



# PROJET MÉDICAL PARTAGÉ

Version 1

GROUPEMENT HOSPITALIER DE TERRITOIRE

LILLE METROPOLE FLANDRE INTERIEURE

Version validée lors du séminaire G10 du 10 juin 2016

## SOMMAIRE

---

Chapitre 1 LES ETABLISSEMENTS MEMBRES DU GHT .....	2
Chapitre 2 L'ENJEU D'UNE STRATÉGIE DE GROUPE PUBLIC.....	2
2.1 Les spécificités du territoire Lille Métropole Flandre Intérieure :.....	2
2.2 Une culture de la coopération entre établissements publics :.....	3
2.3 Une stratégie de groupe public renforcée : .....	4
2.4 Des principes fondateurs communs : .....	4
Chapitre 3 L'OFFRE HOSPITALIÈRE PUBLIQUE DU GHT .....	5
3.1 Le programme capacitaire .....	5
3.2 Les activités.....	5
3.4 Les autorisations des établissements parties au GHT : .....	6
3.5 Les plateaux médico techniques .....	7
3.6 Les ressources médicales et non médicales : .....	7
Chapitre 4 LES OBJECTIFS MÉDICAUX .....	8
Chapitre 5 PREMIERES ORIENTATIONS MEDICALES.....	9
5.1 Cancérologie .....	9
5.2 Chirurgie viscérale .....	14
5.3 Orthopédie et traumatologie .....	16
5.4 Soins de suite et de réadaptation.....	18
5.5 Personnes âgées .....	21
5.6 Cardiologie .....	27
5.7 Imagerie .....	30
Chapitre 6 DES TRANSVERSALITES DEJA IDENTIFIEES .....	33
Chapitre 7 PREMIERS ELEMENTS DU VOLET HOSPITALO UNIVERSITAIRE .....	34
Chapitre 8 LES ETAPES A VENIR .....	38

## Chapitre 1 LES ETABLISSEMENTS MEMBRES DU GHT

Les établissements membres du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Lille Métropole Flandre Intérieure sont :

- Centre Hospitalier d'Armentières
- Centre Hospitalier de Bailleul
- Centre Hospitalier d'Hazebrouck
- Centre Hospitalier Universitaire de Lille
- Groupe Hospitalier Loos Haubourdin
- Centre Hospitalier de Roubaix
- Groupe Hospitalier Seclin - Carvin
- Centre Hospitalier de Tourcoing
- Centre Hospitalier de Wasquehal
- Centre Hospitalier de Wattrelos

## Chapitre 2 L'ENJEU D'UNE STRATÉGIE DE GROUPE PUBLIC

### 2.1 Les spécificités du territoire Lille Métropole Flandre Intérieure :

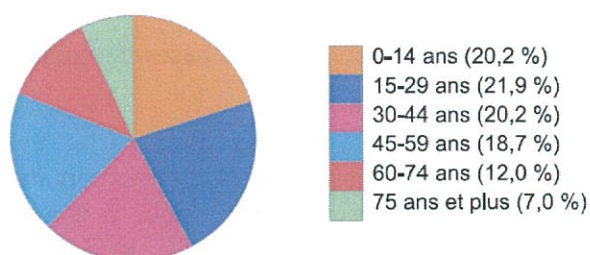
Géographiquement, le GHT intervient sur un territoire de 231 communes, peuplé d' **1.5 million d'habitants** et dont la croissance démographique est globalement faible. Ce territoire s'étend du nord au sud sur un peu moins de 40 kilomètres et d'ouest en est sur un peu plus de 50 kilomètres, soit environ 1h20 pour le traverser.

Le territoire est **densément peuplé** et fait apparaître 2 zones :

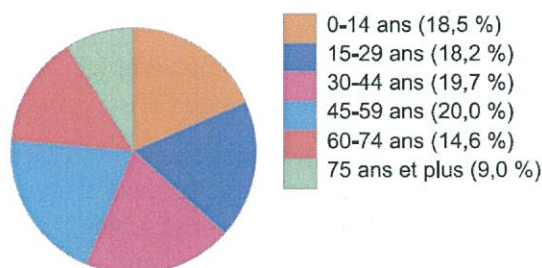
- Une zone périurbaine dense pour son versant est, en partant d'Armentières,
- Une zone périurbaine peu dense pour son versant ouest, en partant de Nieppe.

Démographiquement, le territoire est **plus jeune que la moyenne française** et composé notamment à 42% d'habitants de moins de 30 ans contre 37% en moyenne en France.

Répartition de la population par tranche d'âge  
Sélection 2012



Répartition de la population par tranche d'âge  
France 2012



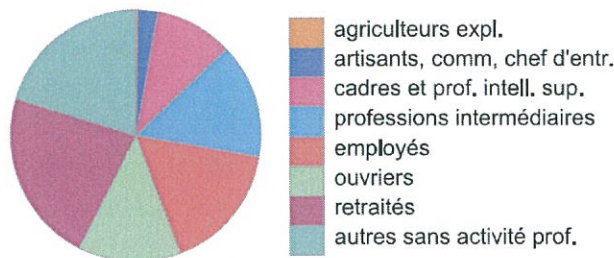
Source INSEE 2012

Le **taux de natalité sur le territoire (1.5%) est supérieur à la moyenne nationale (1.3%)**. On identifie également **plusieurs mouvements extra territoriaux** sur la période 2007-2012.

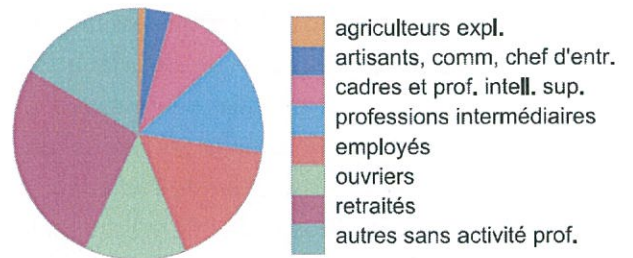
Le territoire est caractérisé par **une faible part de retraités et une forte représentation de la catégorie socioprofessionnelle « autres sans activité professionnelle »**, lié à un indice de jeunesse et un taux de chômage élevé. Le taux de chômage (12.3%) était, en 2011, supérieur de 1.2 point à la moyenne nationale.

En découle un niveau de **revenu médian par unité de consommation (UC) globalement plus faible que la médiane nationale** (médiane du département du Nord 17 618 euros contre 19 680 euros pour la France). Le territoire est également caractérisé par un indice de GINI (indice croissant en fonction du niveau d'inégalité sur un territoire) plus fort qu'au niveau national (Nord : 0.382, France : 0.369). Ces inégalités sont principalement concentrées au sein de la métropole.

**Répartition de la population par CSP  
Sélection 2012**



**Répartition de la population par CSP  
France 2012**



Source INSEE 2012

## 2.2 Une culture de la coopération entre établissements publics :

Ce GHT s'appuie sur **des coopérations existantes**, puisque 8 des 10 établissements ont déjà signé une convention-cadre en 2011, le « **Groupement Hospitalier Public de la Métropole** », pour promouvoir une démarche organisée de groupe des hôpitaux publics.

De plus, des partenariats historiques ont été structurés, notamment :

**Un Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) réunit le CHRU de Lille, le Centre Hospitalier de Seclin et le Centre de Référence Régional en Cancérologie**, autour de projets médicaux partagés. Il est le support de réalisation en commun de nombreuses activités médicales, médico-techniques, logistiques et administratives : chirurgie maxillo-faciale et stomatologie, chirurgie dentaire, chirurgie plastique et esthétique, urologie, orthopédie, chirurgie générale et digestive, biologie, restauration.

Le **GCS Hospitalo-Universitaire d'infectiologie entre le CHRU de Lille et le CH de Tourcoing** porte notamment sur le Centre de Référence des Infections Ostéo Articulaire Infectées (CRIOAC).

Le **GCS Hospitalo-Universitaire Lille Armentières (HU-LA)** regroupe le CHRU de Lille et le Centre Hospitalier d'Armentières autour d'une politique de stratégie de groupe public au service de la consolidation de l'offre de soins publique.

Deux Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) ont par ailleurs posé les bases de coopérations entre différents établissements du GHT :

- La **CHT Roubaix-Tourcoing-Wattrelos** s'est construite sur la base d'un projet médical fondé notamment sur le développement de la filière neuro-vasculaire, l'optimisation du plateau de cardiologie interventionnelle, la mise en place d'un plan « marketing » pour la filière chirurgie, la structuration et l'organisation de la filière Femme, Mère, Nouveau-Né, le développement de l'éducation thérapeutique et de la prévention, les consultations avancées permettant de répondre à un besoin de soins de proximité non couverts (ophtalmo, endocrino, néphrologie...). L'instauration de fédérations médicales inter hospitalières (orl, gastro, cardio, Rééducation)
- La **CHT Flandre Intérieure Lys Métropole** (CH Armentières, Bailleul et Hazebrouck) a centré son projet médical sur trois axes : permanence des soins, maillage territorial et consolidation des coopérations médicales existantes, et couvre notamment les disciplines suivantes : les urgences, l'imagerie, le dossier patient, la gériatrie, la précarité, l'activité d'addictologie, l'orthopédie-traumatologie (filiale orthoflandre), la pédiatrie et l'HAD. Deux fédérations inter hospitalières structurent les coopérations.

**La Fédération d'Imagerie Médicale**, organisée autour d'une équipe médicale commune, assure la continuité des prises en charge, avec une permanence des soins opérationnelle. Le dispositif de télé imagerie contribue à couvrir les besoins des 3 sites hospitaliers. De même, la fédération des urgences assure les activités d'accueil d'urgences des 2 sites autorisés (CH d'Armentières et CH d'Hazebrouck).

**La Zone d'Organisation d'Accès aux Soins Transfrontaliers Franco-Belge (ZOAST)** est une caractéristique en tant que telle de coopérations pour certains membres du GHT situés sur la zone frontalière (Bailleul, Wattrelos, Tourcoing, Roubaix et Lille). Des partenariats historiques existent dans de nombreux domaines intégrés aux politiques menées en termes d'offres de soins.

### **2.3 Une stratégie de groupe public renforcée :**

S'appuyant sur des coopérations et partenariats existants, la création du GHT Lille Métropole Flandre Intérieure constitue un pas supplémentaire déterminant pour la **stratégie de groupe public**, notamment dans un contexte de restructuration forte de l'offre de soins privée.

Elle représente une réelle chance de renforcer le service public hospitalier, **avec une attention à la population du territoire**, confronté à de réelles inégalités sociales se traduisant par des difficultés d'accès aux soins, des recours tardifs, voire même des renoncements à se soigner.

Le projet médical partagé permettra de **répondre ensemble et de manière encore plus coordonnée aux enjeux de santé publique**. L'objectif commun est de progresser dans **l'organisation de parcours de soins gradués, plus lisibles et plus accessibles pour les patients**.

Cette gradation des soins a d'autant plus de sens à l'échelle du territoire que les dix établissements publics réunissent des équipes de recours, de référence et de proximité déjà très complémentaires, qu'il s'agit de conforter ensemble, notamment pour répondre solidairement aux difficultés de démographie médicale et pour conforter le maillage territorial actuel.

### **2.4 Des principes fondateurs communs :**

Les 10 établissements publics du territoire Lille Métropole Flandre intérieure sont collectivement convaincus que la création du groupement représente une opportunité unique de **développer une stratégie territoriale publique dans l'intérêt premier des usagers du service public hospitalier**.

Le GHT Lille Métropole Flandre Intérieure repose sur les principes fondateurs communs suivants :

- **Assurer une égalité d'accès aux soins de santé 24h/24 avec des organisations graduées conjuguant proximité et sécurité,**
- **Proposer aux patients des parcours de soins lisibles, cohérents et coordonnés,**
- **Conforter, développer et promouvoir l'une offre publique de santé de la métropole lilloise,**
- **Etre attractifs ensemble en proposant aux patients des prises en charge conjuguant équipes médicales de haut niveau dans toutes les disciplines médicales et plateaux techniques à la pointe du progrès médical.**

## Chapitre 3 L'OFFRE HOSPITALIÈRE PUBLIQUE DU GHT

Le GHT réunit au total 8 141 lits et places : 4301 en MCO, 894 en soins de suite et réadaptation, 480 en soins de longue durée, 212 en psychiatrie, 88 en HAD et 2 166 en médico-social. Dans les disciplines de Médecine, Chirurgie et Obstétrique (MCO), les 10 établissements représentent un peu plus de 50% de l'activité de soins réalisée au bénéfice des habitants domiciliés dans le territoire métropolitain et de Flandre Intérieure.

### 3.1 Le programme capacitaire

8 141 lits et places au total, tous champs confondus.

