



ARS GRAND-EST

PRESTATION D'ANALYSE STRATÉGIQUE ET PROSPECTIVE SUR L'ÉVOLUTION DE L'OFFRE ET DES COOPÉRATIONS ENTRE OFFREURS DE SOINS SUR LE TERRITOIRE DE L'EUROMÉTROPOLE DE STRASBOURG

SÉMINAIRE DE CLÔTURE DU 12 DÉCEMBRE 2016

DOCUMENT MIS À JOUR À L'ISSUE DE LA SÉANCE

Rappel de la démarche et des objectifs du document	03
Analyses prospectives à 10-15 ans	07
01 Les pistes d'évolution	08
02 La fin de l'hôpital « hôtelier »	11
03 Projections d'activité	16
04 Scenarii d'évolution de l'offre & préconisations	29
Conclusions	40

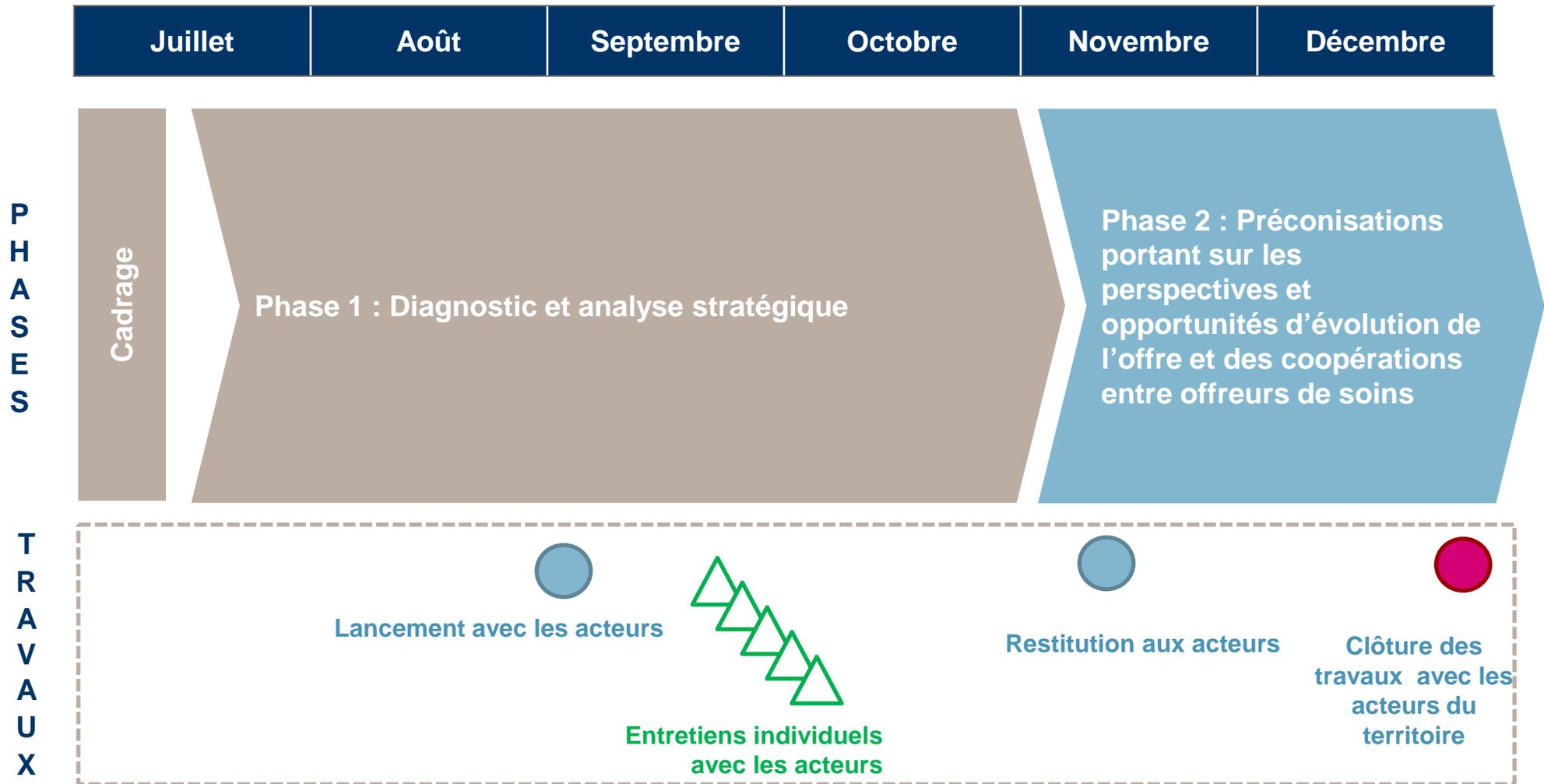
RAPPEL DES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

PARTAGER UN DIAGNOSTIC DE L'OFFRE EN TERMES DE POSITIONNEMENT STRATÉGIQUE (FORCES, FAIBLESSES, OPPORTUNITÉS ET MENACES) DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS EN EUROMÉTROPOLE

ANALYSER DE FAÇON PROSPECTIVE SUR 10-15 ANS LES BESOINS DE SANTÉ SUR LES DIFFÉRENTES DISCIPLINES DE L'OFFRE HOSPITALIÈRE EN FAISANT DES FOCUS SUR CERTAINS TYPES ET MODES DE PRISE EN CHARGE AU REGARD DES SPÉCIFICITÉS DU TERRITOIRE

PROPOSER DES PERSPECTIVES D'ÉVOLUTION DE L'OFFRE ET DES COOPÉRATIONS ENTRE LES OFFREURS DE SOINS, GARANTISSANT UNE RÉPONSE AUX BESOINS DE PROXIMITÉ ET UN ACCÈS AUX ACTIVITÉS DE RECOURS

LES PHASES DU PROJET



ANALYSER LES **PROJECTIONS,**
TENDANCES ET ENJEUX DES
DIFFÉRENTES ACTIVITÉS SUR LE
TERRITOIRE D'EUROMÉTROPOLE
À **HORIZON 2030**

IDENTIFIER LES PISTES
D'ÉVOLUTION DE L'OFFRE
ET DE COLLABORATIONS
POSSIBLES ENTRE
ÉTABLISSEMENTS SUR
CERTAINES ACTIVITÉS





01

LES PISTES D'ÉVOLUTION

LES PISTES D'ÉVOLUTION DEVRONT PRENDRE EN COMPTE 6 PRINCIPAUX ÉLÉMENTS CADRE :

Le vieillissement de la population et l'augmentation des maladies chroniques

Des incertitudes sur l'évolution du recours à la chirurgie

La croissance des coûts et dépenses associés à l'évolution rapide des techniques médicales pour les acteurs sanitaires

La poursuite de la pression exercée en faveur de l'amélioration de la performance

La baisse progressive du nombre d'autorisations d'activité

Le retour au droit commun sur la question des dépassements d'honoraire/ autorisations

Médecine

- + Probable augmentation des séjours mais pas dans de fortes proportions :
 - Elle s'explique notamment par le vieillissement démographique

Obstétrique

- + Les données Omphale indiquent une légère baisse des naissances qui ne semble pas de nature à rebattre le nombre de maternité sauf si les parts de marché respectives venaient à être modifiées significativement

Chirurgie

- + Projections plus complexes :
 - Mais des incertitudes :
 - Stabilité des taux de recours?
 - Effet GHT / impact sur les PDM?
 - Techniques opératoires, Progrès médicaux



01

LA FIN DE L'HÔPITAL « HÔTELIER »

PROJECTIONS D'ACTIVITÉ ET CAPACITÉ : UN IMPACT ATTENDU SUR LE CAPACITAIRE PLUS FORT SUR LA CHIRURGIE D'ICI 2030

- L'augmentation probable du nombre de séjours ne signifie pas augmentation du nombre de lits et places pour plusieurs raisons :
 - Effet taux d'occupation
 - Effet substitution HC/HP
 - Effet DMS

- Cela est particulièrement vrai pour la chirurgie qui est la plus susceptible d'être impactée par les 3 facteurs :

Niveau d'impact attendu de l'évolution des critères d'efficience à considérer dans les projections capacitaires			
ASO	Taux occupation	DMS (jours)	Taux d'ambulatoire
Médecine	✓	v*	✓✓
Chirurgie	✓✓	v	✓✓
Obstétrique	✓✓		

*v : variable – hypothèse fluctuante selon l'horizon temporel considéré : moyen versus long terme

EN APPLIQUANT LES CRITÈRES D'EFFICIENCE CIBLES EN 2030 AVEC L'ACTIVITÉ ACTUELLE, LES ÉTABLISSEMENTS DE L'EUROMÉTROPOLE PERDRAIENT ENTRE 630 ET 1 380 LITS ET PLACES

2 simulations de l'impact de l'amélioration des critères d'efficacité

- Les objectifs d'efficacité requis au niveau national (COPERMO) ont un impact fort sur le capacitaire cible des établissements.
- Les cibles d'efficacité cumulent en effet un levier important sur 3 facteurs :
 - Effet taux d'occupation
 - Effet substitution HC/HP
 - Effet DMS

Scénario « COPERMO »

