



ENEIS

by KPMG

*Altense*  
#Health Intelligence

# APPUI A LA DEFINITION D'UN PROJET TERRITORIAL DE SANTE POUR LE TERRITOIRE DU PARC NATUREL DE LA BRENNE

## NOTE DE CADRAGE

15/07/2019

Le lancement du projet territorial de santé a été officialisé par l'organisation d'une première réunion de comité de pilotage réunissant les représentants du Parc Naturel Régional de la Brenne, des élus du territoire, des membres du Comité de Défense de l'Hôpital du Blanc et du Collectif « C Pas Demain la Veille », de même que du représentant de l'ARS Centre Val de Loire.

Après un rappel du contexte et de l'esprit du projet par Monsieur Chanteguet, les cabinets KPMG et Altense ont présenté la méthodologie et ont invité les participants à se prononcer tant sur la méthode proposée que sur les ambitions portées par ce projet.

Il en ressort une volonté de produire et faire aboutir un véritable projet structurant, sans doublons avec les initiatives en cours (CPTS, CLS) mais véritablement en continuité avec une stratégie globale de territoire pragmatique.

Les arbitrages du comité de pilotage de lancement sont intégrés dans cette présente note de cadrage.

## ► Les instances de pilotage

Le **comité technique** associe l'équipe du Parc Naturel Régional ainsi que le Président du Parc. Le comité pourra être élargi à d'autres partenaires si nécessaire.

Le **comité de pilotage** réunit les membres du comité technique ainsi que des élus du territoire, des représentants de l'Agence Régionale de Santé, du Comité de Défense de l'Hôpital du Blanc et du Collectif « C Pas Demain la Veille ». La Présidente de la Communauté de communes de Vienne et Gartempe, le président du Conseil Territorial de Santé de l'Indre, ainsi que les responsables des trois maisons de santé du territoire seront associés à ce comité.

## ► Les étapes de travail

Pour parvenir à l'élaboration du projet, les étapes suivantes doivent désormais être mises en œuvre :

### Phases 1 et 2

#### 1. Entretiens de cadrage avec le Parc et avec les partenaires principaux du Parc

De premiers échanges ont d'ores et déjà eu lieu avec les différents acteurs lors du cadrage de la note méthodologique initiale. Ces échanges ont permis d'obtenir un certain nombre d'éléments de contexte.

La représentation de l'ARS lors du premier COPIL a permis d'obtenir un avis sur le projet qui semble soutenu et observé avec attention.

Il convient désormais de rencontrer les acteurs suivants :

- Partenaires institutionnels :
  - o DT ARS
  - o Représentants du Conseil départemental (dépendance, handicap, accès aux soins, PMI...)
  - o Représentants de la CPAM / Assurance maladie (accès aux soins populations spécifiques, implantation des professionnels de santé, coordination, ...)
- Acteurs du territoire :

- Ludivine Bregeon, PNR de la Brenne
- Représentants des MSP (la structuration, la genèse de l'offre, la vocation locale ou au niveau de l'ensemble du Pays, le degré de mobilisation dans des actions territoriales, les liens avec l'hôpital...)
- Maire du Blanc
- 1 représentant du collectif citoyen
- 1 représentant du comité de défense

**2. L'analyse documentaire** a déjà été entamée en particulier au niveau du PRS2, du Projet médical et soignant partagé du GHT de l'Indre.

Les éléments suivants doivent être désormais obtenus auprès du PNR ou de ses partenaires et analysés :

- Documents accompagnant la mise en place de la CPTS (comptes-rendus des réunions et groupes de travail tenus à ce jour, feuille de route de l'URPS)
- Et du CLS (Comptes rendus des groupes de travail, données de suivi)
- Recensement de l'offre sur le territoire (après validation des contours du territoire)
- Projets des maisons de santé pluridisciplinaires
- Les documents / outils de planification existants au niveau du Parc ou des EPCI (SCOT, PLH, études spécifiques...)

**3. Une première approche de la vision de découpage du territoire est disponible et doit désormais être soumise à la validation du Parc (voir ci-dessous).** En effet, il est convenu d'avoir une réflexion préalable autour de la définition du territoire. Le projet territorial dans toutes ses composantes doit s'appliquer à un territoire cohérent au regard des besoins de la population. Ce découpage structurera le recueil de données visant à actualiser le diagnostic à l'échelle du PNR.

**4. L'actualisation du diagnostic sera réalisée à l'échelle retenue.** Dans le diagnostic territorial, un focus sera proposé sur le volet hospitalier.

De même, la notion de renoncement aux soins sera revue et explicitée au travers d'éléments tangibles issus de l'analyse d'études publiques et des entretiens avec les différents acteurs.

**5. La restitution du diagnostic actualisé en comité de pilotage élargi / séminaire de territoire** (incluant les acteurs de terrains élus et professionnels de santé) prévue en fin de phase 2. Ce séminaire se tiendra fin septembre. Un échange préalable sera organisé début septembre avec le comité technique du projet pour validation du diagnostic et des éléments à mettre en avant au cours du séminaire.

