

Décembre 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

Note de synthèse



ARS Grand EST
16-30-00045



Au moment où les établissements de santé publics du T3 et T4 organisés en GHT -respectivement GHT 11 et 12 - travaillent à l'élaboration d'un parcours de soins sur leur territoire, une analyse stratégique et prospective demandée par l'ARS Grand Est visant les opérateurs de soins publics et/ou privés doit permettre de dégager les enjeux de collaboration à court et moyen terme pour les territoires de santé 3 et 4 , et de déterminer les grandes orientations à intégrer dans la future convention d'association des GHT 11 et 12 aux HUS.

Les opérateurs privés n'étant pas inclus dans l'organisation des GHT, il est nécessaire de penser leur articulation avec les GHT 11 et 12 dans un contexte de démographie médicale tendue et un secteur MCO concurrentiel.

De même, l'articulation inter et intra GHT est à analyser alors que les deux centres hospitaliers supports des GHT 11 et 12- les Hôpitaux Civils de Colmar (HCC) et le Groupement Hospitalier de la région de Mulhouse et Sud-Alsace (GHRMSA) – disposent de nombreux sites de proximité MCO et SSR posant à terme la question de la pérennité de ces structures.

1. Une offre de soins très dense tant pour le secteur public que privé avec une concurrence forte sur certains segments ; un secteur public fragilisé par de nombreux sites de proximité et une démographie médicale tendue

1. LES HCC ET LE GHRMSA SONT LES ETABLISSEMENTS SUPPORTS RESPECTIVEMENT DU GHT 11 ET 12 ET PARTICIPENT A LA RATIONALISATION DE L'OFFRE PUBLIQUE DU TERRITOIRE ; L'OFFRE SANITAIRE EST HETEROGENE SUR LES DEUX TERRITOIRES

Les territoires 3 et 4 regroupent de nombreux établissements en direction commune ou qui ont fusionnés ces dernières années.

Le Territoire de santé 3 (GHT 11) constitué de 7 établissements de santé s'est réorganisé ces dernières années autour de l'hôpital de référence que sont les HCC. Les HCC regroupent le CH de Munster et sont en direction commune avec le CH de Guebwiller. Les CH de Sélestat et d'Obernai ont fusionné le 1^{er} janvier 2016 pour constituer le Groupe Hospitalier Sélestat Obernai (GHSO).

De même, le territoire de santé 4 (GHT 12) rassemblant 6 établissements s'est réorganisé autour du Groupe Hospitalier de la région Mulhouse et Sud Alsace (GHRMSA). Le GHRMSA regroupe le CH de Mulhouse, le CH de Thann et Cernay ainsi que la partie médecine du GCS des 3F. Au 1^{er} janvier 2017, le GHRMSA intégrera le CH d'Altkirch.

En ce qui concerne les structures d'aval d'hospitalisation (SSR et HAD), l'offre sanitaire est hétérogène. Alors que l'offre de Soins de suite et de réadaptation s'est rationalisée sur le T4, elle est encore dispersée sur le T3. En effet, sur le T3 12 établissements sont présents (pour 8 opérateurs en 2017) dont 6 avec un nombre de lits inférieur à 60 lits et des taux d'occupation qui ont diminué depuis 2012 (88% en 2015 contre 94% en 2012). Au contraire, l'offre SSR sur le T4 s'est rationalisée, à l'instar du secteur MCO. 7 établissements sur 11 ont encore cependant un nombre inférieur à 60 lits (7 opérateurs en 2017). Sur le T3 et T4, 15 opérateurs sont donc présents pour 23 établissements.

En HAD (hospitalisation à domicile) l'offre est insuffisante sur le T3 et T4 au regard du nombre de séjours par habitants comparé à la moyenne française (12 places pour 100 000 habitants contre 16 pour 100 000 en France)

En psychiatrie, le taux de recours en psychiatrie est au même niveau que la moyenne nationale (41 nb de patients de la file active pour 1000 habitants). Les établissements des territoires T3 et T4 ont évolué progressivement vers la prise en charge en extrahospitalier et en hospitalisation à temps partiel, néanmoins l'évolution est encore inachevée : les pourcentages de file active exclusivement prise en charge en ambulatoire et en extrahospitalier restent encore inférieur aux taux nationaux (79% contre 86% pour l'ambulatoire et 22% vs 35% pour l'extrahospitalier).

