

DT 92

Affaire suivie par : Madame Amel SABRI

**Compte rendu de la 18ème conférence de territoire des Hauts-de-Seine**

**Vendredi 10 octobre 2014**

Madame Fourcade ouvre la séance en excusant Monsieur Girard qui ne peut être présent ce jour. Elle accueille les personnes qui viennent pour la première fois :

* Mr Tanguy Kerneis, représente le Docteur Christian Hugue (Conseil départemental de l’ordre des médecins)
* Mme Alice Taisson, directrice de la gestion du risque à la CPAM des Hauts-de-Seine
* Mme Julie Bouchara et Mme Delphine Rouzo, représentent Mme Dominique Boulange (Présidente des Cliniques Ambroise Paré, Pierre Cherest et Hartmann à Neuilly sur Seine

Elle annonce l’ordre du jour et demande si l’Assemblée a des observations à formuler sur le compte rendu de la précédente Conférence plénière du 20 juin 2014. En l’absence d’observations, le compte rendu est adopté.

Elle précise qu’elle souhaite impliquer d’avantage les membres de la conférence dans l’émergence de nouveaux sujets/thématiques et les invite à faire remonter des propositions à la délégation territoriale.

Elle présente Mme Sabri, qui est la nouvelle référente pour la conférence de territoire, en remplacement de Mme Valette. Elle précise qu’une saisine de tous les membres sera faite par mail, afin de recueillir les sujets qui permettront d’alimenter une feuille de route pour l’année 2015.

Elle indique que la conférence sera prolongée jusqu’en mars 2016. Les conférences de territoire changeront d’appellation pour devenir des « conseils territoriaux de santé ».

* **Point numéro 1 : Actualité liée à EBOLA**

Mme Fourcade passe la parole à Mme Gelliot qui s’exprime sur les informations parues dans la presse au sujet du retour d’un enfant Guinéen dans une école de Boulogne Billancourt. Elle indique qu’une réunion avec les fédérations de parents va avoir lieu, en présence de l’Education Nationale et de l’Agence Régionale de Santé.

Mme Gelliot souligne que des informations sur la conduite à tenir ont été communiquées par la préfecture des Hauts-de-Seine et qu’une fiche réflex va être diffusée par le ministère de la santé. Elle précise qu’un document produit par le ministère repère les pays touchés par le virus.

Elle ajoute que l’on peut considérer comme « cas suspect » une personne qui revient de l’un des pays identifiés depuis moins de 21 jours et qui présente une fièvre supérieure à 38 degrés. Dans ce cas, il convient d’appeler le SAMU, d’isoler la personne, de lui demander de porter un masque chirurgical, et de limiter le nombre de personnes à proximité.

Le Dr Baer ajoute que le Nigéria est progressivement en train de sortir de l’épidémie. Il évoque le fait que les procédures évoluent au quotidien et met en garde contre la psychose engendrée par une information parfois « mal maitrisée ». Il rappelle néanmoins l’importance de prendre des précautions, de protéger, sécuriser et désinfecter, et invite les membres de la Conférence à se faire le relais de l’information. Il précise qu’il ne faut pas hésiter à appeler le SAMU.

Il explique que les cas possibles sont identifiés par le biais d’un questionnaire (12 cas possibles en France). Si le cas devient possible, il sera alors transféré vers un établissement de référence (hôpital Bichat pour les personnes, hôpital Beaujon pour les expatriés, les militaires et les rapatriements, hôpital Necker pour les enfants).

Mme Gelliot reprend la parole pour préciser qu’une communication a été faite à l’attention des médecins.

Mme Fourcade indique qu’il est souhaitable que des informations soient communiquées au réseau des élus santé.

Mme Gelliot répond qu’une communication du préfet à l’attention des administrations et des collectivités locales va s’organiser dans les prochains jours.

* **Point numéro 2 : Agenda sur le projet de loi de Santé**

Mme Fourcade indique que la loi va être soumise au conseil des ministres le 15 octobre 2014.

Elle devrait être en première lecture à l’assemblée nationale au cours du 1er semestre 2015.

Un point d’information sur les principaux axes de cette loi et les mesures proposées sera fait à la conférence de territoire.

