

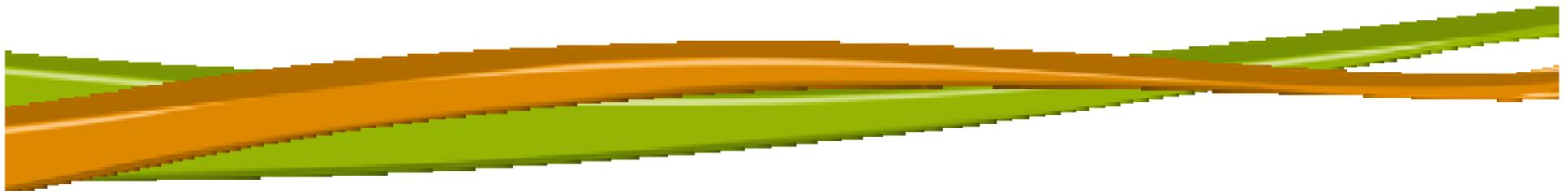
Colloque
Accès aux soins :
quels outils pour
les territoires ?

Mardi 16 octobre 2012

Diagnostic territorial et organisation de l'offre

Outils et méthodologie

ARS IDF – Andrée Barreteau
Directrice de l'offre de soins et médico-sociale



SOMMAIRE

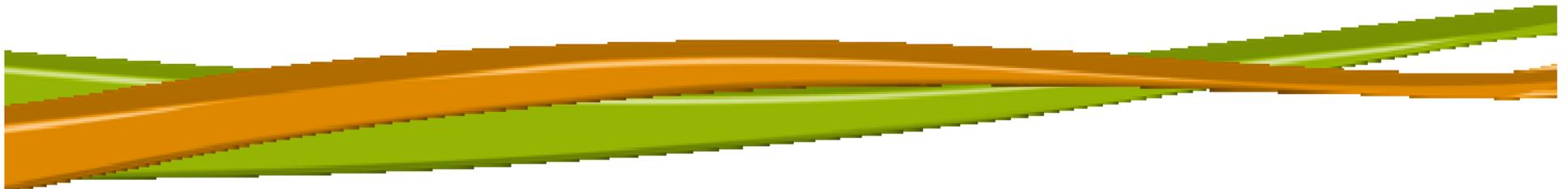
1.- OUTILS ET METHODOLOGIE

Les sources de données

Les outils

La démarche

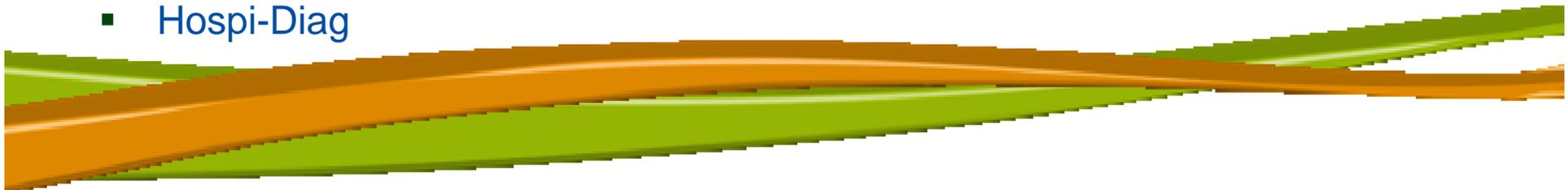
2.- EXEMPLE D'UN CAS PRATIQUE



OUTILS ET METHODOLOGIE

Les sources de données

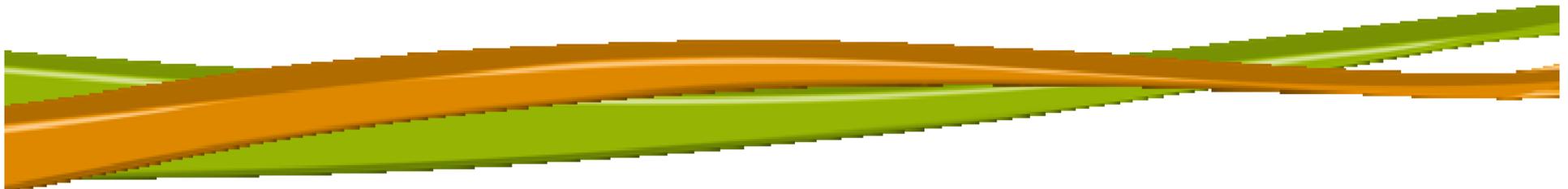
- **Données d'activité :**
 - Source Diamant :
 - PMSI MCO,
 - PMSI SSR
 - PMSI HAD
 - Source e-PMSI :
 - Valorisation (intégrée à Diamant en 2013)
- **Données financières**
 - Source Diamant :
 - EPRD et RIA
 - Comptes-financiers
 - Source Retraitement comptable
- **Données démographie médicale**
 - Données SigMED (à compter de 2013 : DADS dans Diamant)
 - Données RPPS (pôle ambulatoire)
- **SAE** (Diamant)
- **Hospi-Diag**



