

Strasbourg, 7 novembre 2016

Mission d'analyse stratégique et prospective sur l'évolution de l'offre et des coopérations entre offreurs de soins

Territoires alsaciens 3 et 4

COFIL 2 - 7 novembre 2016

ANTARES
consulting 

ars
Agence Régionale de Santé
Alsace
Champagne-Ardenne
Lorraine



Index

1. Introduction	3
2. Diagnostic	7
3. Eléments de discussions	47
4. Les grandes tendances	64

1

Introduction

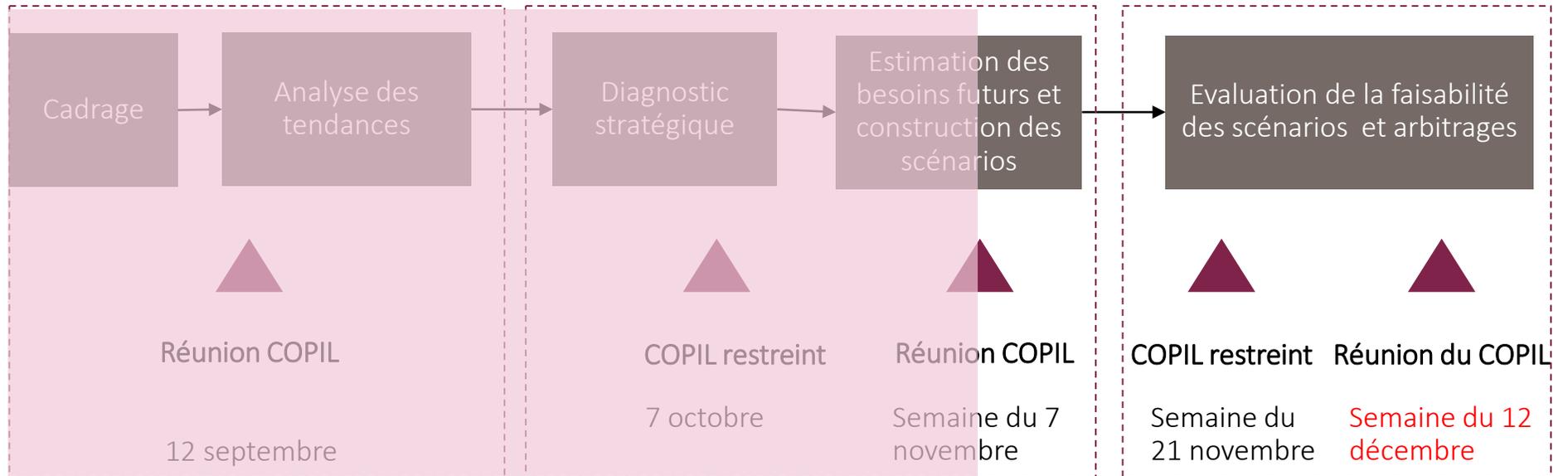
Les objectifs de la réunion sont les suivants

- Présenter un diagnostic du T3 et du T4 avec un focus pour chaque territoire
 - Analyser le positionnement des ES des territoires : poids des établissements sur leurs territoires, part de marchés et dynamisme par domaines d'activités
 - Analyser les fuites des T3 et T4 et leurs destinations par domaines d'activité
- Analyser les contraintes médico-économique reposant sur les établissements
- Analyser les grandes tendances impactant l'organisation des hôpitaux

Les objectifs du projet

- Objectif principal :
 - Réaliser une analyse stratégique et prospective sur les évolutions nécessaires à 10-15 ans au niveau de l'offre de soins sur les territoires 3 et 4 afin de répondre correctement aux besoins de santé de la population.
- Les objectifs spécifiques sont :
 - D'analyser de façon prospective sur 10-15 ans les besoins de santé sur les différentes disciplines de l'offre hospitalière ;
 - De porter un diagnostic sur l'offre existante en termes de positionnement stratégique (forces, faiblesses, opportunités et menaces) des établissements de santé publics et privés et plus particulièrement :
 - Sur le T3 : Hôpitaux Civils de Colmar (HCC), Centre Hospitalier de Guebwiller, Groupe Hospitalier de Sélestat–Obernai (GHSO), CH de Rouffach (participe au PMP mais rattaché au GHT 12)
 - Sur le T4 : Groupe Hospitalier de la Région de Mulhouse et Sud Alsace (GHRMSA), Groupement de Coopération Sanitaire des 3 Frontières (GCS 3F), le CH de Rouffach et Centre Hospitalier de Pfastatt, Fondation Maison du Diaconat (implantée à la fois sur TS3 et TS4)
 - A partir de l'analyse croisée de ces éléments, proposer des perspectives d'évolution de l'offre et des coopérations entre les offreurs de soins des territoires 3 et 4.

Point d'avancement du projet



Quelques concepts pour la bonne compréhension du document

- Les tableaux et données « Focus territoires » permettent d'analyser les séjours des habitants de chaque territoire, leurs destinations et par conséquent les fuites.
- Les tableaux et données « Focus activité des hôpitaux » permet d'analyser le poids de chaque ES en terme d'activité globale quelque soit la provenance et le territoire d'origine des patients.
- Le dynamisme s'entend par la comparaison entre l'évolution de l'activité entre deux années d'un ES (ou secteur d'activité) par rapport à l'évolution globale. Par exemple, le dynamisme en chirurgie d'un ES sera positif si l'augmentation de son activité en chirurgie est plus importante que l'évolution d'activité totale en chirurgie sur un territoire donné.

2 Diagnostic

2.1 Analyse du positionnement sur l'ensemble territoires 3 et 4

Les territoires 3 et 4 ont des profils démographique comparable, même si le territoire 4 est plus peuplé que le territoire 3

Le territoire T4 (Mulhouse) est plus peuplé que le territoire 3 (Colmar) d'environ +100.000 personnes avec une population plus concentrée et plus dynamique (+2,08% depuis 2012 pour le T4 contre 1,87% pour le T3)

Tranches d'âges	T3	%	T4	Part en %	TOTAL
Moins de 15 ans	70 181	18%	89 190	19%	159 371
15 à 29 ans	65 753	17%	82 641	17%	148 394
30 à 44 ans	78 527	20%	96 979	20%	175 506
45 à 59 ans	82 844	22%	102 287	21%	185 131
60 à 74 ans	54 289	14%	68 917	14%	123 206
75 ans et plus	33 528	9%	39 504	8%	73 032
Pop. totale	385 122	100%	479 518	100%	864 640

Dynamisme de la population, 2012-2015, T3



Dynamisme de la population, 2012-2015, T4



Pour les territoires T3 et T4, les taux de recours en chirurgie sont inférieurs à la moyenne nationale tandis que les taux de recours en médecine et obstétrique en diminution depuis 2011, sont inférieurs aussi à la moyenne nationale sauf pour Colmar en médecine

En médecine :

- Les territoires de **Strasbourg et Colmar** ont des taux de recours standardisés **supérieurs à la moyenne française**.
- Les territoires de **Colmar et Mulhouse** ont connu une **évolution négative de leurs taux de recours** sur la période 2011-2015.
- A l'inverse, le territoire de **Strasbourg** a connu une **forte évolution positive** sur la période 2011-2015 et est nettement supérieur à la moyenne nationale.

Taux standardisés M			
Territoire de santé	2015	Moyenne 2011-2015	Evolution 2011-2015
STRASBOURG	182,59	176,8	7%
COLMAR	164	166,2	-5%
MULHOUSE	147,91	151,3	-4%
FRANCE	156,2	153,8	3%

En chirurgie

- Les taux de recours standardisés sont inférieurs au taux de recours national en 2015 et sur la moyenne 2011-2015.
- En 2015, le territoire de Mulhouse a connu le **taux de recours standardisé le plus bas** par rapport à la moyenne France.
- On constate une **hausse des taux de recours sur le territoire de Colmar** entre 2011 et 2015 (+3%) soit une augmentation similaire à celle de moyenne France.

Taux standardisés C			
Territoire de santé	2015	Moyenne 2011-2015	Evolution 2011-2015
STRASBOURG	95,81	94,8	-1%
COLMAR	95,63	94,4	3%
MULHOUSE	90,97	91,7	0%
FRANCE	98,68	97,392	3%

En obstétrique

- A noter, une baisse des taux de recours standardisés sur l'ensemble des territoires.
- Le territoire de Mulhouse (-9%) a connu une évolution négative supérieure à celle de la moyenne France (-6%).
- A contrario, la baisse des taux de recours sur les territoires de Strasbourg et Colmar est moins importante que la baisse constatée au niveau national.

Taux standardisés O			
Territoire de santé	2015	Moyenne 2011-2015	Evolution 2011-2015
STRASBOURG	16,72	17,1	-2%
COLMAR	17,23	17,6	-4%
MULHOUSE	18,81	19,8	-9%
FRANCE	18,93	19,7	-6%

Sur le T3, 20% des patients sont hospitalisés en dehors du territoire en MCO; pour le T4, 11% seulement des patients sont hospitalisés en dehors du territoire de santé et ces taux n'ont pas évolué depuis 2013 à l'exception de la chirurgie (+1,5%)

2 Diagnostic

Au niveau de chaque spécialité, on constate que les fuites du T3 sont très importantes en chirurgie (plus de 25% et principalement vers Strasbourg)

Pour le T3, le taux de fuite MCO se répartit entre Strasbourg (14%) et le T3 (5,2%) en 2013.

- En chirurgie, le taux de fuite est très élevé autour de 29% dont 19% vers Strasbourg (11% vers les ES privés et 8% aux HUS) et 10% vers le T4 en 2015. L'orthopédie, l'ophtalmologie et la gynécologie-sein ont les taux de fuite les plus importants (+ de 25% de fuite)
- En Obstétrique les fuites sont importantes autour de 14% dont 6% vers Strasbourg et 7% vers le T4

Taux de fuite du T3, dont vers le T4 et Strasbourg						
Spécialités	2013			2015		
	% taux de fuite	<i>dt Strasbourg</i>	<i>dont vers T4</i>	% de fuite	<i>Dont St.</i>	<i>dont T4</i>
TOTAL des séjours	21%	14%	5,2%	20%	-	-
Médecine	17%	11%	4%	16%	8% (aux HUS)	3%
Chirurgie	29%	19%	7%	29%	19% (11% aux privées)	10%
Obstétrique	15%	8%	6,5%	14%	6%	7%

Source : PMSI 2013, hors séance

Les fuites du T4 sont moins importantes et vont principalement vers le T3

Pour le T4 le taux global de fuite est de 11% :

- En chirurgie, le taux de fuite a augmenté de 1,5 point depuis 2013 pour atteindre 14% en 2015. 7% des séjours du T4 sont pris en charge dans le T3 dont 5% aux HCC (6% à Colmar et 1% à Guebwiller).
- L'ORL-Stomato et l'endocrinologie ont des taux de fuites importants(+ de 15% de fuite).