Ce séminaire sera l'occasion d'échanger avec les participants sur les priorités à retenir pour l'élaboration du Projet Territorial de santé.

### Phase 3

**6. Entretiens et recueil des contributions des partenaires stratégiques.** En complément des entretiens que nous aurons pu réaliser en phase 1, des entretiens complémentaires seront menés avec les partenaires clefs et stratégiques, à identifier en fonction des priorités retenues

pour le projet, pour identifier avec eux la manière dont ils envisagent leurs interventions à l'avenir sur le territoire.

Ces entretiens pourront associer par exemple : des services de l'ARS, du Conseil départemental, du CH du Blanc, des EPCI...

Ces entretiens seront menés par téléphone. Au total une dizaine d'entretiens d'environ 1h-1h30 pourront être menés.

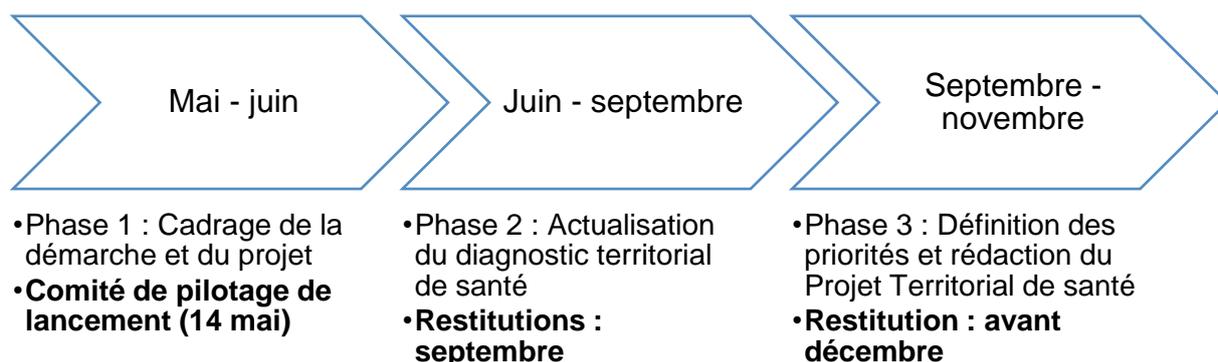
En parallèle, un questionnaire pourra être diffusé aux acteurs principaux intervenant sur le territoire pour recueillir leur avis sur le diagnostic, les priorités du Projet et les pistes d'actions à retenir.

**7. Ecriture du PTS.** Le projet décrira les orientations retenues pour le territoire sur les années à venir. Il se présentera sous la forme d'un document court d'une dizaine de pages (« note de positionnement et d'orientations stratégiques ») définissant :

- les orientations stratégiques
- les pistes qui devront être explorées pour une déclinaison opérationnelle de la stratégie en vue de leur mise en œuvre par les acteurs du territoire.

Ce document stratégique sera présenté en comité de pilotage.

### ► Calendrier



## **Annexes**

### **Découpage du territoire pour l'élaboration du Projet Territorial de Santé**

# Préalable

## Les données utilisées

Les données exploitées sont celles du PMSI 2015, 2016 et 2017 pour lesquelles le cabinet Altense Consulting dispose des autorisations de traitement et d'exploitation.

## Définitions des concepts exploités dans l'étude

La **production de soins** correspond à l'ensemble des séjours produits par les établissements situés sur le territoire quelle que soit la commune de provenance des patients. Ainsi si un séjour est produit par un établissement du territoire A pour un patient résidant sur le territoire B, ce séjour sera comptabilisé dans la production de soins de l'établissement du territoire A.

La **consommation de soins** correspond à l'ensemble des séjours consommés par les habitants du territoire quelle que soit la commune de l'établissement receveur. Ainsi si un séjour est consommé dans le territoire A par un habitant du territoire B, ce séjour sera comptabilisé dans la consommation de soins du territoire B.

L'**attractivité** d'un territoire correspond à l'ensemble des séjours produits par les établissements du territoire générée par des patients résidant hors de ce territoire.

Les **fuites d'un territoire** correspondent à l'ensemble des séjours consommés par les habitants du territoire vers des établissements situés hors de ce territoire.

Les **parts de marché** quant à elles correspondent à la réponse aux besoins de la population. Pour calculer la part de marché nous prenons la consommation des habitants d'une zone/code géographique/bassin (peu importe où se sont rendus les patients) et analysons le part des patients qui se sont rendu dans l'établissement pour lesquels nous calculons la part de marché.

Cette notion de part de marché est à mettre en parallèle avec le **poids de l'établissement** sur le territoire/bassin qui est calculé à partir de la production totale de l'établissement (peu importe la provenance des patients : hors ou intra bassin/territoire) rapporté à la production totale de l'ensemble des établissements du bassin/territoire.