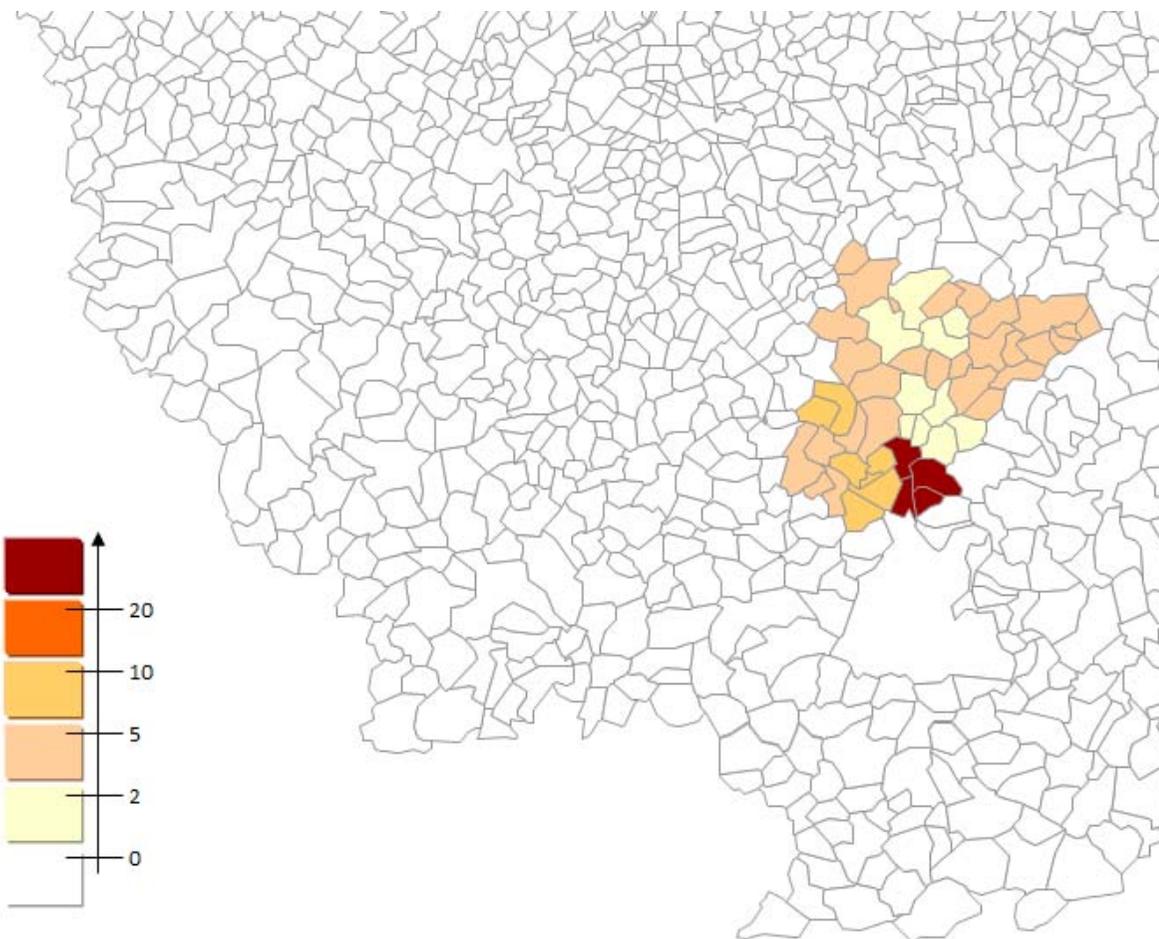
Les outils (1/2)

A partir de ces différentes sources de données, l'ARS Ile-de-France a développé des outils d'analyse support à un diagnostic territorial :

- **Cartographie des zones de recrutement** : permet d'identifier les zones d'attractivité de chaque établissement
- **Analyse des parts de marché** : sur l'ensemble du territoire d'étude ou sur la zone de recrutement d'un établissement cible, analyse du positionnement concurrentiel de l'établissement par segments d'activité (analyse des fuites)
- **Densités de recrutement** : cartographie des parts de marché pour chaque code postal sur certains segments (accouchements, cataractes, ...)
- **Taux de recours** : cartographie pour chaque code postal du recours de la population à l'offre hospitalière
- **« Qu'est-ce qui se passerait si... »** : simulation de la disparition d'un établissement et estimation des reports d'activité sur les autres opérateurs du territoire



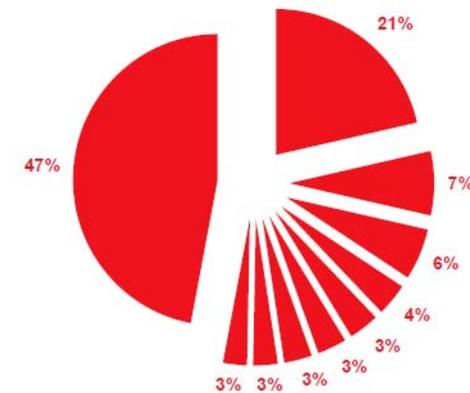
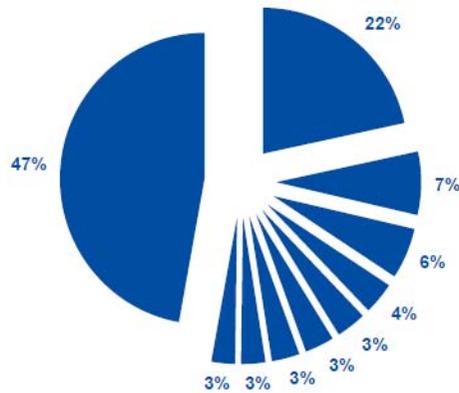
Exemple : carte de recrutement



L'analyse des zones de recrutement des établissements est réalisée au niveau des codes postaux. L'intensité des couleurs pour chacun des codes postaux indique le poids relatif de la commune dans le recrutement de l'établissement.

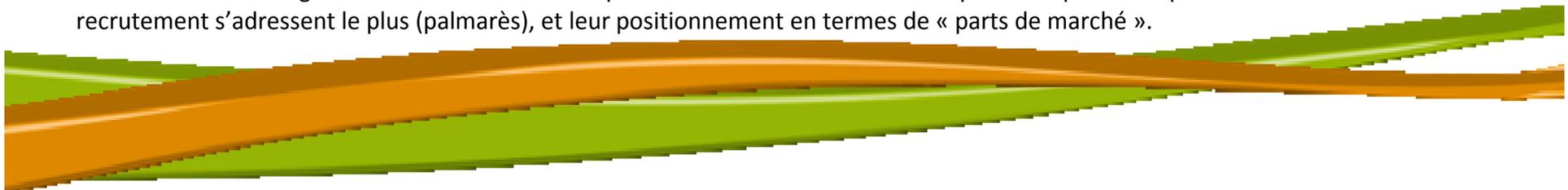
L'outil indique également le nombre d'habitants résidant dans la zone de recrutement, qui est un bon indicateur de l'importance de l'établissement dans son territoire.