2. LE SECTEUR PRIVE A RATIONNALISE SON OFFRE DE SOINS SUR LES TERRITOIRES 3 ET 4

Le pôle de Santé Privé du Diaconat Centre Alsace (T3) ainsi que le Pôle Sanitaire Privé Mulhousien du Diaconat ont fusionné sous l'égide de la Fondation de la Maison du Diaconat (FMD) en 2015 et constitue le 1^{er} groupe ESPIC de France en termes de nombre de lits avec 572 lits contre 553 pour l'Hôpital Saint Joseph à Paris (à noter que la FMD est multi site à contrario des autres ESPIC importants). Ainsi, 3 sites MCO sont présents sur le T3 et T4 : l'hôpital Albert Schweitzer de Colmar est présent sur le T3 tandis que la Clinique de la Fonderie et la Clinique Roosevelt sont présents sur le T4 dans la ville de Mulhouse.

La FMD dispose également d'une filière personne âgée structurée autour 12 établissements partenaires en Alsace dans les secteurs sanitaires et médico-social. La filière est coordonnée autour d'un guichet d'accès unique proposant de multiples prestations autour d'un numéro vert.

3. L'ANALYSE DES PARTS DE MARCHÉ PAR TERRITOIRE ET PAR SPECIALITE PERMET DE REVELER UNE DYNAMIQUE CONCURRENTIELLE PUBLIC VS PRIVE TRES IMPORTANTE SUR LES SECTEURS SUIVANTS : NEUROCHIRURGIE, CARDIOLOGIE INTERVENTIONNELLE ET CHIRURGIE PRINCIPALEMENT

Au global, sur le T3 et T4, les établissements publics inclus dans les GHT 11 et 12 détiennent 68% des parts de marché en médecine tandis que la FMD en détient 22%. En chirurgie, les établissements des GHT 11 et 12 détiennent 52% des parts de marché en chirurgie tandis que la FMD en détient 35%. En obstétrique, les établissements détiennent 74% des PDM et la FMD en détient 21%.

Sur le T3, si les HCC sont leader en part de marché MCO globale, la FMD possède des parts de marché importante en chirurgie. Le CH de Sélestat a une activité représentative en médecine sur le territoire et représente un point d'ancrage pour la GHT 11 proche de Strasbourg. La FMD est leader sur les cathétérismes vasculaires diagnostiques interventionnels et sur la chirurgie vasculaire alors que les HCC sont leaders sur les autres domaines d'activités en médecine et chirurgie.

Cependant, les fuites du T3 représentent un potentiel important de patients, notamment sur la région de Sélestat car de nombreux séjours vont vers les établissements de Strasbourg : 20% des patients sont hospitalisés en dehors du territoire en MCO (Strasbourg (14%) et le T4 (5,2%) en 2013). On constate, que si le taux de fuite global MCO est relativement constant depuis 2015, celui-ci a fortement augmenté en chirurgie pour passer de 25% en 2012 à 29% en 2015. Si certaines de ces fuites peuvent être en partie expliquées par la proximité du T2 (Strasbourg) et par la proximité du T4 pour les fuites du sud du T3, elles posent néanmoins la question de l'attractivité des sites de proximité.

Sur le T4, le GHRMSA est leader en médecine avec 59% de PDM et la FMD sur la chirurgie avec 43% de PDM. Les fuites sont faibles : 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%).

La position forte de la FMD en chirurgie sur le T4 peut constituer un risque pour l'activité des ES publics du T3 si la FMD décide de renforcer son positionnement sur le T3 en s'appuyant sur ses équipes du T4.

On constate un phénomène d'entropie comme le souligne l'IRDES dans son analyse sur la production des soins après la mise en place de la T2A¹ c'est à dire une spécialisation sur certains domaines par le secteur privé. Par ailleurs, on constate également une modification de la structure des soins dans les établissements privés : une forte augmentation des séances et des séjours de chirurgie ambulatoire, parallèlement à une baisse des séjours d'hospitalisation complète en obstétrique et en médecine.