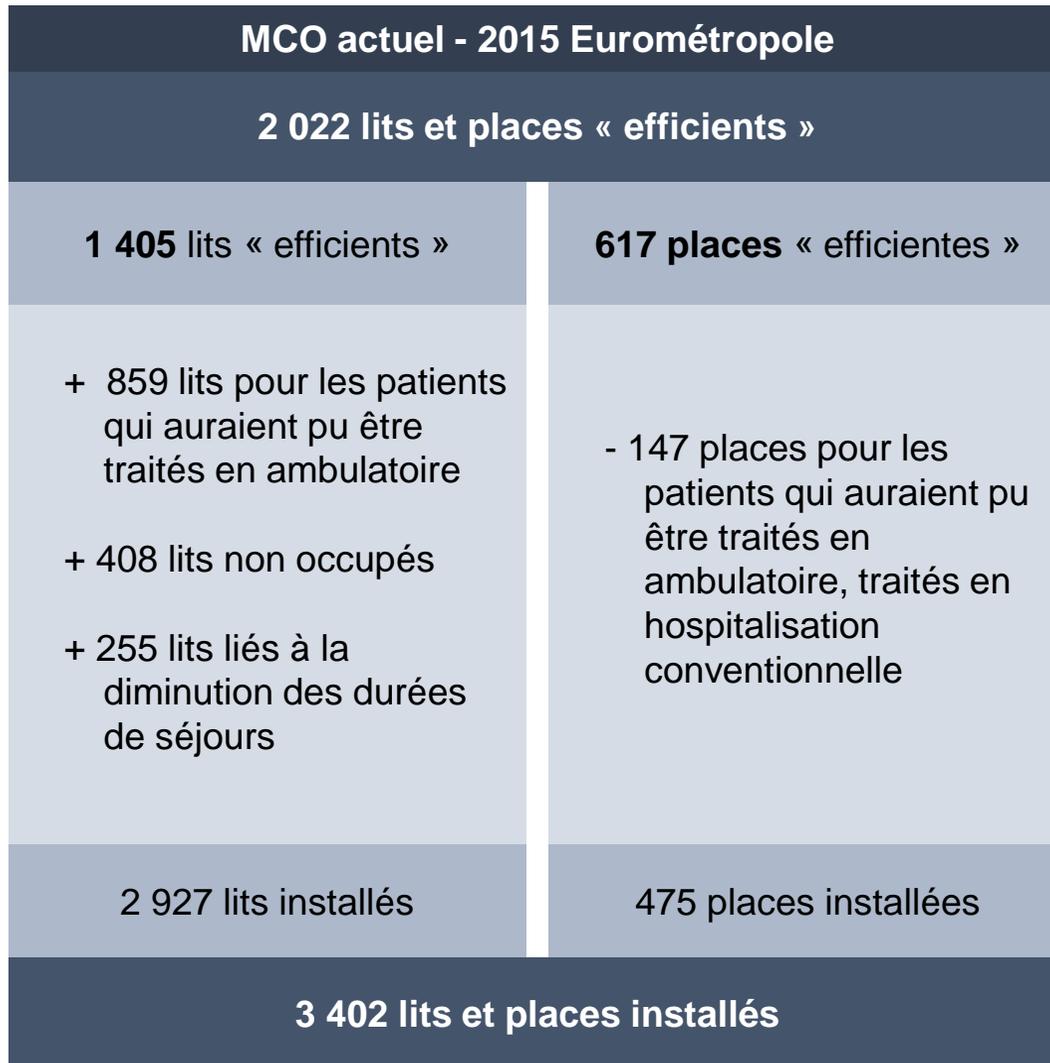
Paramètres		Actuel (2015)	Cible 2030
Médecine	Taux occupation	85%	95%
	DMS (jours)	4.27	4
	Taux d'ambulatoire	26%	40%
Chirurgie	Taux occupation	71%	85%
	DMS (jours)	5.81	5
	Taux d'ambulatoire	33%	66%
Obstétrique	Taux occupation	53%	85%
	DMS (jours)	3.45	3.5

- Des objectifs d'efficacité intermédiaires, plus facilement atteignables auraient un impact légèrement moins marqué sur le capacitaire cible des établissements.
- Les cibles d'efficacité cumulent en effet un levier important sur 2 facteurs :
 - Effet taux d'occupation dans de moindres proportions
 - Effet substitution HC/HP
- Il est ici considéré que la DMS augmentera légèrement (stabilité en obstétrique) du fait de la proportion plus importante des séjours « lourds » dans les séjours HC

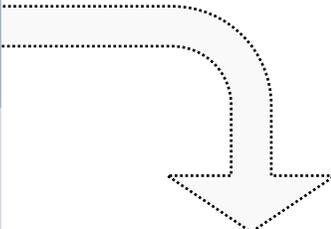
Scénario « Intermédiaire »

Paramètres		Actuel (2015)	Cible 2030
Médecine	Taux occupation	85%	90%
	DMS (jours)	4.27	5
	Taux d'ambulatoire	26%	40%
Chirurgie	Taux occupation	71%	80%
	DMS (jours)	5.81	6
	Taux d'ambulatoire	33%	66%
Obstétrique	Taux occupation	53%	75%
	DMS (jours)	3.45	3.45

EN APPLIQUANT LES CRITÈRES D'EFFICIENCE CIBLE EN 2030 AVEC L'ACTIVITÉ ACTUELLE, LES ÉTABLISSEMENTS DE L'EUROMÉTROPOLE PERDRAIENT 1 380 LITS ET PLACES



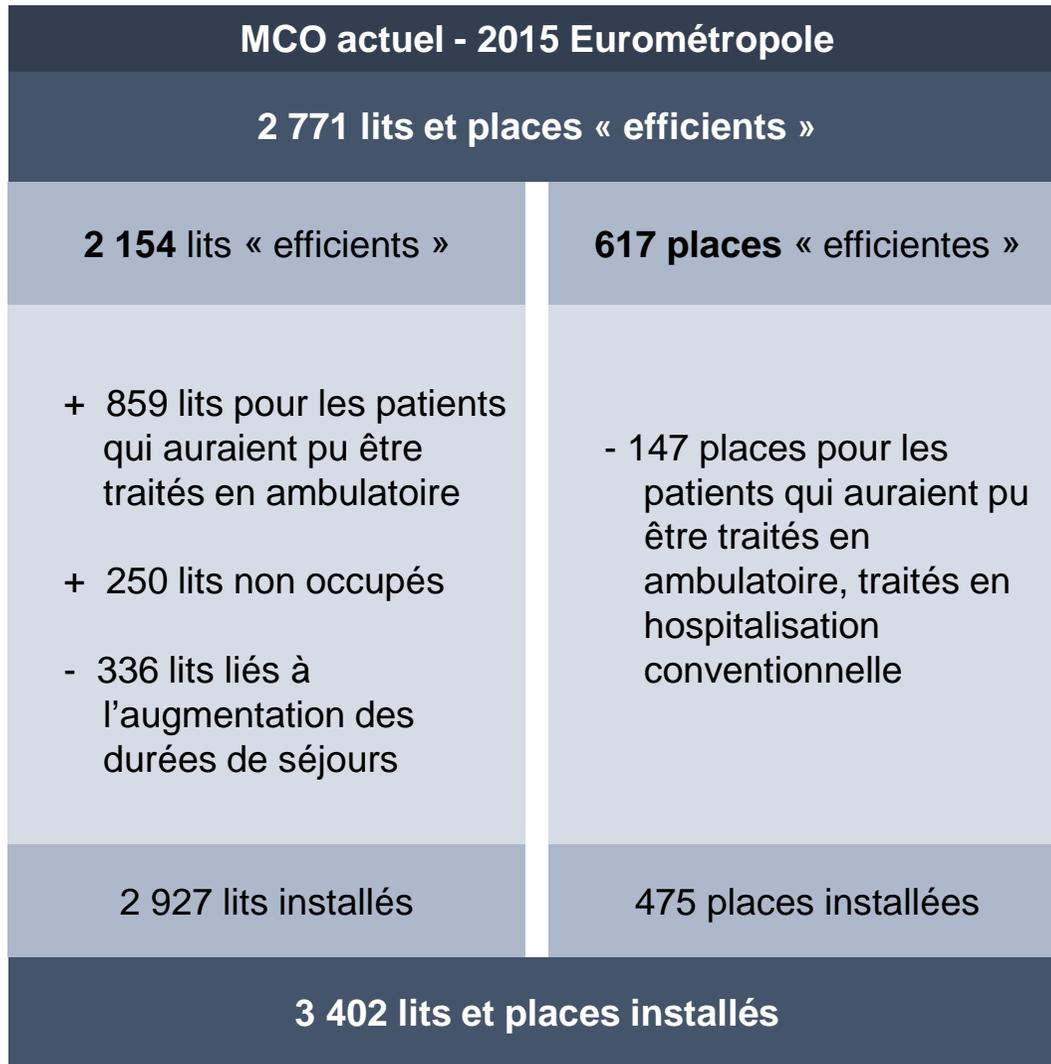
Scénario « COPERMO »



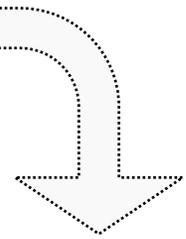
en appliquant les critères d'efficacité attendus en 2030, avec l'activité actuelle, les ES de l'Eurométropole en 2030 perdraient près des 40% de leurs lits et places (HJ ou ambulatoires)

Paramètres		Actuel (2015)	Cible 2030
Médecine	Taux occupation	85%	95%
	DMS (jours)	4.27	4
	Taux d'ambulatoire	26%	40%
Chirurgie	Taux occupation	71%	85%
	DMS (jours)	5.81	5
	Taux d'ambulatoire	33%	66%
Obstétrique	Taux occupation	53%	85%
	DMS (jours)	3.45	3

EN APPLIQUANT LES CRITÈRES D'EFFICIENCE CIBLE EN 2030 AVEC L'ACTIVITÉ ACTUELLE, LES ÉTABLISSEMENTS DE L'EUROMÉTROPOLE PERDRAIENT 631 LITS ET PLACES



Scénario intermédiaire



en appliquant les critères d'efficience attendus en 2030, avec l'activité actuelle, les ES de l'Eurométropole en 2030 perdraient près de 20% de leurs lits et places (HJ ou

Paramètres		Actuel (2015)	Cible 2030
Médecine	Taux occupation	85%	90%
	DMS (jours)	4.27	5
	Taux d'ambulatoire	26%	40%
Chirurgie	Taux occupation	71%	80%
	DMS (jours)	5.81	6
	Taux d'ambulatoire	33%	66%
Obstétrique	Taux occupation	53%	75%
	DMS (jours)	3.45	3.45