Exemple : Analyse des parts de marché



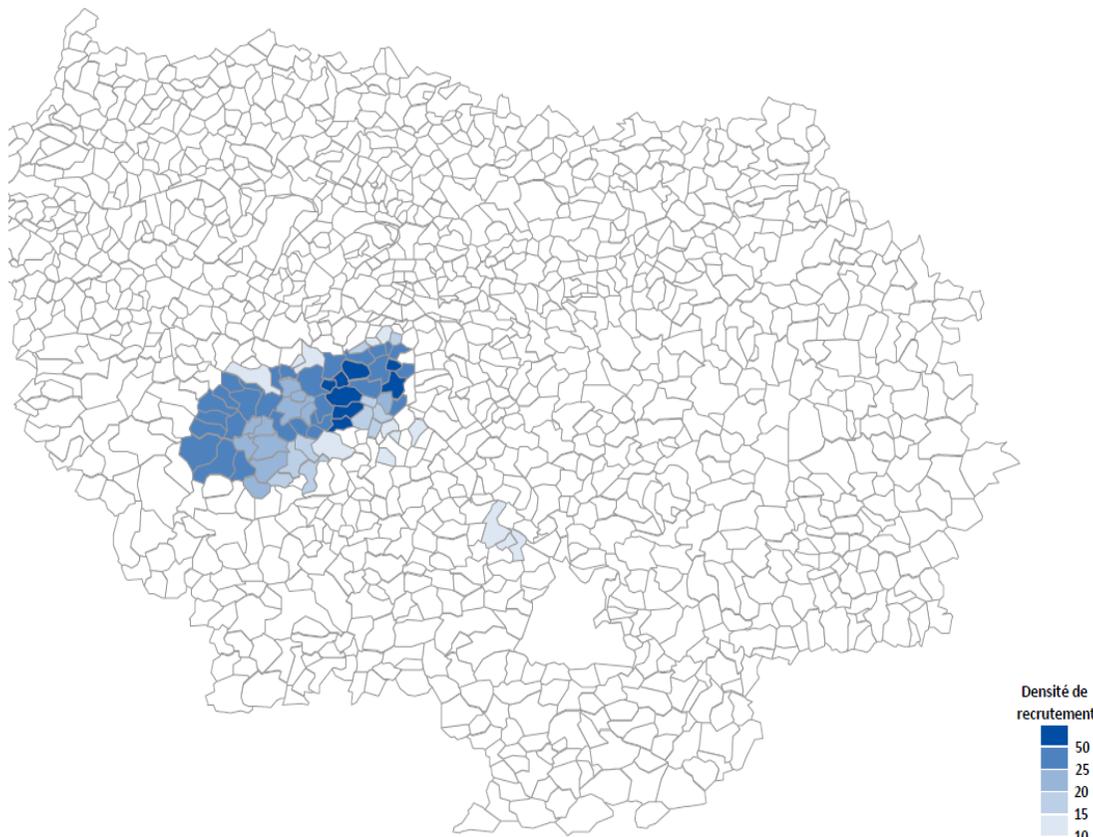
Établissement	Nb séj.	PdM	Médecine	PdM	Chirurgie	PdM
75 - ASSISTANCE PUBLIQUE AP-HP	6 103	22%	128	32%	5 966	21%
92 - CLINIQUE LA MONTAGNE	1 975	7%	0	0%	1 975	7%
92 - HOPITAL PRIVE D'ANTONY	1 593	6%	10	2%	1 583	6%
75 - CLINIQUE JOUVENET	1 004	4%	1	0%	1 003	4%
92 - CLINIQUE DE MEUDON LA FORET	942	3%	3	1%	939	3%
92 - INSTITUT HOSPITALIER FRANCO-BRITANIQUE	919	3%	14	3%	905	3%
92 - C.A.S.H. DE NANTERRE	876	3%	12	3%	864	3%
92 - CTRE CHIRURGICAL AMBROISE PARE	763	3%	2	0%	762	3%
92 - CLINIQUE DE LA DEFENSE	740	3%	0	0%	740	3%
AUTRES ETABLISSEMENTS	13 311	47%	232	58%	13 081	47%
TOTAL	28 226		402		27 818	

L'analyse des parts de marché permet d'étudier les flux des patients résidant dans une zone géographique, qui peut être un département, un canton, une commune ; ou un ensemble de communes formant la zone de recrutement d'un établissement donné. Pour chacun des segments d'activité sont indiqués les 10 établissements auxquels les patients qui habitent dans la zone de recrutement s'adressent le plus (palmarès), et leur positionnement en termes de « parts de marché ».



Exemple : Carte de densité de recrutement

Cataractes

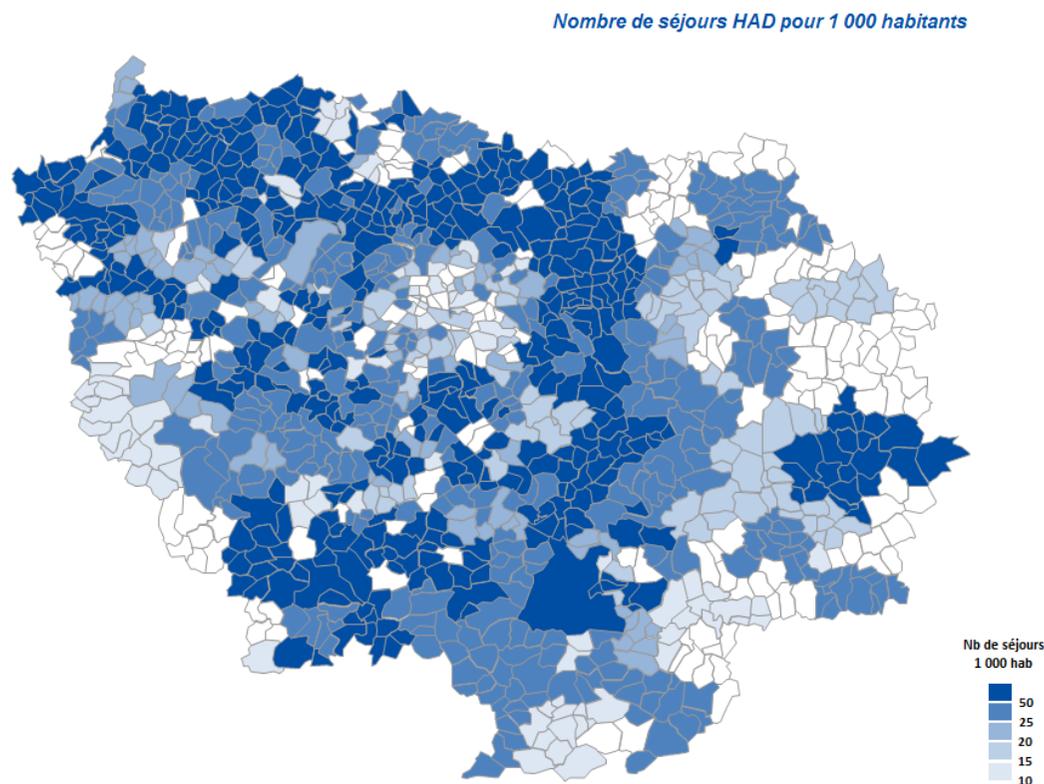


L'outil DREC est complémentaire à l'analyse des parts de marché. Il permet de cartographier, pour une spécialité donnée, les parts de marché d'un établissement, code postal par code postal.