Taux de fuite du T4, dont vers le T3 et Strasbourg

Spécialités	2013			2015		
	% taux de fuite	<i>dont Strasbourg</i>	<i>dont vers T3</i>	% de fuite	<i>Dont St.</i>	<i>dont T3</i>
TOTAL des séjours	11%	4,1%	4%	11%	-	-
Médecine	11%	4%	4%	11%	4% (HUS)	4%
Chirurgie	12,5%	4%	6%	14%	3%	7%
Obstétrique	4%	0,6%	2%	4%	2%	1%

Sur le T3 et T4 en terme d'activité des établissements (production de séjours), en médecine,

- les HCC représentent 31% de l'activité,
- le GHRMSA 33% et
- le Diaconat 25%;

En chirurgie, les HCC représentent 26%, le GHRMSA 27% et les Diaconat 42%

En obstétrique, les HCC représentent 23%, le GHRMSA 43% et le Diaconat 23%

Sur le T3 et T4 pour les 8 premiers mois de l'année 2016, l'activité a augmenté en médecine et chirurgie (+1% et +5 respectivement) mais a diminué en obstétrique (-3%)

- L'activité des HCC a augmenté de 3% par rapport au M8 2015 en M, C et O
- L'activité du GHRMSA a augmenté de 5% en chirurgie et a diminué de 3% en M et O
- L'activité des Diaconat a augmenté de 4% en M, 5% en C et diminué de 4% en O

Analyse de l'activité MCO en 2016 (M8) et évolution des séjours entre M8 2015 et M8 2016 pour T3 et T4									
CH	Nb de séjours M	Activité M	Nb de séjours C	Activité C	Nb de séjours O	Activité O	Variation du nb de séjour M	Variation du nb de séjour C	Variation du nb de séjour O
CH de Pfastatt	2 197	2,70%	1	0,00%		0,00%	4%		
CH Sélestat Obernai	6 238	7,50%	1 880	4,20%	1 694	10,40%	-2%	8%	-7%
Diaconat	20 841	25,20%	18 835	42,60%	3 831	23,50%	4%	5%	-4%
HCC	25 900	31,3%	11 534	26,10%	3 718	22,80%	3%	3%	3%
GHRMSA	27 546	33,3%	11 989	27,10%	7 078	43,40%	-3%	5%	-3%
Grand Total	82 722	100%	44 239	100%	16 321	100%	1%	5%	-3%

Sur le T3, les HCC est leader en part de marché MCO sur son territoire mais:

- les autres établissements ont une PDM relativement importante en médecine (17% de PDM)
- le Diaconat est leader sur cathétérismes vasculaires diagnostiques interventionnels et de la chirurgie cardiovasculaire

2 Diagnostic

Les HCC sont leaders avec 50% de PDM en M et O, et 43% en C, cependant leur dynamisme est négatif en C (-3%) entre 2014 et 2015; En médecine les Diaconat et les CH de plus petites tailles ont respectivement 17% de PDM

- Les ES des Diaconats du T3 sont dans une dynamique négative en Médecine entre 2014 et 2015 mais présente un dynamisme élevé autour de 5% en C et 3% en O.
- Même si les parts de marché sont faibles en 2015 (2%), le CH Guebwiller présente un dynamisme fort en C (15%).
- En médecine, les CH de Rouffach et l'HDJ UGECAM de Sélestat sont en perte de vitesse importante: -15% et -30% respectivement.
- En Obstétrique, HCC et les Diaconats du T3 présente un dynamisme positif (2% et 3% resp.); le CH Sélestat est en difficulté (-7% malgré des parts de marché élevée (22%).

Analyse des parts de marchés MCO en 2015 et dynamisme entre 2014 et 2015 (T3)

CH	M			C			O		
	Séjours 2015	PDM	Dynam	Séjours 2015	PDM	Dynam	Séjours 2015	PDM	Dynam
HCC	31.019	50%	1%	15.900	43%	-3%	3.190	50%	2%
Diaconat T3	10.364	17%	-4%	6.807	18%	5%	912	14%	3%
CH Sélestat	7.615	12%	2%	2.904	8%	1%	1.393	22%	-7%
CH Guebwiller	1.957	3%	1%	812	2%	15%			
HDJ Sélestat	482	1%	-30%						
CH Rouffach	324	1%	-15%						
Total ES du T3	51.761	84%	-	26.423	71%	-	5.495	86%	-

Source : ATIH 2014 et 2015, (hors séances)

2 Diagnostic

Entre 2014 et 2015, les HCC ont augmenté leur activité sur certains domaines d'activité (digestif en M et C, en C : orthopédie, cardio vasculaire) mais ont perdu notamment en ophtalmologie

En médecine:

Les HCC sont leaders en digestif, rhumatologie, neurologie, cardiologie, pneumologie et endocrinologie avec une activité supérieure à 40%. En revanche, le dynamisme (évolution de l'activité en fonction du T3) est négatif pour les séjours en cardiologie au profit du GHCA-Diaconat entre 2014-2015.

Le GHCA- Diaconat est leader en cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (65% de l'activité produite sur le T3) mais avec un dynamisme négatif au profit des HCC. En cardiologie, le GHCA-Diaconat possède une position importante avec 37% des séjours contre 40% pour les HCC.

En chirurgie :

- Les HCC sont leaders en Digestif, Orthopédie traumatologie, Neurochirurgie, ORL, Stomatologie, Ophtalmologie, Gynécologie – sein avec plus de 40% de l'activité produite sur le T3 pour chaque DA; le dynamisme est très positif (2014-2015). La baisse d'activité des HCC en chirurgie s'explique par une forte chute de l'activité d'Ophtalmologie (-400 séjours) à l'instar du GHCA (-250 séjours).
- Le GHCA - Diaconat sont leaders en chirurgie cardiovasculaire avec 52% des séjours et possède un dynamisme élevé en Gynécologie-sein (+5% entre 2014 et 2015). En revanche, le dynamisme est négatif en chirurgie digestive et ORL ainsi qu'en orthopédie (-24%).

Obstétrique :

- Les HCC sont leaders avec une activité sur le T3 supérieure à 50% et un dynamisme positif (2014-2015).

Sur le T4, le GHRMSA est leader en médecine avec 59% de PDM et est ex-aequo avec les Diaconat du T4 avec 43% de PDM en chirurgie

Le GHRMSA est a un dynamisme positif en chirurgie dans certains DA; de même, les Diaconat sont leaders en chirurgie sur certains DA

2 Diagnostic

En terme de part de marché sur le T4, le GHRMSA est leader en M avec 59% de PDM et est ex-aequo avec les Diaconat du T4 avec 43% de PDM en chirurgie

- En médecine, le GHRMSA est leader suivi des Diaconat T4 à 25% de PDM ; le CH Altkirch et CH Pfastatt connaissent un dynamisme négatif sur la période 2014-2015 (-6% et -5% respectivement)
- Sur l'obstétrique, le GHRMSA est leader et l'ensemble des ES du territoires avec 72% de PDM.

Analyse des parts de marchés MCO en 2015 et dynamisme entre 2014 et 2015 (T4)									
CH	M			C			O		
	Séjours 2015	PDM	Dynam	Séjours 2015	PDM	Dynam	Séjours 2015	PDM	Dynam
GHRMSA	41.301	59%	0	18.969	43%	0	6.456	72%	1,85
Diaconat T4	17.467	25%	1%	18.739	43%	-1%	2.156	24%	-5%
CH Pfastatt	3.163	4%	-5%						
CH Rouffach	411	1%	8%						
Total ES du T4	62.342	89%	-	37.708	86%	-	8612	96%	-

Source : ATIH 2014 et 2015, (hors séances)

2 Diagnostic

Le GHRMSA a une légère baisse d'activité en médecine mais a augmenté en chirurgie entre 2014 et 2015 même si les Diaconat restent leader sur de nombreux DA

En médecine :

Le GHRMSA a la plus forte activité du territoire en rhumatologie, neurologie et pneumologie et endocrinologie avec une activité sur le T4 supérieure à 50%; En revanche le dynamisme est légèrement négatif entre 2014 et 2015 en cardiologie.

Les Diaconat ont la plus forte activité du territoire en digestif et cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (64% d'activité). Il a un dynamisme important sur le digestif (+2,6% et 50% d'activité du territoire) et la pneumologie (+11% et 14% d'activité). En revanche, le dynamisme est négatif principalement sur les cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels (-2,1%)

En chirurgie :

- Le GHRMSA a la plus forte activité en chirurgie cardiovasculaire (52% en production et un dynamisme positif) et en chirurgie thoracique
- Les Diaconat ont la plus forte activité du territoire en chirurgie digestive, orthopédie, neurochirurgie, ORL Stomatologie, en chirurgie cardiovasculaire, en ORL, ophtalmologie, et en gynécologie-sein.

En obstétrique :

- Le GHRMSA est leader en obstétrique avec plus de 63% de l'activité du T4. Les Diaconat ont connu une baisse de leur nombre de séjour.

2 Diagnostic – positionnement

2.2 L'HAD

Le taux d'équipement en HAD de l'Alsace reste inférieur à ce qui est constaté en moyenne nationale (12 pour 100 000 habitants contre 16 pour 100 000 en France)

- L'HAD s'inscrit dans une filière de soins aujourd'hui hospitalière : 84% des admissions au décours d'un séjour MCO pour les HAD polyvalentes (98% pour l'HAD spécialisée) ; 52% de ré-hospitalisation (aucune pour l'HAD spécialisée).
- Le rapport de la Fnehad présente trois "expériences préfiguratrices des plateformes territoriales d'appui (PTA) portées par des HAD: la "cellule d'appui au retour et au maintien à domicile" (Carmad) de Santély en Hauts-de-France, un "guichet unique" créé par Soins et santé à Lyon, ainsi qu'une expérimentation destinée à des patients sortant des urgences qui intègre l'ensemble des établissements d'HAD de Picardie.