* **Point numéro 3 : Retour sur la réunion ARSIF / Elus santé relative à la reconfiguration de l’offre en psychiatrie du 9 juillet 2014**

Mme Fourcade souligne l’intérêt qu’a eu cette réunion thématique sur la psychiatrie. L’objectif était de préciser les enjeux et le contexte de l’appel à contribution, et de sensibiliser les élus sur son importance. Elle précise que la reconfiguration de l’offre en psychiatrie doit amener à une réflexion sur les parcours de soins des patients atteints de pathologies psychiques.

Mme Fourcade indique qu’une vingtaine d’élus présents ou représentés ont assisté à cette réunion et que les échanges ont permis de soulever des questions intéressantes, notamment :

* L’appel à projet est-il limité seulement au secteur public ?
* Que va-t-il se passer lorsqu’une autorisation va être transférée d’un hôpital public ou privé ?
* Peut-on concilier la qualification d’appartement thérapeutique avec celle de logement social ?

Le compte rendu de cette réunion est accessible sur la page web de la conférence de territoire.

* **Point numéro 4 : Organisation de l’offre de soins en santé mentale : Information sur les contributions reçues, par Didier MARTY**

Mr Marty introduit son propos en rappelant qu’il s’agit du quatrième point d’étape, et qu’il témoigne d’une avancée collective sur le sujet de la psychiatrie.

Il indique qu’avant de décrire les neuf contributions reçues, il va revenir sur l’état du dossier.

Il précise que la carte a évolué dans le centre du département des Hauts de Seine car les deux secteurs de Boulogne, conformément au souhait de l’agence et à la demande exprimée par l’Igas auprès de Paul Guiraud, ont été fusionnés en un seul secteur. L’appellation de ce secteur n’est pas encore stabilisée.

Par ailleurs, la commune de Sèvres rejoint le secteur de Saint Cloud.

Mr Marty rappelle la situation actuelle : 9 secteurs sur 21 ont des lits d’hospitalisation à l’extérieur du département.

Mr Marty revient sur le contexte de cet appel à contribution. Le 16 novembre 2012, le volet hospitalier du SROS a été présenté. Il identifiait la relocalisation des secteurs de psychiatrie comme priorité.

Le 14 juin 2013, un premier point a été fait sur l’avancement du dossier :

* Restitution de l’étude confiée par l’ARS à 3 médecins psychiatres des Hauts de Seine
* Etat de l’instruction du projet d’implantation de l’hôpital Roger Prévot à Colombes
* Présentation de la procédure d’arbitrage nationale des projets d’investissement hospitaliers (COPERMO). Evocation des options de relocalisation à Nanterre (Cash), Rueil- Malmaison (MGEN) et Meudon (Paul Guiraud)

Les membres de la conférence avaient préconisé certains principes : être attentifs à la proximité, à la taille critique des établissements, à la proximité des soins somatiques et à la nécessité d’espaces de déambulation pour les patients. Ces principes font partie des éléments de vigilance qui ont été demandés aux opérateurs qui envisageaient de contribuer.

Mr Marty rappelle ensuite les critères qui ont été définis : l’amélioration de la performance du système hospitalier (prise en compte des réalités financières) et l’adaptation de l’offre de soins (parcours de prise en charge décloisonnant sanitaire et médico-social).

Lors de la séance de la conférence de territoire du 7 février 2014, le principe de suivi de la réalisation par la conférence a été posé. Mr Marty indique que la conférence s’est positionnée comme facilitateur / médiateur du travail engagé.

Lors de la conférence du 20 juin 2014, une approche en deux sous projets a été présentée et l’importance d’examiner les projets selon les mêmes critères a été réaffirmée.

Mr Marty indique que l’appel à projets a été diffusé largement, via le site de l’agence et a également été adressé à l’ensemble des collectivités, des services de l’Etat etc., accompagné d’un courrier du directeur général.

Le délai de retour a été fixé au 30 septembre.

Mr Marty précise que 7 maires du département ont écrit au directeur général de l’agence pour manifester leur soutien à la démarche. Tous les maires ayant mis en place un Conseil local en santé mentale le cite comme exemple de l’implication de leur commune pour l’amélioration de la prise en charge de la maladie mentale. 4 maires ont manifesté un soutien à une contribution et/ou indiqué que celle-ci était recevable au regard des règles d’urbanisme.

L’UNAFAM a également manifesté par écrit son soutien au projet, en insistant sur la nécessité d’une solution pour tous les secteurs. Sa contribution consiste à convaincre toutes les municipalités de créer un conseil local en santé mentale, et de le co-animer.

