

Fiche 2-1 : Le positionnement territorial des établissements

Enjeux

L'enjeu de cette annexe est de **formaliser une méthodologie pouvant servir aux ARS et aux établissements** dans leurs projets de performance interne, projets médicaux et démarche de coopérations territoriales, ainsi que sur les décisions de dimensionnement des investissements.

La démarche proposée se veut un outil d'aide à la décision en matière de recomposition de l'offre afin de prendre en compte les enjeux sur :

- **le repositionnement des missions des établissements** : aider les ARS et les établissements à repenser leurs missions et leur niveau de contribution à la réponse aux besoins de la population, notamment en :
 - **Renforçant le lien Ville – Hôpital**
 - **S'inscrivant dans une offre de soins graduée**
 - **Adaptant le positionnement de l'établissement en chirurgie, sur les filières de soins critiques** (soins intensifs, réanimation, niveau d'autorisations...)
 - **Restructurant l'offre de soins de l'établissement sur toutes les activités et les filières de prise en charge** (développement/ regroupement/ reconversion d'activités, virage ambulatoire, gradation des soins, gestion des filières de soins et de la permanence des soins, ...)
- **les interactions entre les différents offreurs positionnés sur un territoire** : performance de chaque structure, situation financière, cœur de métier, stratégie de chacune de structures...
- **les éléments de prospective territoriale** : dynamique populationnelle, flux de patientèle en lien avec les autorisations et les équipements, maillage sanitaire et médico-social...

Objectifs

Les objectifs poursuivis par l'étude territoriale sont de 5 ordres :

- Représenter de manière dynamique le **positionnement** de l'établissement sur son territoire de santé
- Analyser les **différents segments d'activité** du bassin de santé et pouvoir identifier les segments en développement, les segments à développer, ceux à consolider. Etre en capacité de définir les activités relevant du « cœur de métier » de l'établissement, celles représentant des « activités secondaires » ou « ponctuelles ».
- Evaluer la robustesse des **hypothèses de croissance d'activité** retenues dans le cadre de l'élaboration de la feuille de route.
- Identifier les axes de **coopérations** et de **recompositions territoriales** (notamment public / privé, public / public, ville/hôpital))
- Positionner les travaux sur les organisations dans le contexte de l'établissement : développement d'activité, repositionnement territorial, restructuration des activités...

A quels établissements s'adresse le projet?

- **Le périmètre couvre**
 - ✓ Tous les établissements de santé publics, privés non lucratifs et lucratifs
- **Cibles prioritaires**
 - ✓ Etablissements en situation financière dégradée

Indicateurs d'impact

- Taux d'évolution de l'activité par discipline
- Taux de fuite de l'établissement sur le bassin de recrutement par discipline
- Répartition de l'activité du bassin de recrutement par ES et par discipline

Principes méthodologiques

▪ **En premier lieu, il convient de réaliser une analyse des besoins de santé de la population. Cela implique :**

- ✓ une délimitation du bassin de vie, fondée sur la prise en compte des liens structurant les territoires : cartographie des flux de déplacements domicile-travail et l'état des infrastructures et transports (systèmes urbains de proximité, systèmes urbains locaux, systèmes interurbains régionaux et interrégionaux, solidarités fonctionnelles des territoires) du bassin de vie (Cf travaux de l'observatoire des territoires <http://www.observatoire-des-territoires.gouv.fr/observatoire-des-territoires/fr/node>)
- ✓ une analyse de la démographie de la population, et des tendances d'évolution (données INSEE) : grandes tendances par âge- sexe- catégorie d'emplois ; vieillissement de la population, densité de la population et projections ; augmentation des pathologies chroniques et évolutions ; flux migratoires.
- ✓ Une analyse de la densité de la démographie médicale : démographie médicale, paramédicale et soignante et projections ; âge et impact de la féminisation des professions. *Utilisation des données de l'IRDES, FINES, SAE (DREES), SNIIRAM (CNAMTS).*
- ✓ Des analyses épidémiologiques du territoire retenu : DIAMANT, SNIIRAM (se mettre en relation avec l'ARS)

▪ **Dans un second temps, il convient d'analyser l'offre de soins de l'établissement et identifier des zones de "sous-offre" et de "suroffre".**

L'analyse du positionnement territorial est un processus continu et peut se réaliser en 5 temps :

Temps 1 : La constitution du bassin de recrutement

Temps 2 : Analyse de l'évolution de l'activité au sein du bassin de recrutement

Temps 3 : Analyse de l'évolution, par discipline de l'activité de l'établissement étudié, par rapport aux évolutions du bassin de recrutement