02

PROJECTIONS D'ACTIVITÉ

NOUS IDENTIFIONS 2 PARAMÈTRES PRINCIPAUX PESANT SUR LA DÉTERMINATION DE LA FUTURE DEMANDE SUR LE TERRITOIRE

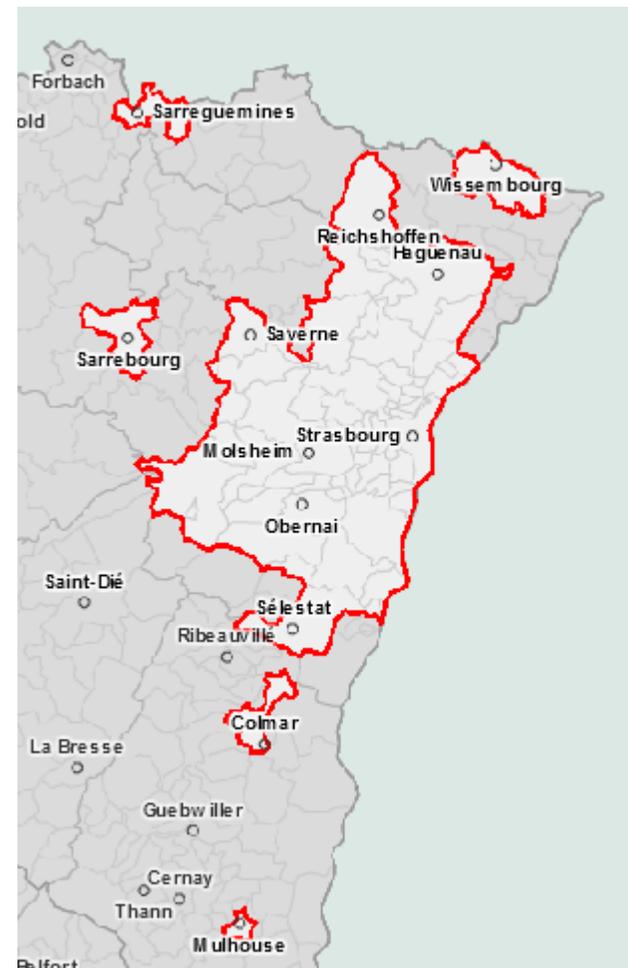


- Pour le MCO , nous avons considéré l'évolution démographique de la population du **bassin d'attractivité global des établissements de l'Eurométropole**.
- Ce **bassin d'attractivité regroupe près de 1 million d'habitants** en 2030 (+52 982 habitants par rapport à 2015) selon les projections INSEE (Scénario central – OMPHALE).
- Les tranches reprises ci-dessous ci-dessous permettent d'appliquer des taux de recours différenciés selon le Case mix actuel des établissements de l'Eurométropole.

Population du bassin d'attractivité des établissements de l'Eurométropole			
Tranches d'âge	2015	2030	Evolution 2015/30
Nouveaux nés	10 778	10 119	-6.1%
[1-17[175 419	181 122	3.3%
[18-35]	250 884	249 023	-0.7%
[36-79]	385 277	429 463	11.5%
[80-100]	49 159	54 771	11.4%
Total	871 516	924 498	6.1%

Source : Insee, OMPHALE, scénario central, analyse Mazars

Bassin d'attractivité 2015 des établissements de l'Eurométropole



Source : ARS - ATIH, analyse Mazars

- **L'évolution du taux de recours est un paramètre extrêmement difficile à projeter :**
 - L'hypothèse d'un taux de recours stable est discutable à court terme (il n'a cessé progressé sur la dernière période), plus vraisemblable à long terme du fait des politiques menées.

- **Nous avons choisi de faire varier les projections d'activité en fonction de l'hypothèse de taux de recours stable puis d'un taux de recours suivant les tendances passées :**
 - **La méthode 1 :** Nous avons appliqué l'évolution de la population, par Omphale/Scénario Central, par tranche d'âge pour projeter les séjours.

 - **La méthode 2 :**
 - Nous avons appliqué l'évolution du taux de recours entre 2013 et 2015 et nous l'avons projeté sur 15 ans.
 - Le taux de recours est appliqué par tranche d'âge.
 - Ce taux de recours projeté est appliqué à la population projetée, par Omphale/Scénario Central, par tranche d'âge (cf. diapositive précédente).

 - **La méthode 3 :**
 - Nous avons appliqué les taux de recours nationaux, par tranche d'âge à la population projetée en 2030

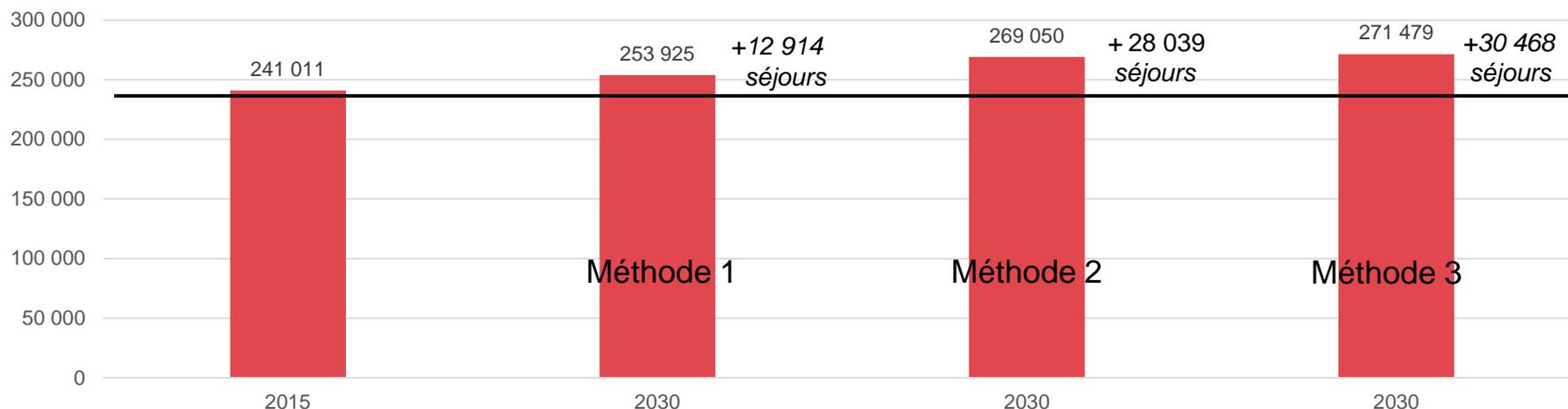
LE NOMBRE DE SÉJOURS SUPPLÉMENTAIRES EN MCO (HORS SÉANCE) VARIE ENTRE 20 000 ET 40 000 SÉJOURS SUPPLÉMENTAIRES ENTRE 2015 ET 2030 SELON CES 3 MÉTHODES

- Le nombre de séjours global produit par les établissements de l'Eurométropole progressera à minima de 5% entre 2015 et 2030 (méthode 1), de l'ordre 12% en se basant sur la 2^e et 3^e méthode.

Projection du nombre de séjours (hors séance) entre 2015 et 2030	2015	METHODE 1		METHODE 2		METHODE 3	
		2030	Evol.	2030	Evol.	2030	Evol.
Total MCO hors séances	241 011	253 925	+5.4%	269 050	+11.6%	271 479	+12,6%
Total M hors séances	141 974	149 618	+5.4%	161 702	+13.9%	157 806	+11,2%
Total C	85 063	90 225	+6.1%	93 404	+9.8%	98 694	+16,0%
Total O	13 974	14 083	+0.8%	13 944	-0.2%	14 979	+7,2%

Source : INSEE - ATIH, analyse Mazars

Total des séjours MCO hors séances du bassin d'attractivité des établissements de l'Eurométropole

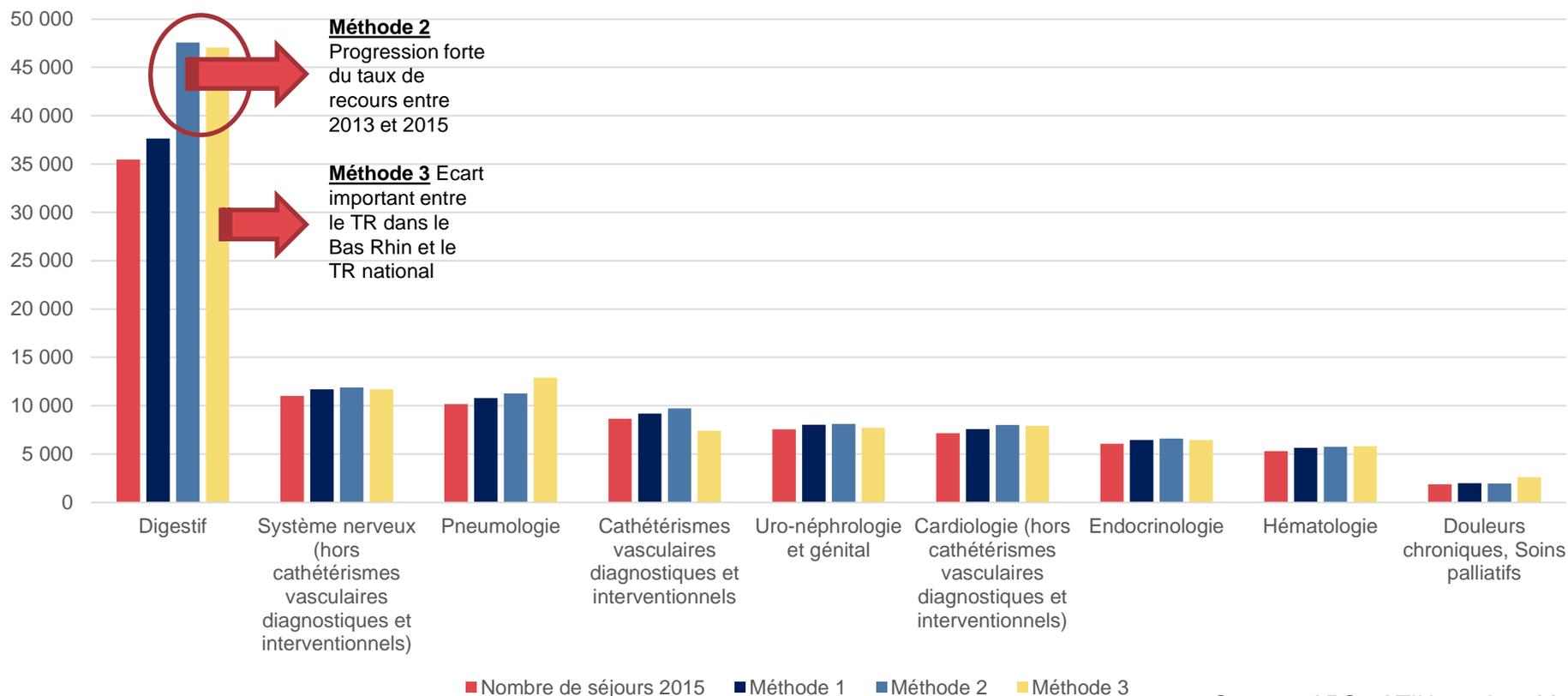


Source : INSEE - ATIH, analyse Mazars

PROJECTIONS DE L'ACTIVITÉ DE MÉDECINE

- Plus de 60% de la croissance de l'activité de médecine est portée par l'activité digestive dans la méthode 2 et 3, essentiellement par l'augmentation des actes classant non opératoire d'endoscopie.
- Les séjours progressent en moyenne de 300 séjours sur les autres domaines d'activité.

