



UNIVERSITE DES SCIENCES ET TECHNOLOGIES DE LILLE 1
INSTITUT D'ADMINISTRATION DES ENTREPRISES

Ecole Doctorale : Sciences Economiques, Sociales de l'Aménagement et du Management
(SESAM)

Thèse préparée au sein du Laboratoire Lille Economie et Management
LEM - UMR - CNRS 8179
N°ordre : 41145

Thèse de
doctorat en
Sciences de
Gestion

25 juin

2013

**Développement d'une planification équitable des soins pour
lutter contre les inégalités territoriales :
l'expérience française.**

Réalisée par

Gwen Marqué

Soutenue publiquement le 25 juin 2013

Directeur de Recherche : **Nicolas Vaillant**

MEMBRES DU JURY :

Victor G.Rodwin, Professeur à New York University, rapporteur.

Jean-Paul Domin, Maître de conférences HDR à l'Université de Reims, rapporteur.

Benoit Dervaux, Maître de conférences HDR à l'Université Lille 2, suffragant.

Jean-Louis Salomez, Professeur à l'Université Lille 2, suffragant.

José Kobielsky, Professeur à l'Université de Reims, suffragant.

Nicolas Vaillant, Professeur à l'Université Catholique Lille, directeur de thèse.

Dédicace

A Magaly, Nino et Léone

Daniel, Coco,

Thomas,

Sylvain,

Albert.

Remerciements

Je remercie pour m'avoir accompagné dans cette aventure, mes Directeurs de thèse, Benoit Dervaux puis Nicolas Vaillant.

Je tiens à remercier toute l'équipe du Bureau R5, la sous-direction de la régulation au Ministère de la santé et l'ATIH pour notre collaboration et en particulier, Cécile Behaguel, Sylvain Baillot et Natacha Lemaire.

Je remercie Xavier Lenne, du CHRU de Lille et Sylvain Baillot, du Ministère de la Santé pour leur très précieuse collaboration concernant les analyses statistiques.

Je tiens à remercier pour leur implication, leur collaboration et leur intérêt, Annie Podeur, ancienne Directrice Générale des Soins au Ministère de la Santé, Daniel Lenoir, Directeur Général de l'Agence Régionale de la Santé et Dominique Deroubaix, ancien Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation du Nord-Pas-de-Calais.

Je remercie pour leur collaboration l'équipe de l'ANAP chargée du guide sur les coopérations et les projets médicaux de territoire et plus particulièrement Véronique Billaud et Alain Arnaud,

Je tiens à remercier tous les collaborateurs de l'ARH, de l'ARS avec lesquels j'ai eu l'occasion de mettre en œuvre des projets et plus particulièrement, mes collègues de l'équipe territoriale du Hainaut et les équipes qui ont travaillé sur les objectifs quantifiés de l'offre de soins tout au long de ces années dont Emmanuel Drouin, le premier à m'avoir encouragé à faire une thèse.

Je tiens aussi à remercier et saluer l'Equipe du DIM du CHRU de Lille et leur responsable, le Dr Didier Theis.

Je remercie infiniment pour son intérêt, son expertise et sa simplicité le Pr Victor Rodwin.

Je remercie le Pr Salem pour sa participation au comité de suivi de thèse et pour ses encouragements et sa pertinence sur le sujet.

Je remercie le Pr Salomez, avec qui j'avais eu un échange en début de thèse et qui m'avait fortement encouragé à poursuivre dans cette direction de l'équité.

Je salue mes collègues des autres régions avec qui j'ai pu échanger dont le Dr Didier d'Heve, Christophe Lapiere et bien d'autres.

Je remercie Bilal Majed pour ses conseils en statistique.

Merci à Magaly, mon épouse, pour son soutien et sa très précieuse relecture.

Je remercie mon père, Daniel, pour m'avoir transmis la passion des sciences de l'organisation, Albert Damiba pour mon parcours initiatique, ma mère pour son soutien et nos nombreuses discussions.

L'exercice des remerciements est difficile et très ingrat, on oubliera toujours quelqu'un. Lors de cette aventure de cinq années, j'ai croisé beaucoup de personnes qui ont contribué à m'aider, m'éclairer ou tout simplement m'encourager. Merci à tous.

Résumé

L'état de santé de la population française est parmi l'un des meilleurs au monde. Cependant, les inégalités caractérisent notre système de santé. Les dernières modifications de ce système peuvent les accentuer. Ainsi, la T2A, nouveau mode de tarification, doit être associée à un système de régulation. Pour cela, le modèle RAWP apporte une grille d'analyse pertinente.

Tout d'abord, au niveau local, une expérience d'analyse des besoins, de l'utilisation et de l'offre de soins d'une population d'un territoire permet de montrer que l'on peut détecter des problèmes d'accès aux soins et réorganiser l'offre. L'expérience de 2006 à 2011 de la région Nord-Pas-de-Calais propose une première approche de définition de cibles d'activité en fonction des besoins, mais les volumes de soins augmentent.

Ensuite, cette thèse a permis la conception d'une méthode nationale de la régulation des volumes de soins des régions de France, basée sur une analyse comparative des consommations de soins redressées par âge, par sexe et corrigées de la mortalité. Cela a permis de concevoir un modèle systémique national, régional et local de régulation des soins.

Enfin, pour ouvrir la réflexion à l'échelle des territoires de santé, une typologie des territoires de santé de France a été réalisée à partir des principaux facteurs du modèle (état de santé, utilisation et offre de soins) et des facteurs socioéconomiques liés à la population, et ceux liés au parcours de soins. L'analyse montre qu'il y a trois grands types de territoires de santé et qu'il faut donc adapter la stratégie de régulation: « attractifs-surproducteurs », « tout curatifs » et « dépendants sous-consommateurs ».

Mots-clés : Inégalité territoriale, planification, régulation, équité, besoins, utilisation et offre de soins.

Title

Development of equitable health care planning to fight against territorial inequalities: the French experience.

Abstract

The health of the French population is among the best in the world. However, inequalities characterize our health system. The latest amendments to the health care system might increase them. Thus, the new pricing method DGRs should be associated with a control system. In such a case, the RAWP model provides a useful analytic grid.

First of all, at the local level, an analysis of needs, use and provision of care for a population on a specific area shows that we can detect problems of access to care and reorganize supply. An experiment from 2006 to 2011 in Nord-Pas-de-Calais district offers a first approach to define target activities as needed, but the volume of care increases.

Second, this thesis has led to the development of a national method of regulation of care volumes in French regions. It is based on a comparative analysis of healthcare consumption adjusted by age, sex and mortality. This helped to develop a national, regional and local systemic model of care regulation.

Finally, to open the discussion at the level of health territories, a typology of health territories of France was carried out from the main factors in the model (health status, use and provision of care) and socioeconomic factors, as well as those related to care courses. The analysis shows that there are three types of health areas and therefore we have to adapt our control strategy: "attractive-overproducing", "all healing" and "sub-dependent consumers."

Keywords: Regional inequality, regulation, planning, equity, needs, utilization and provision of care.

Table des matières

1. Introduction – problématique.....	10
Deux constats majeurs du système de santé français	10
Le bon état de santé en moyenne mais une augmentation des inégalités	10
L'augmentation des dépenses de santé	11
Quels changements s'opèrent dans la régulation du système sanitaire français depuis 2004 ?	14
2. Modèles théoriques en planification sanitaire.....	26
2.1. Les définitions.....	27
2.1.1. La santé, les besoins de santé, les besoins de soins, la demande de soins	27
2.1.2. La Performance et les objectifs de la régulation.....	29
2.1.3. L'Equité.....	31
2.1.4. La Relation Prix / Volume / Qualité	33
2.2. Les Modèles.....	35
2.2.1. L'évolution des modèles	35
2.2.2. Les Modèles de relations entre Besoin /Utilisation et Offre (Andersen, RAWP)	37
2.2.3. Les modèles basés sur l'offre de soins	40
2.2.4. Les modèles géographiques.....	44
2.2.5. Les méthodes pour déterminer les ressources requises d'un territoire	46
3. L'expérience de la régulation au niveau local : « le management stratégique des territoires de santé »	48
3.1. Une meilleure prise en compte des besoins : l'exemple du territoire de Cambrai	48
3.2. Les 7 ETAPES de la Méthodologie de Management Stratégique des Territoires de Santé	51
ETAPE 1 : Etat de Santé de la population d'un territoire	56
ETAPE 2 : Niveau d'accès aux soins (ou niveau d'utilisation des soins)	56
ETAPE 3 : Des flux gradués de la proximité au niveau régional (Lieu de soins et fuites)	57
ETAPE 4 : Profil de marché des territoires (Lien entre la population et les établissements).....	58
ETAPE 5 : Adéquation entre l'offre et la demande.....	60
ETAPE 6 : Parts de marchés	61
ETAPE 7 Réorganisation.....	62
3.3. Focus sur les acteurs et la régulation du territoire	66
Lutter contre l'impossible « collectif » !.....	66

Les conditions de changement des acteurs pour passer d'une logique individuelle à une dynamique collective	68
4. L'expérience de la régulation au niveau régional : retour d'expérience du Nord-Pas-de-Calais de 2006 à 2011	70
4.1. Méthodologie	70
4.2. Données et calculs	71
4.3. Résultats.....	74
4.4. Discussion-Conclusion.....	77
5. L'appui à l'élaboration de la méthode de régulation nationale : déterminer des objectifs de soins régionaux équitables à partir des besoins de santé de chaque population.....	80
5.1. Identification des situations régionales possibles (Besoins / Utilisation / Offre) dans le cas d'une méthode nationale : Typologie simple des régions.....	80
Objectifs	80
Données.....	80
Méthodes	81
Résultats	82
Discussions / conclusions	84
5.2. La méthodologie de régulation nationale des volumes de soins basée sur les taux de recours corrigés par âges / sexes et « état de santé » (Circulaire nationale 12/2011)	85
Objectifs	85
Matériel et Méthodes.....	85
Résultats	88
Discussions / conclusions	96
5.3. Ouverture de la réflexion au niveau des territoires de santé et des autres critères à prendre en compte dans le modèle national : Typologie des territoires de santé 99	
Objectifs	99
Données.....	100
Méthodes	101
Résultats (Typologie).....	101
Discussions / conclusions	109
6. L'articulation du National au Local : Le Schéma Systémique de la Régulation	110
7. La conclusion	113
8. Les annexes.....	117

Publication 1 : Article revue « Gestion Hospitalière » 11/2009 : « Management stratégique des territoires ».....	117
Publication 2 : ANAP 01/ 2011, Guide National « coopérations territoriales »	124
Publication 3 : Circulaire 12/2011, Guide National sur les Indicateurs de Pilotage d'Activité	142
Publication 4 : Article revue « Gestion Hospitalière » 05/2013 : « Elaborer un outil de régulation équitable du système de soins local-régional-national ».....	175
Annexe du Chapitre 5 : Cartes des variables actives de la typologie des territoires de santé.....	181
Congrès international : Membre du comité scientifique du Congrès d'Angers sur le recours aux soins Nov. 2012.....	185
Colloque 1 : Présentation Colloque National sur l'ENCC Nov 2012	186
Colloque 2 : Présentation au Colloque annuel des Doctorants école biologie et santé, Faculté de Médecine LILLE2 du 15 septembre 2010	191
Colloque 3 : Présentation au Colloque National ANAP sur la performance du système de santé du 1er juin 2010	196
Colloque 4 : Présentation au Colloque National ANAP Coopération territoriale en santé du 15 mars 2011	204
Interventions au titre d'expert pour le Ministère de la santé : Membre du Groupe National sur la pertinence des soins, Séminaire sur la régulation des soins (CNAMTS – Secrétariat général - DGOS – DGS), Séminaires inter ARS SUD et NORD.	205
Formation : Intervention à l'Institut des Hautes études de protection sociale 4èm Cycle « Les nouveaux enjeux économiques et sociaux des politiques de couverture santé » le 21 mars 2013	210
Fiche-Projet intégrée au site de recherche intégré sur le cancer du Nord (SIRIC)	211
Travaux préparatoires à l'analyse nationale (Document de travail)	213
9. La bibliographie	221

« L'expérience immédiate de la vie résout les problèmes qui déconcertent le plus l'intelligence pure. »

William James, Extrait de « La volonté de croire »

« Une société s'autoproduit sans cesse parce qu'elle s'autodétruit sans cesse. »

Edgar Morin, Extrait de « Le paradigme perdu : la nature humaine »

« De même qu'il faut de la souffrance pour connaître le bonheur, il faut de la prose pour qu'il y ait poésie. »

Edgar Morin, Extrait de « Amour, poésie, sagesse »

1. Introduction – problématique

Deux constats majeurs du système de santé français

Le bon état de santé en moyenne mais une augmentation des inégalités

Lorsque l'on compare la mortalité évitable par le système de santé, entre les pays développés du même « niveau » que la France, on constate que le niveau de santé est meilleur que celui de nos voisins. ⁱ

Dans le bilan annuel de la santé en Franceⁱⁱ, l'espérance de vie progresse, et l'espérance de vie des femmes (84,8 ans) est parmi l'un des meilleurs et celui des hommes (78,2) est dans la moyenne. En 2010, l'espérance de vie à 65 ans des femmes et des hommes est la plus élevée d'Europe.

Si la situation générale de la santé des Français apparaît parmi la meilleure d'Europe, certains résultats restent à améliorer.

D'une part, la vie pour les femmes se prolonge mais n'est pas toujours de bonne qualité et pour les hommes la mortalité prématurée reste élevée. Pour les hommes, l'espérance de vie par rapport à l'espérance sans incapacité est stable. Pour les femmes, la situation se dégrade et l'espérance de vie avec incapacité augmente. La mortalité avant 65 ans est particulièrement défavorable pour la France comparée à d'autres pays de même niveau de développement. La mortalité prématurée représente 20% des décès et concerne 70% des hommes. 1/3 de ces décès prématurés est associé à des causes évitables par une action de prévention primaire.

D'autre part, et c'est un point persistant dans les constats sur l'état de santé en France, les inégalités territoriales et sociales de santé sont fortes. Ce constat n'est malheureusement pas nouveauⁱⁱⁱ. L'écart de l'espérance de vie à 35 ans entre un cadre et un ouvrier est de 6,3 ans pour les hommes et de 3 ans pour les femmes, et plus l'espérance de vie est courte, plus la part d'incapacité est importante. A âge égal pour les personnes de même sexe, l'existence et l'importance des problèmes de santé sont corrélées à la position sociale et au niveau d'études.

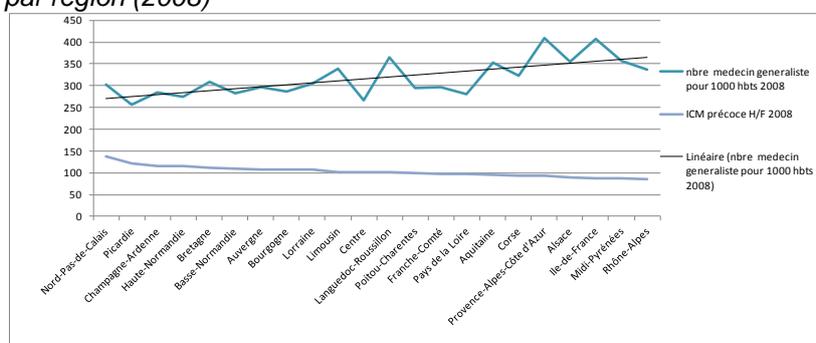
En 2005, les ouvriers comptent 10 fois plus d'obèses que les cadres alors qu'on en comptait 5 fois plus en 2002. Si l'obésité progresse chez les adultes partout dans le monde, en France l'évolution ralentit^{iv} mais les inégalités sociales face à cette problématique de santé semblent s'accroître. Les inégalités s'inscrivent dès le

plus jeune âge. Les enfants d'ouvriers ou les enfants vivant en ZEP ou en zone rurale ont un état de santé buccodentaire plus dégradé et sont plus souvent en surpoids que le reste de la population. Du point de vue géographique, il existe un gradient Nord/Sud pour la mortalité prématurée masculine, les régions du sud de la France ayant des indicateurs plus favorables.

Un autre constat, là aussi persistant : les inégalités de répartition des compétences médicales qui est inverse à celle des besoins. (Voir graphe 1).^v

Le Graphe 1 illustre le fait que plus un territoire a un indice comparatif de mortalité précoce élevé, moins il dispose de médecins généralistes.

Graphe 1 :
Densité de médecins généralistes et indices comparatifs de mortalité prématurée toutes causes h/f par région (2008)



Source : Fichier Adéli et base de données de la Fnors

Il apparaît évident que l'inadéquation entre la réponse aux besoins et les besoins eux-mêmes est productrice de mauvaise santé. C'est pourquoi, l'une des recommandations de l'OCDE^{vi} en période de crise est de s'assurer de prises de décisions rationnelles en matière de ressources pour le système de santé.

R. Wilkinson^{vii} montre que les pays qui sont les plus inégalitaires sont aussi ceux qui ont les plus mauvais résultats de santé parmi les pays de l'OCDE. Ces pays qui ont les écarts les plus importants, entre les 20% des revenus les plus élevés et les 20 % des revenus les plus faibles, ont les indicateurs de santé les plus dégradés. Des inégalités plus importantes au sein d'une même population produisent de mauvais résultats de santé.

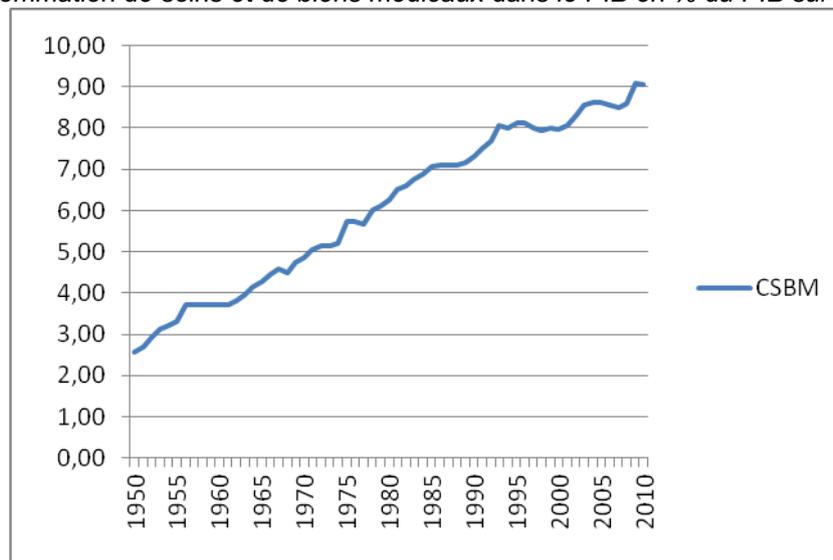
L'augmentation des dépenses de santé

La France comme d'autres pays d'Europe n'a plus les moyens de sa politique de santé. On semble parfois considérer que la santé est un produit de luxe et la maîtrise des coûts est difficile à mettre en œuvre dans un pays où l'offre de soins est parmi les plus importantes des pays de l'OCDE.

De 1950 à 2010, la part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB a été multipliée par 3,5 passant de 2,6% à 9,1% du PIB. Sur 60 ans, les dépenses de santé en valeur ont progressé à un rythme annuel moyen supérieur de 2,4 points à celui du PIB : +10,9% pour la consommation de soins et de biens médicaux contre 8,5% pour le PIB.^{viii}(Voir graphe 2 et 3)

Graphe 2 : ^{ix}

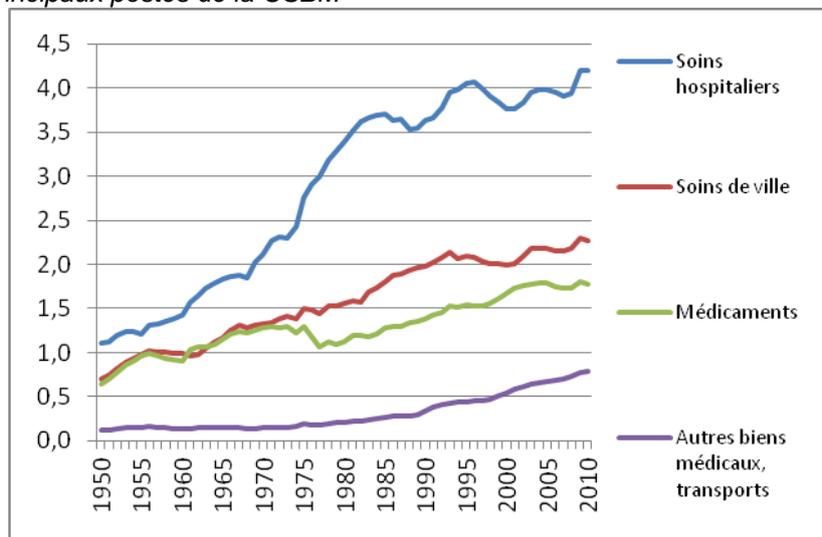
Part de la consommation de soins et de biens médicaux dans le PIB en % du PIB sur 60 ans



Sources - DREES pour la CSBM, INSEE pour le PIB – base 2005.

Graphe 3 :

Evolution des principaux postes de la CSBM

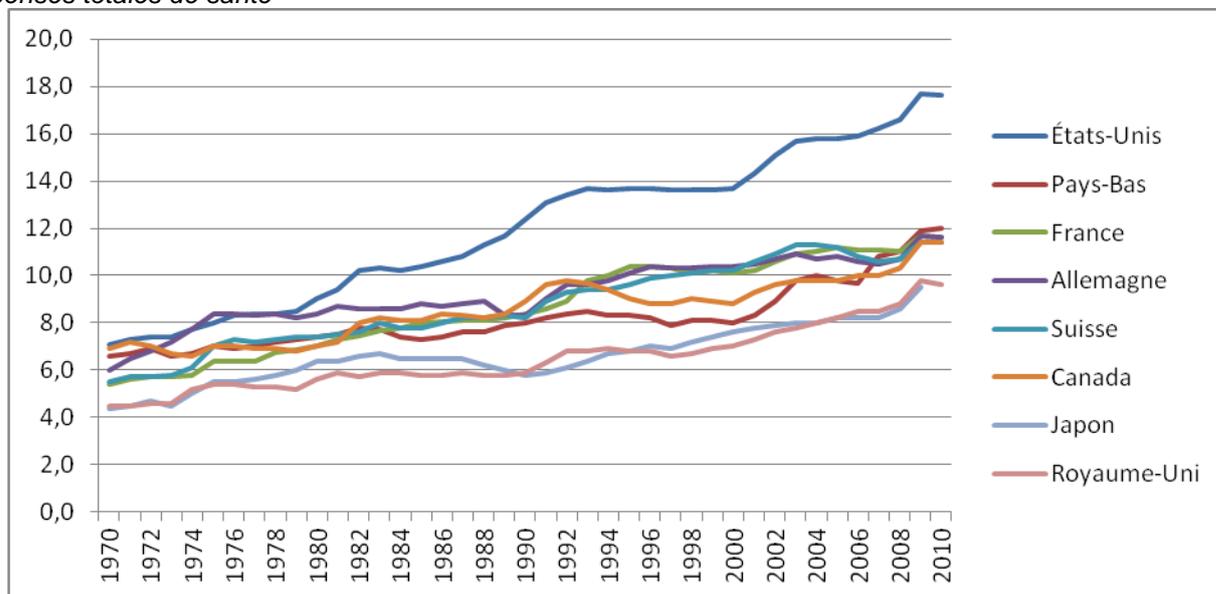


Sources • DREES, rétropolation des Comptes de la santé – base 2005.

La crise économique impacte l'ensemble des pays de l'OCDE. Les dépenses de santé étant financées aux trois quarts par les budgets publics, l'allocation des ressources et la recherche d'efficacité sont des priorités pour l'ensemble des pays. Les dépenses de santé ont progressé plus vite que la croissance économique dans

la plus-part des pays de l'OCDE durant ces 15 dernières années. D'après les projections de l'OCDE, ces dépenses pourraient croître de 50 à 90 % d'ici 2050.^x

Grphe 7 :
Dépenses totales de santé



Sources : Eco-Santé OCDE 2012. Note DREES : Chiffres modifiés par rapport à la base OCDE

Quels changements s'opèrent dans la régulation du système sanitaire français depuis 2004 ?

Comme la majorité des pays de l'OCDE, l'état de santé en France s'est fortement amélioré avec l'évolution de son revenu national^{xi}. Le vieillissement de la population et les épidémies industrielles créent une nouvelle pression sur l'offre de soins^{xii}, et la question du financement et de la maîtrise des dépenses de santé est de plus en plus sensible. Pays faisant partie des pays à "système d'assurance maladie" et non des pays ayant opté pour un système national de santé ou un système libéral, la France souhaite faire évoluer son système sanitaire^{xiii}. Elle a semblé, dans sa réforme, emprunter à l'Angleterre son "Gate Keeping", aux Etats-Unis sa tarification à l'activité^{xiv} et au Canada sa démarche d'analyse des besoins pour établir des objectifs de soins^{xv}. Certains auteurs^{xvi} ont analysé la proximité entre le système Français et celui des Etats-Unis.

Pourtant le système sanitaire français conserve des éléments majeurs et spécifiques de son système. La liberté d'installation des praticiens dans un contexte de départs en retraite importants, même pour un pays disposant d'un nombre de médecins par habitant parmi les plus élevés au monde, génère des inégalités d'accès aux soins notables.^{xvii}

La rémunération des praticiens à l'acte maintient pour l'instant une relation entre le praticien et son patient mais elle pousse à la consommation de médicaments et génère des inégalités de revenus marquantes entre les spécialités médicales.

Le maintien du tiers-payant et la diminution de certains remboursements par le système général d'Assurance Maladie est le deuxième élément, avec la tarification à l'activité qui semble orienter le système Français vers le système des Etats-Unis.

Dans la réforme actuelle^{xviii} les Agences Régionales de l'Hospitalisation, chargées de la planification sanitaire pour les hôpitaux ont évolué depuis le mois d'Avril 2010 vers des Agences Régionales de Santé, responsables régionales de tous les secteurs de la santé, la prévention, les soins de santé primaire et secondaire et le médico-social. Pour la première fois en France, pays de tradition de tous les cloisonnements, l'objectif d'une organisation plus globale de la santé semble être approché.

La régulation du système sanitaire est donc perturbée, les leviers du changement ne sont plus les mêmes.

L'augmentation du risque d'iniquité

La tarification à l'activité (T2A) est le principal mécanisme de répartition des moyens entre les établissements de santé et les territoires de santé pour les activités hospitalières. Elle semble, par sa souplesse, être un outil d'adéquation entre l'offre et la demande. Cependant, elle ne garantit pas une répartition équitable de l'offre de soins en fonction des besoins des populations ni un respect de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie.

L'instauration de la tarification à l'activité a été empruntée aux Etats Unis et une vingtaine de pays développés l'ont mise en place. Initialement, la DRG est un mode de tarification qui a pour objectif de stimuler l'activité et diminuer les problèmes de délais d'attente. Ce mode de paiement des prestations positionne les établissements en situation de concurrence^{xix}.

La T2A est basé sur des groupes homogènes de malades. Ces derniers sont associés à un tarif fixé à l'avance à partir d'un nombre limité d'établissements de référence. Ainsi, les établissements publics et privés sont rémunérés par leurs activités. Cette tarification est considérée comme équitable car elle fixe un même tarif pour un même profil de patients.

Ce mode de paiement peut potentiellement inciter les établissements à augmenter leur activité indépendamment des besoins de la population. C'est pourquoi les pays qui ont mis en place la tarification à l'activité y associent un contrat de type prix/volume avec les établissements pour canaliser ces dérives. Autrement dit, on garantit un niveau de tarif dès l'instant qu'on limite le niveau du volume réalisé.

La particularité de la France est que l'Objectif National de Dépense de l'Assurance Maladie (ONDAM) définit l'objectif national de dépenses pour les hôpitaux de court séjour public et privé. Le mécanisme de régulation est donc la baisse des tarifs en cas d'augmentation de l'enveloppe globale et non en cas d'augmentation de l'activité de chaque établissement.

Les établissements sans contrat prix/volume peuvent être incités à augmenter leur activité pour augmenter la baisse des recettes due à la baisse nationale des tarifs. Les hôpitaux risquent d'induire la demande pour des soins à forte rentabilité au détriment des soins « utiles ». Ce risque avait déjà été identifié au moment de la

mise en place de la T2A^{xx}. La baisse inéluctable des tarifs du fait de l'augmentation globale des volumes va augmenter la pression financière sur ces établissements. La réduction des durées de séjours pour augmenter le nombre de séjours risque pour certains soins d'engendrer des transferts de coûts et donc de soins en dehors des courts séjours vers les soins de ville ou les soins de suites. Dans ce dernier cas, la qualité de la prise en charge peut potentiellement se dégrader.^{xxi}

Le cadre concurrentiel et la course au volume peut inciter les établissements à développer des stratégies individuelles et potentiellement contradictoires sans prendre en compte les besoins des populations. Le principal absent de la démarche est la population du territoire local dont les besoins et la demande ne sont pas pris en compte dans la définition du tarif. Ainsi, si des établissements peuvent apparaître de plus en plus efficaces, la somme des établissements d'un même territoire peut ne pas l'être par l'abandon progressif de certaines prises en charge et l'augmentation inconsidérée d'autres. On rappelle que la définition de l'efficacité est l'atteinte des objectifs à moindre coût^{xxii}. Les objectifs sont bien ceux d'assurer un accès équitable à des soins de qualité en respectant l'enveloppe budgétaire disponible.

La liberté d'installation du corps médical peut aussi limiter l'effet régulateur de la T2A. L'effet T2A sur l'adéquation offre/demande pourrait être corrigé si la main-d'œuvre, autrement dit les professions médicales, était répartie en fonction des besoins et des possibilités de production de certains établissements. Mais le système de santé français est caractérisé par la liberté d'installation des médecins. La répartition des compétences médicales s'opère selon un gradient Nord-Sud et Ville-Rural sans prise en compte du niveau de besoins des populations.^{xxiii}

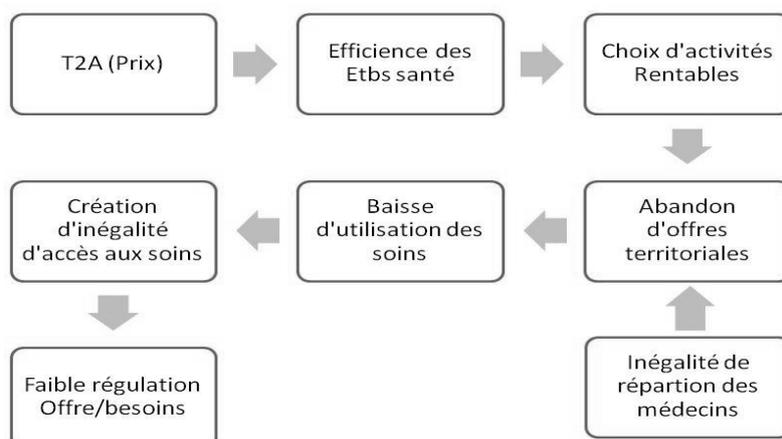
On constate que si la densité médicale est élevée dans le sud et dans les villes, elle l'est aussi dans les territoires où les populations ont des indices comparatifs de mortalité faibles.^{xxiv} Ceci sans supposer de corrélations entre offres de soins et état de santé. Ainsi, la répartition des professionnels de santé était déjà productrice d'inégalité d'accès aux soins et source d'abandon ou d'augmentation excessive d'offres territoriales ambulatoires et hospitalières.

L'absence d'outils complémentaires à l'échelle des établissements pour fixer des contrats volumes/prix en intégrant les besoins de la population ne peut inciter des médecins à quitter des territoires sur-dotés et aller vers des territoires où les besoins ne sont pas pourvus.

L'inégalité de répartition des médecins et les choix d'activités rentables des établissements de soins peuvent donc générer une baisse de certaines offres de soins, une baisse de l'utilisation de ces soins par les populations dans certains territoires et une concentration de l'offre dans d'autres territoires fortement génératrice d'effets induits.^{xxv}

Schéma 1 :

Le risque de production des inégalités d'accès aux soins



La dernière étude de l'IRDES sur l'évolution de la T2A en 2002 et 2009 confirme les hypothèses de ce chapitre^{xxvi}. Tout d'abord, l'augmentation des volumes d'activités est due à la T2A. "L'activité (nombre de séjours) et la production hospitalière (séjours pondérés par le case-mix) ont augmenté de manière soutenue entre 2002 et 2009 quel que soit le type d'activité avec une hausse plus marquée pour les séjours de chirurgie". Ensuite la productivité a augmenté ainsi que des indicateurs de qualité comme la mortalité hospitalière. Enfin, l'étude souligne une forte progression des taux standardisés de certaines pathologies légères et bien rémunérées. Le risque d'iniquité reste donc d'actualité.

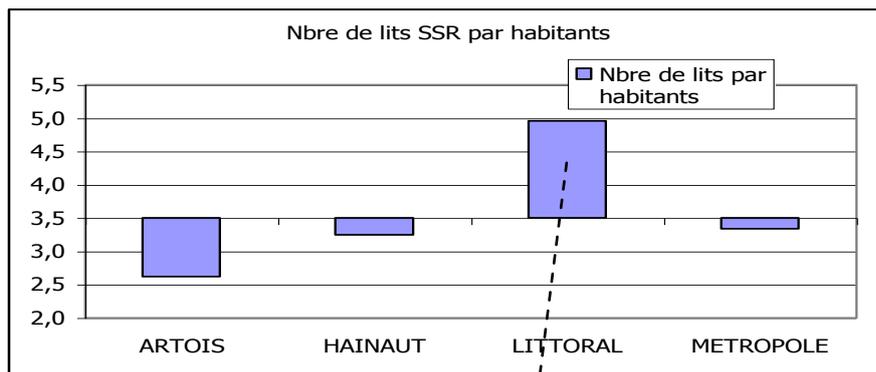
La disparition de la carte sanitaire basée sur les lits et la mise en place des objectifs en volume de soins : un nouveau paradigme

Pour maîtriser les dérives de surproduction de volumes d'activité et de dépassement de l'enveloppe nationale de l'Assurance Maladie d'une part et pour prendre en compte les besoins de la population dans la répartition de l'offre de soins, d'autre part, la réforme a mis en place les objectifs quantifiés de l'offre de soins. La méthodologie générale recommande de concevoir les objectifs quantifiés en prenant en compte les besoins de la population^{xxvii}. Sur la période de mise en œuvre de la réforme de 2006 à 2011, les objectifs quantifiés ont été mis en place dans les régions de France et la prise en compte des besoins de soins n'a pas été systématique dans ces mêmes régions.

La réforme de la santé de 2004 arrête donc la carte sanitaire basée sur une répartition cible de « lits par habitants ». Mais la notion de lits installés ou de lits autorisés ne représente pas la réalité de l'activité ni même parfois la réalité de ce qui est réellement installé. Comme ce que le système sanitaire belge nomme les lits « justifiés » qui sont les lits calculés à partir de l'activité réelle, le système français se basait sur les lits autorisés à un moment donné.

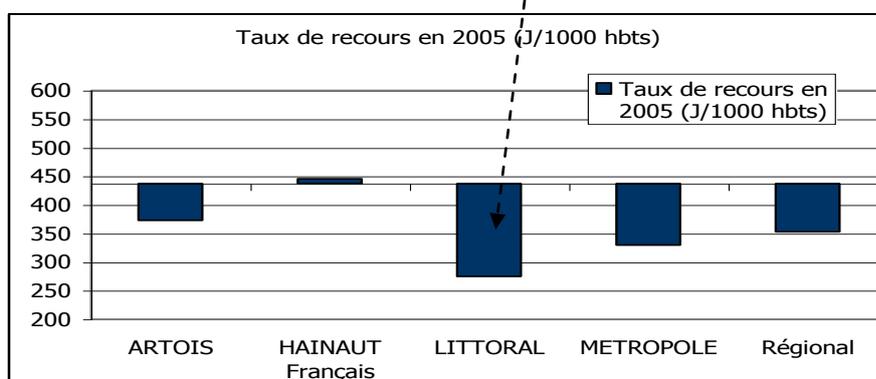
On peut constater par cet exemple des lits installés et de l'activité réelle en soins de suite en 2005 sur les 4 territoires de santé du Nord-Pas-de-Calais que les objectifs peuvent in fine être opposés entre les deux approches :

Graphe 4 :



Source : carte sanitaire 2004, ARH Nord-Pas-de-Calais

Graphe 5 :

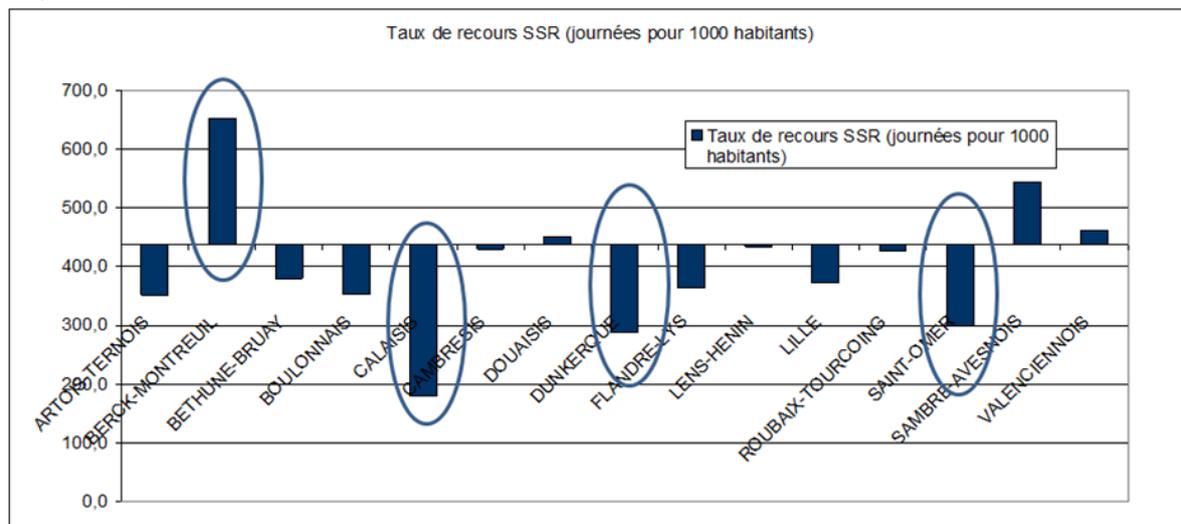


Source : pmsi 2005, ATIH, ARH Nord-Pas-de-Calais

Le territoire du Littoral qui est le plus pourvu en lits (graphe ci-dessus) est celui qui montre le niveau de consommation de soins le plus faible en soins de suite (graphe ci-dessous). Ce paradoxe semble dire que la population du territoire du Littoral ne profite pas de lits qui sont nombreux. Cela cache aussi une inégalité très forte de consommation de soins à l'intérieur du territoire du Littoral.

On constate (cf graphe ci-dessous) que ce même territoire est composé de territoires de proximité qui présentent les écarts les plus importants de la région entre sous-consommation et surconsommation. La zone de Berck qui a le plus de lits est aussi celle qui montre le niveau de consommation le plus élevé de la région (plus de 600 journées par an pour 1000 habitants) et la zone de Calais qui est la plus faible consommatrice de soins (moins de 200 journées par an pour 1000 habitants). Si dans un cas on peut poser l'hypothèse d'un effet induit de soins par l'offre de soins, dans l'autre cas, on peut poser l'hypothèse inverse d'une sous-consommation.

Graph 6 :



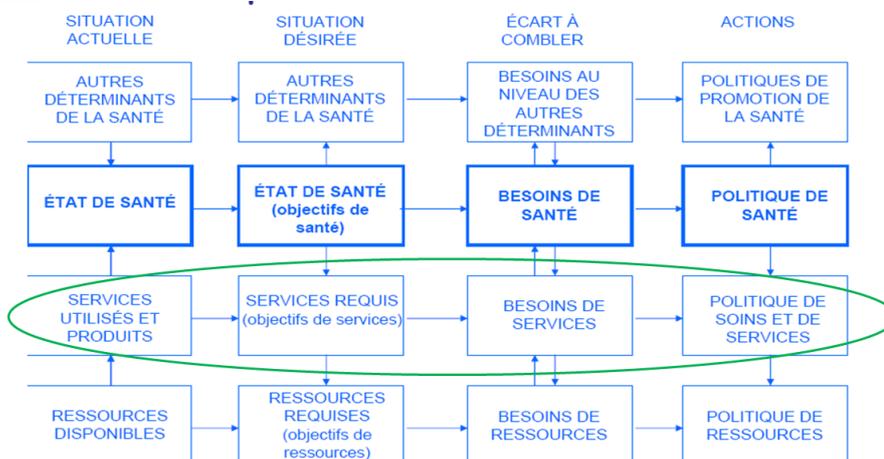
Source : pmsi 2005, ATIH, ARH Nord-Pas-de-Calais

En changeant d'indicateurs, les objectifs régionaux posés par les tutelles se sont parfois complètement modifiés. On peut supposer qu'ils sont devenus plus justes et plus pertinents. En tous cas, plus proche de la réalité. Ils sont aussi devenus plus complexes, ce qui n'est pas nécessairement un atout quand il faut construire des outils de régulation utilisables par tous.

La prise en compte des volumes ouvre une brèche vers une planification plus réelle basée sur l'utilisation des soins.

Le repère théorique de la planification de la santé de Daveluys et Pineault permet d'illustrer cette évolution Française (schéma 2)

Schéma 2 :



Pineault R, Lessard R. Le système de santé au Québec: objectifs de soins ou objectifs de santé? L'Union médicale du Canada 1984; 113; 751.

On peut considérer que dans une approche plus globale de la santé, la planification des soins quitte une planification des ressources autorisées (les lits) pour une planification basée sur l'utilisation des soins.

Le schéma théorique de la planification (voir ci-dessus) illustre bien les niveaux de planification dans le domaine de la santé. Le niveau des ressources correspond à la planification des moyens. D'une certaine manière, l'ancienne carte sanitaire qui répartissait les lits par territoire était à ce niveau. Les services utilisés et produits concernent les « besoins consommés » de la population. La nouvelle approche en France va se situer à ce niveau plus complexe mais plus réaliste de planification. En intégrant ce critère d'utilisation dans sa planification, on commence à prendre en compte les différences d'état de santé de la population, les différences de consommation, et donc la nécessité d'une réponse adaptée en fonction des situations de chaque territoire. C'est le début de l'équité.

La timide péréquation : La France est-elle capable d'équité ?

On constate une vision plus pertinente de la santé, Cependant, elle ne se traduit pas encore par une régulation plus équitable. La péréquation reste un sujet difficile à aborder. En France, elle a été tentée (voir rapport Cours des Comptes 2004) mais reste non pérenne. On constate qu'il y a des difficultés pour faire accepter des indicateurs plus réalistes et qui prennent en compte une partie des besoins. Actuellement, à part parfois un repère par les poids de population, les exemples d'une prise en compte des besoins pour mettre en place une équité horizontale, telle que l'a décrite Whitehead à l'OMS, est extrêmement rare. Cela pose la question politique, sociologique, culturelle et même historique du pourquoi la France refuse l'équité comme principe et s'en tient à une approche égalitaire de la planification de la santé.

Cependant, ce n'est pas parce qu'il n'existe pas d'équité dans les outils de régulation du système de santé français, que l'équité n'existe pas dans ce pays. M. Gusmano, D. Weiz et V.G. Rodwin ont comparé le niveau d'équité horizontal entre les résidents de Paris, Londres et Manhattan^{xxviii}. La zone de Paris est celle qui présente le niveau d'équité le plus élevé dans l'utilisation des soins primaires et

secondaires. La distribution de l'offre de soins et l'absence de barrières financières semblent être des éléments favorisant le niveau d'équité. Cependant, même si la distribution de l'offre de soins dans le territoire de Paris n'est pas représentative de celui des territoires de santé de France, l'équité n'est pas seulement à mettre en place mais finalement aussi à maintenir.

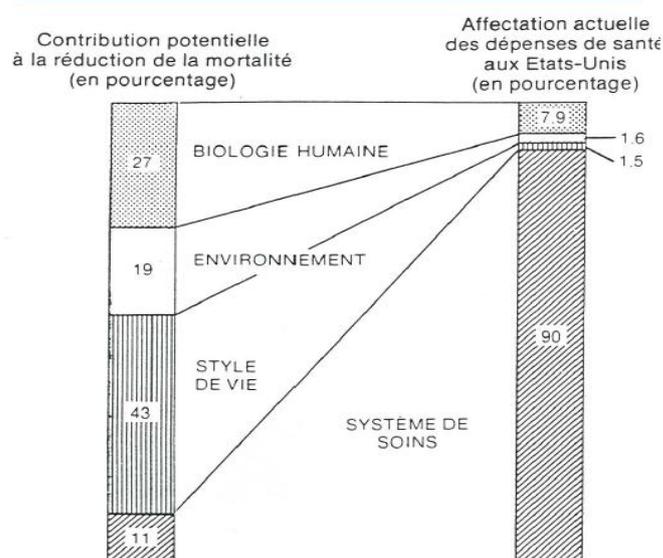
Il faut préciser que certaines régions ont cherché à développer des méthodes pour une planification à partir des besoins. C'est le cas de la Bourgogne qui a développé une planification populationnelle permettant une prise en compte plus juste des besoins hospitaliers^{xxix}. Cette méthode s'appuie notamment sur le recours aux soins national pour définir les nombres de lits cible par territoire.

La mise en place des Agences Régionales de santé : le développement de l'approche « parcours de soins » et la possibilité d'une nouvelle « posture ».

Amorcée en 1996, par la mise en place des ARH, la régionalisation de la santé devait quelques années plus tard réunir l'Etat et une partie de l'Assurance Maladie en région au sein des Agences Régionales de Santé créées en 2010.

L'amélioration de la santé nécessite une approche globale. Les facteurs qui ont amélioré la santé ne sont pas essentiellement les offreurs de soins (voir Schéma 3)

Schéma 3 :



Tiré de Dever G.E.A. "An Epidemiological Model for Health Policy Analysis". Soc. Ind. Res., 19: 2, p. 465.

Il apparaît évident de réunir dans une même logique la promotion de la santé, la prévention, dont l'environnement, l'offre de soins ambulatoire, l'offre de soins de second recours, public et privé, et l'offre médico-sociale.

Dès l'instant que l'ARS se met en place, la perspective d'une approche plus transversale de la santé peut s'envisager.

Le renforcement des plans et des contrats (Plan Régional de Santé, Contrats d'Objectifs et de Moyens, démocratie sanitaire)

Le Schéma 4 ci-dessous montre l'ensemble des composantes réglementaires des Plans Régionaux de Santé des Régions de France. Ces schémas sont obligatoires et organisent la santé et les soins préventifs, sanitaires et médico-sociaux pour une période de 5 ans.

Schéma 4 :



Après la mise en place des SROS I puis II et III, la planification sanitaire en France a développé la culture du schéma, avec des annexes organisationnelles opposables et une mise en œuvre au niveau de chaque établissement de santé via les contrats

d'Objectifs et de Moyens. L'Agence Régionale de Santé va tout naturellement rassembler dans un Plan Régional l'ensemble des dispositifs de planification qui préexistaient dans chaque secteur de la santé. Ces dispositifs comprennent une dimension stratégique mais aussi une dimension opérationnelle pour déterminer les développements possibles pour chaque thématique de spécialité ou populationnelle.

2. Modèles théoriques en planification sanitaire

La planification sanitaire vise à organiser le système de santé en fonction des besoins de la population et des moyens disponibles. Il est nécessaire de définir les besoins de santé et besoins de soins, la performance du système de santé et la notion d'équité avant d'appréhender les modèles en planification sanitaire.

Ces derniers ont été abordés par des disciplines différentes. Les nombreux auteurs qui ont traité de l'équité comme facteur majeur de performance du système de santé ont positionné ce critère au cœur de la répartition des moyens dans les territoires de santé des pays. C'est notamment à travers ces modèles que l'on identifie les relations entre les besoins, la demande, l'offre de soins et les facteurs extérieurs au système de soins.

Les économistes de la santé ont abordé la planification sous l'angle de la régulation du système de santé en se basant sur les lois fondamentales qui permettent de traiter le lien entre les prix, les volumes d'activité et la qualité des soins^{xxx}.

Les économistes et les sociologues ont modélisé la question de la planification à l'échelle des acteurs. Les relations entre le soignant et le patient, les logiques d'acteurs sont des facteurs déterminants de la régulation du système de santé.

Les référentiels de l'organisation des entreprises et du management par projet apportent aussi des dimensions essentielles au modèle de planification sanitaire.

Ce chapitre aborde les principaux référentiels dans le domaine de la planification et les méthodes en planification sanitaire.

2.1. Les définitions

2.1.1. La santé, les besoins de santé, les besoins de soins, la demande de soins

Dès l'instant que l'on traite de la planification et de la régulation de la santé, il est nécessaire d'aborder la question de la définition de la santé et des besoins.

La santé reste une notion relative^{xxx}. Effectivement, considérer qu'une population est en mauvaise santé est souvent lié à des éléments de comparaison avec d'autres populations. Cela est aussi lié à la nature des indicateurs qui vont la qualifier et à l'avancement de la connaissance sur les pathologies et leurs causes et les capacités à apporter des solutions à ces problèmes de santé. Les dimensions économique, politique et sociale interviennent aussi dans la qualification de la santé d'une population. Le moment où une pathologie devient prioritaire par rapport à une autre : cela peut être dû à des choix de société à un moment donné.

Les définitions de la santé sont peu utiles et ne sont pas toujours opérationnelles^{xxxii}. L'OMS propose la définition suivante : « La santé est un état complet de bien-être physique, mental, social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».

De nombreux auteurs positionnent la notion de bien-être au cœur de la définition de la santé notamment pour positiver la mesure de l'état de santé. On peut constater qu'en général, la santé est mesurée avec des indicateurs négatifs comme la morbidité et la mortalité. C'est le cas de l'OMS qui quantifie la santé par des indicateurs de mortalité^{xxxiii} pour les objectifs du millénaire, ceci même si la qualité et la complétude des données de mortalité, de morbidité et des facteurs de risques restent encore insatisfaisantes.

La santé est donc un concept relatif qui est fonction des individus, de leur perception, du contexte social et culturel dans lequel ils évoluent^{xxxiv}.

Les besoins de santé, besoins de soins

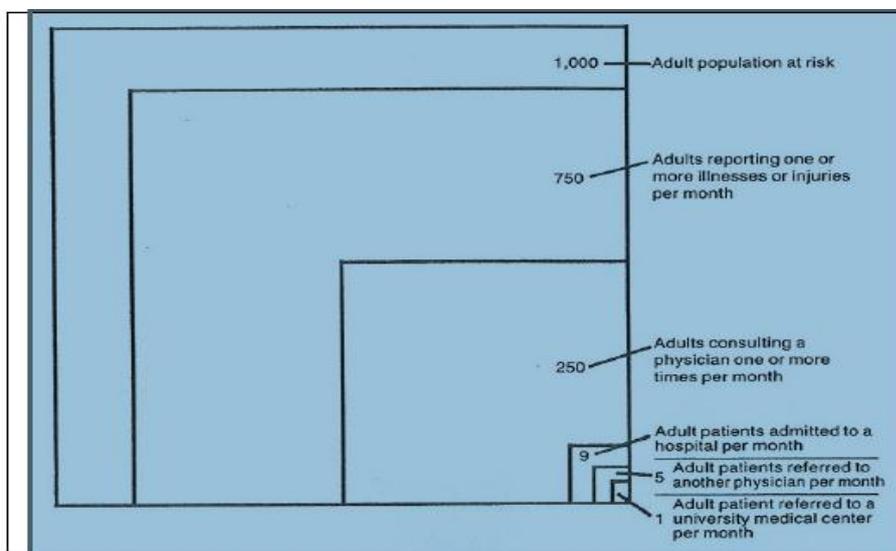
Il est nécessaire de différencier les besoins de soins des besoins de santé^{xxxv}. Daveluy traite clairement ces deux types de besoins dans son modèle sur la planification sanitaire. Effectivement, le besoin de santé fait appel à une réponse sur le maintien dans une bonne santé, sans nécessairement développer une offre de soins, alors que le besoin de soins sollicite une réponse du système de soins

La notion de besoin de santé se définit par l'écart entre un état de santé d'une population actuelle et un état de santé futur souhaité. La notion de besoin, particulièrement complexe se situe par nature dans une logique de projection donc de projet de changement. En planification sanitaire, il est nécessaire d'objectiver ces états ainsi que les critères de choix des segments de la santé qui devront évoluer^{xxxvi}. La notion d'objectivation de la santé peut intervenir soit par des données objectives venant de l'épidémiologie par exemple ou par les acteurs de terrain qui peuvent rendre objectif un problème de santé reconnu par tous.