Temps 4 : Analyse, par discipline, de l'évolution de l'activité des autres établissements destinataires des patients résidents au sein du bassin de recrutement

Temps 5 : Réflexion sur la structuration territoriale de l'offre de soins

Pour ces 4 temps :

La profondeur de l'étude est de 3 ans

La classification PMSI retenue est la classification CAS

1. La constitution du bassin de recrutement

A partir des données PMSI, il s'agit de définir la provenance des patients en fonction du code postal de leur lieu de résidence. Une fois le taux de 80% des séjours atteint, les communes constituant le bassin de recrutement sont définies. Cette construction permet, ainsi, d'avoir, une vision par la consommation de soins des missions de l'établissement qui peut dépasser les découpages administratifs. La définition du bassin de recrutement ne recoupe pas forcément la notion de « zone d'attractivité » donnée par l'ATIH.

2. Analyse de l'évolution de l'activité au sein du bassin de recrutement

Il s'agit ici, une fois le bassin de recrutement défini, d'analyser les évolutions de chaque discipline de l'établissement en ne prenant en compte que les patients résidant au sein des communes définies au point 1. Ainsi, est obtenue, sur cette période, une analyse des variations de l'activité de l'établissement, par discipline, pour les patients résidants dans sa zone d'influence.

Le tableau suivant peut ensuite être constitué :

Evolution de l'activité Chirurgie ES X entre 2012 et 2014	2012	2013	2014	Ecart 2013-2012	Ecart 2014-2013	Ecart 2014-2012	Ecart en % 2014-2012
D01 - Digestif	523	508	549	-15	41	26	5%
D02 - Orthopédie traumatologie	946	852	1 038	-94	186	92	10%
D03 - Traumatismes multiples ou complexes graves	16	37	30	21	-7	14	88%
D05 - Système nerveux (hors cathétérismes vasculaires dia	300	311	334	11	23	34	11%
D07 - Cardio-vasculaire (hors cathétérismes vasculaires dia	241	190	184	-51	-6	-57	-24%
D09 - Pneumologie	6	10	24	4	14	18	300%
D10 - ORL, Stomatologie	136	130	128	-6	-2	-8	-6%
D11 - Ophtalmologie	157	206	281	49	75	124	79%
D12 - Gynécologie - sein	75	52	57	-23	5	-18	-24%
D15 - Uro-néphrologie et génital	400	350	338	-50	-12	-62	-16%
D16 - Hématologie	42	40	50	-2	10	8	19%
D19 - Endocrinologie	53	46	36	-7	-10	-17	-32%
D20 - Tissu cutané et tissu sous-cutané	159	123	125	-36	2	-34	-21%
D21 - Brûlures	20	24	24	4	0	4	20%
D26 - Activités inter spécialités, suivi thérapeutique d'affe	149	152	134	3	-18	-15	-10%
Total général	3 223	3 031	3 332	-192	301	109	3%

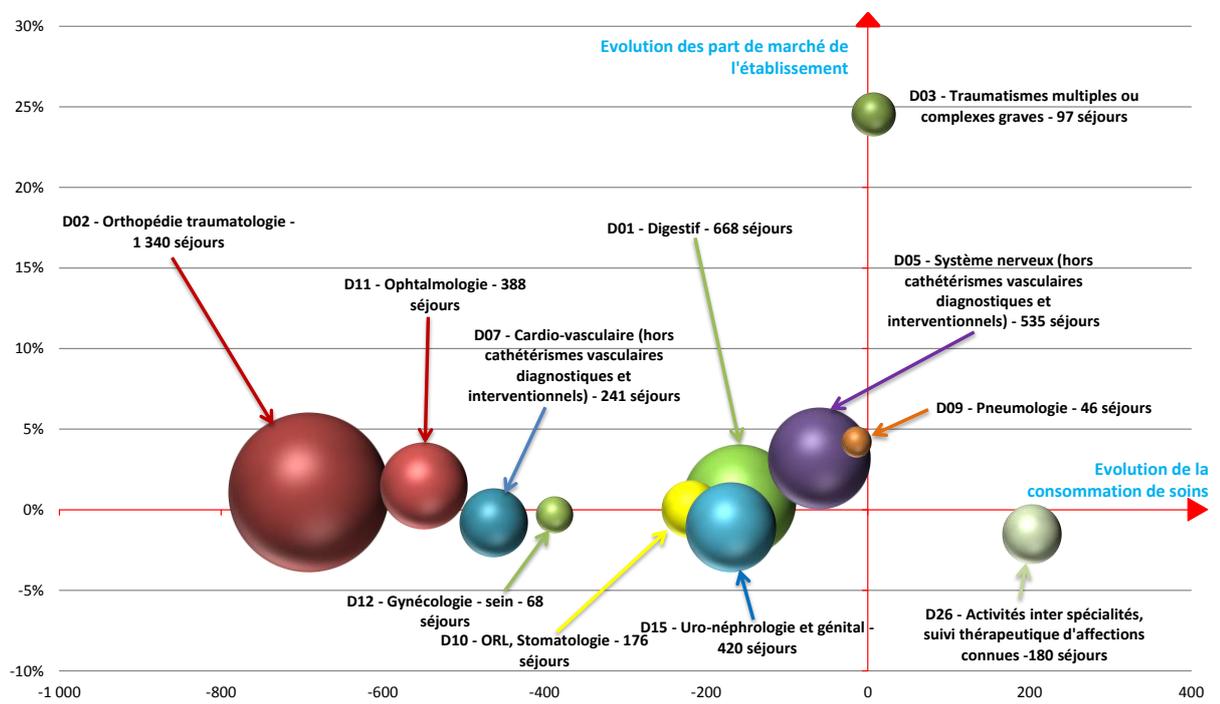
3. Analyse de l'évolution, par discipline de l'activité de l'établissement étudié, par rapport aux évolutions du bassin de recrutement