Structure de HAD, territoire d'intervention et activité en M8 2016

Structure	Type	Activité en journées
HAD Centre Alsace	Polyvalente - Territoire de santé 3	16 168
HAD Sud Alsace	Polyvalente - Territoire de santé 4	18 699
TOTAL		34 867

Personnel médical (hors internes)	Nb
Médecin coordonnateur	16
Pharmaciens	17
Autre personnel médical	18
Total personnel médical	19

Sources : Fnehad, rapport annuel 2015-16

2 Diagnostic – positionnement

2.3 Le SSR

Le taux d'équipement SSR ainsi que le nombre de séjours sont plus élevés que le T3 et T4 comparé à la moyenne nationale

- Le taux d'équipement est de **1,88** contre **1,72** en France
- Le nombre de séjours par 100 hab. est de **54,4** contre **52,2** en France

	France	T3 et T4
Population	64 395 345	864 640
Places SSR (HC+HP)	110 775	1 625
Places par 1.000 hab	1,72	1,88
Séjours (HC+HP)	33 658 728	470 687
Séjours par 100 hab	52,3	54,4

Sur les 8 premiers mois de l'année 2016, l'UGECAM représente 25% des admissions dans le T3 et T4 tandis que le GHRMSA 15%

- L'offre de SSR dans le T3 et T4 est éclaté au regard du nombre de structure dans le territoire :

Structure de SSR dont nb d'admissions > 200, T3 et T4 activité M8 2016,

Structure	Nb d'admissions	%
HL DE SOULTZ	136	0,9%
HL DE RIBEAUVILLE	260	1,7%
HL LOEWEL MUNSTER	307	2,0%
CH DE GUEBWILLER	331	2,2%
CENTRE MÉDICAL SAINTE ANNE JUNGHOLTZ	370	2,5%
CH DE PFASTATT	413	2,8%
MAISON D'ACCUEIL DU DIACONAT	417	2,8%
MAISON DE REPOS ET DE CONVALESCENCE SENTHEIM	645	4,3%
CH DE COLMAR	1 002	6,7%
CH ST-MORAND ALTKIRCH	1 076	7,2%
CENTRE MÉDICAL NATIONAL DE LA MGEN	1 351	9,0%
CENTRE DE RÉADAPTATION DE MULHOUSE	1 377	9,2%
GRPE HOSP REGION MULHOUSE ET SUD ALSACE	2 343	15,6%
UGECAM	3 782	25,2%
TOTAL	14 986	100,0%

2 Diagnostic – positionnement

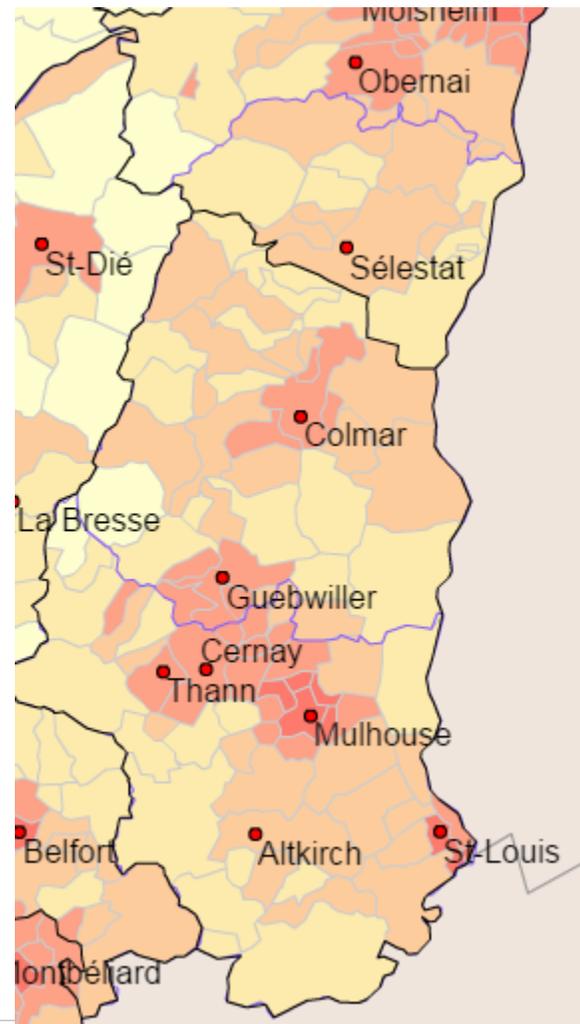
2.4 Les urgences

Sur le T3 et T4, 7 sites d'urgences sont présents avec un nombre de passages légèrement plus important pour le T4; pour le T4 les ¾ de l'activité se réalisent à Mulhouse

- Les sites d'urgences sont plus concentrés sur le T4 que sur le T3; 86% de l'activité se fait sur deux sites pour le T3 et 82% pour le T4 :

Nombre et répartition des urgences par site sur le T3 et T4, 2015		
Sites	Nb de passages	% des passages du territoire
HCC - Colmar	72 321	61%
CH Sélestat	31 560	26%
CH Guebwiller	16 012	13%
Sous-total T3	119 893	100%
GHRMSA (Mulhouse et Thann)	114 934	72%
Clinique Fonderie (Mulhouse)	23 813	15%
CH Altkirch	15 586	10%
Clinique Roosevelt (Mulhouse)	5 596	3%
Sous-total T4	159 929	100%

A noter qu'en 2012, le site de Thann a eu 16 977 passages aux urgences



2 Diagnostic

34,2 professionnels sont mobilisés sur les sites du T4 tandis que 30,7 professionnels sont mobilisés sur les sites du T3 soit un ratio de 4 676 patients par professionnel sur le T4 contre 3 900 patients/professionnel sur le T3

64,9 personnes AO, AS et G (astreinte obligatoire, astreinte et gardes) sont mobilisés pour les urgences du T3 et T4 :

Spécialités	T3	T4	
	HCC	Site de Mulhouse	Site de Thann
Périnatalité	3 G	1 AS + 2 G	3 AO
Médecine	5 AO + 1G + 1,2 AS	1 G+ 4 AO + 3,2 AS	1 AS
Chirurgie	8 AO	10 AO + 1 AS	-
Biologie	2 AO	2 AO	-
Réanimation	3 G	2 G	-
IRC	4 AO + 1 AS	1 AO	-
Imagerie	2,5 AO	2,5 AO	0,5 AO
TOTAL AO/AS/G	30,7	29,7	4,5

Nombre de passage aux urgences pour le T3 et T4, 2015	
Sous-total T3	119 893
Sous-total T4	159 929
Total T3 et T4	279 822
<i>dont non suivi d'hosp.</i>	228 972
% d'hospitalisation	18%

Source : CPOM, juillet 2015

G: garde; AO: astreinte opérationnelle; AS: astreinte

Le rapport Grall propose des pistes de réflexions dont l'ARS ACAL pourrait s'inspirer pour rationaliser les urgences du T3 et T4

Alors que l'accès pour tous aux soins urgents en moins de 30 minutes est un principe de base, des solutions pourraient être trouvées pour rationaliser les urgences sur le territoire T3 et T4 :

- Formaliser, sous l'égide des ARS, un **réseau territorial de prise en charge des « urgences »** ; créer des équipes d'urgentistes de territoire sur la base des futurs Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT) ;
- Revisiter le **niveau de prise en charge des « urgences »**, d'une part en identifiant des services et antennes des urgences et d'autre part en labellisant des centres de soins non programmés (CNSP) ;
- **Optimiser le recours aux médecins spécialistes de l'urgence** en les mettant au centre du dispositif de la prise en charge des « urgences » en lien avec les autres acteurs : en resserrant le plus possible les urgentistes sur leur cœur de métier médical, en organisant la régulation médicale avec un recours plus important aux médecins généralistes et une mutualisation entre régulations, en **optimisant le recours aux SMUR dans les zones éloignées et peu peuplées** et en développant les transports infirmiers inter hospitaliers ;
- **Favoriser au sein du réseau territorial, la prise en charge des patients ne relevant pas de l'urgence « vraie »** : élargir les périodes d'ouverture de maisons médicales proches des services d'urgence ; organiser au sein du territoire des filières spécifiques comme la traumatologie dite « petite » ; adapter les adressages par les transports sanitaires au sein du réseau, et permettre la prise en charge financière

Au regard de ces propositions, certaines évolutions des sites d'urgences du T3 et du T4 ont été identifiées

T4 – évolutions possibles :

- Fermeture de Thann et transformation en centre de consultations non-programmées fermé en nuit profonde. Les urgences de Thann peuvent dès maintenant fermer dès 23H.
- Fermeture des urgences de la clinique Roosevelt à Mulhouse (5 000 passages) et transformation en centre de consultations non-programmées fermé en nuit profonde?
- Quelles évolutions pour le CH Altkirch avec 15 000 passages mais un rôle important au niveau territorial: couverture du sud du T4 ?

T3- évolutions possibles :

- Quelles évolutions pour le CH Guebwiller avec 15 000 passages sans réelle couverture territoriale nécessaire (proximité de Mulhouse) mais il représente une attache territoriale pour le GHT 11 au sud du T3

2 Diagnostic – positionnement

2.5 Les maternités

Depuis 1996, la mise en place de normes, de nombreux établissements ont fermé leur maternité

- En 2012, 544 maternités assuraient l'activité d'accouchements dans l'ensemble de la France, contre 681 en 2002 et 815 en 1996. Sur la même période, le nombre de lits d'obstétrique a diminué dans des proportions identiques (- 32,2 %);

Evolution du nb d'éts et de lits depuis 1996, France entière	1996	2002	2012	Evolution 1996-2012
Nombre de maternités	815	681	544	-33,30%
Nombre de lits d'obstétrique	26 159	19 027	17 733	-32,20%

- 142 structures effectuant moins de 1 000 accouchements ont disparu entre 2002 et 2012 dont 70 réalisant moins de 500 accouchements; au contraire les structures réalisant plus de 3 000 acc. ont triplé :

Nombre d'établissements par tranche d'activité, 2002-2012			
Nb accouchements	2002	2012	Evolution 2002-2012
>= 4 000	5	16	220%
3 000-3 999	11	33	200%
2 000-2 999	87	96	10,3%
1 000-1 999	220	183	-16,8%
500-999	234	162	-30,8%
300-499	82	35	-57,3%
<300	42	19	-54,8%
Total	681	544	-20,1%

Source : Cour des Comptes, LES MATERNITÉS CAHIER 1 : ANALYSE GÉNÉRALE, décembre 2014
ARS ACAL, Analyse de l'activité des maternités, 2016

Alors que l'Alsace est un des territoires le plus doté en nombre de maternités et en gynécologue-obstétriciens, le T4 est quant à lui le territoire le plus équipé d'Alsace

- L'Alsace est une des régions de France où la densité de gynécologues obstétriciens est supérieure de plus de 20% à la moyenne nationale. Le T4 est le plus équipé en maternité d'Alsace avec une population moins importante que le T2 par exemple.
- Les maternités de type I sont fragilisées; par exemple, la maternité de type I du centre hospitalier d'Altkirch en Alsace (414 accouchements en 2012) est confrontée à un taux de fuite de 41,9 % des patientes, principalement vers Mulhouse.

Nombre de maternités	T3	T4
Niveau 1	2	3
Niveau 2a	0	1
Niveau 2b	1	
Niveau 3		1
TOTAL	3	5
Nombre de naissances, 2015	3 838	5 810

On constate une plus grande dispersion des maternités sur le T4 avec 3 maternités de moins de 500 accouchements par an

Sur le territoire 4, 3 maternités ont des volumes d'accouchements faibles: Thann, 3 frontières et Altkirch; de plus, la maternité du CH d'Altkirch (411 accouchements en 2015) est confrontée à un taux de fuite de 41,9 % des patientes, principalement vers Mulhouse.

Sur le territoire 3, la maternité Albert Schweitzer avec 860 accouchements pourrait être en difficulté dans les années à venir.

En terme d'évolution, les maternités de moins de 500 accouchements pourraient être transformés en CPP.