L’UNAFAM prend la parole pour préciser que le courrier envoyé par le directeur général a été cosigné par le mouvement UDAPEI.

Mr Marty, avant de débuter la description des contributions reçues, précise que la présentation se fera par ordre alphabétique. Il indique qu’elles ne sont pas classées par ordre de mérite ni de réception, et que l’ordre ne présage pas de l’analyse qui sera conduite par l’agence.

1. L’APHP a transmis une contribution, qui est une déclaration d’intention dans laquelle elle émet le souhait de participer au « tour de table territorial » qui pourrait être organisé pour apporter à partir de Louis Mourier (activité de secteur – Colombes- + psychiatrie universitaire + MCO et urgences) des activités d’expertise, de prise en charge somatique et l’accès au plateau médico-technique.

Cette contribution fait mention de surfaces limitées à Colombes, potentiellement mobilisables.

2. Le CASH de Nanterre : A partir de l’activité existante de secteur (Nanterre), des unités spécialisées (précarité, UCSA), des coopérations existantes (addictologie), de l’activité MCO + Urgences, de la présence d’un IFSI, propose de prendre en charge 3 secteurs supplémentaires (Bois Colombes- La Garenne, Courbevoie, Neuilly).

La proposition architecturale est chiffrée et aborde le réemploi de bâtiments existants et de constructions partielles qui permettrait une montée en charge progressive des relocalisations.

3. L’association « Elan retrouvé », qui gère 11 établissements sanitaires à Paris, dans les Hauts de Seine et le Val de Marne.

Il s’agit d’une contribution partielle de renforcement de l’aval des secteurs relocalisés par l’extension de 10 places (passage de 40 à 50 places) de l’Hôpital de jour avec atelier thérapeutique de Colombes. L’association mettrait à disposition des locaux existants, sans coût d’investissement supplémentaire.

4. L’établissement public de santé Erasme, qui se situe à Antony. Il est composé de 3 secteurs adultes et de 3 inter secteurs infanto-juvéniles.

Il propose la mise à disposition sur le site d’Antony d’un terrain rendant possible la construction des capacités hospitalières permettant de prendre en gestion 1 ou 2 secteurs supplémentaires et d’implanter (construction également) une MAS et une résidence d’accueil.

5. La MGEN, qui est une proposition partenariale cosignée avec l’œuvre Falret.

La contribution de la MGEN propose de construire sur le site de Rueil les capacités permettant l’accueil de 2 (Courbevoie, Neuilly) ou 3 (Suresnes-Puteaux) secteurs supplémentaires.

La contribution de l’Œuvre Falret propose, à partir d’un diagnostic de l’offre médico-social d’aval existante, de développer des structures et services (dont aide aux aidants, prévention, mandataire judiciaire).

6. Le Groupe hospitalier privé de Neuilly profite d’une opportunité de réorganisation des services pour proposer d’installer et de gérer 2 secteurs (Courbevoie, Neuilly) dans une partie des locaux de Pierre Cherest à Neuilly.

Elle propose également d’installer des appartements thérapeutiques et de places d’Ehpad pour résidents âgés atteints de troubles psychiques à Courbevoie (projet déjà connu de l’agence)

Le projet met en avant une coopération avec les psychiatres libéraux des deux communes.

Il s’agit d’un projet sans investissement lourd pour lequel aucun accompagnement financier n’est sollicité.

7. L’établissement public de santé Roger Prévot (Moisselles), en partenariat avec Espérance Hauts de Seine et la ville de Villeneuve la Garenne.

La proposition identifie un terrain constructible de 16 000 m2 en bord de Seine (zone non inondable) à Asnières. Ce terrain est propriété de l’Etat, et permettrait d’implanter 7 secteurs (les 6 secteurs à relocaliser + le secteur de La Garenne Colombes- Colombes).

8. L’établissement public de santé Théophile Roussel à Montesson. Cet établissement est gestionnaire de 3 secteurs de psychiatrie adultes (78) et 4 secteurs de psychiatrie infanto-juvénile (1 du 78, 3 du 92 (de Ville d’Avray à Colombes).

L’établissement propose de construire sur le site 90 lits sur une surface de 10 000 m2.

Il propose un partenariat sur le même site avec la fondation Léopold Bellan (Ehpad + Esat).