Projections d'activité en Médecine 2015 – 2030 des établissements de l'Eurométropole

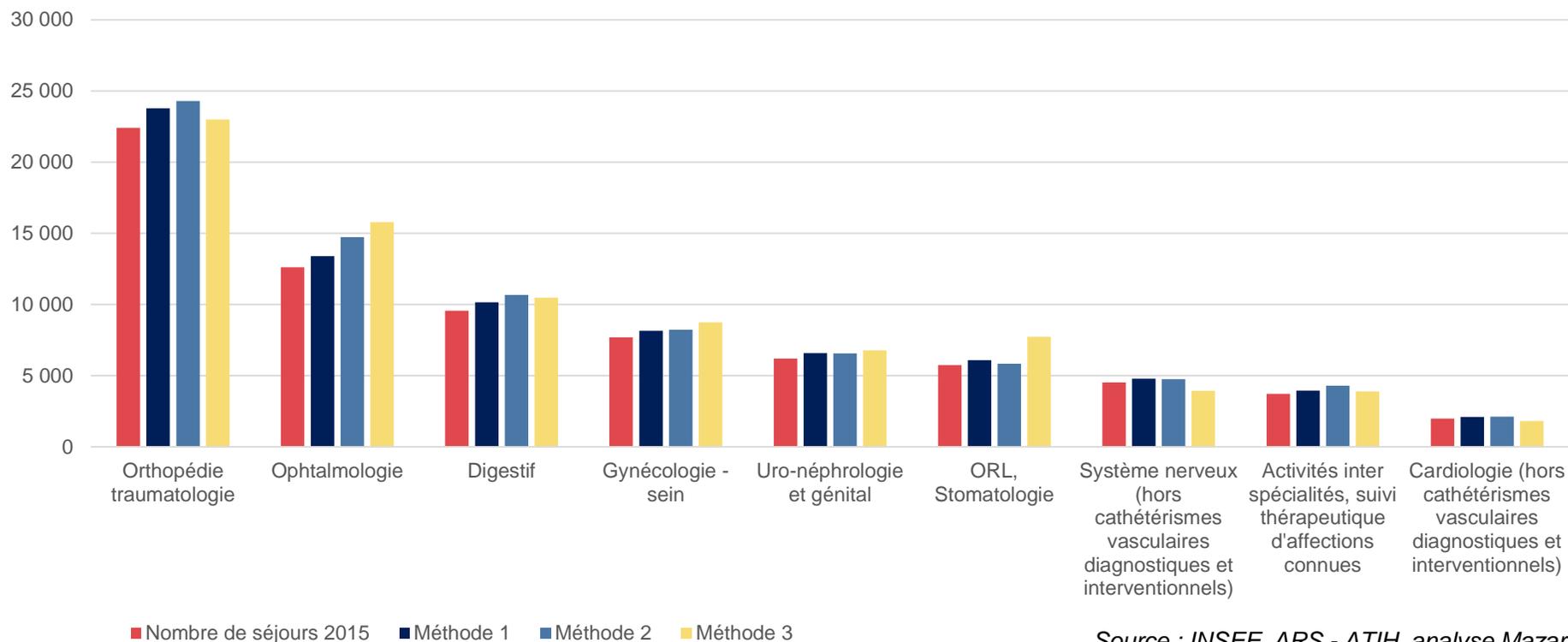


Source : ARS - ATIH, analyse Mazars

PROJECTIONS DE L'ACTIVITÉ DE CHIRURGIE

- L'augmentation d'activité en Chirurgie est portée par l'orthopédie –traumatologie qui représente 27 % du poids cumulé des séjours en plus à produire à l'horizon 2030 (méthode 1)
- L'ophtalmologie, digestif et gynéco-sein représentent les plus gros volumes d'augmentation des séjours après l'orthopédie –traumatologie.

Projections d'activité en Chirurgie 2015 – 2030 des établissements de l'Eurométropole



Source : INSEE, ARS - ATIH, analyse Mazars

PROJECTIONS DE L'ACTIVITÉ D'OBSTÉTRIQUE

- L'INSEE prévoit une légère baisse des naissances en Eurométropole (- 300 naissances).
- Une diminution de 4% des naissances sur l'ensemble du bassin de l'Eurométropole équivaudrait à une baisse d'activité de – 560 naissances pour les maternités de l'Eurométropole, toutes choses égales par ailleurs.

Données OMPHALE - Scenario central Eurométropole			
	2012	2032	Evolution
Naissances	6 556	6 273	-4%

Source : INSEE

Projections d'activité d'Obstétrique 2015 – 2030 des établissements de l'Eurométropole				
2015	2030			
	Méthode 1	Méthode 2	Méthode 3	Méthode 4
13 974	14 083	13 944	14 979	13 415

Source : ARS - ATIH, analyse Mazars

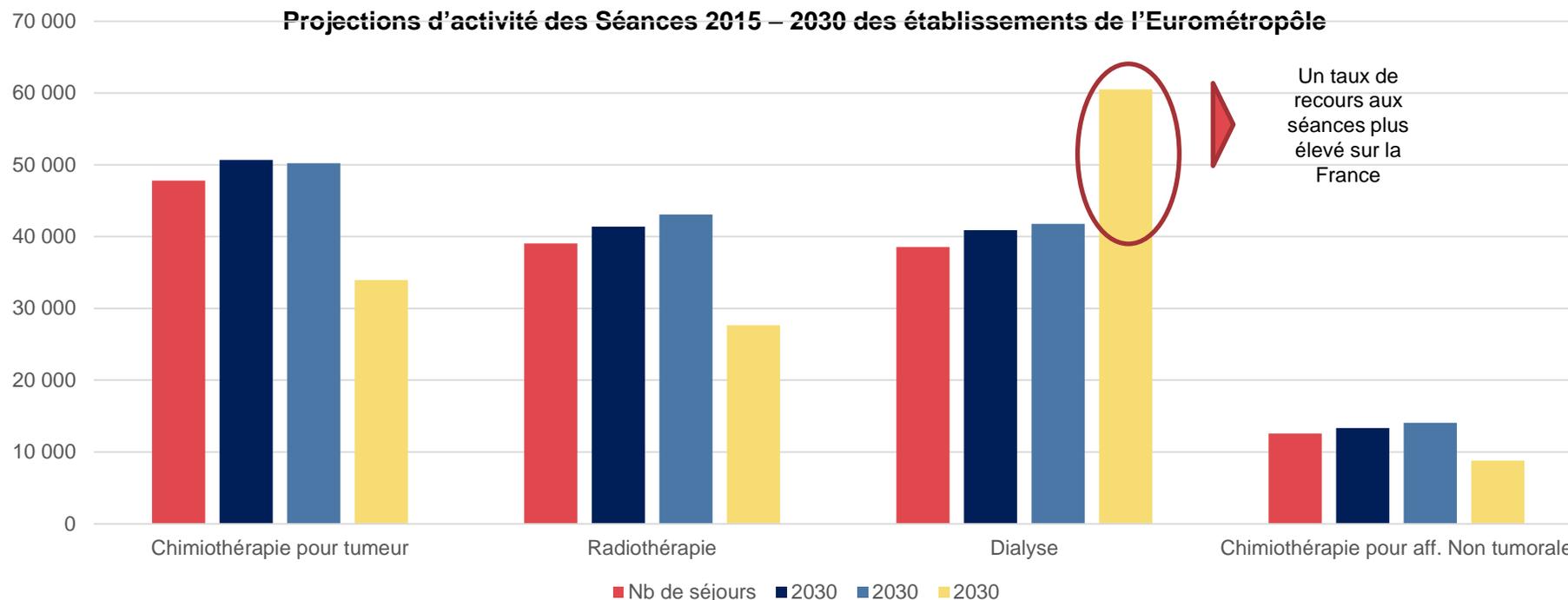
Méthode 4



PROJECTIONS D'ACTIVITÉ DES SÉANCES

Les séances liées à l'activité de cancérologie sont extrêmement tributaires des évolutions rapides des traitements médicaux :

- La chimiothérapie connaîtrait une augmentation plus forte en tenant compte uniquement des évolutions démographiques qu'en tenant compte également d'une diminution récente du taux de recours
- La radiothérapie et la dialyse progresseraient de façon cumulée par l'effet démographique et l'évolution du taux de recours :
 - La généralisation de traitements par radiothérapie hypofractionnée pourrait néanmoins tendre à réduire le nombre de séance pour les patients concernés (traitements par radiothérapie des cancers du sein et la prostate)