Il s'agit, après constitution des bases de données à partir du PMSI d'analyser le comportement, par discipline, de l'activité de l'établissement (sur le périmètre du bassin de recrutement) au regard des évolutions constatées pour les séjours des patients résidents dans le bassin.

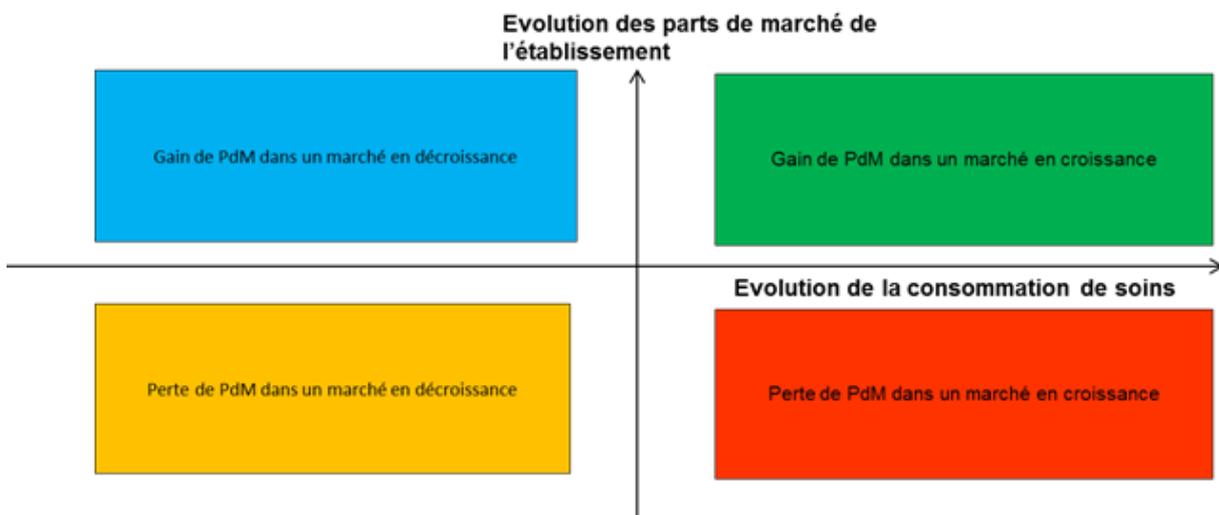
Le schéma suivant peut être obtenu :

En abscisse : l'évolution de la consommation de soins sur le bassin
 En ordonnée : évolution de la part de marché de l'établissement

Positionnement PDM Chirurgie-Obstétrique de l'établissement X (Données PMSI 2013-2015)



4 cadrans sont ainsi obtenus et peuvent être analysés de la manière suivante :



4. Analyse, par discipline, de l'évolution de l'activité des autres établissements destinataires des patients résidents au sein du bassin de recrutement (y compris l'établissement étudié)

Une fois le comportement de l'activité de l'établissement analysé dans le point 3 il peut être intéressant d'identifier, par discipline, les établissements destinataires des patients résident dans le bassin de recrutement.

