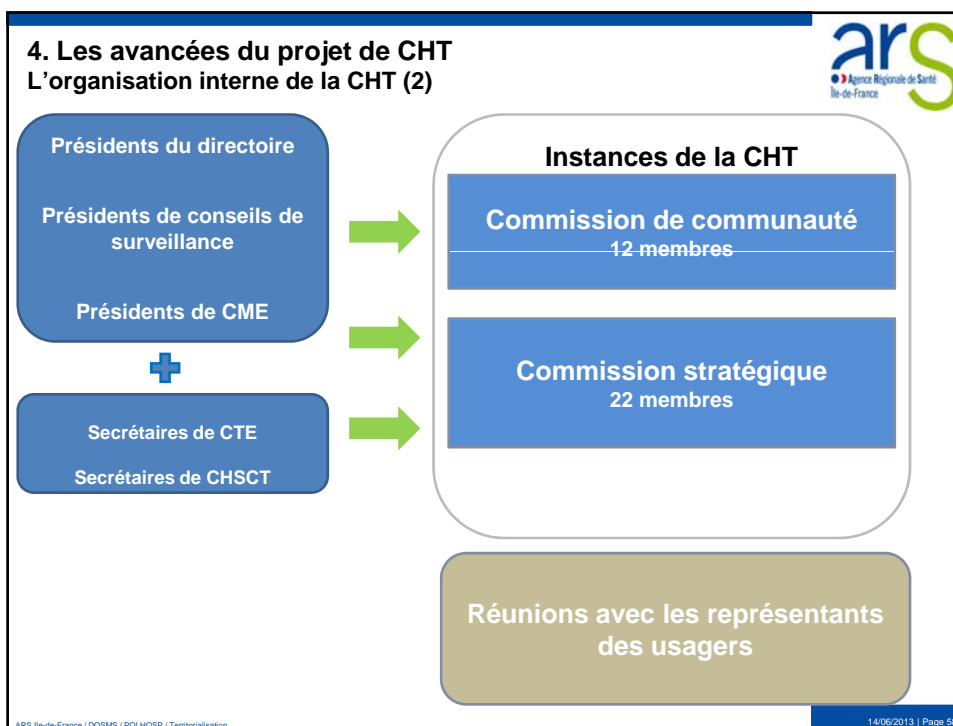
- Elle est composée des directeurs, des présidents de conseil de surveillance, et des présidents de CME.
- La commission est dirigée par un président, et un vice-président nommés en son sein.
- Elle a pour fonction de suivre l'application de la convention de CHT, et elle peut faire des propositions aux instances des établissements membres.
- La commission est chargée du contrôle et de la mise en œuvre des projets communs.

Une commission stratégique, type directoire

- Elle est une instance d'impulsion chargée de proposer aux instances les mesures pour améliorer les rapports entre les participants aux actions de la communauté.
- Elle est en charge de l'application et du suivi de la présente convention. Les avis et propositions de la commission stratégique sont adressés à la commission de communauté.
- La commission est dirigée par un président, et un vice-président nommés en son sein.
- Elle se compose de représentants des directeurs, des présidents de conseils de surveillance ou de leurs représentants, des présidents et vice-présidents de commissions médicales d'établissements, des secrétaires des comités techniques d'établissements, et des secrétaires des CHSCT.

Chaque instance des établissements membres désignera un représentant qui participera aux instances de l'établissement siège pour les affaires intéressants la CHT

ARS Ile-de-France / DOSMS / POLHOSP / Territorialisation 14/06/2013 | Page 57



4. Les avancées du projet de CHT

La construction du projet de CHT : le calendrier prévisionnel



- ➡ **Présentation du projet de CHT et de la convention aux instances internes des établissements :**
 - Commission médicale d'établissement
 - Comité technique d'établissement
 - Commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotexte
 - CHSCT
- ➡ **Avis du Conseil de surveillance**
- ➡ **Approbation par le directeur d'établissement**
- ➡ **Avis du représentant de l'Etat dans la région**
- ➡ **Approbation par le directeur général de l'ARS**