¹ Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A, Questions d'économie de la santé, n° 186 - avril 2013

2. Des restructurations à court terme doivent être envisagées à la vue des faibles niveaux d'activités de certains sites et dans un contexte de démographie médicale tendue

1. LA TRANSFORMATION DES SITES DE PROXIMITE PERMET DE REpondre AUX BESOINS DE LA POPULATION tout en étant un point d'ANCRAGE TERRITORIALE POUR L'ETABLISSEMENT SUPPORT : LES MATERNITES ET LES URGENCES

Alors que les niveaux d'activité sont faibles pour certains sites d'urgences et de maternité, il convient de également de s'interroger sur leur pérennité financière à plus long terme. En effet, alors qu'au niveau national de nombreuses mesures ont abouti à la diminution de 33% des lits d'obstétrique et de maternité depuis 2002, cette transformation n'a pas été réalisée sur le T3 et T4 alors même que certaines maternités ont des niveaux d'activité en-dessous du seuil autorisé par la loi. De plus, il est important de souligner que deux pôles Mère-Enfant sont en cours de construction au sein des HCC et du GHRMSA. Ces deux futurs pôles fragiliseront probablement encore davantage les sites de proximité du T3 et T4.

Maternités avec un niveau d'activité faible	Nombre d'accouchements en 2015
CH de Thann	425
GCS des 3 frontières	337
CH d'Altkirch	411

Evolutions possibles des maternités du T3 et T4

T3	HCC	Création du Pôle Mère Enfant mais nécessité d'augmenter l'activité car les taux d'occupations sont faibles
	Diaconat - Albert Schweitzer	Maintien mais nécessité d'atteindre le seuil de 1 500 accouchements pour assurer la pérennité économique de l'activité Collaborations possibles sur les astreintes de gynécologie et de pédiatrie
	CH Sélestat	Maintien mais nécessité d'augmenter l'activité – Analyser les taux de fuite vers Strasbourg et Colmar
T4	Maternité du CH d'Altkirch	Création d'un Centre Périnatal de Proximité (CPP)
	GCS des Trois Frontières	Création d'un CPP
	GHRMSA	Création du Pôle Mère Enfant
	Maternité de Thann	A court terme maintien au regard des problématiques sur les urgences A terme CPP
	FMD	Collaborations possibles sur les astreintes de gynécologie

Ainsi, au regard de ces activités certaines évolutions sont à envisager :

De même, la pérennité de certains sites d'urgence est posée au regard de leur faible taux d'activité et de la réforme du temps de travail des urgentistes. En effet, 9 sites d'urgences sont présents sur le T3 et T4 dont 4 sites avec environ 15 000 passages chacun. Dans le T4, le site de Saint-Louis (GCS des Trois Frontières) réalise 16 700 passages, le Site de Thann en réalise 15 100 et le CH d'Altkirch en réalise 15 586. Dans le T3, le CH de Guebwiller en réalise 16 012 (chiffres 2015). Certains

de ces sites rencontrent des problématiques de démographie médicale, posant la question de leur pérennité et la création d'équipe territoriale. La création de Centre de Consultations Non Programmées (CNSP) pourrait être envisagée dans le cadre des évolutions des sites avec des difficultés de démographie médicale et de faibles niveaux d'activités.

Au regard du contexte et des tendances observées, certaines évolutions des sites d'urgences du T3 et du T4 ont été identifiées :