Lits et places au 31/12/2014	ARMENTIERES	BAILLEUL	HAZEBROUCK	LILLE	LOOS-HAUB.	ROUBAIX	SECLIN-CARVIN	TOURCOING	WASQUEHAL	WATTRELOS	TOTAL
MCO	248	30	98	2 437		713	279	456		40	4 301
Psychiatrie				212							212
SSR	60	30	20	247	90	137	139	74	60	37	894
HAD			30	58							88
SLD	60			120		120	60	60	60		480
Médico-social	180	205	136	150	205	264	386	374	206	196	2 302
<b>Total</b>	<b>548</b>	<b>265</b>	<b>284</b>	<b>3 224</b>	<b>295</b>	<b>1 234</b>	<b>864</b>	<b>964</b>	<b>326</b>	<b>273</b>	<b>8 277</b>

Lits et places au 31/12/2014, données SAE 2014

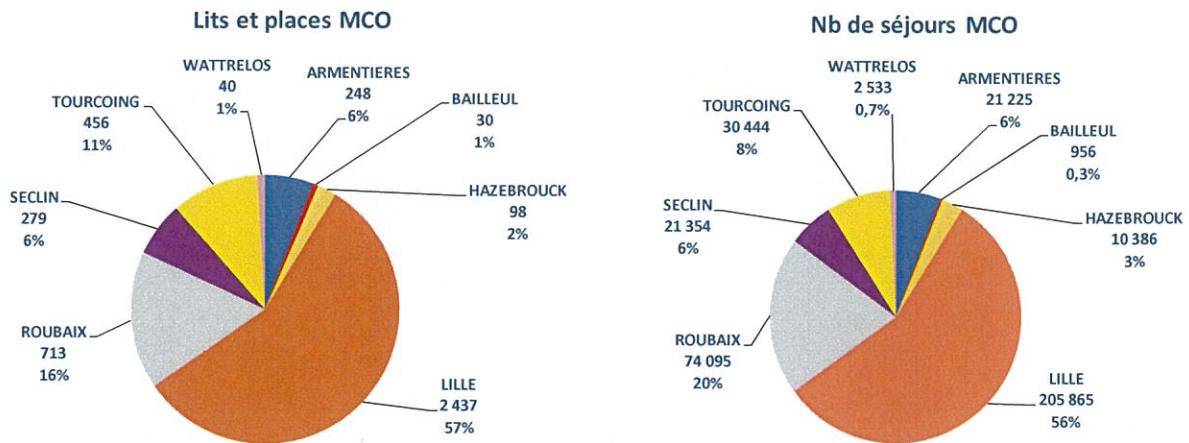
### 3.2 Les activités

Champs d'activité	ARMENTIERES	BAILLEUL	HAZEBROUCK	LILLE	LOOS-HAUB.	ROUBAIX	SECLIN-CARVIN	TOURCOING	WASQUEHAL	WATTRELOS
Hospit. MCO	X	X	X	X		X	X	X		X
dont chirurgie ambulatoire	X		X	X		X	X	X		
dont chirurgie conventionnelle	X		X	X		X	X	X		
Hospit. PSY				X Péd. et adulte						
Hospit. SSR	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
addiction							X			
cardiovasculaire				X			X			X
digestif, endocrinien				X						
locomoteur				X			X			X
personne âgée	X	X		X	X	X	X	X		X
polyvalent	X	X	X	X	X	X	X	X		X
respiratoire					X					X
système nerveux				X		X				X
HAD			X adulte	X adulte & ped						
SLD	X			X		X	X	X	X	
Médico-social	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
EHPAD	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
foyer adultes handicapés							X			
enfance handicapée et inadaptée						X		X		
addictologie			CSAPA	CSAPA			CSAPA			
Soins externes	X	X	X	X		X	X	X		X
Formation (IFSI, IFAS, IFCS...)	X			X		X	X			
Autre		imagerie	EHLA				EHLA	COREVIH, CRIOAC, CAMSP, Centre de Planification familiale		

\*une description plus détaillée de l'offre médicosociale personnes âgées est décrite dans le sous chapitre 5.5.

Les établissements du GHT Lille Métropole Flandre Intérieure proposent une offre hospitalière publique très large et bien répartie sur le territoire qui permet d'offrir une prise en charge complète et de qualité pour tous les habitants du territoire quel que soit sa situation géographique.

En 2014, les 10 établissements publics ont réalisé au total 366 858 séjours et séances en court-séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) ce qui représente 20,3% des séjours MCO réalisés au bénéfice de la population des territoires Nord et Pas de Calais.



En plus de l'offre de soins MCO, les établissements proposent toute la gamme des prises en charge. L'enjeu est d'organiser des filières complètes, fluides et lisibles pour les patients et d'améliorer le lien entre l'offre hospitalière MCO et l'offre hospitalière d'aval.

### 3.4 Les autorisations des établissements parties au GHT :

Autorisations particulières	ARMENTIERES	BAILLEUL	HAZEBROUCK	LILLE	LOOS-HAUB.	ROUBAIX	SECLIN-CARVIN	TOURCOING	WASQUEHAL	WATTRELOS
<b>Urgences et lits chauds</b>	X		X	X		X	X	X		X
urgence	X		X	X		X	X	X		
SAMU				X						
SMUR	X			X		X		X		
REA	X			X		X		X		
USIC				X		X		X		
USINV				X		X		X		
SI lits stériles				X		X				
SI autres				X		X	X			
SC	X			X		X	X	X		X
Autre				Urg.SMUR péd.						
<b>Périnatalité</b>	X Niv 2A		X Niv 1	X Niv 3		X Niv 2B	X Niv 2A	X Niv 2A		
<b>Traitement de l'IRC</b>				X centre et UDM		X centre				
<b>Traitement du cancer</b>	X		X	X		X	X	X		
chimiothérapie	X		X	X		X		X		
chirurgie des cancers digestifs	X			X		X	X	X		
chirurgie des cancers du sein			X	X		X				
chirurgie des cancers gynécologiques	X			X		X				
chirurgie des cancers ORL et maxillo-fa.				X		X				
chirurgie des cancers thoraciques				X						
chirurgie des cancers urologiques				X		X	X			
curiethérapie										
radiothérapie				X						
utilisation thérap. sources non scellées				gammaknife						
cancer pédiatrique				X						
<b>Soins palliatifs</b>	X Lits	X Lits Med et SSR	X Lits	X Unité, lits, EMSP	X Unité SSR, EMSP	X Unité, lits, EMSP	X Lits, EMSP	X Unité, EMSP	X Lits, EMSP	X Lits
<b>Activité interventionnelle</b>	X radio			X cardio (I,II,III) neuro		X cardio (I,III)	X radio	X cardio, endoscopies interventionnel les des voies biliaires		
<b>Autres</b>	planif & IVG			UCC, mémoire, centres maladies rares, chir.esth. planif & IVG, CRIOAC	UCC 10 lits CS mémoire	chir. esth. planif & IVG	UCC, mémoire, chir. esth., planif & IVG, SSR-séquelles cancer VADS	Mémoire, CRIOAC Lille Tourcoing, planif & IVG, dépôt de délivrance des produits sanguins labiles	Mémoire, Psychogériat rie	

### 3.5 Les plateaux médico techniques

Equipements	ARMENTIERES	BAILLEUL	HAZEBROUCK	LILLE	LOOS-HAUB.	ROUBAIX	SECLIN-CARVIN	TOURCOING	WASQUEHAL	WATTRELOS
	X	X	X	X		X	X	X		X
Imagerie	Scan : 1 IRM : 1 + 1(GIE) Mammog. : 1 Rx Std App mobile Echograp.	Rx Std Echograp. Pano	Scan : 1 Mammog. : 1 Rx Std : 2 App mobile : 1 Echograp. : 2	Scan : 6 + perop + recherche IRM : 7 + perop TEP : 2 gammacam : 6 Mammog. : 1 Rx Std : 20 Pano Echograp.		Scan : 3 IRM : 3 Mammog. : 1 Rx Std : 5 Pano. : 1 Echograp. : 3	Scan : 2 IRM : 1 + 1(GIE) Rx Std, capteur plan Echograp.	Scan : 2 IRM : 2 Mammog. : 1 Rx Std, capteur plan Pano : 1 Echograp.	Rx Std : 1	Mammog. : 1 Rx Std : 2 Pano : 1 Echograp. : 1
Blocs	X		X	X		X	X	X		
	salles : 4 chir., 4 mater SSPI		salles : 3 SSPI : 1	salles : 74 + 2 maternité interv. : 14 SSPI : 16		salles : 14 + 2 maternité	salles : 6 + 1 maternité SSPI : 1	salles : 7 salles + 1 bloc obstétrical + 1 SSPI		
Laboratoire de biologie	X			X		X	X	X		

### 3.6 Les ressources médicales et non médicales :

Effectifs médicaux	ARMENTIERES	BAILLEUL	HAZEBROUCK	LILLE	LOOS-HAUB.	ROUBAIX	SECLIN-CARVIN	TOURCOING	WASQUEHAL	WATTRELOS
Effectif total praticiens	113	18	39	1553	11	284	124	185	7	21
ETP praticiens	90,64	6,82	26,97	1004,42	8,67	213,97	97,19	164,86	5,61	10,99

Effectifs non médicaux	ARMENTIERES	BAILLEUL	HAZEBROUCK	LILLE	LOOS-HAUB.	ROUBAIX	SECLIN-CARVIN	TOURCOING	WASQUEHAL	WATTRELOS
Nb emplois sages femmes et personnels non médicaux	941	128	354	12 016	181	2 663	1 011	1 755	204	209
ETP sages femmes et personnels non médicaux	873,20	102,45	334,04	11 292,09	172,29	2 506,03	966,48	1 622,60	190,17	199,37

Données SAE 2014 (hors internes)



## Chapitre 4 LES OBJECTIFS MÉDICAUX

---

La convention constitutive du GHT prévoit que les établissements parties établissent un projet médical partagé permettant aux patients du territoire **un égal accès à des soins sécurisés et de qualité, grâce à une stratégie de prise en charge commune et graduée.**

L'organisation des filières de prise en charge des patients telle que définie dans le PMP vise à **maintenir et développer une offre de proximité, ainsi que l'accès à une offre de référence et de recours.**

Le projet médical partagé du groupement s'inscrit dans le cadre des **orientations du projet régional de santé. Il est élaboré en tenant compte des coopérations existantes** entre les parties ou que les parties ont avec des entités qui ne sont pas membres ou associées au groupement.

Selon la loi de modernisation de notre santé, le PMP est élaboré en plusieurs étapes :

- Les objectifs médicaux du projet médical partagé sont arrêtés au 1<sup>er</sup> juillet 2016, en même temps que la convention constitutive.
- Les objectifs et l'organisation par filières de l'offre de soins gradués du projet médical partagé sont arrêtés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017.
- Le projet médical partagé, dans toutes ses composantes, est arrêté à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2017.

A ce stade, les 10 établissements ayant déclaré leur intention d'intégrer le GHT Lille Métropole Flandre Intérieure ont constitué **des groupes de travail médicaux afin de proposer les premières orientations du projet médical partagé en associant des représentants des équipes médicales concernées autour de 7 filières et ou activités considérées comme prioritaires :**

- **La cancérologie**
- **La chirurgie viscérale**
- **L'orthopédie-traumatologie**
- **Les soins de suite et de réadaptation**
- **Les personnes âgées**
- **La cardiologie**
- **L'imagerie**

A partir d'une analyse de l'offre de soins sur le territoire du groupement, d'une première réflexion stratégique en termes d'opportunités et de menaces et d'identification des points forts et faibles des partenaires du G10, et en référence au Programme Régional de Santé, les groupes de travail médicaux ont identifié les enjeux du futur GHT et proposé des premières priorités.

Ces priorités ont été présentées et débattues au cours d'un séminaire organisé le 27 mai 2016, réunissant les Chefs d'établissement, les Présidents de CME et les Présidents de Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico Techniques.

Ce premier travail sera complété pour aboutir au projet médical partagé finalisé d'ici le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

## Chapitre 5 PREMIERES ORIENTATIONS MEDICALES

### 5.1 Cancérologie

#### 5.1.1 Définition et analyse médicale du champ étudié et diagnostic

La cancérologie représentant un champ d'activité extrêmement large, transversal et multidisciplinaire, il a été décidé de réaliser l'analyse et de définir le projet autour de 3 sous-champs distincts permettant d'intégrer la majorité des disciplines concernées : les plateaux techniques et diagnostiques, les filières médicales, les filières chirurgicales.