9. Le Groupe Sinoué (Maison de santé de Bellevue, Meudon, Maison de santé de Rochebrune, Garches, Relais jeunes de Sèvres), qui gère 10 établissements de santé dans plusieurs régions. Son activité est centrée sur la psychiatrie générale adultes, la géronto-psychiatrie, la réhabilitation psycho-sociale, l’addictologie. Il propose la relocalisation de 2 secteurs (Courbevoie, Neuilly) sur le site de Meudon (3800 m2), de 4 secteurs (Gennevilliers, Asnières, Clichy, Levallois) sur le site de Garches (6077 m2).

Est évoquée une collaboration avec Espérance Hauts de Seine.

Mr Marty évoque ensuite les étapes à venir. Il indique que des concertations avec les contributeurs vont avoir lieu entre octobre et décembre selon les critères qui avaient été présentés au moins de juin. Il les rappelle :

* + Lieu d’implantation (commune du secteur ou sinon distance et temps d’accès à la commune, gain par rapport à l’existant)
	+ Notion de taille critique, permanence des soins
	+ Projet médical (parcours de soins dont prise en charge des patients au long cours)
	+ Accès aux soins somatiques
	+ Adaptation du dispositif extrahospitalier
	+ Insertion du projet dans le territoire, partenariats
	+ Dimension économique et sociale
	+ Dimension juridique
	+ Notion de marge foncière : Evolutivité dans la durée du site mais aussi délais de mise en œuvre

Entre janvier et octobre, une instruction des projets pré retenus aura lieu. Il précise que les établissements publics devront passer devant le COPERMO s’ils sollicitent une aide financière.

Après l’été, le DGARS aura choisi le schéma de relocalisation pour les secteurs du Nord des Hauts-de-Seine. A partir d’octobre, il s’agira de se projeter sur la construction des futurs parcours de soins et de vie des patients.

L’agence ouvrira alors le dossier de la relocalisation des secteurs du Centre et du Sud du département.

Mme Fourcade prend la parole pour souligner le succès qu’a eu cette démarche, qui a contribué à créer une dynamique nouvelle et à constituer un « répertoire de ressources ».

Elle renouvelle le souhait que la conférence soit impliquée dans le process. Elle propose que le bureau soit le référent et qu’il y ait des interventions en séances plénières dès qu’il y a des éléments nouveaux. Elle indique qu’un planning annuel de la conférence de territoire sera proposé prochainement.

Elle donne la parole à la salle.

Des précisions sont apportées, indiquant qu’Esperance Hauts de Seine est bien la filiale de l’UNAFAM.

Madame Fourcade indique que cette démarche est une réelle opportunité pour créer de nouvelles coopérations entre structures de statuts différents.

Monsieur Marty rebondit sur son propos en précisant que des passerelles existent déjà.

Madame Fourcade conclut en invitant les membres de la conférence à être contributifs, et à éventuellement signaler les difficultés rencontrées. Elle signale que le bureau suivra de près ces questions.

* **Point numéro 5 : les contrats locaux de santé dans les Hauts de Seine, Céline MADRANGE**

Madame Madrange introduit son propos en rappelant que les contrats locaux de santé sont signés entre l’Agence régionale de santé, les collectivités territoriales (communes ou communautés d’agglomération) et l’État.

Ils sont un lieu de rencontre entre la politique de santé élaborée par l’ARS et celle développée par une collectivité territoriale et ses partenaires notamment la politique de la ville.

Comme cela a déjà été présenté en Conférence de Territoire, la première étape de mise en place des Contrats Locaux de Santé (CLS) a consisté à identifier les territoires les plus pertinents pour s’inscrire dans une démarche de contractualisation avec l’Agence.

Le choix des communes pressenties a porté sur plusieurs critères :

* des indicateurs sociodémographiques, économiques et sanitaires défavorables ;
* la présence de quartiers prioritaires en politique de la ville;
* la volonté des élus de s’inscrire dans une démarche de contractualisation avec l’ARS ;
* l’existence de dynamiques locales en matière de santé telles que les Ateliers Santé Ville

Le PRS, arrêté fin 2012, a réaffirmé les 2 enjeux majeurs des CLS que sont :

* La réduction des ISTS
* La mobilisation de l’ensemble des leviers de l’Agence et de ses partenaires, proportionnel aux besoins