Cette approche cartographique permet d'analyser beaucoup plus finement l'origine des patients s'adressant à l'établissement pour une spécialité donnée, et en particulier d'étudier l'étendue et la profondeur de sa zone de recrutement. Cette approche permet notamment d'apprécier son rôle de proximité, sa notoriété, et aussi son importance dans l'offre de soins.

Cette analyse focalise sur des segments bien spécifiques, représentatifs de divers profils d'activité (proximité, recours, programmé ou non, ...).

Exemple : Carte de taux de recours



L'outil TREC est complémentaire à l'analyse des parts de marché. Il permet de cartographier, pour une spécialité donnée, le taux de couverture de la population, code postal par code postal.

Cette approche cartographique permet d'analyser beaucoup plus finement l'origine des patients, et en particulier d'analyser la réponse aux besoins de la population en identifiant les « zones blanches ».

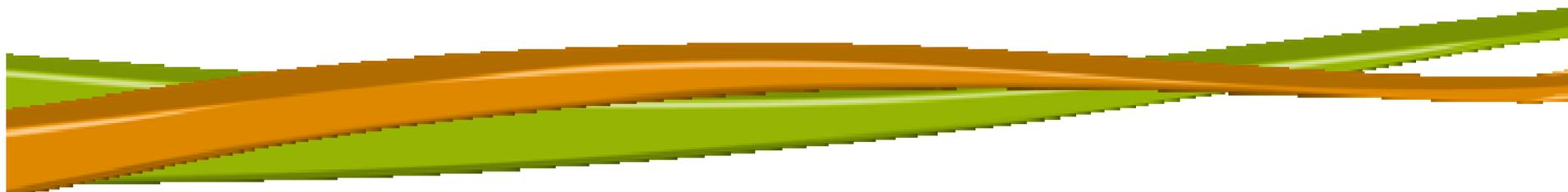
Exemple : « Qu'est-ce qui se passerait si... »

Etablissement			Situation future		
	Nb séj.	PdM	Nb séj.	PdM	Var.
95 - CLINIQUE CLAUDE BERNARD	11 576	12%	12 627	13%	1 051
95 - CLINIQUE SAINTE-MARIE	8 353	8%	9 111	9%	758
95 - CENTRE HOSPITALIER RENE DUBOS PONTOISE	8 292	8%	0	0%	-8 292
75 - ASSISTANCE PUBLIQUE AP-HP	8 255	8%	9 004	9%	749
95 - HOPITAL PRIVE NORD PARISIEN	6 496	7%	7 086	7%	590
95 - CENTRE HOSPITALIER DE GONESSE	5 965	6%	6 506	7%	541
95 - G.H.E.M. S. VEIL EAUBONNE MONTMORENCY	5 547	6%	6 050	6%	503
95 - CLINIQUE DE DOMONT	4 677	5%	5 101	5%	424
95 - CLINIQUE CONTI	4 379	4%	4 776	5%	397
AUTRES ETABLISSEMENTS	35 481	36%	38 759	39%	3 278
TOTAL	99 021		99 021		

A partir de l'analyse des parts de marché sur la zone de recrutement d'un établissement, il devient possible de simuler des recompositions d'activités en étudiant les reports de patients entre établissements.

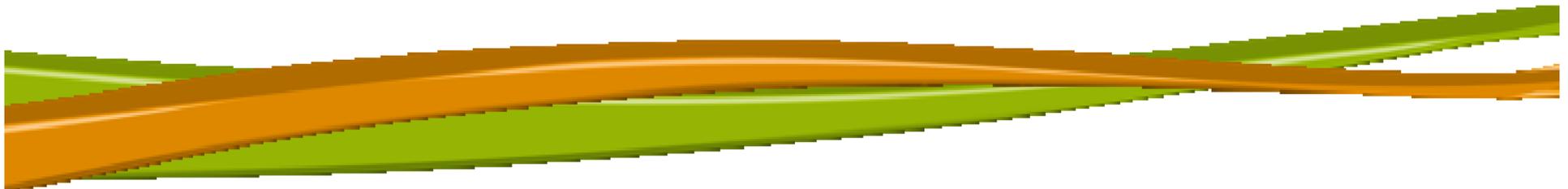
Cette analyse répond à la question « qu'est-ce qui se passerait si tel établissement venait à fermer ? ».

Si ces simulations doivent être prises avec une grande prudence (elles sont fondées sur des comportements de patients inchangés), l'analyse QQSPS permet de donner des indications sur les impacts de recompositions hospitalières.



Les outils (2/2)

- **Dimensionnement capacitaire** : valorisation d'un case-mix d'activité en nombre de lits en appliquant la DMS de référence et en prenant en compte les effets de bascule ambulatoire
- **Macro-Diag** : combinant différentes sources de données, le macro-diagnostic établit une « fiche d'identité » de l'établissement
- **Indicateurs de fragilité** : analyse multifactorielle (activité, finances, démographie médicale, investissements, qualité, territoire) d'un établissement



Exemple : Dimensionnement capacitaire (1/2)

Consommation maximale en lits

IPDMS cible : 1,00

Adultes	Médecine	170
	Chirurgie	67
	Obstétrique	47
Enfants	Néonat. sans SI	5
	Médecine	35
	Chirurgie	12
MCO		336
Soins critiques adultes (REA, SI et SC)		14
Soins critiques NN et enfants (REA et SI)		4
TOTAL		354

