

## Fiche 3-3 : Calcul du capacitaire cible d'un projet d'investissement immobilier

### A quel établissement s'adresse cette méthode ?

La méthode présentée dans cette fiche est celle utilisée dans le cadre du COPERMO mais est applicable à tous les établissements souhaitant l'utiliser.

### Rappel des objectifs nationaux

Le COPERMO recommande que le projet d'investissement étudié soit un levier d'efficience des organisations actuelles et futures permettant d'améliorer les différents indicateurs d'activité de l'établissement.

Les objectifs à atteindre sont notamment:

- d'optimiser les capacités en hospitalisations complètes actuelles en améliorant les indicateurs de performance de la prise en charge des patients tels que le taux d'occupation et la durée moyenne des séjours ;
- de développer la prise en charge ambulatoire (voir fiche2-3)
- d'ajuster les ressources humaines et notamment les maquettes organisationnelles (voir fiches 1-4 et 2-6)
- d'ajuster au mieux pour chaque secteur fonctionnel du projet les locaux de productions associés (box, salles,...)

Une maquette Excel est disponible et téléchargeable sur le DIPI et doit être complétée dès la phase d'éligibilité.

### Indicateurs et cibles

Indicateur	Source	Valeur cible
Nombre de lits par unités	SAE	28 à 30 lits
Taux d'occupation lits	HospiDiag	95% en médecine et chirurgie et 85% en obstétrique
IPDMS MCO	HospiDiag	0.94
Taux de rotation des places ambulatoires	HospiDiag	Supérieur à 130% sauf en oncologie : supérieur à 160%
Nombre de jours d'ouverture	SAE	365 jours en hospitalisation complète 250 jours en hospitalisation de jour

## Démarche à suivre pour la détermination du capacitaire cible d'un projet d'investissement

### A. Analyser les évolutions de l'activité et du positionnement territorial de l'établissement et le positionnement stratégique du projet d'investissement :

Par établissement, pour chaque site et pour l'ensemble de l'activité réalisée, en représentant de manière dynamique le positionnement de l'établissement sur son territoire de santé

⇒ Cf fiche 2-1 « Analyse du positionnement territorial » et fiche 3-1 « Opportunité et pertinence du positionnement stratégique du projet d'investissement au regard de son environnement ».

### B. Réaliser une cartographie des activités actuelles de l'établissement

Par site, par type d'activité, et par spécialité médicales : l'activité réalisée (journées, actes, interventions, ...), le capacitaire associé, les DMS, les taux d'occupation.

⇒ Cf fiche 2-3 « chirurgie ambulatoire » et fiche 2-5 « juste dimensionnement capacitaire »

### C. Définir sur le périmètre du projet d'investissement le capacitaire cible à partir des hypothèses d'évolutions d'activité

Définir l'organisation cible sur la base des projections d'activité réalisées et de l'optimisation des indicateurs de performance organisationnelle.

- Préciser pour chaque secteur fonctionnel et par unité du projet, les hypothèses de calculs (activités, DMS, TO, TCA...) en lien avec le projet médical et le positionnement stratégique de l'établissement
- Préciser le capacitaire cible retenu :
  - En explicitant les modalités de calculs (taux d'occupation...)
  - En s'appuyant sur les cibles de performance définies et détaillées ci-après,
  - En comparant le capacitaire cible retenu à celui obtenu après utilisation des modules 1 et 2 de l'outil AElipce (ratio d'activité par unité d'œuvre et par secteur fonctionnel) en explicitant les écarts pour l'ensemble des secteurs fonctionnels du projet.

## Rappel des cibles de performance

Le capacitaire cible pour l'hospitalisation conventionnelle du projet d'investissement se calcule à partir du nombre de journées actuels intégrant :

- l'optimisation des hypothèses d'IP-DMS cible citées ci-dessus ;
- l'optimisation des taux d'occupation ;
- les transferts de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire selon les cibles visées,
- les augmentations d'activité conformément avec la doctrine du COPERMO, avec comme plafond le taux annuel moyen entre 2015 et 2040 d'évolution de la population du département concerné jusqu'à 3 ans après la mise en service du projet (source Insee). ⇒ Annexe « Opportunité et pertinence du positionnement stratégique du projet d'investissement au regard de son environnement. »

Le capacitaire cible en hospitalisation complète découle à partir du nombre de journées optimisé ainsi projeté, divisé par 365 jours et multiplié par les taux d'occupation cible visés par le niveau national.