#### Cartographie des autorisations en cancérologie sur le territoire du GHT

ZP	Etablissement	DECISIONS D'AUTORISATION DE TRAITEMENT DU CANCER							
		Etat des lieux 2015							
		Chirurgie des cancers						Radiothérapie externe	Chimiothérapie
Mammaire	Digestif	Urologique	Gynécologique	ORL et Maxillo-faciale	Thoracique				
Flandre-Lys	Centre Hospitalier d'Armentières		AUTORISATION		AUTORISATION				AUTORISATION
	Centre Hospitalier d'Hazebrouck	AUTORISATION							AUTORISATION
Roubaix-Tourcoing	Centre Hospitalier de Roubaix	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION			AUTORISATION
	Centre Hospitalier de Tourcoing		AUTORISATION						AUTORISATION
	SA Clinique La Victoire	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION					AUTORISATION
	Hôpital Privé de Villeneuve d'Ascq	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION				AUTORISATION
Lille	Hôpital Privé la Louvière	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION		AUTORISATION	AUTORISATION		AUTORISATION
	SELARL Groupe d'Imagerie et de Cancérologie du Pont St Vaast (centre d'oncologie et de radiothérapie GALILÉE, site de la clinique de la Louvière à Lille)							AUTORISATION	
	Centre Hospitalier de Seclin		AUTORISATION	AUTORISATION					
	SA Polyclinique du Bois	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION		AUTORISATION		AUTORISATION
	SCM Bourgogne - Centre Bourgogne (site de la polyclinique du Bois)							AUTORISATION	
	GHICL	AUTORISATION St Vincent de Paul	AUTORISATION St Vincent de Paul	AUTORISATION St Vincent de Paul	AUTORISATION St Vincent de Paul				AUTORISATION St Vincent de Paul
	Centre Oscar Lambret	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION		AUTORISATION	AUTORISATION
	CHRU de Lille	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION	AUTORISATION
Total des Autorisations		9	11	9	7	4	3	4	11

#### Activité de chirurgie pour cancer des établissements du territoire du GHT (soumises à seuil)

Groupe	Etablissement autorisés	Nombre de séjours de chirurgie - activité 2014										
		ORL		DIGESTIF		UROLOGIE		THORAX		GYNECOLOGIE		SEIN
		seuil : 20 sej./an		seuil : 30 sej./an		seuil : 30 sej./an		seuil : 30 sej./an	seuil : 20 sej./an		seuil : 30 sej./an	
PUBLIC - G10	CH ARMENTIERES			40	2,3%					31	3,8%	
	CH HAZEBROUCK											28
	CHRU LILLE	400	57,3%	703	40,1%	359	39,2%	667	70,7%	163	20,0%	254
	CH ROUBAIX	45	6,4%	54	3,1%	55	6,0%			56	6,9%	152
	CH SECLIN			42	2,4%	37	4,0%					
	CH TOURCOING			50	2,8%		0,0%					
<b>total G10</b>		<b>445</b>	<b>63,8%</b>	<b>889</b>	<b>50,7%</b>	<b>451</b>	<b>49,3%</b>	<b>667</b>	<b>70,7%</b>	<b>250</b>	<b>30,6%</b>	<b>434</b>
ESPIC	COL	166	23,8%	138	7,9%	54	5,9%			403	49,3%	1 187
	GHICL			169	9,6%	45	4,9%			33	4,0%	29
	<b>total ESPIC</b>	<b>166</b>	<b>23,8%</b>	<b>307</b>	<b>17,5%</b>	<b>99</b>	<b>10,8%</b>			<b>436</b>	<b>53,4%</b>	<b>1 216</b>
PRIVÉ	POLYCL. DU BOIS			241	13,7%	94	10,3%	182	19,3%	73	8,9%	354
	POLYCL. DE LA LOUVIERE	87	12,5%	111	6,3%	192	21,0%	94	10,0%	4	0,5%	8
	CL. DU PARC CROIX			136	7,7%	42	4,6%			54	6,6%	139
	CL. DE LA VICTOIRE			71	4,0%	37	4,0%					262
<b>total privé</b>	<b>87</b>	<b>12,5%</b>	<b>559</b>	<b>31,9%</b>	<b>365</b>	<b>39,9%</b>	<b>276</b>	<b>29,3%</b>	<b>131</b>	<b>16,0%</b>	<b>763</b>	
<b>TOTAL</b>		<b>698</b>	<b>100%</b>	<b>1 755</b>	<b>100%</b>	<b>915</b>	<b>100%</b>	<b>943</b>	<b>100%</b>	<b>817</b>	<b>100%</b>	<b>2 413</b>

- Chirurgie du cancer en ORL : 4 établissements sont autorisés sur le territoire : CHRU Lille et CH Roubaix pour le GHT, prédominant avec 64% de l'activité dont 90% au CHRU. Le COL réalise 24% des interventions pour cancers ORL et la Louvière les 12% restants.
- Chirurgie du cancer en Digestif : 11 établissements autorisés sur le territoire : le GHT est prédominant avec 51% de l'activité, porté par le CHRU de Lille.
- Chirurgie du cancer en Urologie : 9 établissements autorisés sur le territoire : le G10 est quasi majoritaire avec 49% des séjours produits, suivi de près par le Privé qui réalise 40% des séjours tandis que les ESPIC ont une part assez faible.
- Chirurgie du cancer du Sein : 9 établissements autorisés sur le territoire : le groupe ESPIC, essentiellement représenté par le COL est très fortement majoritaire avec 50% des séjours. Le privé réalise 32% des séjours. Le GHT est minoritaire (18% des séjours).
- Chirurgie du cancer en Gynécologie : 8 établissements autorisés sur le territoire : comme pour le sein, c'est le COL qui réalise une part majeure des séjours. Le GHT réalise 31% des séjours avec le CHRU, Roubaix et Armentières. Le privé est minoritaire (16% des séjours).
- Chirurgie du cancer du Thorax : Le CHRU de Lille reste largement prédominant pour cette activité face au privé avec 71% des séjours contre 29% (La Louvière et Le Bois, actuel groupe RAMSAY)

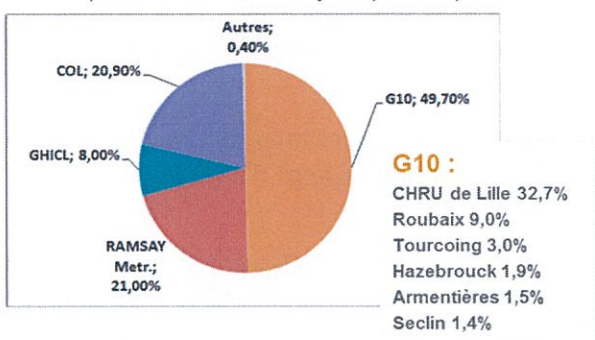
### Activité de cancérologie (toutes prises en charges confondues), production des établissements du territoire du GHT

#### Cancérologie 2014 : PRODUCTION G10

- Toutes prises en charge confondues
- quel que soit le lieu de résidence du patient (dans ou hors territoire)

#### G10 = 56 189 Séjours (hors radiothérapie)

soit 49,7% sur les 113 022 séjours produits par les établissements du territoire

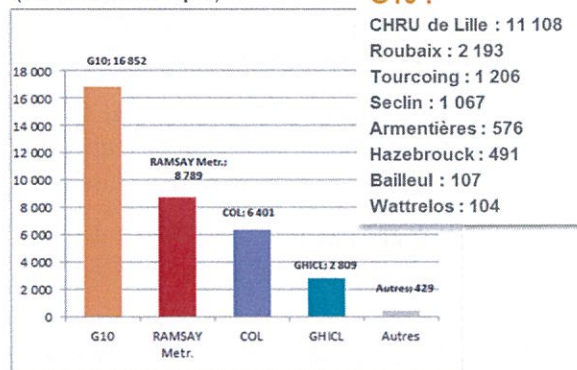


#### RAMSAY :

- Polyclinique du Bois (8,6%)
- Polyclinique de la Louvière (5,8%)
- Clinique du Parc (3,2%)
- Clinique de la Victoire (2,9%)

#### ⇒ G10 = 16 852 Patients (attention doubles comptes)

soit 56,5% sur 29 826 patients (dont radiothérapie)



Quelle que soit le type d'activité, et quel que soit le lieu de résidence du patient, les établissements du GHT ont produit 49,7% des séjours produits par les établissements du territoire en 2014. Le GHT a pris en charge plus de 16 800 patients en 2014.

### Les coopérations existantes sur le territoire, notamment :

Il existe des coopérations public-public au sein du GHT mais également des partenariats avec des établissements privés, notamment pour ce qui concerne le diagnostic du cancer.

Les CH de Roubaix et Tourcoing ont une coopération formalisée pour la chirurgie carcinologique ORL et mammaire.

Une RCP informatisée commune est organisée entre Roubaix et Tourcoing.

Le CH de Tourcoing a développé des vacations IRM pour le CH de Mouscron.

Dans le cadre de la CHT Flandre Intérieure -Lys Métropole, les CH d'Armentières et d'Hazebrouck ont défini une organisation pour les prises en charge des cancers de la femme (chirurgie sénologique et gynécologique). Dans la Fédération d'Imagerie qui lie les 3 établissements de Flandre intérieure, le centre d'imagerie de la femme, implanté au Centre Hospitalier d'Armentières, est reconnu référent pour ces prises en charge.

De même, le principe de proximité est-il privilégié pour les prises en charge en chimiothérapie, sur les deux sites ; le CH d'Armentières bénéficiant d'un partenariat avec le Centre de cancérologie Galilée à Lille et le CH d'Hazebrouck a par ailleurs un partenariat avec le Centre Bourgogne pour les besoins en radiothérapie et la SCP Radio Imagerie d'Arras avec la mise à disposition d'un onco-radiothérapeute.

L'ensemble des praticiens hospitaliers habilités participent aux RCP organisées dans le Centre de Coordination en Cancérologie « 3C Lille-Flandres lys-Cambrésis ».

Le scanner et l'IRM du CH d'Armentières sont co-utilisés avec des radiologues libéraux.

Les CH d'Armentières et de Bailleul sont membres d'un GCS permettant l'exploitation d'un laboratoire de biologie médicale.

Le CH d'Hazebrouck a des partenariats avec le privé : dans le cadre du « 3C » avec le GHICL ; le Centre Bourgogne pour les besoins en radiothérapie et la SCP Radio Imagerie d'Arras avec la mise à disposition d'un onco-radiothérapeute.

Le CHRU et le CH de Seclin sont membres du GCS HPSM dont le projet médical prévoit un partenariat en matière de chirurgie digestive et gastro-entérologie, d'onco dermatologie et d'urologie (notamment grâce à l'accès à un urétéroscope laser).

Le CHRU est également membre du GCS CRRC, constitué avec le Centre Oscar Lambret pour constituer le centre de référence régional en cancérologie qui contribue à une vision partagée de l'innovation et à l'organisation conjointe de parcours de soins des patients en cancérologie.

Plusieurs établissements du GHT sont membres du réseau PEDONCO, centrée sur l'oncologie pédiatrique et permettant d'organiser la continuité des soins afin de favoriser un traitement optimal à proximité du domicile.

L'ensemble des établissements autorisés en oncologie sont membres du réseau Onco Nord Pas de Calais.

La cancérologie est également l'un des motifs de prise en charge au sein de la Zone d'Organisation d'Accès aux Soins Transfrontaliers Franco-Belge (ZOAST) dont le territoire inclus certains membres du GHT (Bailleul, Wattrelos, Tourcoing, Roubaix et Lille).

### 5.1.2 Référence au PRS

- Stabiliser l'offre de soins en matière de traitement chirurgical et chimiothérapeutique du cancer de manière à rendre celle-ci lisible pour les acteurs de santé et le public, conforter cette offre dans les structures autorisées, et maintenir son accessibilité tout en garantissant la qualité de la prise en charge.
- Densifier et moderniser les plateaux techniques d'imagerie médicale, d'anatomopathologie et de biologie.
- Favoriser la cohérence et la fluidité des parcours de santé.
- Déployer des systèmes d'information favorisant des prises en charge médicale efficiente et de qualité.
- Agir sur l'offre de prévention et dépistage.

### 5.1.3 Détermination des enjeux de stratégie de groupe public et des grandes orientations

A l'issue de la finalisation du diagnostic de la cancérologie sur le territoire métropole – Flandre intérieure, plusieurs enjeux transversaux sont apparus incontournables et prioritaires pour les établissements publics dans le champ de la cancérologie :

1. Améliorer l'accessibilité et la lisibilité de la cancérologie commune
2. Réduire les délais de prise en charge : diagnostic/imagerie/traitement
3. Soutenir la chirurgie cancérologique en veillant à conforter l'activité au-delà des seuils.

Une analyse plus fine de ces enjeux a été réalisée par le groupe médical pour une déclinaison adaptée à chaque sous-champ défini dans ce projet médical de cancérologie.