Territoires	CH	Nb d'accouchements en 2015
T3	HCC	1 960
	Diaconat - Albert Schweitzer	860
	CH Sélestat	1 062
	TOTAL T3	3 882
T4	Thann	425
	3 frontières	337
	Altkirch	411
	Fonderie	1 775
	GHRMSA	3 287
	TOTALT4	5 898

2 Diagnostic – positionnement

2.6 Psychiatrie

L'Alsace est un des départements ayant la plus forte capacité d'accueil en psychiatrie (générale); en ce qui concerne l'offre en lits, le T3 dispose de 432 lits tandis que le T4 89

- Le taux de recours standardisé pour troubles mentaux est important en Haut-Rhin en comparaison aux taux national :
- L'hospitalisation à temps plein inclut les lits en hospitalisation à temps complet y compris en hospitalisation de semaine; le nombre de lits est très élevé pour le territoire 3 :

Taux standardisé de recours à l'hospitalisation pour troubles mentaux, 2007-2011

Niveaux géographiques	2007	2008	2009	2010	2011
Haut-Rhin	8	7	7	8	8
Alsace	6	6	6	7	7
France entière	5	5	5	5	5

Nombre de lits en hospitalisation à temps plein pour les Territoires 3 et 4 et nombre de psychiatres (libéral et salarié), 2013

Territoires	Lits	Psychiatres
Colmar - Territoire de santé 3 (Alsace)	432	104
Mulhouse - Territoire de santé 4 (Alsace)	89	64

En psychiatrie, au sein du T3 T4 le nombre de séjours est de 8 839 (à tps complet et partiel) et le nombre de journées d'hospitalisation est de 264 766; 79,4% des patients ont été pris en charge en ambulatoire (contre 86% au niveau national)

Le CH de Rouffach est le plus gros opérateur du T3 et T4 en terme de nombre de journées et de séjours. Les prises en charge à temps partiel sur la journée ont diminué de 10,6% entre 2014 et 2015. Les nombres de séjours pour les HCC et l'UGECAM de Roggenberg ont augmenté respectivement de 13,9% et de 17,7% :

CH	Journées / venues				Nombre de séjours				Nombre de patients		Nombre résumé d'actes ambulatoire		% de patients hors région
	Prise en charge à Temps complet	% évol 2014-15	Prise en charge à temps partiel	% évol 2014-15	Prise en charge à Temps complet	% évol 2014-15	Prise en charge à temps partiel	% évol 2014-15	Ambu	% évol	Ambu	% évol	
HCC	17 271	0,2%	9 819	25,4%	748	-0,7%	254	13,9%	4 754	-5,9%	52 664	-2,0%	1,2%
UGECAM - ROGGENBERG	17 473	1,8%	3 685	49 %	530	-2,2%	93	17,7%	710	-2,7%	8 366	-2,1%	4,2%
SA CLINIQUE SOLISANA	23 392	-3,27%			867	-8,54%							17,50%
GHRMSA	28 409	-8,2%	11 463	-1,1%	1 135	0,1%	206	4,6%	6 848	3,0%	45 875	4,1%	1,6%
CH ROUFFACH	123 948	-0,6%	29 306	-10,6%	3 612	-3,3%	1 394	2,5%	14 421	2,8%	139 999	-2,1%	1,5%
SOUS TOTAL	210 493		54 273		6 892		1 947		26 733		246 904		
TOTAL	264 766				8 839								

2 Diagnostic – positionnement

2.7 Plateaux techniques

En termes de plateaux techniques, le T4 est mieux doté que le T3 notamment pour les postes de réveil et en réanimation lié à la présence des deux cliniques du Diaconat

CH	Imagerie				Biologie	Urgences		
	Scanner	IRM	Caméra à scintillation	TEP / CDET	Biochimie générale*	Urgences générales	Postes de réveil	Réanimation
CENTRE HOSPITALIER DE SELESTAT	1	1			1	1	11	1
HCC - HOPITAL LOUIS PASTEUR	2	2	2		1	1	33	1
HCC- CH de GUEBWILLER					NC	1	5	
HCC - CENTRE MÈRE-ENFANT LE PARC					NC	1	10	1
DIACONAT - ALBERT SCHWEITZER	1	1			NC		13	1
ACTIVITE	19 231	4 030	2 049		3 171 983			
TOTAL T3	4	4	2		2	4	72	4
CLINIQUE DIACONAT FONDERIE					NC	1	16	1
CLINIQUE DIACONAT ROOSEVELT	1	2	2		NC	1	28	1
GHRMSA – CH DE THANN					NC	1	5	
GHRMSA - HOPITAL DU HASENRAIN					NC	1	5	1
CENTRE HOSPITALIER DE PFASTATT					NC			1
GHRMSA – CH D'ALTKIRCH	1				NC	1	6	1
GHRMSA - HOP EMILE MULLER	2	2	1	1	1	1	27	1
GHRMSA - 3F					NC		8	1
TOTAL T4	4	4	3	1	1	6	95	7
TOTAL	8	8	5	1	3	10	167	11
ACTIVITE	38 661	7 548	2 550	-	516 930 226			

Territoire 3

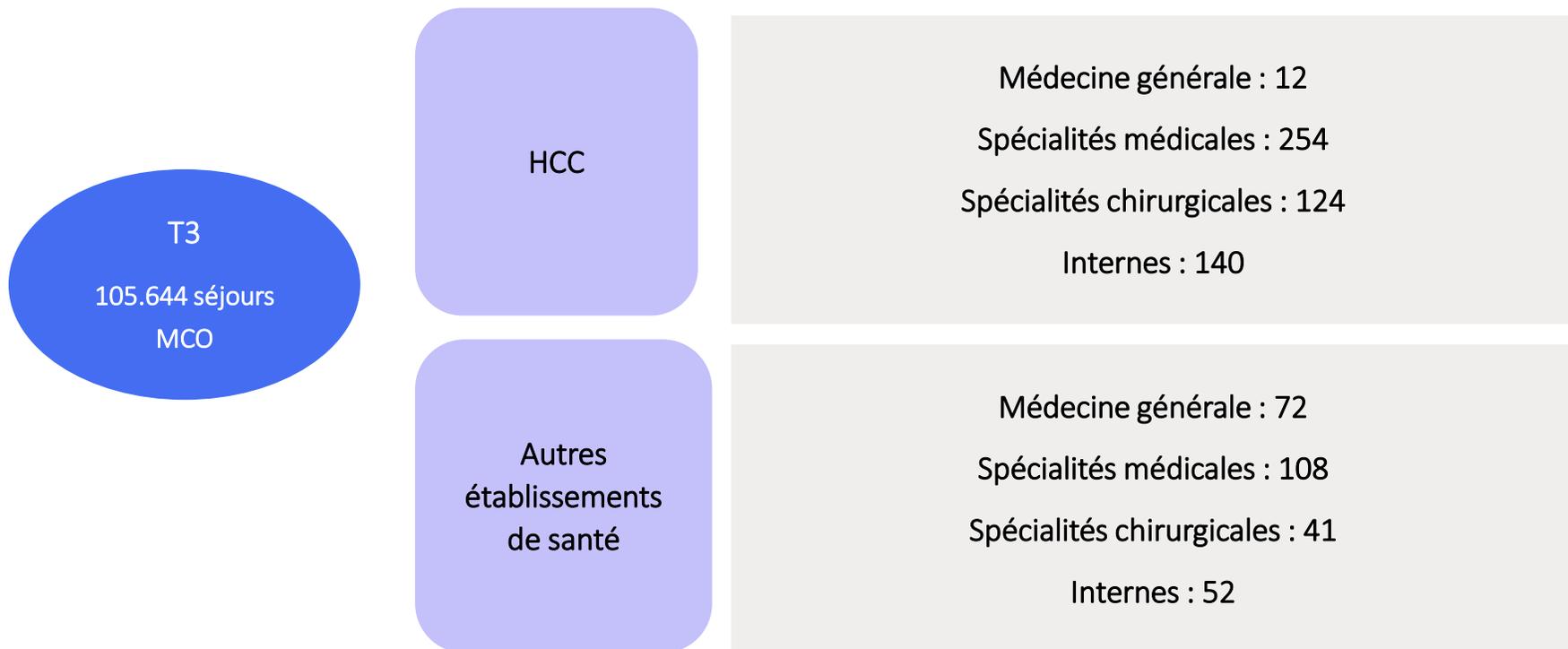
Territoire 4

* : Activité produite pour des patients pris en charge par l'entité juridique et des patients externes (y c consultations externes et passages aux urgences sans hospitalisation), en nombre d'examens

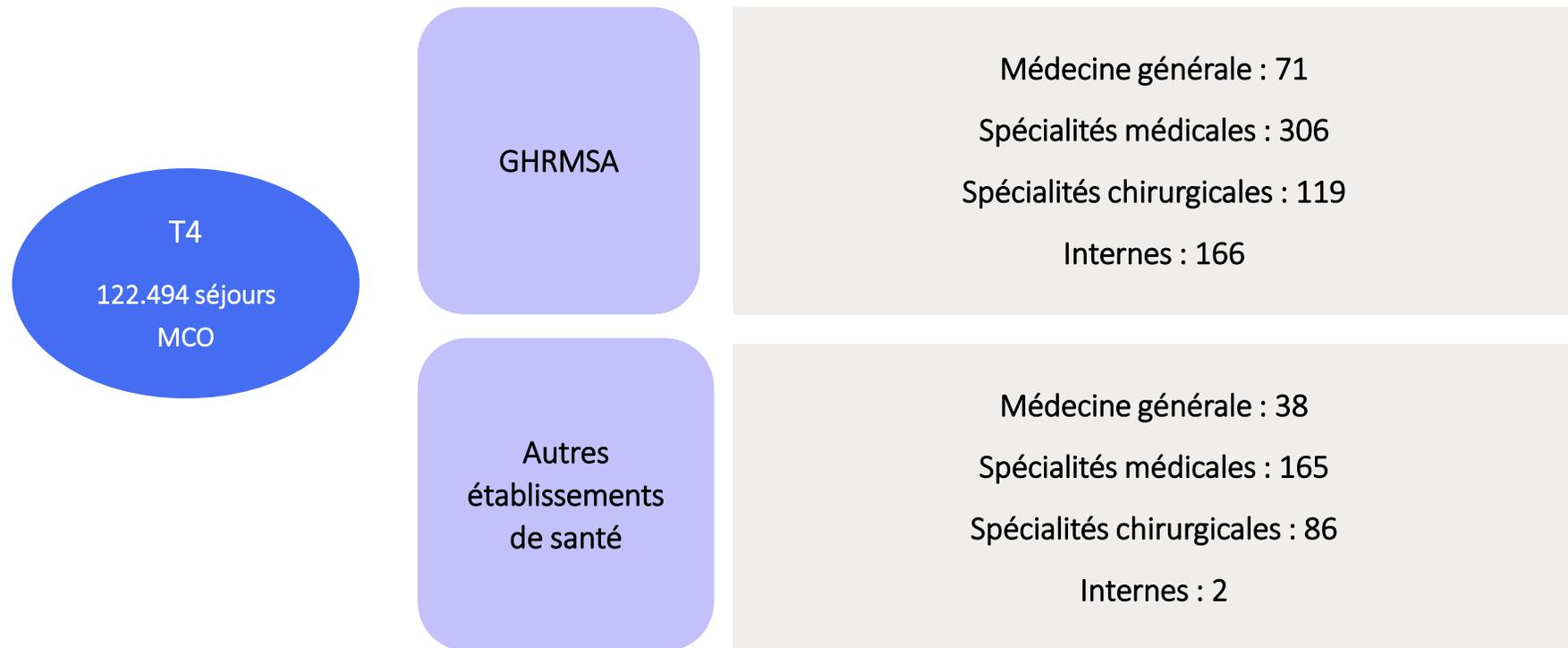
2 Diagnostic – positionnement

2.8 Ressources Humaines

Au sein du T3, les ressources médicales sont réparties sur l'ensemble du territoire; presque les 2/3 des chirurgiens du territoire T3 sont aux HCC