Le nombre de places projeté découle du nombre de séjours inférieurs à 24 heures intégrant les transferts d'hospitalisation complète vers l'ambulatoire (cf. détail ci-après) et les hausses d'activité éventuelles projetées divisé par 250 jours intégrant un taux d'occupation cible.

### A - Optimisation des IP-DMS et taux d'occupation sur la base des objectifs cibles fixés par le plan ONDAM 2015-2017 (source retenue par le COPERMO) :

TO	95% en médecine et chirurgie et 85% en obstétrique
IP-DMS MCO	0.94

Les cibles retenues lors de l'analyse du calcul du capacitaire cible d'un projet d'investissement en COPERMO sont donc en MCO un IP-DMS de 0.94 et un taux d'occupation de 95% en médecine et chirurgie et 85% pour l'obstétrique.

En psychiatrie et SSR, le TO cible recommandé est 98%.

### B - Optimisation du virage ambulatoire (cf l'instruction relative aux objectifs et orientations stratégiques du programme national de développement de la chirurgie ambulatoire pour la période 2015-2020 Annexe n°2 - Méthodologie de transférabilité des séjours de chirurgie réalisés en hospitalisation complète vers l'ambulatoire et rythme de progression au niveau national) :

La DGOS, l'ANAP et la CNAMTS portent des programmes d'actions complémentaires visant à développer la chirurgie ambulatoire depuis plusieurs années. Suite au rapport IGAS/IGF paru en janvier 2015 relatif au développement de la chirurgie ambulatoire, l'objectif affiché par le ministère en 2015 est d'atteindre un taux global national de chirurgie ambulatoire de 66,2% à horizon 2020. L'atteinte de cet objectif constitue par ailleurs un élément central du plan ONDAM 2015-2017 et doit contribuer très significativement à l'atteinte des objectifs d'économies. La fiche 2-3 « Fiche ambulatoire » détaille le rythme de progression annuel souhaité au niveau national pour atteindre la cible de chirurgie ambulatoire de 66,2% à horizon 2020.

#### ⇒ Concernant la chirurgie ambulatoire

Le potentiel de transférabilité des séjours d'hospitalisation complète (HC) vers la chirurgie ambulatoire (CA) est calculé en fonction du niveau de sévérité et de la durée des séjours. Une grille de calcul est présentée dans la fiche 2-3 « Fiche ambulatoire ».

Le COPERMO veille à ce que chaque établissement se base sur cette méthode pour fixer ses cibles à horizon 2020 en chirurgie ambulatoire.

Pour le calcul des places projetées :

- le taux de rotation cible visé en moyenne pour l'ambulatoire est de 1.3 et peut être ajusté à la hausse ou à la baisse en fonction des spécialités,
- le nombre de jours d'ouverture cible est de 250 jours.

#### ⇒ Concernant la médecine ambulatoire

Une réflexion est en cours pour déterminer les conditions de fixation des cibles ambulatoires en médecine. Dans l'attente d'une doctrine nationale stabilisée, le COPERMO demande à chaque établissement d'intégrer dans son projet médical, en fonction de ses spécialités, un plan d'actions de transferts de l'hospitalisation complète de médecine vers l'ambulatoire.

Pour le calcul des places projetées :

- le taux de rotation cible visé en moyenne pour l'ambulatoire est de 1.3 et peut être ajusté à la hausse ou à la baisse en fonction des spécialités,
- le nombre de jours d'ouverture cible est de 250 jours.