Evolutions possibles des urgences du T3 et T4		
T3	HCC - Colmar	Création d'une équipe commune PM d'urgences entre les HCC et le CH Sélestat
	CH Sélestat	Maintien et création d'une équipe commune PM d'urgences avec les HCC
	CH Guebwiller	Maintien à court-terme étant donné la fermeture de Thann; le service rendu à la population des vallées des Vosges est réel au regard de la démographie médicale et de la fermeture des urgences de Thann – Transformation en CNSP à moyen terme
T4	GHRMSA (Mulhouse et Thann)	Fermeture des urgences de Thann fin 2016 Création d'un CNSP sur le site Thann
	Clinique Fonderie (Mulhouse)	Maintien
	CH Altkirch	Fragilités organisationnelles mais rôle essentiel dans l'accès aux soins d'urgences du Sud du T4 Développer les liens avec le GHRMSA et création d'une équipe commune PM d'urgences
	FMD	5 000 passages, urgences mains
Création d'une équipe SMUR territoriale		

A souligner cependant, si ces chiffres posent la question du maintien de l'activité totale de certains sites, il est néanmoins important de considérer le service rendu à la population. En effet, à l'instar de la démographie médicale en France, les territoires de santé 3 et 4 rencontrent des problématiques d'attractivité médicale. Par exemple, la densité des médecins généralistes est de 8,2 contre 13,1 au niveau national. De grandes disparités à l'intérieur des territoires sont ainsi constatées. La transformation de certains sites d'urgences et de maternité pourrait dès lors être un point d'ancrage pour l'établissement support afin de répondre aux besoins de la population locale à partir de consultations avancées par exemple.

2. DES EQUIPES TERRITORIALES COMMUNES DANS PLUSIEURS SPECIALITES AINSI QUE LA MUTUALISATION DE CERTAINS PLATEAUX TECHNIQUES AFIN DE REpondre AUX ENJEUX DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE ET D'EFFICIENCE/PERFORMANCE

La mutualisation de certaines équipes entre les territoires peut être une réponse au manque d'attractivité médicale que peuvent connaître certains établissements tout en continuant l'activité de soins. Certaines spécialités telles que la pédiatrie, la cardiologie, l'imagerie médicale, l'oncologie ou encore certaines spécialités chirurgicales rencontrent des difficultés de recrutement médical dans le T3 et/ou T4. La création d'équipe territoriale commune inter GHT permettrait d'assurer une continuité des soins sur l'ensemble du territoire. Une première étape pourrait consister à la mutualisation des astreintes territoriales et interterritoriales en imagerie, chirurgie et cardiologie interventionnelle par le biais de projets communs dans le cadre de la PDSES (permanence des soins en établissement de santé).

La mutualisation de certains plateaux techniques dans le cadre des GHT serait aussi à examiner afin notamment d'atteindre un niveau d'efficacité adéquat. En effet, si l'offre en plateaux techniques a été rationalisée ces dernières années, elle se situe encore au-dessus des moyennes nationales.

En biologie, au regard de la dépense moyenne de biologie médicale par habitant, l'Alsace est la région française parmi les plus dotées en nombre de sites par habitants. Si le secteur public et privé ont fait des efforts depuis 2012 en diminuant le nombre de structures juridiques, les sites de prélèvement sont nombreux (3 laboratoires hospitaliers et 20 laboratoires (entité juridique) pour le T3&T4).

En imagerie médicale, non seulement les taux d'équipement sont supérieurs à la moyenne française, les délais d'attente sont également très élevés ce qui pose la question de l'efficacité de certains sites.

Enfin, en ce qui concerne les blocs opératoires, on constate que certains établissements ont des niveaux d'activité faibles (nombre d'actes chirurgicaux inférieurs à 5 000 actes) : CH de Guebwiller (366 actes par salle), le CH de Sélestat (3 500 actes), CH d'Altkirch (2 000 actes) et le GCS des 3 Frontières (3 800 actes).

Ainsi au regard de ces constats, la création d'une plateforme territoriale commune en Biologie pourrait être envisagée afin de réduire le coût du B pour le secteur public hospitalier.

En ce qui concerne l'utilisation des équipements lourds en imagerie médicale ainsi que l'utilisation des blocs opératoires, une analyse fine des taux d'occupation et de la performance des sites permettrait d'analyser les regroupements à réaliser afin de mettre en place des collaborations pérennes entre les établissements.