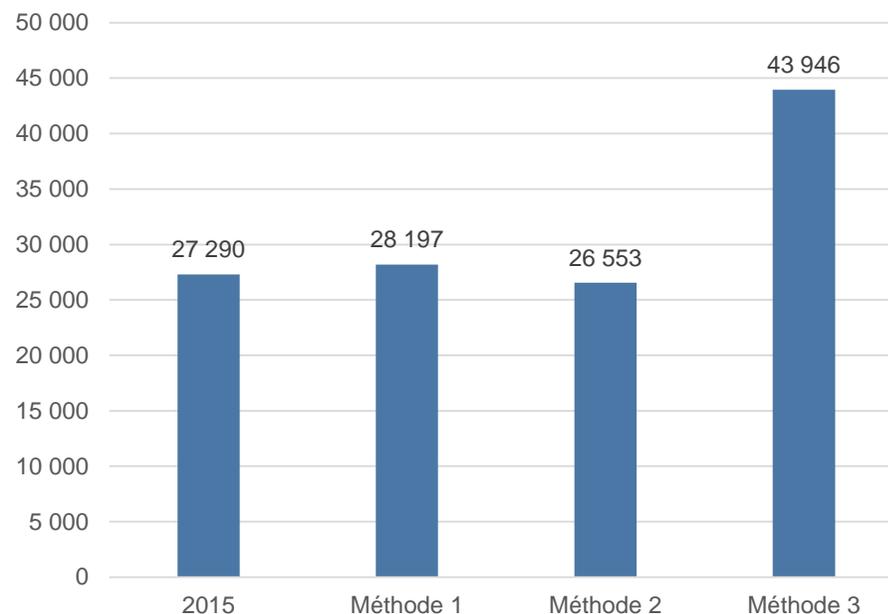


Source : INSEE, ARS - ATIH, analyse Mazars

PROJECTIONS D'ACTIVITÉ DE LA HAD

- Si le taux de recours à la HAD des résidents de l'Eurométropole constatée entre 2011 et 2013 se poursuit jusqu'en 2030, l'activité de celle-ci pourrait tendre à se réduire de -737 journées, soit une diminution de 3%.
- Elle augmenterait de façon inverse en cas de stabilité du taux de recours entre 2015 et 2030, avec une augmentation de près de 1 000 journées.
- En appliquant le taux de recours national à la population de l'Eurométropole (méthode 3), le nombre de journées de HAD progresserait de 60 % d'ici 2030.

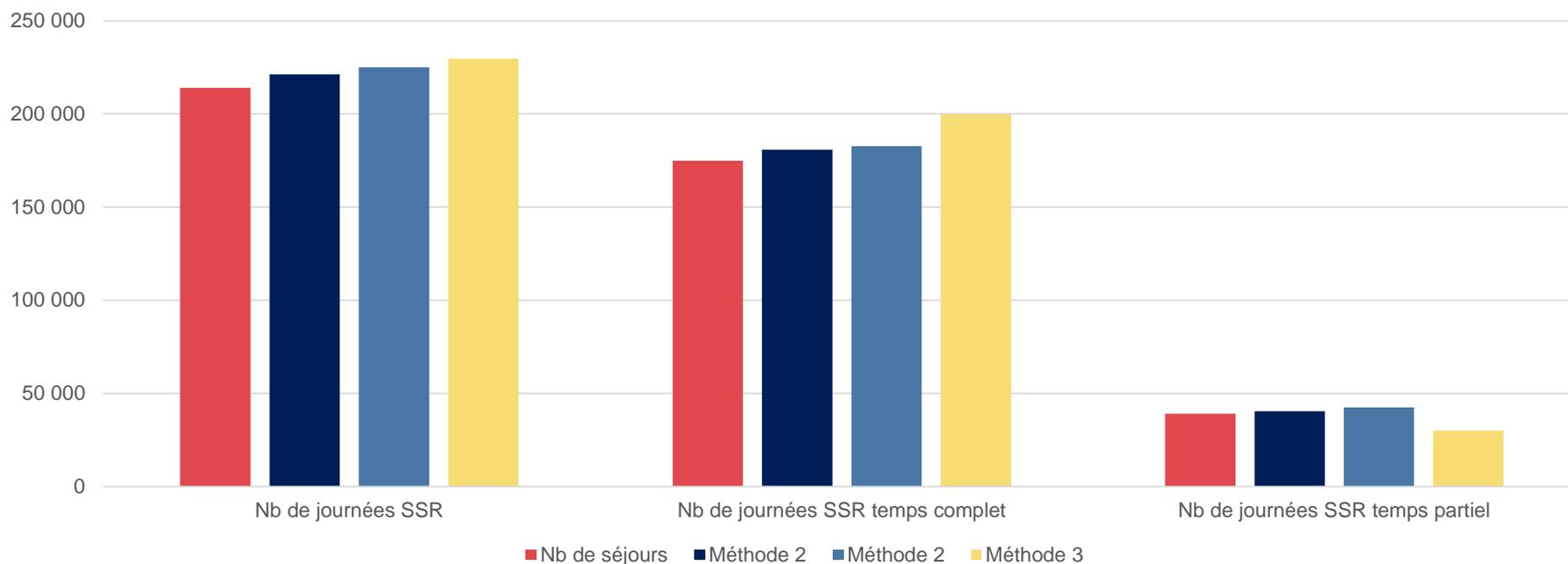
Projections de la consommation de soins de HAD 2015 – 2030 – Résidents de l'Eurométropole (nombre de journées)



PROJECTIONS D'ACTIVITÉ DU SSR

- L'activité de SSR progresse dans les 3 projections réalisées, mais avec une tendance différente selon la méthode employée :
 - Une progression plus rapide du nombre de journées réalisées en temps partiel dans les méthodes 1 et 2 (+8% contre 4% pour le temps complet), en tenant compte de l'évolution du taux de recours : le volume de journées supplémentaire en temps complet varie de + 5 817 à 7 787 selon la méthode de projection (méthodes 1 et 2), et de + 1 302 à +3 328 en temps partiel
 - Le temps partiel est plus important, en proportion, sur l'Eurométropole qu'au niveau national. De fait, en appliquant le taux de recours national (méthode 3), il y aurait une augmentation du temps complet et un effet inverse sur le temps partiel.

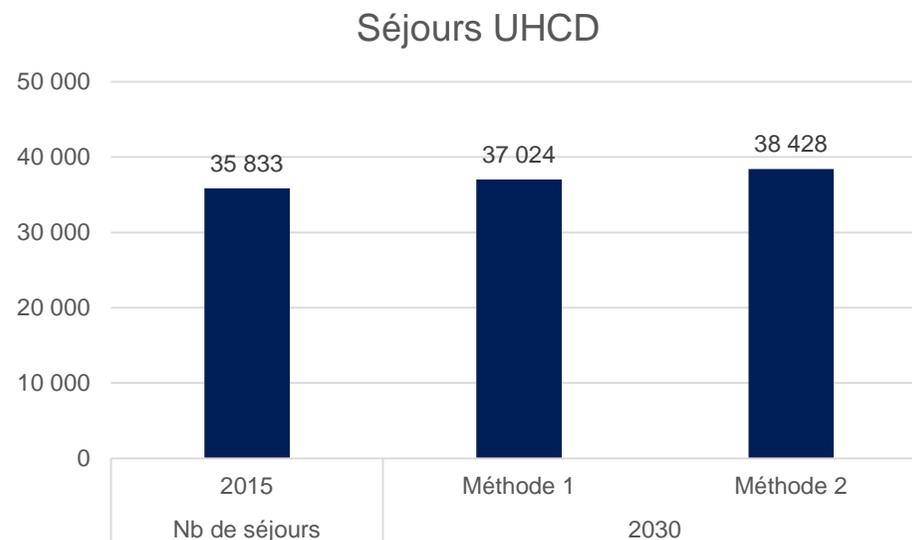
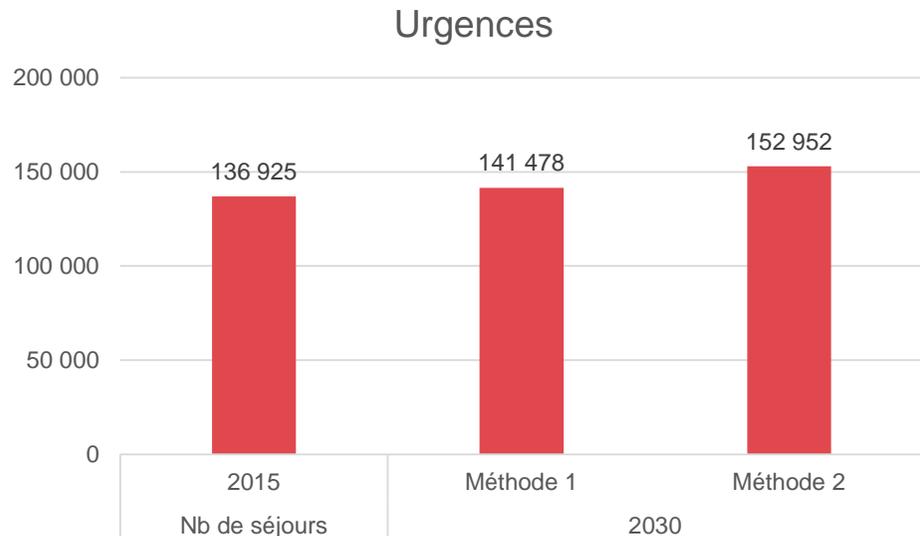
Projections de la consommation de soins de SSR 2015 – 2030 – Résidents de l'Eurométropole



PROJECTIONS DE L'ACTIVITÉ URGENCES / UHCD

- L'activité d'urgences et en UHCD des patients résidents en Eurométropole progresserait de 3,3% (méthode1). Cela représenterait :
 - + 4 553 passages aux Urgences
 - + 1 191 séjours en UHCD
- Si l'évolution du taux de recours se poursuit selon les mêmes tendances, il faudrait s'attendre à une progression du nombre de passages aux Urgences de 12%, soit 16 027 passages supplémentaires pour les seuls résidents de l'Eurométropole
 - + 2 595 séjours en UHCD

Projections de la consommation de soins des Urgences 2015 – 2030 – Résidents de l'Eurométropole