### C - Augmentation du nombre de journées calculées sur la base du taux annuel d'évolution de la population du département concerné de 2015 à 2040 (source INSEE) :

Comme détaillé dans la fiche 3-2 « Projections d'activité », le COPERMO veille à ce que le nombre de journées cible d'un projet d'investissement soit calculé sur la base du nombre de journées optimisées des IP-DMS et TO cibles, intégrant les transferts de séjours vers l'ambulatoire et actualisées en fonction du taux d'évolution annuel moyen de la population du département concerné entre 2015 et 2040 jusqu'à 3 ans après la mise en service du projet d'investissement.

Le COPERMO considère ces hypothèses comme un plafond à ne pas dépasser pour évaluer l'activité future de l'établissement porteur du projet d'investissement 3 ans après sa mise en service.

### Autres recommandations du COPERMO

Par ailleurs, le COPERMO préconise pour des raisons d'amélioration de l'efficacité économique, d'éviter les **hospitalisations de semaine** sauf pratiques médicales particulières à justifier.

### Exemple théorique

Pour cet exemple, « l'établissement X » étudié dispose de 130 lits et 13 places et se situe dans le département des Vosges. Les hypothèses prises dans le cadre de cet exemple sont inventées et ne correspondent à aucun établissement en activité.

« L'établissement X » souhaite calculer son capacitaire cible dans le cadre d'un projet de reconstruction à l'étude.

Pour information, le taux d'évolution démographique annuelle entre 2015 et 2040 est de +0.06%/an pour ce département (source INSEE).

Présentation de la situation actuelle de l'établissement en 2016

Les cases grisées sont des données réelles de « l'établissement X ».

Type d'activité (exemples)	Nombre de séjours > à 24H	Nombre de séjours < à 24H	IP-DMS	DMS	TO	Nombre de journées 2016	Nombre de lits théoriques 2016	Nombre de places théoriques 2016
Médecine	900		1,1	9,17	75%	8253	30	
Chirurgie	2800		1	9,35	72%	26180	100	
Chirurgie ambulatoire		2500			80%	2500		13
<b>TOTAL</b>	<b>3700</b>	<b>2500</b>				<b>36933</b>	<b>130</b>	<b>13</b>

TCA	47%
-----	-----

« L'établissement X », dans cet exemple, dispose de marges d'efficacité importantes qu'il pourra réaliser en optimisant ses durées moyennes de séjours et ses TO. En effet, les IP-DMS actuels sont élevés par rapport aux standards visés. Les taux d'occupation pourront également être optimisés de manière significative.

Une analyse des séjours d'hospitalisation complète (HC) de chirurgie va permettre à « l'établissement X » d'identifier le taux de transfert des séjours en HC vers l'ambulatoire.

En considérant que l'opportunité stratégique du projet d'investissement de « l'établissement X » soit validée par l'ARS, ce projet d'investissement sera un levier pour modifier et rendre plus performantes les organisations architecturales, médicales et soignantes. Le capacitaire cible est calculé dans le point suivant selon la méthode décrite ci-dessus.

Calcul du capacitaire cible et synthèse de la situation projetée après la mise en place du projet en 2026 (3 ans après la mise en service) :

Afin de calculer son capacitaire cible « l'établissement X » doit viser les hypothèses fixées par le niveau national en termes :

- d'IP-DMS,
- de taux d'occupation
- de chirurgie ambulatoire,
- d'augmentation d'activité en nombre de journées.

**❶ Etape 1 : Optimiser le capacitaire existant avec les cibles préconisées par le COPERMO en IP-DMS et en taux d'occupation :**

Dans cet exemple, les DMS actuelles passeraient :

- en médecine de 9.2 à 7.836 jours
- en chirurgie de 9.4 à 8.789 jours

et les taux d'occupation :

- en médecine de 75% à 95%
- en chirurgie de 72% à 95%

Cette première étape a comme conséquence une réduction du nombre de journées qui passent de 34 433 journées à 31 662, soit – 2 771 journées (soit -38 lits en optimisant les TO avec les cibles décrites ci-dessus).

En médecine, le nombre de journées avec l'optimisation de la DMS est calculé de cette manière :  $900 \text{ séjours} \times 7.836 \text{ jours} = 7\,053 \text{ journées}$ , soit un besoin de 20 lits ( $7\,053 / 365 \text{ jours} / 95\% \text{ TO}$ ), soit – 10 lits par rapport à l'existant.