Cette analyse permettra d'objectiver les taux de fuite par discipline et permettre, ainsi, d'identifier les axes stratégiques à développer pour récupérer son activité.

La profondeur de l'étude (3 années) permet également de mettre en regard certains événements et une modification de l'activité (départ de praticiens par exemple)

Le tableau suivant, déclinable par activité, peut être constitué :

	D01- Digestif		
Etablissements de santé	2012	2013	2014
n° FINESS- Etablissement A	119	134	122
n° FINESS- Etablissement B	221	195	219
n° FINESS- Etablissement C	734	758	671
n° FINESS- Etablissement X	608	572	531
n° FINESS- Etablissement Y	595	911	829
n° FINESS- Etablissement Z	1092	1097	1150
Total général	3369	3667	3522

5. Réflexion sur la structuration territoriale de l'offre de soins

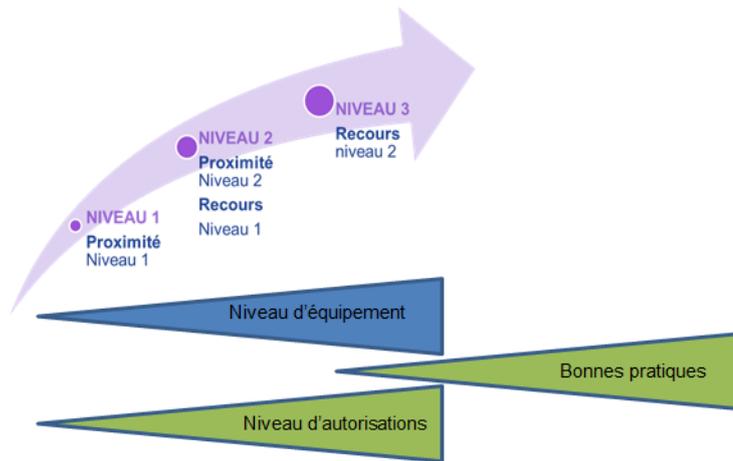
Pour les différentes filières à enjeux de coopérations (filières critiques, problématique de permanence des soins, activités très concurrentielles, problématiques de ressources médicales...), procéder à une hiérarchisation des prises en charge et à l'adaptation des ressources et des équipements qui permettent de définir une offre territoriale graduée.

La gradation des soins est une réflexion à mener à la fois sur les filières et sur les structures. Elle doit permettre de définir pour chaque établissement partie prenante dans la filière, à la fois le niveau :

- de complexité des gestes
- d'autorisations
- d'équipements

De manière transversale, elle porte sur la structuration d'équipes médicales de territoire et sur le schéma d'organisation de la permanence des soins. La gradation des soins impose en effet d'ajuster l'exercice médical pour maintenir l'attractivité des sites et développer les compétences des équipes.

Exemple : Accès des praticiens mobilisés plus fortement sur le niveau de proximité aux plateaux techniques de l'hôpital pivot (Niveau 2).



La constitution de filières graduées passe par un travail d'élaboration de schéma-cible avec les professionnels de terrain et s'adapte au contexte. Le schéma-cible permet de définir précisément qui fait quoi et à quel niveau dans la filière.

Dans le schéma proposé, le niveau 1 correspond aux missions de proximité, le niveau 2 à des missions de proximité et référence, il constitue ainsi le niveau intermédiaire ou pivot, le niveau 3 est le niveau de référence et recours. Ainsi les missions de recours se trouvent également graduées.

De même, il peut y avoir une gradation des missions au sein de chaque niveau.

Facteurs clé de succès

L'analyse ne peut être réalisée simplement par une démarche « en chambre ». Il est important de **constituer un groupe de travail avec les acteurs impliqués dans la stratégie de l'établissement.**

Tout d'abord, un groupe technique sera constitué afin de valider les options de construction de l'étude, de conduire l'analyse des données et, enfin, valider les résultats.

La deuxième étape visera un partage plus large au niveau du directoire de l'établissement et des chefs de pôle.

Constitution proposée du groupe technique :

Acteurs à impliquer

Directeur général

Président de CME

Vice-président de CME

Responsable du DIM

Directeur des affaires financières et contrôle de gestion

En fonction des spécialités du président de CME et vice-président du CME, veiller à avoir une représentativité des spécialités médicales et chirurgicales

Contacts

▪ A la DGOS : bureaux PF1 (Claire du Merle) et PF3 dgos-pf1@sante.gouv.fr et dgos-pf3@sante.gouv.fr

▪ Rédacteur(s) : ANAP

▪ Date de mise à jour : Avril 2016