#### Filières chirurgicales

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
<p>Le maintien des autorisations au sein du GHT</p> <p>La concurrence frontale public-privé autour de certaines chirurgie d'organes (sein / urologie / colo-rectal...)</p>	<p>Identifier et mettre en place des nouveaux métiers de <b>coordonnateur de parcours de soins</b></p> <p><b>Clarifier et mieux structurer la filière de cancérologie</b> entre les établissements du GHT – (visibilité et organisation des parcours entre proximité et recours notamment)</p> <p>Mieux identifier et explorer <b>les filières de recrutement chirurgicales et l'organisation de l'adressage</b> (les portes d'entrées sont différentes par établissement)</p> <p>Anticiper le <b>nouveau régime des autorisations</b> et les nécessités de coopérations (si passage à des autorisations individuelles ou si abaissement des seuils) : sujet prioritaire pour conforter les établissements les plus fragiles</p>

## Filières médicales

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
Les effectifs en oncologie	<p>Analyser les <b>besoins</b> à court terme en <b>oncologie</b> (médicale + spécialités d'organe) sur le périmètre du GHT</p> <p>Identifier et mettre en place des nouveaux métiers de <b>coordonnateur de parcours de soins</b></p> <p><b>Clarifier et mieux structurer la filière de cancérologie</b> entre les établissements du GHT (visibilité et organisation des parcours entre proximité et recours notamment)</p> <p>Envisager la <b>labellisation de filières</b> ou <b>d'indicateurs de qualité</b> de la prise en charge au sein du parcours au sein du GHT (cf. démarche pilote de la FHF Cancer sur 2 types de cancer)</p> <p>Concevoir une <b>organisation commune des soins de support</b></p>

## Plateaux techniques et diagnostics

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
<p>Avoir accès à une plateforme de biologie de haut niveau (en génétique – biologie moléculaire – anatomo-pathologie, y compris moléculaire) qui présente un niveau de recours autre que les activités diagnostiques effectuées en routine</p> <p>Anticiper collectivement les besoins pour des réflexions et stratégies communes</p> <p>Savoir gérer les compétences rares et organiser la complémentarité entre les compétences actuelles déjà réparties</p>	<p>Etudier la faisabilité d'une organisation commune de <b>dépistage et de diagnostic précoce</b> entre les établissements: Focus à avoir sur les endoscopies : GPEC de gastro entérologie / les organisations ambulatoires / l'ouverture des plateaux techniques aux privés</p> <p>Conforter une <b>plateforme de biologie de haut niveau commune</b> au GHT en pointe sur les technologies innovantes : renforcer l'expertise sur le G10 en oncogénétique clinique qui a un effet attractivité important</p> <p>Disposer d'une <b>instance collégiale de prospective et de concertation</b> pour structurer la réflexion en matière de cancérologie au sein du GHT (notamment pour les autorisations)</p> <p>Réfléchir au déploiement d'un <b>réseau de télé-imagerie / télé-expertise</b> pour le cancer et <b>mutualiser une plateforme de RDV</b></p>

## 5.2 Chirurgie viscérale

### 5.2.1 Définition et analyse médicale du champ étudié et diagnostic

La chirurgie générale et digestive couvre un spectre d'activités assez large. C'est une spécialité qui développe de nombreuses interactions avec l'hépatogastro-entérologie, qui constitue sa filière majoritaire de recrutements. Un de ses axes déterminants réside dans l'activité carcinologique : 6 des 10 établissements du G10 disposent de l'autorisation de chirurgie carcinologique (CHRU de Lille, CH d'Armentières, CH Hazebrouck, CH de Roubaix, GH de Seclin-Carvin, CH de Tourcoing). Cela implique un travail pluridisciplinaire entre les chirurgiens, les hépatogastro-entérologues, les radiologues.

En 2014, la chirurgie générale et digestive a généré 13 757 séjours tous types de prises en charge confondus (hospitalisation complète et ambulatoire), consommés par les habitants de 18 ans et plus du territoire Lille Métropole Flandre Intérieure élargi. Par ailleurs, la chirurgie de l'obésité a représenté 1637 séjours consommés par les habitants de 18 ans et plus de cette zone de recrutement.

Les établissements du groupement occupent une place significative en matière de prise en charge des pathologies relevant de la chirurgie viscérale. Ainsi, avec 36,9% des parts d'activités, le groupement est le deuxième offreur de soins sur sa zone de recrutement. Il est particulièrement concurrencé sur ce territoire par le groupe RAMSAY (37,1% des parts d'activités) et le GHICL (8,7%).

Il convient de préciser cette analyse au regard des modalités de prise en charge des patients. En effet, le groupement assure 40,8% des séjours en hospitalisation conventionnelle, et 26,3% des séjours ambulatoires. Les axes de progression restent donc substantiels dans le domaine ambulatoire.

L'attractivité du groupement varie également au sein de la zone de recrutement. On constate notamment que les établissements disposent de zones d'influence sur lesquels ils sont majoritaires. Il s'agit du territoire de la Flandre intérieure, d'une partie du versant Nord-Est (Roubaix, Tourcoing), et d'une partie du sud de la métropole.

Concernant la chirurgie de l'obésité, le positionnement des établissements du groupement doit être renforcé. Ainsi, les 10 établissements ne prennent en charge que 15,1% des séjours de chirurgie de l'obésité, face au groupe RAMSAY qui est dominant (59,3%).

Pour conforter leur attractivité, les établissements du groupement ont renforcé leurs coopérations qui se traduisent par l'existence de deux groupements de coopération sanitaire réunissant d'une part le CHRU de Lille et le GH de Seclin-Carvin, d'autre part le CHRU et le CH d'Armentières, ainsi que par les travaux réalisés au sein des différents réseaux de réunions de concertation pluridisciplinaires.

Dans le cadre de l'élaboration du projet médical partagé, les établissements souhaitent mettre en œuvre une stratégie offensive afin de développer l'offre de soins publique sur la zone d'influence du groupement et accroître les parts d'activités.

### 5.2.2 Référence au PRS

Le SROS/PRS ne vise pas spécifiquement la chirurgie générale et digestive. Il définit des objectifs et orientations pour les différentes filières chirurgicales.

Les objectifs du SROS/PRS :

- Optimisation des équipements existants
- Regroupement des plateaux techniques
- Développement des coopérations entre Etablissements de santé

Les orientations du SROS/PRS :

- Améliorer la gradation des soins hospitaliers
- Développer la chirurgie ambulatoire
- Assurer le maintien d'un niveau d'activité et d'équipes étoffées par le regroupement des activités sur des sites communs et la mise en commun des blocs opératoires, des plateaux techniques
- Offrir une prise en charge en chirurgie bariatrique du patient obèse
- Veiller à maintenir une offre de soins de proximité pour les activités de chirurgie des cancers pour les pathologies digestives

### 5.2.3 Détermination des enjeux de stratégie de groupe public et des grandes orientations

Les orientations du projet médical partagé traduisent la volonté des établissements de renforcer l'attractivité et le positionnement du groupement dans le cadre des différentes filières chirurgicales.

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
<p>Le développement de la chirurgie ambulatoire</p> <p>Le maintien des activités à seuils</p> <p>Fluidifier les filières de prise en charge des patients</p> <p>Poursuivre le développement des consultations avancées</p>	<p>Structurer un projet en commun pour mieux articuler la prise en charge de l'activité programmée et des urgences (organisation des blocs opératoires)</p> <p>Renforcer la coopération en cancérologie entre les établissements pour développer nos parts d'activités</p> <p>Renforcer le lien ville-hopital:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Développer la communication des RCP vers la médecine de ville</li> <li>- Développer les relations avec les cabinets pluri-disciplinaires de ville</li> </ul> <p>Mettre en place une centrale de réservation pour les examens complémentaires (endoscopies, imagerie)</p> <p>Implanter des cabinets de consultations en dehors de nos établissements</p> <p>Améliorer la gestion de la ressource "anesthésistes"</p>



## 5.3 Orthopédie et traumatologie

### 5.3.1 Définition et analyse médicale du champ étudié et diagnostic

L'activité d'orthopédie-traumatologie regroupe des activités variées. De ce fait et afin de bénéficier d'une analyse plus fine de ces spécificités, l'orthopédie-traumatologie a fait l'objet d'une analyse qui distingue sept segments spécifiques :

<b>Consommation d'orthopédie-traumatologie des habitants du territoire LMFI élargi (18 ans et plus)</b>		
<b>Segments d'activité</b>	<b>Part dans la consommation du territoire</b>	<b>Parts d'activité du GHT</b>
Le poignet et la main	38,5%	26,4%
La hanche et du genou	32,3%	22,8%
La cheville et le pied	11,1%	18,6%
La traumatologie	11,1%	60,0%
L'épaule	4,8%	23,1%
Les infections	2,1%	71,6%
Les cancers	0,1%	25,0%
<b>TOTAL orthopédie-traumatologie</b>	<b>100%</b>	<b>28,9%</b>

L'orthopédie-traumatologie constitue une activité socle pour chaque établissement autorisé en chirurgie, elle est essentielle pour tous les établissements disposant d'une autorisation d'accueil des urgences. Elle constitue l'activité chirurgicale la plus importante en nombre de séjours sur le territoire de Métropole-Flandre Intérieure et génère, en 2014, 30 699 séjours en hospitalisation complète et ambulatoire (hors ablation de matériel, biopsie et activités non spécifiques), consommés par les habitants de 18 ans et plus du territoire Lille Métropole Flandre Intérieure élargi.

Les parts d'activités 2014, tous segments d'activité confondus, sont les suivantes :

- G10 : 28,9% dont 13,9% pour le CHRU, 4,6% pour Tourcoing, 4,5% pour Roubaix, 2,8% pour Armentières et 1,7% pour Seclin,
- RAMSAY : 52,4% (RAMSAY métropole 50% et RAMSAY hors métropole 2,4%)
- GHICL : 5,7%
- Les 13% restants sont partagés entre, les autres publics hors Métropole, les autres privés Métropole et hors Métropole, les autres ESPIC hors Métropoles et les établissements hors région.

Il existe des disparités d'un champ à l'autre, les établissements du groupe RAMSAY se positionnant fortement sur les activités « cheville et pied », « épaule », « hanche et genou » et « poignet main » ainsi que sur l'ambulatoire (63,3% de parts d'activité).

Le groupement dispose d'atouts lui permettant de renforcer son positionnement. Il s'agit notamment de sa position de recours sur la gestion des infections du site opératoire. Le Centre Hospitalier de Tourcoing en est le référent dans le cadre de la collaboration avec l'équipe universitaire d'infectiologie.

L'existence de plateaux de SSR performants ainsi qu'une structuration de parcours de soins coordonnés entre rhumatologues, médecins rééducateurs, radiologues spécialistes en ostéo-articulaire et orthopédistes constituent également des points forts.

Les caractéristiques spécifiques de la filière orthopédie/traumatologie constituent des enjeux pour les établissements du groupement. Elle connaît notamment un développement marqué de l'ambulatoire, et s'avère être une spécialité fortement concurrentiel en matière de recrutement médical.

Par ailleurs, pour répondre au vieillissement de la population, les établissements développent progressivement une offre spécifique d'ortho-gériatrie.

### 5.3.2 Référence au PRS

De façon générale sur la chirurgie, les axes sont les suivants :

- Améliorer la gradation des soins hospitaliers
- Développer la chirurgie ambulatoire
- Assurer le maintien d'un niveau d'activité et d'équipes étoffées par le regroupement des activités sur des sites communs et la mise en commun des blocs opératoires, des plateaux techniques
- Préparer les prises en charge chirurgicales des personnes hébergées dans les structures médico-sociales

En ce qui concerne spécifiquement la chirurgie orthopédique, les points de développements sont les suivants :

- Améliorer les déclarations d'infections de site opératoire ;
- Généraliser les RCP adulte/enfant pour les infections ostéo-articulaires ;
- Promouvoir des actions de prévention ;
- prendre en compte la douleur postopératoire.

La prise en charge des personnes âgées fait également l'objet de pistes de travail spécifiques:

- Une filière de l'Appareil locomoteur est à envisager associant le service de Traumatologie, le service de Rhumatologie, le service de Gériatrie et le service de l'Urgence, l'activité de prise en charge du traumatisme chez le sujet âgé.
- L'offre de soins associe une prise en charge en phase « chaude » (Urgences, chirurgicale rapide) et en phase « froide » (rhumatologique telle que le traitement de l'ostéoporose, gériatrique telle que le dépistage des troubles cognitifs).

### 5.3.3 Détermination des enjeux de stratégie de groupe public et des grandes orientations

Les orientations du projet médical partagé traduisent la volonté des établissements de renforcer l'attractivité et le positionnement du groupement dans le cadre des différentes filières chirurgicales.

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
Renforcer et structurer les coopérations des établissements publics pour améliorer l'offre de soins publique et développer les parts d'activité  Développer un projet RH et pédagogique commun	Maintenir une prise en charge de proximité diversifiée  Élaborer un diagnostic des pathologies prises en charge par chacun des établissements et du dimensionnement des équipes médicales (analyse des manques sur le territoire)  Faire émerger les sur-spécialités en périphérie  Développer la stratégie de consultations décentralisées sur le territoire  Elaborer une démarche prospective commune des ressources médicales  Développer la filière ortho-gériatrique  Renforcer les filières d'aval (SSR)

## 5.4 Soins de suite et de réadaptation

### 5.4.1 Définition et analyse médicale du champ étudié et diagnostic

Le groupe de travail médical a distingué deux segments principaux, le SSR polyvalent et le SSR spécialisé. Les SSR Polyvalents constituent le socle commun de la totalité des établissements de SSR du G10.