L'idéal est d'ailleurs de pouvoir conjuguer les deux approches, mais nous y reviendrons dans un prochain chapitre.

La notion de besoin de santé est proposée par KL White et al. The ecology of medical care. NEJM 1961;265 : 885-892 (Voir schéma 5)

Schéma 5 :



Les volumes de soins consommés sont une expression d'une partie du besoin de soins :

Les besoins de soins réels sont difficilement mesurables, c'est pourquoi il nous a été proposé plusieurs notions pour approcher la définition des besoins réels de soins xxxvii:

- Les besoins satisfaits et exprimés qui correspondent à la consommation de soins (mesurée par les données du PMSI, les taux d'occupation...)
- Les besoins diagnostiqués par un professionnel de santé (admission en affection longue durée, mortalité....)
- Les besoins ressentis par la population qui sont le reflet de la santé telle qu'elle est perçue par les individus (enquête décennale santé INSEE, enquête soins et protection sociale du CREDES...)

Cette approche développée dans la loi de santé publique de 2004 propose donc un cadre pour l'utilisation des consommations de soins.

2.1.2. La Performance et les objectifs de la régulation

La notion de performance d'un système de santé est à la fois son efficacité, c'est-à-dire sa capacité à améliorer la santé d'une population et son efficience, l'atteinte des objectifs avec des moyens limités.

L'OMS propose qu'un système de santé est performant s'il répond à trois objectifs principaux : améliorer la santé, mieux répondre aux attentes de la population (réactivité) et assurer l'équité de la participation financière.

Améliorer la santé signifie à la fois améliorer l'état de santé moyen et réduire les inégalités de santé. La réactivité comprend deux éléments majeurs : a) le respect des personnes (dignité, confidentialité et droit des personnes et des familles à disposer de leur propre santé) ; b) l'orientation client (prise en charge immédiate, accès aux réseaux d'aide sociale pendant les soins, qualité de l'environnement et choix du prestataire). La participation financière est équitable si chaque ménage paie une juste part des dépenses de santé totales d'un pays (il se peut donc que les ménages très pauvres ne paient rien du tout), ce qui suppose une protection universelle contre les risques financiers que présentent les soins de santé.

La notion de mesure de la santé est en elle-même parfois peu satisfaisante^{xxxviii}. Quoiqu'il en soit, la notion de performance implique aussi des choix dans l'outil de mesure et dans les objectifs souhaités, ceux-ci étant aussi souvent basés sur la comparaison entre des systèmes de santé.

On retrouve les difficultés et parfois la polémique concernant la définition et la mesure de la performance des systèmes de santé selon que le curseur de la mesure se situe vers l'amélioration de la santé ou vers la mobilisation optimale des moyens pour un meilleur résultat.

A titre d'illustration, l'Agence Nationale d'Amélioration de la Performance s'attache surtout à développer l'amélioration de la performance de chaque hôpital. La prise en compte de la performance du système de santé sur un territoire, c'est-à-dire la réponse apportée par le système de santé à la population, est extrêmement rare. La préoccupation étant portée sur l'équilibre financier des établissements, on risque in fine d'avoir des établissements de santé « rentables » et une offre de soins qui ne répond plus complètement aux besoins de la population.

Les objectifs de la régulation retenus dans cette thèse sont donc les suivants :

- Maitriser les dépenses collectives de santé
- Assurer l'équité d'accès aux soins
- Garantir la qualité des soins

L'équité étant un concept important de cette thèse, il est nécessaire d'approfondir ce concept.

2.1.3. L'Équité

Définitions

L'équité d'accès aux soins est une préoccupation de tous les pays de l'OCDE. La France à la fin des années 90, a mis en place la péréquation, mécanisme ponctuel créant des inégalités territoriales de l'offre de soins pour répondre à des inégalités de répartitions des besoins.

L'équité d'accès aux soins est définie par Whitehead M. (WHO 1990) comme un égal accès à des soins disponibles pour des besoins égaux, une égale utilisation des soins pour des besoins égaux et une qualité égale pour tous.

On distingue l'équité horizontale qui vise à allouer des ressources équivalentes pour des besoins équivalents et l'équité verticale qui vise à allouer des ressources différentes pour des niveaux de besoins différents. L'équité horizontale dans lequel se situe cette thèse aborde le sujet complexe d'une réponse identique pour des besoins identifiés qui serait similaires. La complexité du sujet vient de la notion de besoins identiques qui est difficile à définir. Cependant, on se situe au carrefour entre la santé publique et l'économie. Les critères qui pourraient définir des besoins identiques entre deux populations différentes seront nécessairement partiels mais permettront de quitter une logique de répartition des moyens arbitraire et en tout cas peut-être égalitaire mais injuste. P. Braveman, précise que l'équité et l'égalité sont distincts mais le concept d'égalité est indispensable pour rendre opérationnel et pour mesurer l'équité en santé.

P. Braveman rappelle que l'équité est une valeur éthique basée sur les principes des droits de l'Homme. Elle ne peut donc pas être directement mesurée. Elle se définit par l'absence de disparités par rapport à la santé pour les populations ayant des désavantages sociaux comme être pauvre, être une femme (ex : inégalités de salaires), être membre d'un groupe social, d'une religion, appartenir à un territoire. Etre équitable en santé signifie avoir une opportunité égale d'être en bonne santé pour tous les groupes de population.^{xxxix}

L'équité en santé suppose que les ressources sont réparties et le processus défini pour égaliser les dépenses de santé des groupes sociaux défavorisés. On se situe plus dans l'équité verticale.

Pour Penchansky, l'équité d'accès aux soins comprend plusieurs dimensions qui interagissent entre la demande de soins et le fournisseur de soins : la disponibilité des ressources (volume), l'accès géographique (spatial), l'organisation (délai, attente), la capacité de paiement de la population.

Méthodes de mesure

L'OMS (JL Murray) propose de définir et mesurer les inégalités de santé : une approche basée sur la distribution de l'espérance de vie.

La santé est un facteur intrinsèque au bien-être, la mesure doit refléter les inégalités de santé, qu'elle soit fatale ou non. L'élément important est la distribution de l'espérance de vie parmi les individus. L'inégalité de la santé peut se mesurer à partir des écarts individuels par rapport à la moyenne (écart des individus par rapport à la moyenne de la population) ou les écarts inter-individus.

Le but est de comparer la distribution de l'état de santé au sein de la population et de comparer entre elles les distributions dans des populations différentes.

L'amélioration du niveau moyen de la santé n'est pas un indicateur suffisant de la qualité d'un système de santé, la manière dont elle est répartie est de plus en plus importante.

Equité et utilisation des soins

On constate que les référentiels théoriques majeurs de l'équité d'accès aux soins de santé situent l'utilisation des soins au cœur de la mesure de l'inéquité d'accès aux soins (Andersen, Penchansky, Donabedian, Wagstaff, Carr-ill , Cuyler, Mooner) et étudie systématiquement les liens avec les ressources et les besoins. Cet indicateur fait une entrée timide dans le système de régulation français par les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins.

*« The proof of access is use of service, not simply the presence of facility »
Donabedian A.*

La recherche s'est dirigée vers l'étude de l'accès aux soins à l'échelle des individus en modélisant leur comportement d'utilisateur de soins (Andersen, Rosenstock) ou vers la mesure de l'équité des systèmes de santé en direction de certaines populations (revenus, CSP, groupes sociaux, genres, territoires ...) (Wagstaff, Van Doorsler, Murray). D'autres études sont plus globales et sur les systèmes de régulation et d'attribution des ressources en fonction des besoins (Carrill, Smith, Penchansky), elles sont plus centrées sur les interrelations entre l'offre, l'utilisation et les besoins.

La problématique est d'abord de pouvoir identifier les problèmes d'accès aux soins et de proposer une régulation en menant une action sur les éléments qui ont un degré de changement élevé (Andersen) comme l'offre de soins, contrairement à la démographie, la structure démographique ou les revenus.

Les modèles d'allocation de ressources à partir des besoins de soins sont plus pertinents pour la problématique même si les 2 autres types de modèles pourront servir de support à l'analyse. Le modèle retenu est celui de Carr-ill, (RAWP)

On ne se situe donc pas dans le comportement individuel d'utilisation des soins, ni dans la mesure de la qualité de la prise en charge.

2.1.4. La Relation Prix / Volume / Qualité

En économie de la Santé, pour répondre aux trois objectifs de régulation précisés dans le chapitre « performance et objectifs de la régulation », on s'appuie sur trois objets à réguler :

- Les prix
- La quantité
- La qualité

La relation entre le prix et la quantité est précisée par Ignacio Ramonet dans les relations entre l'offre de soins, la demande et la dépense. L'offre de soins est le produit du revenu des professionnels en salaire (S) et en honoraire par leur nombre (N). $(H+S) \times N$. La demande est la consommation de soins calculée par le produit du prix (P) unitaire des soins par la quantité de soins (Q). $P \times Q$. Les moyens de financement ou la dépense sont les impôts ou les cotisations, le coût supporté par les malades et les primes d'assurance. $(I+C)+M+A$.

On a l'égalité suivante : $(H+S) \times N = P \times Q = (I+C) + M+A$

Les conséquences directes de cette double égalité est l'interdépendance entre les éléments qui la composent.

Demande et offre de soins sont par nature illimités. La population demandera un volume de soins plus important et un prix toujours plus élevé. L'offre de techniques nouvelles et de personnels médicaux toujours plus nombreux et qualifiés, espérant des revenus supérieurs, souhaite y répondre. Les intérêts des offreurs et des demandeurs vont dans le même sens. Les trois payeurs que sont la collectivité, les malades et les assureurs doivent réguler l'offre et la demande. Le Parlement contrôle l'argent public et détermine les populations couvertes et le panier de soins remboursable.

La qualité des soins n'est pas l'élément central de cette thèse. A titre d'exemple, on s'attache à considérer le concept d'utilisation des soins, et non de prise en charge. L'OMS distingue bien la notion de « contact aux soins » de la notion de traitement. Dans le premier cas, on a un indicateur qui aide à la planification. Dans le second, il est plus sur le champ de la pertinence et de la qualité des soins.

Cependant, la qualité et les volumes de soins sont intimement liés. Bon nombre de sociétés savantes recommandent un seuil minimum de pratiques pour assurer un seuil minimum de qualité. A titre d'exemple, la Société Française de Chirurgie recommande 400 actes minimum par an pour un praticien pour assurer un niveau minimum de qualité. Ce point est différent d'un seuil par établissement comme cela a pu parfois être proposé (exemple : un seuil minimum de 1500 séjours par établissement en chirurgie).

2.2. Les Modèles

2.2.1. L'évolution des modèles

En 1993, Le « rapport Soubie » juge le système de santé actuel « à bout de souffle » (organisation, financement). Il préconise la création d'« Agences Régionales de Santé » dotées d'enveloppes fixées au niveau national, qui négocieraient les tarifs et les volumes avec tous les producteurs de soins (médecins, hôpitaux). Une révolution conceptuelle ^{x1}. C'est aussi dans ce rapport qu'il est fait état de l'évolution nécessaire du mode de régulation.

Robert G Evans et Grégory Stoddard^{xli} ont montré que le modèle médical de la santé n'était pas valide car d'autres facteurs que le soin étaient majeurs dans l'amélioration de la santé d'une population.

Les modèles ont ainsi évolué selon la complexité suivante (Commissariat au plan santé 2010) :

Schéma 6 : Modèle médical de santé

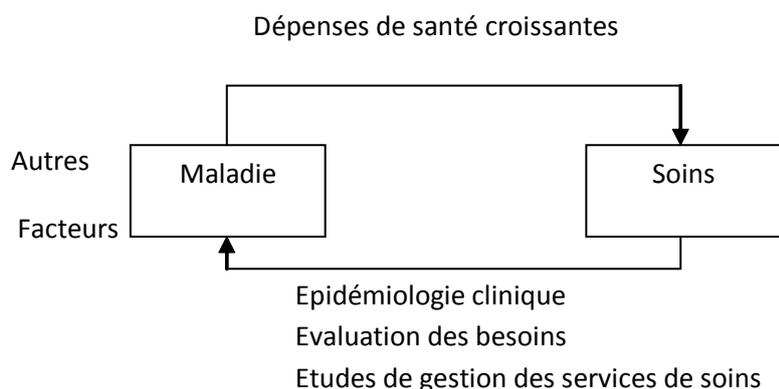


Schéma 7 : Modèle de la santé publique

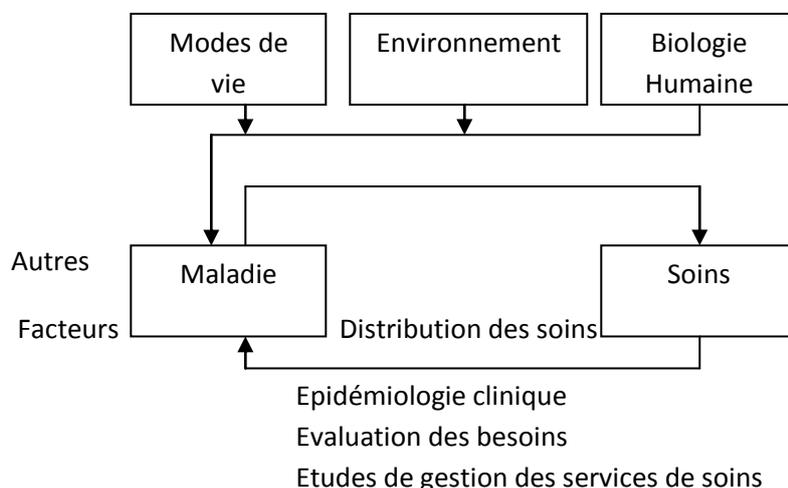
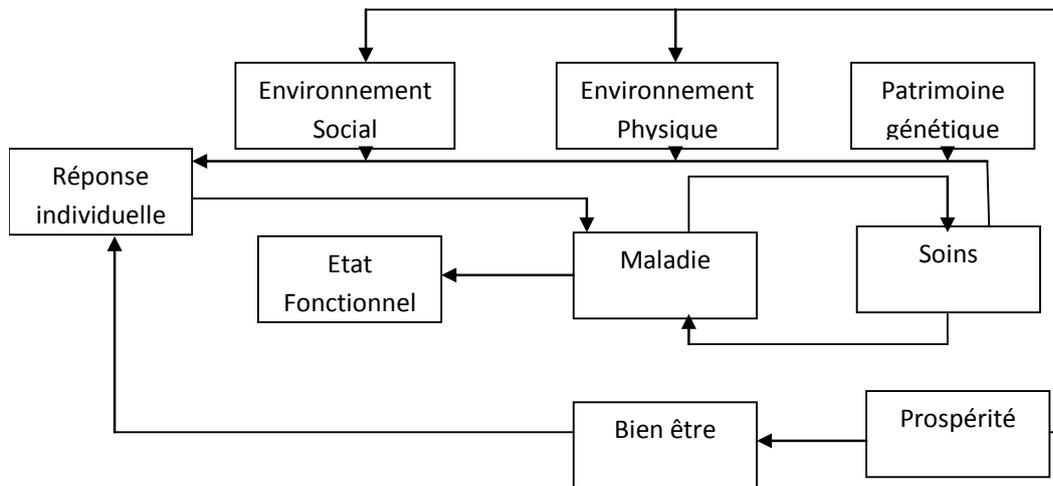


Schéma 8 : Modèle sociopolitique de la santé



Pour finir sur ces éléments sur l'évolution des modèles, la régulation par l'écosystème donne naissance au modèle écologique xlii

Le réchauffement climatique, la pollution des sols, la diminution des forêts sources sont autant d'exemples qui démontrent que l'écosystème humain se dérègle progressivement en grande partie à cause de l'activité humaine. Selon le rapport Stern, remis en 2006 au gouvernement britannique, le réchauffement pourrait coûter 5500 milliards d'euros à l'économie mondiale et ne résisterait pas à une dégradation massive de l'environnement.

Les écosystèmes que sont le cycle de l'eau, la photosynthèse, la chaîne alimentaire, le cycle du carbone, la formation des sols, la circulation océanique et atmosphérique globales apportent à l'homme tous les éléments constitutifs de son bien-être. Les éléments constitutifs de sa santé apportés par l'écosystème sont les apports nutritifs, l'accès à l'eau potable, l'hygiène (assainissement, gestion des déchets).xliii

Dans l'ensemble, selon les estimations, 24 % de la charge morbide (années de vie en bonne santé perdues) et 23 % de tous les décès (mortalité prématurée) sont imputables aux facteurs environnementaux. Parmi les enfants (0-14 ans), la proportion de décès attribués à l'environnement s'élève à 36 %. La contribution de l'environnement aux diverses pathologies varie grandement d'une région à l'autre du fait des différences qui existent eu égard aux expositions ambiantes et à l'accès aux soins de santé. Par exemple, si 25 % des décès dans les régions en développement

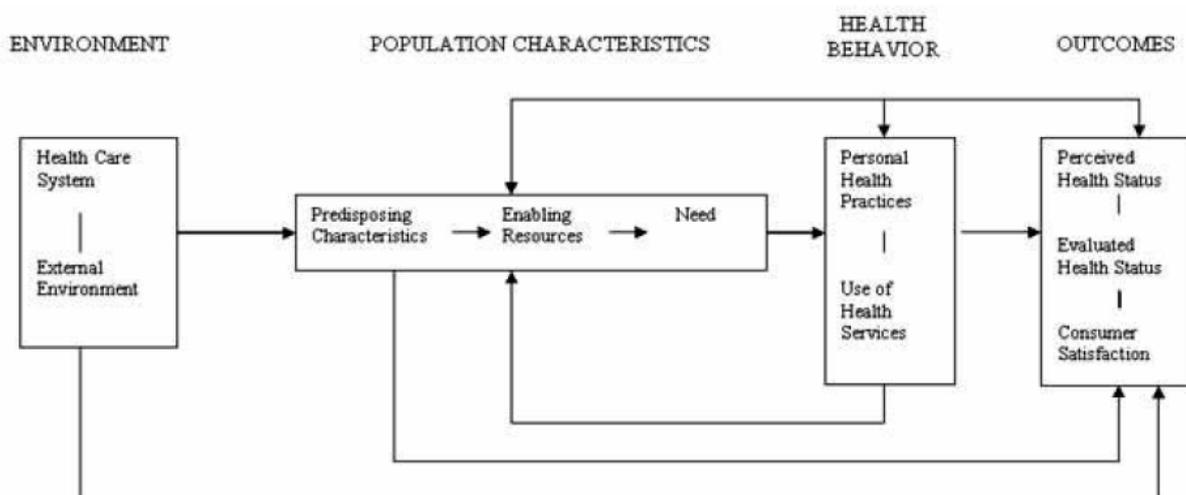
sont imputables à des causes environnementales, seuls 17 % des décès sont attribués à ces causes dans les régions développées. xlv

Cette dérégulation a un impact sur la santé humaine et fait que l'approche classique de la régulation des systèmes sanitaires peut atteindre ses limites. Le développement d'approche comme l'approche éco-systémique de la santé propose des pistes dans ce sens xlv. L'objectif est de développer des réponses multisectorielles pour prendre en compte ces facteurs qui ont un impact sur la santé sans faire directement partie du système de santé. Cependant, la question environnementale pourra à l'avenir devenir le premier facteur de dérégulation de la santé voir de remise en cause de l'existence humaine. L'histoire de la planète Terre a montré par le passé que des phénomènes écologiques de grande ampleur peuvent faire disparaître entièrement des espèces même si elles sont dominantes sur les autres, L'hypothèse de la disparition des dinosaures suite à une météorite générant un nuage qui aurait recouvert la Terre n'est pas remise en cause aujourd'hui.

2.2.2. Les Modèles de relations entre Besoin /Utilisation et Offre (Andersen, RAWP)

Le modèle d'Andersen

Schéma 9 :

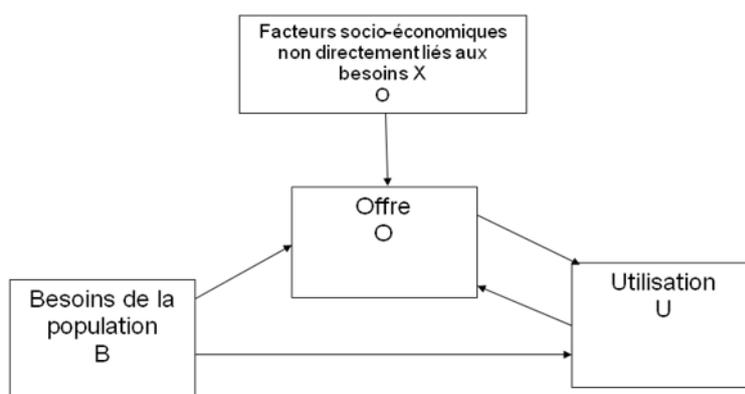


Le modèle d'Andersen, très complet, est une référence. Il se situe surtout au niveau comportemental des acteurs et de leur complexité. On distingue par exemple la relation complexe entre le patient et le professionnel de santé. Même si ce n'est pas sur ce modèle que va s'établir le travail de cette thèse, il permet de mettre en évidence des éléments manquants pour expliquer certains phénomènes.

Le modèle RAWP

Ce modèle de la régulation faisant intervenir les besoins, l'utilisation et l'offre de soins est le suivant xlvii:

Schéma 10 :



Ce modèle systémique prend en compte les besoins, l'utilisation des soins d'une population et l'offre de soins du territoire, l'offre étant influencée par les facteurs socio-économiques non liés aux besoins.

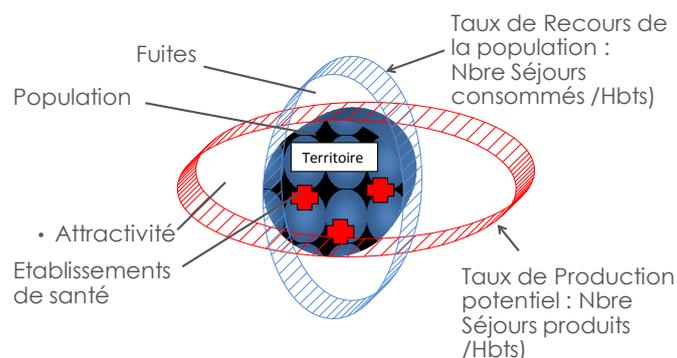
Dans ce modèle, l'utilisation des soins (U) définie par les besoins (B) de la population est un facteur de l'offre (O) de soins. L'offre (O) de soins est aussi un facteur de l'utilisation (U) des soins car l'offre peut induire les soins indépendamment des besoins. $F(U)=O$ et $f(O)=U$

Le besoin est représenté par les indicateurs d'état de santé, l'utilisation des soins est mesurée par le taux de recours aux soins et l'offre de soins est mesurée par le taux de production potentiel de soins.

Le Schéma (11) ci-dessous permet de représenter l'utilisation des soins (consommation) et le potentiel de production des établissements de santé d'un territoire donné. Si l'on considère un territoire (cercle bleu) avec une population P, l'utilisation est donc le taux de recours de la population habitants sur ce territoire. Ce taux de recours mesure l'intensité de l'utilisation des soins de cette population qu'ils s'agissent de soins consommés dans le territoire ou à l'extérieur de celui-ci (fuite).

En suivant ce concept, le taux de production qui représente la mesure de l'offre de soins « disponible » correspond à l'intensité de soins que les établissements de santé du territoire pourraient mettre à disposition de la population (P) s'ils offraient l'ensemble de leurs soins y compris les soins produits pour une population en dehors du territoire.

Schéma 11 :



Le modèle de Carr-ill établit les relations suivantes entre les facteurs explicatifs et le taux de recours aux soins :

La formule : $TxHosp = \beta + \beta_1 \text{ Accesliits} + \beta_2 \text{ Esp vie} + \dots + \beta_n \text{ RapEPN} + e$

Le modèle explicatif postule que les variations du recours à l'hospitalisation (utilisation des services) sont déterminées à la fois par les écarts relatifs à la population et par des écarts quant à l'offre, dans la mesure où celle-ci conditionne l'accessibilité aux services.

Parmi les variables de besoins considérés, l'espérance de vie et le taux faible de scolarité sont les deux variables les plus étroitement associées aux taux d'hospitalisation.

2.2.3. Les modèles basés sur l'offre de soins

Sans détailler la notion de modèle « offre de soins », on considère essentiellement ici les modèles qui se définissent sur des indicateurs liés à l'offre de soins. La répartition des moyens comme les lits, les ressources médicales ou la production des soins par exemple. Les anciennes cartes sanitaires basées sur l'indicateur des lits autorisés par habitants faisaient partie de ces modèles.

On peut retrouver cette vision dans le cadre de la gestion du risque, démarche portée par l'Assurance Maladie. La gestion du risque vise essentiellement à assurer la pertinence des soins produits en se basant sur des référentiels de bonnes pratiques médicales. On considère que si des soins pertinents sont prodigués, ils répondront par là même essentiellement aux besoins pertinents. Ce raisonnement est peu contestable et vise à réguler notamment les effets induits de l'offre de soins. Cependant, en pratique, on constate des limites dans les résultats car cela nécessite d'importants moyens de contrôle.

Théorie de l'Agence

La mise en place de la tarification à l'activité place progressivement les établissements de santé publique dans un contexte de concurrence forte. Le système de santé se libéralise et s'apparente sur ce point aux autres produits marchands régulés par le marché. Cependant, la santé présente des caractéristiques différentes des produits courants, la théorie de l'Agence montre qu'une forte asymétrie de l'information peut induire des effets pervers du marché et ne conserver que les produits de mauvaise qualité^{xlvii}.

Entre les professionnels et les malades, l'asymétrie de l'information ne permet pas au malade de juger lui-même de la qualité et du coût des soins. De plus, seul le médecin définit le besoin du malade, ce qui favorise l'inflation de l'offre.^{xlviii} La mise en place d'une « profession » dans une société médicalisée est due à l'évolution des maladies du progrès sanitaire et à la prise de pouvoir d'une corporation (les médecins)^{xlix}. Ce positionnement du médecin dans la société confère une stabilité à cette situation.

Du fait de l'aléa moral, le niveau du risque aura tendance à augmenter (ex ante) et la population, en cas de réalisation demandera davantage de soins à des prix plus élevés (ex post). La mutualisation du risque sera mise à mal car les malades à risques souscriront une assurance généreuse alors que les malades à risques faibles souscriront peu ou pas du tout d'assurance. Enfin, les conditions d'assurabilité ne sont pas remplies et l'assureur doit demander l'évaluation au médecin qui crée aussi une relation d'agence, favorisant ainsi la demande induite et l'augmentation des soins.¹

Effets induits par l'offre de soins

Une partie de la demande serait sans rapport avec les besoins du malade et serait induite par l'offre. Les médecins cherchent à atteindre leurs objectifs de revenu ou d'activité en stimulant la demande grâce au transfert de délégation de décision des malades.^{li}

Dans les années soixante, la corrélation entre la densité des lits d'hôpitaux et le taux d'occupation des lits avait été identifiée, elle en concluait « qu'un lit construit est un lit rempli » (Roemer). Les lois de Roemer sont devenues le très connu « Supplier-induced demand » (SID). Il a notamment distingué « demande induite » et « demande révélée ». L'effet dit « de Roemer » (1961 availability effect) signifie que rendre disponible une nouvelle offre hospitalière fait apparaître une demande non exprimée jusqu'alors du fait de l'absence d'équipement. L'offre crée la demande mais ne l'induit pas.

L'offre joue un rôle moteur dans le processus de transformation du besoin en demande. Le médecin dispose d'un pouvoir discrétionnaire qui vient de l'asymétrie de l'information. C'est lui-même qui définit la maladie prescrite et adresse le patient. Si le médecin est rémunéré à l'acte, il tendrait à augmenter les quantités et les honoraires et à diminuer le temps de la consultation pour augmenter sa rémunération, contrairement à une rémunération à la capitation ou salariée. A.J Culyer ^{lii} précise que le médecin par son pouvoir discrétionnaire peut faire croire aux patients que la valeur de la santé est plus élevée qu'elle n'est en réalité, ou que l'investissement en santé par la consommation de soins médicaux est plus élevée qu'elle n'est en réalité.

Les économistes ont des points de vue partagés sur la question de la demande induite. La littérature sur l'effet densité ne permet pas de produire un

consensus du fait d'une valorisation au niveau du marché mais pas au niveau individuel.

« L'existence et l'étendue de la demande induite dépendent des caractéristiques démographiques du médecin (sexe et âge 55), de son environnement économique (système de rémunération, mode de remboursement du patient, structure du marché) et de l'information du patient. »

Le comportement du médecin est motivé par l'obtention d'un niveau de revenu désiré. Toute baisse exogène de son revenu cible sera donc suivie d'un effet d'induction compensateur. La situation entre les médecins reste cependant très disparate ainsi que les comportements induits.

Domenighetti (1995) confirme le postulat de la théorie de l'induction en tenant compte des limites des précédentes études. La principale conclusion de son étude est que sur un marché sanitaire où (i) toute la population a accès aux soins sans barrières financières, (ii) le médecin est payé à l'acte (iii) la densité médicale est en constante augmentation. Le consommateur le moins informé a alors la plus haute consommation de soins chirurgicaux électifs.

Le médecin induira la demande en réponse à une modification d'honoraires, de parts de marché ou bien d'un simple arbitrage travail/loisir.

Cette hypothèse remet en cause l'applicabilité des modèles et la validité des modèles de marchés d'inspiration néoclassique par la remise en cause de l'hypothèse d'indépendance entre les fonctions d'offre et de demande. La forte croissance de l'utilisation des soins qui accompagne la croissance de la densité médicale et des prix ne peut être expliquée par les modèles traditionnels. L'excès de l'offre sur la demande est une caractéristique de ce marché avant l'explosion démographique médicale des années soixante-dix.

D'après les sociologues, les observations ethnologiques montrent que la maladie et la mort sont des réalités décryptables pas seulement sur le plan biologique (Marcel Mauss – 1926 P6).

La maladie et la santé se définissent socialement en fonction des exigences et des attentes de notre environnement (philosophe Georges Canguilhem). Etre déclaré malade ou bien portant implique un jugement évaluatif. La mise en place d'une profession dans une société médicalisée est due à l'évolution des maladies du progrès sanitaire et à la prise de pouvoir d'une corporation (les médecins). Les

maladies ont évolué d'un phénomène sociétal contre lequel on ne pouvait rien (les épidémies avec un lien entre la faim, la misère et la maladie) vers des pathologies plus longues (tuberculose) et plus rares (épidémies).^{liii}

Il faut intégrer le fait que le patient est à l'initiative de la demande primaire de soins de diagnostic contrairement au médecin qui, lui, est à l'origine de la demande secondaire de soins. Cependant aucun des deux ne supporte la charge des dépenses, c'est le rôle de l'Assurance Maladie.

Compte tenu des enjeux importants en termes d'action sur le système de santé, le phénomène d'induction fait l'objet de nombreux débats et controverses, pour des raisons méthodologiques notamment. Cependant, c'est ce constat qui a fait que dans de nombreux pays développés le numerus clausus a été mis en place pour tenter de stopper l'augmentation des volumes et des dépenses de santé.

Avec le vieillissement de la population et l'évolution des innovations technologiques, la demande induite est considérée comme le contributeur principal de l'augmentation de la consommation de soins. La mise en place du numerus clausus apparaît naturellement comme la solution.

Le concept de demande induite (SID) est résumé dans le tableau suivant :

		Effectivité des services, Est-ce que le service contribue positivement à l'amélioration de l'état du patient ?		
		OUI	NON	
			Neutre	Préjudiciable
Effectivité de l'Agence Le patient aurait-il demandé la prestation s'il avait la même information que le praticien ?	OUI	I	IIIa	IIIb
	NON	II	IVa	IVb

Source : Labelle et al.1994

Dans les situations I et II, l'augmentation du volume consommé est considéré comme normal du fait d'une densité médicale faible ou de besoins de santé non pris en compte. Une zone de sous-densité médicale est difficile à comparer à une zone de surdensité médicale. L'une des difficultés est que le concept de besoin non satisfait n'est pas clairement défini. Certaines études considèrent que l'intensité de la consommation est corrélée aux besoins du patient et non à la densité médicale, ce qui signifie que majoritairement, l'augmentation de l'intensité de la consommation est légitime.

D'après le modèle de Labelle, les cas IV résultent d'une volonté d'induire des soins qui aurait été refusés par le patient s'il avait eu autant d'information que le praticien. Cette induction peut être directement due à des raisons financières. Ce phénomène est relatif à l'augmentation de la densité médicale, à la baisse de la densité de la population et à l'augmentation du nombre total de donneurs. La notion de « manque de patients » ou de parts de marché faibles génère une augmentation de la demande induite par les praticiens.

En conclusion, l'augmentation de la densité médicale génère une augmentation de la demande induite. Cependant, l'importance du phénomène et la nature des motivations restent mal connues. Sans ces analyses complémentaires, il convient d'être prudent quant à l'utilisation du *numerus clausus*.

2.2.4. Les modèles géographiques

H. Picheral dans *Dictionnaire raisonné de la santé 2001* définit la géographie de la santé comme l'« analyse spatiale des disparités des niveaux de santé des populations et des facteurs environnementaux (physiques, biologiques, sociaux, économiques et culturels) qui concourent à expliquer ces inégalités ». De Même G. Salem dans *Espace, populations et sociétés n°1 1995* précise que « La géographie de la santé vise à mettre en perspective les déterminants naturels et sociaux des états de santé en des lieux donnés »

L'approche géographique aide d'abord à définir des territoires de planification. Ce travail a été réalisé dans le cadre des Plans Régionaux de Santé et antérieurement pour la conception des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire. Les territoires de santé se décomposent en 4 niveaux : Régional, Territoire de santé, Zone de proximité et Territoire de projet. Le choix des territoires et des « rôles » de chacun, autrement dit, les services attendus par type de territoire sont définis. La dimension des politiques multisectorielles est prise en compte pour assurer une cohérence des politiques.

Certaines approches en géographie de la santé cherchent à définir les territoires « réels » d'une population par rapport à un service (Macé). D'autres s'attachent à partir des territoires « officiels » à analyser les inégalités socio-sanitaires et leurs évolutions. Certaines méthodes empruntées aux modèles gravitationnels de la Science Physique ont pour objectif de définir des services attendus sur des territoires.

De plus en plus avec les Systèmes d'Information Géographiques, l'approche plus dynamique est développée. Des méthodes de calculs plus sophistiquées sont utilisées.

Dans le cadre des questions d'accès aux soins, l'effet « distance » peut jouer un rôle, même si en France, ce n'est pas un cas majoritaire. Cependant, la désertification médicale fait progressivement se poser la question. Une dernière analyse sur la question des distances (DREES 2012) a montré que la population française avait peu de problèmes de distance aux soins et qu'en réalité, de son propre chef, elle réalisait des trajets plus longs que les trajets attendus.

L'approche développée dans cette thèse, tient compte des effets « distances », mais comme facteurs potentiels explicatifs d'une consommation atypique.

2.2.5. Les méthodes pour déterminer les ressources requises d'un territoire

Les principales méthodologies pour déterminer les ressources requises d'un territoire sont les suivantes .^{iv}

Méthode basée sur les besoins

C'est la méthodologie la plus complète qui détermine le nombre et la nature des prestations à partir de l'analyse la plus complète des besoins (mortalité, morbidité...) et la fixation d'objectifs de santé.

Cette méthode semble parfois approchée dans certains volets du SROS. Elle sera certainement développée dans la démarche des Schémas Régionaux de Santé.

Méthode basée sur les objectifs de prestations

Cette méthodologie vise à déterminer des objectifs de prestations et de volumes de ressources. Cette méthodologie fait intervenir des normes qui s'appuient sur le volume de ressources et leur productivité.

Le calcul des OQOS par certaines régions est tout à fait dans cette logique en définissant des volumes de séjours par établissements à partir de leur productivité actuelle.

Méthodes basée sur l'utilisation des services

Cette méthodologie ne s'appuie pas sur des normes mais sur les taux d'utilisation actuelle et future des services. Le grand intérêt de cette méthode est la mesure de l'utilisation réelle et l'étude détaillée du comportement des groupes utilisant les services. Elle peut notamment s'appliquer à des segments de la population.

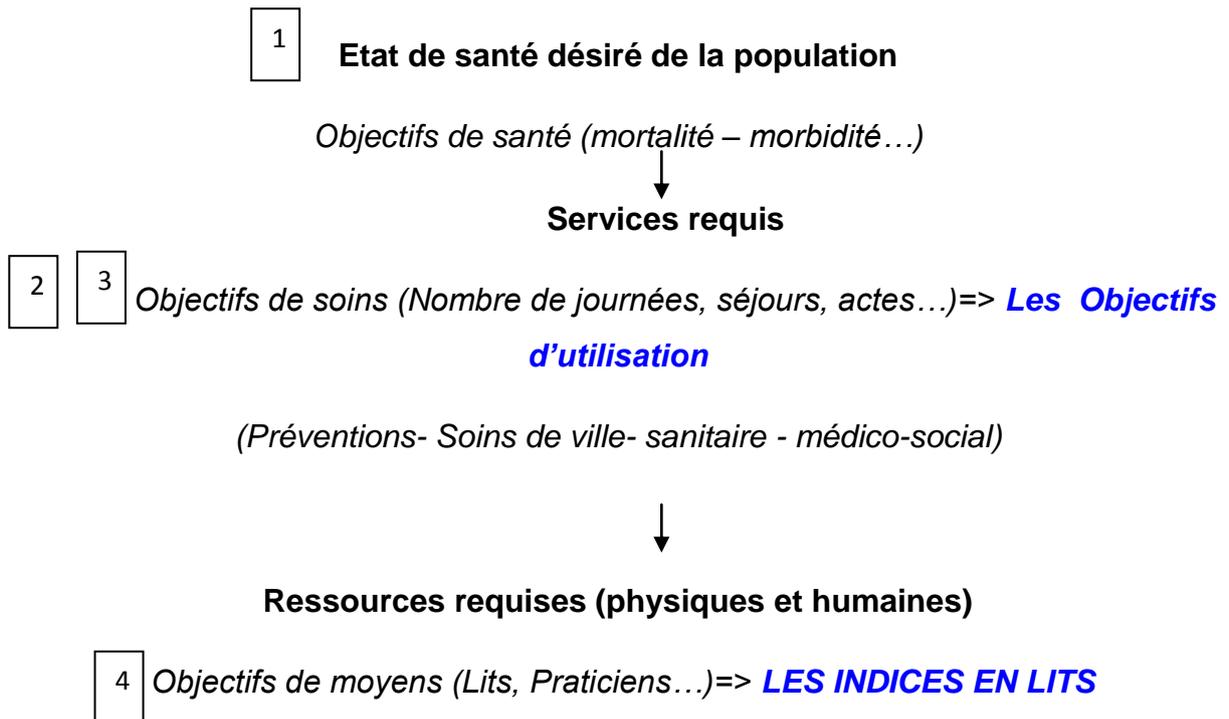
Les OQOS calculés dans un certain nombre de régions dont le NPDC s'appuient sur cette méthodologie utilisant les taux d'hospitalisation actuels par territoire.

Méthodes des ratios ressource / population

Cette méthodologie utilise un ratio ressource/population observé ou désiré qui sert de référence pour déterminer les besoins en termes de ressources. **Ex : nombre de lits / habitant**

L'arbitraire de cette méthode est qu'elle ne tient pas compte des variations, parfois importantes dans la caractéristique et la distribution de la population, de telle sorte que des ajustements doivent être faits afin de rendre justice autant à la clientèle qu'aux intervenants.

Les méthodologies se répartissent à différents niveaux du programme de santé (SROS ou futur Schéma Régional de Santé) de la manière suivante :



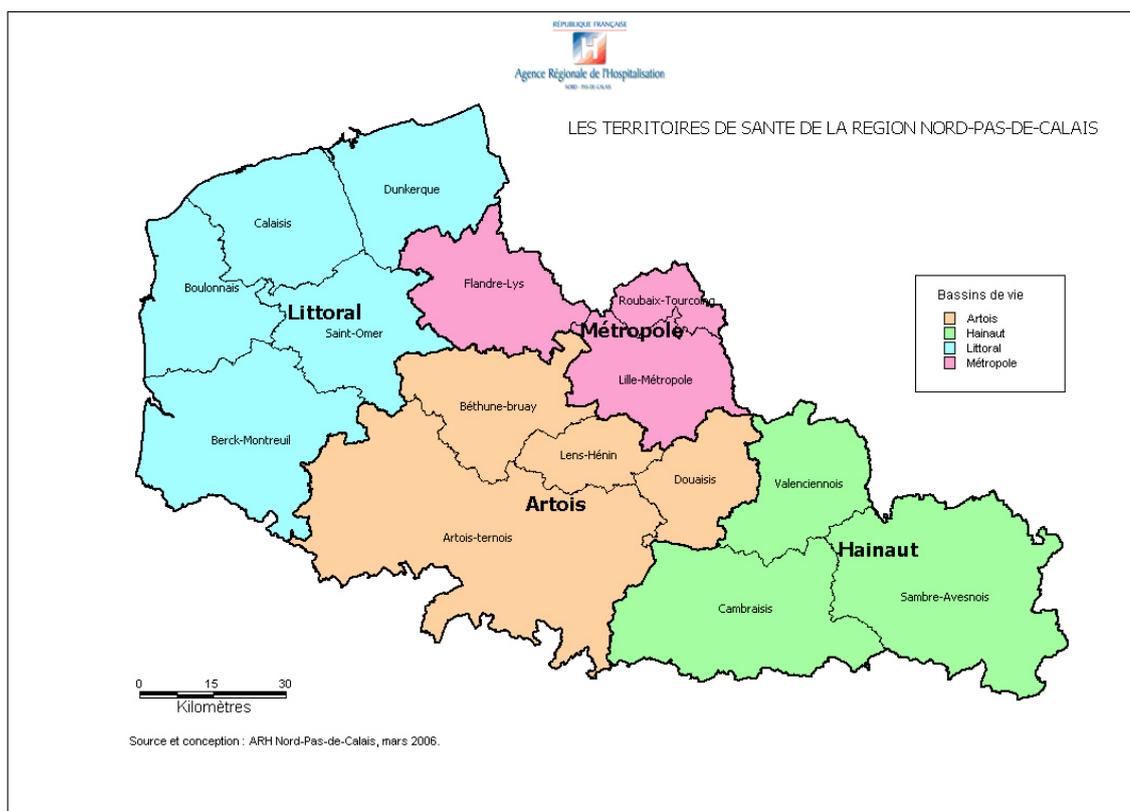
- 1 *Méthode basée sur les besoins*
- 2 *Méthode basée sur les objectifs de prestations (Les Objectifs de la réforme)*
- 3 *Méthodes basée sur l'utilisation des services (Les Objectifs de la réforme)*
- 4 *Méthodes des ratios ressource / population (les indices en lits)*

3. L'expérience de la régulation au niveau local : « le management stratégique des territoires de santé »

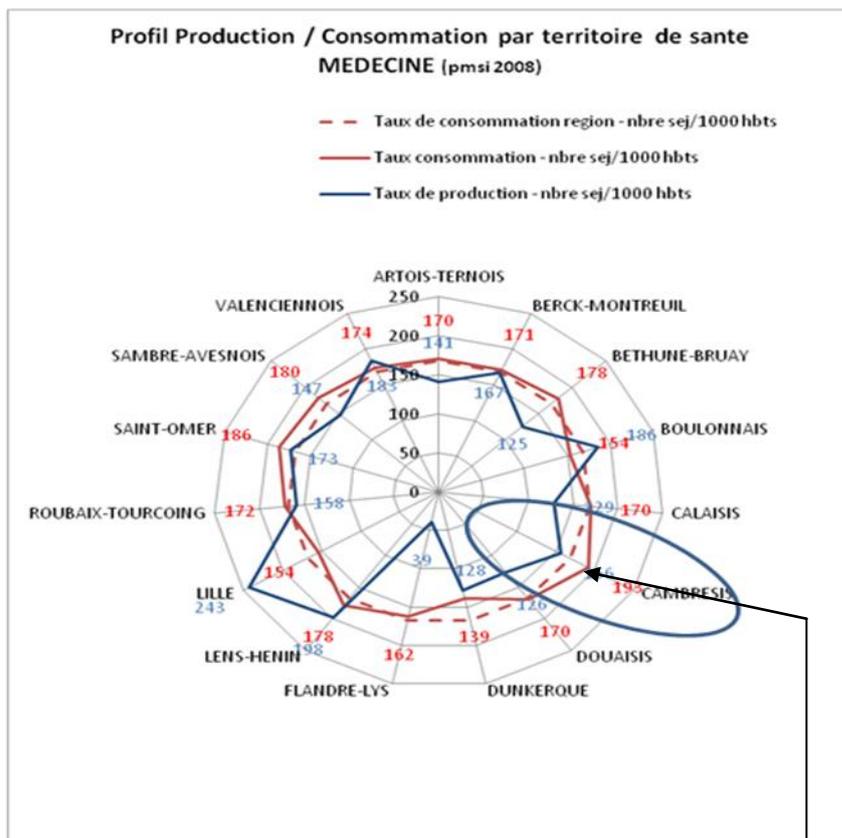
3.1. Une meilleure prise en compte des besoins : l'exemple du territoire de Cambrai

Le Cambrésis est une zone de proximité de la région Nord-Pas-de-Calais.

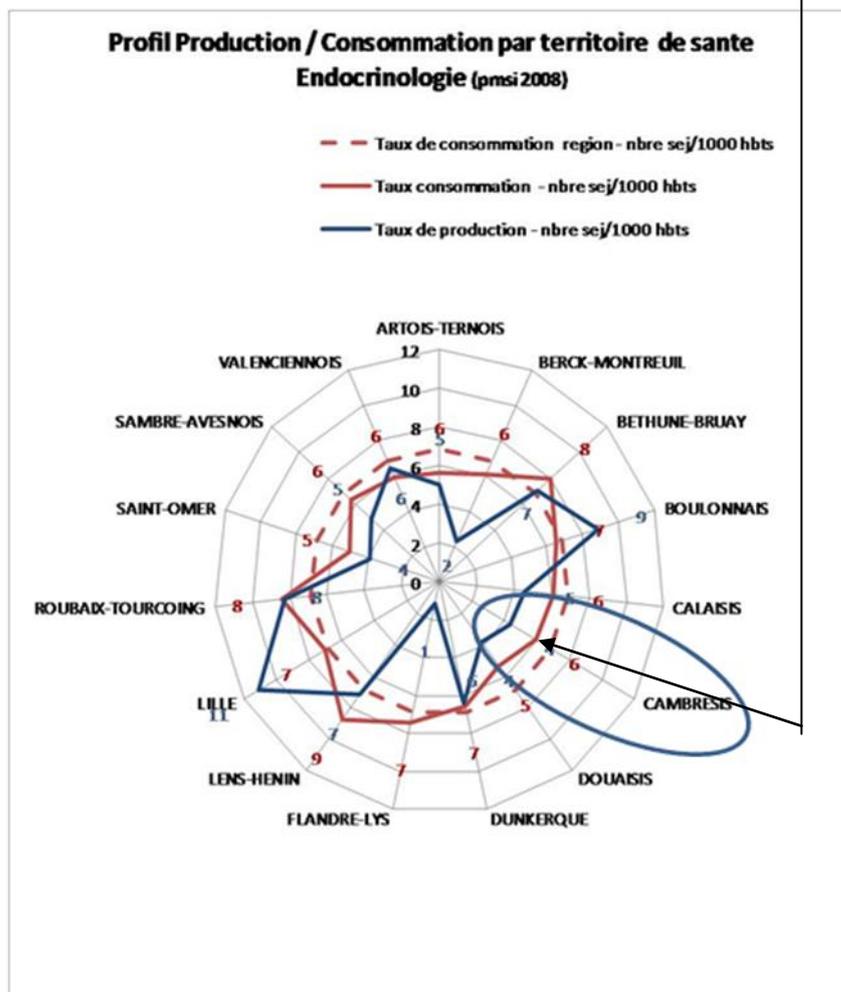
Carte 1 :



Ce territoire de 170 000 habitants présente des indicateurs socio-sanitaires très dégradés. L'indice comparatif de mortalité tout sexe, toutes causes 2006-2009 est de 133,9 (France=100), il est avec le Valenciennois, le territoire dont cet indicateur est le plus mauvais de France (source : ORS Nord-Pas-de-Calais). Certainement en cohérence avec son état de santé, la population de ce territoire présente un des taux de recours les plus élevés de France en médecine hospitalière. Cette surconsommation apparente l'est aussi pour la chirurgie. On pourrait considérer que ce niveau d'utilisation des soins qui est cohérent avec les indicateurs de mortalité est le profil systématique de cette population.



Graphe 9 :



Graphe 10 :

Source : PMSI 2008

Alors que toutes les spécialités (classement OAP du PMSI) montrent un profil similaire à celui de référence (surconsommation), la consommation d'endocrinologie/diabète présente un profil de sous-consommation. L'indice comparatif de mortalité par diabète sucré est de 179,1 (France=100) tout sexe en 2006-2009 (source : ORS Nord-Pas-de-Calais). Le Cambrésis est classé 302ème territoire de proximité sur 304 en France.

Les graphes (voir page précédente) avec les taux de recours par territoire de proximité, les taux de recours régional et les taux de production de soins de chaque territoire montrent bien l'écart entre le profil de la population du Cambrésis en médecine et le profil atypique pour l'endocrino-diabétologie.

Pour confirmer la mesure d'un problème d'accès aux soins, il est nécessaire d'avoir des éléments complémentaires. Tout d'abord, il faut rechercher les offreurs de ce soin hospitalier. Ce territoire est simple pour l'endocrinologie-diabétologie, l'hôpital de Cambrai est le principal offreur de ce soin (parts de marché du territoire). La réunion de l'ensemble des médecins de cet établissement a permis de montrer que l'endocrinologue assurait une prise en charge de néphrologie et qu'un seul médecin avec un diplôme universitaire assurait l'offre de soins en diabétologie. Le délai pour une consultation était de 7 mois. Ainsi, l'entretien auprès des professionnels et le délai de prise en charge sont des éléments qui ont confirmé l'hypothèse d'un problème d'accès aux soins.

Ce type d'analyse « stratégique » a été utilisé pour d'autres disciplines (pneumologie, cardiologie, périnatalité, cancérologie...) et d'autres territoires. Il faut signaler que certaines situations n'ont pas encore été complètement résolues.

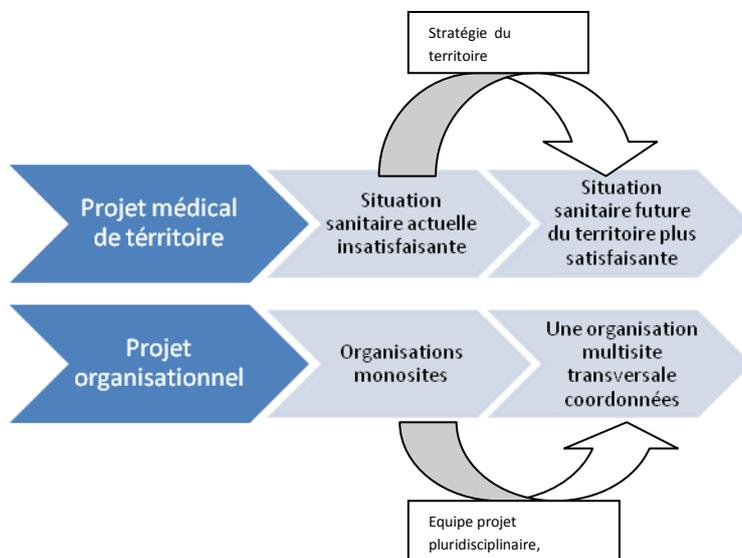
3.2. Les 7 ETAPES de la Méthodologie de Management Stratégique des Territoires de Santé

L'objectif de ce chapitre est de proposer une méthode pour aider à organiser l'offre de soins des territoires de santé pour répondre aux besoins des populations de ces territoires dans le contexte décrit précédemment. L'ambition de cette méthode est d'être reproductible et d'intégrer les outils réglementaires de la planification que sont le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire bientôt le Plan Stratégique de Santé, les Contrats d'Objectifs et de Moyens et les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins (puis les Indicateurs de Pilotage d'Activité). Il faut que les sources de données soient accessibles.