Détail des lits critiques valorisés

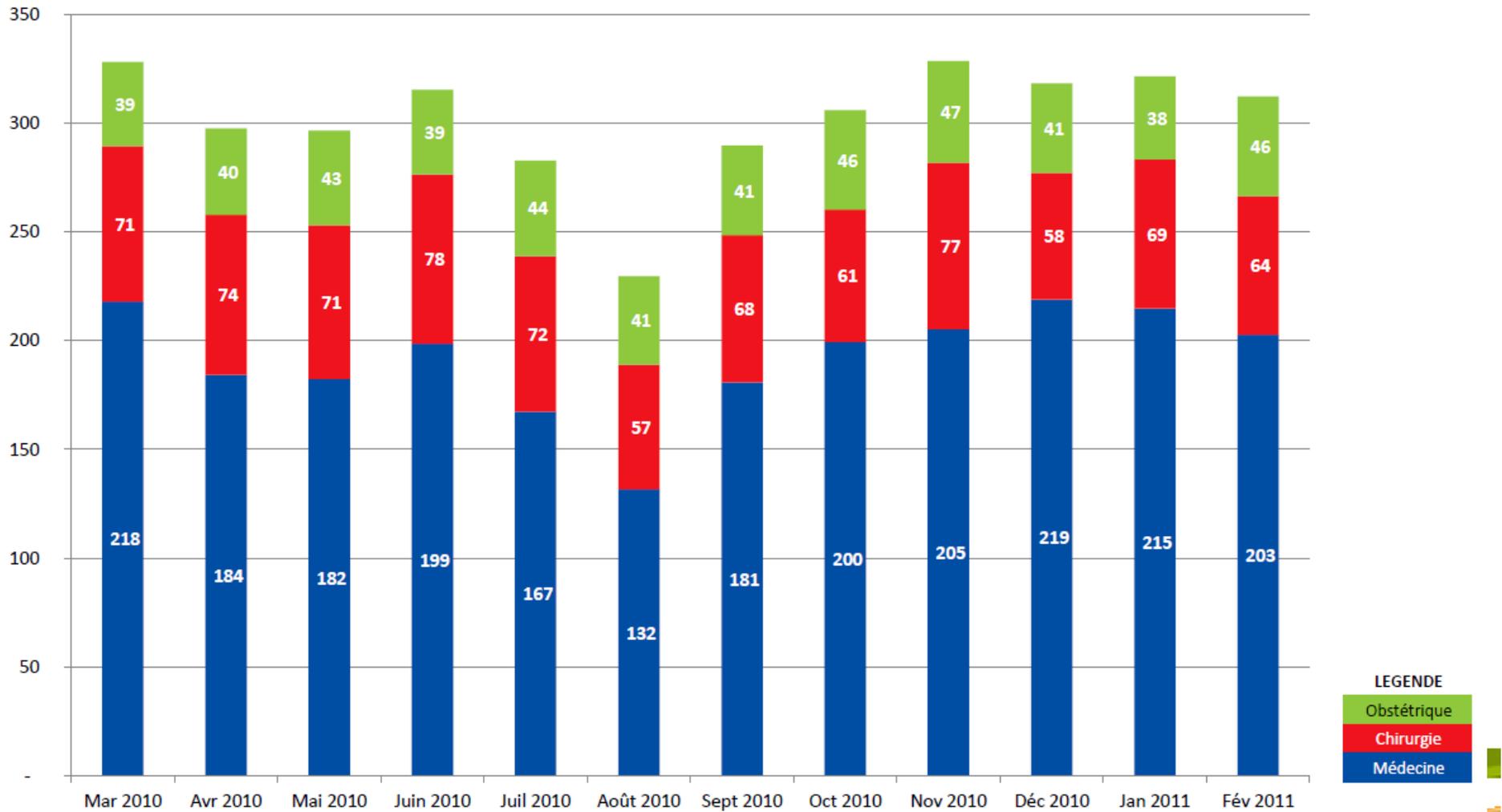
Réanimation	8
Réanimation pédiatrique	-
Soins intensifs	6
Surveillance continue	-
Réa. Néonat.	-
Néonat. avec SI	4
Néonat. sans SI	5

Consommation moyenne en lits (en référence aux taux d'occupation cible)

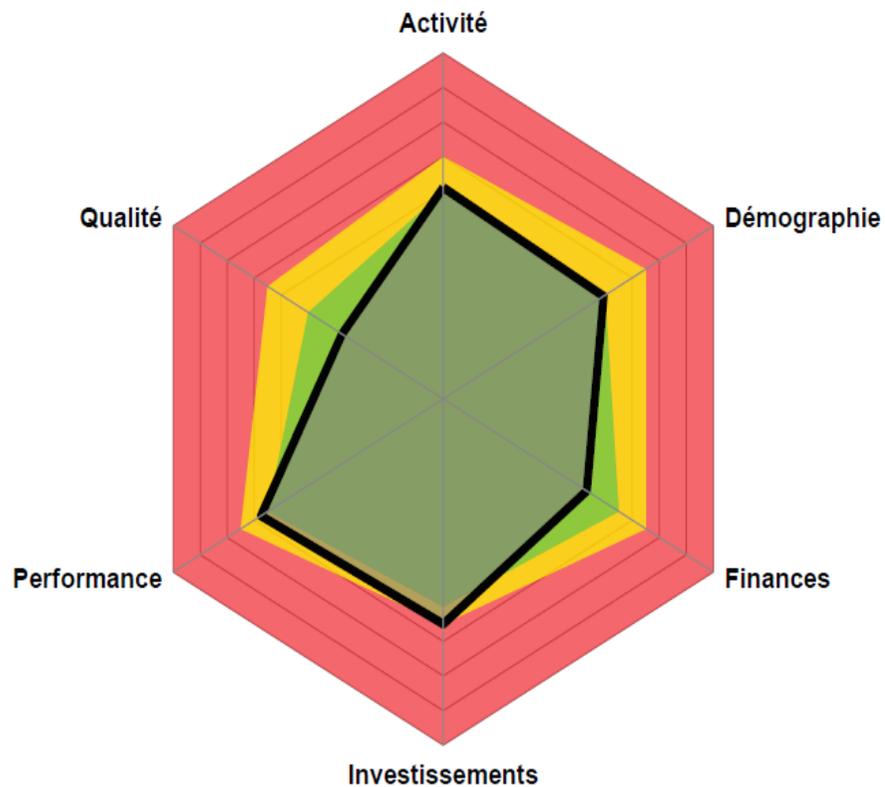
IPDMS cible : 1,00

	TO cible	Cap. Théoriques	Cap. Installées	Ecart théoriques - installées
Médecine	90%	196	209	-13
<i>dont néonat. sans SI</i>	<i>s.o.</i>	5	<i>n.d.</i>	
<i>dont enfants</i>	<i>80%</i>	27	<i>n.d.</i>	
Chirurgie	85%	82	100	-18
<i>dont enfants</i>	<i>75%</i>	13	<i>n.d.</i>	
Obstétrique	90%	47	50	-3
MCO		324	359	-35
Soins critiques adultes (REA, SI et SC)		14	19	
Soins critiques NN et enfants (REA et SI)		4		
TOTAL (MCO + soins critiques)		342	378	-36

Exemple : Dimensionnement capacitaire (2/2)



Exemple : Indicateurs de fragilité



Plusieurs sources de données (PMSI, comptes financiers, SAE, HospiDiag, SigMED, retraitements comptables, ...) sont combinées pour produire une analyse qui vise à identifier les situations de fragilité. L'objectif est d'identifier à partir d'un traitement macro analytique, les situations de risque en amont d'une dégradation dangereuse de la situation d'un établissement.