A ce jour,

* 3 communes ont signé un CLS pluriannuel :
	+ Asnières : le CLS pluriannuel d’Asnières a été présenté lors de la CT du 08/11/2013 et a été signé le 25/02/2014. Le CLS est mis en œuvre et a permis le développement de nouveaux partenariats (tels que la convention de partenariat signé entre la ville et l’hôpital Louis Mourier pour une consultation avancée)
	+ Nanterre : le CLS pluriannuel de Nanterre a été le 1er CLS pluriannuel du département signé. Un avenant est actuellement en cours de préparation afin
		- de compléter les fiches actions existantes (notamment sur l’évaluation)
		- d’en intégrer de nouvelles (violences faites aux femmes, EIS, santé environnementale et notamment lutte contre l’habitat indigne)
	+ Rueil : signé le 26/10/2012. Le CLS est mise en œuvre. Les projets inscrits se réalisent et notamment l’ouverture de la Maison de l’Autonomie et l’installation du CLSM

* 5 communes ont signé un CLS de préfiguration et travaillent à l’élaboration de leur CLS pluriannuel
	+ Bagneux et Colombes ont mis à jour leur diagnostic local de santé et rédigent actuellement leur programme d’actions en lien avec leurs partenaires. La signature des CLS pluriannuels est prévue en fin d’année
	+ Clichy poursuit le travail d’élaboration du CLS pluriannuel mais la signature du CLS pluriannuel pourrait être différée en raison du contexte hospitalier
* Gennevilliers et Villeneuve-la-Garenne poursuivent le travail d’élaboration partenariale du CLS pluriannuel qui pourrait être signé fin 2014 / début 2015

A ce jour, l’Agence n’a pas identifié de nouvelle commune pour contractualiser.

Lors du lancement de la démarche, l’Agence avait identifié les communes et la Préfecture pour signer les CLS à ses côtés.

L’Assurance Maladie était alors identifiée comme un des partenaires incontournables dans la mise en œuvre des contrats.

L’agence a donc proposé en janvier 2014 aux CPAM de devenir signataires des CLS, en accord avec les communes concernées.

Le Directeur de la CPAM des Hauts-de-Seine a manifesté son intérêt pour cette démarche et la DT a adressé courant avril 2014 un courrier aux communes engagées dans l’élaboration de leur CLS afin de proposer d’associer la CPAM.

Depuis, la CPAM s’associe progressivement à l’élaboration des CLS en cours d’écriture.

En 2012, une concertation a été lancée par le ministre délégué à la Ville (François Lamy à l’époque) afin de redéfinir les contours de la politique de la ville. L’objectif de la réforme est de concentrer les efforts de l’Etat sur les quartiers en grandes difficultés.

Le 19 avril 2013, le ministre délégué à la Ville et la ministre des Affaires sociales et de la Santé, ont signé, au Centre Municipal de Santé de Gennevilliers, une convention d'objectifs triennale pour les quartiers. Cette convention se décline autour de **trois axes** : l’accès aux droits sanitaires et sociaux, la santé et la cohésion sociale

Le 17 juin 2014, la ministre déléguée à la ville (Najat Vallaud-Belkacem) annonçait la liste des communes maintenues en géographie prioritaire, celles qui en sortent et celles qui y entrent.

Dans les Hauts-de-Seine :

* + 9 communes restent en géographie prioritaire et 7 en sortent (aucune n’y entre)
	+ parmi les communes qui restent, certaines voient leur nombre de quartiers prioritaires diminué et/ou leurs périmètres modifiés. Des négociations sur la définition des contours exacts des quartiers sont en cours entre la Préfecture et les communes concernées. Le périmètre des quartiers sera publié dans un décret courant d’octobre.

Toutes ces villes feront l’objet d’un contrat pour la période 2015-2020 (contrat de ville pour les communes restantes ou contrat de veille active pour les communes sortantes) composé de 3 piliers :

* + « cohésion sociale »
	+ « cadre de vie et renouvellement urbain »
	+ « développement de l’activité économique et de l’emploi »

Le contrat reposera sur un diagnostic qui permettra d’identifier les thématiques prioritaires. Lorsqu’il existe, le CLS pourra constituer le volet « santé » du contrat, si cette thématique a été identifiée comme prioritaire.

Un point sur l’évaluation des CLS vous avait été présenté lors de Conférence de territoire du 08/11/2013.