Cette méthode de management stratégique des territoires de santé comprend des étapes d'analyse des besoins de la population et des étapes d'analyse stratégique du marché de l'offre de soins. Ces étapes sont intégrées dans une démarche de conduite de projet qui vise à faire participer les acteurs du dit projet et à préparer leur position dans la nouvelle organisation territoriale qui sera définie en fonction du projet médical de territoire. La mise en œuvre d'un projet n'est effective que si les maîtres d'œuvre sont auteurs de leur projet^{lv}. Cette maîtrise d'œuvre doit être représentative du territoire. Elle se compose a minima d'un groupe projet pluridisciplinaire et multisite. Ce groupe projet est présent dès l'analyse de la situation. La démarche vise à repositionner la tutelle dans son rôle de maître d'ouvrage et les prestataires de soins dans celle de maîtrise d'œuvre^{lvi} du projet médical et de réorganisation du territoire. Cette méthode dynamique ne peut fonctionner que si elle est régulée par une évaluation concomitante formative conçue avant toute mise en œuvre d'actions. Le choix des indicateurs de processus et de résultats est aussi primordial.

Le projet médical et organisationnel des territoires :

Schéma 11 :



Les besoins de la population sont définis par les besoins consommés par cette même population et les indicateurs standards de santé (les indices comparatifs de mortalité précoce, les indices comparatifs de mortalité évitable)^{lvii}. Ces indicateurs visent à établir au travers du taux de recours aux soins et de la mortalité de la population, le niveau d'inégalité d'accès aux soins de la population d'un territoire.^{lviii} Cette définition est plus précise qu'une mesure de l'inégalité par le nombre de lits par habitant^{lix}, et elle permet de poser les principes de la démarche. Cependant, ces indicateurs restent imparfaits et seront complétés par la suite par des indicateurs socio-sanitaires dont le lien avec l'utilisation des soins est démontré (espérance de vie, catégorie socio-professionnelle, niveau d'éducation...).

La méthode s'appuie sur un postulat fondamental : les facteurs d'utilisation des soins sont fortement corrélés à l'offre de soins avant les autres indicateurs socio-sanitaires, économiques, culturels et génétiques de la population.^{lxxi} La nature du lien entre la population et l'offre de soins utilise les résultats de l'approche populationnelle qui définit des types de marché sur un territoire^{lxxii}. L'objectif n'est pas dans ce chapitre d'approfondir les facteurs influençant l'utilisation des soins ni d'approfondir la nature des liens entre l'offre de soins et la demande de soins.

Cependant ces points largement développés dans de nombreuses publications pourront offrir l'opportunité de nouvelles recherches opérationnelle au niveau de la France. Ce postulat permet de fixer comme objectif la recherche de la modification du volume de consommation d'un territoire en agissant sur l'offre de soins.

En préalable à cette méthode, les territoires de santé doivent être définis, ceci quelque soit la méthode. Basée sur la dynamique des flux, la manière dont le territoire est défini n'est pas spécifiquement important. L'article n'a pas pour objectif d'entrer dans la complexité de la définition des territoires. Par contre, la méthode permet de vérifier si les territoires sont pertinents.

Les données et indicateurs

Les indices comparatifs de mortalité utilisés sont disponibles sur des bases publiques.

La source principale pour la plupart des étapes de la méthode est le PMSI de l'année 2007. Chaque séjour est représenté par un résumé standardisé anonyme (RSA).

La définition des taux de recours ou taux d'hospitalisation : $(N_{nti} / T_i) \times 1000$

N_{nti} : nombre de séjours année n consommés par la population du territoire T_i

T_i : effectifs de la population de T_i

Ce taux est défini au niveau du territoire de santé, de la région et du pays et par discipline (médecine, chirurgie, obstétrique) et par pôle d'activité OAP^{lxiii}.

Le Taux de dépendance de la population est la part des séjours consommés par la population du territoire dans les établissements de ce même territoire (capacité des établissements à capter leur population) sur la totalité de la consommation de la population. La part nécessaire pour atteindre 100% constitue les fuites du territoire.

Le Taux de dépendance des ressources est la part de la population recrutée dans le territoire sur le total de la population recrutée (capacité des établissements à recruter en dehors du territoire), la part nécessaire pour atteindre 100% constitue l'attractivité des établissements.

Ces deux taux permettent de définir 4 types de relations entre les ressources et la population.

Les lieux de soins et fuites sont des tableaux croisés où les colonnes représentent la consommation de la population du territoire ti et les lignes la production des établissements du territoire ti. Ce tableau permet d'identifier le territoire de premier, second et troisième recours d'une population. De même, cela permet d'identifier les territoires qui ont un profil de recours de bassin de vie ou de proximité. Il s'agit aussi d'identifier si une population dispose d'un accès aux soins considéré comme satisfaisant grâce à une fuite importante vers un autre territoire que celui de résidence.

Le graphe d'adéquation entre l'offre et l'utilisation des soins compare le taux d'hospitalisation ou de recours d'une population et le taux d'hospitalisation potentiel. Le but est d'identifier si le taux de production potentielle de soins est plus faible que le taux de recours ou d'hospitalisation aux soins. Si la population concernée a des indicateurs de santé et de soins faibles par rapport aux autres territoires, on peut supposer une sous-utilisation des soins à cause d'une offre de soins trop faible.

L'adéquation de l'offre et de l'utilisation des soins se décline par discipline de médecine, chirurgie et obstétrique et ensuite par pôle d'activité OAP.

Taux d'hospitalisation potentiel : $(M_{nti} / T_i) \times 1000$

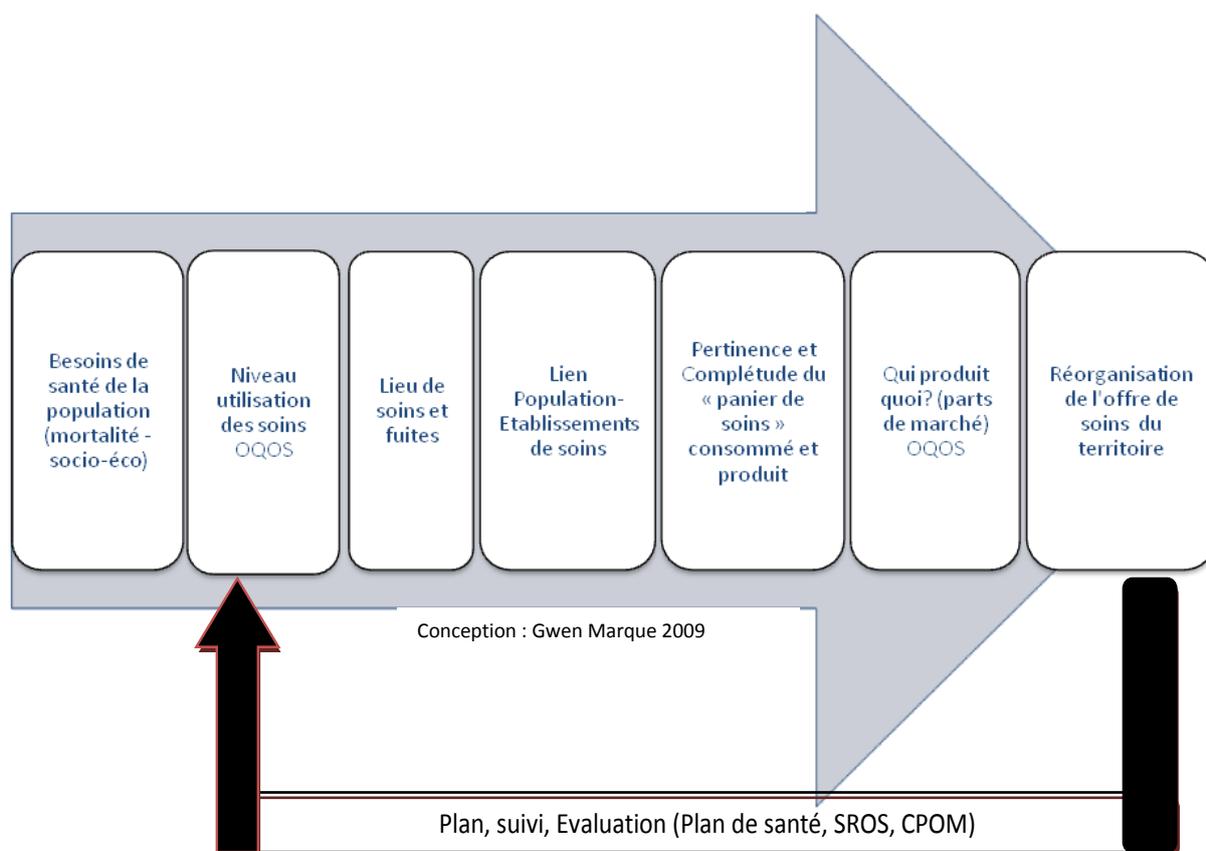
Les parts de marché sont les parts que représente la production totale d'un établissement par rapport à la production régionale. Ces parts de marché ont vocation à rechercher les leaders et les niveaux de concurrence par discipline de médecine, chirurgie et obstétrique et par pôle d'activité OAP. L'objectif, dans le cas d'une identification d'un déficit d'accès aux soins, est de pouvoir définir le ou les futurs porteurs de la réponse à apporter à la population. Lorsque des établissements de soins d'un même groupe sont sur le même territoire, les parts de marchés sont additionnées pour avoir une vision réaliste du potentiel de ces groupes.

Description des étapes de la méthode et application à la région Nord-Pas-de-Calais

La région Nord Pas-de-Calais est divisée en 15 Zones de proximité. Ces zones correspondent aux zones d'emploi INSEE élaborées à partir des mouvements domicile-travail : c'est le territoire de l'organisation des filières de proximité (gériatrie, addictologie, diabétologie). L'échelle est de 250 000 habitants en moyenne. Les 4 bassins de vie découlent d'un concept d'aménagement du territoire utilisé depuis 1999 pour l'organisation sanitaire du Nord-Pas-de-Calais (SROS II) : c'est le territoire de recours des principales filières du SROS (Médecine, chirurgie, Obstétrique, SSR, urgence). Elle est le lieu d'implantation d'une conférence sanitaire. L'échelle est de 1 million d'habitants.

La méthode se déroule en sept étapes chronologiques. Les étapes se déroulent logiquement de la population vers l'offre de soins pour boucler vers la population. La dimension « conduite du projet » ne figure pas sur le schéma.

Schéma 12:



ETAPE 1 : Etat de Santé de la population d'un territoire

Les indicateurs éco-socio-sanitaires déterminent l'état de santé de la population et servent aussi à fixer des objectifs de santé mesurables. (Comparaison / France)

En fonction de la nature de la pathologie concernée, les meilleures réponses en termes de soins sont à déterminer (prévention, consultation de ville, hôpital, soins de suites, HAD, long séjours, médico-social, social). C'est à partir de cette stratégie que seront déterminés des besoins et des objectifs de soins.

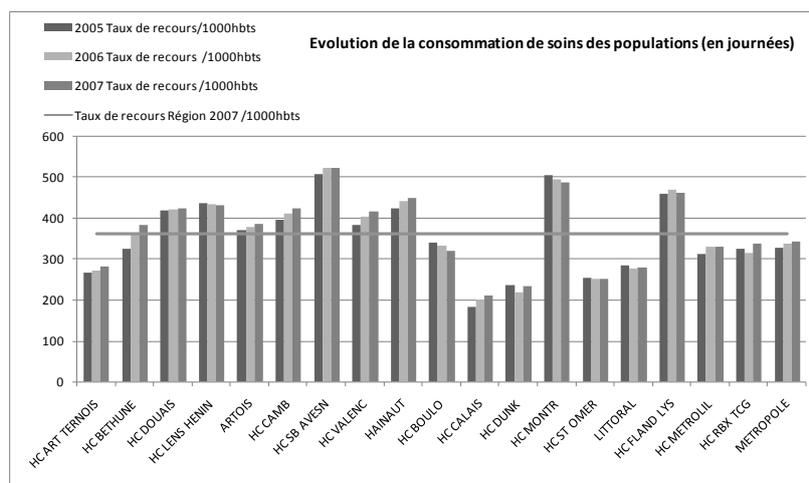
La stratégie décrite dans ce document considère les pathologies pour lesquelles la réponse de soins de santé secondaire (hôpital, clinique) est la plus pertinente. A minima, on considère la mortalité précoce et la mortalité évitable.

ETAPE 2 : Niveau d'accès aux soins (ou niveau d'utilisation des soins)

La seconde étape consiste à comparer les taux de recours ou taux d'hospitalisation standardisés par âge et par sexe de chaque territoire de santé de proximité au taux régional et national. La démarche est essentiellement comparative et le jugement sur un recours faible aux soins est déduit d'une comparaison avec les autres territoires. Le taux de recours est standardisé par âge et par sexe pour éviter les biais lors de la comparaison.

Le niveau d'utilisation et de disponibilité des soins est différent selon les territoires. Ces graphes évaluent le niveau de recours aux soins par territoire comparé à celui de la région (faible ou fort accès aux soins). Il intègre aussi l'évolution de ce recours aux soins (risque de retrait de l'offre). Enfin, ce niveau de recours se compare aussi aux volumes d'OQOS contractualisés dans les CPOM des établissements (les OQOS en production ont été convertis en consommation) pour vérifier la pertinence de la cible.

Graphe 11 :



Source : pmsi 2005/2006/2007

Ces deux premières étapes consistent à identifier les territoires où les niveaux des indicateurs de santé et de recours aux soins sont les plus faibles d'une région et de les situer par rapport à la France.

ETAPE 3 : Des flux gradués de la proximité au niveau régional (Lieu de soins et fuites)

Les cases bleues sont les territoires de premier recours pour la population d'une zone de proximité (en colonne), les cases jaunes sont les territoires de second recours et les oranges de troisième recours.

Du point de vue des flux de consommation de la population, l'ensemble des offres de soins des territoires de proximité constitue le lieu de premier recours (sauf Flandre-Lys) pour la population. Quatre territoires de proximité sont des recours de bassin de vie (Lille, Lens, Boulogne, Valenciennes) pour les autres territoires.

Tableau 2 : Les flux gradués de la proximité au niveau régional

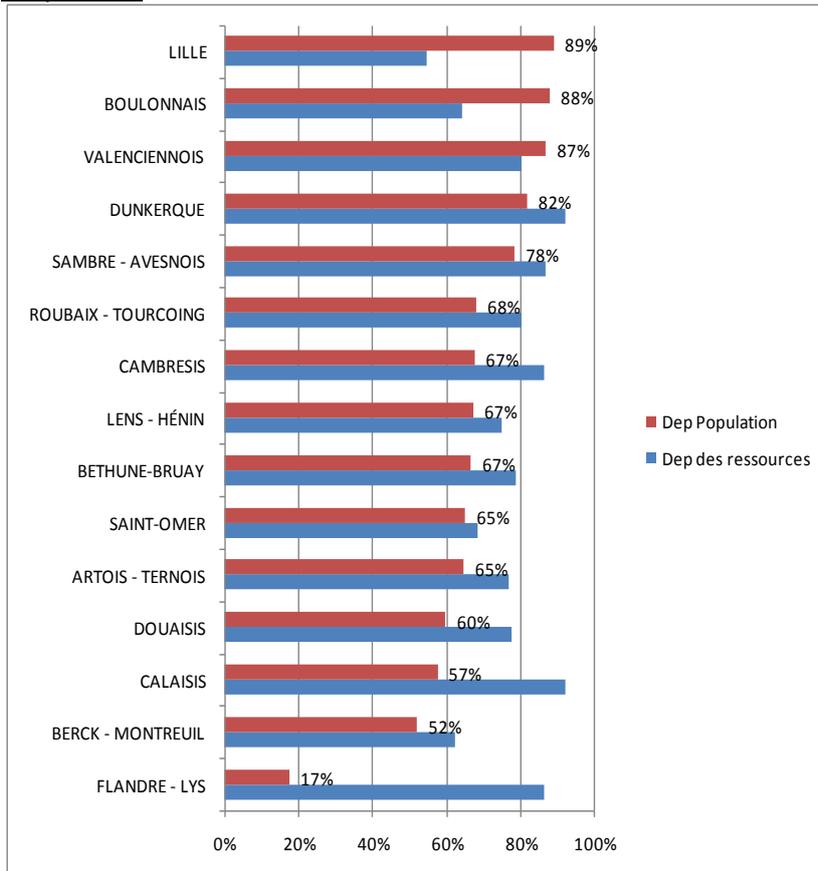
CONSUMMATION DE LA POPULATION EN COLONNE / PRODUCTIONS DES ETABLISSEMENTS EN LIGNES	ARTOIS-TERNOIS	BERCK-MONTREUIL	BETHUNE-BRUAY	BOULONNAIS	CALAISIS	CAMBRESIS	DOUAISIS	DUNKERQUE	FLANDRE-LYS	LENS-HENIN	LILLE	ROUBAIX-TOURCOING	SAINTOMER	SAMBRE-AVESNOIS	VALENCIENNOIS
ARTOIS - TERNOIS	55997	1230	2845	48	27	1975	955	28	27	7783	459	80	215	17	36
BERCK - MONTREUIL	1965	20703	605	1720	687	145	150	291	106	295	257	98	818	58	133
BETHUNE-BRUAY	2317	207	66273	71	127	56	130	109	2398	7616	1172	66	2711	23	59
BOULONNAIS	216	12287	136	54821	12765	17	24	237	85	89	236	54	3587	7	26
CALAISIS	25	83	42	889	34664	6	7	998	20	24	67	30	314	4	5
CAMBRESIS	252	6	23	7	4	48681	1385	8	5	280	119	21		1957	1787
DOUAISIS	3111	39	155	35	17	2233	55707	46	8	5236	918	83	24	298	3602
DUNKERQUE	18	42	44	137	2434	24	59	71803	1534	40	357	78	278	20	54
FLANDRE - LYS	2	4	271	5	21	5	1	213	7090	5	165	26	354	1	5
LENS - HÉNIN	9881	237	9622	41	76	930	5592	55	58	93457	2991	60	431	37	92
LILLE	6670	1984	16786	3465	4468	6072	18606	10650	24548	22672	248306	48736	6825	6775	10260
ROUBAIX - TOURCOING	294	89	375	93	149	315	731	400	331	503	20376	107536	113	233	477
SAINTOMER	143	936	1472	63	4376	6	10	2035	4155	52	125	42	29641	4	5
SAMBRE - AVESNOIS	16	5	4	11	1	979	37	7	8	15	122	37	5	75158	1234
VALENCIENNOIS	49	10	53	5	10	8458	9013	65	44	93	493	145	23	10195	123608
Fuites Extra régionales	5777	1940	913	1088	516	2236	896	977	301	1159	3463	1276	277	1215	1183
Total général	86733	39802	99619	62499	60342	72138	93303	87922	40718	139319	279626	158368	45616	96002	142566

Source : PMSI 2008

ETAPE 4 : Profil de marché des territoires (Lien entre la population et les établissements)

Les 2 indicateurs suivants : le taux de dépendance de la population et le taux de dépendance des ressources permettent de dresser un profil de marché de chaque territoire. Le type le plus performant (dépendance de la population près de 100% et dépendance des ressources autour de 60%) est celui de Lille ou du Boulonnais. La situation la plus fragile pour les établissements est celle de Flandre-lys, avec une population très peu dépendante (qui va majoritairement en dehors du territoire) mais des établissements très dépendants de cette population.

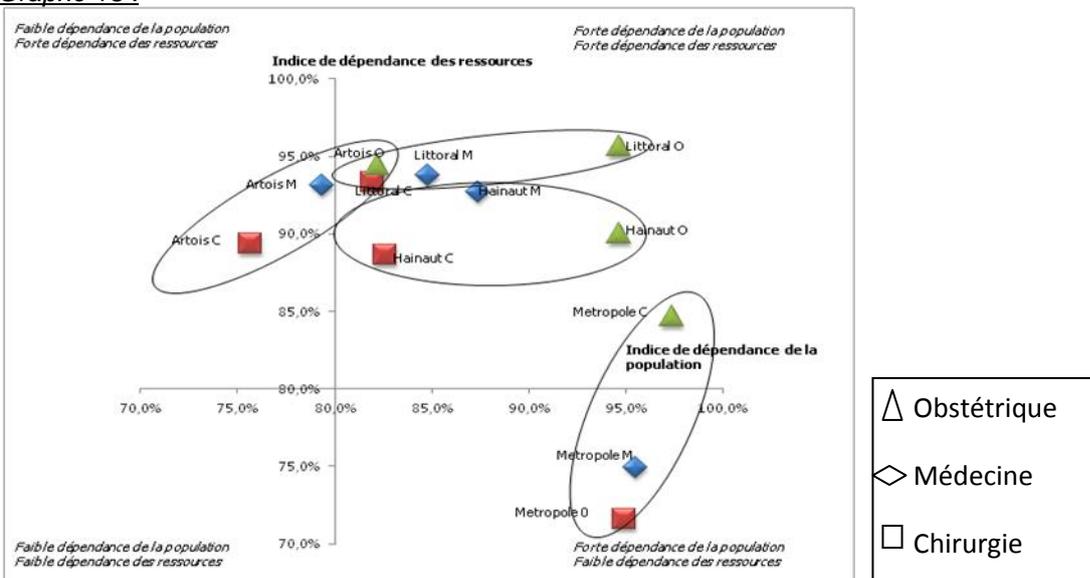
Graphe 12 :



Source : pmsi 2008

Les établissements du Hainaut et une partie du Littoral sont de type « marché fermé » . La Métropole est très attractive avec une population locale très dépendante. Les établissements de l'Artois sont dépendants de leur population qui est pourtant la moins dépendante d'eux.

Graphe 13 :



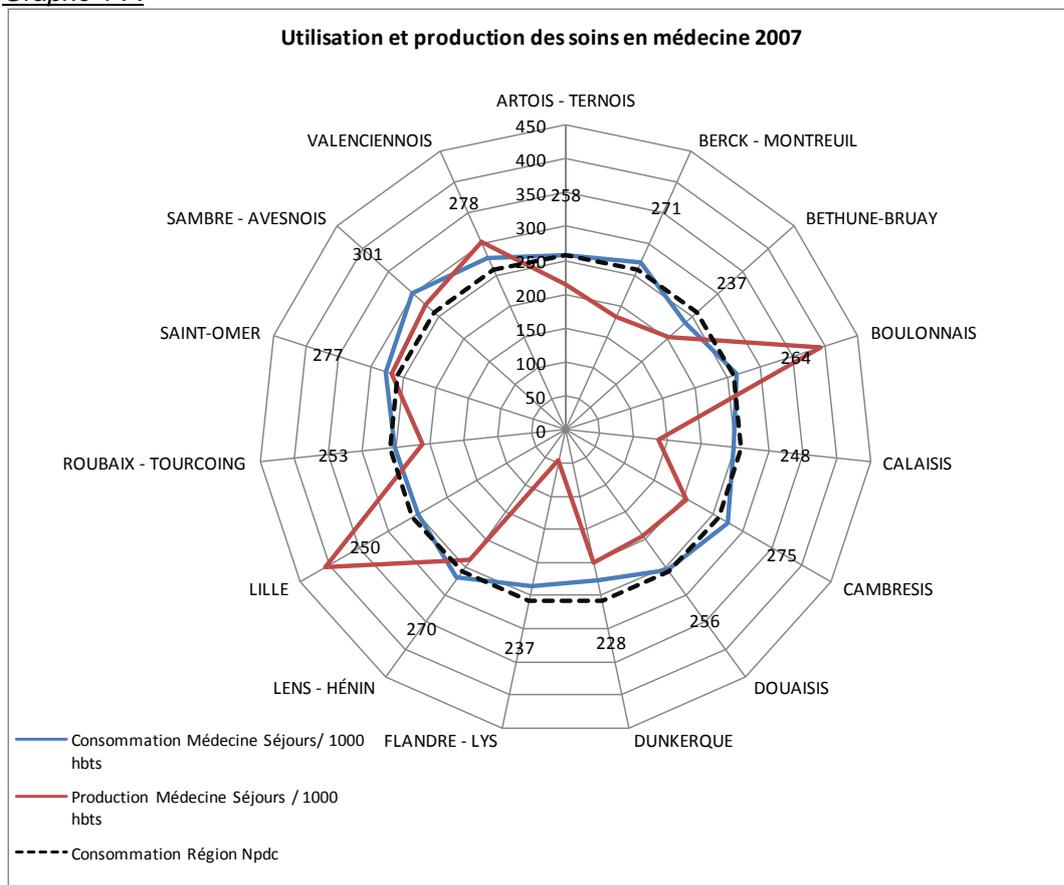
Source : pmsi 2008

ETAPE 5 : Adéquation entre l'offre et la demande

On compare pour chaque territoire si le niveau d'utilisation des soins (consommation) est inférieur à celui de la région (accès aux soins) et si le niveau de la production pour 1000 habitants (offre disponible sur place) est suffisant. Ceci par discipline puis par pôle d'activité.

Ce graphe repère les zones de sous-consommation d'un territoire (en bleu) par rapport à la consommation de la région (en noir), dues à des sous-productions de soins (en rouge).

Graph 14 :



Source : pmsi 2008

ETAPE 6 : Parts de marchés

Une fois que l'on a identifié les faiblesses de l'accès aux soins, on peut savoir si la population est autarcique et identifier les pôles d'activités en inadéquation avec les besoins de soins. Il convient d'élaborer les stratégies de territoires pour améliorer l'offre de soins. Il est indispensable à ce stade de connaître les leaders du territoire, leurs avantages concurrentiels, la santé financière des établissements, l'importance des équipes médicales et leurs âges. Les parts de marché doivent être réalistes, ainsi si un groupe est composé de plusieurs établissements sur un même territoire il doit être cumulé.

Tableaux 3 : Parts de Marché par « Groupe d'établissement »

Groupe	ETABLISSEMENTS ET BASSINS	Méd. 2007	Chir 2007
Ahnac		4,6%	5,3%
Générale Santé		3,5%	7,7%
Privé divers		2,0%	4,9%
Public Artois	590780052.CH_SOMAIN	0,3%	0,0%
	590783239.CH_DOUAI	3,1%	1,5%
	620100057.CH_ARRAS	3,3%	1,2%
	620100073.CH_BAPAUME	0,1%	0,0%
	620100651.CH_BETHUNE	3,5%	0,9%
	620100685.CH_DR.SCHAFFNER_DE_LENS	3,9%	1,9%
Total Public Artois		14,1	5,5
		24,3	23,4

Groupe	ETABLISSEMENTS ET BASSINS	Méd. 2007	Chir 2007
Grpe 2 caps		2,3%	5,1%
Médi-partenaire		1,1%	2,9%
Privé divers		1,8%	2,7%
PSPH		0,8%	0,7%
Public Littoral	590781415.CH_DUNKERQUE	3,0%	1,7%
	620101337.CH_CALAIS	2,4%	1,3%
	620101360.CH_REGION_DE_ST-OMER	2,2%	1,0%
	620103432.CH_ARROND_DE_MONTREUIL	1,5%	1,0%
	620103440.CH_BOULOGNE-SUR-MER	3,1%	1,8%
Total Public Littoral		12,2%	6,8%
		18,2	18,1

Groupe	ETABLISSEMENTS ET BASSINS	Méd. 2007	Chir 2007
Ahnac		0,6%	0,3%
Grpe Maubeuge		1,5%	2,2%
Grpe St Roch		0,1%	0,6%
Médi-partenaire		2,3%	5,7%
Privé divers		1,9%	4,8%
Public Hainaut	590000600.CH_SAINTE-AMAND-LES-EAUX	0,2%	0,0%
	590781605.CH_CAMBRAI	2,1%	0,8%
	590781621.CH_LE_CATEAU-CAMBRESIS	0,3%	0,0%
	590781662.CH_FOURMIES	0,7%	0,3%
	590781670.CH_LE_QUEENOY	0,2%	0,0%
	590781795.CH_AVESNES_SUR_HELPE	0,2%	0,0%
	590781803.CH_MAUBEUGE	2,3%	0,9%
	590782165.CH_DENAIN	1,1%	0,7%
	590782215.CH_DE_VALENCIENNES	5,6%	2,6%
Total Public Hainaut		12,7	5,4%
		19,0	19,0

Groupe	ETABLISSEMENTS ET BASSINS	Méd. 2007	Chir 2007
Générale Santé		3,0%	5,2%
Grpe centurion		0,6%	0,1%
HPM		3,6%	13,1
Privé divers		1,5%	2,0%
PSPH		5,0%	3,2%
Public Métropole	590780193.CHR_LILLE	13,7%	9,6%
	590780227.CH_SECLIN	1,5%	0,9%
	590781902.CH_TOURCOING	2,8%	1,3%
	590782421.CH_ROUBAIX	4,7%	2,2%
	590782439.CH_WATTRELOS	0,3%	0,0%
	590782637.CH_ARMENTIERES	1,6%	1,1%
	590782645.C.H._DE_BAILLEUL	0,1%	0,0%
	590782652.C.H._D'HAZEBROUCK	0,6%	0,4%
	Total Public Métropole		25,3%
		39,0%	39,0

Source : pmsi 2007

ETAPE 7 Réorganisation

La réorganisation est avant tout un projet de changement qui doit se centrer sur l'implication des maîtres d'œuvre (les acteurs des établissements). L'ensemble de la démarche doit être partagé et permettre d'aider à faire émerger une stratégie réaliste. Elle doit être portée par la tutelle (ARS), par les professionnels des établissements de santé et assurer la participation des élus. L'objectif est ensuite de s'inscrire dans les démarches contractuelles (SROS-CPOM). Ce point qui s'appuie sur les méthodes de conduite de projet et de suivi-évaluation de projet sera développé dans un autre article.

Schéma du déroulement actuel des projets en France, adaptation GM.

Schéma 13 :



Résultats

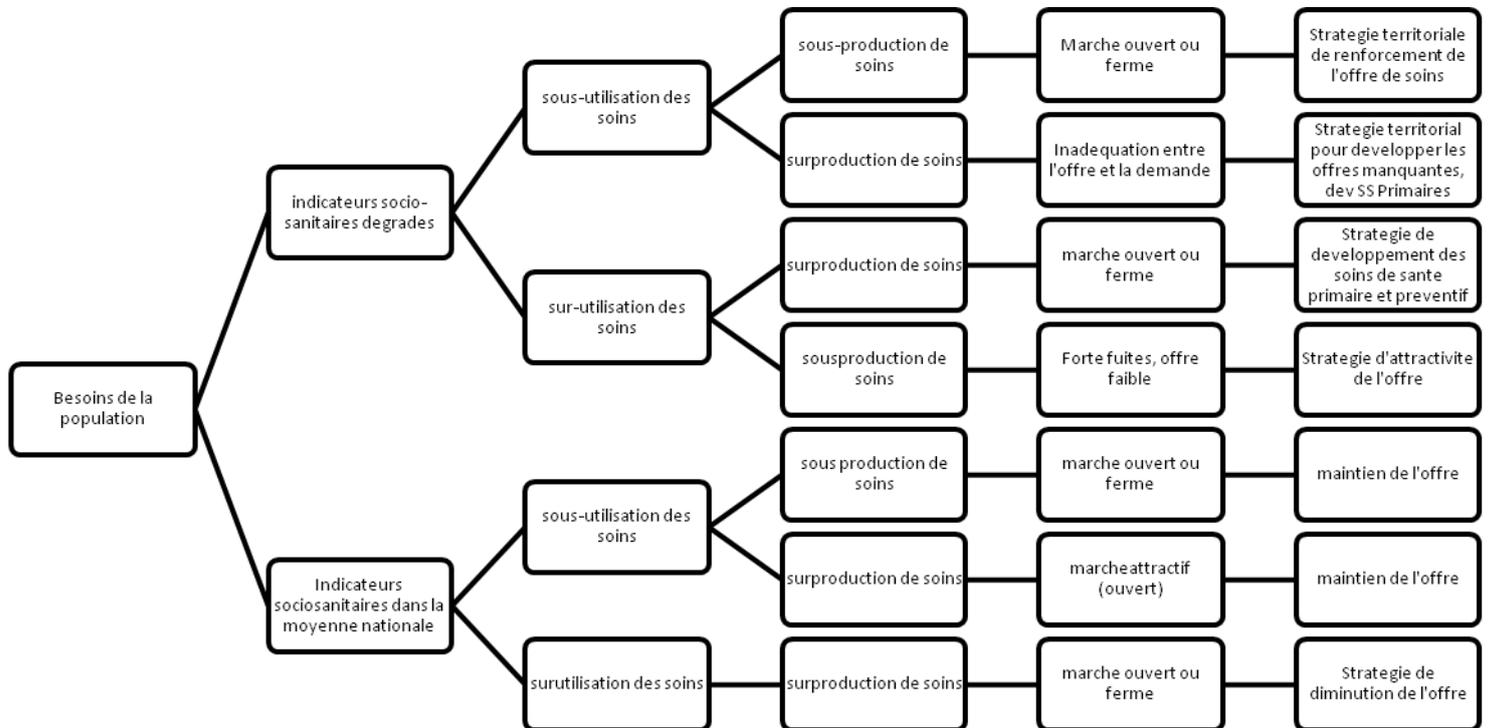
La partie « analyse de la méthode » a permis d'identifier des problèmes d'accès aux soins que ne montrait pas l'ancienne carte sanitaire. Par exemple, certains territoires surconsomment des soins (le Hainaut) et l'offre de soins sanitaire ne semble plus toujours l'unique bonne réponse aux problèmes de santé (ARS). D'autres présentent des accès aux soins qui ne sont pas compensés par des fuites. D'autres territoires encore présentent une sous-consommation de soins associée à une sous-production de soins dans quasiment toutes les disciplines. Cela laisse supposer un facteur comportemental de la population renforcée par certaines faiblesses de l'offre de soins.

Des cibles ont été définies dans le SROS III qui donnent lieu à un renforcement de l'offre de soins dans ces territoires en courts ou moyens séjours. La méthodologie a été appliquée pour définir les stratégies de coopération de bassins de vie ou de petits territoires et de les contractualiser avec les établissements. La méthode a permis de vérifier la pertinence des territoires de premier, deuxième et troisième recours aux soins. Elle a permis d'identifier l'émergence d'un territoire de deuxième recours.

Le raisonnement du management stratégique des territoires aboutit, à partir de constats sur le champ hospitalier, à des stratégies au niveau du premier recours ou de la médecine préventive (voir schéma ci-dessous). Les établissements publics et privés d'un territoire doivent savoir et intégrer le fait qu'ils peuvent être sur un territoire qui voit son activité baisser au profit d'autres soins plus préventifs ou de soins de santé primaire. Ce premier constat peut aider à préparer des stratégies de changement dans la durée.

Schéma de l'analyse stratégique de territoire

Schéma 14 :



Tout d'abord, Il faut rester prudent sur les conclusions de l'analyse stratégique de territoire. Il conviendra par la suite d'enrichir cette analyse par les besoins ressentis et les besoins non satisfaits. Intégrer des critères sociaux comme l'éducation ou le niveau de revenu peut permettre d'élargir l'analyse de la situation. Par ailleurs, le calcul du recours aux soins peut comporter des biais importants à prendre en compte l'xiv.

Ensuite, pour bénéficier d'une analyse globale du territoire, il est nécessaire d'appliquer la méthode aux autres parties du parcours de soins (ambulatoire, établissements de santé, établissements médico-sociaux) . Ce point est une limite de l'analyse proposée.

Enfin, l'analyse n'entre pas dans les établissements de soins pour améliorer leur efficacité. C'est une étape pourtant incontournable de l'étude de la faisabilité de la stratégie. Cela fait l'objet d'une méthode complémentaire.

Cette méthode de management stratégique des territoires nécessite avant tout la mobilisation des acteurs pour objectiver les analyses et les rendre acteurs des projets de territoire.

3.3. Focus sur les acteurs et la régulation du territoire

L'approche basée sur l'utilisation des soins décrite précédemment permet d'améliorer le diagnostic des territoires, de porter un jugement sur la pertinence du niveau de consommation de soins d'une population et en fin de compte de fixer des cibles pertinentes pour l'offre de soins.

Cependant, le système de régulation est inopérant s'il n'est pas prolongé sur le terrain par la mise en place d'une organisation collective et coordonnée des professionnels de santé.

Le premier problème est que l'ensemble de notre système de santé maintient les acteurs dans leur fonctionnement individuel. Le second est de considérer l'apport de la régulation équitable du système de soins dans la mobilisation des acteurs locaux. Le troisième est la nécessité de développer la psychosociologie des conduites à projet et l'approche par problèmes. La quatrième difficulté est de lutter contre la perte de sens, et garder la bonne chronologie entre projet de territoire et projet organisationnel. Enfin, la posture des acteurs notamment institutionnels est à moderniser progressivement.

Lutter contre l'impossible « collectif » !

La bonne réponse du système de santé aux besoins du territoire nécessite une dynamique collective des acteurs d'un même territoire pour répondre aux mêmes besoins de la population. Ce principe s'appuie sur la théorie des systèmes dont la régulation est un élément central. Pour que les territoires s'organisent, il faudra un système de « régulation territorial intégré » proche des acteurs.

Cependant, les projets collectifs, qu'ils s'agissent de projet de coopération, de parcours de santé, de filières restent très souvent en France une innovation d'une très grande fragilité.

La fragilité vient du fait que l'ensemble du dispositif réglementaire est construit pour fixer des objectifs individuels aux professionnels de santé. C'est le cas des Contrats d'Objectifs et de Moyens des établissements de santé, leurs contrats de retour à l'équilibre, des appuis de l'ANAP. Un établissement de santé aujourd'hui en France n'est pas valorisé s'il coopère. Un médecin de ville a des objectifs fixés

nationalement par l'Assurance Maladie, mais à aucun moment, il ne travaille sur les problématiques spécifiques de son territoire.

A titre d'exemple, pendant 3 ans, un projet de parcours de santé gériatrique a été mis en place dans le territoire du Valenciennois. 8 établissements de santé, 5 CLIC, 2 réseaux, bientôt 50 EHPAD, les médecins de villes, participent ensemble à ce parcours au sein d'un groupement de coopération sanitaire. Les premiers résultats de santé sont exemplaires au bout d'un an : division par 2 des délais d'accès aux consultations mémoires, transferts depuis les urgences vers le domicile, meilleurs prise en charge des patients les plus lourds...Le problème est que logiquement, la bonne structuration du parcours et la réponse aux objectifs de santé vont progressivement faire baisser le nombre d'hospitalisation des personnes âgées. La baisse fait diminuer le revenu des hôpitaux. Les directeurs des hôpitaux risquent d'être sanctionnés si leur établissement n'est pas en équilibre financier. En conséquence, un conflit émerge entre les porteurs du projet de parcours et les responsables des établissements.

La loi HPST a fait des avancées dans l'appui à la structuration collective des acteurs : communauté hospitalières de territoires, contrats locaux de santé, maison de santé. Le problème est que d'une part il s'agit de moyens, d'outil, et non de la fin, autrement dit les indicateurs de santé actuels et futurs attendus du territoire.

D'autre part, ils sont juridiquement plus « faibles » que les outils juridiques individuels comme les CPOM.

Il faudrait créer un contrat de territoire où figurent les objectifs spécifiques pour la population et signé par l'ensemble des acteurs chargés de la réponse.

Cependant, cela ne suffit pas : comme disait LAO TSE, « le chemin est plus important que la fin ».

Les conditions de changement des acteurs pour passer d'une logique individuelle à une dynamique collective

Le « portage d'un projet innovant » par les acteurs d'un territoire, la mise en place d'une « régulation collective » du territoire pour trouver les solutions les plus efficaces, les plus rapides nécessitent un réel changement d'état du territoire (Watzlawick P.)^{lxv}

La dynamique des groupes (Anzieu)^{lxvi}, l'approche culturelle de la sociologie des organisations (Saintsaulieu R.)^{lxvii} apportent des appuis méthodologiques à ces questions.

Pour qu'un groupe d'acteurs se constitue sur un territoire, il est nécessaire qu'ils puissent concevoir un référentiel commun sur leurs problématiques. (Problématiques, Objectifs). La conduite de groupe permet d'aider à installer une vision commune et à poser les bases d'un projet porté par les acteurs.

Ce dernier point est nécessaire car J.L. Boutinet nous précise bien que pour qu'un projet soit conduit, il faut que l'acteur soit auteur de son projet^{lxviii}. Sans ces conditions, il ne changera pas.

Comme cela a déjà été précisé, l'approche par problème exprimé par les acteurs est un facteur clé de succès de la conception du projet. Il est cependant nécessaire de prioriser et objectiver les problématiques par des données quantifiées. De manière systématique, il faut aussi chercher à intégrer dans le référentiel commun, l'expression des « clients » du projet. Parfois même, il faut envisager d'intégrer les « clients » comme des acteurs de ce même projet. La santé communautaire est à ce prix.

Lorsqu'un groupe sur un territoire est constitué, il doit être aussi complexe que son environnement (Loi de Laurence et Lorsch)^{lxix} pour pouvoir faire adhérer l'ensemble des acteurs du territoire à la dynamique de changement pour améliorer la santé de la population.

La conduite d'un projet dans le cadre du management stratégique des territoires crée un réel changement d'état des acteurs. Il est nécessaire pour la réussite du projet d'anticiper le changement des différents acteurs. A quelle place se trouvent-ils avant et où seront-ils après le changement, après le passage à la dynamique collective ? Cela est indispensable pour assurer la pérennité du projet et notamment le bon positionnement des leaders. Un leader sur ces projets de territoire sera amené à s'éloigner de sa propre structure, à être considéré comme un étranger car il va prendre un rôle de plus en plus territorial. Ces nouveaux métiers de régulateurs de territoires ne sont pas encore bien clairs, ni valorisés. Pourtant ils sont l'avenir indispensable d'un système de santé décloisonné, de parcours sans ruptures.

Norbert Alter^{lxx} nous décrit un acteur innovant souvent fatigué en fin de projet, dans le cadre de projet de territoire où il n'existe pas de moyens pour les reconnaître et les valoriser, comme dirait Edgard Morin, « l'entropie fera son travail et chacun retournera dans sa structure. »

Penser à tous ces éléments nécessite un méta-acteur, un catalyseur qui pourrait être une maîtrise d'ouvrage essentiellement concentrée sur la définition des objectifs pertinents du territoire. Cela nécessiterait une évolution des Agences Régionales de Santé.

L'analyse stratégique (mais pas seulement) avec une démarche de conduite de projet impliquant les acteurs permet d'élaborer un projet de santé de territoire et progressivement se structure une organisation qui portera la future régulation du territoire.

Le projet de santé en premier permet d'éviter les dérives d'une hyper-structuration incohérente avec la taille du projet et ses caractéristiques. Cela permet aussi de développer une approche multi-spécialités pour la partie structuration et articulation avec les « généralistes » qu'ils s'agissent des médecins généralistes, des soins de suites ou des structures médico-sociales.

L'acteur est donc indispensable à la régulation du système, mais il doit s'inscrire dans une régulation équitable à l'échelle régionale et nationale.

4. L'expérience de la régulation au niveau régional : retour d'expérience du Nord-Pas-de-Calais de 2006 à 2011

Chaque région a défini sa propre méthodologie. La région Nord-Pas-de-Calais a été une des régions où les objectifs quantifiés ont été mis en place d'une part à partir d'une méthode qui prend en compte les besoins de la population et d'autre part d'une manière continue sur toute la durée du Schéma Régional d'Organisation sanitaire. Par la suite, cette région a servi de modèle pour la mise en place d'une méthode nationale de régulation des volumes d'activités des établissements de santé à partir de l'année 2011^{lxxi}.

4.1. Méthodologie

Dans la période 2006 / 2010, la France comptait 153 territoires de santé pour la France Métropolitaine. Chaque région était chargée de définir les objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) par territoire de santé à répartir par établissement de soins. A partir de 2011, la mise en place des ARS redéfinit les territoires de santé : on en compte 99 pour 26 régions.

Les OQOS en volume concernent les principales activités hospitalières, chirurgie, médecine, soins de suites, psychiatrie, néphrologie, radiologie et cardiologie interventionnelle. Les OQOS s'expriment en trois dimensions, les implantations, les critères d'accès aux soins et les volumes.

Les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins ont pour but de fixer pour chaque territoire de santé et pour chaque établissement un volume minimum et un volume maximum de production attendus sur une période de 5 ans. Ces volumes de l'offre de soins sont définis à partir de l'utilisation des services par la population, contrairement aux mécanismes utilisés antérieurement essentiellement basés sur la répartition des moyens^{lxxii}. L'utilisation des services est considérée comme un besoin consommé de la population. Elle ne représente pas l'ensemble des besoins de la population^{lxxiii}. Il est mesuré par le taux de recours.

L'estimation des volumes minimum et maximum prend en compte 2 facteurs :

- L'évolution démographique de la population, tant en terme de nombre d'habitants que de sa structure (vieillessement).
- L'épidémiologie, au sens où est pris en compte les différences de taux de recours aux soins entre le niveau national, régional et local.

Certaines régions ont aussi utilisé d'autres critères pour définir les objectifs en volume. Certains ont pris en compte l'évolution des pratiques médicales comme le développement de la chirurgie ambulatoire. D'autres ont intégré des critères socio-sanitaires permettant d'assurer un minimum de progression aux zones de proximité dont le taux de Rmistes ou l'indice comparatif de mortalité précoce.

Les résultats donnent des projections de consommation de soins. Par conséquent, le lien mathématique avec la production des établissements suppose de tenir compte des flux de patients entre les zones de proximité, les régions.

L'hypothèse est de considérer que les flux resteront constants entre 2005 et 2010.

4.2. Données et calculs

Pour être mise en œuvre, 3 sources d'information ont été exploitées :

- La base PMSI régionale et nationale 2005 (Source : ATIH)
- La population actualisée en 2005 par sexe et tranche d'âge de 5 en 5, pour chaque zone de proximité, la région et la France métropolitaine (Source : INSEE)
- La population actualisée en 2010 par sexe et tranche d'âge de 5 en 5 pour chaque zone de proximité (Source : commande spécifique auprès de l'INSEE).

Ces bases de données ont été réutilisées lors de mises à jour des OQOS entre 2005 et 2010.

Calculs

Calcul des taux de recours

Dans un 1^{er} temps, nous calculerons le rapport entre le nombre de séjours consommés (PMSI MCO 2005) et la population 2005. On obtient ainsi un nombre de séjours consommés pour 1000 habitants en 2005.

Compte tenu que :

- le taux de recours varie selon le sexe et surtout l'âge de la personne (la fréquentation hospitalière moyenne d'une personne de 30 ans est nettement plus faible qu'une personne de 85 ans),
- la structure de la population va évoluer sur les 5 ans à venir,

Il s'ensuit que les taux de recours sont affinés par sexe par tranche d'âge de 5 en 5, afin que les prévisions soient les plus justes possibles.

Ce calcul est effectué pour chacune des zones de proximité pour la discipline étudiée (Médecine ou Chirurgie sur la base de la version 9 du PMSI).

Projection 2010

A partir de ces taux de recours obtenus en 2005, il est possible d'estimer la consommation attendue en 2010 pour une zone de proximité donnée, par simple multiplication du taux de recours constaté en 2005 dans cette zone de proximité et la population attendue en 2010.

A ce stade, on suppose que le taux de recours aux soins est stable pour une zone de proximité donnée et, par conséquent, seule la démographie est prise en compte.

Définition de l'objectif de consommation

En plus de la démographie, la consommation de soins estimée en 2010 peut varier du fait d'une évolution des taux de recours constatés en 2005. Celui-ci peut se traduire localement soit par un rattrapage de la consommation soit au contraire par une diminution, en fonction de l'évolution de l'offre de soins de premier ou de second recours, de l'état de santé ou d'autres facteurs externes.

En outre, rien ne garantit que les données de consommation dont on dispose soient bien le reflet de la consommation réelle pour une zone de proximité donnée (problème de mauvais codage géographique dans le PMSI, non exhaustivité du PMSI d'un établissement,...)

Pour ces raisons, le choix a été pris de calculer également les taux de recours constatés en 2005 dans la région et au niveau national par sexe et tranche d'âge de 5 en 5, ce qui permet de disposer pour une zone de proximité donnée de 3 taux de recours correspondant à un niveau local, régional et national.

Ces 3 taux de consommation, permettent de déduire la consommation de soins minimale et maximale, puis en déduire l'objectif suivant :

- pour une zone de proximité donnée, une estimation basse de la consommation en 2010 est obtenue en appliquant à la population 2010 de cette zone le taux de recours aux soins le plus faible constaté en 2005 au niveau national, régional et local.
- on procède de même pour estimer une consommation maximale, en retenant le taux de recours aux soins le plus élevé.
- l'objectif est ensuite obtenu en prenant la moyenne des 3 projections de consommation.

L'activité de médecine et de chirurgie des établissements est décrite et mesurée au travers du PMSI MCO 2005.

Les objectifs quantifiés de l'offre de soins sont calculés pour chaque territoire de santé. Les calculs ont aussi été effectués à des niveaux infraterritoriaux pour une analyse plus fine des situations. Les OQOS seront mis à jour avec la nouvelle version du PMSI en 2007

Le suivi et la mise à jour des OQOS de 2006 à 2011

Les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins par territoire de santé pour les principales spécialités médicales sont inscrits dans le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire 2006-2011 de chaque région de France. Ce schéma est le document réglementaire de référence qui structure l'avenir des soins dans les 5 années à venir.

Les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins pour chaque établissement d'un même territoire de santé pour les principales spécialités sont négociés et contractualisés dans un Contrat d'Objectifs et de Moyens Pluriannuels sur la durée du SROS.

La fixation des OQOS est l'occasion d'un échange annuel constructif entre les établissements de santé et l'Agence Régionale de la Santé sur la stratégie future de l'établissement et les conséquences sur ses volumes d'activités produits.

Le non respect des objectifs quantifiés peut être passible de sanctions financières.

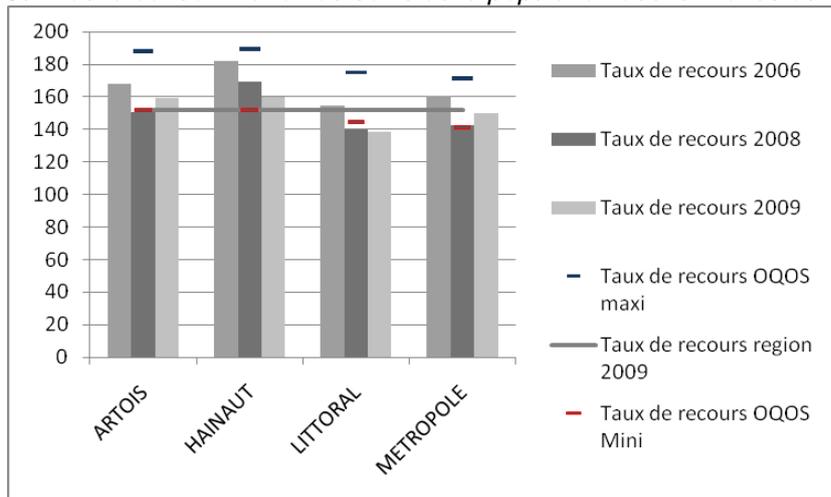
4.3. Résultats

La définition des objectifs de production à partir des besoins consommés de la population des territoires est possible à partir des bases de données du PMSI. Le suivi de ces objectifs de production des territoires de santé et des objectifs de production des établissements de santé a été réalisé annuellement. Le suivi du niveau de consommation de soins des populations des territoires a aussi été réalisé annuellement sauf pour l'année 2007 pour un problème de modification d'évolution de la base PMSI (cf graphique de la région Nord-Pas-de-Calais). Le suivi montre que les activités réalisées restent dans les OQOS prévus, il en est de même pour le niveau d'utilisation des soins.