L'appréciation de la fragilité d'un établissement passe par 6 facteurs endogènes : l'activité ; la démographie médicale ; la situation financière ; la capacité à investir ; la performance ; la qualité. Elle est complétée par un élément exogène qui vise à mesurer l'importance de l'établissement dans sa zone de recrutement.

Fragilité du territoire

9,28

La démarche de diagnostic territorial (1/2)

A.- IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS FRAGILES

(1) À partir des indicateurs de fragilité, l'ARS Ile-de-France a identifié un échantillon d'établissements cible : des établissements MCO de moins de 500 lits, disposant d'un service d'urgences et présentant des indicateurs défavorables (activité, finances, démographie, investissements, qualité) et qui ont un ancrage territorial important (sites isolés). 16 établissements de la région répondent à ces critères.

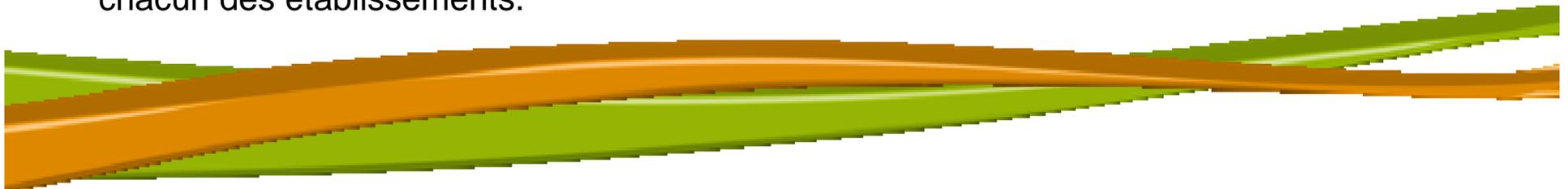
(2) En fonction des projets d'investissements, lorsque sur un même territoire des établissements portent des projets immobiliers concurrents.

B.- LANCEMENT DU DIAGNOSTIC

Le diagnostic suit trois étapes méthodologiques :

- Analyse de l'offre ambulatoire, médico-sociale et hospitalière
- Analyse de la réponse aux besoins (parts de marché, fuites, ...) par segments d'activité
- Analyse de la performance des établissements de santé : activité, finances, démographie médicale, surdimensionnement capacitaire, performance médico-économique ...

Ce diagnostic se conclut sur une matrice forces/faiblesses pour le territoire et pour chacun des établissements.



Exemple : Matrice Forces/Faiblesses

Forces

- Trois Etablissements de tailles différentes avec des activités diversifiées couvrant l'ensemble des activités MCO
- Etablissements pour certaines des activités « forces »
- Etablissements qui coopèrent notamment en PDSES
- (...) et CH de (...) ne peuvent être concurrents dans la mesure où ils drainent des bassins de population bien distincts.

Faiblesses

- Situation financière dégradée des établissements
- Fragilité des équipes médicales dans certaines activités
- Taille critique de certaines activités de certains établissements
- Prendre en considération la présence du (...) dont le nombre de séjours est au minimum deux fois supérieur à ceux du 1^{er} concurrents dans le bassin (...)
- Vétusté de certains plateaux ou EML
- La gouvernance des établissements
- L'environnement politique du territoire

Opportunités

- Consolider l'attractivité du territoire en développant une offre de soins de premier recours et de proximité sur le territoire.
- Maintenir une offre de soins pérenne
- Freiner le déclin de la démographie médicale
- Permettre le retour et / ou le maintien à équilibre des trois établissements

Menaces

- Disparition de certaines activité de proximité
- Plus grande fragilité des équipes médicales
- Dégradation accélérée de situation financière fragile voire critique

La démarche de diagnostic territorial (2/2)

C.- RECOMMANDATIONS

À partir de ce diagnostic, l'ARS étudie différents scénarii d'évolution possibles (cf. infra) : le scénario « naturel », et des scénarii volontaristes en fonction du niveau d'intervention sur l'offre.

Ces recommandations et scénarii peuvent être présentés aux établissements.

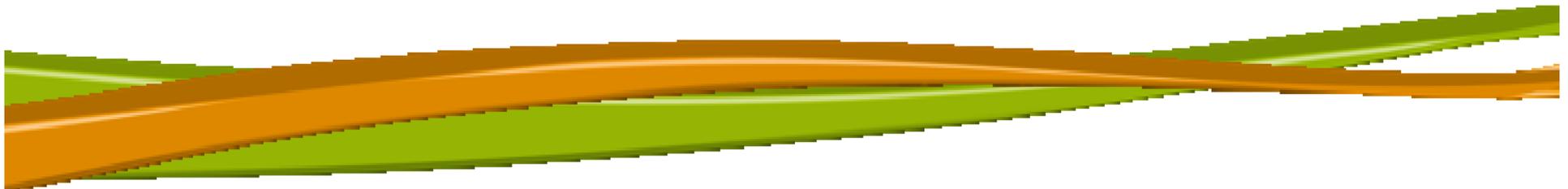
D.- PARTAGE DES RECOMMANDATIONS ET ACCOMPAGNEMENT A LA MISE EN ŒUVRE

Sur la base du diagnostic et des recommandations, les établissements d'un territoire sont incités à engager des réflexions autour d'un projet médical commun.

La forme de coopération (fusion, CHT, GCS) doit venir « habiller » la stratégie, mais ne pas la déterminer *a priori*.

Cette stratégie doit être élaborée par les établissements, l'ARS ayant un rôle d'accompagnateur / facilitateur / incitateur (calendrier), y.c. en direction des élus.

L'ARS joue également un rôle de conseil : retours d'expériences sur d'autres coopérations engagées dans la région, organisation de la gouvernance, structuration juridique...