Les établissements accueillent également des patients dont la prise en charge est spécialisée ou particulièrement complexe, comme le montre le tableau suivant :

Autorisations accordées au 01/06/2016	Nbre de lits	SSR indifférenciés ou polyvalents	Affections appareil locomoteur	Affections du système nerveux	Affections cardio vasculaires	Affections respiratoires	Affections Système digestif méta endo	Affections liées conduites addict	Affections de la personnes âgées
CH Armentières	60	15 HC							45 HC
CH Bailleul	30								30 HC
CH Hazebrouck	20	20 HC							
CHRU de Lille	290	13 HC + 3 HP(A) + 5 HP(E)	29 HC + 10 HP	77 HC + 10 HP	10 HP		8 HC + 5 HP		120 HC
GH Loos Haubourdin	90	54 HC				16 HC			20 HC
CH Roubaix	137	58 HC		24 HC					55 HC
GH Seclin Carvin	139	14 HC + 2 HP	6 HC + 4 HP		5 HP			20 HC	88 HC
CH Tourcoing	74	37 HC							37 HC
CH Wasquehal	60								60 HC
CH Wattrelos	37		12 HC + 6 HP	8 HC + 1 HP	1 HC + 4 HP	1 HC + 3 HP			1 HC

L'offre privée, avec ou sans but lucratif est importante et ne cible pas les mêmes patients.

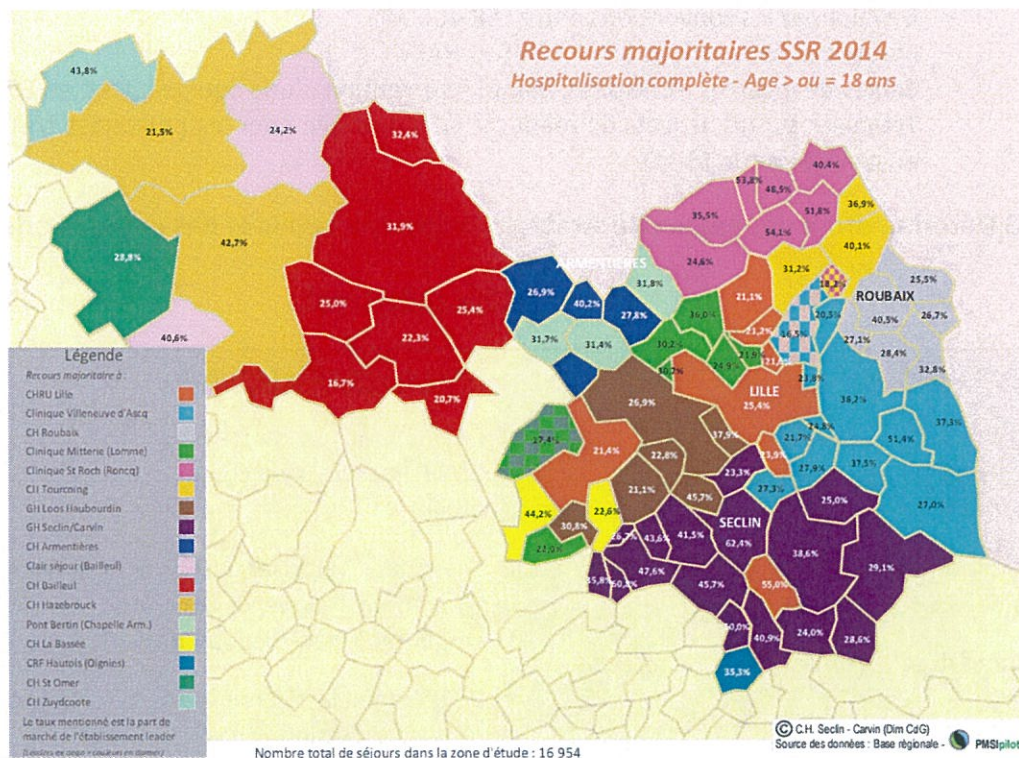
Les coopérations existantes sur le territoire, notamment :

Les établissements du G10 sont engagés dans des coopérations multi partenariales, allant de la convention d'adressage aux échanges de bonnes pratiques ou à la mise à disposition de plateaux techniques. Les partenaires sont nombreux et divers, publics et privés, sanitaires ou médico-sociaux.

L'intégration des services de SSR dans des parcours patients est forte.

L'offre de soins publique sur le territoire du GHT

Les leaders par commune du territoire



Il ressort que les patients sont orientés vers des services de SSR en proximité dès lors que des lits sont disponibles. Le maillage territorial est donc fondamental.

En termes de parts d'activités, le G10 représente 41% des journées réalisées au bénéfice des patients domiciliés dans le territoire de santé Lille Métropole Flandre Intérieure (chiffres 2014). Les ESPIC et les établissements privés à but lucratif sont fortement concurrentiels.

<b>G10</b>	41%
<b>EPL</b>	32%
<b>ESPIC</b>	22%
<b>AUTRE PUBLIC</b>	4%
<b>FUITES hors NPDC</b>	2%

#### 5.4.2 Référence au PRS

SROS 2012-2016 97 implantations de SSR autorisées dans la région.

3 idées directrices :

- 1) Ne pas d'augmenter le nombre d'implantations mais plutôt poursuivre la spécialisation des sites.
- 2) Optimiser l'accès et la qualité de l'orientation des personnes vers l'offre de soins de suite et de réadaptation :
  - Inciter, dans chaque territoire de santé, les acteurs hospitaliers à maintenir ou à mettre en place des filières organisées de soins par type de mention spécialisée ;
  - Offrir aux services demandeurs et aux patients, une réponse adaptée à leurs besoins et correctement articulée et coordonnée grâce à la poursuite de la mise en place du dispositif régional de coordination au niveau des territoires de santé ;
  - Améliorer et stabiliser le système d'information en SSR.
- 3) Considérer le SSR sous un jour nouveau, non plus uniquement comme une activité de soins réglementée « hospitalière », mais comme une activité partagée entre acteurs de santé de l'hôpital, de la ville et du médico-social, visant à garantir les meilleures « rééducation-réadaptation-réinsertion » (3R) aux personnes dont l'état de santé le requiert.

#### SROSMS 2012-2016

Envisager les suites d'hospitalisation des personnes âgées et handicapées : lien HAD/SSR.

- Développer les conventions entre SSR et ESMS
- Établir des conventions entre ESMS et HAD
- Tenter de lever les obstacles gênant l'intervention d'une équipe d'HAD en ESMS
- Travailler sur les aspects de rééducation à domicile pour les personnes sortant de SSR et prises en charge par un SSIAD.

#### 5.4.3 Détermination des enjeux de stratégie de groupe public et des grandes orientations

##### Le SSR polyvalent

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
Poids croissant des facteurs sociaux (le SSR ne doit pas se transformer en SSR « de précarité »)	Développer un partenariat avec les institutions (ARS, CD59, justice, services de protection sociale, acteurs du social)
Sollicitation forte du SSR par le MCO, du fait de la baisse des DMS	Ensemble, valoriser les prises en charge nécessitant un plateau technique et une prise en charge « lourde » et améliorer l'identification des situations inadaptées.
Maintien des RH suffisantes et adaptées.	Développer la télémédecine pour éviter des transferts et ré-hospitalisations en court-séjour

## Le SSR spécialisé

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
<p>Proposer une offre complète en SSR spécialisé : traumatologie, neurologie, obésité, cardiovasculaire, respiratoire, oncologie, addictologie ...</p> <p>Imaginer une réponse à des besoins nouveaux.</p>	<p>Bâtir un schéma commun de SSR spécialisé complet au sein du G10 : partir de l'existant, l'innovation, champs non couverts, prospective...</p> <p>Mettre en place une filière interne au G10.</p> <p>Développer les alternatives à l'hospitalisation.</p> <p>Bâtir un projet commun santé/bien-être /prévention.</p> <p>Développer la télémédecine pour éviter des transferts et ré-hospitalisations en court-séjour</p> <p>Développer la prise en charge de la basse vision et de la déficience visuelle</p>

## 5.5 Personnes âgées

### 5.5.1 Définition et analyse médicale du champ étudié et diagnostic

Le groupe médical renvoie à la notion de parcours des patients âgés au sein des Filières Gériatriques Hospitalières comprenant les services suivants : EMG, HJ, Consultations, CSG, SSR gériatrique, UCC, USLD, étendu au secteur d'hébergement des filières hospitalières (EHPAD-USLD).

Il a toutefois été noté qu'à l'occasion des soins hospitaliers, la majorité des personnes âgées de plus de 60 ans n'était pas hospitalisée en services de gériatrie, mais au sein des services de spécialités.

Pour la partie DIM MCO, le critère d'âge des personnes âgées a été fixé à 75 ans (critères d'accueil en service de Court Séjour Gériatrique).

#### Données d'activité MCO et SSR

Les établissements du GHT Lille Métropole – Flandre Intérieure assurent 60 % des parts d'activités du soin hospitalier MCO à destination des personnes âgées de 75 ans et plus, l'analyse portant sur les séjours consommés, toutes disciplines confondues dans l'ensemble des services MCO.

La proportion de séjours en ambulatoire représente 20,52% jours. La part du G10 est de 65,9% des séjours ambulatoires (dont 27,2% par le CHRU), 17,5 % pour le GHICL et 5,3 % pour le groupe Ramsay.

- A noter qu'au sein du G10, le CHRU assure proportionnellement plus de séjours en ambulatoire que son poids dans le G10
- Alors que les GH Seclin Carvin et de Tourcoing assurent moins de séjours que leurs poids dans le G10
- Les CH de Roubaix, Armentières et Hazebrouck ont développé ce type de prises en charge.

	Part d'activités sur le territoire MFI élargi; >=75 ans	Part d'activités sur le territoire MFI élargi; >=85 ans
<b>G10</b>	<b>60 %</b>	<b>59.8 %</b>
Groupe Ramsay	10.9 %	9.5 %
ESPIC (métropole + hors métropole)	19 %	20.6 %
Autre public (hors métropole)	8.1 %	8.5%
Autre privé (Hors métropole)	1.3 %	1.1 %
<b>Nombre de séjours</b>	<b>46 008 séjours</b>	<b>18 497 séjours</b>

La même tendance s'observe pour les séjours ambulatoires et les séjours à destination des patients de plus de 85 ans : les séjours des personnes âgées de plus de 85 ans représentent 41,3% des séjours des patients âgés de plus de 75 ans consommés dans le territoire de santé.

⇒ Le G10 assure 59,8% des prises en charge en moyenne, suivi du GHICL métropole qui assure 16,7% des séjours et RAMSAY métropole et hors métropole qui assure 9,5% des séjours

⇒ Le pourcentage est constant pour le G10 mais le GHICL assure davantage de prises en charge des patients de plus de 85 ans et Ramsay un peu moins.

A l'intérieur du G10 le CHRU assure 15,3% des séjours contre 18,3% pour les plus de 75 ans.

La proportion de séjours en ambulatoire représente 15,7% des séjours consommés dans cette tranche d'âge : la part du G10 est de 65,5%.

Cette part d'activité du GHT s'élève à 76% dans le cadre de l'activité SSR dédiée aux personnes âgées poly-pathologiques, l'analyse portant sur les journées de présence SSR 2014 consommées.

#### Positionnement de l'activité transversale MCO-SSR-Hébergement :

La totalité des 10 établissements du GHT dispose de services dédiés spécifiquement aux personnes âgées, qu'il s'agisse de services hospitaliers et/ou d'hébergement.

Conformément aux dynamiques engagées de filières gériatriques et de parcours coordonnés de soins et de vie des personnes âgées, les établissements du GHT s'intègrent au sein de 5 filières publiques principales existantes qu'ils impulsent et coordonnent sur le territoire.

Chaque filière gériatrique labellisée ou en cours de labellisation recense la totalité des services sanitaires (EMG, HJ, Consultations, CSG, SSR gériatrique, UCC, USLD). Elles sont en lien étroit avec le secteur médico-social (EHPAD) et les réseaux des territoires (Réseaux de Santé Gériatriques, Clics, MAIA).

Ces filières étendues et décloisonnées permettent l'architecture d'un parcours de soins des personnes âgées patients/résidents et ville/hôpital/EHPAD-USLD articulé.