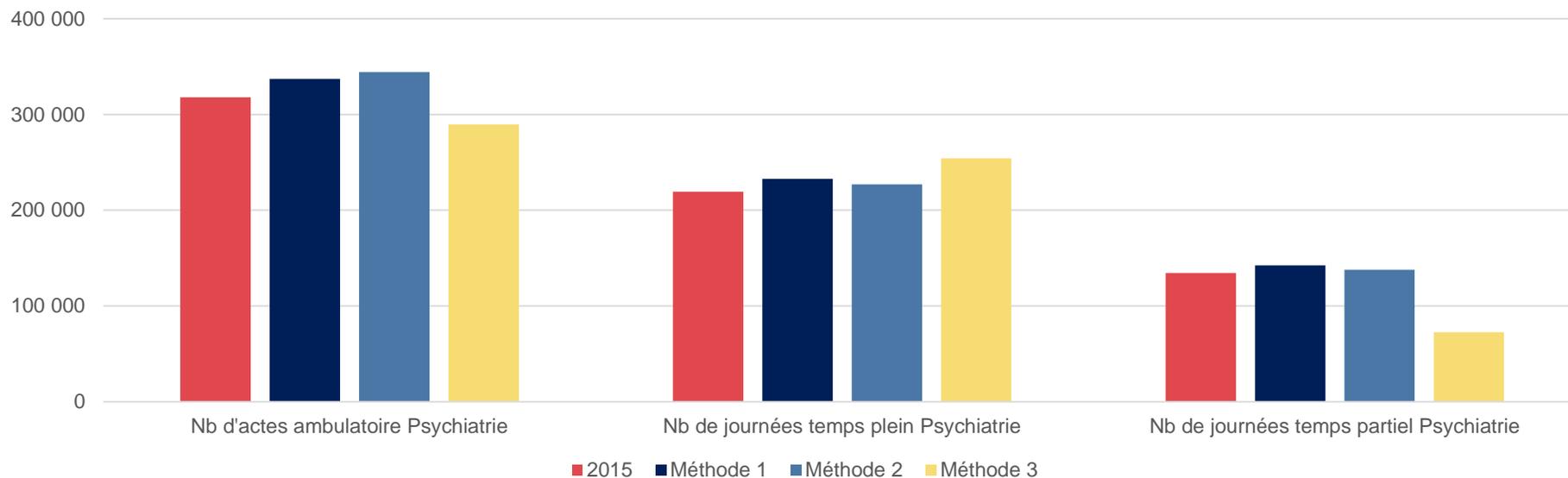


Source : INSEE, ARS - ATIH, analyse Mazars

PROJECTIONS D'ACTIVITÉ EN SANTÉ MENTALE

- L'activité de Santé Mentale sera portée par l'activité ambulatoire qui croîtrait de +6% à + 8% selon les méthodes de projection 1 et 2 d'ici 2030, soit une augmentation du nombre d'actes allant de + 20 000 actes à +26 500.
 - En appliquant le taux de recours nationale à la population 2030, l'activité ambulatoire serait réduite de 9% (-28 300 actes).
- La diminution du taux de recours observée en Hospitalisation temps complet et temps partiel (méthode 2) ne suffit pas à renverser la tendance à la progression du nombre de journée :
 - Le nombre de journées progresseraient de +13 289 avec un taux de recours équivalent à aujourd'hui (méthode 1) en temps complet contre + 7 625 journées en cumulant la croissance démographique et l'évolution négative du taux de recours entre 2013 et 2015 (méthode 2).
 - Le nombre de journée à temps partiel progresserait quant à lui de + 8 132 à + 3 602 journées
- La méthode 3 (application du taux de recours national) montre l'avance de l'Eurométropole dans ses modes de prise en charge avec un plus grand recours au temps partiel qu'au temps complet

Projections de la consommation de soins en Santé Mentale 2015 – 2030 – Bas Rhin



Source : INSEE, ARS - ATIH, analyse Mazars



03

SCENARI D'ÉVOLUTION DE L'OFFRE & PRÉCONISATIONS

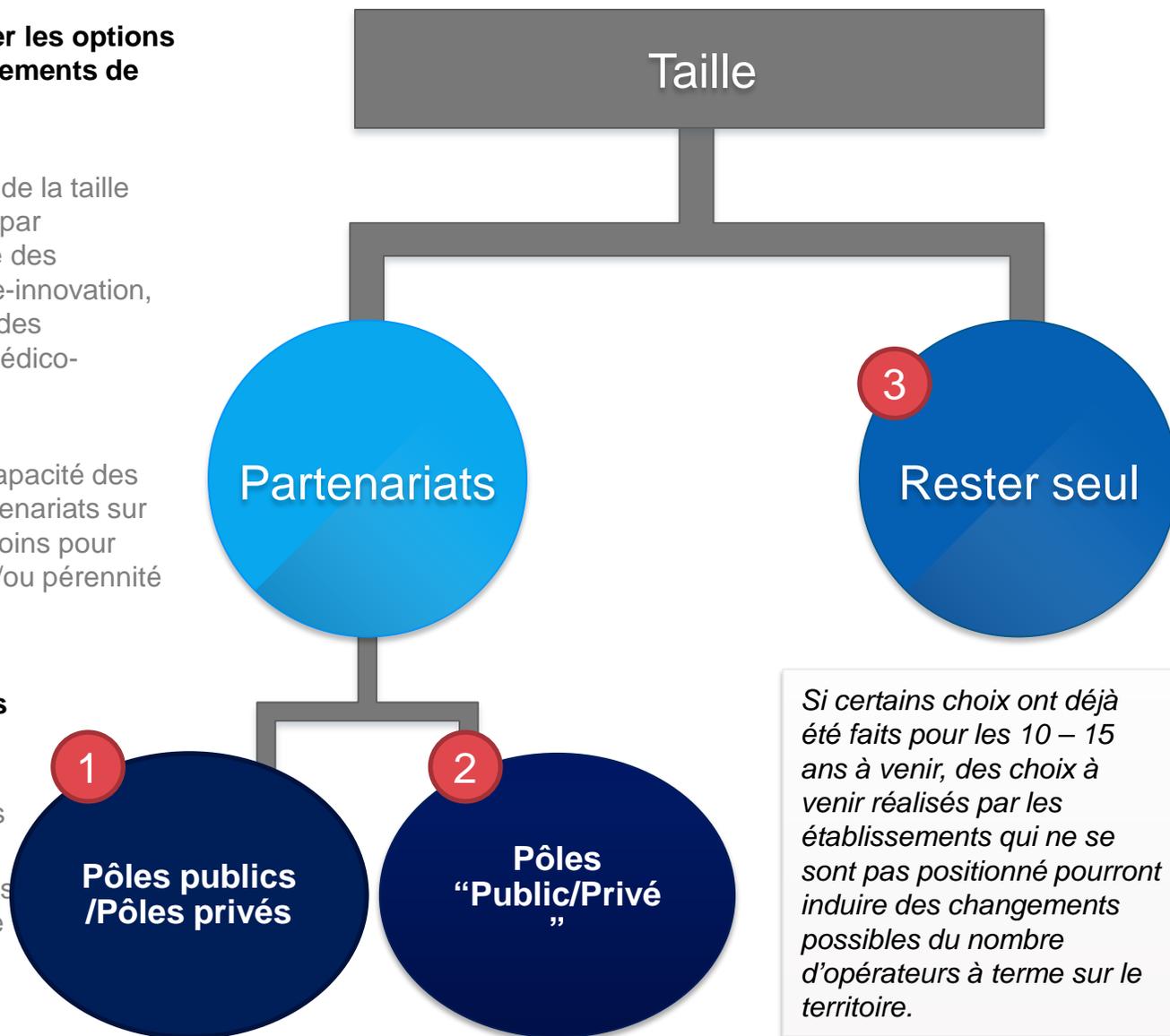
A L'AUNE DU DIAGNOSTIC ET DES ENJEUX FUTURS, 3 GRANDS SCENARII SE DÉGAGENT À 10 – 15 ANS EN EUROMÉTROPÔLE

- **2 critères permettent d'identifier les options s'offrant à chacun des établissements de santé de l'Eurométropole :**

- **La taille de l'activité** : il s'agit de la taille critique nécessaire à atteindre par l'établissement du point de vue des infrastructures, de la recherche-innovation, de l'attractivité des patients et des professionnels et de critères médico-économiques
- **Les alliances** : il s'agit de la capacité des opérateurs à conclure des partenariats sur tout ou partie de son offre de soins pour assurer son développement et/ou pérennité

- **3 scenarii émergent des différentes options faisant émerger des choix structurants pour l'avenir :**

1. La constitution de pôles publics face à celle à de pôles privés
2. La constitution de pôles mixtes « publics/privés » à géométrie variable
3. La poursuite de stratégie d'établissements seuls



Scénario	Périmètre	Leviers & atouts	Avantages & bénéfices potentiels	Risques & freins
<p>Création de « pôle(s) public(s) » et « pôle(s) privé(s) »</p>	<p>Les opérateurs s'organisent en fonction de leur vocation de « service public » versus « activité à but lucratif » en médecine, chirurgie et Santé Mentale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Filières publiques GHT • Projets polarisés structurants en cours (IRC, Rhéna) • Importance de la recherche dans l'évolution de la prise en charge du cancer 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérennité économique accrue (taille critique) • Parcours patients gradués coordonnés 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestion du changement auprès des équipes de professionnels
<p>Création de pôles « mixtes » publics / privés</p>	<p>Les opérateurs s'organisent en fonction de leurs complémentarités et des bénéfices potentiels à s'allier en médecine, chirurgie, SSR, voire en Santé Mentale</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Filières existantes mixtes en SSR • Offre de soins complémentaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Pérennité économique accrue (taille critique) 	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de dynamique forte • Gestion du changement auprès des équipes de professionnels
<p>Stratégie de développement « seul »</p>	<p>Les opérateurs privilégient le fait d'être indépendants dans l'organisation de leur offre de soins</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Absence de gestion du changement auprès des équipes de professionnels • Facilite le développement de stratégies « agiles », rapide d'exécution 		<ul style="list-style-type: none"> • Capacité d'investissement limitée • Risque de perte progressive de parts de marché

LES PRINCIPALES PISTES D'ÉVOLUTION DE L'OFFRE SE CONCENTRENT AUTOUR 4 TYPES D'ACTIVITÉ :

- 4 types d'activité de soins sont de nature à se voir impactées par des évolutions structurantes de l'offre sur le territoire :

Cancer

- Re-répartition de l'activité de **chirurgie carcinologique** entre les acteurs selon une logique d'activité : regroupement et spécialisation
- **Chimiothérapie** : Une réflexion sur le nombre et la nature des autorisations (site autorisé/site associé) en chimiothérapie :

Chirurgie

Un évolution vers la **spécialisation croissante** des acteurs

HAD/SSR

- Possible création d'une **filière « personnes âgées »** mixte entre les établissements de l'Eurométropole
- La structuration de **filiales de fast-track**

Santé mentale

- **Possible réorganisation des acteurs**
- **Développement de filières de soins graduées**

RE-RÉPARTITION DE L'ACTIVITÉ DE CHIRURGIE CARCINOLOGIQUE ENTRE LES ACTEURS SELON UNE LOGIQUE D'ACTIVITÉ : REGROUPEMENT ET SPÉCIALISATION



UNE ACTIVITÉ CANCÉROLOGIE ÉCLATÉE ENTRE 5 ACTEURS

- Depuis mars 2007, un arrêté ministériel fixe des seuils d'activité minimale régulant le nombre d'établissement autorisés à traiter les malades du cancer.