Le suivi des consommations correspond au suivi des taux de recours (séjours PMSI domiciliés), le suivi de la production correspond au nombre de séjours bruts produits. On rappelle que le travail d'analyse des besoins s'effectue au niveau de la consommation et que l'objectif de production n'est qu'un calcul à partir de la matrice production/consommation.

Graphe 15 :

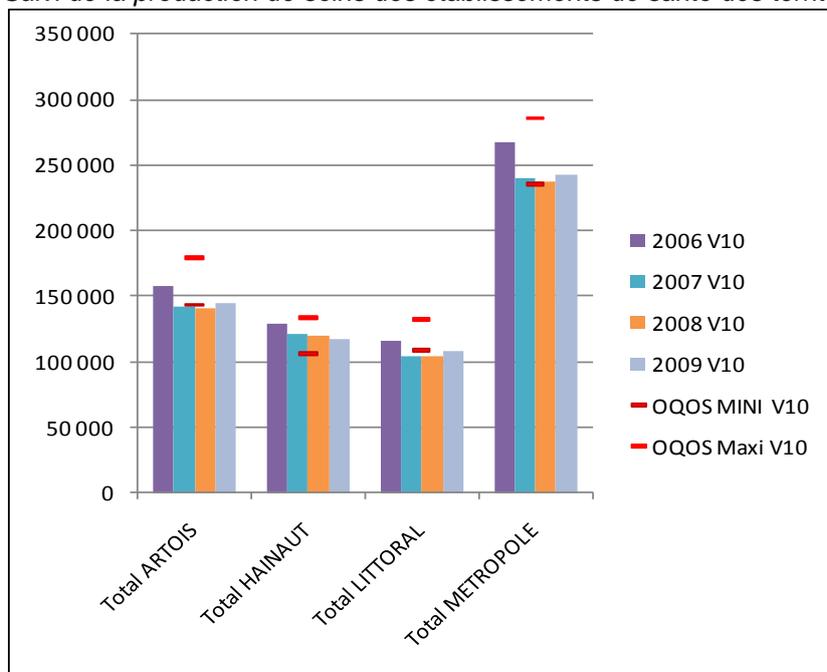
Suivi de la consommation de soins de la population des territoires de santé



Source : pmsi

Graphe 16 :

Suivi de la production de soins des établissements de santé des territoires de santé



Source : pmsi

L'élaboration des OQOS a donné lieu à de nouvelles analyses des territoires de santé. Le niveau d'utilisation des soins comparé au niveau régional et national en tenant compte de l'état de santé permet de poser des hypothèses de sous-utilisation due à un problème d'accès aux soins ou de sur-utilisation de soins liée à des effets induits de l'offre. Le niveau de soins disponibles en termes de production de l'offre de soins du territoire permet de renforcer ces hypothèses. La confirmation de l'hypothèse est posée à partir de la mesure du délai d'accès aux soins et de la consultation des professionnels de santé du territoire.

La mise en place d'un échange annuel entre les établissements de santé et leur tutelle régionale pour fixer les objectifs et la stratégie des établissements et des territoires est un élément majeur de la mise en œuvre de la politique de santé hospitalière en France. Ces échanges et la contractualisation ont permis d'établir un compromis entre les contraintes des établissements et les besoins des territoires. Dans ce contexte, les OQOS ont parfois pris un rôle premier dans la mise en place de contraintes pour certains établissements en situation de production importante de soins non cohérents avec les besoins du territoire.

Pour que le système fonctionne et soit accepté par tous il a été nécessaire de mettre en place deux éléments de régulation à l'échelle des établissements de santé :

Le premier élément est que l'on considère qu'un dépassement du volume attribué est une évolution normale des parts de marché si les critères suivants sont respectés :

- Les orientations stratégiques du contrat sont respectées
- La qualité des soins est respectée (accréditation sans réserve majeure, inspection, maladies nosocomiales)
- Le volume maximum (OQOS) du territoire est respecté
- Les contrôles de la facturation T2A par l'Assurance Maladie ne sont pas défavorables
- Les coopérations dans le territoire sont respectées

Le second élément est celui qui permet de reconnaître des dépassements d'OQOS maximum des établissements du fait de reprises de parts de marché même si tous les volumes ont été distribués. Chaque année, un volume est repris sur les établissements qui ont des marges entre le volume réalisé et le volume OQOS maximum pour l'attribuer aux établissements qui ont dépassé leur volume maximum, ceci en respectant les critères cités ci-dessus. Ce mécanisme permet une réelle concurrence entre les établissements en respectant les besoins du territoire.

Les sanctions ont été essentiellement dissuasives et jamais mises en application pendant la période 2006-2011. Les éléments d'instabilité de la méthode ont rendu l'application des sanctions très risquée tant politiquement que juridiquement.

Certaines régions ont mis en place un groupe de concertation avec les instances politiques et syndicales représentatives des établissements publics et privés. Si ces dispositifs de concertation ont montré des résultats au niveau régional, et au niveau national, le rejet du mécanisme des OQOS reste majeur.

Sur la période 2006-2011, le volume des dépenses de santé a augmenté. Depuis 2008, une évolution très dynamique des volumes de dépenses d'activité des établissements de santé est constatée : elle se situe au-delà de 3% annuels, alors que l'ONDAM hospitalier a été construit selon des hypothèses plus modérées, comprises entre 1,7% et 2,1%.

Lors de la conférence des déficits publics du 20 mai 2010, le Président de la République a annoncé un taux de croissance de l'ONDAM de 2,9% pour 2011 et 2,8% pour 2012, après un taux de croissance de 3% en 2010, ce qui contraindra fortement les évolutions de l'ONDAM hospitalier pour les années 2011 et 2012 (Citation du Guide National sur les IPA).

4.4. Discussion-Conclusion

Sur la période 2006-2011, la méthodologie a montré une meilleure prise en compte des besoins des populations. Ce changement de paradigme dans la définition de la politique du système de santé français par une approche des besoins consommés par les populations des territoires *plutôt qu'une approche par la production des établissements*. La démarche est plus orientée « accès aux soins des populations » et « efficience de l'offre territoriale » plutôt que « efficience des établissements de santé ».

Concernant les questions d'équité, la France avait du retard par rapport aux pays anglo-saxons^{lxxiv}. Avec les OQOS, elle quitte une approche « égalitaire » de répartition des moyens pour approcher une répartition des moyens en fonction des besoins de la population, donc équitable.

La contrainte principale sur cette période est la mise en place de méthodes différentes sur le territoire Français. Certaines régions font un « saut » méthodologique et d'autres restent à une pratique antérieure qui définit la production de soins sans tenir compte des besoins de la population. Il est alors impossible de mettre en place une péréquation interrégionale dans le respect de l'enveloppe financière nationale. Sans péréquation interrégionale, les cibles en volumes des territoires de santé de chaque région et les cibles des établissements se sont définies indépendamment du respect d'un équilibre national. Ce mécanisme de régulation systémique^{lxxv} ne peut fonctionner que si l'élément le plus petit, (l'établissement) est inclus dans le même mécanisme que l'enveloppe territoriale, régionale et nationale. La résistance au changement est d'autant plus importante que l'ancien système de répartition des moyens est plus simple.

La remarque précédente est une des causes de l'absence de régulation au niveau macroscopique. La méthodologie telle que mise en place n'a pas permis de limiter l'évolution du volume global d'activité et l'évolution de l'enveloppe nationale de l'Assurance Maladie. L'effet d'augmentation de l'activité attendu par la mise en place de la T2A s'est donc produit.

La régulation financière s'est ainsi opérée au niveau macroscopique par la diminution des tarifs nationaux. Le système qui apparaî

t équitable par la prise en compte des besoins des territoires est au final inéquitable.

La régulation des établissements de santé est plus pertinente grâce à un échange constructif avec la tutelle sur la stratégie et la contractualisation. Dans ce cadre, les OQOS présents dans les contrats des établissements de santé apparaissent comme des contraintes réelles. L'existence d'une sanction en cas de dépassement des OQOS, même si elle n'a pas été appliquée, apparaît dissuasive. Par contre, la régulation nationale par les tarifs est difficile à comprendre pour les établissements car celui qui est vertueux voit sa marge de manœuvre diminuer puisque c'est un bénéfice *indexé* sur les tarifs.

Le système est souvent jugé comme complexe et instable en opposition à une répartition des lits par habitants. Effectivement, la lecture du volume d'activité par les codes postaux est une véritable révolution culturelle. Cela crée une rupture avec des demandes de moyens systématiques, car une demande de moyens signifie une augmentation de la consommation et donc de malades ce qui peut être un signe de dégradation de l'état de santé de la population ou de l'accès aux soins ou encore une augmentation des effets induits.

La base de données du PMSI a effectivement été trop instable pour pouvoir gérer annuellement un suivi des OQOS par territoire et par établissement. Pour assurer la continuité du système, les tutelles ont dû réaliser des rebasages des OQOS à cause des changements de base pluriannuels du PMSI. De plus, le PMSI au lieu de se simplifier se complexifie en augmentant significativement son nombre de ghm.

Enfin, les syndicats, représentants nationaux des établissements de santé publics et privés, n'ont pas accepté les OQOS et ont souhaité leur disparition dès 2011. Les syndicats ont considéré les OQOS comme des quotas empêchant toute concurrence entre établissements. Le mécanisme de prise en compte de la concurrence dans la gestion des OQOS s'est mis en place dans une seule région et n'a pu influencer cette posture des syndicats nationaux. L'argument du blocage de la concurrence est mis en cohérence avec la tarification à l'activité d'une part et la diminution des tarifs d'autre part.

5. L'appui à l'élaboration de la méthode de régulation nationale : déterminer des objectifs de soins régionaux équitables à partir des besoins de santé de chaque population

5.1. Identification des situations régionales possibles (Besoins / Utilisation / Offre) dans le cas d'une méthode nationale : Typologie simple des régions

Objectifs

Après avoir fait le constat des limites de l'expérience régionale, il est nécessaire d'avoir une meilleure lisibilité des situations rencontrées par région. L'objectif est de chercher à faire une typologie des régions et des territoires de santé à partir des facteurs présents dans le modèle. On cherche à répondre à la question de groupes particuliers de territoires qui pourraient avoir ensuite les mêmes stratégies de régulation des volumes.

Une typologie simple est réalisée à partir de trois indicateurs (mortalité, utilisation des soins, offre de soins) à l'échelle des régions. Ce travail préparatoire permet d'approcher un premier niveau de typologie des régions à partir des facteurs du modèle.

Ce travail a été réalisé en collaboration avec le Département de l'informatique médicale du CHRU de Lille.

Données

Pour approcher l'état de santé, on choisit les données de mortalité.

- Données de mortalité : La base nationale de CépiDC par tranche d'âge et par sexe 2008
- Données de population : La population actualisée en 2010 par sexe et tranche d'âge de 5 en 5, pour chaque zone de proximité, la région et la France métropolitaine (Source : INSEE)
- Données d'utilisation des soins : les séjours de médecine par lieu de résidence de la base nationale PMSI 2010 de l'ATIH.

- Données de production de soins : les séjours de médecine par lieu de production de la base nationale PMSI 2010 de l'ATIH.

La mortalité est exprimée en indice comparatif de mortalité précoce.

L'utilisation des soins est représentée par les taux de recours (Nombre de séjours par habitant par région) standardisés par âge et par sexe (standardisation indirecte)

La production de soins est représentée par les taux de production « potentielle » (nombre de séjours potentiels produits par habitants) standardisés par âge et par sexe (standardisation indirecte)

Les données utilisées sont les écarts entre les données de la région et les données de la France.

Méthodes

Tout d'abord on réalise une Analyse en Composante Principale (ACP).

L'ACP est une des techniques d'analyse de données multivariées. Cette technique d'analyse statistique, principalement descriptive, consiste à représenter sous forme graphique le plus d'informations possibles contenues dans un tableau de données. Elle permet ainsi de visualiser un espace à p dimensions à l'aide d'espaces de dimensions plus petites.

Etant donné un ensemble d'observations décrites par des variables exclusivement numériques $\{x_1, x_2, \dots, x_p\}$, l'ACP a pour objectif de décrire ce même ensemble de données par de nouvelles variables en nombre réduit. Ces nouvelles variables sont des combinaisons linéaires des variables originales, et portent le nom de Composantes Principales (CP).

En général, la réduction du nombre de variables utilisées pour décrire un ensemble de données provoque une perte d'information. L'ACP procède de façon à ce que cette perte d'information soit la plus faible possible. L'ACP peut donc être vue comme une technique de réduction de dimensionnalité.

On réalise ensuite une Classification Ascendante Hiérarchique (CAH).

Les méthodes de classification ou de typologie ont pour but de regrouper les individus en nombre restreint de classes homogènes. Etant donné un ensemble d'observations, une hiérarchie sur cet ensemble est une collection de groupes d'observations (clusters).

Le CAH procède par fusions successives de clusters (ensemble d'observations) déjà existants. A chaque étape, les deux clusters qui vont fusionner sont ceux dont la distance est la plus faible. La question est donc de trouver une bonne définition de ce que l'on entend par la distance entre deux groupes de points. Ce qui intéresse l'analyste n'est pas la hiérarchie, mais une typologie, c'est à dire une partition de l'ensemble des données en clusters qui sont :

- Compacts,
- Bien séparés les uns des autres,
- Facilement interprétables.

Une hiérarchie permet de construire beaucoup de typologies : toute section supérieure de l'arbre définit un ensemble de clusters partitionnant l'ensemble des données. La classification peut-être représentée par un dendrogramme (arbre).

Résultats

L'ACP permet de distribuer les données selon les axes F1, F2. (Voir tableau ci-dessous).

Tableau 4 : Contribution des variables

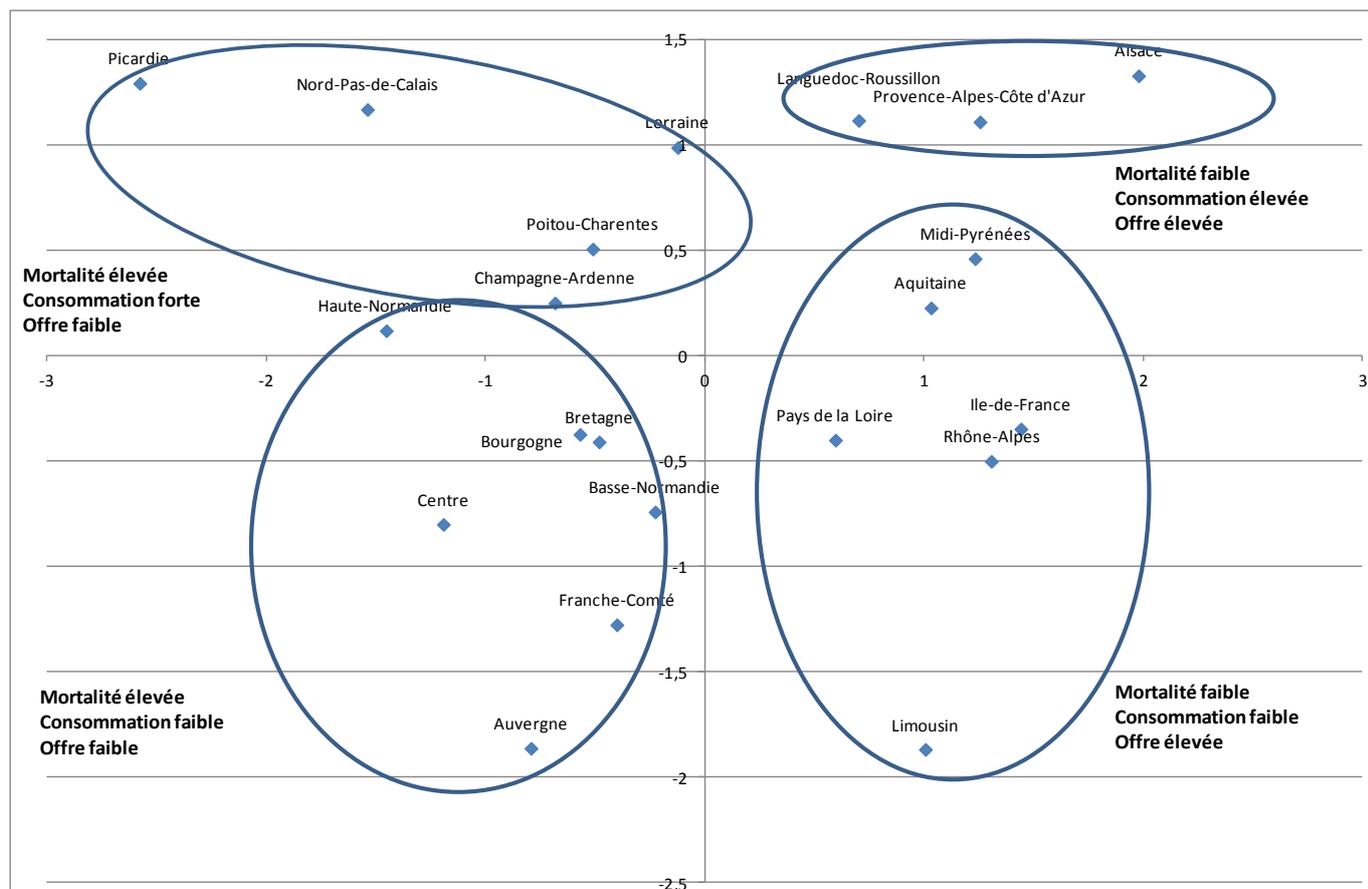
	F1	F2
Ui-Uif	82,821	13,095
Oi-Ui	17,168	65,099
ICM-ICMf	0,011	21,806

Tableau 5 : Données et Classement k-hiérarchique à quatre niveaux

	Ui-Uif	Oi-Ui	ICM-ICMf	Quatre k hiérarchiques
Aquitaine	5	8	-5	1
Ile-de-France	-2	14	-9	1
Limousin	-26	24	0	1
Midi-Pyrénées	9	1	-13	1
Pays de la Loire	-6	5	-3	1
Rhône-Alpes	-5	6	-14	1
Alsace	25	15	-10	2
Languedoc-Roussillon	17	2	-1	2
Provence-Alpes-Côte d'Azur	19	8	-5	2
Auvergne	-33	-4	6	3
Basse-Normandie	-14	4	8	3
Bourgogne	-10	-7	6	3
Bretagne	-10	1	11	3
Centre	-19	-22	2	3
Franche-Comté	-23	-9	-2	3
Haute-Normandie	-6	-17	14	3
Champagne-Ardenne	-1	-5	12	4
Lorraine	12	-5	6	4
Nord-Pas-de-Calais	10	3	36	4
Picardie	7	-40	18	4
Poitou-Charentes	3	-20	-2	4

Le classement hiérarchique à 4 niveaux permet d'établir une typologie avec 4 groupes de régions. Cette typologie est représentée dans le graphe ci-dessous.

Graph 17 :



Discussions / conclusions

On distingue 4 grands types de territoires.

Le premier type correspond aux territoires avec une mortalité élevée, une consommation élevée et une offre faible ou moyenne. Il s'agit des territoires où la consommation est élevée à cause d'un état de santé dégradé. Ces situations sont en tension avec l'offre de soins. Soit l'offre satisfait les besoins mais la moindre difficulté crée une insatisfaction qui a des conséquences directe sur l'état de santé, soit si l'offre est faible, il peut y avoir suspicion d'un problème d'accès aux soins.

Ce problème d'accès aux soins est à confirmer par d'autres données (délais d'accès aux soins, surcharge des professionnels de santé par exemple)

Le deuxième type concerne les régions à mortalité faible, utilisation élevée et offre de soins élevée. Ces territoires présentent un profil de consommation de soins induite par l'offre car elle n'est pas justifiée par les besoins. Il semble qu'une diminution de l'offre de soins aura peu d'effet direct sur l'état de santé de la population.

Le troisième type de région décrit les régions avec une mortalité faible, une consommation faible et une offre élevée. C'est pour un territoire, le profil idéal. La consommation modérée correspond à un état de santé et l'offre de soins est dynamique c'est-à-dire qu'elle doit produire des soins pour les autres territoires.

Le quatrième concerne les régions avec une mortalité élevée, une consommation faible et une offre faible. Ces territoires peuvent laisser supposer une insatisfaction des besoins du fait d'une offre faible.

Cette typologie permet de comparer les situations des régions entre elle sur ces trois indicateurs que sont l'état de santé, l'utilisation des soins et l'offre de soins. On constate que cela permet de poser des hypothèses d'une part d'insatisfaction des besoins à cause de l'offre de soins et d'autre part de surconsommation du fait d'effets induits par l'offre de soins.

Il faut rester prudent car cela permet de poser des hypothèses, cependant cette analyse ne permet pas d'y répondre. Il est nécessaire d'avoir ensuite une analyse complémentaire propre à chaque territoire concerné. Comme précisé précédemment, la notion de précarité n'est pas prise en compte, tout comme des indicateurs liés à l'accès aux soins comme les délais par exemple.

5.2. **La méthodologie de régulation nationale des volumes de soins basée sur les taux de recours corrigés par âges / sexes et « état de santé »** (Circulaire nationale 12/2011)

Objectifs

En 2011, le choix est pris de proposer à toute la France une méthodologie unique. Le but est de généraliser la méthode mise en place au chapitre 4^{lxxvi} en ajustant les volumes sur la mortalité pour les disciplines dont l'impact de la mortalité sur les volumes consommés est significatif. Toutes les régions peuvent se situer par rapport à une référence nationale, cela permet techniquement de mettre en place une logique de péréquation interrégionale des volumes de soins et des enveloppes financières.

Pour ce travail, le ministère de la santé m'a sollicité en tant qu'expert pour aider à élaborer la méthodologie nationale. Ce travail a été fait en collaboration avec le bureau R5 du Ministère de la Santé (DGOS).

Matériel et Méthodes

Les indicateurs de pilotage conservent l'approche développée dans le Nord-Pas-de-Calais basée sur le recours à l'offre de soins de la population domiciliée. Ceci permet d'approcher la notion de besoin de soins, contrairement à une démarche uniquement basée sur la production de l'offre de soins.

Données

Territoires de santé (France métropolitaine uniquement)

Taux de mortalité standardisé sexe-âge toute cause par territoire de santé, source INSERM-CépiDC, données 2008

Taux de recours brut : Rapporte le nombre de séjours/journées/venues de la population domiciliée d'une zone géographique au nombre d'habitants de la zone, source PMSI MCO 2010

Taux de recours standardisé (âge, sexe) d'un Territoire de Santé : indique quel serait le taux de recours du territoire s'il avait la structure de population nationale, source Population INSEE 2008 (utilisation des données définitives les plus récentes privilégiée à celles provisoires de 2010)

Taux de recours ajusté (âge, sexe, état de santé) d'un Territoire Santé : indique quel serait le taux de recours du territoire s'il avait la structure de population et l'état de santé nationaux

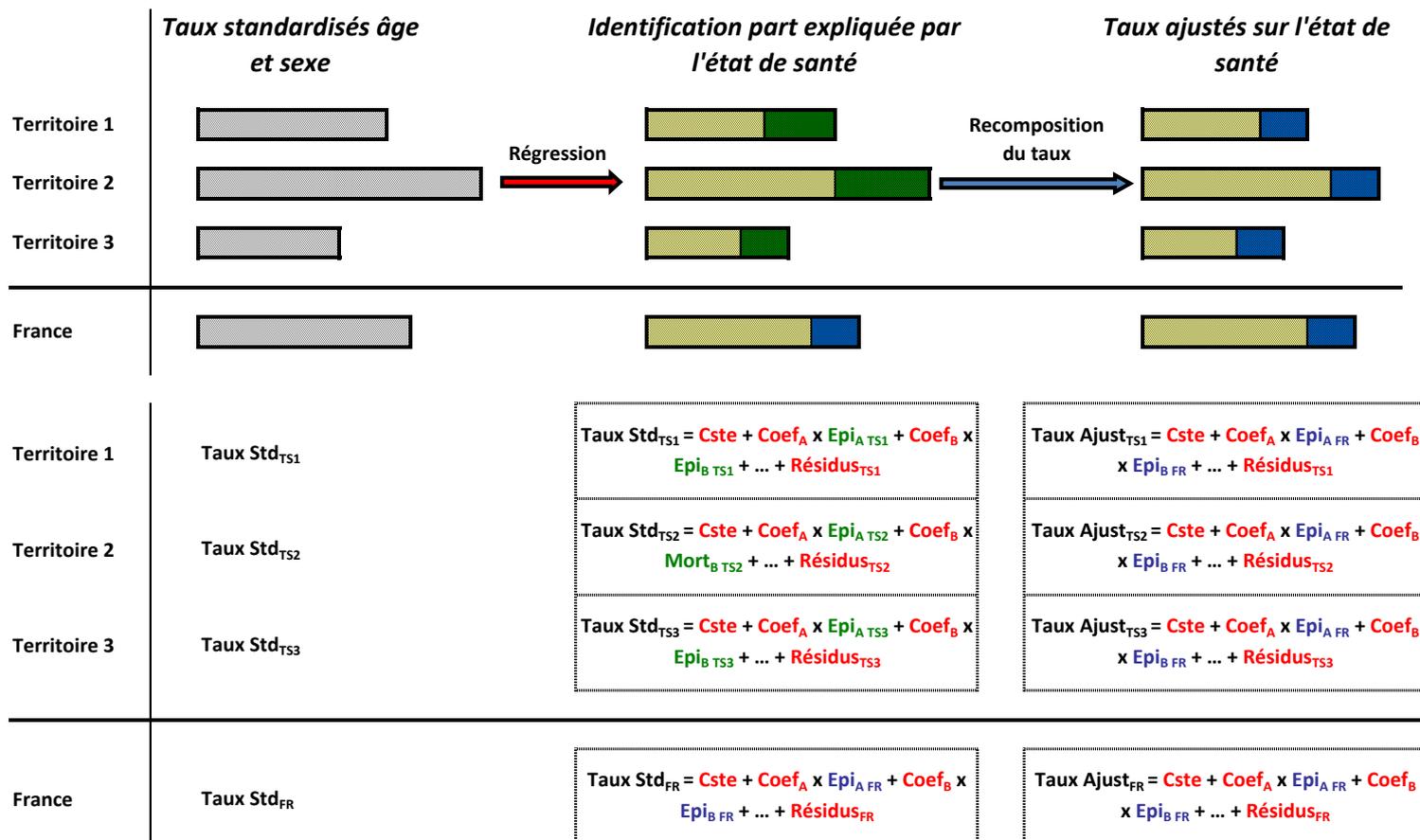
Méthode

La population domiciliée permet d'approcher la notion de besoin de soins, contrairement à la production de l'offre. On peut donc corriger cet indicateur populationnel (la consommation de soins) et la corriger par l'âge et le sexe (standardisation directe) et l'ajuster sur la mortalité. L'ajustement sur la mortalité est conditionné par une corrélation significative entre la mortalité et la consommation de soins.

Méthodologie d'ajustement des taux de recours de chaque territoire par l'état de santé, activités de médecine et chirurgie

- Méthode développée par la DREES pour expliquer la consommation de soins hospitaliers par l'état de santé (réf dans le guide IPA)
- Régression linéaire sur les taux de recours standardisés (âge, sexe) au niveau territoire de santé
- Le taux ajusté sur l'état de santé est calculé en remplaçant dans le taux de recours standardisé âge/sexe la part expliquée par l'état de santé du territoire par la part expliquée au niveau national. La différence qui subsiste entre les taux par territoire représente les résidus de la régression.

Schéma 15 : explication du taux ajusté sur l'état de santé (source Ministère de la Santé)



Source : Ministère de la santé, 2011

Le critère d'état de santé retenu : la mortalité (CépiDC)

- Critère disponible estimé comme étant le plus pertinent pour approcher l'état de santé (Les taux des Affections Longue Durée ont également été testés et les résultats ont montré l'absence de plus-value par rapport aux taux de mortalité pour l'analyse des taux de recours hospitaliers.)
- Taux de mortalité standardisé sexe-âge, avec distinction entre causes internes (chapitres I à XIX) et externes (chapitre XX)

Le résultat des régressions linéaires permet de réaliser un ajustement sur l'âge et le sexe mais aussi sur la mortalité pour les taux de recours pour l'activité de médecine et de chirurgie en hospitalisation complète.

Activité	Résultat
Médecine en hospitalisation complète (hors séances et techniques interv.)	Variabilité expliquée à 55% par l'état de santé
Médecine en hospitalisation partielle (hors séances et techniques interv.)	Variabilité non expliquée par l'état de santé
Chirurgie en hospitalisation complète (GHM en C)	Variabilité expliquée à 34% par l'état de santé
Chirurgie ambulatoire (GHM en C)	Variabilité non expliquée par l'état de santé
Techniques interventionnelles (GHM en K)	Variabilité non expliquée par l'état de santé

Résultats

Les résultats du modèle de régression ne retiennent pas les mêmes variables explicatives : pour la médecine en hospitalisation complète seule la mortalité par cause interne est significative, et à l'inverse pour la chirurgie en hospitalisation complète seule la mortalité externe l'est.

Pour les taux de recours de médecine en hospitalisation complète :

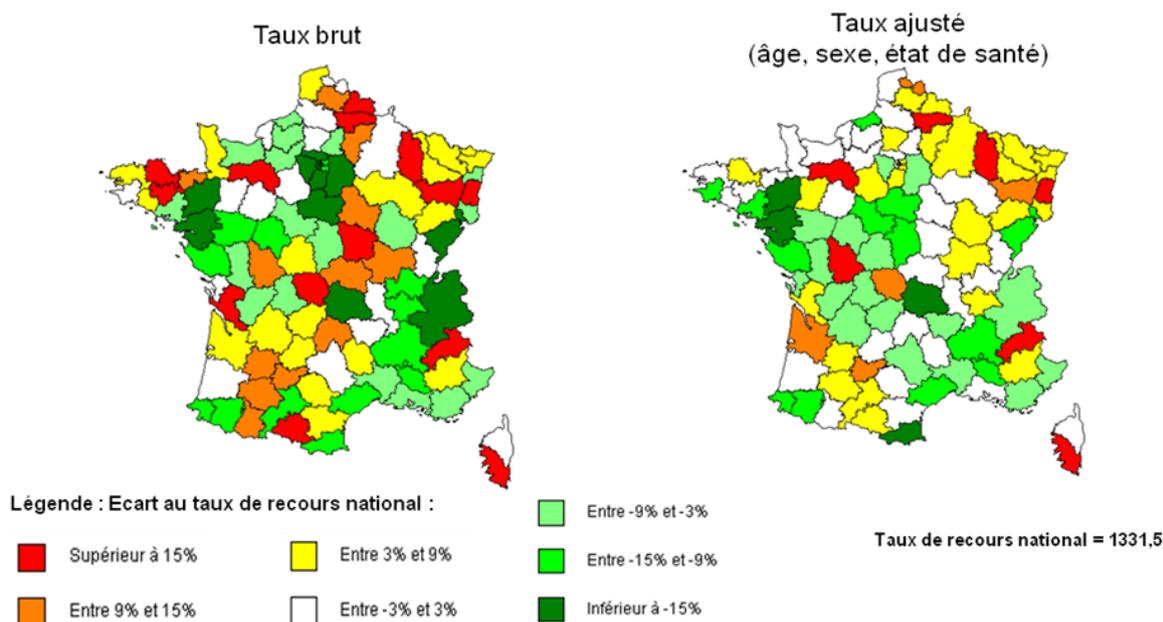
$$\begin{aligned}
 &Taux_recours_{std}^{TS1} = 17,58 + 0,82 \times Taux_mortalité_int_{std}^{TS1} + résidus^{TS1} \\
 &: \\
 &Taux_recours_{ajust}^{TS1} = 17,58 + 0,82 \times Taux_mortalité_int_{std}^{NAT} + résidus^{TS1}
 \end{aligned}$$

Pour les taux de recours de chirurgie en hospitalisation complète :

$$\begin{aligned}
 &Taux_recours_{std}^{TS1} = 40,03 + 1,69 \times Taux_mortalité_ext_{std}^{TS1} + résidus^{TS1} \\
 &: \\
 &Taux_recours_{ajust}^{TS1} = 40,03 + 1,69 \times Taux_mortalité_ext_{std}^{NAT} + résidus^{TS1}
 \end{aligned}$$

Cartes 1 et 2 :

Ecart au taux de recours national (taux Ajusté par âge, sexe, état de santé) en médecine des populations des territoires de santé.



Source : Ministère de la santé, ATIH, Pmsi 2009

On constate la persistance des inégalités de consommation en médecine et en chirurgie même si la population de chaque territoire de santé avait le même profil démographique et le même profil d'état de santé.

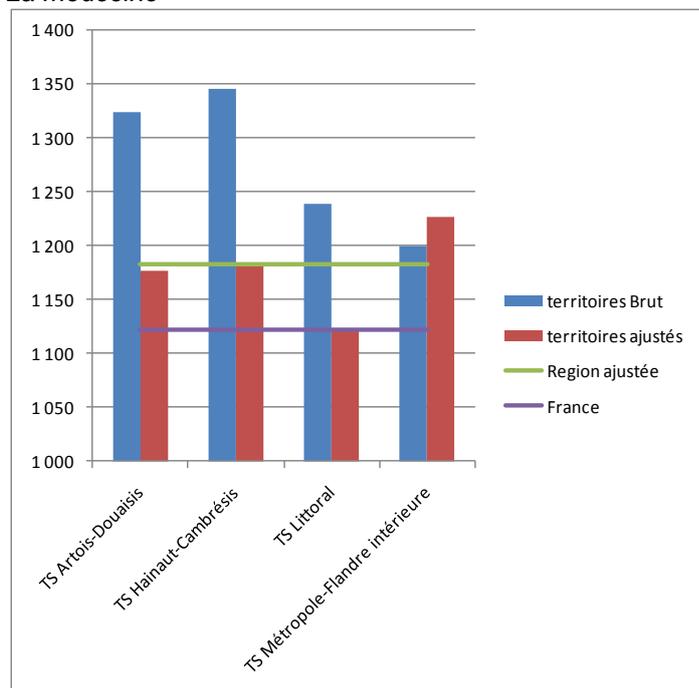
Ces comparaisons permettent alors de porter un jugement plus « juste » sur chaque niveau de consommation de la population de chaque territoire de santé. En considérant que l'enveloppe nationale est quasi constante, cet outil permet de proposer une répartition cible des volumes pour chaque territoire en prenant en compte le profil démographique et l'état de santé.

La prise en compte de l'état de santé se limite à la médecine et à la chirurgie. Pour les autres disciplines, les régressions ne permettent pas de prendre en compte la mortalité.

Les comparaisons nationales permettent une analyse régionale entre les territoires de santé pour déterminer des cibles pertinentes. La condition pour avoir une régulation entre les territoires de santé équitable est qu'il y existe une régulation entre les régions tout aussi équitable. Ce dispositif permet ensuite de comparer tous les territoires de santé entre eux.

A titre d'exemple, pour les 4 territoires de santé du Nord-Pas-de-Calais, on réalise l'analyse des taux de recours pour toutes les disciplines.

Graphe 18 :
La médecine

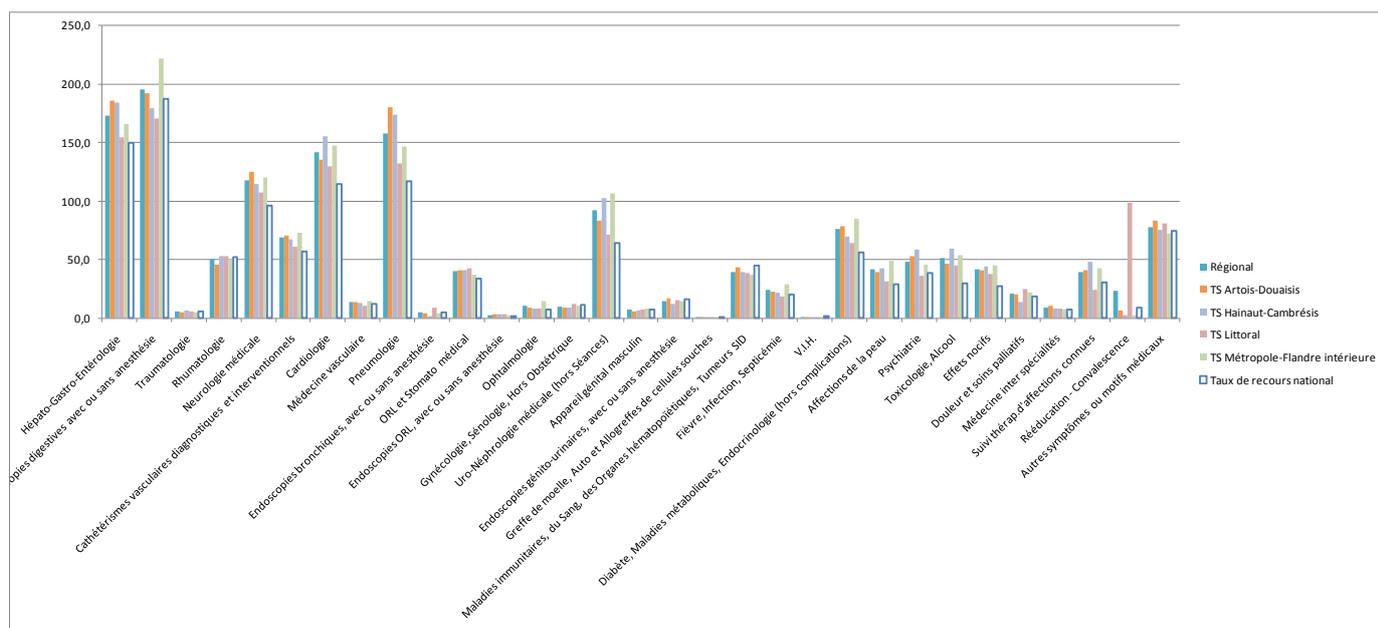


Source : Ministère Santé, ATIH, pmsi 2009

La sur-utilisation des soins reste élevée pour l'Artois et le Hainaut même après l'ajustement âge/sexe et l'ajustement sur la mortalité. La baisse montre l'importance de l'impact de l'état de santé sur la consommation. L'écart entre le recours régional ajusté et le recours national peut s'expliquer en partie par la précarité. Le littoral ajusté est au niveau de la référence nationale. Par contre les données ajustées de métropole montrent une consommation plus élevée. Il existe aussi une consommation excessive dans la métropole par rapport à son état de santé. La concentration de l'offre peut être l'une des explications.

Graphe 19 :

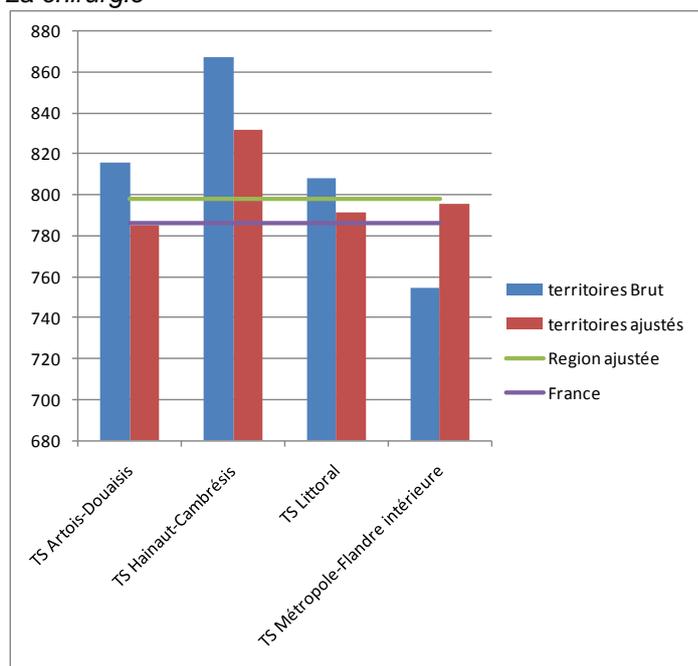
Détail Médecine



Source : Ministère Santé, ATIH, pmsi 2009

Graphe 20 :

La chirurgie

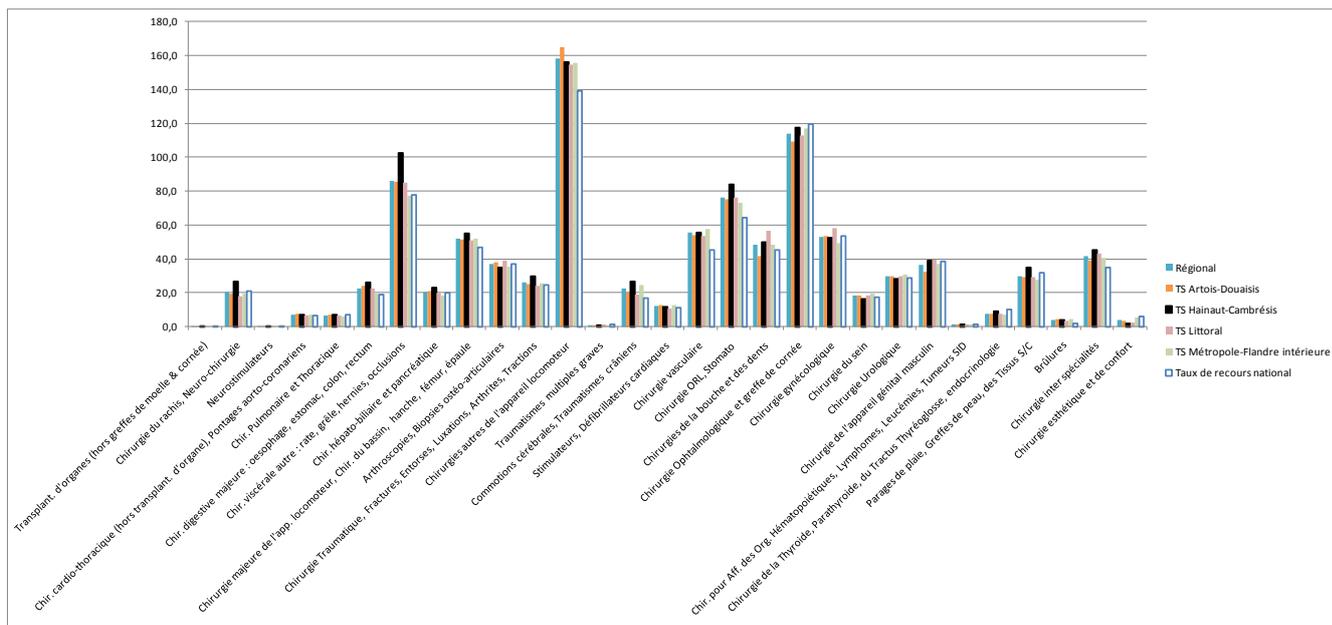


Source : Ministère Santé, ATIH, pmsi 2009

L'Artois, le Littoral et la Métropole ont une consommation corrigée de l'âge et ajustée de la mortalité qui est proche du recours aux soins en France. Leurs volumes en brut sont donc considérés comme cohérents compte tenu de l'état de santé et du profil par âge et sexe de la population. Pour le Hainaut, il reste un peu élevé. L'hypothèse de l'impact des indicateurs socio-économiques dégradés et de la possibilité d'effets induits est à poser.

Graphe 21 :

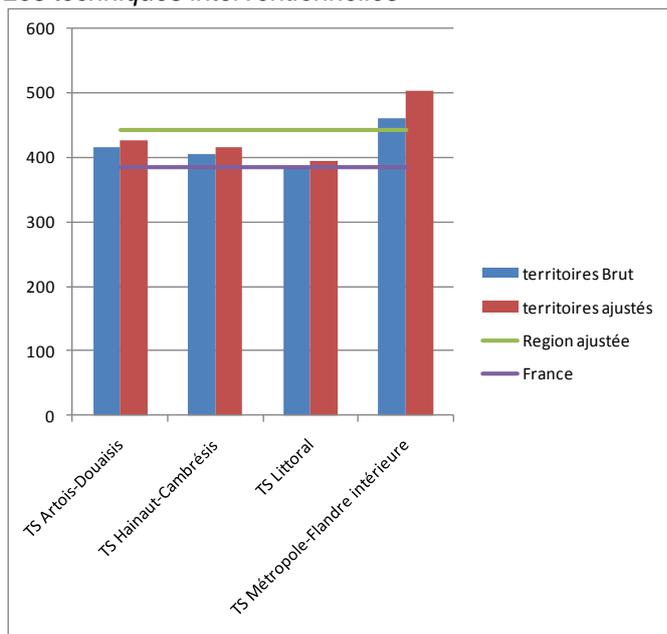
Détail Chirurgie



Source : Ministère Santé, ATIH, pmsi 2009

Graphe 22:

Les techniques interventionnelles

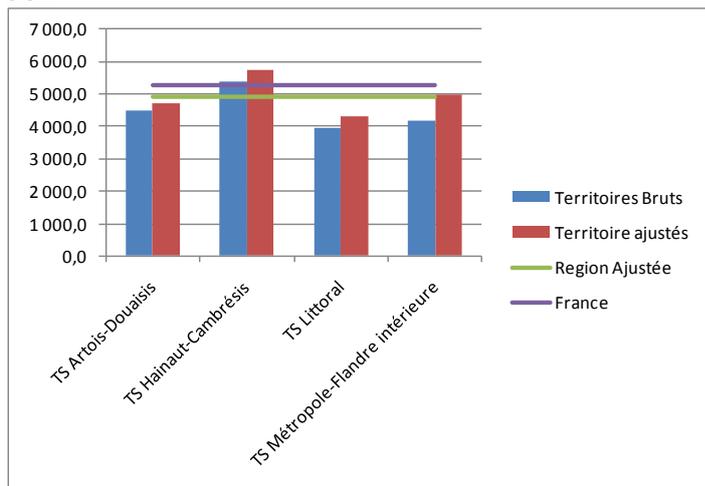


Source : Ministère Santé, ATIH, pmsi 2009

La consommation de soins de techniques interventionnelles est proche du niveau de la France pour les territoires de l’Artois, du Hainaut et du Littoral. La population de la métropole consomme plus ce type de soins que les autres territoires. La concentration de l’offre de soins et la disponibilité de ce type de prise en charge sur ce territoire peut être une des raisons de cette consommation plus importante.

Les techniques interventionnelles sont à développer, du point de vue de la consommation, cela vient en substitution à d’autres techniques.

Graphe 23 :
SSR

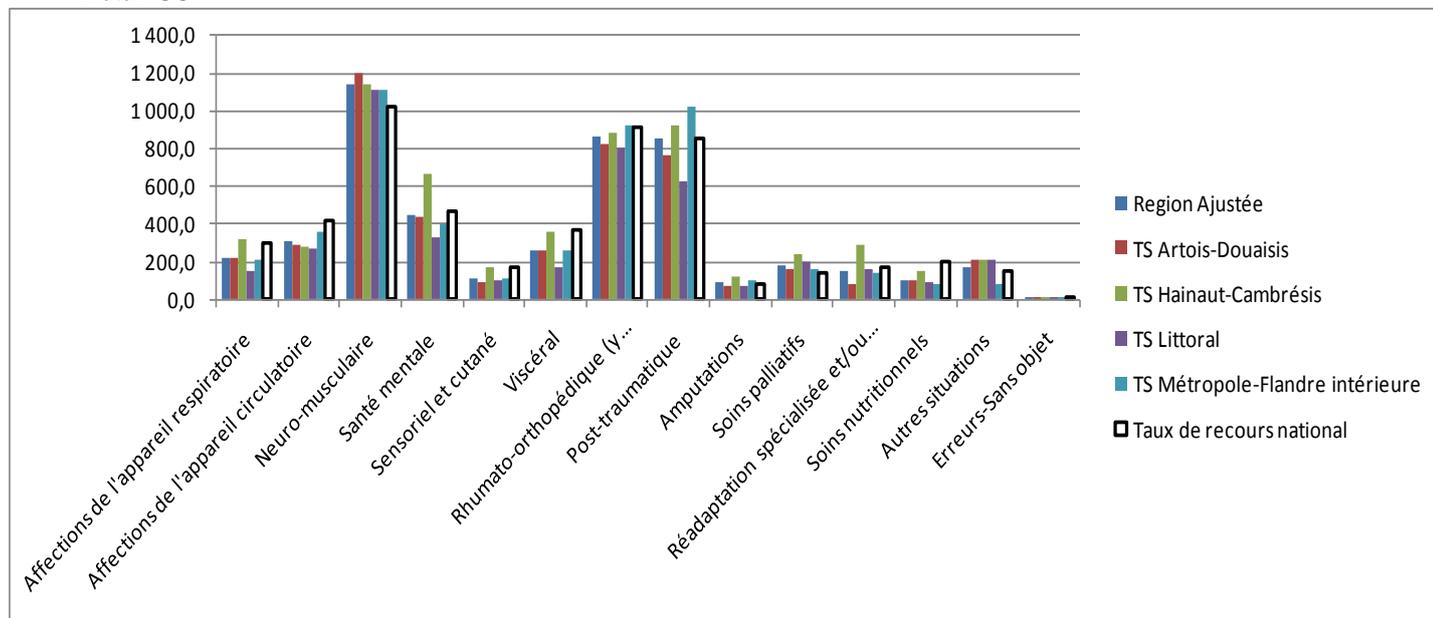


Source : Ministère Santé, ATIH, pmsi 2009

Le profil de la consommation de soins de suite est cohérent avec le dernier bilan des OQOS.

La consommation du territoire du Hainaut est élevée, celle de la métropole est cohérente par rapport au niveau de la France. On constate une sous-consommation pour les territoires du Littoral et de l'Artois.

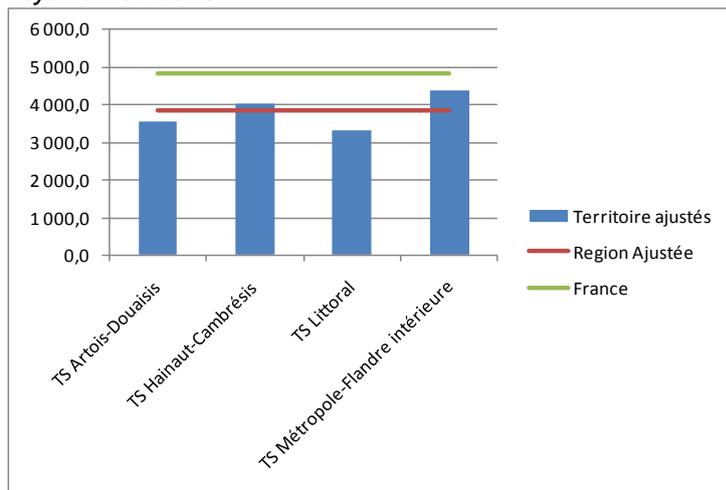
Graphe 24 :
Détail SSR



Source : Ministère Santé, ATIH, pmsi 2009

Le détail des consommations en soins de suite montre des situations différentes entre territoires.

Graphe 25 :
Psychiatrie Adulte

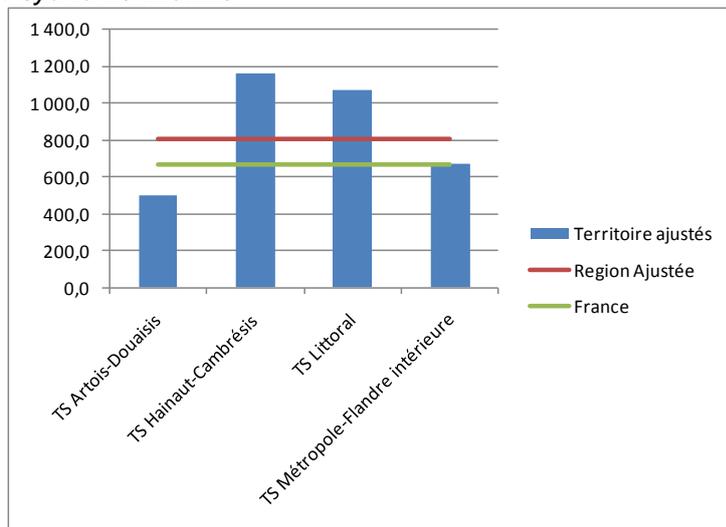


Source : Ministère Santé, ATIH, pmsi 2009

C'est la première fois qu'en psychiatrie sont présentés les recours aux soins car les anciennes sources de données étaient en production (SAE).