**Consommation** de soins du territoire A

= 8 séjours 

**Production** de soins du territoire A

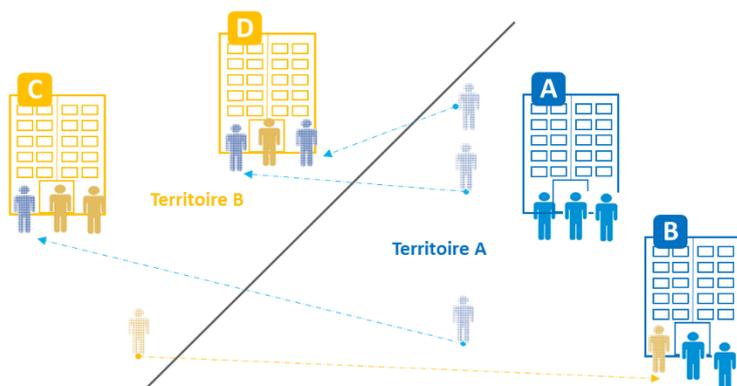
= 6 séjours 

**Fuites** du territoire A

= 3 séjours 

**Attractivité** du territoire A

= 1 séjour 



**Part de marché** établissement B =  $\frac{2}{8} = 25\%$

**Poids** établissement B =  $\frac{3}{6} = 50\%$

# Définition du bassin / périmètre géographique de l'étude - MCO

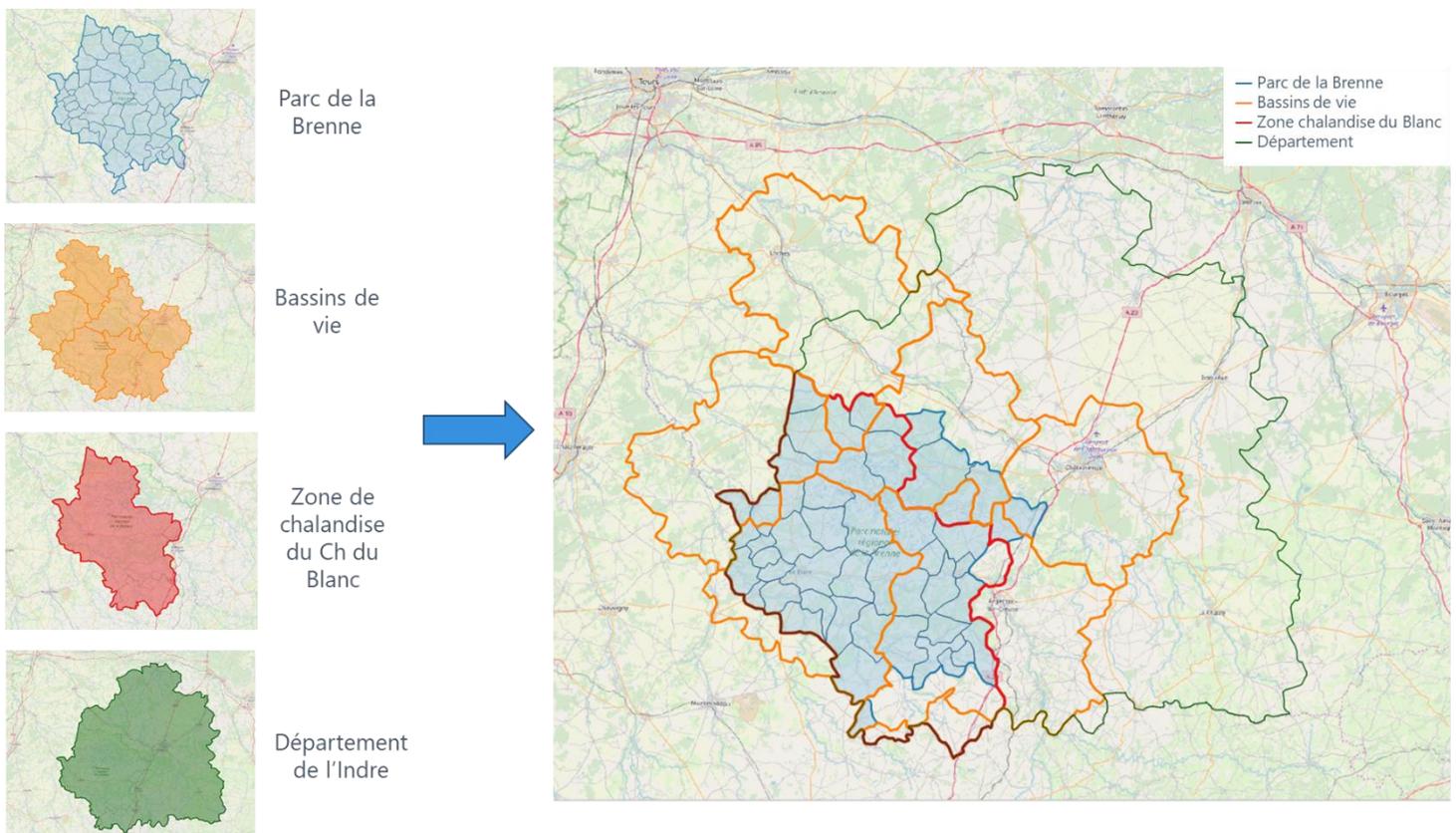
## De multiples outils et approches possibles pour définir un territoire

A minima 4 découpages aux frontières différentes coexistent pour définir le territoire cohérent pour la rédaction du projet territorial de santé.