– Ce dispositif vise à assurer à toutes les personnes malades une prise en charge de qualité sur l'ensemble du territoire.

- La chirurgie gynécologique et ORL Maxillo-faciale devraient d'ici 10 – 15 ans être concentrées sur un moins grand nombre d'acteurs leur permettant d'assurer une activité pérenne sur ces activités

- Une mauvaise lisibilité des spécialisations de chaque établissement et un « éclatement » des autorisations
- Un seuil non atteint par Rhena sur la chirurgie ORL et maxillo-faciale (11 séjours en 2015)
- Une activité réalisée en dehors d'une autorisation

Rappel

	Seuil INCA	HUS	RHENA	GHSV	CRLLC PS*	Clinique Orangerie
Chirurgie digestive	30 séjours	760 v	165 v	81 v	6 x	141 v
Chirurgie gynécologique	20 séjours	234 v	85 v	23 x	89 v	x
Chirurgie ORL et MF	20 séjours	165 v	21 v	263 v	66 v	5 x
Chirurgie thoracique	30 séjours	392 v	116 v	4 x	1 x	3 x
Chirurgie urologique	30 séjours	269 v	304 v	72 v	1 x	2 x
Chirurgie mammaire	30 séjours	652 v	104 v	4 x	266 v	621 v
Chimiothérapie	80 patients	17 411		10 373	12 453	9 631

Seuil atteint	v Activité autorisée
Seuil non atteint	x Absence d'autorisation

Source : PMSI – ATIH : activité 2015

*Le CRLLC est autorisé pour la chirurgie des cancers de la thyroïde, non pas dans le cadre d'une autorisation en chirurgie ORL mais d'une autorisation « Autre »

Réduire le nombre des implantations, en particulier pour la chirurgie gynécologique et ORL & maxillo-faciale



- L'évolution des **traitements médicaux du cancer** s'oriente vers des **schémas thérapeutiques séquentiels, sans substitution**, sauf exceptions, d'un traitement à un autre traitement. Les 3 principales pistes d'évolution concernent le développement probable :
 - **des chimiothérapies orales** : La voie orale se réalise en complément et non remplacement de la Voie IV (chimiothérapies classiques) sur de longues périodes, grâce à l'allongement de la durée de vie, lignes supplémentaires en voie orale, etc.). Elles sont délivrées par le pharmacien de ville et nécessite ainsi qu'une nouvelle relation avec le patient, qui devient davantage acteur de son traitement.
 - **Des traitements sous-cutanés** (cancer du sein et leucémies) : Pour l'instant **limitée à un nombre restreint de traitements**, elle offre un **plus grand confort** au patient que la voie IV et **réduit les coûts de la prise en charge globale** par rapport à une perfusion IV standard. A terme, elle pourrait notamment concerner des traitements par immunothérapie et pourrait être réalisé en HAD avec un financement adéquat
 - **De l'immunothérapie** : l'immunothérapie par immunomodulation (anticorps anti-PD-1 et anti-PD-L1) est actuellement l'une des voies de recherche les plus prometteuses en oncologie et voit une accélération des essais cliniques en cours liée aux résultats très encourageants obtenus à 4 ans. L'immunothérapie se réalise le plus souvent en complément des
- autres traitements (chimiothérapies et autres anticorps) mais parfois en substitution pour certains types de cancer (mélanomes notamment).
- Ces pistes d'évolution font apparaître de forts enjeux autour de :
 1. **la conciliation médicamenteuse** et de la responsabilité de l'acte de prescription en lien avec le vieillissement croissant de la file active et l'importance des comorbidités des patients traités
 2. **la gestion de la toxicité et l'observance des traitements** :
 - Création de nouveaux métiers (infirmières spécialisées de suivi par exemple)
 - Mise en place de plateforme (« call center ») pour la télésurveillance des patients, le télé-monitoring (applications pour le suivi des effets indésirables) et le suivi de l'observance.
 - Meilleure articulation avec la ville: Médecins de ville, pharmaciens d'officine, HAD
 3. La **couverture des HAD/SSIAD** pérenne sur le plan de leur financement

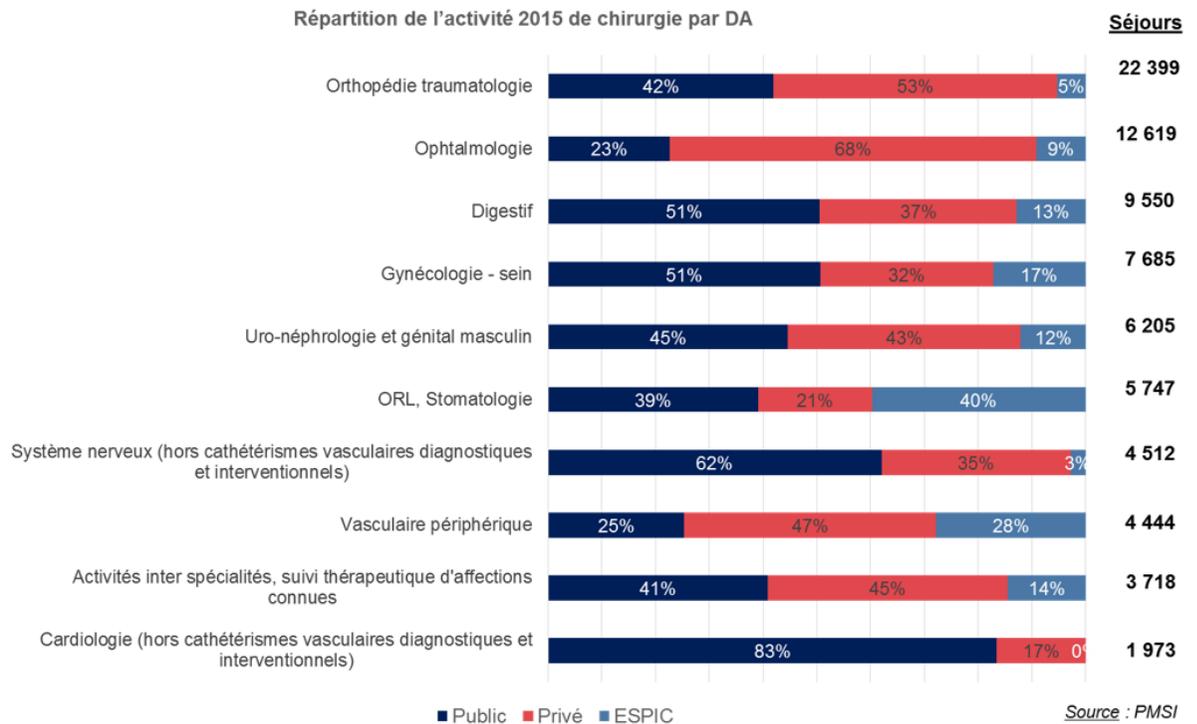
Mener une réflexion sur le nombre /nature des autorisations disponibles en chimiothérapie en Eurométropole, qui apparaissent suffisantes pour répondre aux besoins ; et d'accompagner les acteurs dans l'évolution la mise en place des nouveaux traitements médicaux du cancer au regard des enjeux qu'ils représentent en termes de lien ville-hôpital et de monitoring patient

UN ÉVOLUTION VERS LA SPÉCIALISATION CROISSANTE DES ACTEURS



- Une trop grande diversité d'activité ne permet pas " d'industrialiser les actes " ni de " rentabiliser le matériel nécessaire à l'activité ".
- Le modèle T2A favorise par ailleurs les séjours courts (0 à 4 jours) de patients légers (PMCT de 800 à 2.000 euros).sur lesquelles les cliniques privées ont eu plus de facilité à se positionner
- L'ouverture en 2018 du PMTL qui constitue un outil performant et concurrentiel, pourrait toutefois renforcer l'offre publique à 2030, sans parler d'un possible effet GHT

UNE ACTIVITÉ DE CHIRURGIE DOMINÉE PAR LE « PRIVÉ » SUR LES ACTIVITÉS LES PLUS VOLUMINEUSES : L'ORTHOPÉDIE TRAUMATOLOGIE (53% DE 22 399 SÉJOURS) ET OPHTALMOLOGIE (68% DE 12 619 SÉJOURS)



Accompagner la spécialisation des acteurs par filière chirurgicale (ortho-traumatologie, vasculaire, digestif, ophtalmologie, gynécologie, sénologie, urologie, ...) pour le développement d'une chirurgie de qualité, performante du point de vue de la prise en charge ambulatoire et de la prise en charge post-chirurgicale, tenant compte des missions de service public

Source : Finances hospitalières, n° 75 - Décembre 2013 : Qui fait quoi dans les établissements MCO d'Ile de France ?