On constate, en restant prudent sur la qualité des bases de données, que la consommation de la région est plus faible que le reste de la France (données ajustées). La population de la métropole a un accès aux soins plus important que celle des trois autres territoires de santé. Un recours faible aux soins est constaté dans le Littoral et dans l'Artois.

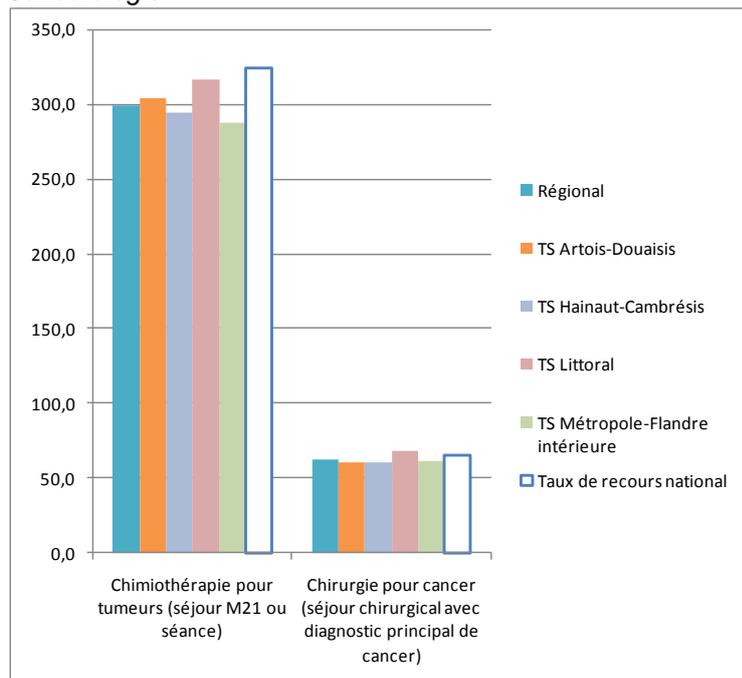
Graphe 26 :
Psychiatrie Infantile



Source : Ministère Santé, ATIH, pmsi 2009

Les disparités de consommation pour la psychiatrie infantile sont très importantes. Il faut rester prudent car les bases de données sont récentes. Cependant, la question d'un accès aux soins satisfaisant dans l'Artois et la Métropole se pose ainsi que les raisons d'une consommation aussi élevée dans le Hainaut et dans le Littoral.

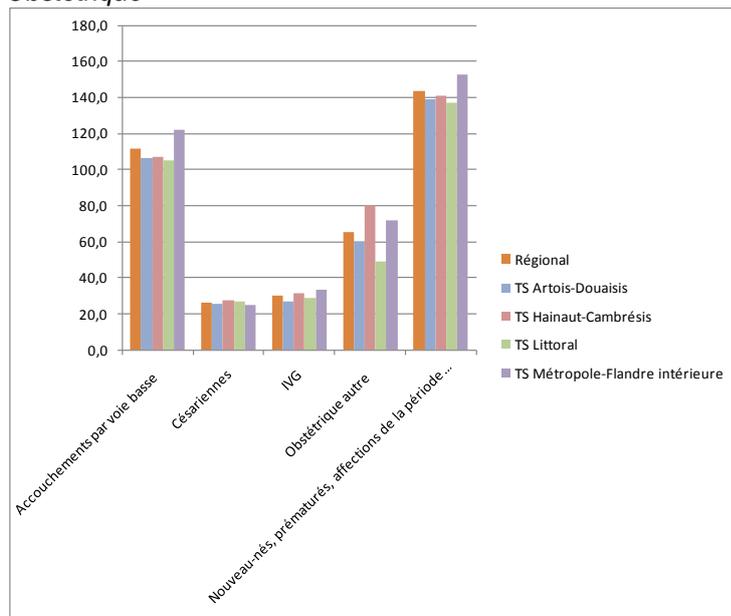
Graphe 27 :
Cancérologie



Source : Ministère Santé, ATIH, pmsi 2009

La consommation de soins en cancérologie est proche de celle de la France (légèrement inférieure) qu'il s'agisse de la chimiothérapie ou de la chirurgie. Cette remarque est à mettre en regard de l'état de santé de la population dans le domaine des cancers. Pour le cancer, les taux de recours sont redressés par âge et sexe mais l'état de santé n'est pas pris en compte.

Graphe 28 :
Obstétrique



Source : Ministère Santé, ATIH, pmsi 2009

Discussions / conclusions

La méthode 2011 tient compte des enseignements de l'expérience passée^{lxxvii} mais les nouveaux OQOS nommés Indicateurs de Pilotage d'Activité (IPA) sont facultatifs. La méthode est donc globale mais est facultative. Cela revient à recréer la situation de la période 2006-2011, tout le monde devait appliquer la démarche des OQOS mais avec des méthodes différentes.

L'absence d'une application de la méthodologie sur tout le territoire français rend impossible une péréquation inter-région en fonction des besoins de la population. La cohérence entre établissements, territoires, régions, pays est rompue, la régulation de l'enveloppe nationale par des leviers locaux ne peut fonctionner.

Si certaines régions s'extraient de la démarche d'une répartition équitable des moyens dans un contexte d'enveloppe nationale contrainte, la régulation à partir des besoins de la population est inopérante. La nouvelle méthode présente toutes les qualités requises pour réussir une meilleure répartition de l'offre en fonction des besoins de la population dans une enveloppe limitée. Cependant, une application partielle redonne la main à une régulation nationale par les tarifs.

Cela reviendrait à dire que la France est régulée uniquement par la T2A.

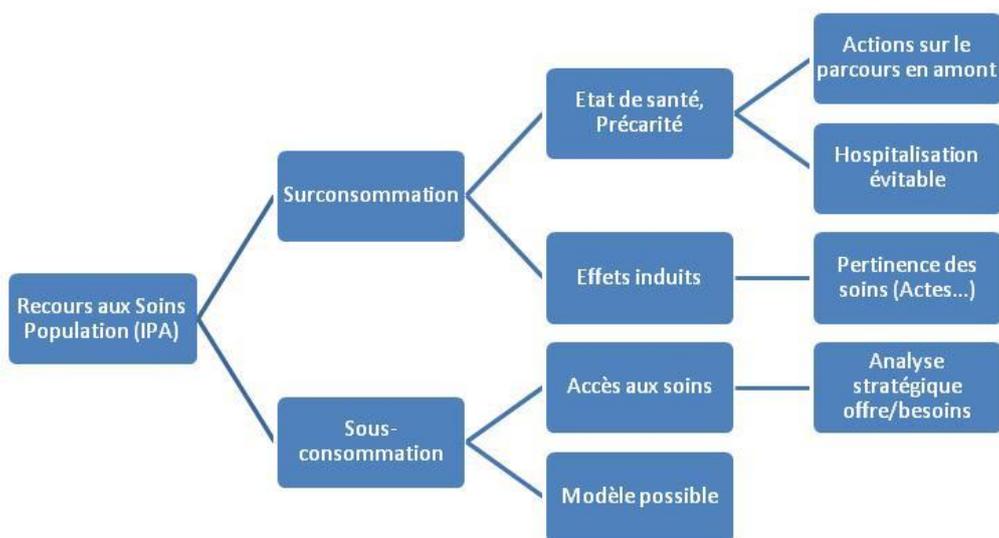
L'un des risques majeurs est l'abandon à terme de la prise en compte systématique des besoins consommés dans la définition de la politique des territoires.

Avec les OQOS, la France avait approché une méthode apportant de la lisibilité à l'accès aux soins par le niveau d'utilisation des soins et permettant de limiter certaines productions à partir d'arguments concernant les besoins de la population des territoires de santé. La méthode 2011 a cherché à généraliser cela. Ce simple changement d'indicateur fait basculer le système de régulation français d'une approche égalitaire, qui répartit de façon égale les moyens entre territoires de santé, à une approche équitable, qui répartit en fonction des besoins les moyens entre les régions. Cette deuxième approche se base donc sur une répartition inégale entre territoires de santé.

La France a mis en place un système de T2A et un outil de régulation de l'accès aux soins. On peut affirmer que si l'accès aux soins du système de santé français se dégrade, il y aura un mécanisme d'identification de cette dérive générale et surtout d'anticipation pour une action possible sur les producteurs de soins (Si les IPA se mettent en place dans toutes les régions). Cependant, la régulation essentiellement par les prix s'opérant nationalement, la marge de manœuvre des régions qui vient d'être renforcée s'en trouve réduite.

Le système doit nécessairement traiter les questions de pertinence des soins. Effectivement, si en cas de sous-consommation, il y a suspicion d'accès aux soins, en cas de surconsommation, cela peut être la confirmation d'un besoin ou bien la réalisation de soins non pertinents. La pertinence des soins correspond à des effets induits par l'offre de soins. Ces comportements bien identifiés sont difficiles à appréhender dans un contexte de liberté d'installation car la densité d'offres génère ces phénomènes. Les OQOS puis les IPA ont donné lieu à la naissance d'une dynamique d'analyse sur la pertinence des soins.

Schéma 16 : La régulation des taux de recours (efficacité territoriale)



Un élément majeur du changement induit par les OQOS et les IPA est le pilotage par des indicateurs avant tout territoriaux et populationnels. Cette démarche peut paraître contradictoire avec une logique générale d'amélioration de l'efficacité des établissements de santé et non des territoires de santé. La loi française a mis en place des outils de pilotage forts au niveau des établissements et faibles au niveau des territoires. Or les OQOS et les IPA montrent que les deux sont intimement liés et il est nécessaire pour garder du sens que les établissements s'inscrivent dans des objectifs de territoires.

Enfin, la régulation de la santé a une dimension culturelle et politique qu'il ne faut pas négliger. Le retard de la France dans une approche équitable de la santé se retrouve aussi dans sa difficulté à rendre autonome les régions sur le pilotage de la santé et notamment sur la mise en place d'enveloppes budgétaires globales régionales. La mise en place effective des IPA est tiraillée entre une culture égalitaire, libérale et individuelle et une culture équitable, régulée et collective.

5.3. Ouverture de la réflexion au niveau des territoires de santé et des autres critères à prendre en compte dans le modèle national : Typologie des territoires de santé

Objectifs

Après avoir constaté qu'on a 4 types de régions à partir des facteurs de besoin, d'utilisation et d'offre de soins, après la conception d'une méthodologie nationale qui prend en compte un critère d'état de santé dans la comparaison de l'utilisation des soins, deux pistes sont à approfondir.

La première est la meilleure connaissance des situations possibles rencontrées dans les territoires de santé. La réalisation d'une analyse en composante principale à l'échelle des territoires de santé et sur tous les indicateurs disponibles exprimant les facteurs du modèle RAWP est une première étape de ce travail. Cette typologie à l'échelle des territoires de santé n'a pas encore été réalisée. L'objectif est ici d'identifier quelles sont les stratégie de régulation que l'on pourra rencontrer au regard des types de territoires existants.

La seconde est de rechercher les indicateurs qui pourront améliorer la prise en compte des spécificités régionales dans la méthode nationale. Ce travail est encore en cours et n'est pas assez abouti pour être présent dans cette thèse. L'ACP apporte quelques pistes pour ce travail.

Une étude à été réalisée par l'INSEE et l'ARS du Nord-Pas-de-Calais pour montrer la nécessité de prendre en compte un facteur représentatif de la précarité dans le modèle national de la régulation des soins.^{lxxviii}

Données

- Données de mortalité évitable d'après la liste de Tobias (considérées comme un proxy de l'état de santé) : La base nationale de CépiDC par tranche d'âge et par sexe 2008
- Données de population : La population actualisée en 2010 par sexe et tranche d'âge de 5 en 5, pour chaque zone de proximité, la région et la France métropolitaine (Source : INSEE)
- Données d'utilisation des soins : les séjours de médecine (hors séances) par lieu de résidence de la base nationale PMSI 2010 de l'ATIH.
- Données de production de soins : les séjours de médecine (hors séances) par lieu de production de la base nationale PMSI 2010 de l'ATIH.
- Fuites des séjours de médecine (hors séances) : PMSI 2010, ATIH.
- Chômage : INSEE 2010.
- Médecins généralistes : Fichier ADELI par département.
- Médecins spécialistes : Fichier ADELI par département.
- Consommation de soins de suites : Nombre de journées consommées / habitant PMSI 2009, ATIH.
- Productions de soins de suites : Nombre de journées produites PMSI 2009, ATIH.
- Fuites soins de suites : PMSI 2009, ATIH
- Consommation HAD : PMSI 2009, ATIH
- Production HAD : PMSI 2009, ATIH
- Fuites HAD : PMSI 2009, ATIH
- Distance entre le lieu d'habitation et le lieu des établissements de santé pour les séjours de médecine (hors séances)
- Chômage de longue durée : INSEE 2010
- Affections de longue durée (ALD) : CNAMTS 2010
- Remboursements des soins :
- Urbain/Rural : INSEE 2010
- Revenu foyer imposable : INSEE 2010
- Revenu foyer non imposable : INSEE 2010

Méthodes

La méthodologie est la même que dans le chapitre précédent. La différence vient du nombre important de données. Les variables actives retenues (Voir cartes en Annexe) sont :

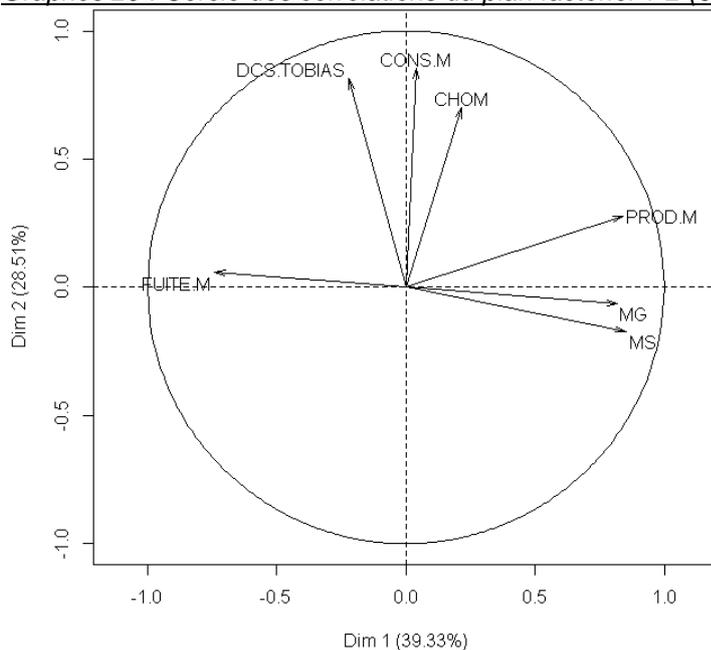
- Les taux de mortalité évitable.
- Les taux d'utilisation des soins de médecine.
- Les taux de production des soins de médecine.
- Les taux de fuites des séjours de médecine
- Les taux de chômage
- Les taux de médecins généralistes
- Les taux de médecins spécialistes

Les autres données sont prises en compte à titre illustratif.

Résultats (Typologie)

L'analyse en composante principale permet d'établir le cercle des corrélations des variables principales (voir ci-dessous)

Graphes 29 : Cercle des corrélations du plan factoriel 1-2 (67.8%)

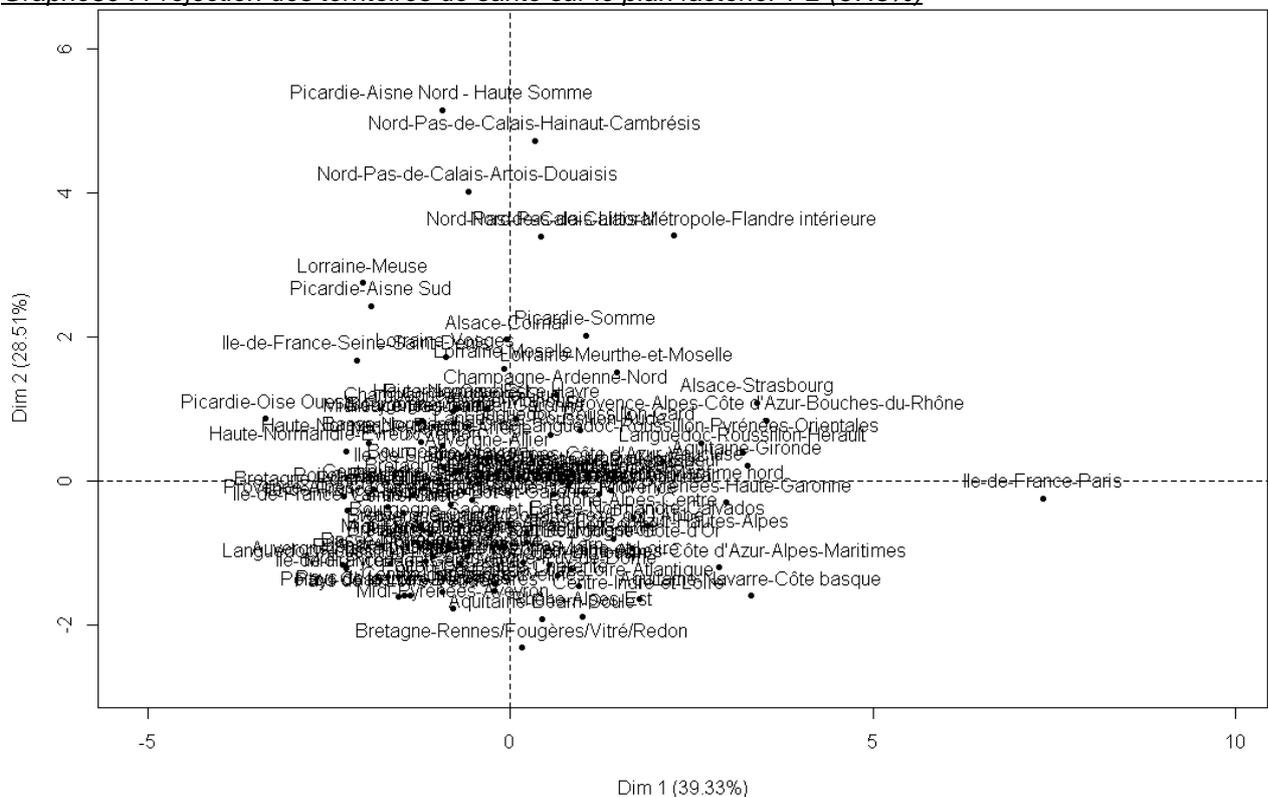


Ce cercle des corrélations formé par les deux premiers axes factoriels restitue 67.8% de l'information. Il apporte des informations suivantes sur les variables :

- Le nombre de médecins généralistes et spécialistes varie à l'opposé du taux de fuite de la population.
- Le niveau de consommation des soins de médecine varie dans le même sens que les taux de décès élevés et que le chômage.
- Le taux de production varie dans le même sens que le nombre de médecins généralistes et spécialistes.

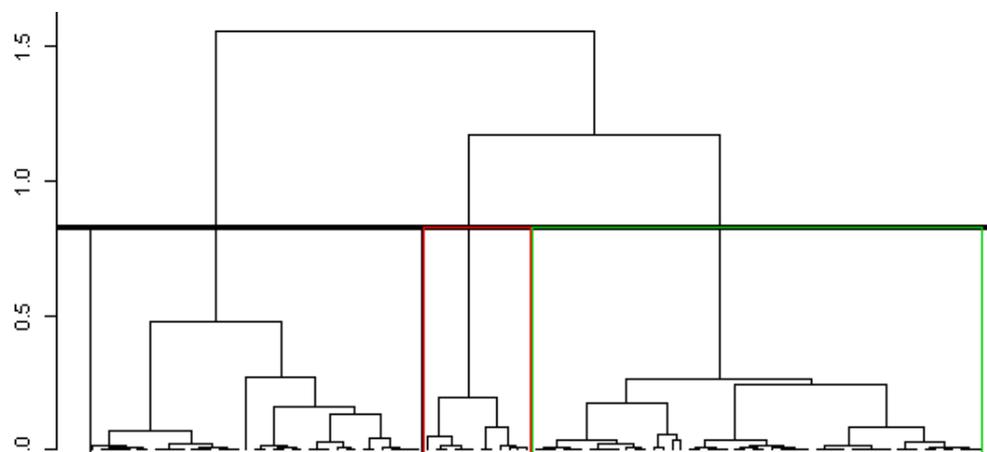
On réalise la projection des territoires de santé sur les composantes principales (voir graphe ci-dessous). La lecture est difficile à cause du nombre important de territoires de santé.

Graphe30 : Projection des territoires de santé sur le plan factoriel 1-2 (67.8%)



La Classification Ascendante Hiérarchique effectuée sur les trois premiers axes factoriels (79.6% de l'information pris en compte) met en lumière une partition des territoires de santé en trois clusters. (Voir dendrogramme ci-dessous)

Schéma17 : Classification hiérarchique



Tableaux 6 : Répartition des Territoires de santé par Cluster

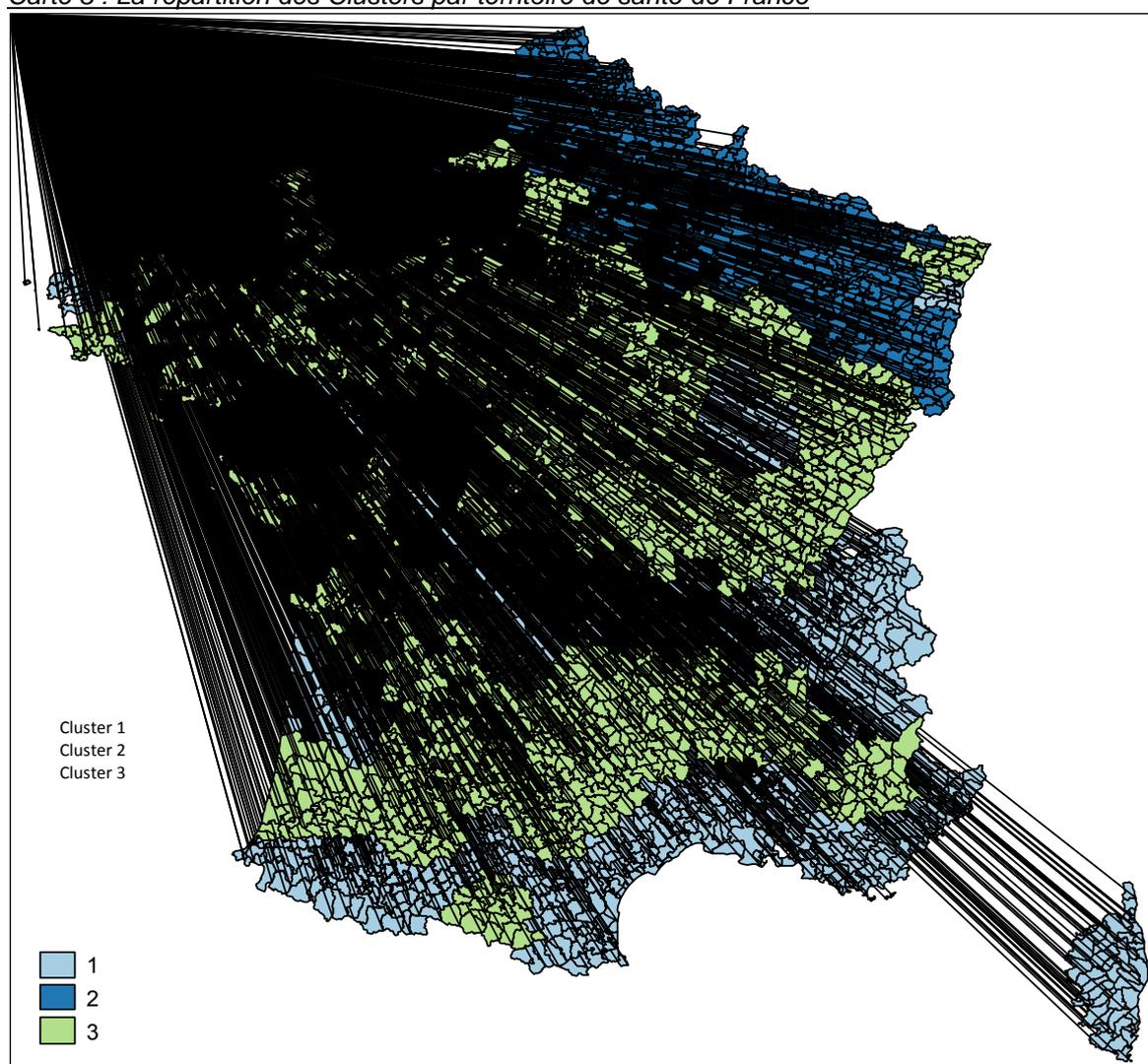
Cluster 1	
11S0000001	Ile-de-France-Paris
23S0000001	Haute-Normandie-Rouen/Elbeuf
24S0000004	Centre-Indre-et-Loire
25S0000001	Basse-Normandie-Calvados
26S0000001	Bourgogne-Côte-d'Or
42S0000002	Alsace-Strasbourg
52S0000001	Pays de la Loire-Loire-Atlantique
52S0000002	Pays de la Loire-Maine-et-Loire
53S0000001	Bretagne-Brest/Carhaix/Morlaix
53S0000003	Bretagne-Lorient/Quimperlé
54S0000002	Poitou-Charentes-Charente-Maritime nord
54S0000005	Poitou-Charentes-Vienne
72S0000002	Aquitaine-Gironde
72S0000005	Aquitaine-Navarre-Côte basque
72S0000006	Aquitaine-Béarn-Soule
73S0000003	Midi-Pyrénées-Haute-Garonne
73S0000006	Midi-Pyrénées-Hautes-Pyrénées
74S0000001	Limousin-Limousin
82S0000001	Rhône-Alpes-Centre
82S0000002	Rhône-Alpes-Est
82S0000004	Rhône-Alpes-Ouest
83S0000004	Auvergne-Puy-de-Dôme
91S0000001	Languedoc-Roussillon-Aude
91S0000002	Languedoc-Roussillon-Gard
91S0000003	Languedoc-Roussillon-Hérault
91S0000005	Languedoc-Roussillon-Pyrénées-Orientales
93S0000002	Provence-Alpes-Côte d'Azur-Hautes-Alpes
93S0000003	Provence-Alpes-Côte d'Azur-Alpes-Maritimes
93S0000004	Provence-Alpes-Côte d'Azur-Bouches-du-Rhône
93S0000005	Provence-Alpes-Côte d'Azur-Var
93S0000006	Provence-Alpes-Côte d'Azur-Vaucluse
94S0000001	Corse-Corse

Cluster 2	
21S0000001	Champagne-Ardenne-Nord
22S0000001	Picardie-Somme
22S0000002	Picardie-Aisne Nord - Haute Somme
22S0000003	Picardie-Aisne Sud
22S0000004	Picardie-Oise Est
23S0000003	Haute-Normandie-Le Havre
31S0000001	Nord-Pas-de-Calais-Artois-Douais
31S0000002	Nord-Pas-de-Calais-Hainaut-Cambrésis
31S0000003	Nord-Pas-de-Calais-Littoral
31S0000004	Nord-Pas-de-Calais-Métropole-Flandre intérieure
41S0000001	Lorraine-Meurthe-et-Moselle
41S0000002	Lorraine-Meuse
41S0000003	Lorraine-Moselle
41S0000004	Lorraine-Vosges
42S0000003	Alsace-Colmar
42S0000004	Alsace-Mulhouse

Cluster 3	
11S0000002	Ile-de-France-Seine-et-Marne
11S0000003	Ile-de-France-Yvelines
11S0000004	Ile-de-France-Essonnes
11S0000005	Ile-de-France-Hauts-de-Seine
11S0000006	Ile-de-France-Seine-Saint-Denis
11S0000007	Ile-de-France-Val-de-Marne
11S0000008	Ile-de-France-Val-d'Oise
21S0000002	Champagne-Ardenne-Sud
22S0000005	Picardie-Oise Ouest
23S0000002	Haute-Normandie-Dieppe
23S0000004	Haute-Normandie-Evreux/Vernon
24S0000001	Centre-Cher
24S0000002	Centre-Eure-et-Loir
24S0000003	Centre-Indre
24S0000005	Centre-Loir-et-Cher
24S0000006	Centre-Loiret
25S0000002	Basse-Normandie-Manche
25S0000003	Basse-Normandie-Orne
26S0000002	Bourgogne-Nièvre
26S0000003	Bourgogne-Saône-et-Loire
26S0000004	Bourgogne-Yonne
42S0000001	Alsace-Haguenau
43S0000001	Franche-Comté-Franche-Comté
52S0000003	Pays de la Loire-Mayenne
52S0000004	Pays de la Loire-Sarthe
52S0000005	Pays de la Loire-Vendée
53S0000002	Bretagne-Quimper/Douarnenez/Pont l'Abbé
53S0000004	Bretagne-Vannes/Ploërmel/Malestroit
53S0000005	Bretagne-Rennes/Fougères/Vitré/Redon
53S0000006	Bretagne-Saint-Malo/Dinan
53S0000007	Bretagne-St Brieuc/Guingamp/Lannion
53S0000008	Bretagne-Pontivy/Loudéac
54S0000001	Poitou-Charentes-Charente
54S0000003	Poitou-Charentes-Charente-Maritime sud
54S0000004	Poitou-Charentes-Deux-Sèvres
72S0000001	Aquitaine-Dordogne
72S0000003	Aquitaine-Landes
72S0000004	Aquitaine-Lot-et-Garonne

73S0000001	Midi-Pyrénées-Ariège
73S0000002	Midi-Pyrénées-Aveyron
73S0000004	Midi-Pyrénées-Gers
73S0000005	Midi-Pyrénées-Lot
73S0000007	Midi-Pyrénées-Tarn
73S0000008	Midi-Pyrénées-Tarn-et-Garonne
82S0000003	Rhône-Alpes-Nord
82S0000005	Rhône-Alpes-Sud
83S0000001	Auvergne-Allier
83S0000002	Auvergne-Cantal
83S0000003	Auvergne-Haute-Loire
91S0000004	Languedoc-Roussillon-Lozère
93S0000001	Provence-Alpes-Côte d'Azur-Alpes-de-Haute-Provence

Carte 3 : La répartition des Clusters par territoire de santé de France



Les moyennes des variables par cluster (voir tableaux ci-dessous) permettent de décrire les caractéristiques de chaque groupe de territoires (Voir descriptions des Cluster pages suivantes).

Tableau 7 : Moyenne des variables actives par groupe

	Décès évitable	Cons médicale	Prod médicale	Fuite médicale	Taux chômage	Taux médecin généraliste	Taux médecin spécialiste
Cluster 1	-0.74	-30.65	152.19	-137.41	15.74	1.39	1.31
Cluster 2	4.14	193.42	98.89	5.71	166.82	-0.65	-2.34
Cluster 3	0.00	-48.62	-354.09	153.84	-86.14	-1.10	-2.28

Tableaux 8 : Moyenne des variables illustratives par groupe

	Cons SSR	Prod SSR	Fuite SSR	Cons HAD	Prod HAD	Fuite HAD
Cluster 1	7.91	30.02	-0.40	-3.78	-1.80	-2.97
Cluster 2	16.24	18.83	0.39	-2.57	-2.26	-4.63
Cluster 3	-5.94	-22.02	3.55	-3.28	-6.13	-2.70

	Distance domicile hôpital	Taux chômage longue durée	Taux ALD	Remboursement de soins de ville	Taux d'urbanisation
Cluster 1	-0.43	8.96	-27.85	31.89	37.22
Cluster 2	-3.34	58.82	-1.50	57.84	-566.22
Cluster 3	1.93	-107.54	-88.51	-70.66	-1677.55

Description de la Typologie

Le 1^{er} groupe (Cluster 1 = « L'Attractifs-Surproducteurs ») : **Population en bonne santé, peu de besoins, zones urbaines très attractives, production de soins très élevée, risque d'effets induits.**

La population présente un bon état de santé, avec une morbidité plutôt faible. Les fuites pour consommer des soins en dehors du territoire sont très faibles. Les caractéristiques sociales sont peu marquées (chômage et chômage de longue durée).

La caractéristique majeure de ces territoires est leur très forte production de soins de médecine et de soins de suites. On constate aussi une forte densité de médecins généralistes et de médecins spécialistes.

Ces territoires sont très urbains avec une distance aux soins dans la moyenne. Ils sont attractifs du point de vue de l'évolution démographique.

La consommation des soins est légèrement au dessus de la moyenne. Compte tenu du bon état de santé de la population, ces territoires rassemblent les facteurs produisant des effets induits.

Territoire de santé de Paris, les territoires sièges des capitales de région, les principaux territoires du sud de la France.

Le 2^{ème} groupe (Cluster 2 = « **Le tout Curatif** ») : **Population en mauvaise santé, situation sociale dégradée, très consommatrice de soins, territoire peu attractif, système de production existant mais contraint.**

La population présente un mauvais état de santé, avec une morbidité élevée. Les caractéristiques sociales sont très marquées. Le chômage, le chômage de longue durée est très élevé. Les revenus sont faibles. Les fuites de la population sont faibles.

La production de soins est élevée mais avec un nombre de médecins généralistes et de spécialistes légèrement en dessous de la moyenne. La productivité est donc élevée dans ces territoires.

Ces territoires sont parmi les moins attractifs, ils sont autant urbains que ruraux et la distance aux soins est très faible.

La consommation des soins est la plus élevée et apparaît directement liée aux besoins de la population compte tenu d'un état socio-sanitaire très dégradé. Les remboursements des dépenses de soins sont donc les plus élevés pour ces territoires. L'hypothèse d'une offre contrainte de s'adapter à ces besoins importants peut être posée. Ces territoires ont un besoin important de développement du premier recours et de la prévention pour améliorer l'état de santé et diminuer le recours à l'hospitalisation.

Territoires du Nord –Est de la France (Nord-Pas-de-Calais, Picardie, Ardennes, Alsaces-Lorraine)

Le 3^{ème} groupe (Cluster 3 : « **Le Dépendant / Sous-Consommateur** ») **Un état socio-sanitaire moyen, des fuites très importantes, une consommation très faible, une production faible, territoires périphériques ruraux avec un risque d'accès aux soins.**

La population présente un état de santé et des indicateurs sociaux moyens. La morbidité est plutôt faible. Ces territoires sont caractérisés par des fuites très importantes.

La production de soins de médecine et de soins de suite, le nombre de médecins généralistes et spécialistes sont très faibles. L'offre présente ne peut satisfaire les besoins de la population.

Ces territoires sont caractérisés par une forte ruralité et une distance aux soins élevée.

La consommation de soins est la plus faible des trois groupes. Ces territoires rassemblent toutes les caractéristiques de zones périphériques du soin. Cette population s'est adaptée à l'absence d'offre de soins locale et fuit pour avoir accès aux soins. Si l'hypothèse de besoins faibles compte tenu du profil socio-sanitaire peut être posée, on ne peut exclure compte tenu des fuites importantes, de la consommation faible et de l'offre faible qu'il y a dans ce groupe des problèmes d'accès aux soins à rechercher.

Tous les territoires de santé périphériques d'un centre urbain de chaque région (on trouve aussi les territoires périphériques de l'Île-de-France, de Rhône-Alpes, du Languedoc-Roussillon, d'Aquitaine, Pays-de-Loire....)

Discussions / conclusions

Le premier constat de cette typologie ce sont les inégalités de situation des populations et des territoires de santé français. On constate que ces inégalités de situations nécessitent des stratégies différentes et adaptées. L'équité du système de soins est une nécessité et ce n'est pas le cas aujourd'hui.

Le second constat est que le modèle utilisé permet effectivement de conserver toute la complexité des situations. Autrement dit on confirme la nécessité de développer des analyses qui conservent la dynamique des besoins, de l'utilisation et de l'offre de soins. L'analyse de la situation de la population avant de porter un avis sur l'offre de soins apparaît être un préalable évident, certes, mais peu pratiqué.

Le troisième constat est que l'on peut identifier les différentes stratégies à mettre en place en fonction des situations. Certains territoires sont fortement impactés par la situation sanitaire de la population, d'autres impactés par leur dépendance à un centre dynamique et enfin d'autres très producteurs de soins sont à risque d'effets induits. D'ailleurs on remarque comment le 3ème groupe est lié au 1er groupe et combien le 2ème groupe est finalement plus en autarcie. Si du point de vue de l'offre de soins, cela apparaît cohérent, du point de vue de la population, les situations sont très différentes. Cette typologie semble aussi reproduire la typologie des régions à l'intérieur de ces dernières.

Le nombre de groupes étant limité à 3, il est certain que des sous-groupes existent et qu'une analyse spécifique régionale et locale est nécessaire à un niveau géographique plus fin. Cependant, cette analyse permet de situer chaque territoire de santé par rapport aux autres et c'est une première pour les territoires de santé de France depuis la création des Agences Régionales de Santé.

Le choix des indicateurs peut enfin apporter des pistes pour améliorer la méthode nationale pour comparer les taux de recours.

6. L'articulation du National au Local : Le Schéma Systémique de la Régulation

La notion de régulation est au cœur de la théorie des systèmes. La régulation est la partie d'un système qui doit lui permettre d'assurer sa conservation et sa survie ainsi que le maintien de ses finalités. La deuxième loi de la thermodynamique décrit le fait que tout système tend à produire du désordre (entropie). Une cellule vivante est instable car elle échange de l'énergie avec l'environnement. Cependant, la loi de la thermodynamique est contredite par un lien inséparable du phénomène de réorganisation (néguentropie)^{lxxix}. L'homéostasie est le processus de régulation en œuvre dans les systèmes vivants pour assurer leur conservation et leur survie. Ce processus maintient constant l'état général de l'organisme et de ses nombreux sous-systèmes. La régulation doit permettre à l'organisme l'adaptation à l'écosystème avec lequel il interagit. Un système, pour évoluer, a besoin de variété et de coordination^{lxxx}. La théorie Darwinienne démontre bien ces notions d'adaptation à l'environnement. La loi de Laurence et Lorsch a développé les principes de l'adaptation d'un système vivant à son écosystème aux domaines des organisations.

L'application du concept biologique de l'homéostasie avait conduit à considérer le système capitaliste comme un système à rétroaction positive, comme un cancer qui, sur une cellule, perturbe son homéostasie. La rétroaction positive est une dérégulation du système qui conduit à sa mort. ^{lxxxi}

La particularité du système de santé c'est que sa finalité est d'assurer la conservation et la survie de l'Homme. Cette particularité peut expliquer que la finalité du système de santé étant lui-même dérégulé (l'homme) par des explosions démographiques, des épidémies, une rupture puis une destruction de son écosystème, une dérive du système capitaliste, il soit entraîné dans une rétroaction positive. Ce système social peut mettre en défaut sa conservation et sa survie ainsi que son adaptation à son écosystème. Du point de vue des systémiciens, la régulation est nécessaire à la survie d'un système. Cependant, le système de santé met la systémique en difficulté car il ne sait pas toujours définir précisément ses finalités. Le propre de l'homéostasie est que l'on a une connaissance de l'équilibre du système. Or, contrairement au domaine biologique, la norme en termes d'état de santé est relative, temporaire et particulièrement complexe à quantifier^{lxxxii}^{lxxxiii}.

C'est pourquoi tout comme l'état de santé s'identifie lorsqu'il se détériore, le système de santé est identifié par ses dérégulations.

La méthode permet une lecture plus réaliste des inégalités entre les populations des territoires de France. Cette prise en compte existe dans les textes de lois. L'équité fait donc son entrée par la petite porte de la régulation du système de soins en France.

Les résistances à cette nouvelle approche sont importantes : l'application est difficile car agir sur des volumes de production par rapport à des besoins est perçu comme une politique de quotas. La crainte que l'Etat cherche à avoir des consommations de soins plus justes par rapport aux besoins (parfois plus faibles) est contradictoire avec des établissements de santé qui se rémunèrent par leur activité (augmentation du volume).

On peut supposer que progressivement le principe de réalité va plafonner l'augmentation des volumes d'activité et permettre une approche plus pertinente basée sur une analyse des besoins des territoires et non uniquement l'équilibre individuel de chaque structure.

Cette approche pourrait être un levier pour resituer le territoire et ses acteurs au cœur du dispositif d'organisation des soins.

L'absence actuelle de dispositif de contractualisation territorial reste cependant un frein à la fixation d'objectifs permettant de développer des dynamiques communes entre les acteurs du territoire pour améliorer ensemble les indicateurs déficients de santé et d'activité de ce même territoire.

Enfin, cette nouvelle approche permet de développer une démarche d'analyse et de régulation au niveau global et au niveau local, comme l'ont montré les exemples précédents :

Schéma 18 : La régulation des soins du Global au local



L'analyse des recours aux soins doit être mise en perspective par rapport à l'ensemble du parcours de soins.^{lxxxiv}

7. La conclusion

L'état de santé de la population Française est parmi l'un des meilleurs au monde. Cependant, les inégalités caractérisent notre système de santé. D'une part, les inégalités sociales et territoriales de santé persistent, d'autre part les inégalités de répartition de l'offre de soins s'aggravent alors que l'offre est parmi l'une des plus abondantes des pays de l'OCDE.

Dans ce contexte, les dernières modifications du système de santé peuvent potentiellement accentuer les inégalités. Effectivement, la mise en place de la T2A, nouveau mode de tarification, n'a pas pour vocation de réguler équitablement l'offre de soins en fonction des besoins. Les choix des établissements de santé sont individuels. La création des Agences Régionales de Santé ne s'accompagne pas nécessairement d'outils permettant de définir des cibles territoriales « contractualisées ». Ceci alors que l'approche multisectorielle, comme celle des parcours de soins, est maintenant nécessaire pour éviter une réponse essentiellement curative aux problèmes de santé. Les dernières analyses de l'activité hospitalière ne contredisent pas ces hypothèses.

Il apparaît donc nécessaire d'apporter une meilleure lisibilité du problème et développer des approches équitables et territorialisées de la régulation en France. Le modèle RAWP apporte une grille d'analyse qui permet de prendre en compte les effets des besoins sur l'utilisation des soins et l'offre de soins mais aussi les effets induits de l'offre sur l'utilisation des soins. L'analyse des taux de recours aux soins est centrale.

Tout d'abord, au niveau local, une expérience d'analyse des besoins, de l'utilisation des soins, et de l'offre de soins d'une population d'un territoire de proximité permet de montrer que l'on peut détecter des problèmes d'accès aux soins. Cette expérience permet d'aboutir à la formalisation d'une méthodologie de « management stratégique des territoires de santé » pour organiser l'offre de soins des territoires en fonction des besoins de la population (*article Gestion Hospitalière 2009, Monographie Nationale des projets médicaux de territoires, ANAP 2011, Présentation colloques nationaux ANAP 2010 et 2011*).

Au niveau régional, l'expérience de 2006 à 2011 des Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins dans la Région Nord-Pas-de-Calais propose une première approche de définition de cibles d'activité en fonction des besoins de la population (basée sur l'utilisation des soins). Cette expérience a permis de définir les conditions nécessaires à une méthodologie nationale de régulation. Effectivement, la nécessité d'une maîtrise des bases de données PMSI, l'implication de l'ensemble des régions et l'amélioration de la prise en compte des besoins avec une méthode unique pour toutes les régions de France sont autant de conditions à prendre en compte. Cette expérience a aussi permis de suivre sur plusieurs années les taux de recours et vérifier si les hypothèses de projections étaient les bonnes. Cela a aussi permis d'adapter le système pour prendre en compte la flexibilité des parts de marché des établissements de santé. Malgré tout, cela n'a pas permis de réguler les volumes de soins car ces derniers ont continué à augmenter.

A ce stade de la thèse, la recherche d'une régulation à l'échelle nationale est abordée. Effectivement, une répartition équitable de l'offre en fonction des besoins au niveau national est un préalable à l'équité infra régionale et locale et au respect de la dépense nationale. Pour envisager une méthode nationale, il faut d'abord identifier les situations régionales que l'on pourra rencontrer. Une typologie des régions et des territoires de santé a été réalisée à partir des facteurs du modèle RAWP. (*Présentation Colloque des doctorants Faculté de médecine 2009, article en cours*). On distingue 4 types de régions : les régions très consommatrices de soins en cohérence avec des besoins importants, les régions très consommatrices en cohérence avec une offre de soins importantes (effets induits), les régions très dynamiques avec une offre importante et une consommation faible et les régions avec une offre modérée et une consommation plutôt faible en cohérence avec des besoins faibles. Il est nécessaire de prendre en compte les spécificités régionales pour concevoir une méthode nationale de régulation des volumes des régions de France.

L'appui à la conception d'une méthode nationale de la régulation des volumes des régions et des territoires de santé de France basée sur une analyse comparative des consommations de soins redressé par âge par sexe et corrigé de la mortalité est une des étapes de cette thèse (*Circulaire Nationale, Ministère de la santé, indicateurs de pilotage d'activité 2011*). Ce travail s'est appuyé sur une analyse des facteurs explicatifs des recours aux soins.

Pour approfondir la connaissance des spécificités des territoires de santé, une autre typologie est réalisée avec d'autres facteurs socioéconomiques liés à la population, et d'autres facteurs liés au parcours de soins (soins de santé primaire, soins de suites, HAD...). La thèse propose une typologie originale des territoires de santé où se côtoient les « attractifs-surproducteurs », les « tout curatifs » et « les « dépendants sous-consommateurs ». La typologie des régions semble se retrouver aussi à l'intérieur des régions. On confirme que les risques d'iniquité ne sont pas les mêmes en fonction des territoires et qu'il peut être envisagé plusieurs stratégies de régulation en s'appuyant sur la méthode nationale. Par ailleurs la sélection d'indicateurs permet de proposer d'autres pistes pour enrichir la méthode nationale.

Les mêmes indicateurs (états de santé, taux de recours aux soins, taux de production potentielle de soins) sont donc utilisés au niveau local, régional et national. Cela permet une approche systémique de la régulation des territoires de France basée sur les besoins de soins, l'utilisation et l'offre de soins (*article Gestion Hospitalière Mai 2013, Présentation Colloque National ENCC Nov 2012*).

Ensuite, les limites de la thèse existent à plusieurs niveaux. Tout d'abord, la complexité d'une telle approche laisse une possibilité de revenir aux anciennes méthodes basées sur les lits/habitant. La confusion concernant l'opposabilité des indicateurs de pilotage d'activités montre bien la fragilité d'une telle approche. Ensuite, le système de santé français maintient la logique de l'équilibre des établissements de soins au détriment de l'équilibre des territoires. Cette logique rend difficile l'application des IPA par les Agences Régionales de Santé. Le manque de souplesse dans la fongibilité des enveloppes de la santé d'un part et dans l'intéressement à la « déshospitalisation » d'autre part rend difficile la mise en place complète de la régulation.

Enfin, on ne peut pas mettre de côté les questions culturelles. En premier, alors que la France est en retard sur la question de l'équité, le système politique national ne veut ou ne peut pas le mettre en place. Des logiques au niveau national s'affrontent : une approche libérale, individuelle avec une régulation nationale par les tarifs et une approche régulatrice régionale prenant en compte la mobilisation collective des acteurs par territoire. La gouvernance nationale serait aussi à clarifier notamment entre le ministère de la santé et la CNAMTS. En second, la liberté d'installation est un bastion qui persiste et crée des inégalités. L'identification de ces inégalités va mettre de plus en plus en exergue cette problématique. Une profession,

au sens sociologique du terme, est reconnue parce qu'elle est nécessaire au système social, on pourrait considérer qu'elle a en cela un devoir de couvrir les besoins.

La thèse a donc permis de proposer des outils pour identifier les inégalités territoriales d'accès aux soins et mettre en place des réponses à ces problèmes de performance. En cela, ce système tente de répondre à l'un des aspects de l'équité du système de soins en France. L'analyse des taux de recours par territoire devient un outil de planification à partir des besoins et une prise en compte des effets induits potentiels. Le congrès international sur le taux de recours (novembre 2012 à Angers) a été en ce sens un signe d'une réelle dynamique naissante en France. Les pistes de recherche à venir sont nombreuses.

En premier, Il faut améliorer la prise en compte des facteurs d'équité dans le modèle national. Ce point nécessite d'approfondir les facteurs explicatifs des recours aux soins pour les principaux groupes de pathologies. L'amélioration de la typologie des territoires est aussi un élément de cette piste de recherche.

En second, l'analyse fine des besoins/taux de recours/offre pour les pathologies ou les publics ayant des enjeux importants de santé publique est à réaliser (cancers, personnes âgées, diabète).

En troisième, le développement de l'analyse stratégique des territoires au sein des ARS par des formations peut être un appui à une veille sur l'iniquité des soins. L'élaboration d'un outil informatique d'analyse stratégique territoriale peut être une piste envisagée.

En quatrième, Il faut réaliser les mêmes analyses mais sur l'ensemble du parcours de santé. Quel est le bon modèle, la bonne typologie pour un territoire du point de vue médico-économique ? Dans ces démarches du « bon patient au bon endroit », on trouve l'hospitalisation évitable. La France est en retard sur l'analyse des hospitalisations évitables. Cependant, sans approche territoriale de type management stratégique avec l'implication des acteurs du parcours de soins, la « déhospitalisation » risque d'être inopérante.

En cinquième, il faut ouvrir la mesure de l'équité en France à d'autres méthodologies : les approches liées aux revenus comme Van Doorsler, ou les niveaux d'inégalité comme producteur de mauvaise santé de Wilkinson.

8. Les annexes

Publication 1 : Article revue « Gestion Hospitalière » 11/2009 :
« Management stratégique des territoires »

gestions hospitalières n° 489 - octobre 2009 **Territoires** (dossier) 491

MOTS CLÉS

France
Système de santé
Réforme
Territoire de santé
Offre de soins
Organisation
Management stratégique
Indicateurs
Nord-Pas-de-calais



dossier

MANAGEMENT STRATÉGIQUE DES TERRITOIRES

Besoins et offre de soins de la région Nord-Pas-de-Calais

Les dernières réformes du système de santé français pour limiter l'augmentation des dépenses de santé et répondre aux besoins de la population par territoire mettent en place trois changements qui modifient le positionnement et les relations des établissements de santé et des tutelles régionales : tarification à l'activité, disparition de la carte sanitaire et des indices lits/places, création des agences régionale de santé. L'auteur propose ici une méthode de management stratégique des territoires de santé appliquée dans la région Nord-Pas-de-Calais pour organiser au mieux l'offre de soins en fonction des besoins de sa population.

Les dernières réformes du système de santé (2004 et 2009) pour limiter l'augmentation des dépenses de santé et répondre aux besoins de la population par territoires de santé ont engendré trois changements qui modifient le positionnement et les relations des établissements de santé et des tutelles régionales.

Le premier est la mise en place de la tarification à l'activité à la place de la dotation globale pour les établissements. Ce mode de tarification emprunté aux États-Unis⁽¹⁾ et largement répandu dans les pays développés fait que chaque établissement génère sa propre recette à partir de son activité et à partir de tarifs fixés au niveau national. Ce n'est donc plus la tutelle qui donne la principale enveloppe financière de chaque établissement. On peut supposer que cela génère une plus grande autonomie des établissements de santé ; la tutelle voit son rôle de financeur diminué et son rôle de détermination d'objectifs et de suivi/évaluation des prestataires de soins augmenté.

Le deuxième est la disparition de la carte sanitaire ainsi que des indices en lits et places (ordonnance 2003-850 du 4 septembre 2003). Des objectifs quantifiés encadrent, dans l'annexe du

Gwen MARQUÉ
Agence régionale
de l'hospitalisation
Nord-Pas-de-Calais

Unité de recherche
en santé publique
EA 2694 ED 446 Lille-2

schéma régional d'organisation sanitaire (Sros), la déclinaison de l'offre de soins sur chaque territoire de santé. Ces objectifs se déclinent par établissement de santé pour réguler sa progression. Même si chaque tutelle de chaque région de France définit ses objectifs quantifiés avec sa propre méthode, il est recommandé de les définir à partir des besoins consommés de la population, démarche inspirée des approches canadiennes et anglaises de la définition des besoins de la population⁽²⁾. L'offre des territoires n'est plus basée sur des critères d'indices en lits autorisés par habitant mais sur des volumes réels consommés par habitant. Cette nouvelle complexité fait que les objectifs quantifiés semblent ne pas converger⁽³⁾. De plus, les conditions pour définir et gérer ces objectifs ne sont pas toujours réunies. La variabilité du système de codage des séjours hospitaliers (programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI]) est une des principales contraintes et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) chargée de gérer le PMSI recherche actuellement des possibilités de le stabiliser⁽⁴⁾.