On dénombre ainsi :

2 filières gériatriques étendues, en entrelacs sur le Versant Métropole Nord-Est, incluant les établissements suivants : CH Roubaix, CH Tourcoing, CHI Wasquehal, CH Wattrelos

1 filière gériatrique étendue Flandres intérieures incluant les établissements suivants : CH Armentières, CH Bailleul et CH Hazebrouck

1 filière gériatrique Lille Métropole-Ouest Métropole incluant les établissements suivants : CHRUL et GH Loos Haubourdin

1 filière gériatrique Sud Métropole – Sud-Ouest incluant les établissements suivants : GH Seclin-Carvin, et GH Loos Haubourdin

Sur l'hébergement rattaché aux filières hospitalières du GHT, les cinq filières gériatriques étendues du GHT disposent chacune :

- au moins d'une USLD

- de plusieurs EHPADs rattachés pour chaque filière, se traduisant par au moins un EHPAD par Etablissement
- au sein des EHPADs des filières gériatriques, d'unités spécialisées dans l'accompagnement des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, présentant des troubles du comportement modérés (PASA) et importants (UVA)

- d'une Unité d'Hébergement Renforcé (UHR) portée par une USLD ou un EHPAD, accueillant des résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, présentant des troubles du comportement sévères

Au sein de plusieurs EHPADs du GHT se développent progressivement des lits d'hébergement temporaire et des places d'accueil de jour ainsi que des actions d'aide aux aidants en lien avec les plateformes de répit et les Maisons des Aidants des territoires.

Sur le lien Ville-Hôpital, l'ensemble des filières gériatriques a développé des partenariats avec les Réseaux de Santé Gériatriques de territoire et les MAIA, ainsi qu'avec les CLIC et les Plateformes de Répit/Maisons des Aidants, et enfin, les réseaux et équipes mobiles de soins palliatifs.

Plusieurs établissements ont également établis des partenariats solides avec les secteurs de psychiatrie.

Enfin, afin de formaliser les parcours patients existant au sein des 5 filières gériatriques du GHT, les établissements ont développé des conventions filières gériatriques visant à améliorer le parcours des patients âgés entre les services hospitaliers et les EHPADs autonomes (publics, privés associatifs, privés lucratifs) du territoire.

## Etat des lieux Hébergement

USLD		dont UHR
Flandre Intérieure		
Armentières	60	
Métropole		
CHRUL "Les Bateliers"	120	13
Métropole sud		
GHSC	60	
Versant Nord-Est		
CH Roubaix	120	
CH Tourcoing	60	
<b>Total</b>	<b>420</b>	<b>13</b>

ES	EHPAD	Nbre d'EHPAD	lits HP	dont UHR	dont UVA	dont PASA	places AJ	lits HT	Autres
Flandres Intérieures									
CH Armentières	EHPAD "Françoise de Luxembourg", "Résidences Jean Rostand et Marie Curie"	2 EHPADs	180			oui			Portage Plateforme de Répit d'Armentières
CH Hazebrouck	EHPAD, "Le clos des tilleuls"	1 EHPAD	136	12		oui			
CH Bailleul	Résidences "La Roseraie" et "Les Capucins"	2 EHPADs	205		14	oui		non, besoin réel	
Métropole									
CHRUL	EHPAD "Les Bateliers"	1 EHPAD	158	13					
GHLH	Résidences "Jean de Luxembourg"; Résidence "Les Magnolias"	1 EHPAD, 2 sites	195	12	12		10		
Métropole sud									
GHSC	EHPAD Les Orchidées; EHPAD L'Arbre de vie; EHPAD Les Augustines	3 EHPADs	298	14	55		18	11	Portage Plateforme de Répit Hénin-Carvin
Versant Nord-Est									
CH Roubaix	EHPAD résidences "les Verts Prés", "La Fraternité", "Isabeau"	1 Ehpad, 3 sites résidences	264			oui			Portage MAIA par GCMS CHI Waquehal, CH Tourcoing, CH Roubaix, CH Watrelos, les 2 Clics
CH Tourcoing	EHPAD "Résidence Mahaut de Guisnes", Résidence Isabeau du Bosquel", "Les Maisonnées", "Résidence Les Fougères"	1 EHPAD 4 sites		14		oui			Portage MAIA par GCMS CHI Waquehal, CH Tourcoing, CH Roubaix, CH Watrelos, les 2 Clics
CHI Wasquehal	EHPAD "Centre de Gériatrie Le Molinel" et "Résidence du Golf" et "Le nouvel Horizon"	1 Ehpads; 3 sites	236	en déploiement été 2016 par transformation d'une UVA		56 en déploiement été 2016			SSIAD 80pl et ESAD 10pl; Portage MAIA par GCMS CHI Waquehal, CH Tourcoing, CH Roubaix, CH Watrelos, les 2 Clics
	Direction commune :EHPAD "Province du Nord"	1 EHPAD	118			20	14		
	Direction commune :EHPAD + Foyer Logement "Paul Cordonnier"	1 EHPAD	30						40 places de Foyer Logement
CH Watrelos	EHPAD "Hameau du bel Age"	1 EHPAD	196	En projet par transformation des 12 lits UVA		12 oui		5	Portage MAIA par GCMS CHI Waquehal, CH Tourcoing, CH Roubaix, CH Watrelos, les 2 Clics
<b>Total</b>			<b>2016</b>	<b>65</b>	<b>169</b>		<b>42</b>	<b>16</b>	



### 5.5.2 Référence au PRS

#### SRP :

- Adapter les messages de prévention aux personnes âgées et à leur entourage
- Améliorer la qualité de vie des personnes âgées (la prévention des chutes, la dénutrition, la dépression et la perte d'autonomie) et des aidants familiaux
- Prévenir les effets iatrogéniques délétères d'une hospitalisation en milieu aigu pour les personnes vulnérables

#### SROS :

- Instaurer des filières de soins gériatriques dans chaque zone de proximité; le rôle du médecin traitant au cœur du dispositif
- Organiser le développement de la gériatrie hospitalière : 1 Etablissement support de proximité par zone géographique (CSG, EMG, HJ, SSR, USLD)
- Développer le dispositif des entrées directes en lien avec les médecins traitants ; La place des EMG comme référents hospitaliers pour les acteurs libéraux, médico-sociaux et sociaux
- Développer les alternatives à l'hospitalisation (HJ, HAD, PEC dans les réseaux de santé)
- Créer des partenariats spécialisés pour améliorer les Prises en soins : référents par filière gérontologique de secteur: oncologie, soins palliatifs, douleur, pers. Handicapées vieillissantes
- Développer les partenariats avec le secteur médico-social (EHPAD, SSIAD, HAD) pour parcours coordonnés des PA
- Développer les dispositifs d'aide aux aidants
- Soutenir et encourager la politique de formation gériatrique régionale
- Instaurer une démarche coordonnée et territoriale des PEC pour les Malades Alzheimer et troubles apparentés, et leurs familles en lien avec ESMS

#### SROMS :

- Organiser des circuits de soins mieux coordonnés (suites d'hospitalisation, lien HAD)
- Diffuser la culture palliative dans les ESMS PA et PH
- Développer une politique de prévention de la maltraitance et de promotion de la bientraitance, et favoriser les démarches d'évaluation interne et externe
- Améliorer la connaissance et la lisibilité des dispositifs d'aides
- Développer et structurer une offre accessible en termes de proximité
- Développer l'éducation thérapeutique de la personne âgée
- Développer la coordination, avec le milieu hospitalier et le secteur de ville
- Adapter l'offre en hébergement aux besoins (MAMA, PHV)
- Renforcer le soutien des personnels des EHPAD et des SSIAD (protocoles, formations...)

### 5.5.3 Détermination des enjeux de stratégie de groupe public et des grandes orientations

#### Prévention Personnes âgées

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
Développement de stratégies de prévention de la dépendance  Développement de la prévention de la iatrogénie	Bâtir un projet commun de repérage et diagnostic <ul style="list-style-type: none"><li>- Améliorer le repérage précoce des facteurs de fragilité en médecine de ville</li><li>- Organiser le recours facilité aux gériatres hospitaliers</li></ul> Développer les consultations anti-aging/bien-vieillir

#### Ambulatoire – Lien avec la ville

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
Co-construire avec les partenaires de ville le parcours patient ville/hôpital/hébergement	Créer un portail gériatrique commun pour la médecine de ville (conseils gériatriques, entrées directes...)  Insérer les compétences gériatriques au sein de la médecine de ville (télémédecines, consultations avancées...) pour permettre un accès aux soins de proximité

#### Hébergement (EHPAD – USLD)

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
Maintenir quantitativement et qualitativement l'offre prépondérante du secteur public sur le territoire  Compléter l'offre actuelle d'accueil et d'hébergement en la diversifiant  Faire reconnaître la fonction particulière des EHPADs hospitaliers (médicalisation, charge en pathologies et en soins)  Maintenir la fonction de fluidification des parcours de soins assurée par les EHPAD  Développer le partenariat GHT - EHPADs autonomes du territoire	Mettre en oeuvre l'outil Trajectoire EHPAD sur le GHT, 1ère étape d'une filière interne commune  Bâtir en commun un projet d'accompagnement des publics particuliers (résidents handicap âgé par ex)  Organiser en commun une permanence des soins infirmiers en EHPAD pour limiter les transferts inadaptés au SU soirs/nuits/weekends et permettre l'accompagnement de fin de vie

## Soins à l'hôpital

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
<p>Conserver la place prédominante du secteur public en matière de soins aux PA, et s'adapter au vieillissement de la société</p> <p>Enjeux RH : poursuivre et développer la prise en charge des PA par des professionnels formés (soignants et praticiens), y compris hors filière gériatrique, et lutter contre les contraintes démographiques des professions de santé</p> <p>Fluidifier les parcours intra et inter-hospitaliers des PA</p> <p>Permettre une approche globale et de proximité des PA tout en organisant le recours gériatrique spécialisé</p>	<p>Bâtir en commun un projet de formation à la prise en soins des PA pour les professionnels hors filière gériatrique</p> <p>Elaborer et déployer des projets communs de recherche clinique en gériatrie</p> <p>Co-construire un schéma territorial de recours des spécialités gériatriques (oncogériatrie, orthogériatrie, cardiogériatrie, psychogériatrie, néphro...)</p> <p>Développer la télémédecine destinée aux PA</p>

## 5.6 Cardiologie

### 5.6.1 Définition et analyse médicale du champ étudié et diagnostic

L'activité de cardiologie regroupe des activités variées, dont certaines sont assujetties à autorisations et nécessitent un plateau technique spécifique.

De ce fait et afin de bénéficier d'une analyse plus fine de ces spécificités, la cardiologie a fait l'objet d'une analyse qui distingue cinq segments spécifiques :

<b>Consommation de cardiologie (hors HTA) des habitants du territoire LMFI élargi (18 ans et plus)</b>		
<b>Segments d'activité</b>	<b>Part dans la consommation du territoire</b>	<b>Parts d'activité du GHT</b>
Coronaropathies	47,6%	37,5%
Insuffisance cardiaque	22,7%	58,3%
Rythmologie	20,7%	46,6%
Stimulateurs / défibrillateurs	7,2%	33,2%
Valvulopathies	2,0%	75,2%
<b>TOTAL cardiologie (hors HTA)</b>	<b>100%</b>	<b>44,5%</b>

Sur l'ensemble de la cardiologie (ambulatoire et non ambulatoire, hors hypertension) les parts d'activités sont les suivantes pour un total de 21 584 séjours consommés par les habitants de 18 ans et plus du territoire Lille Métropole Flandre Intérieure élargi :

- G10 : 44,5% dont 19,7% pour le CHRU, 10% pour Roubaix, 6% pour Tourcoing, 3,2% pour Armentières et 3% pour Seclin Carvin,
- RAMSAY 34% (RAMSAY métropole 30,7% et RAMSAY hors métropole 3,3%)
- GHICL 11,5%
- Les 10% restants sont partagés entre, les autres publics hors Métropole, les autres privés Métropole et hors Métropole, les autres ESPIC hors Métropoles et les établissements hors région.

Il existe des disparités d'un champ à l'autre, les établissements du groupe RAMSAY se positionnant fortement sur les activités techniques, attractives en termes de démographie médicale et de rentabilité financière.

Les autorisations pour les techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale en cardiologie (groupe 1, 2 et 3) sont détenues par le CHRU de Lille et le CH de Roubaix. A ce titre, il convient de préciser que les activités réalisées sur le versant Nord Est de la Métropole sont portées par la Fédération Médicale Inter Hospitalière de Cardiologie rassemblant les établissements de Roubaix-Tourcoing-Wattrelos et qui se traduit par un plateau technique de cardiologie interventionnelle partagé.

- Les techniques autorisées dans le groupe 1 relèvent des actes d'électrophysiologie interventionnelle (rythmologie interventionnelle, stimulation multisites, défibrillation, pose de dispositifs de prévention de la mortalité cardiaque liée à des troubles du rythme) :
- Les techniques du Groupe 2 ne sont autorisées qu'au CHRU de Lille, traitent de l'activité spécifique des cardiopathies de l'enfant et sont liées à son rôle de recours
- Les techniques du Groupe 3 concernent les cardiopathies de l'adulte, angioplasties et valvulopathies. Elles sont réalisées par le CHRU de Lille qui en donne l'accès à certains praticiens formés du G10, notamment du GH de Seclin-Carvin.