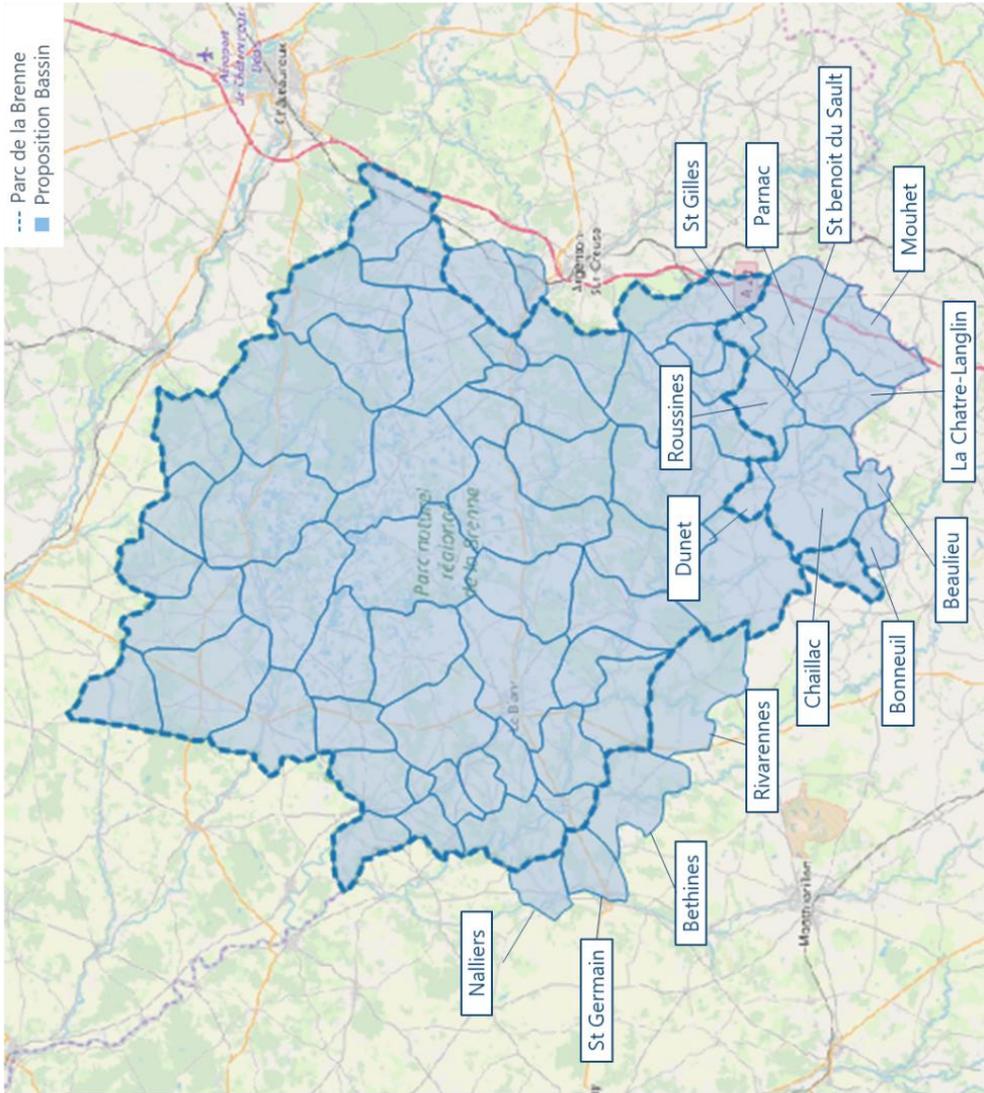
Les découpages administratifs du parc de la Brenne et du département de l'Indre d'une part.

D'autre part le découpage en bassins de vie, considérés comme étant le plus petit territoire sur lequel les habitants ont accès aux équipements et services les plus courants.

Et enfin l'aire d'influence (ou zone de chalandise) du Centre Hospitalier du Blanc (détaillé ci-après dans le document).