En chirurgie, le nombre de journées avec l'optimisation de la DMS est calculé de cette manière :  $2\,800 \text{ séjours} \times 8.789 \text{ jours} = 24\,609 \text{ journées}$ , soit un besoin de 71 lits ( $24\,609 / 365 \text{ jours} / 95\% \text{ TO}$ ), soit – 29 lits par rapport à l'existant.

## ② Etape 2 : Calculer le nombre de séjours d'HC en chirurgie à transférer en ambulatoire

Sur les 2800 séjours de chirurgie en 2016, 700 séjours de chirurgie sont basculés en ambulatoire selon l'exemple ci-dessous :

Niveau de sévérité	1	1	1	1	1	2	2	2	TOTAL
Durée de séjour	1	2	3	4	> 4	3	4	> 4	
ex : Hypothèse de répartition des séjours en chirurgie vasculaire	405	350	95	100	100	80	670	1000	<b>2800</b>
Taux de transférabilité	80%	70%	20%	10%	10%	10%	5%	5%	
Calcul du nombre de séjours en HC à transférer en ambulatoire	324	245	19	10	10	8	33,5	50	<b>700</b>

Le taux de chirurgie ambulatoire cible visé à horizon 2026 est de 60% (pour cet exemple). Le taux de chirurgie ambulatoire est aujourd'hui de 47% en 2016.

Le nombre de séjours transférés de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire est de 700 séjours selon la grille ci-dessus pour atteindre la cible de 60% de taux de chirurgie ambulatoire en 2026.

Le transfert de 700 séjours d'HC vers l'ambulatoire a un impact sur le capacitaire projeté en lits (soit -18 lit).

En chirurgie, le nombre de journées intégrant le transfert des séjours vers la chirurgie ambulatoire est calculé de cette manière :  $(2\ 800 - 700 \text{ séjours transférés}) \times 8.789 \text{ jours} = 18\ 457 \text{ journées}$ , soit un besoin de 54 lits (18 457 / 365 jours / 94% TO), soit - 46 lits par rapport à l'existant.

L'écart en nombre de journées est de - 6 152 (soit 18 457 journées - 24 609 journées calculées dans l'étape 1). L'impact du transfert des séjours de chirurgie vers l'ambulatoire est donc de - 18 lits (soit - 6 152 journées / 365 / 95%)

NB : la grille fournie ne permet pas de calculer de manière précise le nombre de journées transférées en ambulatoire (cf. séjours pour lesquels la durée de séjour est supérieure à 4...)

L'exemple pris n'intègre pas de transfert de séjours de médecine vers des séjours en ambulatoire de médecine.

### ③ Etape 3 : Faire des projections d'activité en nombre de journées après ouverture du bâtiment

Les prévisions d'augmentation de l'activité projetée en 2026 sont calculées sur la base des hypothèses retenues dans la doctrine du COPERMO (cf fiche 3-2 « prévisions d'activité »).

Le nombre de journées prévues 3 ans après la mise en service du projet (2026) augmente sur la base du taux d'évolution annuel démographique de la population du département des Vosges dans cet exemple entre 2015 et 2040 (cf sources insee, Omphale 2010), soit +0.06% / an entre 2016 et 2026, soit 10 ans.

Dans cet exemple, la hausse d'activité étant quasi nulle, elle n'a aucun impact sur le capacitaire projeté (+ 153 journées, soit + 0.4 lit).