La démographie médicale dans la discipline s'annonce tendue pour les 10 années à venir. Une étude menée sur la base des flux migratoires des cinq dernières années ainsi que sur la base de l'addition des internes en

gestion et l'hypothèse du maintien du flux d'internes du dernier concours, indique que les départs seront supérieurs aux entrées tant à 5 ans qu'à 10 ans. On estime à 25% la diminution des ressources médicales disponibles dans cette spécialité à 10 ans. La concomitance des départs dans le privé attractif par son plateau technique, risque de créer en outre, un phénomène d'attraction donc de captation des médecins formés.

Au regard du panel d'activités et de la tension démographique médicale en perspective, un enjeu fort sera de travailler sur l'attractivité publique des postes. Une perspective d'attractivité et de fidélisation des jeunes cardiologues réside dans la construction de profils de postes partagés permettant d'allier à la fois les projets de recherche, l'accès aux plateaux techniques pertinents, les conditions d'exercice de la profession.

### 5.6.2 Référence au PRS

#### Orientations globales

- Sécuriser la prise en charge et la continuité des soins pour l'ensemble des actes
- Organiser la permanence et la sécurité des soins dans la prise en charge de l'infarctus du myocarde
- Améliorer les prises en charge d'aval (SSR)
- Justifier de l'adéquation du fonctionnement de l'unité à ses missions réglementaires
- Améliorer la fluidité de la filière de soins à l'issue du séjour court en USIC

#### Orientations actuelles

- Evolution de la démographie médicale à surveiller.
- Caractère récent des autorisations : maintien des implantations de cardiologie interventionnelle telles que définies dans le SROS III, dans l'attente de la montée en charge des derniers centres autorisés et de l'évaluation de leur impact sur l'offre et la consommation de soins.
- Prise en compte de l'évolution démographique pour l'adaptation du nombre de lits d'USIC par territoire de santé avec augmentation marginale du nombre de lits
- Principe régional : sécuriser la prise en charge, assurer la continuité des soins, fluidifier la filière de soins.

#### Déclinaison des OQOS en implantations :

- Pas de cible supplémentaire en rythmologie.
- Augmentation mesurée sur les ablations et défibrillateurs.
- Stabilisation des actes de groupe 3.

### 5.6.3 Détermination des enjeux de stratégie de groupe public et des grandes orientations

#### Pathologies valvulaires

<b>ENJEUX pour le GHT</b>	<b>GRANDES ORIENTATIONS</b>
<p>Accompagner l'évolution très rapide des techniques (domaine le plus évolutif en cardiologie)</p> <p>Maintenir le leadership public</p>	<p>Poursuivre et structurer la coopération intra G10 pour l'accès au plateau technique du CHU</p> <p>Etablir un projet prospectif en commun (plan de formation) de développement des prises en charge des pathologies valvulaires aortiques transcutanées</p>

## Pathologies coronaires

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
Maintenir le leadership pour les accidents coronariens aigus  Augmenter la patientèle pour les patients stables	Développer un projet commun de consultations avancées

## Insuffisance cardiaque

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
Développer la cardio-gériatrie  Intégrer les méthodes interventionnelles qui apparaissent pour l'insuffisance cardiaque  Garder le leadership sur ce segment	Bâtir un projet prospectif et coordonné sur les méthodes interventionnelles  Développer en lien avec le groupe personnes âgées un projet de cardiogériatrie commun au G10

## Troubles du rythme

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
Maintenir le maillage du territoire  Résister à la montée en puissance du secteur privé (débauchage de praticiens)	Maintenir une coordination entre les établissements du G10 avec un accès partagé aux plateaux techniques ("les praticiens suivent les patients") ce qui implique un développement de l'activité partagé  Bâtir un projet commun d'urgence rythmologique

## 5.7 Imagerie

### 5.7.1 Définition et analyse médicale du champ étudié et diagnostic

Equipements	ARMENTIERES	BAILLEUL	HAZEBROUCK	LILLE	LOOS-HAUB.	ROUBAIX	SECLIN-CARVIN	TOURCOING	WASQUEHAL	WATRELO
	X	X	X	X		X	X	X		X
Imagerie	Scan : 1 IRM : 1 + 1(GIE) Mammog. : 1 Rx Std App mobile Echograp.	Rx Std Echograp. Pano	Scan : 1 Mammog. : 1 Rx Std : 2 App mobile : 1 Echograp. : 2	Scan : 6 + perop + recherche IRM : 7 + perop TEP : 2 gammacam : 6 Mammog. : 1 Rx Std : 20 Pano Echograp.		Scan : 3 IRM : 2 Mammog. : 1 Rx Std : 5 Pano. : 1 Echograp. : 3	Scan : 2 IRM : 1 + 1(GIE) Rx Std, capteur plan Echograp.	Scan : 2 IRM : 1 Mammog. : 1 Rx Std, capteur plan Pano : 1 Echograp. : 2		Mammog Rx Std : 2 Pano : 1 Echograp. 1

Les établissements du G10 réunis proposent un plateau technique d'imagerie dont les équipements sont diversifiées (radiographie, scanographie, échographie, IRM...). Réparti sur l'ensemble du territoire du groupement, il permet une prise en charge de proximité tout en offrant un recours à des équipements de pointe, utilisés par des équipes spécialisées. Cela traduit une volonté forte et partagée d'offrir à la population de la Métropole Flandre Intérieure des plateaux techniques diversifiés et complets.

Mieux adapter les moyens aux besoins dans un objectif d'efficience pour améliorer la prise en charge des patients autour de 4 champs :

- L'imagerie en Métropole Flandre Intérieure
- La PDS
- La téléradiologie
- La radiologie interventionnelle

Dans son rapport en date du 11 mai 2016, la Cour des Comptes a formulé des recommandations afin de restructurer l'offre d'imagerie médicale et de développer l'attractivité de l'imagerie hospitalière selon trois leviers : restructurer l'offre vers une organisation mutualisée de l'accès aux plateaux technique (GHT, Système d'Information...), améliorer la pertinence des actes et l'innovation, et enfin, revaloriser l'imagerie hospitalière (souplesse dans l'exercice des fonctions et dans les pratiques) (intégrer un texte court sans citer les 8 recommandations)

#### 5.7.2 Référence au PRS

Deux grands axes des orientations du SROS III :

- L'amélioration de l'accessibilité aux techniques modernes d'imagerie
- L'amélioration de la qualité de l'organisation et de l'utilisation des plateaux techniques d'imagerie.

**Les objectifs du SROS III:**

- adapter l'organisation de l'offre de soins en imagerie en coupe aux besoins de la population ;
- définir les conditions d'accès nécessaires pour assurer la sécurité de la prise en charge et encourager le regroupement des plateaux techniques, les collaborations entre les équipes privées et publiques, la mutualisation des moyens humains et techniques ;
- mettre en place une gradation des plateaux techniques pour optimiser l'organisation des plateaux techniques d'imagerie en coupe ;

- structurer l'organisation interne des établissements au circuit de demande d'examens et développer les compétences en imagerie ;
- assurer la continuité des soins en médecine nucléaire et organiser le recours au chru et au centre régional de lutte contre le cancer ;
- permettre l'accès des patients de la région à un équipement tep ;
- favoriser l'accès à l'imagerie de planification et d'aide au centrage en radiothérapie.

### 5.7.3 Détermination des enjeux de stratégie de groupe public et des grandes orientations

#### Imagerie en Métropole Flandres Intérieure

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
<p>Maintenir les compétences et développer le recrutement médical</p> <p>Maintenir et développer des plateaux techniques de qualité</p> <p>Développer et mutualiser l'imagerie en ambulatoire</p>	<p>Développer les mesures d'attractivité des radiologues : inventer en commun des solutions innovantes pour mieux rémunérer les médecins, qualité des filières de soins et des plateaux techniques</p> <p>Proposer un accès facilité aux plateaux techniques interventionnels et aux techniques émergentes</p> <p>Optimiser les ressources humaines : nouveaux métiers de l'imagerie et coopérations interprofessionnelles.</p> <p>Maintenir et poursuivre un aménagement du territoire en radiologie diagnostique et interventionnelle</p>

#### Radiologie Interventionnelle

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
<p>Répondre à la forte augmentation de la demande (cancérologie, ostéo., neurologie etc... )</p> <p>Développer ces techniques d'imagerie non invasive</p> <p>Activité attractive pour la radiologie et les établissements</p>	<p>Développer la radiologie interventionnelle dans chaque établissement MCO au sein du GHT</p> <p>Développer un projet de formation en commun</p> <p>Défendre en commun les projets d'équipements dédiés à l'interventionnelle</p>



## Téléradiologie

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
Améliorer le télé diagnostic pour la PDS	Faciliter le transfert d'images au domicile des radiologues
Développer la télé expertise pour l'activité programmée et la PDS	Dimensionner les équipes de radiologues spécialisés pour la téléexpertise 24/24
Développer le télédiagnostic pour l'imagerie standard	Faciliter les transmissions d'image entre les différents établissements
	Développer un modèle économique commun intégrant la rémunération des radiologues

## Permanence des soins

<u>ENJEUX pour le GHT</u>	<u>GRANDES ORIENTATIONS</u>
Maintenir les PDS existantes dans chaque établissement et les renforcer	Organisation de la PDS au sein du GHT / implication forte des internes de radiologie
Diminuer la pénibilité et rester attractif	Développer le télé diagnostic et la télé expertise et améliorer la rémunération
Conditionner les nouvelles autorisations et les renouvellements d'activité à une participation effective des libéraux à la permanence des soins en établissements	

## Chapitre 6 DES TRANSVERSALITES DEJA IDENTIFIEES

---

En complément des propositions élaborées par les membres des groupes médicaux thématiques, plusieurs priorités transversales ont été identifiées :

### ▪ Le lien ville-hôpital

L'amélioration des relations entre les hospitaliers du G10 et les professionnels installés en ville a été identifiée par tous les groupes médicaux comme une priorité commune. L'objectif est de proposer un ensemble d'actions cohérent visant à mieux coordonner les parcours de soins des patients :

- Actions en amont des hospitalisations destinées à faciliter l'accès aux médecins hospitaliers seniors par les médecins généralistes, notamment pour la prise de rendez-vous pour une consultation ou une hospitalisation (ligne téléphonique dédiée, plateforme web dédiée) ou pour un avis d'expert
- Actions en aval des hospitalisations destinées à faciliter le lien et la communication au moment de la sortie du patient et du retour à domicile
- Déploiement des possibilités d'échanges de données médicales par voie cryptée
- Propositions de formation continue pour créer des liens réguliers et durables
- Elaboration pluridisciplinaire de schémas de parcours coordonné autour de de pathologies associant hospitaliers et médecins généralistes.

### ▪ L'accessibilité physique et numérique des hôpitaux

Les groupes médicaux ont également insisté sur l'importance de faciliter l'accessibilité physique et numérique des établissements du G10 pour les patients et les professionnels partenaires. Ainsi, a été formulée la proposition d'une plateforme web commune permettant d'identifier les professionnels médicaux du groupement et leurs spécialités, de rendre plus lisibles les parcours de soins organisés au sein du G10, voire de faciliter les prises de rendez-vous en consultations ou pour des actes médico-techniques. Cette plateforme pourrait également être accessible sur androïde avec possibilité de géolocalisation pour identifier les services de proximité et faciliter l'accessibilité physique des hôpitaux, avec une identité visuelle propre au G10.

### ▪ L'attractivité et les enjeux de démographie médicale

En 2015, les établissements du G10 ont engagé conjointement une démarche de gestion prévisionnelle des compétences médicales (GPEC) à la demande de l'ARS Nord Pas-de-Calais.

Une première analyse du temps médical disponible (PHTP, Phtpa, PHC, PA, assistants, FFI, internes, CET, TA) par établissement et par spécialité a été réalisé. **Elle a permis d'identifier plusieurs axes prioritaires** sur lesquels travailler entre établissements publics de santé pour renforcer les pôles d'excellence par établissement et résoudre les difficultés relatives à cette **démographie médicale : cardiologie, cancérologie, orthopédie-traumatologie, urologie, gynéco-obstétrique, ORL, anesthésie-réanimation, imagerie, médecine d'urgence.**

### ▪ L'élaboration de modèles médico économiques innovants autour des parcours

Afin d'encourager l'organisation de parcours de soins articulés entre plusieurs établissements du G10, incluant l'accès à des plateaux médico-techniques partagés par les médecins, des modèles médico-économiques seront conjointement élaborés dans un rapport « gagnant-gagnant » pour tous les centres hospitaliers concernés.

## **Chapitre 7 PREMIERS ELEMENTS DU VOLET HOSPITALO UNIVERSITAIRE**

---

Le CHRU de Lille assure, pour le compte des autres établissements parties au groupement, les missions mentionnées au IV de l'article L. 6132-3, en lien avec la faculté de médecine de Lille, la faculté d'odontologie, la faculté de pharmacie, sans qu'il soit nécessaire de conclure une convention d'association spécifique.