Pour mémoire, plusieurs types d’évaluation sont conduits :

* une évaluation interne de chacune des actions inscrites dans les CLS, selon des indicateurs précisés dans les fiches actions
* une évaluation interne du processus des CLS, en collaboration avec l'équipe universitaire de Paris XIII menée durant l’été 2012
* une évaluative externe sur l’impact des CLS sur les inégalités sociales et territoriales de santé, confiée à l'équipe universitaire de Paris XIII
* une évaluation externe à venir sur le processus de mise en œuvre des CLS, confiée à l’institut Renaudot

Nous revenons aujourd’hui sur l’évaluation externe de l’impact des CLS sur les inégalités de santé.

* la 1ère phase, réalisée en 2012, a consisté en l’analyse d'un échantillon de 18 CLS signés fin 2011 / début 2012, dont ceux d’Asnières, de Gennevilliers et de Nanterre pour les Hauts-de-Seine
* la 2ème phase de cette étude a débuté fin 2013. Elle a consisté en l'analyse détaillée sur site d'un nombre restreint de CLS. 7 sites ont été choisis sur la région dont 2 sur les Hauts-de-Seine : Asnières et Gennevilliers
	+ les référents CLS de ces 2 communes ont été rencontrés en février 2014
	+ les acteurs municipaux et locaux impliqués dans la démarche ont été recensés et rencontrés jusqu’en juin 2014
	+ plusieurs actions du CLS ont été sélectionnées pour être étudiées plus particulièrement

Madame Madrange indique que l’Agence est en attente des conclusions de l’Université, qui pourront être transmises dès réception.

Madame Fourcade demande si une extraction pour les Hauts de Seine est faisable et rappelle l’importance de ces contrats comme outil de l’animation territoriale.

Madame Gelliot souligne que cette démarche de diagnostic partagé dans laquelle les élus sont partenaires nécessite un important travail de coordination. Elle rappelle le rôle important de la CPAM et l’invite à s’exprimer sur les actions conduites.

Mme Taisson, qui représente la CPAM, indique que l’organisme a été associé assez récemment et a commencé à beaucoup s’investir cette année dans la définition des CLS. Des actions de prévention sont menées, telles que le dépistage cardio-vasculaire, du cancer du sein, du col de l’utérus. Elle indique que la CPAM est tout à fait prête à proposer son concours et à s’investir.

Madame Fourcade pose la question des données territorialisées et du diagnostic partagé. Elle demande à la CPAM si elle est à même de fournir des données.

Madame Taisson répond qu’il sera possible de transmettre des données assez fines, des études démographiques etc.

Monsieur Marty revient sur l’évaluation et indique qu’il serait intéressant qu’un chercheur de l’Université Paris 13 vienne présenter les conclusions devant la Conférence de Territoire.

Madame Fourcade répond qu’il serait effectivement intéressant que cette présentation soit faite et que les élus soient également d’avantage impliqués.

Elle invite les représentants de patients à donner leur point de vue sur les CLS.

Claude Chavrot, qui représente l’association des diabétiques des Hauts de Seine, indique que l’association est impliquée à Rueil Malmaison, sur des questions autour de l’alimentation. Il précise qu’à Gennevilliers, il a été associé au début de la démarche mais moins maintenant. Il indique qu’il va profiter de cet échange pour relancer la démarche.

Monsieur Marty indique que les usagers sont présents dans les actions conduites et que ce qui leur est demandé maintenant est de participer à l'évaluation et à la réflexion sur les orientations futures du CLS.

Madame Colombani indique que les CLS sont opérationnels à travers des fiches actions qui sont mises en place avec des habitants. Ils sont invités à participer aux comités du pilotage. Un autre niveau de participation est aujourd’hui souhaitable, à travers l’implication dans la mise en place des fiches actions.

* **Point numéro 6 : Présentation des CPOM, Docteur Marie-Christine Bauwens**

Madame Bauwens commence par rappeler que l’Agence est engagée dans une démarche de contractualisation depuis 2013.

Le CPOM est un outil de dialogue, basé sur une négociation entre les structures et établissements détenteurs d’autorisations d’activité. Cet outil synthétique est évalué régulièrement.

Le cadre régional est basé sur le PRS qui a été lancé en 2013. Les défis qui y sont identifiés sont liés au parcours de soin du patient et au cadre régional suivant :

1°Accompagner la mutation stratégique des établissements hospitaliers

2° Développer des coopérations au service de la gradation des soins

3°Anticiper la diminution de la démographie médicale

4°Adapter la stratégie hospitalière francilienne au contexte économique

5°Améliorer la qualité et sécurité des prises en charge

La démarche évolue dans un cadre territorial qui répond à deux principes incontournables : l’organisation de l’offre de santé et l’optimisation des parcours de santé.