En médecine, le nombre de journées optimisées de la DMS, intégrant les évolutions d'activité est calculé de cette manière :  $(900 \text{ séjours} \times 7.836 \text{ jours} = 7\,053 \text{ journées}) \times (1 + 0.06\%)^{10 \text{ ans (2026-2016)}}$ , soit 7 095 journées, soit + 42 journées (7 095- 7 053), soit + 0.1 lit (42 journées / 365 / 95%)

En chirurgie, le nombre de journées optimisées de la DMS, intégrant le transfert de chirurgie ambulatoire et les évolutions d'activité est calculé de cette manière :  $(2\,100 \text{ séjours} \times 8.789 \text{ jours} = 18\,457 \text{ journées}) \times (1 + 0.06\%)^{10 \text{ ans (2026-2016)}}$ , soit 18 568 journées, soit + 111 journées (18 568 – 18 457), soit + 0.3 lit (111 journées / 365 / 95%)

**En consolidant l'ensemble des effets DMS, TO, TCA et activité, le capacitaire du projet de « l'Etablissement X » passe donc dans cet exemple de 130 à 74 lits soit – 56 lits (dont -10 en médecine et – 46 lits en chirurgie). Le nombre de places passe de 13 à 10 places malgré la hausse du nombre de séjours, le TO ayant dans cet exemple été optimisé de 80% à 130%.**

L'ensemble des calculs de cet exemple sont récapitulés dans le tableau présenté ci-dessous.

## Tableau de calcul du capacitaire cible donné en exemple

Type d'activité	Nombre de séjours > à 24H		Nombre de séjours < à 24H				IP-DMS		DMS		TO		Nombre de journées										Capacitaire cible 2026								
	2016 (1)	2026 (2) (avec transfert TCA)	2016	2026 (avec transfert TCA)	Ecart (2-1)	Impact en lits	2016	2026	2016	2026	2016	2026	2016 (3)	2016 avec DMS optimisés (4)	Ecart en nb journées (4-3)	Nb de lits 2016 (3 bis)	Nb de lits 2016 optimisés DMS et TO (4 bis)	Impact en lits de l'optimisation DMS et TO (4 bis - 3 bis)	Nb de journées avec impact du transfert TCA (5)	Ecart en nb de journées (5-4)	Impact en lits du transfert TCA	Nb de journées 2026 avec impact de la hausse d'activité (6)	Ecart en nb journées (6-5)	Impact en lits de l'évolution d'activité	Nb de lits 2016 (7)	Nb de lits cible 2026 avec évolution d'activité, optimisation DMS et TO (8)	Ecart (8-7)	Nb de places 2016 (9)	Nb de places cible (10)	Ecart (10-9)	
																															2016
Médecine	900	900			0		1,1	0,94	9,2	7,836	75%	95%	8 253	7 053	-1200	30	20	-10	7 053	0	0	7 095	42	0,1	30	20	-10				
Chirurgie	2 800	2 100			-700	-2,7	1	0,94	9,4	8,789	72%	95%	26 180	24 609	-1571	100	71	-29	18 457	-6 152	-18	18 568	111	0,3	100	54	-46				
<b>Sous total HC</b>	<b>3 700</b>	<b>3 000</b>	<b>0</b>	<b>0</b>									<b>34 433</b>	<b>31 662</b>	<b>-2 771</b>	<b>130</b>	<b>91</b>	<b>-38</b>	<b>25 509</b>	<b>-6 152</b>	<b>-18</b>	<b>25 663</b>	<b>153</b>	<b>0,4</b>	<b>130</b>	<b>74</b>	<b>-56</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	
Chirurgie ambulatoire			2 500	3 200																											
<b>TOTAL HC et ambulatoire</b>	<b>3 700</b>	<b>3 000</b>	<b>2 500</b>	<b>3 200</b>									<b>36 933</b>									<b>28 882</b>				<b>74</b>	<b>-56</b>	<b>13</b>	<b>10</b>	<b>-3</b>	

séjours transférés en ambulatoire

700

nb séjours HC en chir en 2026

53

2113

taux de chirurgie ambulatoire

2016	2026
47%	60%

nb séjours ambu en chir en 2026

46

3219

60% TCA

5332

Taux d'évolution annuel moyen du département des Vosges de 2015 à 2040

0,06%

Source INSEE : Scénario central OM PHALE 2010



## Contacts

- DGOS/bureau PF1 : [dgos-pf1@sante.gouv.fr](mailto:dgos-pf1@sante.gouv.fr)

- Rédacteur(s) : Magali Tribodet (DGOS) en lien avec l'ANAP
- Bureau(x)/mission(s) : SDPF1
- Date de mise à jour : Mars 2016