EXEMPLES DE RECOMMANDATIONS

Scenarii

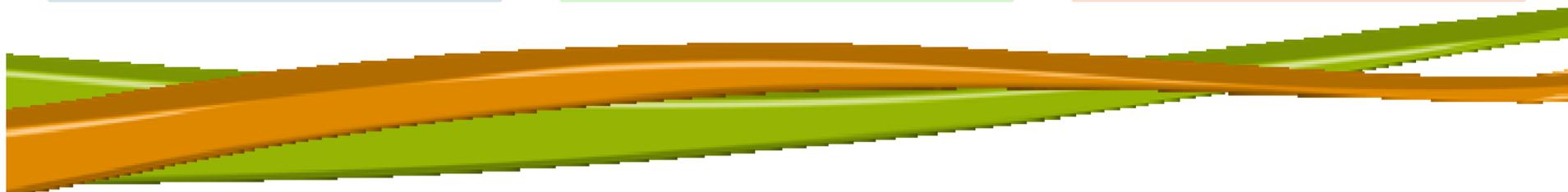
- Revoir le portefeuille d'activités : de l'abandon d'une spécialité à la fermeture globale
- Mutualisation des fonctions supports (administratifs, logistiques)
- Privatisation
- Renforcement pro-actif du MCO
- Conversion ambulatoire avec plateau diagnostic et équipes médicales partagées.

Pré-requis

- Organisation de l'offre en réponse aux besoins de la population (potentiel d'activité)
- Proximité géographique
- Changement de gouvernance
- Mobilisation des équipes médicales
- Vétusté des infrastructures
- Bilan économique favorable
- Indifférence public-privé

Leviers

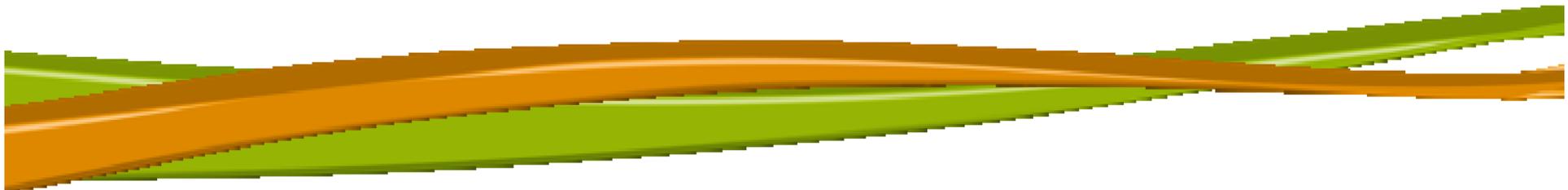
- Intérêts à agir et implication des équipes, en particulier les médecins
- Mise en place de coopérations
- Création d'une identité de Groupe (de la direction commune à la fusion)
- Équipes communes (médecins, paramédicaux, administratifs et logistiques)
- Systèmes d'information et process
- Accompagner le changement d'identité en impliquant les élus
- Investissements matériels et immatériels



EXEMPLE D'UN CAS PRATIQUE
Le devenir de la chirurgie à X...

La situation de l'établissement ...

- Chirurgie : 2 600 séjours
- Obstétrique : type 2A, 860 accouchements / an
- Signalements d'événements indésirables au bloc, et dysfonctionnements au sein de l'équipe d'anesthésie constatés à l'occasion de visites d'inspection
- Taux de dépendance aux urgences : >50%
- Parts de marché MCO : 46%
- Démographie médicale à l'hôpital au 30 septembre :
 - 1 ETP d'anesthésiste (vs. 2,6 ETP au début de l'année)
 - 2,5 ETP de chirurgiens viscéraux
 - 2,5 ETP de chirurgiens orthopédistes
 - 4,5 ETP de gynécologues-obstétriciens
- Situation financière à l'équilibre et faible endettement, mais un taux de vétusté >60%.
- L'établissement est membre d'un GCS l'associant avec les deux établissements pivot du territoire. Les trois établissements élaborent un « projet médical de groupe ».
- L'établissement, bi-site, porte un projet d'investissement de l'ordre de 25 M€, visant à regrouper sur un site unique l'ensemble de ses activités à sommeil.

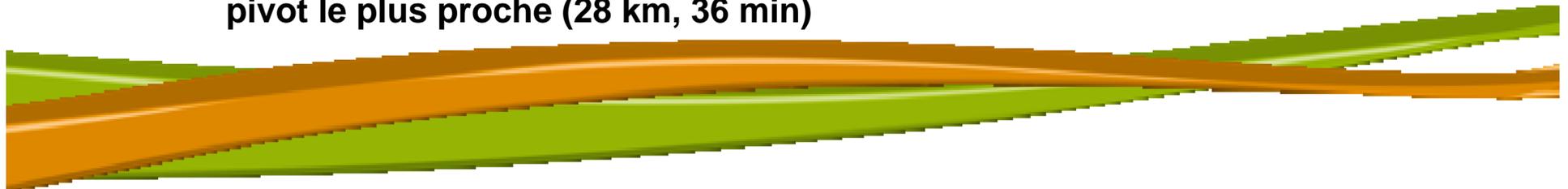


... dans une zone fragile.

INDICATEURS - Poids territorial			valeur :	17,53
nom de l'indicateur	description de l'indicateur	source	valeur	références
Nombre d'habitants couverts pour générer un séjour	Rapport du nombre d'habitants dans la zone de recrutement de l'établissement (80% de l'activité) et de l'activité en nombre de séjours. Permet de mesurer si l'établissement a une forte implantation de proximité (ratio faible).	PMSI-MCO 2010 par requêteur Diamant	5,78	inf. à 16 sup. à 16 sup. à 56
IDH2 moyen de la zone de recrutement	Indice de développement humain moyen de la zone de recrutement	IAU	0,41	inf. à 0,53 sup. à 0,53 sup. à 0,56
Densité de médecins généralistes dans la zone de recrutement	Nombre d'omnipraticiens actifs au 1er janvier 2010 dans la zone de recrutement pour 1 000 habitants	Pôle Ambulatoire	0,34	inf. à 0,63 sup. à 0,63 sup. à 0,72
Taux de médecins généralistes âgés de plus de 55 ans	Pourcentage des omnipraticiens au 1er janvier 2010, dans la zone de recrutement, âgés de plus de 55 ans.	Pôle Ambulatoire	33%	inf. à 52% sup. à 52% sup. à 55%
Densité de médecins généralistes en secteur 1 dans la zone de	Nombre d'omnipraticiens actifs au 1er janvier 2010 et en secteur 1 dans la zone de recrutement pour 1 000 habitants	Pôle Ambulatoire	0,25	inf. à 0,45 sup. à 0,45 sup. à 0,51
			-	inf. à sup. à sup. à
Indicateurs de pondération				<i>effet mult.</i>
Nombre d'habitants dépendant de l'établissement en MCO	Nombre d'habitants résidant dans les communes où l'établissement assure plus de 50% de l'activité en MCO.	PMSI-MCO 2010 par requêteur Diamant	37 251	2
Nombre d'habitants dépendant de l'établissement en endoscopies	Nombre d'habitants résidant dans les communes où l'établissement assure plus de 50% de l'activité d'endoscopies	PMSI-MCO 2010 par requêteur Diamant	-	1
Nombre d'habitants dépendant de l'établissement en accouchements	Nombre d'habitants résidant dans les communes où l'établissement assure plus de 50% de l'activité d'accouchements	PMSI-MCO 2010 par requêteur Diamant	52 260	2