Le troisième changement est d'ordre organisationnel : l'ensemble des secteurs

NOTES

(1) *Diagnosis related groups (DRGs) and the medicare program: implication for medical technology*, Office of Technology Assessment, OTA, Washington, July, 1983.

(2) C. Estellat, L. Lebrun, *La Revue des méthodes d'évaluation des besoins de soins*, Ministère de la santé et de la protection sociale, mai 2004.

R. Finaut, C. Daveluy, *La Planification en santé, concepts, méthode et stratégie*, Éditions nouvelles, Québec, 1995.

(3) Cha. Cases, D. Baubeau, *Peut-on quantifier les besoins de santé ? Solidarité et santé*, n°1, Dress, 2004.

(4) Outils d'aide à la décision développé par l'Alth, appelé « Partage-décision ».

(5) J.-P. Boutinet, *L'Anthropologie du projet*, RUF, 1992.

(6) M. Joly, J. Le Bissonnais, J.L.G. Muller, *Maîtrise le coût de vos projets*, Alnor, 1995.

(7) A. Stevens, J. Rafferty, J. Mant, S. Simpson, A. Boulton, *Health Care Needs Assessment*, Department of Public Health and Epidemiology of the Birmingham University, 2003.

(8) J. de Kervasdoué, *Atlas de la santé 2004*, Dunod, 2004.

(9) R. A. Cair-Hill, T. A. Sheldon, P. Smith, S. Martin, S. Peacock, G. Hardman, "Allocating resources to health authorities: devolution of method for small area analysis of use inpatients services", *BMJ*, vol. 309, 1994.

J.Piche, H. Côté, *Facteurs explicatifs des variations territoriales de recours à l'hospitalisation*, collection Études et analyses (DGPE n° 41), Direction de la recherche et de l'évaluation, Québec, juin 1998.

(10) R. Finaut, M. Breton, *L'Approche populationnelle: fondement théoriques et application pratique*, université de Montréal en santé publique, 2006.

de l'offre de soins seront sous une même tutelle pour assurer une cohérence des filières sur les territoires. Par la loi Hôpital, santé, patients, territoires (2009), les agences régionales de l'hospitalisation (ARH) deviennent ainsi des agences régionales de santé (ARS) et vont pouvoir englober l'ensemble des réponses de soins aux besoins de la population, notamment dans le cas où les soins secondaires ne sont plus la seule réponse pertinente. En plus de coopérations avec le secteur privé, les établissements publics pourront se constituer en communauté hospitalière de territoire.

Si les agences régionales de l'hospitalisation puis de santé n'ont plus la même relation avec les établissements, elles doivent cependant agir sur les territoires pour réorganiser l'offre de soins et répondre aux besoins de la population qu'elles auront fixés au travers des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) et du Sros. Et ce alors que les établissements de santé doivent être plus efficaces et développer des stratégies offensives d'adaptation économique et jongler avec les contraintes de la démographie médicale.

Management stratégique territorial : objectifs et principes

Nous proposons ici une méthode pour aider à organiser l'offre de soins des territoires de santé afin de répondre aux besoins des populations de ces territoires dans le contexte décrit précédemment. L'ambition de cette méthode est d'être reproductible, d'intégrer les outils réglementaires de la planification (le Sros, bientôt le plan stratégique de santé, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens [CPOM] et les OQOS) et de rendre accessibles les sources de ses données.

Cette méthode de management stratégique des territoires de santé comprend des étapes d'analyses à la fois des besoins de la population et stratégique du marché de l'offre de soins, étapes qui sont intégrées dans une démarche de conduite de projet visant à faire participer les acteurs du projet et à préparer leur position dans la nouvelle organisa-

tion territoriale définie en fonction du projet médical de territoire. La mise en œuvre d'un projet n'est effective que si les maîtres d'œuvre sont auteurs de leur projet⁽⁶⁾. Cette maîtrise d'œuvre doit être représentative du territoire : elle se compose a minima d'un groupe projet pluridisciplinaire et multisite. Ce groupe projet est présent dès l'analyse de la situation. La démarche vise à repositionner la tutelle dans son rôle de maître d'ouvrage et les prestataires de soins dans celle de maîtrise d'œuvre⁽⁹⁾ du projet médical et de réorganisation du territoire. Cette méthode dynamique ne peut fonctionner que si elle est régulée par une évaluation concomitante formative conçue avant toute mise en œuvre d'actions. Le choix des indicateurs de processus et de résultats est également primordial.

Les besoins de la population sont définis par les besoins consommés de la population et les indicateurs standard de santé (indices comparatifs de mortalité précoce, mortalité évitable)⁽⁷⁾. Ces indicateurs visent à établir au travers du taux de recours aux soins et de la mortalité de la population le niveau d'inégalité d'accès aux soins de la population d'un territoire⁽⁸⁾. Cette définition, plus précise qu'une mesure de l'inégalité par le nombre de lits par habitant, permet de poser les principes de la démarche. Cependant, ces indicateurs restent imparfaits et seront complétés par la suite par des indicateurs sociosanitaires dont le lien avec l'utilisation des soins est démontré (espérance de vie, catégorie socioprofessionnelle, niveau d'éducation...).

La méthode s'appuie sur un postulat fondamental : les facteurs d'utilisation des soins sont fortement corrélés à l'offre de soins avant les autres indicateurs sociosanitaires, économiques, culturels et génétiques de la population⁽⁹⁾. La nature du lien entre la population et l'offre de soins utilise les résultats de l'approche populationnelle qui définit des types de marché sur un territoire⁽¹⁰⁾. L'objectif n'est pas ici d'approfondir les facteurs influençant l'utilisation des soins, ni d'approfondir la nature des liens entre l'offre de soins et la demande de soins ; cependant, ces points largement développés dans de nombreuses publications pourront être, au niveau de la France, l'opportunité d'une nouvelle recherche opérationnelle. Ce postulat permet de fixer comme objectif la recherche de la modification du volume de consommation d'un territoire en agissant sur l'offre de soins.

Le préalable à la méthode est le fait que les territoires de santé sont définis de quelque manière que ce soit. Basée sur la dynamique des flux, la manière dont le territoire est défini n'est pas spécifiquement importante. Nous n'avons pas ici pour objectif d'entrer dans la complexité de la définition des territoires. Par contre, la méthode permet de vérifier si les territoires sont pertinents.

Données et indicateurs

» Les indices comparatifs de mortalité sont disponibles sur des bases publiques.

» La source principale pour la plupart des étapes de la méthode est le PMSI. Chaque séjour est représenté par un résumé standardisé anonyme (RSA).

» Définition des taux de recours ou taux d'hospitalisation : $(Nnti/Ti) \times 1000$.

N_{nti} étant le nombre de séjours année n consommés par la population du territoire, T_i représentant les effectifs de la population du territoire.

Ce taux est défini au niveau du territoire de santé, de la région, du pays, par discipline médecine/chirurgie/obstétrique (MCO) et par pôle d'activité (outil d'analyse PMSI [OAP]⁽¹¹⁾).

» Le taux de dépendance de la population est la part des séjours consommés par la population du territoire dans les établissements de ce territoire (capacité des établissements à capter leur population) sur la totalité de la consommation de la population. La part nécessaire pour atteindre 100 % constitue les fuites du territoire.

» Le taux de dépendance des ressources est la part de la population recrutée dans le territoire sur le total de la population recrutée (capacité des établissements à recruter en dehors du territoire). La part nécessaire pour atteindre 100 % constitue l'attractivité des établissements. Ces deux taux permettent de définir quatre types de relations entre les ressources et la population.

» Les lieux de soins et fuites sont des tableaux croisés ou les colonnes sont la consommation de la population du territoire *ti* et en ligne la production des établissements du territoire *ti*. Ce tableau permet d'identifier le territoire de premier, second et troisième recours d'une population. De même cela permet d'identifier les territoires qui ont un profil de recours de bassin de vie ou de proximité. Il s'agit aussi d'identifier si une population dispose d'un accès aux soins considéré comme satisfaisant grâce à une fuite importante vers un autre territoire que celui de résidence.

» Le graphe d'adéquation entre l'offre et l'utilisation des soins compare le taux d'hospitalisation ou de recours d'une population et le taux d'hospitalisation potentiel. Le but est d'identifier si le taux de production potentielle de soins est plus faible que le taux de recours ou d'hospitalisation aux soins. Si la population concernée a des indicateurs de santé et de soins faibles par rapport aux autres territoires, on peut supposer une sous-utilisation des soins à cause d'une offre de soins trop faible.

L'adéquation de l'offre et de l'utilisation des soins se décline par discipline de MCO, puis par pôle d'activité (OAP).

» Taux d'hospitalisation potentiel: $(Mnti/Ti) \times 1000$.

» Les parts de marché sont les parts que représente la production totale d'un établissement par rapport à la production régionale. Ces parts de marché ont vocation à rechercher les leaders et les niveaux de concurrence par discipline de MCO, puis par pôle d'activité (OAP). L'objectif est dans le cas d'une identification d'un déficit d'accès aux soins de pouvoir définir le ou les futurs porteurs de la réponse à apporter à la population. Lorsque des établissements de soins d'un même groupe sont sur le même territoire, les parts de marché sont additionnées pour une vision réaliste du potentiel de ces groupes.

La méthode appliquée à la région Nord-Pas-de-Calais

La région Nord-Pas-de-Calais est divisée en quinze zones de proximité qui correspondent aux zones d'emploi Insee élaborées à partir des mouvements domiciles/travail; il s'agit du territoire de l'organisation des filières de proximité (gériatrie, addictologie, diabétologie), avec une échelle de 250 000 habitants en moyenne.

Les quatre bassins de vie découlent d'un concept d'aménagement du territoire utilisé depuis 1999 pour l'organisation sanitaire du Nord-Pas-de-Calais (SrosII); il s'agit du territoire de recours des principales filières du Sros (MCO, SSR, urgences), lieu d'implantation d'une conférence sanitaire.

Échelle: 1 million d'habitants. La méthode se déroule en sept étapes, de la population vers l'offre de soins pour revenir vers la population.

Étape 1 - État de santé de la population d'un territoire

Les indicateurs éco-sociosanitaires déterminent l'état de santé de la population et servent à fixer des objectifs de santé mesurables.

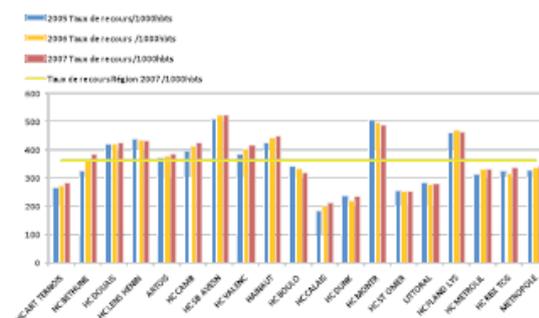
En fonction de la nature de la pathologie concernée, les meilleures réponses en termes de soins sont à déterminer (prévention, consultation de ville, hôpital, soins de suites, HAD, longs séjours, médico-social, social). C'est à partir de cette stratégie que seront déterminés des besoins et des objectifs de soins⁽¹²⁾.

NOTES

(11) L'outil d'analyse PMSI (OAP) est issu d'une réflexion menée par le comité technique régional de l'information médicale (Cotim) Île-de-France sur le thème: « PMSI et planification ». Première version finalisée en 1999.

(12) R. Pinault, C. Daveluy, *La Planification en santé. Concepts, méthode et stratégie*, Éditions nouvelles, Québec, 1995, p. 480.

GRAPHIQUE 1 Évolution de la consommation de soins



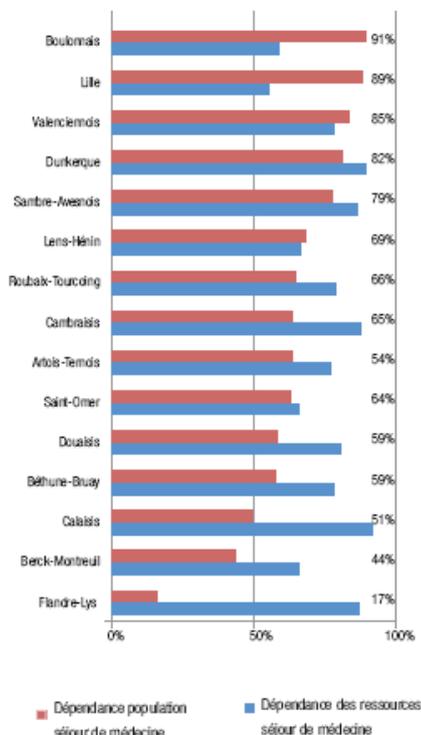
Source: PMSI 2005, 2006, 2007. Site Internet de l'ARN Nord-Pas-de-Calais

GRAPHIQUE 2 Flux de consommation

Séjour médecine Consommation de la population en odome/production des établissements en ligne	Artois-Termois	Berck-Montreuil	Béthune-Bruy	Boulonnais	Calais	Cambrielle	Douais	Dunkerque	Flandre-Lys	Lens-Hénin	Lille	Roubaix-Tourcoing	Saint-Omer	Sambre-Avesnois	Valenciennois	Zone (7) Arraumiés
Artois-Termois	39 683	617	1 391	44	15	1 572	644	30	14	524	300	18	79	9	16	932
Berck-Montreuil	798	12 156	313	605	370	89	73	86	36	169	118	63	462	25	57	2 757
Béthune-Bruy	847	122	4 015	25	60	40	82	24	1588	4596	818	33	1 838	10	25	455
Boulonnais	126	10 656	106	40 980	12 103	7	15	190	91	130	337	34	3 102	3	70	737
Calais	22	41	16	382	21 884	1	4	584	17	7	27	12	236	5	5	305
Cambrielle	68	4	20	2	31 876	544	2	3	226	60	12	2	1 128	963	1 091	
Douais	1 686	23	88	29	5	1 320	39 080	37	1	4190	569	40	9	33	537	316
Dunkerque	18	24	11	115	1 794	19	17	49277	1204	16	171	35	153	27	31	1 671
Flandre-Lys	5	3	141	2	14	2	102	5127	4	122	14	236	1	1	44	
Lens-Hénin	7 957	148	13 050	15	46	737	4611	42	84	72262	1998	42	490	308	4 140	1 024
Lille	5 868	1 570	11 806	2 203	3210	4 758	13385	7210	18178	17055	184608	35674	5 404	5 450	6 903	6 657
Roubaix-Tourcoing	168	32	192	52	68	106	361	168	182	297	14298	71020	56	189	314	1 257
Saint-Omer	136	852	1 301	41	3287	7	4	1490	3400	25	95	54	21 516	2	3	118
Sambre-Avesnois	11	8	10	2	1	790	41	6	5	20	157	22	56 083	1 033	5 847	
Valenciennois	35	9	20	3	5	6 220	6323	86	55	40	305	213	6	7 192	82 012	1 210
Fuite extra-régionale	4 113	1 060	536	694	321	1 749	638	701	162	710	2315	1073	264	834	892	65
Total général	61 541	27 329	70 016	45 194	43 175	49 211	65 804	59 995	301 47	104 911	206 306	108 365	33 858	71 249	97 002	24 486

Source : PMS 2008. Site Internet de l'ARN Nord-Pas-de-Calais

GRAPHIQUE 3 Profil de marché des territoires



Source : PMS 2008. Site Internet de l'ARN Nord-Pas-de-Calais

La stratégie décrite ici considère les pathologies pour lesquelles la réponse de soins de santé secondaire (hôpital, clinique) est la plus pertinente. A minima, on considère la mortalité précoce et la mortalité évitable.

Étape 2 - Niveau d'accès aux soins (ou niveau d'utilisation des soins)

La deuxième étape consiste à comparer les taux de recours ou taux d'hospitalisation de chaque territoire de santé de proximité aux taux régional et national (graphique 1). La démarche est essentiellement comparative et le jugement sur un recours faible aux soins est déduit d'une comparaison avec les autres territoires. Le taux de recours devra être standardisé par âge et par sexe pour éviter les biais lors de la comparaison.

Le niveau d'utilisation et de disponibilité des soins est différent selon les territoires. Ces graphes évaluent le niveau de recours aux soins par territoire comparé à celui de la région (faible ou fort accès aux soins). Il intègre aussi l'évolution de ce recours aux soins (risque de retrait de l'offre). Enfin, ce niveau de recours se compare aussi aux volumes d'OQOS contractualisés dans les CPOM des établissements (les OQOS en production ont été convertis en consommation) pour vérifier la pertinence de la cible.

Ces deux premières étapes consistent à identifier les territoires où le niveau des indicateurs de santé et de recours aux soins est le plus faible.

Étape 3 - Des flux gradués de la proximité au niveau régional (lieu de soins et fuites)

Sur le graphique 2, les cases bleues représentent les territoires de premier recours pour la population d'une zone de proximité (en colonne), les cases jaunes étant les territoires de deuxième recours, les oranges de troisième recours.

Du point de vue des flux de consommation de la population, l'ensemble des offres de soins des territoires de proximité constituent le lieu de premier recours (sauf Flandre-Lys) pour la population. Quatre territoires de proximité sont des recours de bassin de vie (Lille, Lens, Boulogne, Valenciennes) pour les autres territoires.

Étape 4 - Profil de marché des territoires (lien population/établissements)

Les deux indicateurs (taux de dépendance de la population et taux de dépendance des ressources) permettent de dresser un profil de marché de chaque territoire (graphique 3). Le type le plus performant (dépendance de la population près de 100% et dépendance des ressources autour de 60%) est celui de Lille ou du Boulonnais. La situation la plus fragile pour les établisse-

ments est celle de Flandre-Lys, avec une population très peu dépendante (qui va majoritairement en dehors du territoire) mais des établissements très dépendants de cette population. Les établissements du Hainaut et une partie du littoral sont de type « marché fermé » ; la métropole est très attractive, avec une population locale très dépendante. Les établissements de l'Artois sont dépendants de leur population, pourtant la moins dépendante d'eux (graphique 4).

Étape 5 - Adéquation offre/demande

On compare pour chaque territoire si le niveau d'utilisation des soins (consommation) est inférieur à celui de la région (accès aux soins) et si le niveau de la production pour 1 000 habitants (offre disponible sur place) est suffisant. Cela par discipline puis par pôle d'activité (graphique 5). Ce graphe repère les zones de sous-consommation d'un territoire (en bleu) par rapport à la consommation de la région (en noir) due à des sous-productions de soins (en rouge).

GRAPHIQUE 4
Profil de marché des territoires de santé

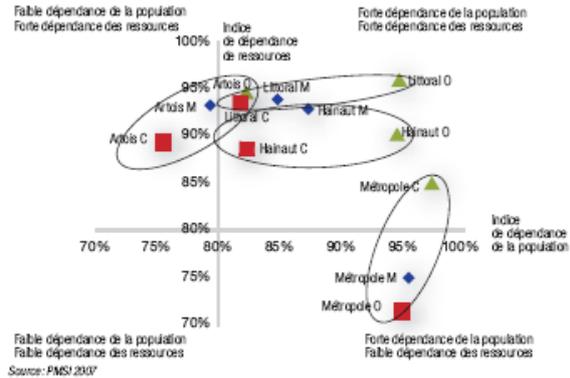


TABLEAU 1
Parts de marché

Artois			
Groupe	Établissements et bassins	Méd. 2007	Chir. 2007
Ahnac		4,6%	5,3%
Générale Santé		3,5%	7,7%
Privé divers		2,0%	4,9%
Public	CH Somain	0,3%	0,0%
	CH Douai	3,1%	1,5%
	CH Arras	3,3%	1,2%
	CH Bapaume	0,1%	0,0%
	CH Béthune	3,5%	0,9%
	CH Dr Schaffner de Lens	3,9%	1,9%
Total public		14,1%	5,5%
Total Artois		24,3%	23,4%

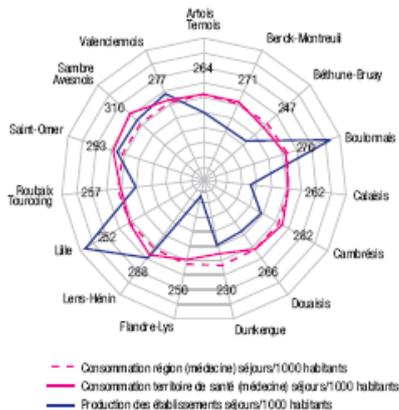
Hainaut			
Groupe	Établissements et bassins	Méd. 2007	Chir. 2007
Ahnac		0,6%	0,3%
Maubeuge		1,5%	2,2%
Saint-Roch		0,1%	0,6%
Médi-partenaire		2,3%	5,7%
Privé divers		1,9%	4,8%
Public	CH Saint-Amand-les-Eaux	0,2%	0,0%
	CH Cambrai	2,1%	0,8%
	CH Le Cateau Cambrésis	0,3%	0,0%
	CH Fourmies	0,7%	0,3%
	CH Le Quesnoy	0,2%	0,0%
	CH Avesnes-sur-Helpe	0,2%	0,0%
	CH Maubeuge	2,3%	0,9%
	CH Denain	1,1%	0,7%
	CH de Valenciennes	5,6%	2,6%
Total public		12,7%	5,4%
Total Hainaut		19,0%	19,0%

Littoral			
Groupe	Établissements et bassins	Méd. 2007	Chir. 2007
Groupe 2 Caps		2,3%	5,1%
Médi-partenaire		1,1%	2,9%
Privé divers		1,8%	2,7%
PSPH		0,8%	0,7%
Public	CH Dunkerque	3%	1,7%
	CH Calais	2,4%	1,3%
	CH Région de Saint-Omer	2,2%	1,0%
	CH arrondissement de Montreuil	1,5%	1,0%
	CH Boulogne-sur-Mer	3,1%	1,8%
Total public		12,2%	6,8%
Total Littoral		18,2%	18,1%

Métropole			
Groupe	Établissements et bassins	Méd. 2007	Chir. 2007
Générale Santé		3,0%	5,2%
Centurion		0,6%	0,1%
HPM		3,6%	13,1%
Privé divers		1,5%	2,0%
PSPH		5,0%	3,2%
Public	CHR Lille	13,7%	9,6%
	CH Seclin	1,5%	0,9%
	CH Tourcoing	2,8%	1,3%
	CH Roubaix	4,7%	2,2%
	CH Wattrelos	0,3%	0,0%
	CH Armentières	1,6%	1,1%
	CH Bailleul	0,1%	0,0%
	CH Hazebrouck	0,6%	0,4%
Total public		25,3%	15,5%
Total Métropole		39,0%	39,0%

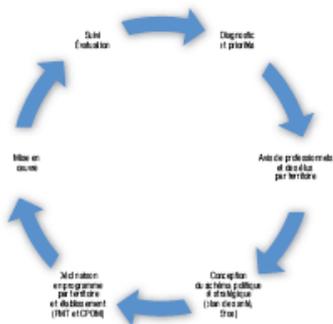
Source: PMSI 2007. Site Internet de l'APM Nord-Pas-de-Calais

GRAPHIQUE 5 Adequation offre/demande



Source: PMS 2008. Site Internet de l'ARH Nord-Pas-de-Calais

GRAPHIQUE 6 Déroulement actuel des projets en France



Source: Gwen Marqué

Étape 6 - Parts de marchés

Une fois que l'on a identifié les faiblesses de l'accès aux soins, que l'on peut savoir si la population est autarcique et identifier les pôles d'activité en inadéquation avec les besoins de soins, il convient d'élaborer les stratégies de territoires pour améliorer l'offre de soins. Il est indispensable à ce stade de connaître les leaders du territoire, leurs avantages concurrentiels, la santé financière des établissements, l'importance des équipes médicales et leurs âges. Les parts de marché doivent être réalistes : si un groupe est composé de plusieurs établissements sur un même territoire, il doit être cumulé (tableau 1).

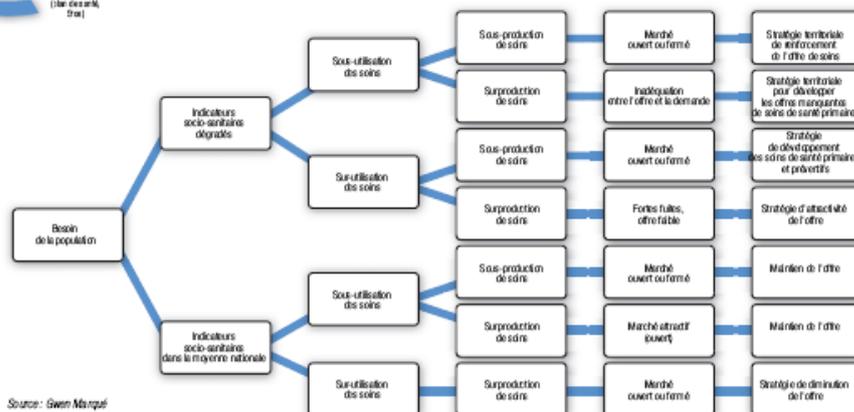
Étape 7 - Réorganisation

La réorganisation est avant tout un projet de changement qui doit se centrer sur l'implication des maîtres d'œuvre (les acteurs des établissements). L'ensemble de la démarche doit être partagé et permettre d'aider à faire émerger une stratégie réaliste portée par la tutelle (ARS) et par les professionnels des établissements de santé qui assure la participation des élus. L'objectif est ensuite de s'inscrire dans les démarches contractuelles (Sros-CPOM). Graphique 6.

Résultats

La partie analyse de la méthode a permis d'identifier des problèmes d'accès aux soins que ne montrait pas l'ancienne carte sanitaire. Par exemple, certains territoires surconsomment des soins (le Hainaut) et l'offre de soins sanitaire ne semble plus toujours l'unique bonne réponse aux problèmes de santé (ARS). D'autres présentent des accès aux soins qui ne sont pas compensés par des fuites. D'autres territoires présentent une sous-consommation de soins associés à une sous-production de soins dans quasiment toutes les disciplines, ce qui laisse supposer

GRAPHIQUE 7 Algorithme de décision de l'analyse stratégique de territoire



Source: Gwen Marqué

un facteur comportemental de la population, renforcé par certaines faiblesses de l'offre de soins.

Des cibles ont été définies dans le Sros III qui donnent lieu à un renforcement de l'offre de soins dans ces territoires en courts ou en moyens séjours.

La méthodologie a été appliquée pour définir les stratégies de coopérations de bassins de vie ou de petit territoire et de la contractualiser avec les établissements.

La méthode a permis de vérifier la pertinence des territoires de premier, deuxième et troisièmes recours aux soins. Elle a permis d'identifier l'émergence d'un territoire de deuxième recours.

Il faut cependant rester prudent sur les conclusions de l'analyse stratégiques de territoire. Il conviendra par la suite d'enrichir l'analyse par les besoins ressentis et les besoins non satisfaits et intégrer des critères sociaux comme l'éducation, où le niveau de revenu peut permettre d'élargir l'analyse de la situation, ainsi que des indicateurs de qualité comme les délais d'accès aux soins. Par ailleurs, le calcul du recours aux soins peut comporter des biais importants à prendre en compte⁽¹³⁾.

Une autre limite est la nécessité pour une analyse globale d'appliquer la méthode aux autres secteurs, notamment d'établir un profil d'utilisation et de production des soins

des territoires tous secteurs confondus (ambulatoire, établissements de santé, médico-sociaux...) sur un même schéma pour fixer des objectifs par secteur.

Enfin, l'analyse n'entre pas dans les établissements de soins pour améliorer leur efficacité ; c'est une étape pourtant incontournable de l'étude de la faisabilité de la stratégie et qui est l'objet d'une méthode complémentaire.

Cette méthode de management stratégique des territoires nécessite avant tout la mobilisation des acteurs pour objectiver les analyses et favoriser la mise en œuvre des projets. Elle s'inscrit dans une conduite de plan de santé plus globale. ●

NOTE

(13) V. Koehn, F. Paccaud, *Variations régionales du recours aux soins : quelques problèmes méthodologiques*, service cantonal de recherche et d'information statistiques, Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 1996.

Guide méthodologique des coopérations territoriales

Monographie



Démarche d'élaboration des projets médicaux de territoire en Région Nord-Pas-de-Calais

Thèmes abordés

Revue et analyse du contexte et des démarches, outils et méthodes mis en œuvre pour l'élaboration des projets médicaux de territoire.

Résumé de la monographie

Initié par l'ARH, le projet médical de territoire du Hainaut est basé sur des collaborations approfondies entre plusieurs établissements ayant pour objectif de réduire les chiffres de morbidité/mortalité (particulièrement élevés) et de préserver le niveau de l'offre de soins globale en l'adaptant aux besoins de la population, conformément aux préconisations du SROS.

Le territoire de ce PMT, situé à proximité de Lille, regroupe des zones très urbanisées (Valenciennois) et des zones peu habitées (Cambrésis), soit une population totale d'environ 800 000 habitants.

Etablissements concernés

- Centres hospitaliers :
 - Valenciennes
 - Denain,
 - Le Quesnoy
 - Saint Amand les Eaux
- Cliniques :
 - Clinique Teissier-AHNAC
 - Clinique Villars de Denain
- Unités locales de soins (ULS) :
 - Escaudain
 - Fresnes sur Escaut

Principales personnes rencontrées

- M. Gwen Marqué, délégué territorial de l'ARH/ARS pour le Hainaut
- M. le Dr Nalin, chef du service de gériatrie de l'hôpital d'Avesnes sur Helpe
- M. Gunst, directeur de l'hôpital de Jeumont
- Mme Desmyttere, directrice de la stratégie hôpital de Valenciennes
- M. le Dr Manouvrier, chef du service de cardiologie de l'hôpital de Valenciennes
- Mme le Dr DAMBRE, chef du service de gériatrie de l'hôpital de Valenciennes

Cette monographie a été réalisée par 

(Jacques Soria & Jessica Chamba)

Démarche d'élaboration des projets médicaux de territoire en Région Nord-Pas-de-Calais

Cette monographie a été réalisée par 

(Jacques Soria & Jessica Chamba)

L'ARH Nord Pas de Calais a mis en place une démarche originale de management stratégique des territoires de santé

Cette démarche s'articule en sept étapes qui sont proposées par Gwen Marqué, délégué territorial du Hainaut¹.

- Etape 1 : à partir de la description de l'état de santé de la population de chacun des territoires, identifier les réponses (en termes de types de soins) à mettre en place (ou à favoriser) localement.
- Etape 2 : mesurer les niveaux d'utilisation des soins du territoire afin de pouvoir les comparer au niveau du reste de la région et au niveau national.
- Etape 3 : identifier les taux de consommation de proximité et les taux de fuite pour proposer une réponse en adéquation avec les modes de consommation de la population du territoire.
- Etape 4 : mesurer le profil de marché du territoire qui résulte du niveau et de l'attractivité de l'offre ainsi que de la capacité de mobilité des usagers. Cette analyse aboutit à définir si le marché est ouvert ou au contraire fermé.
- Etape 5 : analyser l'adéquation entre l'offre et les besoins en comparant les taux de consommation aux capacités de distribution des soins.
- Etape 6 : décrire et prendre en compte le niveau de répartition des parts de marché afin de pouvoir mobiliser un (des) opérateur (s) pertinent(s) sur un territoire pour le(s) mobiliser sur l'amélioration de l'offre de soins
- Etape 7 : réorganiser l'offre de soins en prenant en compte la réalité de chaque territoire et en s'appuyant sur les outils génériques des autorités de santé (SROS d'une part, CPOM de l'autre).

Les partis-pris méthodologiques pour la mise en place du projet médical de territoire (PMT) du Hainaut

Dans le Hainaut, le PMT est basé sur la mise en œuvre du management stratégique du territoire qui a consisté à décrire la population du bassin de vie, à analyser la morbidité et la mortalité, à décrire l'offre de soins. Il intègre les résultats de la conférence de santé, les préconisations du SROS et la réalité quantifiée du fonctionnement des établissements de santé.

Le PMT a pour objectif de réduire les chiffres de morbidité / mortalité pour les faire tendre vers les moyennes nationales.

C'est la raison pour laquelle il propose une offre de soins adaptée aux besoins afin de régler le problème de la surconsommation des soins de santé au travers de prises en charge adaptées et raisonnées.

¹ Voir en annexe 1 l'article « besoins et offre de soin de la région Nord-Pas-de-Calais », revue Gestion Hospitalière n°489 – octobre 2009

Il vise enfin à préserver le niveau global de l'offre en l'adaptant aux besoins de la population et, aussi souvent que cela sera possible, de développer un niveau technique de réponse adaptée aux différentes pathologies telles qu'elles ont été définies dans l'OQOS.

Nous allons décrire succinctement les indicateurs qui caractérisent le territoire du Hainaut.

Une zone qui regroupe 800 000 habitants avec des indices de précarité très importants, l'existence d'une surconsommation médicale, d'une surmortalité (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète...).

Les données socio démographiques au moment de la mise en place du PMT en 2008²

Le territoire du Hainaut se situe à proximité de Lille, il associe des territoires très urbanisés (Valenciennois) et peu habités (Cambrésis).

La situation sociale (minimas sociaux)

- Les allocataires de l'Allocation adultes handicapés (AAH) représentent 2% de la population régionale en 2000 (1,45% en moyenne au niveau national). Ils sont localisés sur Montreuil, Cambrai et Avesnes-sur-Helpe. Les bénéficiaires sont plus jeunes que la moyenne nationale des bénéficiaires.
- Les allocataires du Revenu minimum d'insertion (RMI) représentent 4,7% de la population régionale (3,15% en moyenne au niveau national). Cette prestation est surtout versée à des populations jeunes (8% des 25-29 ans en bénéficiant), en particulier à des femmes isolées ayant au moins un enfant à charge. Les bénéficiaires sont particulièrement nombreux sur certaines parties du territoire (Valenciennois, Bassin Minier, Avesnois, Val d'Artois, pôles urbains).
- La région se situe au 1^{er} rang national en ce qui concerne les bénéficiaires de l'Allocation Parents Isolés (API) (2,3% de la population en 2000 contre une moyenne nationale de 1,1%). Les populations qui en bénéficient ont pour la plupart moins de 25 ans. Le phénomène est essentiellement urbain et les 2/3 des bénéficiaires sont localisés sur cinq arrondissements (Lille, Lens, Valenciennes, Avesnois, Val d'Artois).
- La part des 18/60 ans bénéficiant de l'Allocation adulte handicapé, du Revenu minimum d'insertion, ou de l'Allocation parent isolé, est de 8,5% (4,8% en France).

L'Emploi

Au 31 décembre 2004, le taux de chômage était de 13,1% de la population active (Nord 13,2%, Pas-de-Calais 12,8%), contre 10% sur le territoire national.

C'est dans le sud de la région (le secteur minier, Lens-Liévin 15,1%, le Douaisis 13,5%, le Valenciennois 14,9%, le bassin de Sambre-Avesnois 16%) et sur le littoral (le Calais 15,4%, le Boulonnais 13,6%) que la situation de l'emploi est la plus préoccupante. Dans la métropole lilloise, c'est à Roubaix-Tourcoing que la situation est la plus inquiétante (14,6%).

Les données sanitaires de mortalité par cause

Comme le montre l'annexe 1, on constate l'existence d'une surmortalité précoce qui touche tous les domaines explorés. Le projet médical de territoire (PMT) a pour objectif principal et global de corriger ces constats.

Présentation du PMT

Le PMT du Hainaut résulte de la mise en place simultanée de plusieurs actions thématiques.

Il est basé sur une collaboration approfondie entre les établissements qui a été poussée par le responsable de territoire de l'ARH.

Il résulte de la mise en place successive de différents dispositifs qui s'additionnent et se complètent au fil du temps.

² Eléments extraits du document de l'ARH « Besoins, offre et orientations stratégiques de juillet 2008 »

Les principales conclusions de la conférence de santé

Ce territoire a toujours été défavorisé.

« La priorité pour nous, c'est d'obtenir un rattrapage : dans un premier temps par rapport au reste de la région ».

Les besoins de santé sont bien identifiés : mortalité prématurée, santé des enfants, éducation à la santé, prévention, et aussi anticiper l'augmentation du nombre de personnes âgées.

Lors de sa rédaction le PMT était présenté de la manière suivante :

« Le PMT, concrètement, c'est obtenir des équipements, une école de manipulateurs radio, améliorer l'attractivité de l'activité médicale dans le secteur public. C'est aussi maintenir les soins de proximité en périnatalité, renforcer la neurochirurgie, proposer d'avantage de dépistage et de prise en charge des cancers, des lits de soins de suite, des structures et du personnel formé pour l'accueil des personnes âgées dépendantes et les malades atteints d'Alzheimer. »

Les constats de l'ARH

Généralités

Sur le plan sanitaire, le territoire du Hainaut se caractérise par les principaux éléments suivants :

- Des indicateurs de consommation médicale supérieurs à la moyenne ;
- Un indice de mortalité supérieur à la moyenne pour plusieurs pathologies (voir tableaux en annexe), et, pour chaque pathologie concernée, des chiffres d'activité supérieurs à la moyenne pour chaque établissement hospitalier ;
- Un manque d'expertise et de moyens au sein des hôpitaux en lien avec ces pathologies et ceci avec des chiffres d'activité élevés pour ces problématiques.

L'offre de soins des centres hospitaliers est insuffisante et inégalement répartie :

- Le CH de Valenciennes qui est de grande taille (supérieure à certains CHU d'autres régions) « domine » le territoire et est à l'origine de plusieurs coopérations. Il a un fort pouvoir d'attraction par rapport aux autres CH. Il tend aujourd'hui à se situer comme un centre de recours entre les établissements de petite taille et le CHU de Lille ;
- D'autres établissements hospitaliers de taille moyenne ou petite sont répartis sur tout le territoire. Ils rencontrent des difficultés liées à la démographie médicale (difficulté de recrutement) et se retrouvent ainsi pour certaines spécialités, dépourvus de professionnels. Ils sont en concurrence avec le secteur privé et dans certains cas sont mis en danger par l'attractivité de l'hôpital de Valenciennes pour certaines spécialités ;
- Des compétences inégalement développées dans ces différents domaines au sein des hôpitaux.

Les orientations stratégiques

Le délégué territorial présentait en juillet 2008 les neuf priorités pour le territoire du Hainaut :

1. Elaborer une filière pérenne et de pointe en Cardiologie entre Valenciennes Maubeuge et Cambrai
 - Mettre en place une fédération de cardiologie sur le Hainaut pour maintenir une activité dans chaque territoire et un accès à un centre de référence dans le Valenciennois portant l'activité partagée de STC – DCI et développer l'activité de rééducation post infarctus
2. Développer l'offre en cancérologie à Maubeuge en partenariat avec la Belgique (MONS)
 - Développement d'un service d'oncologie au CH de Maubeuge et mise en place du réseau Sambre—Oncologie public-privé
 - Atteintes de seuil pour les établissements publics par des coopérations avec les établissements privés (GCS Denain, Maubeuge, Cambrai)
3. Elaborer une filière pérenne et de pointe en Neurologie (AVC) et Neurochirurgie

- Mise en place d'une filière de prise en charge des AVC : UNV et filière autour d'une Fédération des AVC du Hainaut (Cambrai dans le triangle de la « mort »)
 - GCS de Neurochirurgie entre le CH de Valenciennes et le CHRU
4. Organiser et pérenniser les filières portées par les établissements de proximité (Gériatrie, Addictologie, Diabétologie)
 - GCS de Gériatrie de l'Avesnois
 - Filière d'addictologie porté par les CH de St Amant, du Cateau, et d'Avesnes
 - Développement de lits identifiés en diabétologie au CH de Maubeuge et au CH de Cambrai
 5. Sécuriser la filière et améliorer l'attractivité en Périnatalité - Pédiatrie
 - Convertir la maternité de condé et proposer un projet alternatif
 - Développer un lien entre les maternités publiques du Cambrésis
 - GCS pédiatrie à Maubeuge
 6. Développer les complémentarités entre les établissements de la Thiérache dans le cadre d'un GCS transfrontalier.
 7. Rendre attractif les services de Psychiatrie (risque de disparition de services)
 - Création d'une fédération de psychiatrie porteuse d'un projet de formation innovant pour les internes, et gérant les primes multi sites sur le territoire
 - Augmentation des postes prioritaires
 8. Répondre au déficit de l'offre en Ophtalmologie
 - Mettre en place une Offre d'Ophtalmologie dans le Valenciennois (CH de Valenciennes)
 9. Mettre en place la complémentarité et la permanence des soins par zone de proximité
 - Proposer des accords pour la permanence des soins des services d'urgences la nuit et les week-ends par zone de proximité.
 - Apporter une lisibilité sur les activités des établissements et informer l'offre de ville

Les objectifs des actions de coopération du PMT

La problématique du territoire est donc bien connue. L'objectif du PMT est, pour une population peu mobile comme celle du Hainaut, de parvenir à favoriser l'offre de soins de proximité sur le territoire avec les objectifs suivants :

- Maintenir les centres hospitaliers, au travers notamment d'un accès à un équilibre de leur budget dans le cadre de la T2A
- Développer des activités médicales à un bon niveau.

L'objectif principal étant, à terme, de concourir à un rattrapage du désavantage régional sur les taux de mortalité/morbidité au travers d'une optimisation du niveau de recours aux soins de santé.

Modalités pratiques de mise en place du PMT

Une analyse précise de la situation

L'ARH a conduit sur le territoire du Hainaut **une démarche projet**, ainsi, le responsable de territoire développe une véritable action de conseil en stratégie sur l'offre de soins, en direction des établissements hospitaliers.

La clarification des objectifs de chaque coopération est un préliminaire incontournable

Une collaboration pour quoi faire ?

Le travail en réseau et la mutualisation nécessitent la mise en place de nouvelles pratiques, parfois le partage de certaines prérogatives avec d'autres professionnels (du même métier ou non) ou d'autres institutions ou établissements de santé ou médico-sociaux. Pour être obtenus, ces efforts doivent s'appuyer sur une forte conviction de départ.

L'analyse de la situation du territoire sur des éléments quantitatifs

La description du territoire passe dans un premier temps par une analyse des données disponibles et également par l'analyse de la dynamique économique et du rapport des forces existantes au niveau politique et administratif.

Dans le Hainaut, les zones d'attraction hospitalières sont assez peu différentes des arrondissements car ils correspondent à des zones économiques.

Pour les flux hospitaliers, il faut prendre en compte le fait que, sur ce territoire, les usagers consomment dans des zones de proximité : ils sont peu mobiles.

La mise en place de la T2A favorise une certaine autonomisation des établissements : il est donc nécessaire de mobiliser les maîtres d'œuvre car si les tutelles prennent la main a priori, les établissements sont de plus en plus autonomes à partir du moment où ils développent une stratégie adaptée.

Comme nous l'avons exposé plus haut, l'analyse du territoire montre des éléments notables comme une mortalité précoce pour une population en difficulté sociale qui surconsomme des soins de santé

La prise en compte des indicateurs de santé

La construction du PMT s'est basée sur la prise en compte des flux, des indicateurs de santé classiques et du niveau d'utilisation des soins.

La construction du PMT a nécessité également une forte mobilisation des acteurs autour du projet et plus généralement de leur prise de conscience de l'importance de la dimension territoriale de l'action.

La dimension du bassin de population, qui est de près d'un million d'habitants, constitue un des facteurs qui a rendu possible la mise en place du PMT du Hainaut.

La démarche projet utilisée

L'ARH du Nord-Pas de Calais a mis en place sur le Hainaut une méthodologie particulière pour monter les différents projets de coopération et aboutir à un PMT adapté aux besoins de ses habitants :

- L'expression d'un besoin sur un territoire à partir d'un diagnostic circonstancié qui analyse à la fois :
 - les besoins de la population au regard de ses caractéristiques et de sa consommation de soins de santé (ville et hôpital),
 - l'activité hospitalière en la positionnant par rapport à ses moyens techniques³.
- La nomination, au départ de chaque projet thématique, d'un binôme médecin / administratif. Le médecin assurant la gouvernance technique, l'administratif construisant, dans le même temps, les conditions de la mise en place des actions projetées.
- L'encouragement à la mise en place d'une démarche participative, organisée par le binôme, en lien (si nécessaire ou si souhaité) avec le délégué territorial de l'ARH.

³ Ainsi, ce n'est pas parce qu'une activité de cardiologie d'un hôpital est élevée qu'il n'y a pas de problème : pour le Hainaut, dans certains bassins de vie, les hôpitaux avaient une activité cardiologique élevée, sans possibilité technique de prise en charge au niveau des besoins de la population, ce qui se traduisait par une surmortalité liée à des problèmes cardio-vasculaires et qui correspondait à une perte de chance pour les habitants. L'action de l'ARH au travers du PMT a consisté à élever le niveau technique des hôpitaux du bassin en partant de l'hôpital de Valenciennes et en s'élargissant à Maubeuge et Cambrai.

- La présentation par les deux membres du binôme, de manière conjointe et « professionnelle », des résultats du travail entrepris et notamment des actions à mettre en œuvre (= démarche projet). Cette présentation se fait devant le Directeur, le délégué territorial de l'ARH et le responsable thématique du SROS.
- Parallèlement à la construction du partenariat technique entre les professionnels de santé et entre les établissements, la mise en place d'une structure juridique pérenne qui garantisse la continuité de l'action et sa faisabilité (possibilité de recevoir des fonds, d'engager du personnel, de disposer d'un siège, d'un système d'information...).

Les modalités d'évaluation des actions pour chaque coopération

La difficulté dans cette démarche de suivi est de mesurer l'intérêt de la coopération sur des indicateurs qui présentent une réactivité à un an.

En effet, les indicateurs généraux ne sont pas mis à jour à cette fréquence et l'inertie du système est telle (notamment du fait du caractère global des indicateurs et de l'impact attendu d'une action collaborative sur un champ territorial forcément limité) qu'il est apparu nécessaire de mettre en place une mesure spécifique des résultats à partir de trois types d'indicateurs.

Des indicateurs mesurant la réalisation des orientations stratégiques du territoire

Ici chaque année, les orientations stratégiques programmées sont analysées afin pour chacune d'entre elles de décrire ce qui a été réalisé et comment.

Des indicateurs découlant du projet médical de chaque groupement de coopération

Chaque année, le binôme pilote du groupement réalise un bilan d'activité dans lequel figure en plus de l'analyse du fonctionnement de l'entité administrative, la mesure des résultats obtenus⁴ en termes de gain sur le fonctionnement du fait de l'optimisation des modalités de prise en charge.

Des indicateurs découlant de la mesure de l'utilisation des soins, pour des flux qui correspondent au projet

Par exemple consommation des soins liés à l'endocrinologie pour un projet sur le diabète, ou encore l'évolution de la consommation de soins et des parts de marché public/privé dans le cas de la mise en place d'une coopération entre établissements publics.

Cette veille n'a de sens que lorsqu'elle est rapportée au contexte régional : ainsi une augmentation de consommation de soins dans le Nord Pas de Calais indique une meilleure adéquation entre les besoins et les moyens, alors que dans des régions où existe une surconsommation, l'évolution attendue serait une baisse.

Cette veille doit également intégrer la présence des compétences médicales disponibles sur le territoire : comme nous l'avons déjà évoqué, le PMSI prend en compte le domaine médical d'une pathologie sans pour autant mesurer si l'acte correspondant a été exécuté par un professionnel disposant de la compétence correspondante.

Des exemples de coopérations mises en place

Trois coopérations ont été observées de manière :

- La filière cardiologique qui intéresse la totalité du territoire et qui est organisée à partir du CH de Valenciennes,
- Deux filières gérontologiques, l'une autour du CH de Valenciennes et l'autre dans le territoire sud avoisin (incluant notamment Maubeuge et Avesnes-sur-Helpe).

D'autres réalisations mises en place dans le cadre de la déclinaison opérationnelle du PMT sont également citées pour mémoire.

⁴ Par exemple évolution de la DMS dans un établissement MCO ou du temps d'attente des personnes âgées aux urgences depuis la mise en place d'une équipe mobile de gérontologie.

L'exemple de la filière de soins de cardiologie du territoire⁵

La situation de départ

Lors du début de l'action en direction des USIC, la situation était la suivante :

- Valenciennes était un lieu d'expertise, à un degré moindre que le CHU de Lille (notamment pour les défibrillateurs implantables qui étaient exclusivement posés dans la métropole lilloise (CHU et GHICL)) ;
- Maubeuge et Cambrai, pour leur part, ne disposaient pas de débouchés suffisants en termes techniques ;
- Ainsi le Hainaut ne disposait pas d'une infrastructure en adéquation avec les besoins des habitants du territoire ;
- Un partenariat public-privé était actif sur l'animation du plateau technique et la participation des praticiens libéraux et d'une clinique (Clinique Vauban) aux gardes de l'USIC.

Les objectifs du projet de coopération

La position de l'ARH a été de mobiliser les 15 cardiologues de Valenciennes autour de la nécessaire construction d'un réseau sur le territoire du Hainaut. Le risque, sinon, était de voir les autres USIC des hôpitaux du territoire disparaître, ce qui aurait, plus encore qu'aujourd'hui désorganisé l'offre de soins. De plus, en l'absence d'une organisation du secteur public, le secteur privé aurait pu prendre la main sur l'ensemble du champ de la cardiologie dans le territoire.

La position des professionnels du secteur public était de mettre en place un système de prise en charge cohérent qui puisse utiliser le plateau technique de Valenciennes et assurer l'organisation de la permanence des soins sur le territoire.

Comme le proposait l'ARH, la mise en place s'est faite en collaboration entre les cardiologues et l'administration des établissements hospitaliers. C'est le CH de Valenciennes qui assurait le pilotage du projet sur le plan technique et administratif.

Pour mener à bien ce projet c'est une fédération inter hospitalière que les promoteurs du projet ont choisi de mettre en place.

Parallèlement à cette organisation de l'offre publique sur le territoire, la mise en place d'un second plateau technique sur le Valenciennois a été autorisée et plus récemment la révision du SROS prévoit l'ouverture d'une USIC⁶ supplémentaire (la Clinique Vauban étant positionnée pour prendre en charge cette activité).

La situation est aujourd'hui la suivante

Les points positifs

La collaboration sur le territoire a permis de répondre aux besoins des patients :

- Les cardiologues se répartissent les tours de garde et, en cas de manque font appel à des intérimaires ;
- Les hôpitaux de Cambrai et de Maubeuge ont accès au plateau technique de Valenciennes ;
- Les USIC des deux hôpitaux prennent dorénavant des patients plus « lourds » qu'auparavant, développant ainsi un service de proximité pour des patients peu mobiles.

Les points de vigilance

- **Globalement le territoire est peu attractif**, il est donc difficile de faire venir des médecins au sein des hôpitaux. De plus, lors du recrutement d'un cardiologue, il est proposé à ce que ce dernier s'engage sur la réalisation d'un temps partagé sur Valenciennes / Cambrai ou Valenciennes / Maubeuge, ce qui constitue dans certains cas un obstacle supplémentaire au recrutement.

⁵ Voir annexe 1.

⁶ A la suite de la demande du secteur privé qui revendiquait sa compétence à assumer le fonctionnement de ces équipements du fait de sa participation aux mêmes activités au sein du secteur public.