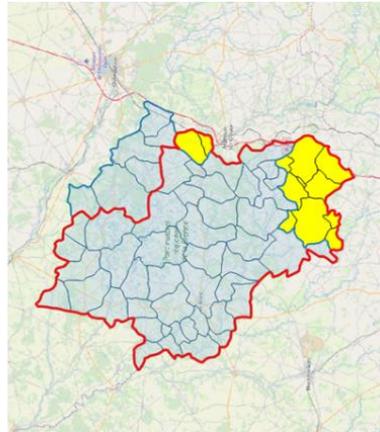
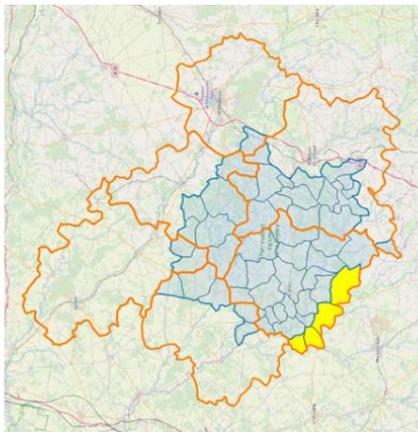
A La superposition des 4 modèles de découpage montre une hétérogénéité dans les frontières. Le département couvre une superficie trop large à l'échelle du projet. En revanche, tant les bassins de vie, la zone de chalandise du CH du Blanc et le contour du Parc présentent des similitudes dont le croisement permet d'envisager une ouverture du territoire à quelques communes limitrophes (extras régionales pour certaines) présentées ci-après :



Intersection Parc de la Brenne/Bassins de vie



Intersection Parc de la Brenne/zone chalandaise du Blanc

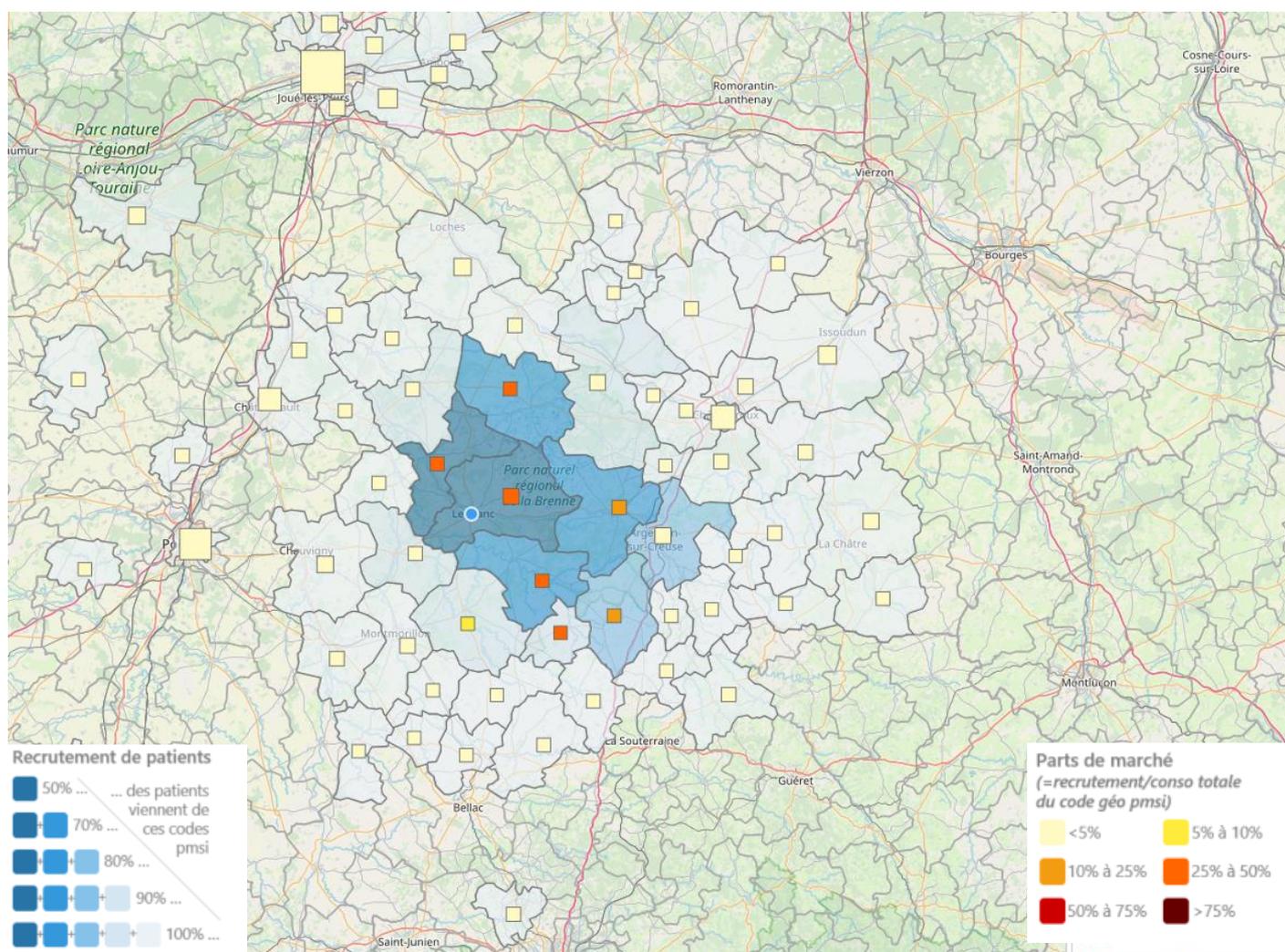


## Analyse du recours et de la zone de chalandise

Pour le diagnostic du positionnement territorial du CH du Blanc, nous procédons dans cette première étape à la définition du bassin de population de l'établissement. Au-delà de la frontière administrative du territoire de santé, l'objectif de cette étape est de définir la réelle zone de chalandise du groupe = bassin de proximité.