Au sein du T4 avec un nombre de séjour légèrement supérieur au T3 (122. 494 séjours MCO), les ressources médicales sont très concentrées



Le T4 est mieux pourvu que le T3 mais a plus de 17 000 séjours de plus; les médecins libéraux au sein des hôpitaux sont également bien présents sur les deux territoires

CH	Médecine Générale	Spécialités médicales	- dont anesthésistes réanimateurs	Spécialités chirurgicales	- dont gynécologues-obstétriciens	Odontologistes	Pharmaciens	TOTAL (hors internes)	Internes
TOTAL T4	109	471	66	205	65	7	36	863	168
TOTAL T3	84	372	51	165	44	11	49	773	192
TOTAL	193	843	117	370	109	18	85	1636	360

Nombre de médecins libéraux travaillant en hôpital par territoire, 2015

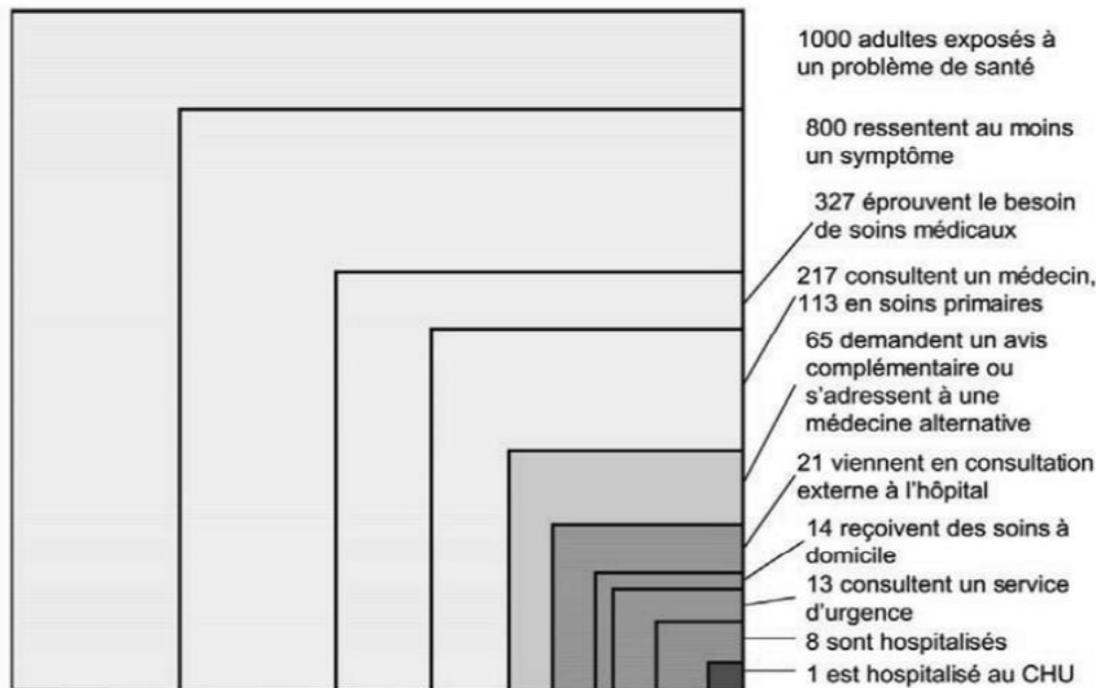
TOTAL T4	550
TOTAL T3	122
TOTAL	672

3 Éléments de discussion

3.1 Éléments médico-économique

La nécessaire articulation avec les soins primaires est un enjeu majeur car la problématique de la démographie médicale touche toutes les structures de soins, de la médecine de ville au CHU

Le carré de Wight permet de bien visualiser la graduation des soins :



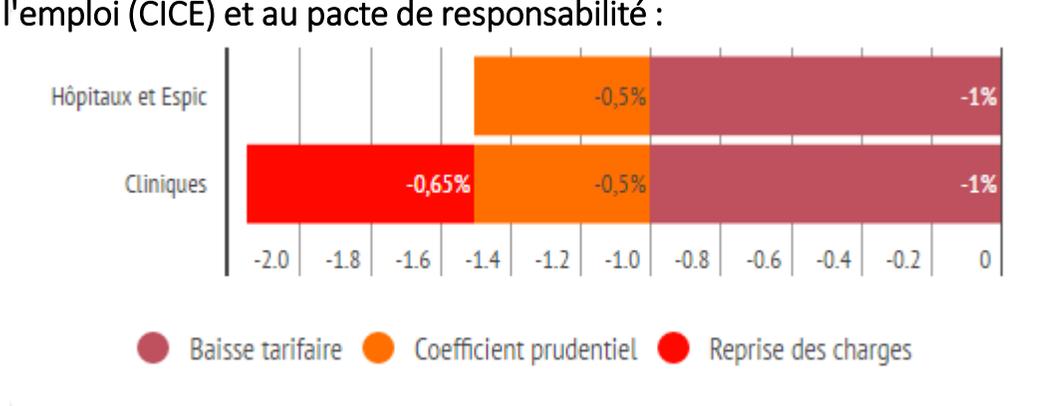
LE SROS-PRS 2012-2016 soulignait déjà que la démographie médicale était très contrainte en Alsace, notamment sur le T4.

Offre de soins libéraux du 1 ^{er} recours	Haut-Rhin	Alsace	Grand-Est	France
	655	1 857	5 091	58 031
dont Médecins à exercice particulier	73	170	454	6 775
Densité (pour 100 000 hab.)	87	100	92	92
Age moyen	53,3	53,2	53	53,1
Part de 55 ans et plus	54%	54%	52%	53%

Alors que les baisses tarifaires MCO en 2016 impactant le budget des hôpitaux ne permettra pas de dégager des marges de manœuvre suffisante...

- Les tarifs présentent une baisse de -2.15 % dans le secteur privé et de -1,5% dans le secteur public, coefficient prudentiel inclus.
- La baisse des tarifs hospitaliers est de -1.65% pour le privé et de -1% pour le public. La valeur du coefficient prudentiel est fixée à 0,5 %.
- Cependant, les crédits afférents aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) progressent de 1,7%, un taux peu ou prou égal à l'évolution de l'Ondam (+1,75%)

Évolution tarifaire 2016 comparée entre hôpitaux-Espic et cliniques en additionnant aux baisses des tarifs le montant du coefficient prudentiel et la neutralisation des diminutions de charges liées au crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) et au pacte de responsabilité :



Source: Arrêté du 4 mars 2016 fixant pour l'année 2016 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale

...l'ONDAM 2016 prévoit des mesures d'économie touchant l'hôpital afin d'aboutir à un objectif de dépenses en progression de 1,75 % par rapport aux réalisations prévisionnelles 2015

- Le premier axe vise le renforcement de l'efficacité de la dépense hospitalière, qui passe notamment par des mutualisations qui pourront s'appuyer sur les **nouveaux groupements hospitaliers de territoire et des économies sur les achats hospitaliers**, où des marges très importantes demeurent. Cet axe permettra de dégager 0,7 Md€ en 2016.
- Le deuxième axe est le **virage ambulatoire** qui sera opéré dans les établissements hospitaliers, via en premier lieu l'accélération de la diffusion de la chirurgie ambulatoire, ainsi que le développement de l'hospitalisation à domicile, l'amélioration de la prise en charge en sortie d'établissement et l'optimisation du parcours pour certaines pathologies ou populations. Cela représentera en 2016 un montant global de 0,5 Md€
- Le dernier axe vise à améliorer **la pertinence du recours à notre système de soins** dans toutes ses composantes : réduction des actes inutiles ou redondants que ce soit en ville ou en établissements de santé, maîtrise du volume de prescription des médicaments et lutte contre la iatrogénie, et simplification des prises en charge de cotisations des professionnels de santé. Cet axe apporte 1,2 Md€ d'économies en 2016.

Ainsi, les critères de performance et d'efficacité des plateaux techniques ont engagé la fermeture de nombreux plateaux techniques depuis 2006 et les prochains PSR vont sans doute accentué cette tendance

- **En chirurgie**, les Sros III, mis en place le 31 mars 2006 en application de la circulaire du 5 mars 2004 fixent un seuil d'activité recommandé, qui sert de base à la restructuration prévue de l'offre de soins en chirurgie. Ce seuil d'établit à 1 500 séjours chirurgicaux ou 2 000 actes en bloc opératoire nécessitant une anesthésie par an. Dix-neuf des vingt-six Sros III ont fait du seuil de 2 000 actes par an et de la présence d'une équipe opératoire minimale la condition du maintien des structures de chirurgie de proximité. Au total, les Sros de troisième génération ont engagé la fermeture d'environ mille services de chirurgie pour la période 2006-2011, soit une diminution du nombre de plateaux techniques comprise, selon les estimations, entre 5,4 % et 12,4 % du total national.
- **En médecine** les indicateurs sont : les taux d'évolution de la DMS pour les séjours en médecine suivis d'un séjour en SSR ou en HAD ainsi que les taux de ré-hospitalisation en médecine à 30 jours
- **En obstétrique**, les indicateurs sont: la part des séjours de nouveau-nés « sévères » réalisés en maternité de niveau 3. La part d'établissements dont le niveau d'activité est inférieur au seuil national annuel de 300 accouchements est un indicateur à suivre.
- **En psychiatrie**, les indicateurs sont: la part des patients hospitalisés à temps complet en psychiatrie depuis plus d'un an par territoire de santé. Evolution du taux d'hospitalisation en soins sans consentement par territoire de santé

Afin d'aboutir à ces objectifs de performance, la stratégie territoriale (GHT ou groupe privé lucratif ou non lucratif) peut être un moyen pour ventiler les recettes

La méthode permet de ventiler le chiffre d'affaires économiques (100% T2A) en grande Catégorie en intra GHM et inter GHM

GHM X	Libellé GHM	Nombre de séjours ENCC Année X	Coût complet hors structure	Total Dépenses cliniques SI + SC+ REA	TOTAL dépenses HT	TOTAL dépenses LGG	TOTAL LM	TOTAL charges directes hors honoraires	TOTAL charges directes honoraires + rémunération à l'acte	TOTAL structure	Coût complet y/C structure
01XXX	XXX Niveau1	595	5600	2002	1000	x	x	x	x	x	6600
02XXX	XXX Niveau2	457	6700	3700	1100	x	x	x	x	x	7800
01XXX	XXX Niveau3	408	6900	7800	3200	x	x	x	x	x	10100
02XXX	XXX Niveau4	409	10700			x	x	x	x	x	10700

Exemple

L'analyse entre la cible ENC des coûts de l'activité hospitalisation MCO et les coûts réels correspondants permet de cibler les gains de marge à réaliser au niveau des activités (pôles, activité de consultation par exemple)