- **Sur la complémentarité et le partenariat public privé** : lorsque le secteur privé a vu la possibilité de mettre en place une surveillance continue, les médecins concernés ont décidé de ne plus participer aux gardes du secteur public. Pour mémoire, les médecins du secteur privé ont fait la preuve de leur compétence au travers des gardes faites au niveau de l'USIC publique du CH de Valenciennes.
- **Sur la permanence des soins** : aujourd'hui, un ensemble d'une vingtaine de cardiologues doit faire fonctionner 3 USIC assurant la permanence des soins sur le territoire du Hainaut, ce qui est lourd en termes de temps réel de garde et d'astreinte. Une solution pourrait être de solliciter les cardiologues de la métropole.
- **Sur la différence de rémunération entre le secteur public et le secteur privé** : au moment où la mise en œuvre de la T2A et la réalité démographique poussent à une uniformisation des conditions de travail pour les cardiologues (temps de travail équivalent et gardes et astreintes à un niveau supérieur pour le public).
- **Sur l'inégalité du recrutement des patients entre le secteur public et privé** : les patients (et les personnes âgées notamment) sont par exemple majoritairement prises en charge par les hôpitaux.
- **Sur les difficultés des relations des établissements publics entre eux** : aujourd'hui la T2A a pour effet de créer un parcours complexe (pas forcément dans l'intérêt du malade) qui s'organise de la manière suivante. En cas de problème cardiaque : hospitalisation dans l'hôpital de proximité, puis si un geste nécessitant le recours au plateau technique est décidé, transport du patient à Valenciennes pour que, dans la journée, soit effectués le geste technique et le retour vers l'hôpital émetteur⁷.

Quelques réflexions sur l'histoire des coopérations⁸

Aujourd'hui la T2A entraîne des difficultés dans le circuit de prise en charge au sein du secteur public pour les patients qui présentent une pathologie aigue.

Sur la forme de coopération choisie : jusqu'à présent le GCS n'a pas été envisagé, il est probable que les conditions actuelles de la coopération vont être fortement impactées par la démographie et que le nombre des cardiologues en mesure d'assurer le fonctionnement du plateau technique et de la permanence des soins ne permettra pas la poursuite du fonctionnement actuel.

La FMIH a été retenue car lors de sa mise en place cela constituait la solution la plus souple et la plus simple à mettre en place.

Enfin il est probable que la démographie médicale imposera, à terme, une mutualisation de l'ensemble des moyens disponibles sur le territoire du Hainaut, voire en l'élargissant au CHU.

Les outils de la gouvernance de la fédération médicale inter hospitalière

Les outils de la gouvernance au niveau de la fédération médicale inter hospitalière sont constitués par :

- Le conseil de fédération,
- La coordination médicale.

Ce que l'on peut retenir de cette coopération

La filière est en cours de réalisation avec, comme résultat concret, la professionnalisation des USIC de Cambrai et de Maubeuge⁹, au travers de la mobilisation des cardiologues de Valenciennes (dont l'un est devenu coordonnateur de la filière de soins).

⁷ Ce circuit a été mis en place pour préserver l'activité de leur USIC.

⁸ Voir en annexe la fiche élaborée par le CH de Valenciennes sur les étapes clé de la coopération et les acteurs associés.

⁹ Qui prennent en charge des cas plus lourds qu'auparavant.

Valenciennes, pour sa part, débute l'implantation de défibrillateurs, activité rendue possible par l'augmentation de la demande liée à une amélioration technique de la qualité de la réponse aux problèmes de santé rencontrés par les habitants du territoire.

La filière telle qu'elle existe aujourd'hui semble menacée par les problèmes démographiques, elle devra probablement continuer à évoluer et, peut être à mettre en commun l'ensemble des ressources publiques et privées pour pouvoir répondre aux besoins.

Une telle coopération nécessitera probablement la mise en place d'une formalisation au travers d'un GCS qui semble le mieux adapté à une collaboration public / privé.

L'exemple de la filière gériatrique en cours d'installation à Valenciennes et dans sa périphérie¹⁰

Les différents acteurs impliqués

La filière regroupe des partenaires variés : public, privé, PSPH, ainsi que le réseau gérontologique de territoire :

- Quatre centres hospitaliers :
 - Valenciennes
 - Denain,
 - Le Quesnoy
 - Saint Amand les Eaux
- Deux cliniques :
 - Clinique Teissier-AHNAC
 - Clinique Villars de Denain
- Deux unités locales de soins (ULS) :
 - Escaudain
 - Fresnes sur Escaut

Il s'agit d'une démarche volontariste de la part du CH de Valenciennes qui aurait pu, à lui seul, obtenir la labellisation de la filière gériatrique.

Dans le même ordre d'idées, le CH de Denain a accepté de s'allier au projet alors qu'il se suffit à lui-même aujourd'hui, en terme d'activité¹¹.

Les atouts initiaux

Le projet dispose depuis le début des atouts suivants :

- Soutien de la part de l'ARH,
- Démarche de projet élaborée en impliquant l'ensemble de ses membres,
- Tenue régulière d'une assemblée plénière avec la possibilité donnée à chacun de ses membres de s'exprimer.

La situation antérieure

Auparavant, il existait des coopérations formalisées (notamment, sous la forme de conventions avec les SSR).

La conduite de projet

Action du médecin coordinateur

- Définition des objectifs et des attentes des partenaires : consultation par le médecin coordinateur de tous les responsables médicaux concernés, en entretien individuel ;

¹⁰ Voir annexe 2.

¹¹ Il s'agit en effet d'un hôpital local qui fonctionne presque exclusivement pour son bassin de vie.

- Réalisation d'un diagnostic préalable permettant de réaliser un état des lieux du fonctionnement de chaque établissement ;
- Le diagnostic a montré que les attentes des différents participants de la filière étaient très diversifiées et complémentaires. L'intérêt de la collaboration dans la résolution de problématiques était valorisée ;
- Ecriture du Projet médical de territoire commun autour d'axes d'amélioration, en collaboration avec les partenaires.

Action de la représentante de l'administration

- Participe à l'ensemble des réunions ;
- Travaille en lien étroit avec le médecin coordinateur ;
- Assure la construction de l'environnement administratif (cadre juridique) de la collaboration.

La forme de la coopération

Le choix a été fait de monter un GCS de moyens (encore nommé GCS de gouvernance).

Le projet médical de territoire a été présenté à tous les participants du projet et a été validé par tous.

Le GCS après avoir fait l'objet d'un débat de la part des établissements publics qui craignaient, au travers de sa mise en place, la perte de leur identité d'établissement, a été validé.

Les promoteurs du projet sont convaincus de l'intérêt de la démarche.

Malgré la réticence de plusieurs établissements hospitaliers à la mise en place du GCS, le choix de cette modalité de coopération a été confirmé car, seule une structure juridique disposant d'une personnalité morale, peut porter la « labellisation territoriale » de la filière et « valider » le projet médical commun afin de lui permettre de vivre et d'évoluer

Ce que l'on peut retenir de cette réalisation à ce jour

Les modes de collaboration

Pour la gériatrie, la notion de filière s'impose aux professionnels de manière évidente car c'est le seul moyen pour faire face aux besoins de prise en charge pluridisciplinaire des personnes âgées.

Les médecins gériatres qui ont été sollicités pour participer au projet médical commun de territoire sont ainsi facilement convaincus de l'utilité du partage et de la mise en commun des compétences.

Les administratifs eux sont plus réticents, certains d'entre eux exprimant des craintes sur ce que la coopération pourrait leur enlever, en termes d'identité pour leur établissement.

La formalisation de la filière

Pour nos interlocuteurs, actuellement, le GCS de gouvernance, du fait de sa flexibilité et de son adaptabilité, est probablement la forme qui semble répondre le mieux aux modes collaboratifs voulus par la filière gériatrique.

Cependant, les GCS apparaissent pour de nombreux acteurs (y compris administratifs) complexes à mettre en œuvre et pour certains, dangereux car ils remettraient en cause la liberté de chacun de leurs membres.

Il est donc nécessaire de mener des actions d'information et de formation pour les présenter.

Il est à noter que les GCS constituent un des éléments de la réforme en cours et que la mise en place des GCS d'établissements publics hospitaliers brouille le paysage notamment pour ce qui concerne la collaboration public / privé.

Enfin les Communautés Hospitalières de Territoire posent question à nombre de nos interlocuteurs dans la mesure où leur articulation avec les GCS est pour l'instant souvent obscure.

L'exemple de la filière gériatrique du sud avesnois

Le point de départ de la coopération

Un point d'histoire

L'établissement d'Avesnes-sur-Helpe est une structure hospitalière implantée dans une ville moyenne, sous-préfecture du département du Nord. Par le passé, à la suite de différents arbitrages, le CH d'Avesnes s'est vu confié la responsabilité de la filière gériatrique.

Cette situation a été modifiée par le SROS 3, et l'hôpital de Maubeuge, qui jusqu'à présent n'avait pas d'activité gériatrique spécifique (en dehors de la prise en charge des patients âgés par les services de soins aigus) a mis en place un service de court séjour pour les personnes âgées.

Devant cette situation l'ARH a impulsé la mise en place d'une filière gérontologique sur le territoire Sambre Avesnois (arrondissement le plus au sud du département) qui regroupe plusieurs établissements de santé.

Les acteurs

- **Hôpital de Hautmont** (proche de Maubeuge) qui regroupe les activités suivantes :
 - SSR
 - USLD
 - EHPAD
- **Hôpital de Jeumont** qui regroupe les activités suivantes :
 - SSR
 - SLD
 - EHPAD
- **Hôpital de Felleries-Liessies** qui regroupe les activités suivantes :
 - SSR de plus de 100 lits
- **Hôpital de Maubeuge** qui regroupe les activités suivantes :
 - Urgences
 - Réanimation
 - Cardiologie
 - Pneumologie
 - Neurologie
 - Néphrologie
 - EHPAD 120 lits
 - A noter l'absence de SSR et d'USLD

La problématique

Du fait des choix précédents en matière de gérontologie, il est primordial que le CH de Maubeuge travaille avec les autres établissements de santé, au risque sinon, faute de lits d'aval, de rencontrer une situation de blocage pour son service de court séjour gériatrique.

Les autres établissements hospitaliers sont, du fait du partage des rôles, dans l'obligation de prendre en charge les patients âgés dont l'état de santé et de dépendance nécessitent une prise en charge en soins de suite et/ou en long séjour.

La mise en place d'une équipe mobile de gérontologie est donc envisagée par l'ARH, cette idée trouve un écho favorable auprès des médecins gérontologues qui découvrent souvent les personnes âgées à leur sortie des services de spécialité. Les Directeurs des CH de moyenne et de petite taille voient dans cette mise en place une opportunité qui pourra leur garantir un bon niveau d'activité.

La mise en place de la coopération

Le point de vue de l'ARH

Devant cette situation, l'ARH missionne le gériatre du CH d'Avesnes-sur-Helpe pour mettre en place un Projet Médical de Territoire (PMT) de gériatrie au travers d'une lettre de mission et de la tenue d'une réunion de lancement associant les principaux acteurs (Directeurs de tous le CH concernés, Présidents des CME, autres partenaires : URML, etc.).

Du point de vue de l'ARH, le PMT gériatrique va s'appuyer sur les trois leviers suivants :

- Une approche au travers de l'attente des médecins qui veulent voir résolus les problèmes des personnes âgées dont ils ont la charge et ceci dès que leur prise en charge sanitaire débute,
- La structuration du projet médical par le Directeur de l'établissement,
- La mise en place d'un cadre juridique qui organise le service sur le territoire concerné.

La méthodologie de mise en place du réseau va (comme pour les autres actions du territoire du Hainaut) s'appuyer sur la responsabilisation des acteurs.

L'ARH réunit autour du futur projet les promoteurs et les porteurs potentiels de l'action, en les mandatant et en les assurant d'un suivi concret et opérationnel¹² des actions qu'ils proposeront.

L'ARH s'assure, à l'occasion de la réunion de lancement, que tous les participants sont d'accord sur les modalités de coopération et sur la mise en œuvre de la démarche participative.

Le point de vue des deux porteurs de projet

Le Dr Nalin, gériatre à l'hôpital d'Avesnes-sur-Helpe et M. Gunst, Directeur du CH de Jeumont, lancent la réflexion avec les médecins et les directeurs des établissements concernés sur l'ensemble du territoire.

L'ARH, lorsque le projet a été initié, a réalisé une étude des flux qui a confirmé les spécificités du territoire que les acteurs de terrain connaissaient comme par exemple :

- Le CH de Fourmies travaille plus avec l'Aisne qu'avec les CH du Nord ;
- Le CH de Le Quesnoy travaille avec Valenciennes.

De leur point de vue, le projet est clair et il doit répondre aux exigences suivantes :

- Elargir le périmètre d'action des médecins et notamment de ceux qui travaillent dans les petits CH ;
- Partager et confronter leur expérience et leur savoir faire avec les services de spécialité ;
- Garder un contact avec les urgences et au-delà sortir de la routine d'une prise en charge de patients chroniques ;
- Préparer une prise en charge de qualité au sein de leurs CH pour des personnes âgées prises en charge en court séjour à Maubeuge.

La réponse logique à cette coopération qui repose sur une intervention de praticiens en dehors de leur établissement d'origine est, pour eux, de mettre en place un GCS.

Le GCS aura dans un premier temps une dimension essentiellement inter hospitalière, il pourra percevoir une « rémunération »¹³ de la part du CH de Maubeuge qui sera calculée en fonction de l'amélioration de la « performance » T2A.

Ces moyens mis à disposition du GCS pourraient dans un second temps permettre l'élargissement de son périmètre en direction des EHPAD non hospitaliers (publics, associatifs et privés à but lucratif).

¹² Dans le sens d'une mise en œuvre, y compris financières, des propositions réalistes qui seront avancées.

¹³ Dans la mesure où l'activité de l'équipe mobile optimise le fonctionnement de l'hôpital de Maubeuge, les promoteurs du GCS attendent en retour soit un financement de leur activité soit une mise à disposition de personnel (par exemple assistantes sociales).

La conduite du projet

Le Dr Nalin s'est rapproché de l'association des gériatres du Hainaut basée à Le Quesnoy (Dr Denis Lefebvre) et a constaté que, selon les médecins, la coopération en gériatrie était attendue par tous. Du côté des CH, la réflexion se menait plutôt entre les établissements, mais deux par deux, sans réelle ambition d'envisager le territoire dans son ensemble.

En outre, les porteurs de projet avaient bien conscience de l'existence d'un seuil critique en dessous duquel la mise en place d'une équipe mobile de gériatrie n'était pas possible.

La définition d'une taille critique

Pour eux, les éléments déterminants pour pouvoir définir ce seuil critique sont les suivants :

- Le nombre des praticiens concernés,
- Le nombre de places en lits d'aval (SSR notamment),
- La possibilité pour chaque établissement inclus dans la filière, de participer effectivement à l'action.

C'est en effet à ce prix que la régulation peut se faire avec notamment une répartition harmonieuse des patients sur l'ensemble du territoire desservi pour conserver une proximité entre le lieu de la prise en charge et le lieu d'origine des personnes âgées.

La régulation, pour être efficace, doit s'appuyer sur la connaissance de l'état des lieux de chaque CH en temps réel : par exemple pour ne pas concentrer des cas très lourds (en termes de modalités de prise en charge) sur un même service dans un temps court.

En un mot, la régulation permet, dès l'amont, de lisser les modalités de fonctionnement des CH, d'où la nécessité de mobiliser les médecins de l'ensemble des établissements participants au GCS.

Les difficultés identifiées par les porteurs de projet

- Construire le planning des médecins gériatres avec une difficulté certains jours de la semaine (profession très féminisée, avec des temps partiels et peu de présence possible le mercredi après-midi).
- Financer le système : aujourd'hui il n'existe pas de MIGAC¹⁴ spécifique, la T2A permet au GCS de demander un financement au CH de Maubeuge. Comment pérenniser ce financement pour pouvoir compléter le GCS avec des actions en direction des EHPAD ? Participation par des avantages en nature ?

Le support administratif

Comme nous l'avons expliqué c'est la forme du GCS qui a été choisie. Ce dernier a été écrit par M. Gunst, directeur du CH de Jeumont.

Il s'agit d'un GCS de moyens qui a comme objectif de mettre du personnel à disposition (MAD) et qui permet le financement des MAD par l'utilisation des MIGAC (sous la forme de remboursement aux établissements).

Il recevra un financement de l'ARS avec un complément de rémunération par le CH de Maubeuge (cf. infra). En conséquence, ce GCS est décrit comme étant « light ».

Cependant, des questions sont posées concernant notamment :

- La rémunération des animateurs (dirigeants) du GCS ; nos interlocuteurs pensent qu'il sera indispensable de le faire car sinon le GCS risque de rester une activité accessoire par rapport à l'activité principale des porteurs de projet.
- Quel sera l'avenir des GCS si les Communautés Hospitalières de Territoire sont mises en place ? Dans cette hypothèse, le GCS ne serait utile que pour les collaborations public / privé
- Que devient le GCS si l'ARS suspend l'habilitation, si un directeur d'établissement change et remet tout en question ?
- Comment réduire les délais et simplifier les choses¹⁵ ?

¹⁴ Missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation.

- Comment obtenir un soutien plus appuyé de l'ARS¹⁶ ?

Le système d'information (SI) de la coopération :

Il est essentiel de prévoir un SI performant qui permette d'échanger des données sur le groupe des établissements concernés. A ce jour, les efforts de l'ARS portent sur le projet performance et le SI du GCS n'est pas (encore) d'actualité.

Pour nos interlocuteurs, même en l'absence d'un SI abouti, il est essentiel que les échanges sur la situation des patients se fassent de manière responsable et respectueuse (dans le sens où il est indispensable que les problèmes des personnes âgées soient décrits de manière exhaustive)

Les signataires du GCS

Chaque établissement hospitalier du territoire concerné sera signataire du GCS.

La filière est en cours de démarrage

Lors de notre visite, le réseau avait une semaine d'existence avec, dès la première semaine, l'orientation de 2 patients du CH de Maubeuge vers d'autres CH, ce qui n'aurait pas pu être décidé en l'absence de l'équipe mobile.

Une acceptation (un soulagement) de la part des médecins du CH de Maubeuge, de voir des solutions pour des problèmes qui étaient traités jusqu'alors de manière non entièrement satisfaisante¹⁷.

Le réseau a démarré sous une forme administrative particulière car le GCS n'a pas encore été entièrement validé par l'ARS. Ainsi, les porteurs de projet ont décidé de mettre en place des conventions de MAD pour pouvoir démarrer.

Au terme de notre rencontre le « porteur administratif » du projet, nous a expliqué que le GCS est un peu superflu dans la mesure où des conventions pourraient suffire.

Par contre le « porteur médecin » du projet estime, quant à lui, que le GCS lui donne une légitimité devant ses partenaires.

Tous deux regrettent les hésitations et « si c'était à refaire » lanceraient la collaboration immédiatement avec de simples conventions pour la consolider par la suite avec des outils administratifs adaptés.

Autres exemples de coopération

L'activité de chirurgie de l'hôpital de Denain

Dans cette zone la consommation de proximité pour l'hôpital était très basse.

L'hôpital était positionné sur un plan de retour à l'équilibre. Il partageait avec la clinique voisine, sur les bases d'un ancien accord, la chirurgie ambulatoire (à la clinique) et la chirurgie avec hospitalisation (à l'hôpital).

L'ARH a été mise au courant d'une opportunité d'évolution de la situation (départ annoncé d'un chirurgien de la clinique) qui modifiait le maintien de son niveau d'activité en chirurgie ambulatoire.

¹⁵ Ainsi pour cette filière, devant la non finalisation de la validation et de l'habilitation du GCS par l'ARH, le projet démarre finalement avec de simples conventions de mise à disposition des praticiens.

¹⁶ Ici nos interlocuteurs posent le problème de l'autonomie des porteurs de projet qui ne représentent qu'eux-mêmes tant que le GCS n'existe pas et qui, dans cette position ne sont pas, par exemple, en mesure d'organiser des réunions pour lesquelles ils devraient convoquer des professionnels d'autres hôpitaux que les leurs.

¹⁷ Cette remarque est importante car une des craintes avancées vis-à-vis du GCS reposait sur les réactions négatives qu'auraient pu avoir les praticiens hospitaliers des services de spécialité et de court séjour vis-à-vis de l'intervention de collègues gériatres...

Un nouveau partage s'est effectué (en accord avec le PDG de la clinique) l'hôpital assurant toute la chirurgie (avec comme résultat un équilibre et même un excédent budgétaire), la clinique prenant en charge les SSR y afférant.

Support juridique : échange d'activités au travers d'accords conventionnels sur ce qui est courant et adhésion au GCS gériatrique du territoire

L'exemple de Fourmies

Sur une même zone géographique, différente du territoire de santé de l'ARH, car partagée entre les régions Nord Pas de Calais et Picardie, un même directeur pour les deux hôpitaux de Fourmies et de Hirson a été nommé. Des coopérations ont ainsi été mises en place (imagerie par exemple).

Cependant cette coopération est le plus souvent ciblée.

Elle est concrétisée sous la forme d'une communauté hospitalière interdépartementale qui s'est même étendue à la Belgique.

Support juridique : en dehors de la direction commune et de l'information des deux ARS, il n'existe aucun support juridique pour cette collaboration.

La cancérologie de l'hôpital de Maubeuge

Création d'une coopération inter territoire incluant la Belgique avec comme résultat l'installation, avec l'accord de l'INCA, d'une équipe de cancérologie urologique composée de la manière suivante :

- Un chirurgien cancérologue belge à Maubeuge,
- Trois chirurgiens urologues belges,
- Une unité de chimiothérapie.

Support juridique : Accord cadre transfrontalier franco-belge signé en 2005 (général mais incluant les projets médicaux de chacune des disciplines : cancérologie, urologie, médecine nucléaire, endocrinodiabétologie) dans lequel viennent s'insérer les projets médicaux par thématique.

Signature d'une convention ZOAST (Zone organisée d'accès aux soins transfrontaliers) qui donne aux assurés sociaux de la zone transfrontalière la possibilité d'utiliser leur carte vitale¹⁸.

La ZOAST est possible à condition qu'existe un projet médical entre les établissements transfrontaliers concernés. Pour ce qui concerne la prise en compte d'éventuels incidents, l'établissement de Maubeuge est associé au groupe GHICL (groupement institut catholique de Lille) qui participe à l'actionnariat de l'établissement de Mons (qui est ainsi considéré comme un site du GHICL).

Aujourd'hui, l'ARS est à la recherche d'un cadre juridique pour mettre en place ces coopérations (comme par exemple un GECT qui se met en place avec l'Espagne pour la coopération transfrontalière de Cerbère).

La prise en charge des AVC par le CH de Valenciennes

Il existe un déficit important du nombre de neurologues dans la région. Un travail en réseau utilisant la télémédecine a été mis en place entre le service de neurologie de Valenciennes et les autres hôpitaux (Cambrai par exemple).

Lors de la survenue d'un AVC dans la zone de Cambrai le patient suit le circuit suivant :

Urgentiste → Service d'imagerie équipé de matériel de télétransmission → envoi de l'image au neurologue de garde du CH de Valenciennes en temps réel → prise de décision (ou non) de thrombolyse → le cas échéant, thrombolyse exécutée par l'urgentiste à Cambrai.

Le délai de prise en charge est ainsi optimisé (dans certains cas meilleur que celui d'une prise en charge sur le site de Valenciennes du fait de l'optimisation du circuit à Cambrai).

¹⁸ Il s'agit d'un accord entre les organismes de sécurité sociale française et belge qui permet, dans la zone transfrontalière, la libre utilisation de l'offre de soins par les patients.



Support juridique : Pour l'instant, c'est une fédération inter hospitalière des services de neurologie du Hainaut qui a été mise en place dans l'attente d'un GCS.

Liste des personnes rencontrées

- M. Gwen Marqué, délégué territorial de l'ARH/ARS pour le Hainaut
- M. le Dr Nalin, chef du service de gériatrie de l'hôpital d'Avesnes sur Helpe
- M. Gunst, directeur de l'hôpital de Jeumont
- Mme Desmyttere, directrice de la stratégie hôpital de Valenciennes
- M. le Dr Manouvrier, chef du service de cardiologie de l'hôpital de Valenciennes
- Mme le Dr DAMBRE, chef du service de gériatrie de l'hôpital de Valenciennes

Liste des documents consultés

- SROS 3
- Le schéma interrégional d'organisation sanitaire (SIOS)
- Les orientations stratégiques du CPOM et du SROS 3 2006-2011, bilan à mi-parcours 2009
- Les bassins de vie du Nord - Pas-de-Calais : Le Hainaut in 50/51 Nord
- Objectifs quantifiés de l'offre de soins (COREDIM Avril 2007)

Publication 3 : Circulaire 12/2011, Guide National sur les Indicateurs de Pilotage d'Activité



Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Direction générale de l'offre
de soins
Sous-direction de la régulation de
l'offre de soins
Bureau de l'Évaluations, des
modèles et méthodes (R5)

Personne chargée du dossier :
Cécile Behaghel

tél. : 01.40.56.49.65
fax : 01 40 56 41 89
mél. : cecile.behaghel@sante.gouv.fr

Le ministre du travail, de l'emploi et de la santé

à

Mesdames et Messieurs les directeurs généraux des
agences régionales de santé
(pour mise en œuvre)

Circulaire N° DGOS/R5/2011/485 du 21 décembre 2011 relative au guide sur le pilotage de
l'activité des établissements de santé

NOR: ETSH1135551C

Validée par le CNP, le 9 septembre 2011 - Visa CNP 2011-257

Classement thématique : établissements de santé

Catégorie : Directives adressées par le ministre aux services chargés de leur application, sous réserve, le cas échéant de l'examen particulier des situations individuelles
Résumé : La présente circulaire présente le guide destiné à apporter un appui méthodologique aux ARS dans le cadre de la suppression de la régulation quantitative des volumes et la mobilisation du dispositif de pilotage de l'activité.
Mots-clés : schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) – contrat pluriannuel de l'offre de soins – objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) – pertinence des soins – régulation des volumes
Texte de référence : Code de la santé publique (CSP) : articles D.6121-6 à D.6121-7, article D. 6114-6
Annexe : guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé.
Diffusion : les établissements et organismes concernés doivent être destinataires de cette circulaire, par l'intermédiaire des ARS.

Vous trouverez en annexe le guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé dans sa version finale.

Je vous prie de bien vouloir assurer la diffusion de cette circulaire et de son annexe aux établissements de santé et aux partenaires représentés au sein de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et me faire part des difficultés éventuelles que vous pourriez rencontrer dans sa mise en œuvre, en prenant contact le cas échéant avec le Bureau de l'Évaluation, des modèles et méthodes (dqos-R5@sante.gouv.fr).

Pour le ministre et par délégation



Annie PODEUR
Directrice générale de l'offre de soins

SOIGES

Direction générale
de l'offre de soins

Guide méthodologique

Analyse des taux de recours

Pilotage de l'activité des
établissements de santé

Septembre 2011



Guide méthodologique sur le pilotage de l'activité des établissements de santé

AVANT PROPOS	3
SYNTHESE DE LA DEMARCHE.....	5
1 – Évolution des OQOS et mise en place des indicateurs de pilotage de l'activité.....	5
2 – Précisions relatives au suivi des objectifs contractualisés entre l'Etat et les ARS	5
3 – L'estimation de l'impact économique et budgétaire du SROS	5
4 – Précisions relatives au suivi régional du SROS, par territoire de santé	6
5 – Précisions relatives au suivi de la contractualisation ARS / établissement de santé	6
Introduction : le contexte de l'évolution des objectifs quantifiés	7
1. Un bilan en demi-teinte des OQOS	7
2. Une grande disparité dans la consommation de soins	7
3. Une évolution de l'ONDAM de plus en plus contrainte.....	7
4. Les outils mobilisés ces dernières années pour réguler les dépenses hospitalières ne sont pas suffisants	8
Le pilotage de l'activité dans le cadre des SROS-PRS.....	9
1. Finalité : le pilotage de l'activité hospitalière dans le cadre des SROS-PRS	10
2. Le dialogue préalable national / régional	10
3. La concertation avec les instances locales et les acteurs de santé sur le diagnostic régional	11
4. Structurer le pilotage de l'activité : objectifs en implantation, accessibilité et indicateurs de pilotage.....	11
Objectifs en implantation et en nombre d'appareils.....	11
Objectifs en accessibilité.....	12
Indicateurs de pilotage du SROS sur les activités de soins (IPA)	12
5. Méthodologie de construction des cibles d'activité par territoire de santé à partir de l'analyse des taux de recours	18
Etape 1 : Etablir un diagnostic des enjeux de pilotage de l'activité des établissements de santé.....	19
Etape 2 : Estimation des cibles de consommation de soins à horizon 2016	24
Etape 3 : Estimation des cibles d'activité (en volume) par territoire : passage de la consommation à la production de soins par les établissements de santé des territoires.....	27
6. La contractualisation ARS – Etablissement.....	29
7. Le pilotage de l'activité des établissements de santé à travers les implantations et indicateurs de pilotage.....	31
Annexe 1 Identification des activités de soins dans le champ MCO.....	35
Annexe 2 Quelques exemples d'outils mobilisés par l'ARS Nord-Pas-de-Calais dans le cadre des SROS III	60

AVANT PROPOS

La régulation de l'activité des établissements de santé est au cœur de l'action des agences régionales de santé (ARS) et doit concilier la satisfaction des besoins de soins de la population de vos régions respectives avec le respect de l'ONDAM.

A cet effet, les ARS peuvent s'appuyer sur différents outils réglementaires et contractuels qui poursuivent des finalités distinctes mais complémentaires. La présente note a pour objet de préciser l'articulation entre ces différents outils, et de mettre en valeur la cohérence globale du dispositif de pilotage de l'activité.

Le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) signé entre l'État et chaque ARS intègrera un volume d'activité cible par région sur les champs médecine/chirurgie et SSR. Le CPOM a pour objet d'assurer un alignement minimum entre les contraintes nationales et les dynamiques régionales. Le choix de faire porter la contractualisation uniquement sur les champs de la médecine/chirurgie et du SSR et sous la forme d'indicateurs globaux témoigne du souci de suivi sur les champs d'activité dynamiques tout en laissant une marge de manoeuvre importante aux ARS.

Ces objectifs d'évolution d'activité, négociés puis fixés concomitamment avec chaque ARS constituent des repères pour un accès aux soins sur tous les territoires et une consommation de soins plus équitable. Ils peuvent donc faire l'objet d'une actualisation annuelle dans le cadre du dialogue de gestion État/ARS.

La fixation des objectifs s'appuie sur les taux de recours aux soins de la population domiciliée dans la région mais également sur l'estimation de l'impact économique de la partie hospitalière du SROS. Cet outil, dont le champ est plus large que celui du CPOM État/ARS, permet d'éclairer le dialogue de gestion État-ARS par une vision plus complète de l'évolution attendue de l'activité hospitalière à l'échelle de la région. L'appréciation peut également s'appuyer sur les réflexions prospectives élaborées par la DREES sur l'appréciation des évolutions d'activité et les différents leviers mobilisables pour agir sur ces évolutions¹.

Dans le respect des orientations nationales fixées dans le cadre du CPOM État/ARS et en cohérence avec l'estimation globale de l'évolution attendue de l'activité résultant du SROS, les ARS définissent dans le SROS des cibles d'évolution d'activité attendue par territoire de santé (indicateurs de pilotage de l'activité-non opposables-, à la maille des activités de soins, par modalité de prise en charge).

Ces indicateurs de pilotage portent sur la majeure partie de l'activité hospitalière couverts par le SROS. Ils sont appréciés par l'ARS sur la base d'un diagnostic fondé sur l'analyse fine de la consommation de soins (taux de recours), partagé avec les représentants locaux des établissements de santé. La mise en œuvre et le suivi des orientations du SROS sur les volumes d'activité sera discutée, à un rythme au minimum annuel, au sein de l'instance opérationnelle de dialogue (régionale et/ ou territoriale) rassemblant les établissements de santé concernés.

Les orientations par territoire de santé sont ensuite déclinées dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ARS/établissements de santé. La contractualisation ARS-établissement constitue à cet égard le vecteur de la mise en œuvre opérationnelle des orientations du SROS et de l'instance opérationnelle de dialogue susmentionnée.

¹ L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030, Etudes et résultats N° 654 • août 2008, DREES

La contractualisation dans les CPOM revêt une portée différenciée en fonction du degré de finesse des objectifs :

- Le suivi d'indicateurs de pilotage, non opposables, qui constituent des repères pour l'établissement prenant en compte les orientations du SROS
- Des objectifs contractuels ciblés sur certains segments d'activité ciblées ou certains modes de prise en charge (notamment ceux couverts par les priorités nationales de gestion du risque : dialyse hors-centre, chirurgie ambulatoire), et tenant compte des atypies mises en évidence dans le cadre des travaux du SROS et au sein de l'instance opérationnelle de dialogue (accès aux soins, pertinence des soins...). La démarche de contractualisation sur des objectifs ciblés sera, à terme, enrichie et complétée dans le cadre de la politique visant à favoriser la pertinence des actes.

L'alignement stratégique des orientations entre les différents niveaux est essentiel pour assurer la cohérence de ces dernières dans le temps et dans l'espace. Il appartient aux ARS de veiller à cet alignement et à tirer les conséquences au plan régional et local des éventuels changements d'orientation du niveau national.

Cette mise en cohérence permanente ne fait pas pour autant obstacle à la prise en compte des spécificités de chaque établissement ou de chaque territoire, de même qu'il est tenu compte de la spécificité de chaque région dans le cadre du dialogue de gestion État/ARS. Le dispositif mis en place a été conçu pour donner la souplesse suffisante à tous les niveaux, dès lors que le cadrage global est respecté.

La conciliation entre ces deux impératifs repose sur le dialogue et la concertation à toutes les étapes du processus, qui doit favoriser la rencontre entre approches descendantes et ascendantes.

SYNTHESE DE LA DEMARCHE

1 – Évolution des OQOS et mise en place des indicateurs de pilotage de l'activité

L'organisation territoriale de l'offre de soins, à laquelle participe le pilotage de l'activité des établissements de santé, est structurée, dans le cadre des SROS-PRS, autour de 3 leviers :

- les objectifs en implantation et nombre d'appareils, semblables à ceux des SROS III et qui restent obligatoires au sein du SROS, et sont opposables (pas de changement par rapport aux SROS III)
- les objectifs en accessibilité (temps d'accès) ou temps d'attente (pour les EML), facultatifs au niveau du SROS mais opposables aux établissements dès lors qu'ils y figurent, également semblables à ceux des SROS III dans leur fonctionnement.
- les indicateurs de pilotage de l'activité, qui se substituent aux OQOS volume (cf. guide sur le pilotage de l'activité). Ils ont vocation à structurer le dialogue de gestion annuel ou infra-annuel avec les acteurs locaux de santé. Ils sont facultatifs au sein du SROS mais fortement recommandés pour légitimer et structurer le dialogue de gestion régional. Ils ne sont pas opposables aux établissements de santé, contrairement aux anciens OQOS. La contractualisation ARS-établissement est structurée par :
 - les indicateurs de pilotage de l'activité (non opposables)
 - les objectifs contractuels ciblés sur les modalités de prise en charge ou des segments d'activité pour lesquels une atypie régionale a été identifiée (accès aux soins, pertinence des soins...)

L'annexe 1 du guide, qui constitue une actualisation par l'ATIH de l'ex-arrêté OQOS, définit précisément le contenu des indicateurs de pilotage.

2 – Précisions relatives au suivi des objectifs contractualisés entre l'État et les ARS

Le suivi national / régional est formalisé par une contractualisation, dans le CPOM Etat-ARS, sur des volumes d'activité, qui fera l'objet d'un avenant au contrat début 2012.

Cette contractualisation comprend 2 indicateurs :

- en MC, la somme des indicateurs de pilotage du SROS, hors séance : techniques interventionnelles, médecine, chirurgie, cardiologie interventionnelle, chirurgie du cancer².
- en SSR, l'ensemble de l'activité

L'indicateur sera exprimé en taux d'évolution.

3 – L'estimation de l'impact économique et budgétaire du SROS

Comme indiqué ci-dessus, l'outil d'aide à la valorisation du SROS a un double objectif :

- Mettre à disposition des ARS un outil qui soit cohérent avec les indicateurs de pilotage de l'activité du SROS. La valorisation du SROS répond ainsi à la demande de l'IGAS sur la nécessité d'assurer une cohérence entre le SROS et l'ONDAM.
- Organiser la remontée des indicateurs de pilotage des SROS pour permettre une analyse consolidée nationale, qui sera restituée aux ARS en retour, et pour nourrir le dialogue de gestion État-ARS autour de l'indicateur sur les volumes d'activité.

² Point d'attention technique : il est à noter que la proposition nationale MC est construite sur un champ qui ne recouvre pas parfaitement le champ des indicateurs de pilotage (activités SROS notamment prises en compte). En effet, la proposition a été élaborée à partir d'une étude, antérieure à la définition des indicateurs de pilotage, qui tient compte des disparités de consommation de soins expliquées par l'état de santé de la population (critère mortalité). La prise en compte de ce critère est centrale pour assurer autant que faire se peut une certaine équité dans l'appréciation des niveaux de consommation de soins relatifs de chaque région.

Néanmoins, les écarts de champ sont minimes et sans incidence sur l'appréciation des niveaux relatifs de consommation de soins : il vous est recommandé, pour éviter des travaux inutiles, de considérer que la proposition nationale s'applique à la somme des indicateurs de pilotage. Par la suite, le suivi sera réalisé sur le champ des indicateurs de pilotage.

4 – Précisions relatives au suivi régional du SROS, par territoire de santé

Les cibles des indicateurs de pilotage de l'activité accompagnant le SROS sont indiquées à horizon 2016, par territoire de santé. Le suivi des cibles par territoire consiste à comparer la dynamique d'activité observée une année donnée à la tendance prévue à l'horizon 2016 et analyser les causes d'écart éventuels. Il appartient à chaque ARS de construire une démarche d'évaluation cohérente avec ses problématiques territoriales et permettant d'associer les différents acteurs.

Plusieurs types de données sont ou seront mis à disposition des ARS annuellement sur SNATIH pour le suivi du SROS, par territoire de santé :

- indicateurs de pilotage par territoire de santé, en production de soins, complété par un suivi des autres activités de soins autorisées (SIOS notamment). Il est prévu une mise à disposition infra-annuelle, probablement trimestrielle, du suivi des indicateurs de pilotage.
- La consommation de soins par la population domiciliée : les taux de recours bruts et standardisés par territoire de santé, au niveau indicateurs de pilotage et à un niveau détaillé permettant l'analyse régionale (cf guide sur le pilotage de l'activité) – mis à disposition partiellement
- Le suivi matriciel de la consommation de soins et de la production de soins, par unité de compte (séjours/séances/journées/venues) : matrice consommation / production, jusqu'au niveau des groupes planification sur le MCO – mis à disposition en intégralité

5 – Précisions relatives au suivi de la contractualisation ARS / établissement de santé

Le dialogue de gestion ARS-établissement est structuré par 2 leviers :

- La mise en place en région d'une instance opérationnelle de dialogue, au niveau régional ou territoire de santé
- La déclinaison dans les CPOM des indicateurs de pilotage (non opposables), afin de structurer le dialogue de gestion, et le cas échéant d'objectifs contractuels ciblés sur des modes de prise en charges ou segments d'activité précis (regroupements de GHM, GHM, actes).

Les informations mises à disposition sur SNATIH sont celles mentionnées au point 2.

Introduction : le contexte de l'évolution des objectifs quantifiés

1. Un bilan en demi-teinte des OQOS

Le dispositif des objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS par territoire dans le SROS, puis déclinaison par la contractualisation entre les établissements de santé et l'agence régionale de l'hospitalisation, sanctions financières prévues par les textes en cas de dépassement), tel que mis en œuvre dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération (2006-2011) présente un bilan mitigé.

Il n'a notamment pas démontré de véritable efficacité pour réguler la progression de l'activité des établissements. En effet, le respect de l'ONDAM, sous l'angle de l'attention portée aux volumes d'activité, n'était pas présenté comme un objectif des SROS III, qui ont au final été élaborés majoritairement à partir des enjeux de satisfaction des besoins. Les ARH n'ont donc pas eu à vérifier la soutenabilité financière des évolutions de l'offre prévues par les SROS III, ni utilisé le dispositif de sanction en cas de dépassement des OQOS.

Enfin, s'il a permis dans certaines régions, d'orienter de manière plus pertinente l'offre par rapport aux besoins, les résultats en sont contrastés.

Ces éléments ne sont pas imputables aux ARH mais à l'absence de méthode d'emploi, de suivi national des OQOS, et à la variabilité du PMSI (évolution de l'exhaustivité et du périmètre), qui a fragilisé les données permettant d'asseoir les échanges entre les ARH et les établissements de santé. Ce guide s'inspire d'ailleurs en grande partie de l'expérience capitalisée par les ARH lors de la conception et de la mise en œuvre des SROS III.

Pour autant, les instruments de pilotage de l'offre restent nécessaires dans le cadre des SROS-PRS car ils répondent à trois nécessités :

- ils sont incontournables pour motiver les refus d'autorisation et maîtriser la répartition de l'offre ;
- ils constituent un instrument du dialogue entre les agences régionales et les établissements de santé, connu des acteurs ;
- ils constituent le seul outil de régulation territorialisé de l'offre de soins.

2. Une grande disparité dans la consommation de soins

L'analyse des taux de recours sur certains segments d'activité fait ressortir des variations importantes voire très fortes entre les régions et entre les territoires de santé, que les indicateurs démographiques ou sanitaires ne permettent pas toujours d'expliquer. La consommation de soins pour une activité donnée entre régions ou entre territoires de santé présente un écart à la moyenne nationale parfois important. Cela peut indiquer des écarts dans l'accès des populations à certaines prises en charge. Cela peut également révéler la délivrance de soins non pertinents.

La notion de consommation de soins s'approche du besoin de soins, en ce qu'elle correspond au besoin consommé (recours de la population à l'offre existante) mais ne peut être interprétée comme « l'intégralité du besoin ».

Ces écarts doivent donc être analysés et objectivés pour engager, avec les établissements de santé concernés, les actions correctrices nécessaires, tant sur le plan de l'accès aux soins que sur celui de la pertinence des soins. La démarche, détaillée ci-après, constitue un instrument de pilotage et les éléments d'un dialogue de gestion, qui permet à la fois de veiller à la meilleure répartition de l'offre via l'orientation du développement de l'activité des structures, et d'assurer la pertinence des soins sur les territoires.

3. Une évolution de l'ONDAM de plus en plus contrainte

Par ailleurs, le contexte macro-économique actuel va conduire à un niveau d'ONDAM très contraint, impliquant que les inégalités de pratiques entre régions / territoires ne pourront pas se résorber par une mise à niveau des régions les plus mal dotées, à moyens constants pour les mieux dotées.

Lors de la conférence des déficits publics du 20 mai 2010, le président de la République a annoncé un taux de croissance de l'ONDAM de 2,9% pour 2011 et 2,8% pour 2012, après un taux de croissance de 3% en 2010, ce qui contraindra fortement les évolutions de l'ONDAM hospitalier pour les années 2011 et 2012.

Depuis 2008, une évolution très dynamique des volumes d'activité des établissements de santé est constatée : selon l'approche de l'ATIH (« volume économique »), elle se situe au-delà de 3% annuels.

Ce contexte accompagne la mise en place des SROS-PRS.

4. Les outils mobilisés ces dernières années pour réguler les dépenses hospitalières ne sont pas suffisants

La croissance des dépenses d'assurance-maladie imputées sur l'ONDAM hospitalier est la résultante des évolutions des volumes et des tarifs pour la part financée à l'activité. Dans le cadre d'une enveloppe globale donnée, la progression des volumes et des tarifs est liée : une plus forte progression de l'un implique nécessairement une progression plus modeste de l'autre.

Depuis 2008, la faible progression des tarifs a permis de compenser en partie le dynamisme de l'activité hospitalière. Mais la stagnation des tarifs enregistrée ces dernières années n'apparaît pas soutenable sur la durée car elle implique pour les établissements de santé des efforts de productivité importants, compte-tenu de l'évolution des charges. L'outil tarifaire, utilisé seul, est par ailleurs inéquitable en ce sens qu'il s'applique de façon uniforme à l'ensemble des établissements de santé.

Par ailleurs en 2010, les dépassements imputables à l'activité hospitalière ont impliqué des économies accrues sur les MIGAC : 63 M€ d'économies (dont 28M€ imputés sur la AC des régions les mieux dotées) et gels de plus de 220M€ sur les marges de manœuvre régionales. En 2011, les économies sont restées soutenues (54 M€) et des mises en réserves ont également été pratiquées (300M€).

C'est pourquoi, les perspectives d'évolution de l'ONDAM hospitalier conduisent nécessairement, dans les années à venir, à chercher à mieux encadrer le moteur du dynamisme des dépenses, à savoir les volumes d'activité des établissements de santé, afin de permettre des hausses de tarif soutenables et de contenir la pression sur les MIGAC.

La démarche de pilotage proposée ci-après propose aux ARS un outil permettant d'agir sur l'activité, et en particulier sur les enjeux d'accès aux soins et de pertinence des soins.

Le pilotage de l'activité dans le cadre des SROS-PRS

Il est incontournable de disposer d'un levier d'action sur les volumes d'activité, qui permette un réel pilotage de l'activité hospitalière assis sur des analyses de l'offre et de la pertinence des soins.

La démarche proposée dans les SROS-PRS diffère de celle menée dans le cadre des SROS III sur les points suivants :

	OQOS des SROS III	Pilotage de l'activité des SROS-PRS
Dialogue préalable national / régional	Aucun	<u>Contractualisation Etat-ARS sur un indicateur portant</u> sur l'évolution globale d'activité M/ C/ SSR
Méthodologie des objectifs implantation et volumes	Approche souvent basée sur la production des ES	Approche basée sur les disparités de <u>consommation</u> de soins (taux de recours), quel que soit le lieu de production Les OQOS volume deviennent les indicateurs de pilotage du SROS
Approche comparative	Approche loco-centrée : territoire de santé / région.	<u>Comparaisons inter-niveaux</u> : national, régional, territoire de santé et infra si nécessaire <u>Concertation sur les taux de recours avec les conférences de territoire et la CRSA</u>
CPOM ES	OQOS en volume/ activité de soins autorisée	- <u>indicateurs de pilotage</u> / activité de soins autorisée (non opposables) - <u>objectifs contractuels</u> sur des prises en charge ciblées (opposables) : pertinence, accès aux soins, modes de prise en charge...
Suivi de l'activité à l'échelon du territoire	Prévision pluriannuelle, souvent sans pilotage annuel.	- Suivre annuellement les indicateurs de pilotage du SROS par activité de soins - Etablir annuellement un diagnostic partagé et des orientations sur l'accès aux soins et la régulation de l'activité
Suivi de l'activité avec chaque établissement	Prévision pluriannuelle d'OQOS volume, souvent sans dialogue de gestion régulier.	Instauration d'un dialogue de gestion annuel, fondé sur le suivi des indicateurs de pilotage et la comparaison objectifs contractuels / réalisation.

Certaines régions (comme le Nord-Pas-de-Calais) ont mis en place la démarche d'analyse proposée, avec succès, dans le cadre des SROS III. Les illustrations présentées dans ce guide ont été réalisées par cette région.

1. Finalité : le pilotage de l'activité hospitalière dans le cadre des SROS-PRS

Le pilotage de l'activité des établissements de santé doit articuler deux objectifs:

- La réponse aux besoins de soins et la répartition de l'offre de soins
- L'organisation de l'efficience de l'offre de soins, dont
 - o la maîtrise des volumes de certaines prises en charges (séjours, actes), notamment celles présentant des enjeux de pertinence des soins
 - o le développement des modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète
 - o la réduction des inadéquations hospitalières éventuelles
 - o la gestion des situations de sur-offre, qui peuvent appeler des restructurations ou conversions.

Cette finalité nécessite la mise en place d'un dialogue de gestion annuel entre l'Etat et les ARS d'une part, les ARS et les établissements d'autre part, afin d'impliquer l'ensemble des acteurs de santé sur les enjeux d'accès aux soins, de pertinence des soins ou de développement de certains modes de prises en charge identifiés par l'ARS. Il est recommandé à cet effet de mettre en place des instances opérationnelles de concertation pour le pilotage de l'activité hospitalière (cf. guide SROS-PRS).

Le dispositif est structuré par les éléments suivants, qui seront précisés en partie 4.

➤ **Les objectifs quantifiés en implantation, nombre d'appareils et en accessibilité sont maintenus**

Les objectifs en implantation qui déterminent la localisation et le nombre d'implantations, sur l'ensemble des activités de soins, équipements et services sont maintenus, ainsi que les objectifs en nombre d'appareils par territoire de santé concernant les équipements.

Quant aux objectifs en accessibilité, ils demeurent facultatifs dans le SROS (cf. §4).

➤ **Les objectifs en volume deviennent des indicateurs de pilotage du SROS**

Les objectifs en volume d'activité sont supprimés des textes réglementaires et remplacés par des indicateurs de pilotage du SROS.

Le présent guide a notamment pour objectif de structurer ces indicateurs de pilotage (cf. liste des indicateurs de pilotage proposés partie 4), de façon à mettre à disposition des ARS des méthodes d'analyse harmonisées et pouvant être mutualisées entre régions.

Il est notamment fortement recommandé d'assortir les indicateurs de pilotage de cibles d'activité à horizon 2016 pour les activités de soins autorisées et les modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation conventionnelle.

Contrairement aux SROS III, les cibles d'activité (en volume) ne sont plus obligatoirement déclinées dans les CPOM des établissements sur une base opposable. La contractualisation ARS-établissement porte désormais sur des objectifs relatifs au développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle à temps complet ou à la production de certains GHM/actes ou domaines ciblés, identifiés par l'ARS comme présentant un enjeu territorial (cf. § 6). La contractualisation à un niveau plus fin permet de mettre en cohérence les enjeux régionaux/territoriaux précis d'organisation de l'offre et de pertinence des soins et les orientations stratégiques de l'établissement.

2. Le dialogue préalable national / régional

La DGOS, dans le cadre de la négociation des CPOM pilotée par le secrétariat général, engage un dialogue avec chaque ARS en préalable à l'élaboration des indicateurs de pilotage de l'activité dans le SROS.

Ce dialogue est engagé sur la base d'une approche qui constitue la trame de ce guide : la méthodologie est basée sur l'analyse de la consommation de soins de la population domiciliée, quel que soit le lieu de réalisation des séjours. En effet, l'objectif des politiques nationales et régionales de santé, en particulier du SROS, est bien d'assurer l'accès aux soins adéquats de la population, que cet accès soit réalisé au sein de la région (du territoire) ou au sein de régions (territoires) voisines.

L'instruction aux ARS de juillet 2011, portant sur l'indicateur CPOM Etat-ARS sur les volumes d'activité, définit les objectifs et modalités du dialogue de gestion.

3. La concertation avec les instances locales et les acteurs de santé sur le diagnostic régional

Données accessibles

Les taux de recours à l'offre de soins seront rendus accessibles sur le site SNATIH : <http://www.atih.sante.fr/index.php?id=000240008CEE>

Les ARS doivent assurer une diffusion large et régulière des taux de recours auprès de leurs instances locales et des établissements de santé.

L'objectif est que les ARS conduisent la réflexion sur la couverture des besoins de santé et la pertinence de l'offre existante, en ambulatoire, à l'hôpital et dans le médico-social, notamment par l'observation des taux de recours aux soins hospitaliers et des inadéquations les plus flagrantes. Il est recommandé d'engager un dialogue de gestion avec :

- Un espace de consultation avec les instances de la démocratie sanitaire : la CRSA et les Conférences de territoires
- La mise en place d'une instance opérationnelle de dialogue pour le pilotage de l'activité hospitalière au sein de chaque territoire de santé (ou région), instance structurant le dialogue de gestion avec les acteurs de santé (établissements de santé dont l'HAD, professionnels de santé...).

Les échanges devront porter sur les inflexions nécessaires à l'offre de soins, en termes de développement ou de réexamen de l'activité sur tel ou tel domaine et/ou mode de prise en charge. L'attention doit porter en particulier sur les établissements dont les situations sont atypiques.

Cette instance opérationnelle est également le lieu du suivi et de la concertation annuels sur les indicateurs de pilotage de l'activité qui seront déclinés dans les CPOM (non opposables, en remplacement des OQOS) et des objectifs contractuels ciblés.

Cette instance doit se réunir de façon au minimum annuelle, voire infra-annuelle.

Les missions et la composition de l'instance opérationnelle de dialogue sont précisées dans le guide SROS.