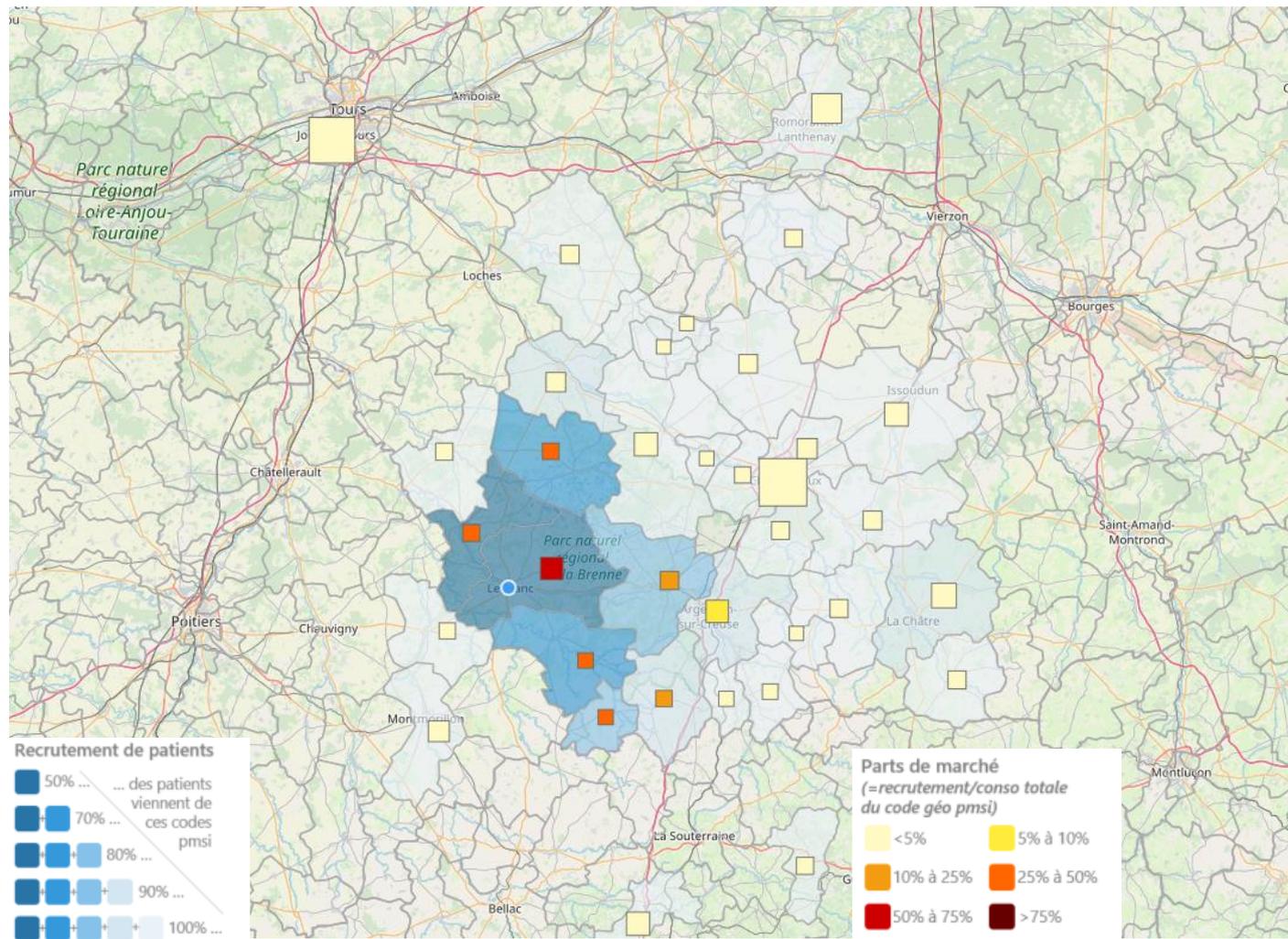
Pour ce faire, nous avons analysé sur la carte ci-dessous pour l'activité de Médecine, Chirurgie et Obstétrique de la structure :

- Le recrutement du Ch du Blanc : les codes géographiques en bleu foncé et très foncé représentent 70% du recrutement cumulé ;
- Les parts de marché de l'établissement, qui correspondent au volume de flux naturels de déplacement de population pour les recours aux services de santé. Par exemple, si le volume de consommation de soins d'un code géographique est relativement faible, l'excluant ainsi de la « zone à 70% », mais que la part de marché de l'établissement étudié est élevée, cela signifie bien que celui-ci a vocation à répondre aux besoins de la population de ce code géographique.