Exemple

	CIBLE ENC	REEL	ECART
Valorisation GHS en T2A intégrale (1)	17 776 178	17 776 178	
Coûts directs des services cliniques	10 143 417	9 635 772	-507 644
Coûts directs des services médico-techniques	2 928 611	3 858 268	+929 657
Périmètre de responsabilité médicale (2)	13 072 028	13 494 041	+422 013
<i>Contribution des pôles à la couverture des autres coûts (3) = (1) - (2)</i>	<i>4 704 150</i>	<i>4 282 137</i>	
<i>Contribution des pôles à la couverture des autres coûts en %</i>	<i>26.5%</i>	<i>24.1%</i>	
Coûts de logistique et gestion générale et de structure (4)	4 704 150	5 091 970	+387 820
Insuffisance (-) ou excédent (+) de contribution (3) - (4)	-	-809 833	-809 833

Source: tableau librement adapté, Rapport KPMG

3 Éléments de discussion

3.2 La proximité

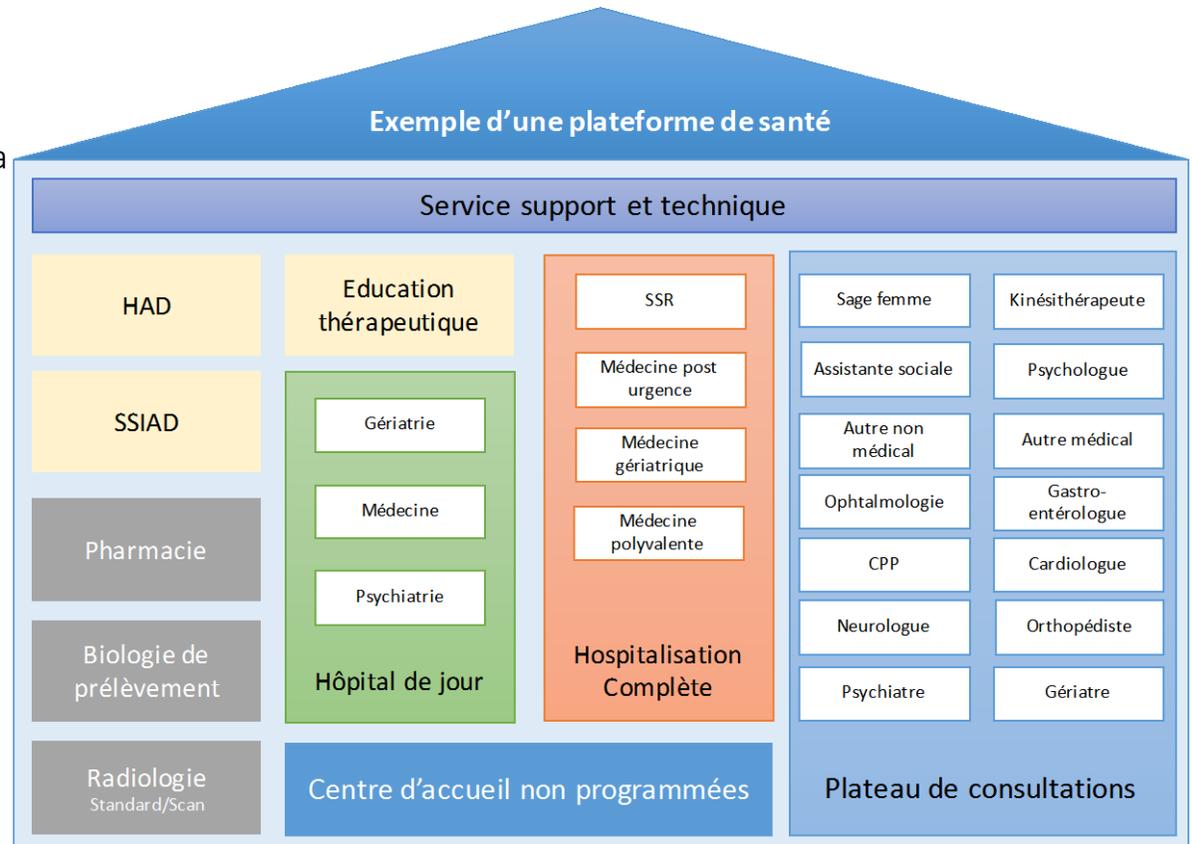
Quelles conséquences pour la proximité et quel chemin économique reste il à parcourir pour ces établissements ?

- Le paysage de l'offre de soins de santé est soumis aujourd'hui à un couple de force, concentration d'une part, et proximité de l'autre. Dans ce contexte où les coûts d'entretien et de mise aux normes de sécurité, les coûts de fonctionnement, la complexité et l'inertie des grands établissements sont très lourds, l'offre en matière d'actes médicotechniques pourrait être complétée efficacement et optimisée par une offre technologique plus légère et souple de proximité.
- Comme on peut le voir dans les MVZ allemands ou dans les health center Suédois et Norvégiens, dotés de médecine généraliste, mais aussi d'équipes spécialisées, imagerie médicale, biologie délocalisée, dermatologie, cardiologie, gastro-entérologie, dentisterie, ... et grâce à la diffusion de technologies qui étaient limitées auparavant aux grands plateaux médico-techniques, ces petits établissements de proximité peuvent être bien équipés et avoir des ressources humaines compétentes locales en conséquences

On peut comparer la structuration des activités de l'Hôpital de Vitry le François aux Health Center de Suède ou de Norvège avec un panel d'activité

De nombreux services sont proposés :

- Un centre d'accueil non programmé
- Un plateau de consultations large avec de la télémédecine
- Des lits d'Hospitalisation Complètes :
 - 60 lits de médecine polyvalente-post urgence-gériatrie
 - 30 lits de SSR
- Un hôpital de jour : de 10 à 20 places
- De l'éducation thérapeutique
- De la biologie de prélèvement
- De la radiologie (radiographie standard, 1 scanner)
- Une HAD (30 places) et un SSIAD (50 places)



Enfin, pour répondre aux enjeux de la proximité, notamment en psychiatrie en France, le rapport Laforcade propose d'intégrer la psychiatrie dans un parcours de soins gradué et de proximité

Le Rapport Laforcade publié en octobre 2016 propose des outils structurant permettant de mettre en place un parcours de soins coordonnés intégrant les différents acteurs du territoire et ces spécificités telles que la démographie médicale ou l'absence d'un maillage territorial complet :

- Optimiser l'offre de soins par une meilleure coordination public/privé et sanitaire/médico-social au sein des territoires de santé
- Dimensionner des contrats territoriaux de santé mentale en cohérence avec les autres territoires. Ces contrats ne doivent pas créer un nouveau territoire et doivent donc se situer sur un territoire opérationnel de proximité (CLS ou CLSM) et/ou sur un territoire en cohérence avec l'organisation sanitaire (1 ou 2 GHT).
- Définir et mettre en œuvre une « coordination territoriale de second niveau » car elle pose le principe de la gradation des soins en psychiatrie.
- Possibilité de créer une « communauté psychiatrique de territoire » (CPT) mais cela relève de l'initiative et du volontariat des acteurs.
- Intégrer les contrats locaux de santé mentale dans la construction des politiques de proximité

Au regard de cet environnement, les hôpitaux peuvent s'intégrer dans deux logiques – intégration verticale et/ou horizontale – permettant de contrôler l'amont et l'aval tout en s'appuyant sur les services de proximité

Intégration horizontale :

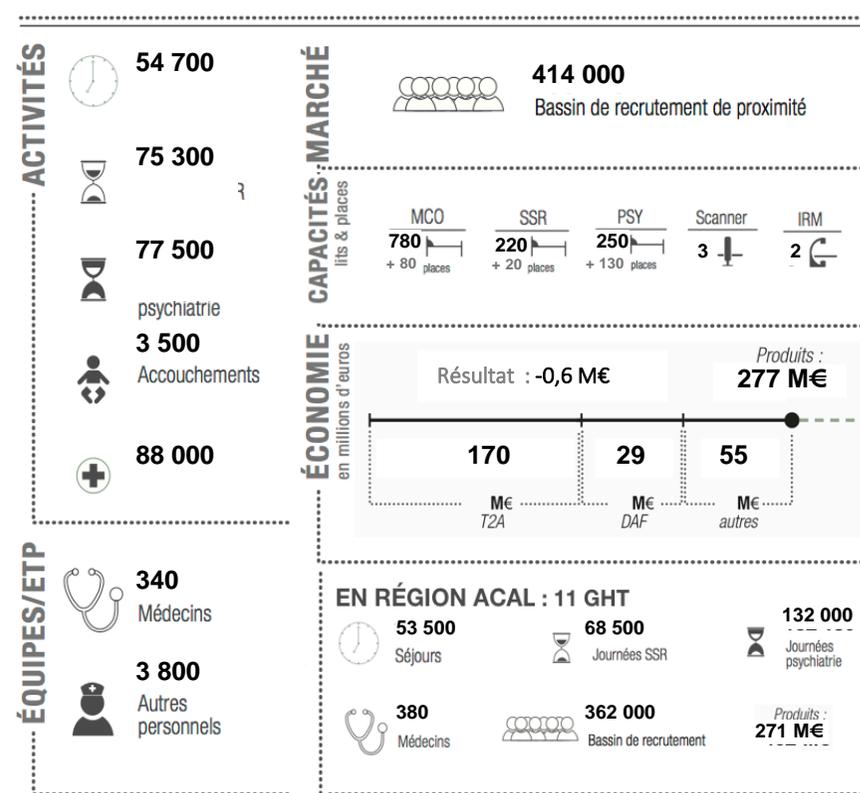
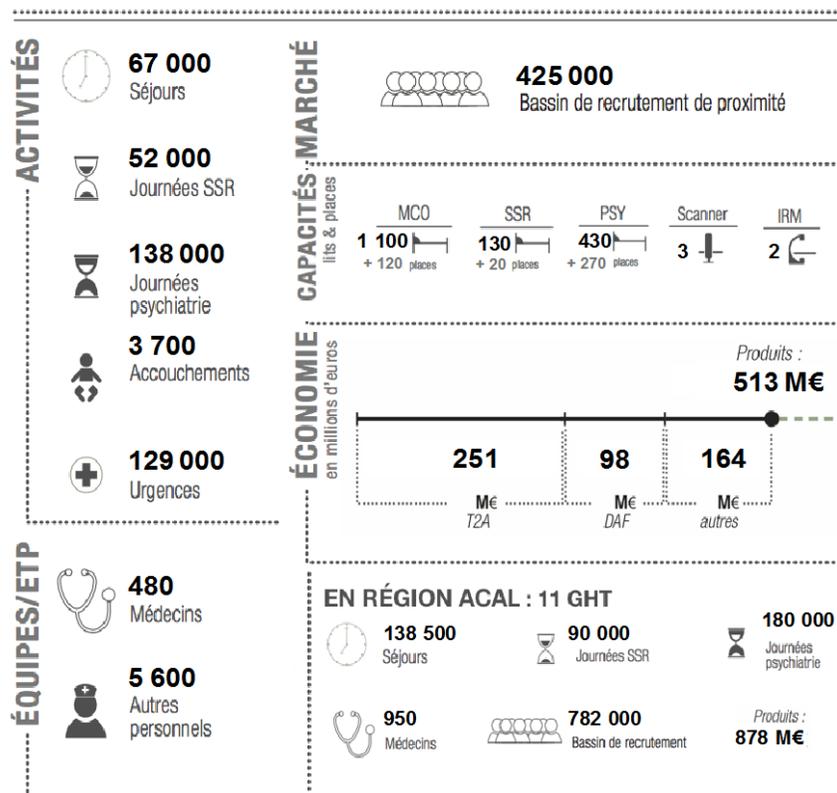
- Afin de répondre à la problématique de la permanence des soins et de la démographie médicale, l'intégration de l'ensemble des services de soins du territoire permet d'organiser la continuité de la prise en charge de la population.
- La production de certains services de l'hôpital (consultations externes, imagerie, analyses biologiques, hébergement) peut être réalisée par d'autres opérateurs, externes à l'hôpital, avec lesquels il peut d'ailleurs être en concurrence. L'accès à des soins plus spécialisés se fait sur un territoire de recours.