- La population âgée augmente et présente un nombre croissant de pathologies chroniques. L'importance du flux des personnes âgées et l'effet délétère que peut avoir, sur l'autonomie de ces personnes, un séjour prenant insuffisamment en compte les spécificités gériatriques nécessite une réflexion de tous les acteurs.
- Le CHU et le GHSV ont entamé la structuration d'un parcours personnes âgées organisé autour d'un court séjour gériatrique, une équipe mobile commune et un SSR spécialisé.
 - Ces dispositifs rencontrent aujourd'hui des difficultés pour répondre aux besoins et se pose par ailleurs la question du parcours des personnes âgées prises en charge dans les structures privés d'Eurométropole.
 - En chirurgie, l'expertise gériatrique n'est pas suffisamment sollicitée, alors que les interventions chirurgicales concernent des patients de plus en plus âgés.
 - La création d'une unité péri-opératoire gériatrique (UPOG) pourrait par exemple améliorer la prise en charge des patients âgés (reprise de la marche plus précoce, réduction significative du nombre d'escarres ; DMS diminuée > nette réduction de la mortalité et du nombre de ré-hospitalisations à 6 mois.
 - Le recours aux soins de suite et réadaptation (SSR) est augmenté, ce qui nécessitera une augmentation du nombre de places en Eurométropole en SSR polyvalent à orientation gériatrique

Analyse du volume de personnes âgées de 75 ans et + par les établissements de l'Eurométropole - 2015

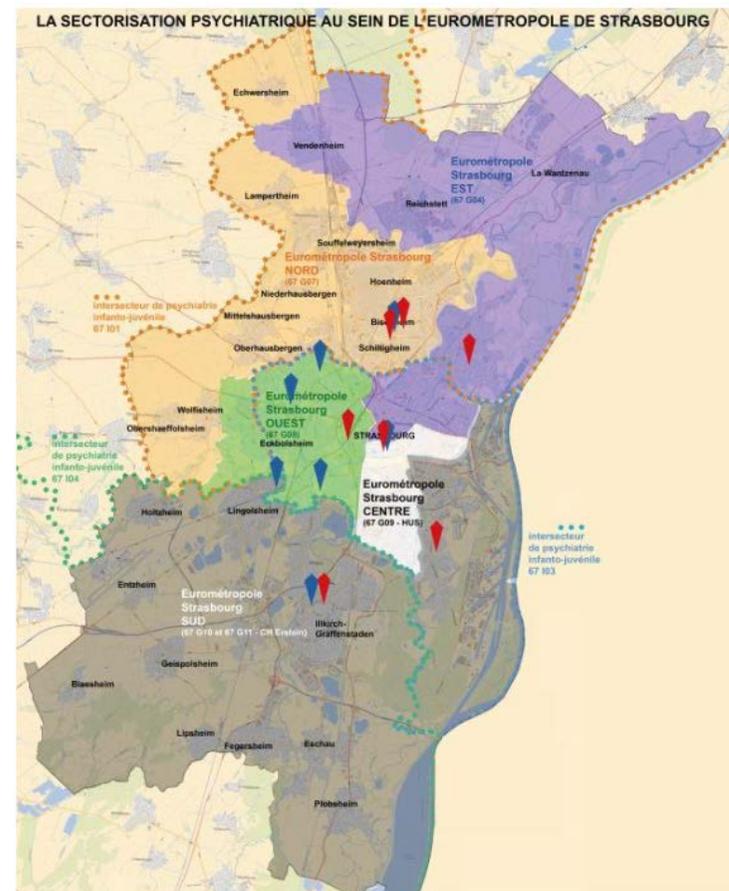
ETS	Part de PA	Nb de PA	Part cu.
HUS	19%	39 575	65%
Rhéna	16%	8 566	79%
GHSV	23%	7 649	92%
Orangerie	23%	3 698	98%
CPS	19%	1 066	100%
Centre d'endoscopie digestive	7%	256	100%

Etendre la filière gériatrique à l'ensemble des établissements de l'Eurométropole en encourageant les coopérations publiques – privées pour le développement d'initiatives visant à améliorer les dispositifs et la continuité des parcours des personnes âgées (UPOG, SSR gériatrique, soins de support, ...)

- Initiée au début des années 2000 par une équipe danoise, le « fast-track » ou « Récupération Rapide Après Chirurgie (RRAC) » est fondé sur la confiance étroite nouée entre le patient, le chirurgien et l'anesthésiste et sur un parcours de soins très spécifique.
 - Avant le jour J, le futur **opéré** est informé en détail du déroulement de l'intervention. Un échange qui va le rassurer et limiter son stress. Ensuite, au cours de l'**intervention**, un anesthésiant d'élimination rapide est utilisé. Il est couplé à un **analgésique** local afin de réduire les douleurs postopératoires.
 - Dans les 24h suivant l'opération, le patient est déperfusé, réalimenté et le traitement de la douleur se fait par voie buccale (per-os).
 - Avant sa sortie - en général, en fin de journée le lendemain de son intervention ou le surlendemain - le patient est réévalué selon des critères cliniques très stricts comme par exemple l'absence de fièvre ou la maîtrise de la **douleur**. Si le patient répond à ces critères, il pourra rentrer chez lui.
- La prise en charge se poursuit à son domicile par une **surveillance téléphonique médicale et paramédicale** les jours qui suivent pour vérifier l'état de santé du convalescent. De son côté le patient peut à tout moment joindre l'équipe qui répondra à ses questions et organisera sa prise en charge en cas de problème.
- **Les bénéfices du « fast-track » sont nombreux tant psychologiques que physiques**
- La qualité de la relation de confiance nouée avec le patient, son réveil accéléré qui réduit les risques de morbidité post-opératoire, les douleurs du réveil moins fortes, la récupération plus rapide, la diminution du temps de séjour à l'hôpital et par là même de son exposition au risque d'**infection nosocomiale**.
- **Le « fast-track » convient à toute intervention chirurgicale**
- Une étude réalisée en 2013 sur 360 patients hospitalisés dans le service de chirurgie générale, plastique et ambulatoire (SCGPA) pour subir des interventions chirurgicales diverses (abdomino-pelviennes ou plastiques) a montré que le recours à la chirurgie fast track faisait passer la durée moyenne de 3,8 journées d'hospitalisation pour une chirurgie traditionnelle à 0,4 journée .

Favoriser la technique de fast-track au sein des établissements de l'Eurométropole et accompagner la structuration en filières

- 3 évolutions pourraient amener à une reconfiguration de l'offre en Santé Mentale en Eurométropole :
 - Un redécoupage sectoriel permettant de faire correspondre les découpages en psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile
 - La mise en commun de dispositifs ambulatoires au sein de la ville de Strasbourg à des fins d'amélioration de la lisibilité et de l'accessibilité de l'offre, ainsi que cela commence à s'organiser dans plusieurs villes de France : Aix en Provence, Grenoble,...
 - L'autorisation possible donnée à des acteurs privés qui pour compléter l'offre sectorielle par une offre plus spécialisée



Poursuivre la réflexion de la cellule de coordination des Prises en charge Psychiatriques Ambulatoires et des Urgences pour renforcer la lisibilité de l'offre en Santé Mentale en Eurométropole via à la mise en commun des dispositifs ambulatoires à Strasbourg et encourager l'installation d'acteurs privés

Le rapport Laforcade détaille 3 propositions pour améliorer les parcours de santé et de vie en Santé Mentale :

▪ **Améliorer l'articulation entre soins somatiques et soins psychiatriques :**

- Mettre en place une **articulation forte entre urgences psychiatriques et urgences somatiques** ainsi qu'entre **acteurs sanitaires, sociaux (notamment bailleurs) et médico-sociaux**.
- Mettre en place des **équipes spécialisées dans tous les centres hospitaliers** pour accueillir les personnes handicapées psychiques.
- Développer le **suivi somatique des usagers et les bilans de santé somatique systématiques** dans tous les établissements médico-sociaux.

▪ **Développer les relations entre médecins traitant et psychiatrie :**

- Mettre en place une **consultation d'avis spécialisé et de suivi conjoint**, permettant aux médecins généralistes d'obtenir l'avis d'un professionnel de psychiatrie à propos de l'un de leurs patients et de mettre en place une prise en charge adaptée.
- Mettre en place un **numéro unique à disposition des**

médecins généralistes afin d'adresser rapidement un patient vers le secteur psychiatrique.

- Assurer des **liens écrits réciproques entre médecin traitant et psychiatre**, ainsi que l'envoi d'un courrier détaillé du psychiatre au médecin généraliste.

▪ **Mettre en place une prise plus précoce de la prise en charge :**

- **Meilleure formation initiale des médecins généralistes**, pédiatres, médecins et infirmiers scolaires, médecins du travail, et une meilleure collaboration entre tous ces acteurs du soin.
- Des **dispositifs expérimentaux non sectorisés d'intervention précoce** pour certains troubles mentaux sévères (schizophrénie, troubles de l'humeur, etc.).
- Prévoir pour les troubles débutants, des modalités moins traumatisantes que l'hospitalisation, par exemple de petites unités de quelques places réservées aux premiers épisodes schizophréniques de l'adolescence, type centre de crise ou centre de thérapie brève.

Le rapport Laforcade préconise également une réflexion commune des secteurs concernant **l'organisation de l'offre de certains types de publics** : dispositifs d'urgence pour les moins de 18 ans, regroupement des activités relatives à l'addictologie, prise en charge gérontopsychiatrique, équipes mobiles psychiatrie-précarité ...

Articuler la réflexion des secteurs pour travailler en commun sur le renforcement des parcours de santé et de vie et la mise en place de filières de soins graduées autour de dispositifs spécialisés pour publics spécifiques non sectorisés

EN CONCLUSION

- Une **augmentation de la population à 2030 de 6.1%**, + 11.4% des personnes âgées de +79 ans
- Une **augmentation d'activité comprise entre 5 et 13%** selon les méthodes de projections
- Une **réduction capacitaire attendue comprise entre 20 et 40%** avec l'amélioration des indicateurs d'efficience et l'évolution des techniques médicales
- Le **retour au droit commun** sur la question des dépassements d'honoraires/ autorisations
- La **concentration des autorisations en chirurgie carcinologique**
- Un **risque de scénario ultra concurrentiel sur la chirurgie** risquant d'affaiblir tout ou partie des acteurs (non spécialisation, hyper concurrence médicale, vulnérabilité économique,...)
- La nécessité pour tous les acteurs d'investir dans la définition de **parcours pour les personnes âgées** (UPOG, places de SSR, filières d'adressage,...)
- **Poursuivre la dynamique impulsée en Santé Mentale** en Eurométropole, en lien avec le GHT 10