Les scenarii d'évolution possibles

- Le scenario d'évolution « naturel » de l'établissement aboutirait à un effondrement de l'anesthésie et de la chirurgie, avec potentiellement des événements indésirables graves mettant en danger la vie des patients (y.c. en maternité).
- Considérant le taux de pratique de la chirurgie ambulatoire (>70%), la présence de la maternité de niveau 2A, et l'engagement de l'établissement dans un GCS avec les deux établissements pivot de son territoire, deux scenarii d'évolution ont été étudiés par l'ARS :
 - **Conversion de l'établissement en 100% chirurgie ambulatoire, adossé à l'hospitalisation complète de ses deux partenaires**
 - **Transfert des activités de chirurgie et d'obstétrique vers l'établissement pivot le plus proche (28 km, 36 min)**



Le scénario « 100% ambulatoire »

Difficultés

- Éligibilité à la chirurgie ambulatoire :
 - Bassin de recrutement <30 min
 - Contre-indications (âge, isolement, langue, comorbidités)
 - Quel potentiel d'activité ?
- Garantir la continuité des soins (obstétrique et urgences chirurgicales)
- Pratiques médicales et résistance au changement :
 - Programmation et adressage vs. dépendance aux urgences
 - Exercice multi-site
 - Organisation du bloc et des circuits
- Effets de seuil médico-économiques : déphasage entre baisse des recettes et baisse des charges
- Enjeux de réputation : image et confiance ; politique de valorisation de l'établissement

Leviers

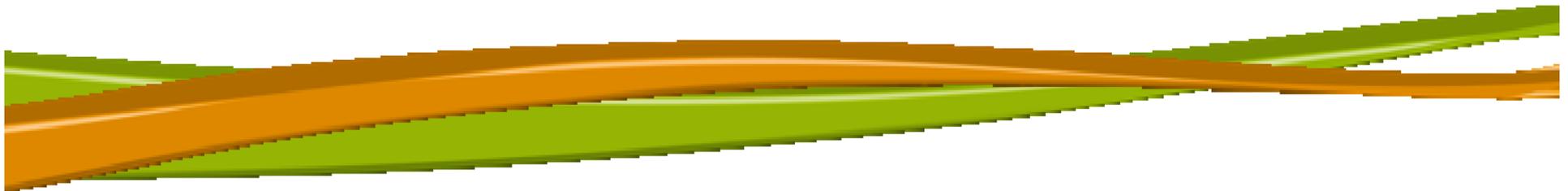
- Volume de patients potentiels suffisant (évaluation des parts de marché, coopérations et équipes médicales, communication auprès des libéraux)
- Adosser le site ambulatoire à un site HC
- Organiser l'offre en réseau
- Gestion des ressources humaines :
 - Formation et accompagnement au changement des pratiques
 - Réductions d'effectifs (de redéploiements entre sites partenaires jusqu'au licenciement)
- Fusion et mutualisation des fonctions support administratives et logistiques
- Mise en œuvre d'une stratégie « commerciale » (offre de services) auprès des adresseurs et de la population

Limites du scénario « 100% ambulatoire »

Le scénario « 100% ambulatoire » n'apparaît pas viable :

- Le bassin de population ne permet pas de générer un volume d'activité suffisant (population âgée et isolée) ;
- Le déphasage entre l'effondrement des recettes et l'ajustement des dépenses aurait des impacts massifs en trésorerie ;
- Le changement de culture des équipes paraît une évolution trop importante.

La chirurgie ambulatoire est une activité à « effet Saint-Mathieu » : elle est le mieux développée par les équipes qui sont d'ores et déjà les plus performantes.



Le scénario « transfert »

L'ARS promeut donc un scénario de transfert d'activité :

- La chirurgie et l'obstétrique sont transférées sur l'un des deux sites de référence, partenaires de l'établissement dans le cadre du GCS
- Transferts de personnels et concentration des fonctions support (LABM), équipes territoriales communes (urgences, imagerie)
- Redéploiement des capacités d'hospitalisation de chirurgie et d'obstétrique pour regrouper les activités du site annexe (réduction du programme d'investissement).
- Création d'un centre de diagnostic et de suivi, avec :
 - des consultations avancées assurées par les établissements pivot du territoire, notamment pour l'obstétrique (suivi de grossesse sur site, dispositif de retour précoce, etc.),
 - une large ouverture aux médecins de ville (type MSP), généralistes et spécialistes
 - la proximité du plateau d'imagerie médicale
 - des activités d'éducation thérapeutique.

La création de cette structure ville-hôpital devra permettre de renforcer l'attractivité médicale dans le bassin.

Si la cessation de l'activité est plus simple à organiser et moins coûteuse, elle est la plus sensible politiquement.



Prochaines étapes

- **Évaluation des impacts** :
 - **Activité** : estimation du volume de séjours transférés (« QQSPS »), évaluation du volume capacitaire et capacité de l'établissement receveur à absorber (nombre de lits, salles de blocs)
 - **Finances** : amélioration de l'équilibre recettes/dépenses ; les économies de charges doivent être supérieures au volume de recettes transféré
- **Accompagnement au changement** :
 - **Adaptation des organisations médicales** : coordination avec la régulation SAMU-C15, mise en place de protocoles médicaux harmonisés (télé-médecine, télé-imagerie), constitution d'équipes de territoire communes
 - **Mise en place d'un plan de communication** :
 - En direction des élus (établissement « donneur » comme établissement « receveur »)
 - En direction des personnels
 - En direction des adresseurs
 - En direction de la population
 - **Accompagnement social des transferts de personnel et des réductions d'effectifs** (CLASMO, plans de formation, primes de mobilité, ...).
 - À terme, **fusion des établissements** composant le GCS (après 2014)