Les CPOM comportent un socle contractuel qui est une véritable « carte d’identité de l’établissement » (missions de l’établissement, reconnaissances contractuelles …) qui a été signé avant le 28 décembre 2013 (un an après le PRS).

Les coopérations territoriales sont un axe important (partage des plateaux techniques pas exemple).

En 2013, des CPOM ont été réalisés selon une typologie (type 1 ,2 et 3), en fonction de la complexité (financière notamment).

Quelques incertitudes basées sur la pérennité des activités sont à souligner. Des solutions sont à trouver en termes de coopération et de spécialisation des sites. Madame Bauwens indique également que le projet de l’AP impacte le département des Hauts-de-Seine, ainsi que l’évolution des équipes de direction (départs à la retraite notamment).

Les leviers identifiés actuellement sont le développement de la communication inter établissements et le déploiement de la télémédecine, l’information des patients (recours aux sites transmise par les établissements et les acteurs du secteur ambulatoire ainsi qu’un accompagnement par l’ARS des coopérations.

Madame Fourcade demande à la salle si elle a des réactions.

Des interventions soulignent que la présentation est centrée sur le secteur hospitalier. La question des CPOM médico sociaux est posée.

Madame Bauwens souligne que la démarche est aussi appliquée au niveau de l’ambulatoire.

Madame Gelliot précise qu’il y a également des CPOM avec des structures médico-sociales bien que le choix qui a été fait aujourd’hui est d’uniquement présenter les CPOM hospitaliers. Elle précise qu’un point pourra être fait à la CT sur les CPOM médico-sociaux.

La différence est que la contractualisation avec les structures médico-sociales n’est pas systématique, contrairement à ce qui est fait avec les établissements de santé. Mais les crédits qui leurs sont alloués sont pérennes.

Un membre de la salle représentant les usagers secteur personnes âgées indique qu’elle perçoit très clairement la volonté de faire un parcours fluide pour le parcours de soin des PA. Or, la fin du parcours de la personne âgée débouche généralement sur un établissement médico-social. A quand des CPOM sur un parcours ?

La question des CPOM invite à se poser la question du décloisonnement et la place pour le suivi des affections chroniques.

Madame Bauwens indique que l’Agence est entrée dans une réflexion des parcours dits « complexes » et essaye de définir quel peut-être le parcours optimal du patient dès son arrivée aux urgences. Un travail est mené avec le service ambulatoire notamment pour sécuriser le retour à domicile des personnes âgées.

Elle rebondit sur les CPOM dans les parcours en précisant que cette dimension est intégrée dans la réflexion et la négociation menée avec les établissements. Une réflexion est notamment menée sur le parcours des patients atteint de cancérologie, pour éviter les ruptures de traitements, mais également sur les suivis de grossesse et les prises en charge après accouchement.

Les négociations sont conduites avec toutes les équipes.

Mr Baer intervient sur la question du parcours AVC. Il indique que la télémédecine ne peut pas être présentée comme une opportunité mais plutôt comme une « contrainte ».

Madame Bauwens indique que le problème posé pour les personnes âgées est actuellement en réflexion. Elle évoque la prise en charge possible de la gériatrie.

La sécurisation des filières est encore à optimiser et les retours de réflexion sont intéressants.

Madame Fourcade indique que la question de la transmission de l’information aux professionnels et aux usagers est essentielle.

L’URPS indique que des plaquettes ont été distribuées aux médecins libéraux. Il précise qu’au sein de l’URPS, un CPOM a été signé et une étude concernant la quantification et la qualification des structures d’exercice collectif a été réalisée pour permettre de faire un état des lieux. Un travail sur le terrain est mené, mais les structures sont fragilisées et un manque de financement est à souligner.

Madame Fourcade propose de retenir la thématique du premier recours et la façon dont pourrait être transposée la démarche CPOM hospitalier pour l’ambulatoire et pour le médico-social, pour une prochaine CT.

Pour conclure, la date du vendredi 16 janvier est retenue pour la prochaine séance plénière. Un planning complet sera proposé pour 2015. Madame Fourcade lance un appel à contribution auprès des membres de la conférence de territoire pour identifier les thèmes de travail 2015. Une réunion du bureau se tiendra en Novembre afin de déterminer la feuille de route 2015 et pour lancer des appels à participation aux groupes de travail qui seront proposés.