Intégration verticale :

- Pour les segments d'activité spécifique (qui ne peut exister que dans une structure hospitalière pour des raisons de concentration des compétences), l'hôpital peut avoir intérêt à contrôler sa demande en amont, pour attirer les patients. Il peut aussi chercher à contrôler son aval, pour optimiser l'utilisation de ses moyens.
- En amont, ceci peut se faire par la constitution d'un réseau d'adresseurs notamment en lien avec le CHU de la région, en aval par l'établissement d'accords avec des établissements de HAD, de SSR, d'EPHAD, etc.

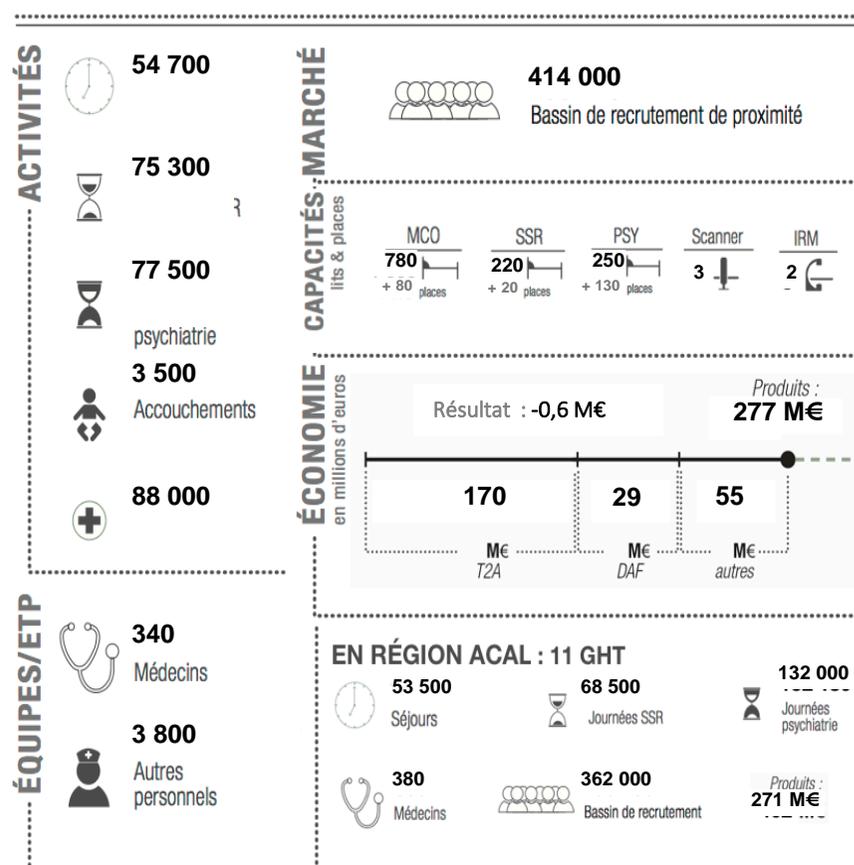
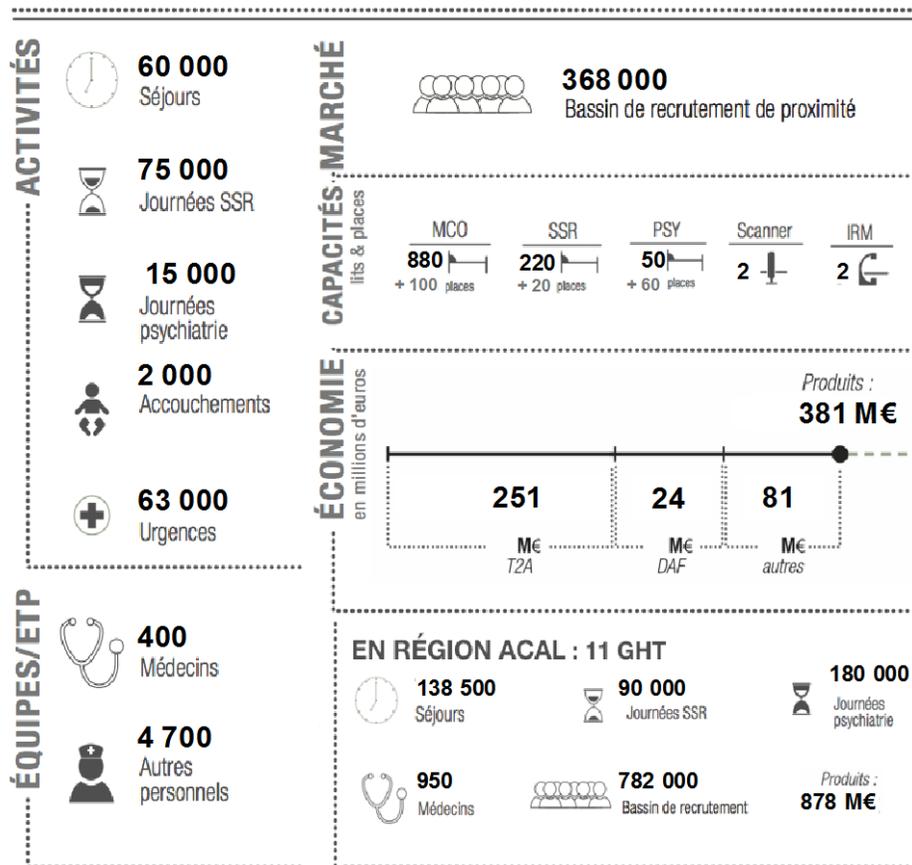
Le GHT Haute Alsace (CH Mulhouse)

Les GHT dont le bassin est entre 300 000 et 600 000 hab.



Le GHT Centre Alsace (HC Colmar)

Les GHT dont le bassin est entre 300 000 et 600 000 hab.



3 Les grandes tendances

3. 3 Les plateaux techniques

En premier lieu, la spécialisation des plateaux techniques permettra de répondre à ces enjeux

La réorganisation des plateaux techniques induit une réorganisation interne à l'hôpital et à l'extérieur de celui-ci :

Réorganisation interne - l'évolution des métiers :

- Nécessité de repenser la formation des professionnels, initiale et continue pour prendre en compte le progrès technique et son évolution.
- Possibilité de délégation de tâches des médecins vers d'autres professionnels, télé-expertise et automatisation des équipements techniques. Par ailleurs, pour certaines fonctions techniques considérées encore comme stratégiques, comme la stérilisation, il existe maintenant plusieurs démonstrations empiriques que leur externalisation est possible dans de bonnes conditions économiques et de sécurité.

Réorganisation externe - inter-hôpitaux :

- Création de plateaux techniques partagés

Par exemple, une plateforme mutualisée en biologie permet de diminuer le coût complet du B

- Par exemple, le coût moyen du B du CH d'Angers est de 0,20 cm d'€ avec l'implication de 4 Centres Hospitaliers :

CH	Coût moyen
CH 1 (-20M Budget)	0,19€
CH 2 (20-70M de budget)	0,23€
CH 3 (70-169M de budget)	0,20€
CH 4 (plus de 170M de budget)	0,20€
Coût moyen	0,20€

La répartition des coûts du B en % montre que plus de 50% du coût du B est lié aux frais de personnel:

Libellé	Répartition
Frais de personnel	52,15%
Fournitures pour laboratoires	25%
Sous-traitance médicale	15,39%
Autres achats non-stockés	2,08%
Contributions GCS et CHT à caractère médical	1,75%
Dotations amortissements	1,71%
Entretiens bio-médicale	1,69%
Autres	0,23%

Exemple

4. Les grandes tendances

Les grandes tendances à venir concernant la population

1. Le vieillissement accéléré de la population engendrant des besoins de santé croissants avec une part plus importante pour les pathologies chroniques
 - La situation épidémiologique d'aujourd'hui est totalement différente de par le passé: pluripathologies chronique et poids des maladies chroniques dans les dépenses du système
 - Question de l'autonomie
2. Si l'Alsace a diminué le différentiel de son taux de recours standardisé depuis 2011, il reste supérieur à la moyenne française; celui du Haut-Rhin est repassé en dessous de la moyenne nationale à partir de 2014
3. L'extension des technologies numériques dans tous les domaines, de la formation à la communication, du soin à l'accompagnement
 - L'impact le plus important des TIC résulte de notre capacité à les adopter: les technologies portables, le cloud, les réseaux sociaux, Real Time Location...
4. L'émergence d'un patient acteur de sa propre santé, bien informé, plus exigeant, se prenant davantage en charge et travaillant en relation avec les professionnels
5. La montée des inégalités va engendrer des conséquences importantes sur la santé des plus démunis

Les grandes tendances autour de l'évolution des mode de prise en charge et de la qualité (1/2)

1. Plus d'actes interventionnels intramuros, mais pas forcément chirurgicaux (endoscopies, radiographie interventionnelle, électrophysiologie, ...)
 - Les spécialités médicales sont réalisées dans la communauté, en dehors de l'hôpital et de manière plus préventive : concept de Parcours de Soins et Parcours de santé
2. Impact de la chirurgie ambulatoire et des traitements médicaux ambulatoires
 - 50% des actes chirurgicaux sont pratiqués en ambulatoire en 2016 (source ANAP)
 - L'objectif est d'atteindre un taux national de Chirurgie ambulatoire **de 66,2% à l'horizon 2020**
 - Le développement des hôpitaux de jour de médecine et des prises en charge ambulatoire, en lien avec le premier recours
3. Plateformes de prise en charge émergentes : télémédecine, consultations par email, rdv téléphoniques, suivi technologique à domicile
4. L'hôpital à domicile en coordination avec la ville et le médico-social
 - Les parcours de soins territoriaux: personnes âgées, patients chroniques, etc.
 - Le développement des services de déploiement de l'hôpital à domicile : SSR ambulatoire et offres HAD en SSR, SSIAD et de SSIAD renforcé, les dispositifs PRADO et les alternatives à l'entrée en EHPAD

Les grandes tendances autour de l'évolution des mode de prise en charge et de la qualité (2/2)