Par convention associée au CHRU de Lille et à la faculté de médecine de Lille, le Service Universitaire des maladies infectieuses et du voyageur du CH de Tourcoing participe également à ces missions.

### **1° Les missions d'enseignement de formation initiale des professionnels médicaux :**

Le CH&U (faculté de santé) coordonne les contenus pédagogiques et promeut des outils de formation innovants.

Il développe des outils pédagogiques innovants (simulation, accès aux robots, etc.) au service des besoins de formation initiale et continue des professionnels de santé de leur territoire. Il initie des parcours de formation qualifiants et favorise l'apprentissage pluri-disciplinaire et pluri-professionnel, en lien avec les recommandations de la HAS.

Il ouvre aux professionnels l'accès aux supports pédagogiques et aux outils pédagogiques innovants.

Il propose à l'ARS l'agrément des terrains de stages au sein des établissements.

L'objectif du CHRU de Lille, des 3 facultés de santé de Lille et des autres établissements membres du GHT Lille Métropole Flandre Intérieure est de mailler le territoire Lille Métropole Flandre Intérieure en futurs professionnels médicaux et au regard des spécificités du dit territoire, en tenant compte des travaux menés dans le cadre de la gestion prévisionnelle des emplois médicaux et des équilibres régionaux.

En cohérence avec les objectifs du projet médical partagé du territoire, des projets pédagogiques seront conjointement élaborés.

### **2° Les missions de recherche, dans le respect de l'article L. 6142-1**

La Recherche Clinique contribue à :

- proposer aux malades des moyens diagnostiques et/ou thérapeutiques innovants ;
- renforcer l'attractivité d'un établissement pour des jeunes médecins, scientifiques et pharmaciens ayant une appétence pour les sciences et le progrès médical ;
- la formation scientifique et la promotion des médecins ;
- valider l'utilisation de stratégies de prise en charge actualisées ;
- analyser l'efficacité des méthodes thérapeutiques et diagnostiques.

Dans le domaine de la recherche et de l'innovation, les CHU se différencient par la recherche translationnelle, interface entre recherche fondamentale et recherche clinique et par leur mission de professionnalisation des métiers de la recherche au service du territoire.

Les CHU sont des acteurs majeurs de la recherche en santé, à laquelle ils contribuent en lien avec les universités et les Etablissements Publics à caractère Scientifique et Technologique (EPST). Ils définissent une politique de site hospitalo-universitaire commune arrêtée au sein des Comités de la Recherche en Matière Biomédicale et en Santé Publique (CRBSP).

Ils développent des partenariats pour réaliser cette politique de site :

- avec les EPST et l'Université, au sein des unités mixtes de recherche : c'est l'enjeu de la recherche translationnelle
- avec les industriels des produits de santé et contribuent à la création d'entreprises par le transfert d'innovations issues de la recherche et du soin (création de start-up et de brevets)
- au sein de consortiums nationaux et internationaux pour des études sur de grandes cohortes de patients et en réponses aux appels à candidatures de l'union européenne et du programme investissements d'avenir.

Au sein de chaque région, l'identification de réseaux d'experts et la constitution de collaborations entre chercheurs est essentielle au développement de ces activités. En effet, la constitution de masses critiques suffisantes de chercheurs et de patients inclus dans les essais est nécessaire, pour garantir son attractivité vis-à-vis des industriels dans des délais compatibles avec la compétition entre centres investigateurs et pour favoriser la publication des résultats de la recherche.

Depuis de nombreuses années, le CHRU de Lille s'inscrit dans une politique de coopérations médicales avec l'ensemble des établissements publics de santé des territoires Nord et Pas de Calais, visant à proposer aux patients des prises en charge graduées conjuguant recours, proximité et qualité des soins. Ces partenariats se sont d'abord structurés dans le cadre de projets médicaux partagés puis se sont déployés dans le domaine de la recherche clinique.

Le CHRU porte en lui le continuum entre recherche fondamentale et prise en charge innovante, et doit transporter ce lien et le partenariat naturel qu'est le sien avec l'Université de Lille, ses composantes UFR, les EPST et les Grandes Ecoles. Le CHRU fait le lien entre campus d'excellence en recherche et diffusion/maillage territorial.

Ainsi, il se positionne comme tête de réseau dans une organisation territoriale des activités de recherche en établissement de santé. Il constitue une « locomotive » pour le Nord et le Pas-de-Calais, notamment dans le cadre de la convention du Groupement Régional de la Recherche Clinique (G2RC) signée en 2014.

La démarche de coopérations à l'échelle des territoires du Nord et du Pas de Calais dans le domaine de la recherche répond à une triple nécessité :

- L'accélération du progrès médical (davantage d'inclusions plus rapidement)
- Le renforcement de l'égalité d'accès aux protocoles
- Une composante majeure de l'attractivité médicale et de l'évolution des pratiques de soins

Les objectifs de partenariats structurés entre le CHRU de Lille et les autres établissements parties au GHT Lille Métropole Flandre Intérieure sont de :

- Rompre l'isolement scientifique des Praticiens Hospitaliers des Centres Hospitaliers afin de « donner envie de faire de la recherche clinique » en développant leur participation à des réseaux d'investigateurs (régionaux, interrégionaux, groupes coopérateurs), en participant à des projets de recherche clinique régionaux et en renforçant les échanges scientifiques dans un cadre universitaire.
- Créer au sein des établissements de santé les conditions favorables au développement de la recherche clinique par une organisation de proximité et une organisation régionale contractualisée et identifiée au travers d'un cadre partenarial et de plateformes d'expertises mises à disposition dans une unité de lieu, la Maison Régionale de la Recherche Clinique H&U.

La Maison Régionale de la Recherche Clinique Hospitalière et Universitaire (MRRC) apporte expertise et conseil professionnalisés aux cliniciens chercheurs et établissements de santé de toute la région par :

- L'aide à obtention et au fléchage des financeurs institutionnels spécifiques (MERRI, PHRC, Région, Institutionnels, Industriels etc.) ;
- L'organisation administrative et scientifique de la recherche clinique ;
- L'émergence d'une politique au sein des établissements qui permet la structuration de l'activité de recherche clinique

- La formation des investigateurs, des personnels administratifs et techniques ;
- L'accompagnement en ARC et TEC des recherches médicales réalisées dans les établissements

S'appuyant sur la structuration territoriale déjà forte de la recherche clinique, le CHRU de Lille et les autres membres du GHT Lille Métropole Flandre Intérieure s'engagent ensemble à favoriser l'égalité d'accès de la population aux protocoles de recherche et aux innovations.

En cohérence avec le projet médical partagé du GHT et partant des projets de recherche clinique déjà existant, des priorités seront définies pour les 5 ans à venir.

### **3° Les missions de gestion de la démographie médicale**

Les enjeux portent sur :

- la consolidation, le renouvellement et la diversification des équipes médicales du territoire via un partage d'expériences et de développement de projets communs, renforçant l'attractivité des établissements membres du GHT auprès des professionnels de santé, notamment grâce à la définition de projets professionnels ;
- l'acquisition de compétences spécialisées aux praticiens des établissements membres du GHT, notamment en leur proposant un accès aux plateaux techniques du CHU de Lille non disponibles sur les autres sites.

Les membres du G10 peuvent s'appuyer sur plusieurs dispositifs favorisant les coopérations et renforçant leur attractivité pour répondre ensemble aux enjeux de démographie médicale.

#### **3.1 Les dispositifs de post-internat**

- Les assistants spécialistes à temps partagé (ATP)

Les postes ne sont pas limités en nombre, ils sont ouverts par les CH en fonction de leur besoin en compétences médicales dans le cadre d'un appel à projet annuel. L'assistant à temps partagé est nommé pour une durée de deux ans et son temps de travail s'organise de la manière suivante : 50% au CHRU/50% en CH en moyenne sur deux ans. Les assistants et le CH signent un contrat moral dans lequel ils s'engagent mutuellement, le CH à ouvrir un poste de PH à l'issue de la période d'assistanat, et l'assistant à candidater sur ce poste. C'est le CH qui recrute sur un poste d'Assistant Spécialiste (2 ans).

- Les Chefs de Clinique en Région (CCU-R)

Les postes créés sont des postes de CCU-AH « classiques », mais dont l'originalité est d'être organisée dans le cadre d'un temps partagé entre le site hospitalo-universitaire (CHU et Faculté de Médecine) et un Centre Hospitalier de la région.

Le Chef de clinique est nommé pour une durée de deux ans. Il s'agit donc bien de postes « bi-appartenant », avec une valence universitaire (50%) et une valence hospitalière (50%). La part hospitalière du poste est financée par le CH et la part universitaire par le Conseil Régional.

#### **3.2 Les partages de temps médicaux**

En accord avec les praticiens concernés, les partages de temps médicaux des médecins hospitaliers sont encouragés entre établissements du G10 :

- En réponse à des besoins de santé publique (atteinte de seuils...) sur le territoire concerné
- En réponse à l'optimisation d'un plateau technique
- En réponse à une solidarité inter hospitalière pour la permanence de soins
- En réponse à des enjeux de démographie médicale sur le territoire concerné
- En réponse à des parcours ou des filières de prises en charge du patient.

Pour les praticiens à temps plein, ces partages doivent faire l'objet d'une information préalable et d'une autorisation des hôpitaux de rattachement. Cette autorisation se traduit par la formalisation de

conventions inter hospitalières qui assurent la couverture assurantielle et indemnitaire, du praticien et des établissements de santé.

Dans le cadre du GHT, les parties conviennent de coordonner le recensement des postes vacants par subdivision en le complétant d'une analyse prospective afin de prioriser les actions à mener dans le respect des équilibres du territoire et de la région : identification de médecins en formation susceptibles d'être intéressés par un poste vacant ou à pourvoir dans un des établissements parties du GHT, propositions d'exercices à temps partagé, articulation avec les dispositifs de post-internat.

Conformément à la démarche engagée dans le cadre de la FHF Régionale les parties conviennent par ailleurs, d'harmoniser les politiques de recrutement par l'adoption de principes communs :

- Le temps consacré par les médecins hospitaliers à leurs différentes activités au service des établissements publics de santé bénéficie d'une reconnaissance institutionnelle dans des conditions identiques.
- Les modalités de rétribution du temps additionnel relèvent de la responsabilité budgétaire de chaque établissement s'exercent dans le strict respect de la réglementation et en cohérence avec les objectifs du projet médical partagé.

#### **4° Les missions de référence et de recours :**

Les CHU participent à l'organisation des filières et à l'accès aux soins de recours, notamment les disciplines inscrites dans le SIOS et les activités relevant de centres de référence ou équivalent (de 'type niveau 3' : obésité morbide, douleur chronique rebelle, infections ostéo-articulaires, etc..).

Le cas échéant, les CHU d'une inter région se coordonnent entre eux, pour assurer la réponse aux besoins de la population sur les disciplines de recours, rares ou à faible effectif de patients, pour favoriser l'autonomie du territoire, concentrer les moyens consacrés aux activités de soins hyperspécialisées, identifier des filières de soins cohérentes et éviter toute perte de chance pour les patients.

Ainsi, depuis plus de dix ans les CHU d'Amiens, Rouen, Lille et Caen, coopèrent dans le cadre du groupement de coopération sanitaire « G4 » pour répondre ensemble et de façon complémentaire aux besoins de prises en charge très spécialisées.

A l'échelle du territoire Lille Métropole Flandre Intérieure, les établissements parties au GHT identifieront des parcours complexes qui pourront intégrer l'orientation des patients dans le système de soins, la programmation des étapes diagnostiques et thérapeutiques et l'organisation du suivi.

Afin que chaque patient puisse bénéficier des innovations les plus récentes, les équipes médicales des établissements du GHT pourront être invités à participer à des réunions animées par des praticiens du CHRU et/ou des praticiens des pôles d'excellence du GHT, permettant d'évaluer les cas complexes et d'assurer la qualité des prises en charges (réunions de concertation pluridisciplinaires, groupes d'analyse de pratique, journées régionales, etc.).

S'agissant du GHT de Lille Métropole Flandre Intérieure sur ce volet, une première liste de parcours complexes sera identifiée, en cohérence avec les objectifs médicaux du projet médical commun du GHT.

## Chapitre 8 LES ETAPES A VENIR

---

**Le projet médical partagé et le projet de soins partagé sont à finaliser pour la fin du premier semestre 2017.**

Un certain nombre de filières ou activités seront intégrées dans le cadre du PMP dans sa version plus aboutie. Certaines d'entre elles ont déjà été identifiées, la liste ci-dessous ayant vocation à être complétée sur proposition du collège médical dès lors qu'il aura été installé :

- Urologie
- Périnatalité
- Néphrologie
- Anesthésie-réanimation
- Urgences et lits chauds
- Chirurgie de l'enfant
- Psychiatrie
- Biologie
- Pharmacie

Conformément à la loi, les HAD du territoire seront associées à l'élaboration du projet médical partagé pour la partie les concernant.