3. L'OFFRE DE SOINS EN SSR, HAD ET PSYCHIATRIE DOIT EGALEMENT CONNAITRE DES EFFORTS DE REORGANISATION

Les SSR et l'offre HAD s'inscrivent toutes deux dans la filière d'aval des soins hospitaliers mais les évolutions nécessaires à la rationalisation de ces prises en charge sur le T3 et T4 sont hétérogènes au regard de la spécificité de chaque territoire et de la taille de certains établissements. Par exemple, alors que l'offre en SSR est élevée sur le T3, une réflexion serait à même d'analyser la pertinence d'une éventuelle transformation de certains lits SSR en HAD. De même, d'autres solutions peuvent être envisagées pour répondre à la demande croissante de l'HAD sur les deux territoires.

Alors que la filière d'aval constituée par le SSR et ou l'HAD est stratégique afin d'assurer la performance des établissements (baisse des DMS), elles doivent dès lors être complétées jusqu'au domicile. Des orientations de diversifications de solutions de SSR devront être envisagées afin de passer d'une culture de séjour à une culture de parcours à partir de solutions innovantes telles que les hôtels hospitaliers, l'habitat accompagné pour les patients fragiles (les personnes âgées et celles relevant de la santé mentale) ou encore les équipes mobiles intervenant à domicile.

En HAD, le rapport de la Fnehad² présente trois "expériences préfiguratrices des plateformes territoriales d'appui (PTA) portées par des HAD telles que 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 ou encore une expérimentation destinée à des patients sortant des urgences qui intègre l'ensemble des établissements d'HAD de Picardie.

² Fnehad, rapport annuel 2015-16

En ce qui concerne la psychiatrie, si l'offre est concentrée au CH de Rouffach, des évolutions sont néanmoins à envisager afin de proposer une prise en charge extrahospitalière et ambulatoire plus importante. Ainsi, un transfert de ressources (professionnels et places) de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire peut permettre de répondre aux enjeux rencontrés par le T3 et T4 en psychiatrie.

Un établissement privé est présent sur le T3 et T4 (23 392 journées de janvier à mars 2016). L'UGECAM Roggenberg est un établissement privé non lucratif mais est sectorisé.

Ainsi, à court terme, les niveaux d'activité et la cartographie de la démographie médicale dans le T3 et T4 sont des indicateurs à prendre en compte dans la restructuration de l'offre de soins en visant une coopération publique/privée.

3. A plus long terme (2025), les T3 et T4 devraient connaître une baisse du nombre de lits MCO importante en lien avec une augmentation de l'offre des structures de prises en charge ambulatoire et post-hospitalisation complète

1. LES HYPOTHESES DES SCENARIOS DE DIMENSIONNEMENT DE L'OFFRE SUR LES T3 ET T4 SE BASENT SUR TROIS FACTEURS PRINCIPAUX : EVOLUTION DU NOMBRE DE SEJOURS, TAUX D'OCCUPATION DES LITS ET LES FORMES DE PRISES EN CHARGE : DUREE MOYENNE DE SEJOUR ET VIRAGE AMBULATOIRE

Les séjours de médecine augmenteront de façon limitée selon les prévisions utilisées au niveau national en partie expliqué par le vieillissement de la population tandis que les séjours de chirurgie augmenteront pour leur part de façon plus élevée. Par exemple, de 2005 à 2015, les séjours de chirurgie ont augmenté de 3,5%/an sur le T3 et de 1,65%/an sur le T4. Les séjours d'obstétrique devraient continuer à baisser légèrement (-0,5%/an) mais de façon moins importante que sur les 10 dernières années (-3%/an sur les 10 dernières années)

Concernant l'utilisation des ressources, les taux d'occupation actuels sont actuellement faibles sur les territoires 3&4 : en Médecine 75% sur le T3 et 80% sur le T4, en Chirurgie 78% sur le T3 et 72% sur le T4 et en Obstétrique, les taux d'occupation des lits sont encore plus faibles (44% sur le T3 et 52% sur le T4).

Enfin, concernant les formes de prises en charge, la durée moyenne de séjour (DMS) devrait se stabiliser entre 4 et 5,5 de moyenne en médecine et 5 et 6 en chirurgie. Concernant l'activité ambulatoire, on observe des taux actuels autour de 20% en M et 40% en C sur les deux territoires loin des standards à prendre en compte dans le futur : 40% en M et 62% en C.