5. La prise en charge des cancers deviendra de plus en plus technique et de moins en moins hospitalière (hypofractionnement, traitements par voie orale, caractérisation des tumeurs et traitements ciblés, etc.)
6. Le développement des seuils minimaux d'activités dans une optique de développement de la qualité des prises en charge se développera de plus en plus: Prise en charge des AVC, Chirurgie cardiaque et cardiologie interventionnelle, Maternité, Chirurgies du cancer et oncologie, Neurochirurgie, etc.
7. La démarche qualité au cœur des établissements de santé
 - Une certification globale pour les GHT et qui va entraîner à terme une vision plus territorialisée de la qualité avec tous les établissements de santé publics et privés
8. Le développement de prises en charge coordonnées entre soins aigus somatiques et psychiatrie
 - L'Alsace est un des départements ayant la plus forte capacité d'accueil en psychiatrie (générale)
9. Le right care et la prévention : vers moins d'actes ? Le développement du mouvement « Right care » et de l'analyse de la pertinence de la prescription d'actes pourrait avoir un effet limitant de l'augmentation des taux de recours

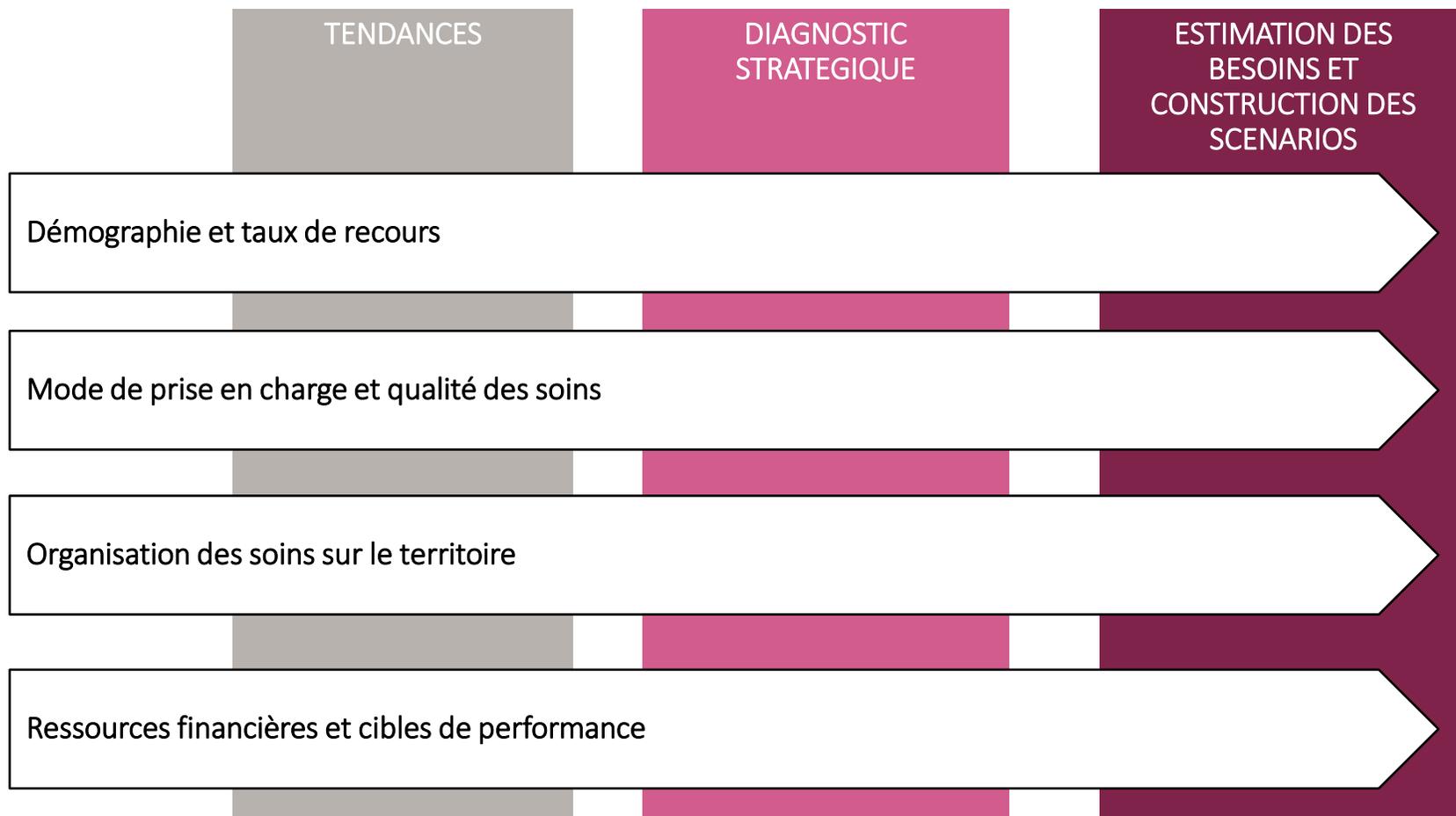
Les grandes tendances autour des ressources humaines et financières

1. La pression financière sur les établissements sera de plus en forte – à titre d'exemple, l'ONDAM 2016 prévoit des mesures d'économie touchant l'hôpital sur trois axes (GHT, virage ambulatoire et pertinence) pour un montant de 3,4 milliards €.
2. De plus, les baisses tarifaires MCO en 2016 impactant le budget des hôpitaux ne permettra pas de dégager des marges de manœuvre suffisante
 - La baisse des tarifs hospitaliers est de -1.65% pour le privé et de -1% pour le public
3. La réforme du financement secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) induit un modèle basé sur un financement mixte
 - Le modèle de financement est basé sur un financement mixte, à la fois par dotations ainsi que par dotations complémentaires liées à la technicité et à la qualité
4. Dans le Haut-Rhin, la densité moyenne des médecins généralistes est inférieure à l'Alsace, au Grand-EST et à la France et sont plus âgées que la moyenne nationale

D'un hôpital de séjours à un hôpital de parcours

- La gouvernance clinique territoriale avec les médecins libéraux comme axe de performance : l'organisation du premier recours et de la proximité
- Le développement des services de déploiement de l'hôpital à domicile :
 - Les offres de SSR ambulatoire et d'HAD : le développement des hôtels hospitaliers
 - Les offres de SSIAD et de SSIAD renforcé
 - Les dispositifs PRADO
 - Les alternatives à l'entrée en EHPAD : l'EHPAD à domicile
- Le développement de la logique parcours au sein des territoires :
 - Les parcours par segmentation de patients : les structures de santé et les PTA
 - Les services proposés : des solutions à trouver autour d'un hôpital non plus de séjours mais de parcours
 - La performance des parcours

Les scénarios des deux territoires seront configurés à partir de 4 dimensions



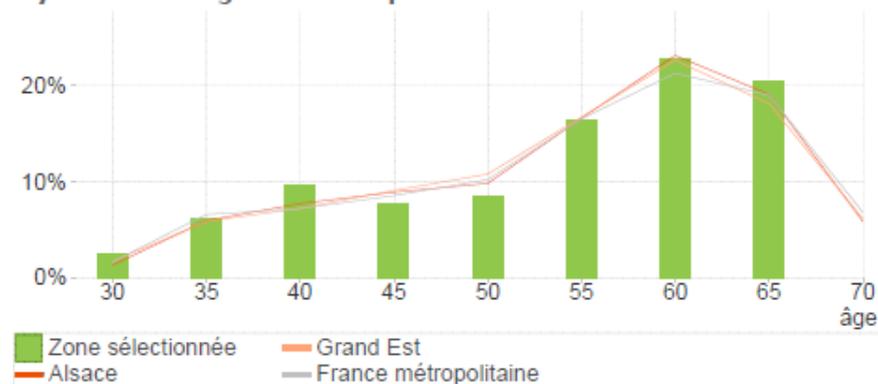
Dans le Haut-Rhin, la densité moyenne des médecins généralistes est inférieure à l'Alsace, au Grand-EST et à la France et sont plus âgées que la moyenne nationale

Le Haut-Rhin a une densité de 87 médecins généralistes pour 100 000 habitants contre 92 pour la France :

Offre de soins omnipraticiens libéraux de 1er recours	Haut-Rhin	Alsace	Grand-Est	France
Effectif	655	1 857	5 091	58 031
dont Médecins à exercice particulier	73	170	454	6 775
Densité (pour 100 000 hab.)	87	100	92	92
Age moyen	53,3	53,2	53	53,1
Part de 55 ans et plus	54%	54%	52%	53%

Les médecins généralistes sont plus âgées par rapport à la moyenne nationale :

Pyramide des âges des omnipraticiens libéraux



Les autres disciplines médicales dans le Haut-Rhin ont également une densité inférieure aux autres niveaux géographiques (Alsace, Grand-EST, France) :

Densité pour l'offre de soins libéraux autres professionnels de santé du 1er recours	Haut-Rhin	Alsace	Grand-Est	France
Infirmiers	90	110	111	131
Masseurs-kinésithérapeutes	73	99	81	96
Chirurgiens-dentistes	55	66	56	54
Sages-femmes, activité libérale, pour 10 000 femmes de 15 à 49 ans	2,8	3	3,4	3,7

Source : Scores SanTé 2015

Scénario démographie et taux de recours

- Premier recours et proximité
 - Analyse par territoire du maillage médecine de premier recours
 - mise en œuvre de collaborations pour assurer la médecine de proximité

- Les activités de référence et de recours
 - Prévoir un maillage territorial à partir des ressources humaines disponibles
 - ✓ Scénario de coopération
 - ✓ Scénario de mutualisation
 - ✓ scénario d'intégration

- Les activités d'aval
 - ✓ Les filières d'aval seront stratégiques pour assurer une performance
 - ✓ Les filières d'aval devront être complétées jusqu'au domicile

Scénario modalités de prise en charge, organisation des soins et qualité des soins

- **La préférence pour le domicile** devra être organisée : passer d'une culture du séjour à une culture du parcours :
 - Reconvertir les lits à des solutions hors les murs : santé mentale communautaire, handicap, pathologies chroniques (diabète, obésité etc..) personnes âgées, personnes précaires
 - Mettre en œuvre des innovations pour assurer le virage ambulatoire : hôtel hospitalier, ingénierie du domicile etc..
- La concentration des plateaux techniques et la décentralisation des prises en charges : chimiothérapies, gériatrie avec la télémédecine
- La numérisation des soins : prise de RDV, consultations à distance, coffre fort numérique etc...
- La co-construction des parcours avec les représentants de patients et la mise en oeuvre dans les territoires d'une démocratie en santé sur la qualité des soins

Scénario ressources humaines et financières : cible de performance

- Les ressources humaines seront stratégiques dans les 10 ans à venir :
 - la qualité de vie au travail des médecins et des soignants vont devenir un enjeu
 - la gestion de la démographie médicale sera centrale dans le développement ou le maintien des activités
- Les ressources financières T2A vont être baissières : augmentation de la productivité et massification :
 - quelles conséquences sur l'élaboration des projets à venir : architecture, capacité en lits et places ?
 - Quelles conséquences sur les organisations ?
- Les ressources SSR et psychiatrie ainsi que médico-sociales seront en relative stabilité et seront financés en grande partie par redéploiement
- Les analyses médico-économiques de territoire vont devenir stratégiques : analyse intra GHM et inter GHM