*Cartographie du recrutement et des parts de marché du Centre Hospitalier du Blanc en Médecine Chirurgie et Obstétrique*

Nous avons également regardé si le recrutement et les parts de marché de l'établissement par code géographique en Soins de Suite et Réadaptation étaient similaires pour évaluer la nécessité de définir une seconde zone de chalandise propre à l'activité de SSR :



*Cartographie du recrutement et des parts de marché du Centre Hospitalier du Blanc en SSR*

On note ainsi que les codes géographiques sur lesquels le CH du Blanc recrute la majorité de ses patients et possèdent des parts de marché non négligeable sont les mêmes qu'en MCO. Nous proposons donc de définir un seul bassin de proximité pour l'ensemble des activités.

## Bassins proposés

L'analyse des éléments précédents permet de définir un bassin de proximité primaire du CH composé de 7 codes géographiques représenté par la zone rouge décrite ci-dessous.

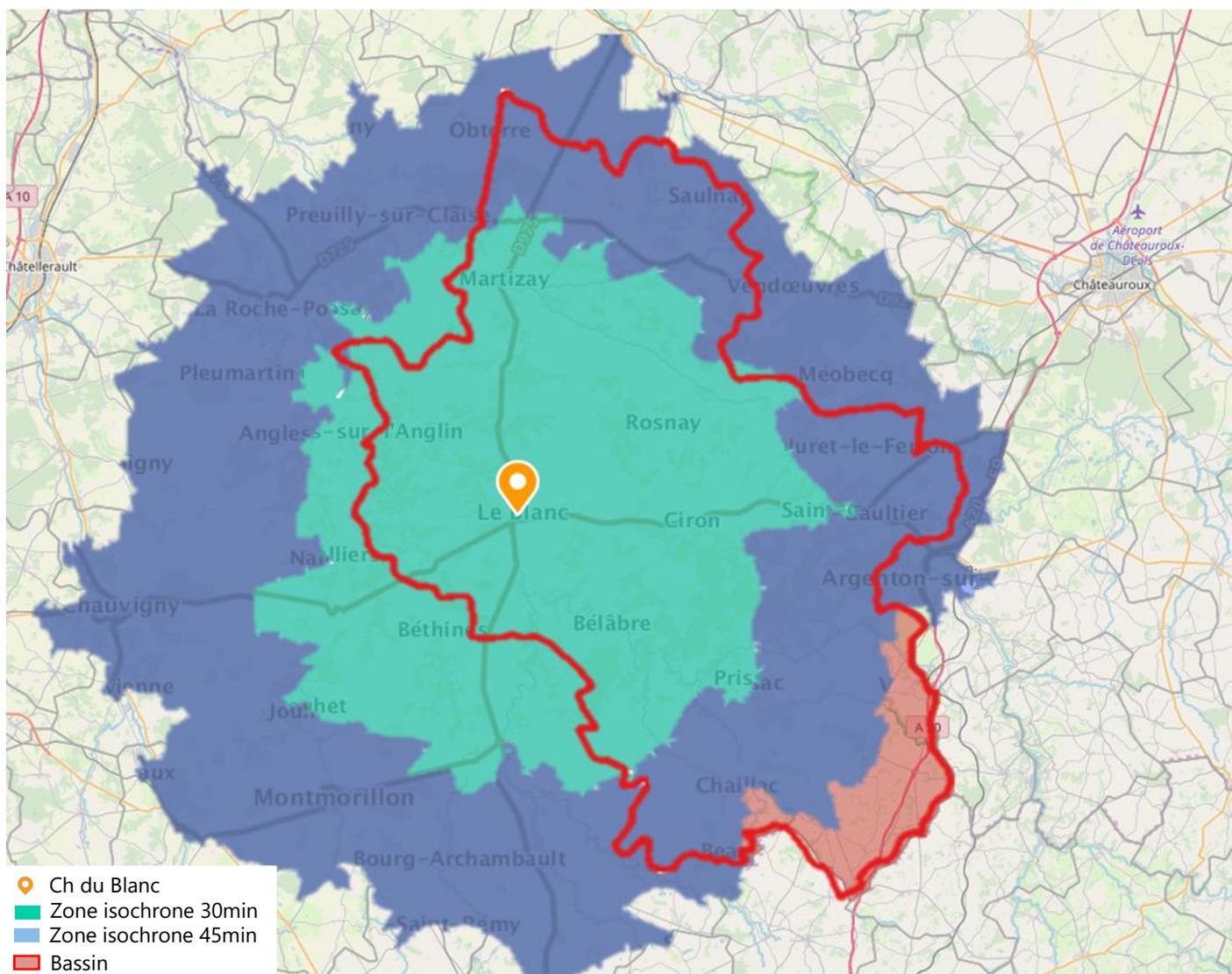
Ce bassin de proximité primaire est celui sur lequel la proximité géographique, l'attractivité et la réponse actuelle aux besoins de la population sont les critères clés permettant d'envisager des perspectives de prise de parts de marché avec une plus forte probabilité.