Dans ce contexte, deux scénarios ont été élaborés :

Hypothèses du scénario COPERMO			
Paramètres	M	C	O
DMS	4	5	3,5
Taux d'occupation	95%	85%	85%
Taux d'ambulatoire	40%	62%	-

Hypothèses du scénario intermédiaire			
Paramètres	M	C	O
DMS	5,5	6	3,5
Taux d'occupation	90%	80%	75%
Taux d'ambulatoire	40%	62%	-

2. LES PREVISIONS CONCERNANT L'OFFRE DE SOINS A L'HORIZON 2025 PREVOIENT UNE BAISSSE IMPORTANTE DU NOMBRE DE LITS MCO (ENTRE – 20% ET -40% SELON LES SCENARIOS) MAIS UNE FORTE AUGMENTATION DES PLACES AMBULATOIRES TANT EN MEDECINE QU'EN CHIRURGIE

Au regard de ces critères, des projections ont été réalisées :

Prévisions de l'offre de soins nécessaire à l'horizon 2025 sur le Territoire 3			Prévisions de l'offre de soins nécessaire à l'horizon 2025 sur le Territoire 4		
Paramètres offre de soins	Scénario intermédiaire	Scénario COPERMO	Paramètres offre de soins	Scénario intermédiaire	Scénario COPERMO
Nombre de séjours	+7 600 séjours MCO (8%)		Nombre de séjours	+14 300 séjours MCO (12%)	
Lits MCO	961 lits soit -300 lits (-23%)	702 lits soit -560 lits (-43%)	Lits MCO	1 254 lits soit -333 lits (-21%)	922 lits soit -665 lits (-42%)
Places ambulatoires	273 places +200 places		Places ambulatoires	307 places (+201 places)	
Lits SSR	+70 lits		Lits SSR	+130 lits	
Impact	Le virage ambulatoire explique plus de la moitié des baisses de lits (-180 lits) Les cibles des taux d'occupation un quart de la baisse de lits (-60 lits) L'impact élevé du scénario COPERMO provient des critères de DMS utilisés		Impact	Le virage ambulatoire explique plus de la moitié des baisses de lits (-200 lits) Les cibles des taux d'occupation un quart de la baisse de lits (-80 lits) L'impact élevé du scénario COPERMO provient des critères de DMS utilisés	

Dès lors, une réflexion doit être menée au sein de chaque établissement des territoires 3 et 4 sous l'égide de l'ARS et en collaboration avec l'ensemble des acteurs hospitaliers et sanitaires afin d'appréhender ces transformations de l'offre de soins.

Pour conclure, Antares Consulting préconise d'activer plusieurs leviers permettant de réorganiser l'offre de soins sur les territoires 3 et 4 :

- Transformation des sites de proximité de maternité en CPP et ceux possédant des urgences avec des difficultés de recrutement médical ou une faible activité en centre de soins non programmés et permettre aux établissements de proximité de s'approprier les changements en apportant de nouveaux services de télémédecine et de consultations avancées
- Coordonner et concentrer l'offre de soins de référence et de recours en adoptant les standards nationaux, en regroupant dans certaines spécialités des équipes médicales publiques et privées
- Structurer la PDESES entre les deux territoires en mixant les équipes médicales privées et publiques notamment pour les spécialités les plus tendues au niveau de la démographie médicale.
- Réorganiser et coordonner l'offre de soins de référence par la mise en place de conventions Hospitalo-Universitaires solides entre les HUS et les établissements supports des GHT : créer un partenariat gagnant-gagnant en permettant aux établissements support de GHT de mettre en

valeur une composante universitaire dans un contexte concurrentiel avec le privé et pour les HUS d'augmenter leur volume d'activité de référence en structurant le recrutement de patients au niveau régional.

- Structurer les filières d'aval à l'hospitalisation complète - SSR et HAD - via la mise en place d'une gradation des soins permettant de passer de la culture du tout hôpital à une culture du domicile.