*Bassin de proximité primaire du Ch du Blanc en MCO*

Liste des communes du bassin de proximité primaire du Ch de Blanc :

- Le Blanc
- Tournon Saint Martin
- Meziere en Brenne
- St Gaultier
- Belabre
- St Benoit du Sault
- Chaillac



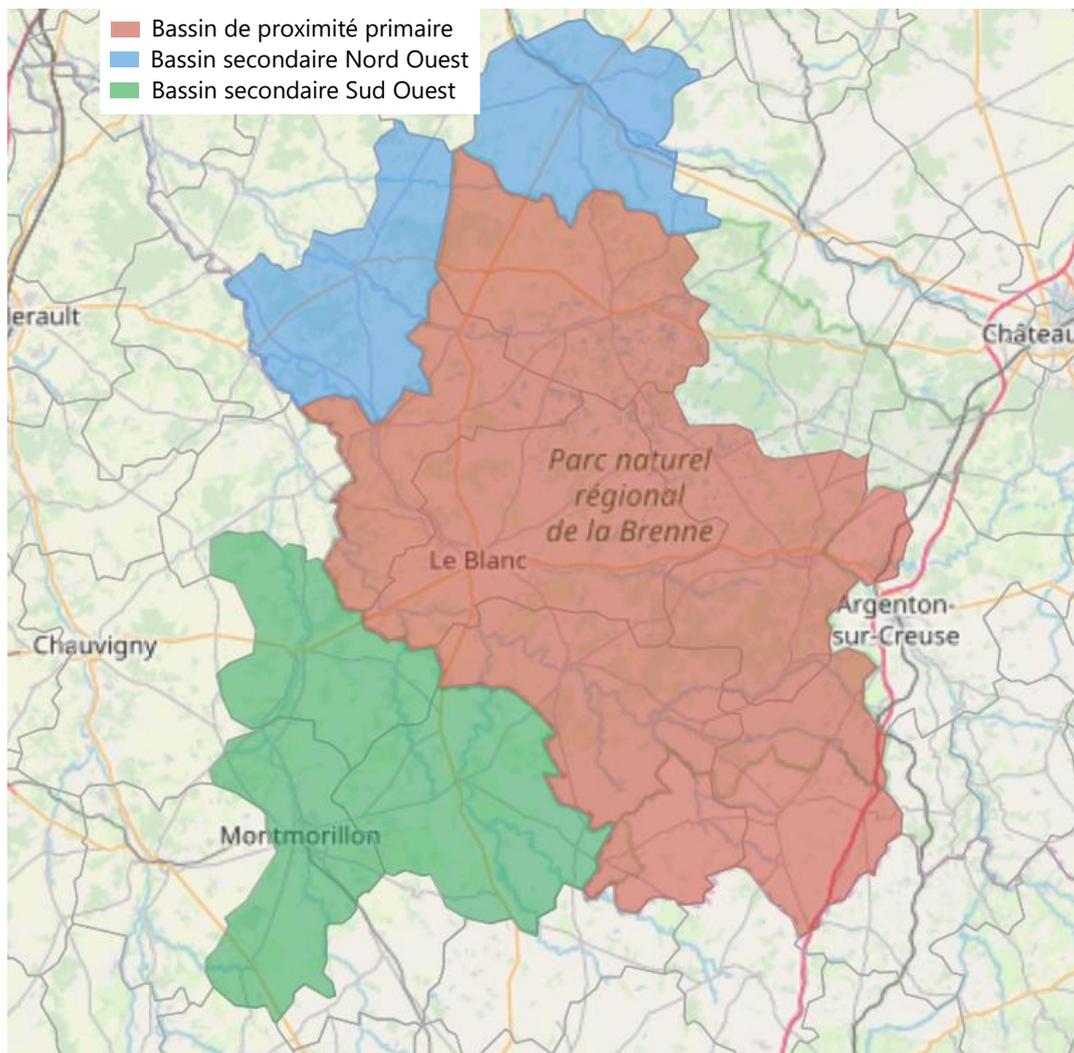
Bassin, zones isochrones 30min et 45min du Ch du Blanc

On notera par ailleurs que ce bassin sélectionné est en grande partie inclus dans la zone isochrone 45minutes de voiture du Ch du Blanc.

## Bassins secondaires

En complément de ce bassin de proximité primaire, nous proposons de créer deux bassins de proximité secondaires distincts :

- Un bassin au Nord-Ouest composé des codes géographiques de Preuilly sur Claise et Chatillon sur Indre (en bleu dans la carte ci-dessous)
- Un bassin au sud Ouest composé des codes géographiques de Montmorillon, St Savin et la Trimouille (en vert)



*Bassins de proximité secondaires du Ch du Blanc en Médecine Chirurgie Obstétrique*