4. Structurer le pilotage de l'activité : objectifs en implantation, accessibilité et indicateurs de pilotage

Sur le plan juridique, le décret no 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins est amendé sur 2 points :

- suppression des OQOS volume par activité de soins
- modification de la liste des objectifs en accessibilité (cf. ci-après)

Le terme objectifs quantifiés, employé ci-après, est donc circonscrit aux objectifs en implantations, nombre d'appareils et accessibilité.

Objectifs en implantation et en nombre d'appareils

Aucune modification n'est apportée à cette catégorie d'objectif. Le SROS définit, par activité de soins et par type d'équipement, le nombre d'implantation ainsi que le nombre d'appareils par territoire de santé, pour les équipements matériels lourds (EML).

Les objectifs en implantation et nombre d'appareils peuvent être quantifiés par un minimum et/ ou un maximum.

Précision concernant les objectifs en implantation (cf. Guide SROS, gestion de la transition entre le SROS III et le SROS-PRS).

Le nouveau découpage des territoires de santé a conduit dans de nombreuses régions à une extension de leur périmètre géographique.

Il n'est pas possible de prévoir des objectifs à un niveau plus fin que le territoire de santé dans le SROS (car la loi ne reconnaît que le territoire de santé comme niveau opposable).

Le SROS ne peut en outre identifier précisément un établissement en tant qu'attributaire d'une autorisation ou d'une mission. Le SROS identifie les besoins, en fonction desquels des décisions individuelles concernant des établissements seront ultérieurement prises. C'est un principe d'égalité de traitement entre établissements.

En revanche, il est tout à fait possible, lorsque cela est pertinent, d'indiquer précisément la localisation des nouvelles implantations souhaitées. Par exemple, si l'ARS souhaite implanter une maternité de niveau 2 à l'est du territoire de santé Y, proche de la ville X, elle peut préciser dans le SROS la localisation précise attendue au sein du territoire (arrondissement, ville), sans que cela ne crée une subdivision du territoire de santé.

Objectifs en accessibilité

Des objectifs en accessibilité peuvent être prévus dans le SROS. Ces objectifs facultatifs à la disposition de l'ARS en fonction de ses enjeux régionaux, possèdent une valeur opposable à partir du moment où ils sont inscrits dans le SROS. Les demandes d'autorisations d'activité de soins ou d'équipements matériels lourds doivent être compatibles avec ces objectifs. Les évolutions apportées aux objectifs en accessibilité sont précisées ci-après.

➤ Accessibilité géographique

La faculté d'exprimer des OQOS en temps maximum d'accès est maintenue (même si ce type d'objectif n'a quasiment jamais été utilisé), car son intérêt est renforcé au vu de l'élargissement des territoires de santé.

Au niveau des EML, est ajouté un objectif exprimé en délai moyen d'attente pour la prise de rendez-vous d'examen programmé pour les appareils d'imagerie. Les ARS pourront notamment utiliser le benchmark de l'ANAP sur l'imagerie mené en 2010.

➤ Suppression de l'OQOS permanence des soins

La permanence des soins est désormais incluse dans le dispositif d'attribution des missions de service public. Il serait inutile voire contreproductif de superposer deux régimes juridiques pour un même champ de l'organisation des soins.

Ainsi, pour assurer la sécurité juridique des procédures d'attribution de la mission de service public de permanence des soins, cette catégorie d'OQOS « permanence des soins » est supprimée.

Dès lors que la permanence fera toujours l'objet d'un diagnostic et d'une évaluation de son exercice en application du régime des missions de service public, il n'est pas pertinent de faire subsister cette référence.

Indicateurs de pilotage du SROS sur les activités de soins (IPA)

Les OQOS volume disparaissent pour laisser la place aux indicateurs de pilotage du SROS. Pour la mise en œuvre d'un réel pilotage de l'activité, il est fortement recommandé, au sein du SROS, d'établir des cibles d'activité sur les indicateurs de pilotage par territoire de santé, afin de donner une direction à l'organisation de l'offre de soins sur les territoires, complémentaire aux objectifs quantifiés en implantation.

Ces indicateurs ont vocation à légitimer et structurer la démarche de concertation sur l'organisation territoriale de l'offre de soins via l'instance régionale de dialogue, pour la mise en œuvre du SROS.

5. Méthodologie de construction des cibles d'activité par territoire de santé à partir de l'analyse des taux de recours

Comme mentionné plus haut, la méthodologie proposée ci-après, qui est en cohérence avec celle retenue pour le dialogue de gestion ministère / ARS, est basée sur l'approche « consommation de soins » de la population domiciliée. Cette approche permet la définition par les ARS d'une stratégie de production (des établissements de santé de la région) à partir de l'analyse de l'utilisation des soins.

En effet, l'objectif des SROS-PRS est d'assurer une couverture appropriée des besoins de soins de la population, tout en portant une attention accrue aux volumes d'activité. Cette approche permet de caler le pilotage de l'activité sur cet objectif, et d'instaurer un dialogue de gestion médicalisé entre les ARS et les établissements de santé, mais également avec les professionnels de ville, le secteur médico-social et les structures proposant des alternatives à l'hospitalisation complète, sur la double base des enjeux d'accès aux soins et de pertinence des soins.

En parallèle, les enjeux de développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle doivent également être identifiés : à cet effet, les indicateurs de pilotage proposés (cf. §4) prévoient une déclinaison des modalités de prise en charge.

Une déclinaison en 3 étapes est proposée :

- **Etape 1** : poser un diagnostic sur l'état de la couverture de la population de la région (segments d'activité sur lesquels la population est estimée couverte, enjeux d'accès aux soins, enjeux de pertinence des soins, développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle)

La démarche d'analyse permet la détermination des objectifs en implantation et oriente celle des cibles d'activité :

- **Etape 2** (champ des indicateurs de pilotage proposés) : estimer l'évolution souhaitable de la consommation de la population domiciliée par territoire à horizon 2016 : **cibles de consommation 2016**

Estimer l'évolution du recours (nombre de séjours/séances/journées selon l'activité) de la population domiciliée, par activité de soins, à horizon 2016.

- **Etape 3** (champ des indicateurs de pilotage en volume) : déduire des cibles de consommation 2016 des **cibles de production 2016 des établissements** par territoire de santé (production à horizon 2016)

Les cibles d'activité devant être in fine déterminées en référence à la « production de soins » des établissements de santé de la région, qui constituent le champ d'action de l'ARS, l'étape 3 consiste à croiser la consommation et la production de soins (prise en compte des fuites / attractivité entre territoires et entre régions), afin de déterminer les cibles d'activité par territoire de santé.

➤ Détermination des cibles d'activité (en volume) : un objectif cible unique

Lors des précédents SROS, certaines ARH avaient prévu une valeur cible unique plutôt qu'une fourchette. Les OQOS « minimaux / maximaux », lorsqu'ils étaient mobilisés, pouvaient recouvrir des significations différentes selon les régions.

Par ailleurs, la contractualisation Etat-ARS proposera une cible régionale unique.

Ainsi, il est proposé de définir par indicateur de pilotage :

- Une borne initiale, qui correspond à l'activité actuelle
- Une borne cible unique à horizon 2016.

Etape 1 : Etablir un diagnostic des enjeux de pilotage de l'activité des établissements de santé

La démarche d'analyse proposée à ce niveau concerne l'ensemble des activités de soins. Elle permet :

- l'identification des besoins en implantations, en tenant compte des recompositions nécessaires et des reconversions de structures existantes vers d'autres activités le cas échéant (objectifs en implantations),
- un diagnostic régional en vue de la détermination des cibles d'activité par territoire de santé
- la détermination des enjeux de développement de certains modes de prise en charge et notamment des alternatives à l'hospitalisation complète
- le repérage d'éventuelles inadéquations

L'analyse du recours à l'offre de soins permet d'approcher la notion de besoin de soins, contrairement à la production de l'offre. L'outil d'analyse mis à disposition est le taux de recours (envois de novembre 2010 et mars 2011).

Si cette étape est centrale pour la détermination des objectifs en implantations et cibles d'activité par TS, elle est également le fil conducteur de la démarche de suivi et pilotage annuel de l'activité.

a) Les apports d'une approche basée sur l'analyse de la consommation de soins

L'utilisation des soins (consommation) et l'offre de soins



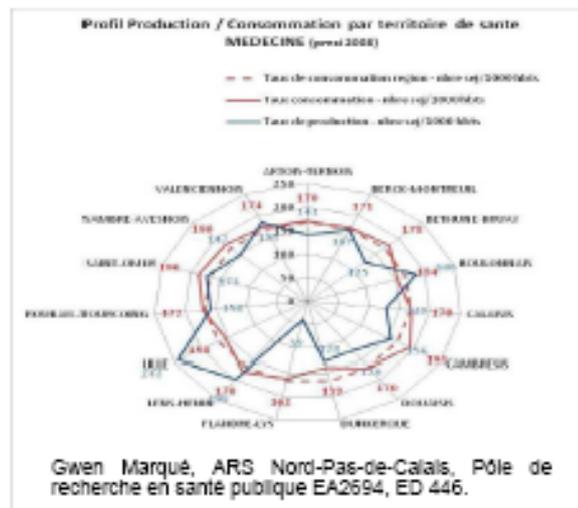
L'analyse de la consommation de soins, conjointe à celle de la production de soins, permet de poser un diagnostic sur les enjeux régionaux d'organisation de l'offre de soins (accès aux soins assuré ou non, pertinence des soins) : une région peut disposer d'une offre faible au regard de sa population mais l'analyse des niveaux de consommation des soins peut indiquer que la population accède néanmoins aux soins : les patients peuvent recourir aux soins dans les régions voisines, sans que cela n'obère de façon importante l'accès aux soins. Dans une telle configuration, il n'y a ainsi pas d'enjeu régional à développer l'offre locale.

Inversement, une région peut avoir une offre importante au regard de sa population, et inversement la population de cette région a un niveau de consommation modéré : la région est attractive et prend en charge une partie de la population des autres régions.

L'analyse de la consommation de soins permet ainsi d'identifier les situations où l'offre (qu'elle soit régionale ou non) est suffisante, voire surabondante (pertinence des soins) ou au contraire insuffisante (accès aux soins).

L'analyse par la consommation permet par ailleurs d'éviter des raisonnements trop centrés sur les notions de parts de marché, qui peuvent tendre à engendrer des stratégies non coopératives. L'objectif est au contraire d'orienter l'activité des établissements vers le développement de segments d'offre qui manquent sur le territoire, plutôt que vers la captation de parts de marché déjà existantes.

La région Nord-Pas-de Calais a développé des outils visuels d'analyse qui illustrent bien la nécessité d'avoir une double approche consommation / production pour appréhender les enjeux régionaux d'organisation des soins :



L'annexe 2 rassemble d'autres exemples d'outils mobilisés par l'ARH Nord-Pas-de-Calais dans le cadre des SROS II.

b) Définition et utilisation des différents types de taux de recours

Cet outil permet une analyse de la consommation de soins, et vise à identifier les enjeux précis d'accès aux soins, de pertinence des soins, ainsi que les domaines où l'offre de soins est suffisante. Il ne permet pas d'aborder la question des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle, qui doivent être abordés en parallèle (cf §d).

Définition générale. Le taux de recours tel qu'il est abordé ici rend compte du recours à l'offre de la population domiciliée d'une zone géographique, quel que soit le lieu de réalisation des séjours (dans la zone, ou hors zone). Le taux de recours est exprimé, dans les données transmises en novembre et mars, en nombre de séjours/séance/journées/venues (selon les activités) pour 10 000 habitants.

Point d'attention

Il ne faut pas confondre le recours à l'offre de soins qui correspond à la consommation de soins par la population domiciliée (défini par le présent guide) avec le niveau de recours et d'expertise qui correspond à un niveau de la gradation de l'offre de soins (définie dans la fiche 1.4 du guide méthodologique SROS).

Taux de recours brut : Il rapporte le recours (en nombre de séjours, séances, journées, venues) de la population domiciliée d'une zone géographique au nombre d'habitants de la zone géographique. Plus simple à manier, il peut être traduit en activité en multipliant le taux par la population. Il est utile pour comparer le recours d'une population donnée dans le temps. Les écarts de taux de recours bruts entre zones géographiques peuvent être expliqués par de nombreux facteurs : structure de la population (âge, sexe), état de santé, précarité, offre de soins, offre de soins alternative (médecine de ville), pratiques médicales, prévention notamment, mais également codage ou modalités de facturation incorrectes.

Les taux standardisés et ajustés (cf. ci-après) permettent quant à eux de rendre compte et corriger de l'impact de deux de ces facteurs : la structure démographique et l'état de santé. En ce sens, ils constituent un outil de comparaison important pour le pilotage de l'activité hospitalière.

Taux de recours standardisé (par l'âge et le sexe) : le taux standardisé permet la comparaison entre zones géographiques, en gommant les effets de la structure de population. Il est établi en appliquant les taux de recours de chaque tranche d'âge quinquennale et sexe d'une zone

géographique (TS, région) à la structure de population nationale⁴. Il s'interprète comme le taux de recours qu'aurait la zone géographique (territoire, région) si elle avait la structure de population nationale.

Les données de comparaison détaillées transmises par la DGOS et l'ATIH aux ARS fournissent des repères à l'échelon national (moyenne nationale, centiles de territoire), régional, et territoire de santé.

	Activité	Regroupement
	Médecine	30 groupes de répartition de l'offre de médecine ⁵
	Chirurgie	27 groupes de répartition de l'offre de chirurgie
	Chimiothérapie pour cancer	1 seul groupe : séances (GP M30) et les racines de GHM du GP M21 concernées
	Chirurgie pour cancer	1 seul groupe
	SSR	- 13 catégories majeures cliniques - typologie des mentions spécialisées

Taux de recours ajusté sur l'âge, le sexe, l'état de santé, disponibles sur les activités de médecine et chirurgie : Il s'interprète comme le taux de recours qu'aurait la zone géographique (TS, région) si elle avait la structure de population nationale et l'état de santé de la population nationale. Ainsi, il neutralise à la fois l'effet de la structure démographique et celui de l'état de santé de la population des territoires (critère : état de santé) sur le recours aux soins. Les éléments de comparaison (repères à l'échelon national, régional, territoire) ont été communiqués à un niveau agrégé : médecine (hospitalisation complète et à temps partiel), chirurgie (hospitalisation complète et chirurgie ambulatoire), techniques interventionnelles.

Focus sur les taux de recours SSR

Contrairement au MCO, la classification actuelle utilisée pour décrire l'activité de SSR ne permet pas véritablement de distinguer les prises en charge lourdes et/ou complexes.

De fait, même si l'analyse de la consommation à partir des catégories majeures cliniques (CMC) et / ou des GMD permet une approche globale et exhaustive du recours, elle ne permet pas pour autant d'identifier l'activité pouvant être considérée comme spécialisée au sens réglementaire du terme ; c'est-à-dire l'activité lourde et/ou complexe dans un des dix segments mentionnés dans les décrets de 2008.

L'objectif de l'outil d'aide à la décision sur les autorisations fourni aux ARH en 2009 était de les aider dans la délivrance des nouvelles autorisations SSR en leur fournissant une « grille de lecture » de l'activité des établissements. Ayant été conçu dans un objectif de repérage de certaines prises en charge considérées comme lourdes et/ou complexes, à partir de quelques marqueurs non représentatifs de l'intégralité du champ d'intervention des SSR, les résultats obtenus sont des marqueurs de spécialisation et ne permettent absolument pas une analyse du recours global.

Les données de comparaison sur les taux de recours en SSR sont ainsi mises à disposition par CMC.

⁴ Standardisation directe

⁵ Les « groupes de répartition de l'offre » désignent les « groupes types de planification », qui constituent un regroupement d'activité issu des travaux 2009 de l'ATIH sur les regroupements de GHM en V11⁵. Ce regroupement a été créé dans un objectif de planification et distingue 62 groupes d'activité en médecine et chirurgie.

c) Analyser les taux de recours et les interpréter, notamment sur la pertinence de certains soins

Les taux de recours standardisés et ajustés permettent, par la comparaison avec le niveau national, régional ou territorial, de faire un repérage des atypies sur un territoire donné, par type de prise en charge :

- à un niveau agrégé : médecine et chirurgie par mode de prise en charge, traitement du cancer (chimiothérapie, chirurgie), SSR
- à un niveau plus fin (groupes de répartition de l'offre pour la médecine/chirurgie), CMC ou typologie des spécialisations pour le SSR, voire sur certains GHM

Les constats sur les taux de recours doivent être interprétés, afin d'orienter l'action de l'ARS.

Plusieurs facteurs peuvent être cités, comme devant être mis au regard d'un taux de recours élevé ou faible (l'âge et le sexe étant déjà corrigés par le taux standardisé) :

- L'état de santé de la population, qui peut expliquer un taux de recours plus élevé ou plus bas, en particulier sur des prises en charge marquées par l'épidémiologie (par exemple le GP M24 diabète, maladies métaboliques ou le GP M07 cardiologie)
- La précarité de la population
- Des différences de pratiques, avec potentiellement des sujets de pertinence de soins
- Des différences de densité en professionnels de santé
- L'offre de soins alternative :
 - o offre préventive en ville qui génère un moindre recours à l'hôpital (par exemple : la prévention du diabète, qui permet une réduction des complications)
 - o offre alternative en ville, qui se substitue à l'hôpital
- Les prises en charge frontalière entre la ville et l'hôpital, encadrées par l'instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010⁶
- Des problèmes de codage

Ce premier repérage doit conduire à une démarche d'analyse plus fine, au niveau géographique et au niveau de l'activité, afin d'identifier les établissements concernés et les leviers d'action précis de l'ARS (développement de certaines activités pour lesquelles un besoin a été identifié, nouvelles implantations, modulation des volumes sur des GHM ou segments de prises en charge ciblés, développement des prises en charge substitutives à l'hospitalisation conventionnelle ou le recours aux soins libéraux pour augmenter le nombre d'hospitalisations évitées, etc.). Cette analyse permettra d'identifier les champs de la contractualisation ARS-établissement.

Cette interprétation nécessite de mener des analyses à un niveau plus fin pour pouvoir engager avec les établissements concernés les actions ad hoc :

- **Infra-territoire de santé**, l'atypie pouvant être localisée. Plusieurs découpages géographiques sont mobilisables :
 - o zones de proximité définies par l'ARS
 - o le cas échéant (si l'ARS n'a pas défini de zones de proximité) :
 - arrondissements, dont le découpage est cohérent avec les départements. Il peut être utile pour les régions ayant opté pour des territoires calés sur les départements.
 - bassins de vie définis par l'INSEE (disponibles sur le site internet de l'INSEE⁷), mais qui posent des difficultés de recouvrement avec la définition des territoires.
- **Découpage du regroupement d'activité**, si nécessaire. Dans le champ MCO, l'ATIH propose un découpage des groupes de répartition de l'offre en « groupes d'activité ». Il peut être nécessaire pour les ARS de descendre à une maille plus fine, jusqu'au GHM voire à l'acte ou au groupe d'actes, si des atypies existent à ce niveau. Les taux de recours 2007-2009 sont disponibles sur SNATIH à cette maille.
- **Repérage des établissements concernés**. L'ATIH met à disposition sur SNATIH des matrices consommation / production, que les ARS peuvent reproduire à une maille plus fine si nécessaire.

⁶ Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) : <http://www.atih.sante.fr/?id=0001000038FE>
⁷ http://www.insee.fr/themes/detail.asp?ref_id=bassins_vie&req_id=993&page=donnees-detaillees/bassins_vie/bassins_vie.htm

- Distinction selon le principe de **gradation des soins** : niveau de recours infrarégional, régional, interrégional.

Des échanges avec les établissements de santé sont nécessaires pour expliquer les atypies. La communication des taux de recours à chaque établissement de santé, sur les principaux types de prises en charge (principaux GP ou CMC) qui le caractérisent, sont également l'occasion d'instaurer un dialogue de gestion, fondé sur l'analyse des besoins de population à partir de l'analyse des taux de recours.

Suggestion pratique : utiliser les taux de recours bruts comme outil d'analyse à un niveau fin. Il ne semble pas utile de chercher à recalculer les taux de recours standardisés à un niveau géographique / activité plus fin. Le taux standardisé permet de repérer une atypie en corrigeant l'effet âge/sexé. Cette atypie peut être analysée à un niveau plus fin à partir des taux de recours bruts, plus faciles à manier. Cette suggestion est bien sûr laissée à la libre appréciation des régions, en particulier celles qui ont fait le choix d'un territoire unique.

Exemple 1

Vous constatez un taux de recours bas sur la prise en charge du diabète (GP M24), alors que la prévalence du diabète est importante sur le territoire concerné. Après analyse à un niveau géographique plus fin, il s'avère que l'atypie est concentrée sur le quart nord est du territoire. Lors d'un échange avec l'établissement de recours concerné, il apparaît que l'établissement ne dispose pas d'endocrinologue. Le diagnostic partagé permet d'organiser l'arrivée d'un endocrinologue dans l'établissement et de permettre un meilleur accès aux soins de la population concernée.

Exemple 2

Vous constatez sur un territoire de santé un recours particulièrement élevé de la population aux endoscopies digestives (taux standardisés), qui ne s'explique pas par des facteurs épidémiologiques. Après une analyse géographique fine, il s'avère que l'atypie est concentrée sur un établissement et soulève potentiellement un problème de pertinence des soins. Un dialogue est engagé avec l'établissement afin d'aboutir à un constat et un plan d'action partagé avec la communauté médicale.

d) Identifier les enjeux de développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle

Le guide SROS précise les orientations nationales de développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle à temps complet (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à temps partiel, alternatives à la dialyse en centre), séances de soins ou de l'HAD, en tant qu'offre substitutive à l'hospitalisation conventionnelle.

Certains enjeux sont inclus dans la politique de gestion du risque actuellement développée : insuffisance rénale chronique, chirurgie ambulatoire notamment. Les instructions sur ces sujets, ainsi que les données mises à disposition sur SNATIH constituent des outils de travail à mobiliser.

Le développement des alternatives à l'hospitalisation complète pour les autres activités (médecine, psychiatrie, soins de suite et réadaptation) est également à instruire, au niveau de chaque territoire de santé.

L'articulation avec le développement et la structuration de l'offre de ville doit également être étudiée (notamment pour ce qui concerne l'application des référentiels d'admission en SSR mais également s'agissant des séjours en médecine à visée essentiellement diagnostique).

Synthèse des données disponibles à mobiliser

- taux de recours bruts, standardisés et ajustés (sources : instruction DGOS de mars 2011 et SNATIH)
 - jusqu'au niveau groupe activité sur le MCO
 - au niveau CMC sur le SSR
- matrices consommation / production
 - par activité de soins
 - par groupe planification dans le champ MCO (disponibles sur SNATIH)

Synthèse des données complémentaires et analyses à mobiliser par l'ARS

- état de santé de la population de territoires, densité en professionnels de santé régionaux, précarité
- confrontation des écarts de consommation avec l'état de santé, l'offre de ville etc.
- MCO : affiner l'analyse jusqu'au GHM ou l'acte si nécessaire
- SSR : affiner le cas échéant les taux de recours bruts par GMD
- HAD : établir les disparités infrarégionales de taux de recours en tenant compte des lieux et domaines d'activité couverts au regard de la domiciliation des patients pris en charge et non pris en charge
- matrices consommation / production à un niveau fin
- des échanges avec les établissements de santé peuvent être nécessaires pour poser un diagnostic régional
- taux de recours par territoire sur l'HAD

→ Outil de travail en région : le taux de recours brut

Etape 2 : Estimation des cibles de consommation de soins à horizon 2016

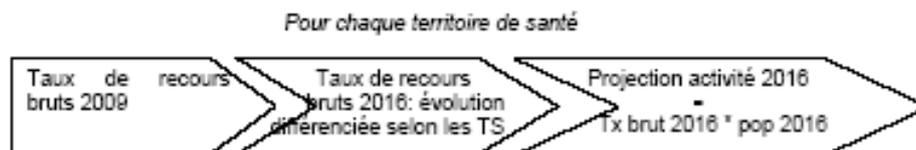
L'estimation des cibles de consommation de soins à horizon 2016 s'appuie sur les constats élaborés à l'étape 1 et peut prendre en compte plusieurs paramètres :

- un « rééquilibrage » entre territoires des taux de recours de la population, qui constitue le véritable paramètre stratégique à la main des ARS, qui peut se traduire sous forme d'évolutions différenciées des volumes d'activité en fonction des disparités constatées.
- l'évolution démographique : évolution du nombre d'habitants à horizon 2016.
- la densité en professionnels de santé, qui indique la capacité à développer tel ou tel type d'offre
- l'état de l'offre alternative, notamment en ville.
- éventuellement une tendance d'évolution du taux de recours brut (basé sur l'observation de l'historique) le cas échéant, pour des activités dynamiques. Cette tendance intègre à la fois les évolutions expliquées par le vieillissement de la population, les technologies médicales, l'épidémiologie, les évolutions de l'offre.
- une prise en compte des inadéquations sur l'ensemble des champs nécessitant, selon les cas, une réduction des volumes d'activité en hospitalisation ou une reconversion.

Remarque : en cohérence avec les résultats obtenus par la DREES⁸, l'analyse rétrospective menée par l'ATIH invite à recommander de ne pas mobiliser les projections purement mécaniques d'impact du vieillissement fondées sur une hypothèse de stabilité du taux de recours à âge donné : elles conduisent à une sous-estimation du dynamisme pour les activités à composante technologique (chirurgie, techniques interventionnelles) et une surestimation du dynamisme sur la médecine (le taux de recours, à âge donné, tendant à diminuer sur cette activité). En outre, le passage d'une logique d'OQOS volume opposables à une logique de pilotage invite à rechercher une méthode d'élaboration des cibles simple et facilement ajustable dans le temps.

⁸ L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030. Etudes et résultats n°654. Août 2008.

Il vous est proposé de mobiliser comme outil de travail le taux de recours brut de la population domiciliée. Une fois posées les hypothèses de projection 2016 du taux brut, le nombre de séjours à horizon 2016 est établi en multipliant le taux brut projeté par territoire ou zone géographique par le nombre global d'habitant par TS projeté en 2016.



a) Le champ MCO

Comme indiqué ci-dessus (§ contractualisation Etat-ARS), la contractualisation Etat-ARS est basée sur une différenciation des taux d'évolution régionaux par rapport à un taux national, construit à partir des tendances nationales observées et des écarts de consommation de soins. Les projections par territoire peuvent être construites selon la même logique, déclinée au niveau régional à partir de la tendance régionale négociée dans les échanges Etat-ARS.

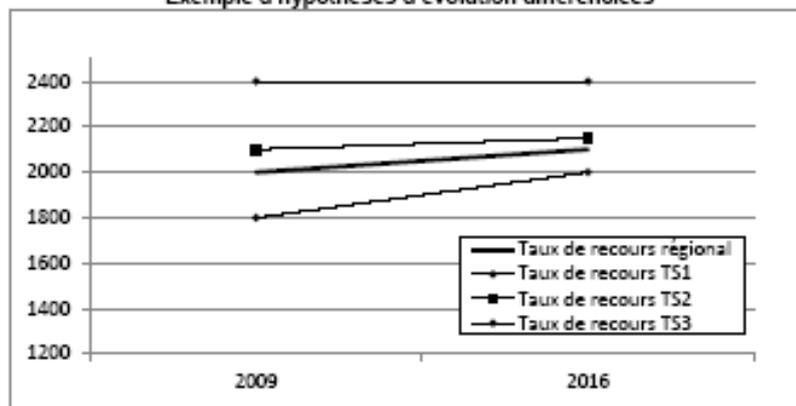
En pratique, les données transmises sur les écarts de taux de recours entre territoires et entre régions (écarts corrigés des impacts de la structure démographique sur les champs psychiatrie et SSR, et de l'état de santé sur le champ MCO) permettent de déterminer une évolution des taux de recours bruts, différenciée entre territoires, selon la situation de sur ou sous-offre de chaque territoire.

Exemples

L'écart de taux de recours ajusté par habitant (corrigé de la démographie et de l'état de santé) constaté sur le TS1 est de +3% et celle constatée sur le TS2 est de -7% sur une activité donnée en 2009. Le dialogue de gestion Etat-ARS indique que la région dispose d'une marge régionale pour l'évolution des volumes, compte-tenu d'une consommation de soins relativement basse. L'ARS peut opter pour une évolution différenciée du taux de recours brut de chaque territoire, en faveur du second territoire : par exemple, stabilisation sur le TS1 ; marge d'évolution imputée au TS2.

Inversement, une ARS pour laquelle le dialogue de gestion Etat-ARS indique que la région dispose d'une marge de manœuvre réduite pour l'évolution des volumes d'activité, peut concentrer cette maîtrise sur les territoires dont la consommation de soins est identifiée comme la plus élevée sans qu'une justification de ce niveau ne puisse être avancée.

Exemple d'hypothèses d'évolution différenciées



Tendances nationales

L'ATIH a réalisé, sur la période 2007-2009, une analyse de l'évolution des taux de recours nationaux en chirurgie et médecine, en distinguant les modes de prise en charge (complet/partiel) et les techniques interventionnelles. Les séances de chimiothérapie sont également analysées. Les changements de périmètre du PMSI et les évolutions dans l'exhaustivité sur les années antérieures ne permettent pas une exploitation plus ancienne des données. En revanche, l'année 2010 pourra être mise à disposition à l'été.

Taux de recours national (hors SSA en 2009)	évolution annuelle observée sur 2007-2009
chirurgie HC	-2,53%
chirurgie HP	+6,49%
chirurgie	+0,48%
médecine HC	+1,16%
médecine HP	-6,19%
médecine	-0,93%
techniques interventionnelles	+2,17%
chimiothérapies (séances)	+6,80%
total M+K	-0,13%
total M+C+K	+0,08%
total M+C+K+chimio	+0,88%

b) Champs SSR et psychiatrie

La démarche est similaire pour les champs SSR : le dialogue de gestion Etat-ARS détermine les évolutions régionales d'activité, que l'ARS décline par territoire en opérant le cas échéant une différenciation des taux d'évolution entre territoires.

En psychiatrie, si aucun cadrage national n'est prévu, les ARS doivent néanmoins s'appuyer sur les disparités de recours constatées sur cette activité, qui sont importantes aux niveaux interrégional, mais encore davantage en infrarégional, pour proposer les inflexions nécessaires à l'offre régionale et envisager également une réduction des disparités inter-territoires.

c) Pour les champs M, C, O et SSR en HAD

Pour l'HAD, la projection du nombre de journées pour 100 000 habitants à 2016 tient compte du potentiel de transformation de journées d'hospitalisation conventionnelle, en tenant compte le cas échéant des durées de séjour inadéquates.

Données / analyses à mobiliser

- Evolutions en volume d'activité sur les champs de la médecine, chirurgie, SSR, négociés dans le cadre du dialogue de gestion Etat-ARS
- Positionnement des différents territoires en termes de taux de recours aux soins (à partir de l'analyse corrigeant l'impact de la structure de population et pour la médecine et la chirurgie, de l'état de santé)
- Projections OMPHALE INSEE récentes par territoire de santé, mises à disposition des ARS sur les années 2009 et 2016 (envoi de février 2011). Pour les régions dont les territoires ne recoupent pas les départements, les projections par territoire ont été reconstruites par la DGOS.
- Conclusions des analyses régionales conduites par l'ARS à l'étape 1

Etape 3 : Estimation des cibles d'activité (en volume) par territoire : passage de la consommation à la production de soins par les établissements de santé des territoires

Les cibles d'activité permettent de prévoir les cibles de « production » de soins par les établissements de santé constituant chaque territoire de santé.

Cette étape consiste à :

- Pour chaque indicateur de pilotage retenu pour le SROS, estimer des cibles d'activité produite par les établissements du territoire à partir des objectifs de consommation déterminés à l'étape 2 (application des taux de fuite et attractivité entre territoires de santé et entre régions)
- Décliner en cible par territoire les objectifs régionaux de développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (ambulatoire, hospitalisation partielle, alternatives à la dialyse en centre, HAD...)

a) Gestion des taux de fuite et d'attractivité entre territoires et entre régions : estimation des cibles d'activité par activité de soins

Cette étape soulève la question des taux de fuite et d'attractivité entre territoires de santé et entre régions, qui ne constitue pas un enjeu majeur dans l'élaboration des cibles d'activité, en dehors des situations présentant une problématique d'accès aux soins. La méthode proposée ici consiste à ne pas réaliser de prévisions d'évolution des flux (ce type de prévision est très fragile) mais à retenir l'hypothèse, pour les projections, que ces flux sont stables dans le temps : le pilotage annuel permet ensuite d'opérer des ajustements ex-post en fonction des évolutions observées (évolutions naturelles lorsqu'elles sont légitimes, ou évolutions impulsées par une action de l'ARS auprès des établissements de santé concernés).

En effet, de façon générale, les mouvements de transferts d'activité entre établissements, et donc entre territoires, sont difficilement prévisibles, du fait de la mobilité des professionnels de santé. En ce sens, il est inutile de chercher à faire des « prévisions » à cinq ans de l'évolution des taux de fuite et d'attractivité.

Ainsi, la méthode la moins contestable consiste à faire une hypothèse de stabilité des taux de fuite et d'attractivité entre territoires et entre régions pour établir les cibles d'activité fixés dans le SROS-PRS. Le corollaire est une hypothèse de stabilité de la répartition d'activité entre établissements pour la déclinaison dans le cadre du suivi par établissement (cf. § contractualisation). Le suivi annuel de l'activité des établissements permet de corriger au fur et à mesure cette hypothèse.

Cette hypothèse générale de travail ne signifie aucunement une détermination « à priori » de la répartition d'activité entre établissements : le suivi de l'activité doit permettre une gestion souple des mouvements constatés (cf. § suivi et contractualisation), afin de ne pas entraver le développement des établissements attractifs.

Illustration (stabilité des taux de fuite et attractivité)

CONSUMMATION				
	Nombre de séjours TS1 2009	Nombre de séjours TS2 2009	hors région 2009 (attractivité)	TOTAL 2009
Production ES TS1	8 239	468	206	8 913
ES1	2 927	230	162	3 319
ES2	5 312	238	44	5 594
Production ES TS2	564	12 357	1 282	14 203
ES3	427	2 726	52	3 205
ES4	137	9 631	1 230	10 998
Hors région	1 000	1 500	-	
TOTAL	9 803	14 325		

	Multiplier par l'évolution conso TS1 à 2016	Multiplier par l'évolution conso TS2 à 2016	Stabilité du taux d'attractivité	
	↓	↓	↓	

CONSUMMATION				
	Nombre de séjours TS1 2016	Nombre de séjours TS2 2016	hors région 2016 (attractivité)	TOTAL 2016
Production ES TS1	X évol TS1	X évol TS2	Taux d'attractivité identique	Cible TS1
ES1	X évol TS1	X évol TS2		
ES2	X évol TS1	X évol TS2		
Production ES TS2	X évol TS1	X évol TS2	Taux d'attractivité identique	Cible TS2
ES3	X évol TS1	X évol TS2		
ES4	X évol TS1	X évol TS2		
Hors région	X évol TS1	X évol TS2		
TOTAL	X évol TS1	X évol TS2		

Enjeux interrégionaux

A un niveau agrégé, une stabilité des taux de fuite et attractivité entre régions est globalement constatée sur la période 2007-2009 (données disponibles sur SNATIH). Les régions pour lesquelles les taux de fuite sont importants ne doivent pas nécessairement chercher à les résorber dès lors que la population domiciliée est couverte de façon satisfaisante (analyse des taux de recours) par l'offre de soins, que cette offre soit régionale ou extra-régionale.

Si une région constate que l'accès aux soins de sa population est fragilisé par l'attractivité d'une région limitrophe sur un segment particulier, et souhaite s'engager dans une démarche visant à améliorer cet accès, il est nécessaire d'élaborer une action interrégionale, engageant les établissements concernés dans les deux régions. Les actions unilatérales peuvent échouer par manque de coordination avec les projets d'établissements de la région limitrophe, qui sont également susceptibles de rechercher l'attractivité.

Néanmoins, il est recommandé, tant que les actions ne sont pas concrétisées, de ne pas prévoir, dans la construction des cibles d'activité, de réduction des fuites extrarégionales :

- la stabilité observée des taux de fuite invite à la prudence. Cette stabilité constitue d'ailleurs une hypothèse de travail de la contractualisation Etat-ARS.
- le dialogue de gestion Etat-ARS et ARS-établissements pourra de façon souple tenir compte de la concrétisation de ces projets.

Données à mobiliser

L'ATIH met en ligne en juin 2011 sur SNATIH les matrices consommation / production des activités de soins autorisées :

* pour chaque activité de soins MCO, selon les définitions de l'annexe 1

* à un niveau plus fin : par groupe type planification pour le secteur MCO et par CMC dans le champ SSR (à l'étude sur le champ SSR)

b) Détermination des objectifs par modalité de prise en charge

Enfin, il est recommandé, pour les activités de médecine, chirurgie, traitement du cancer, SSR, psychiatrie, traitement de l'insuffisance rénale chronique, HAD, une déclinaison de la cible d'activité par modalité de prise en charge.

Les cibles en volume par activité de soins peuvent ainsi être déclinées en fonction des objectifs régionaux de développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle.

6. La contractualisation ARS – Etablissement

Le périmètre de la contractualisation

La contractualisation ARS-établissement de santé cadre les axes stratégiques majeurs de l'établissement (développement de la chirurgie ambulatoire, modération de l'activité sur certains actes/GHM présentant des enjeux de pertinence de soins (surconsommation induite), ou bien types de séjours en SSR) :

Ce cadrage général est appuyé par :

- des indicateurs de pilotage sur les volumes par grandes activités qui constituent la déclinaison des cibles par territoire décrits supra (indicateurs non opposables). Ces indicateurs portent donc sur les activités autorisées (définis à l'article R. 6122-25) pouvant elles mêmes se décliner sous formes de prise en charge ou sous forme de spécialités médicales ;
- des objectifs contractuels plus fins (en volume de séjours / actes pour certaines prises en charge) et ciblés sur les « atypies » constatées au cas par cas sur le territoire de santé dans le cadre de la démarche d'analyse conduite par l'ARS. Exemples :
 - o engagement d'un établissement à ne pas développer de chirurgie ophtalmologique, ou à ne pas augmenter son nombre d'actes interventionnels diagnostics, assorti d'objectifs chiffrés ;
 - o engagement d'un établissement à développer la prise en charge du diabète (population mal couverte), assorti d'objectifs chiffrés ;
 - o engagement d'un établissement à développer la chirurgie ambulatoire, assorti d'un taux attendu.
 - o respect de la circulaire frontière

Il est loisible de noter que ces objectifs ciblés portent sur les segments d'activité ou spécialités médicales faisant l'objet d'un suivi particulier. Un arrêté du ministre de la santé définit les activités, regroupements d'activités ou actes pouvant notamment faire l'objet d'objectifs ciblés. En outre, ces objectifs portent sur le développement de certains modes de prise en charge, notamment ceux mentionnés aux articles R. 6121-4 (alternatives à l'hospitalisation), R. 6124-4-1 (hospitalisation à domicile) et aux 2° à 4° de l'article R.6123-54 (auto dialyse/ dialyse à domicile).

Éléments structurant le dialogue avec les établissements de santé

La mise en place d'un dialogue de gestion entre l'ARS et les établissements de santé des territoires a pour objectif de permettre la mise en relation plus systématique :

- des enjeux régionaux d'organisation de l'offre identifiés par l'ARS (segments où l'offre est suffisante, enjeux d'accès aux soins, pertinence des soins, de développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle).
- des axes stratégiques des établissements, du fait de leur positionnement dans l'offre régionale

La base du dialogue porte en particulier, comme entre le niveau national et les ARS, sur l'analyse du taux de recours de la population domiciliée et la contribution de l'établissement à ce recours. Cette approche basée sur le recours à l'offre de soins constitue une approche plus médicalisée et proche de la notion de besoin de soins, qui doit être explicitée en particulier auprès de la communauté médicale des établissements, sur les principaux types de prise en charge constituant l'activité de l'établissement.

Cette approche permet notamment à l'établissement de se positionner en termes de réponse aux besoins et de pertinence des soins.

Par ailleurs, il n'est pas nécessaire d'attendre la mise à disposition de référentiels HAS pour que la contractualisation ARS-établissement s'engage sur des problématiques de pertinence des soins lorsque des niveaux de consommation très élevés sont observés.

Référentiels HAS

* 250 recommandations de bonnes pratiques, parmi lesquelles deux recommandations se retrouvent dans la liste des actes fréquemment cités comme pouvant poser un problème de pertinence : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5233/recommandations-de-bonne-pratique?cid=c_5233

* 4 référentiels en cours de production⁹ (prévus pour fin 2011), et 7 autres champs d'activité demandés à la HAS¹⁰. Des travaux sont en cours pour élargir la liste des activités susceptibles d'être intégrées dans les travaux lancés fin juin 2011 sur la pertinence des soins.

La méthode de construction des indicateurs de pilotage par établissement, par grandes activités de soins, s'inscrit, dans la continuité de la construction des cibles d'activité par territoire, sur une hypothèse de stabilité de la répartition de l'activité entre établissements, dans la mesure où il n'est pas possible d'anticiper la mobilité des praticiens, principal facteur des mouvements d'activité entre établissements. Techniquement, il s'agit de décliner par établissement les objectifs 2016 à partir des matrices consommation / production.

Enfin, le dialogue de gestion avec chaque établissement porte également sur le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle ou sur l'amélioration de l'articulation avec l'offre de ville de manière à réduire le nombre d'hospitalisations évitables.

Les objectifs ciblés peuvent porter sur des modes de prise en charge (cf. §4 sur les indicateurs de pilotage) et sur des prises en charge caractérisées (GHM, actes, etc.)

Les objectifs ciblés sont fixés de façon pluriannuelle. Ils correspondent à l'activité constatée en N pour la valeur initiale et leur cible peut être exprimée par une progression ou une diminution au décours de la période d'exécution du CPOM.

⁹ Appendicectomie, libération du canal carpien, césarienne programmée, amygdalectomies

¹⁰ Les 10 gestes sont : endoscopes digestives ; drains transtympaniques ; ; arthroscopes de localisation autre que le genou ; lithotrities extracorporelles de l'appareil urinaire en ambulatoire ; endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde ; interventions transurétrales ou par voie transcutanée ; interventions sur le cristallin, avec ou sans vitrectomie.

Une approche globale et cohérente dans la négociation des CPOM établissements

La négociation des indicateurs dans le cadre des CPOM des établissements doit être réalisée dans le cadre d'une approche globale et cohérente avec les objectifs de performance et de régulation des établissements. La négociation doit intégrer :

- la déclinaison des objectifs de gestion du risque, les objectifs des CPOM Etat-ARS, les priorités de santé publique ;
- l'efficacité et la qualité de la gestion ;
- la qualité et la sécurité des soins ;
- la réduction des inadéquations hospitalières ;
- la problématique des prises en charge frontalières et la bonne application des textes les régissant¹¹.

7. Le pilotage de l'activité des établissements de santé à travers les implantations et indicateurs de pilotage

Le pilotage de l'activité hospitalière consiste à organiser un suivi des objectifs du SROS et des objectifs des CPOM signés entre l'ARS et les établissements de santé et à mettre en œuvre, le cas échéant, les ajustements nécessaires. Ce pilotage se décline en trois niveaux :

1/ Suivi national / régional

Le dialogue de gestion annuel entre l'Etat et les ARS sera structuré autour de l'indicateur CPOM Etat-ARS sur l'évolution des volumes d'activité de médecine, chirurgie et SSR, ainsi que sur les objectifs de gestion du risque relatifs au développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (chirurgie ambulatoire, insuffisance rénale chronique).

Le respect des volumes contractualisés pourra être pris en compte lors de l'allocation de certains crédits (notamment, gels / dégels différenciés en fonction du dynamisme d'activité constaté, attribution de marges de manœuvre). En effet, au niveau national, la gestion des gels et des dégels tiendra compte du rythme régional d'évolution de l'activité d'hospitalisation.

2/ Suivi régional / territoires de santé et pilotage de l'activité par l'ARS

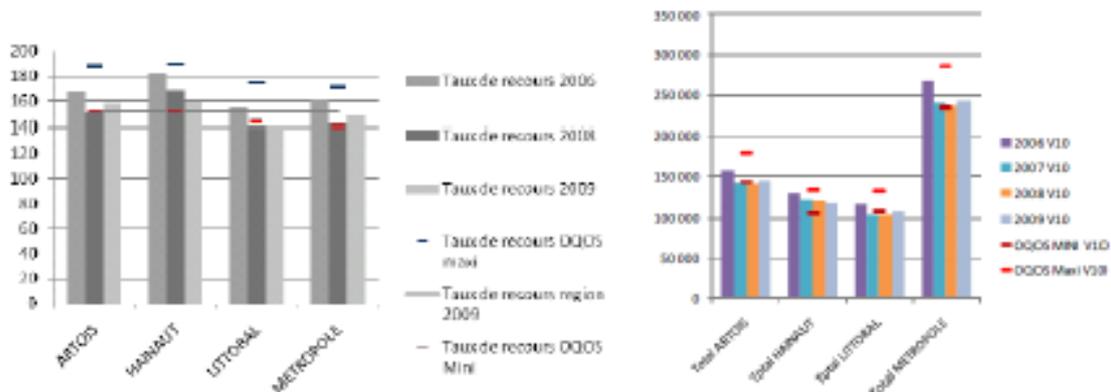
Les cibles d'activité accompagnant le SROS sont déterminés à horizon 2016. Le suivi des cibles par territoire consiste à comparer la dynamique d'activité observée une année donnée à la tendance prévue à horizon 2016 et analyser les causes d'écart éventuels. Il appartient à chaque ARS de construire une démarche d'évaluation cohérente avec ses problématiques territoriales

Deux types d'informations seront mis à disposition annuellement sur SNATIH pour le suivi du SROS, et des cibles d'activité en particulier :

- La consommation de soins par la population : les taux de recours bruts et standardisés par territoire de santé, à un niveau détaillé
- Le suivi de la consommation de soins et de la production de soins, par unité de compte (séjours/séances/journées/venues) : matrice consommation / production, jusqu'au niveau des groupes planification sur le MCO.

¹¹ Instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010 relative aux conditions de facturation d'un groupe homogène de séjour (GHS) pour les prises en charge hospitalières de moins d'une journée ainsi que pour les prises en charge dans une unité d'hospitalisation de courte durée (UHCD) : <http://www.atih.spsa.fr/21d-0001000038FE>

Exemple d'outil mobilisé par l'ARS Nord-Pas-de-Calais



L'annexe 2 rassemble d'autres exemples d'outils mobilisés par l'ARH Nord-Pas-de-Calais dans le cadre des SROS III.

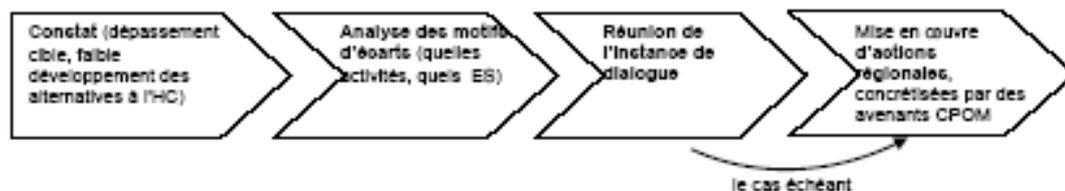
En cas d'écart entre la dynamique des volumes et les cibles d'activité prévues dans le SROS (en positif pour la dynamique par activité de soins, en négatif pour le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle), l'ARS met en place une démarche d'analyse progressive région / territoire de santé / établissement de santé et identifie les motifs d'écart.

Plusieurs situations peuvent être distinguées :

- le dépassement sur les volumes d'activité correspond à une sous-estimation des besoins lors de l'élaboration du SROS. Dans ce cas, un ajustement des cibles d'activité peut être envisagé.
- le dynamisme d'un territoire est lié à un gain d'attractivité. En effet, la dynamique d'activité des établissements d'un territoire donné peut être liée à son attractivité au détriment des établissements des territoires voisins (de façon classique : établissements situés en zone urbaine / établissements situés en zone rurale). Il n'y a pas lieu d'envisager des actions d'adaptation sauf si cette dynamique risque de générer des difficultés d'accès aux soins dans les territoires moins attractifs.
- Développement plus lent que prévu des prises en charge alternatives à l'hospitalisation conventionnelle (chirurgie ambulatoire, dialyse hors centre, hospitalisation partielle en médecine/chirurgie, HAD)
- Dynamisme inattendu sur des prises en charge précises
- ...

Cette démarche doit conduire à un repérage des établissements et champs d'activité concernés par les écarts aux cibles. La nature des actions correctrices à mettre en œuvre le cas échéant, notamment auprès des établissements concernés, doit faire l'objet d'une analyse fine.

L'instance opérationnelle de dialogue mise en place sera réunie annuellement pour partager les données de suivi de l'activité par rapport aux cibles d'activité prévues dans le SROS, et le cas échéant envisager les inflexions nécessaires, que ce soit en termes d'accès aux soins, de pertinence des soins ou de développement de certains modes de prise en charge. Des avenants aux CPOM peuvent aussi être conclus. En toute hypothèse, la procédure instituée par l'ARS doit laisser la place au dialogue contractuel et produire un effet correctif gradué et différent en fonction de la cause du dépassement.



Précisions concernant la procédure d'autorisation : objectifs quantifiés en implantation et nombre d'appareils

Lorsque le bilan constate la saturation des besoins en implantation et nombre d'appareils du territoire : la fenêtre de dépôt des demandes d'autorisation est limitée aux demandes de changement de lieu, regroupement, transformation, remplacement d'appareils, renouvellement sur injonction.

3/ Suivi ARS / établissement de santé

L'objectif est de passer d'une logique « OQOS-sanction » à une logique « indicateurs de pilotage - dialogue de gestion ».

Les objectifs des établissements sont fixés dans le CPOM de façon pluriannuelle mais un suivi annuel doit être organisé, sur les indicateurs de pilotage (suivi des volumes par activité) et sur les objectifs contractuels.

Si les indicateurs de pilotage montrent une dynamique importante ou si des écarts sont constatés par rapport aux objectifs contractuels, les motifs d'écarts (positifs ou négatifs) doivent être identifiés :

- Evolution des parts de marché sur une activité concurrentielle, sans impact sur l'accès aux soins (taux de recours estimés convenables)
- Développement souhaité ou insuffisant d'une activité de recours régional
- Dynamisme ou au contraire stagnation d'une activité dont le développement a été identifié comme un enjeu d'amélioration de l'accès aux soins de la population
- Baisse ou augmentation de l'attractivité de l'établissement sur certains segments d'activité, fragilisant l'accès aux soins de la population de certaines zones géographiques
- Développement du volume sur une activité pour laquelle il a pourtant été identifié que l'accès aux soins était suffisant ou que le développement d'alternatives à l'hospitalisation complète ou de prises en charge en ville devait être privilégié
- Dynamisme potentiellement lié à des pratiques professionnelles
- Mauvaise application ou biais dans l'application des règles de codage
- ...

Non respect des objectifs contractuels dans les CPOM

Lorsqu'un établissement n'atteint pas les objectifs contractuels négociés avec l'ARS, une phase de dialogue doit s'engager entre l'ARS et l'établissement pour établir si le dépassement revêt un caractère potentiellement indu, non justifiable en termes de réponse aux besoins, de pertinence des soins ou encore soulève des difficultés de développement d'un mode de prise en charge particulier ou de codage.

L'ARS peut le cas échéant :

- mettre en œuvre le cas échéant une action correctrice avec l'établissement, formalisée par un avenant au CPOM ou une modification d'un avenant existant
- appliquer le dispositif général des sanctions prévues dans le CPOM, en particulier si l'établissement refuse de s'engager davantage pour respecter les termes du contrat, tout en restant vigilant à la proportionnalité de la sanction
- mettre en place un contrôle de pertinence des séjours / actes. A cet effet, les indications données dans le présent guide doivent permettre aux ARS de repérer les dépassements d'activité atypiques en volume ou en types de séjours.

4/ Outillage des ARS et des établissements de santé sur la pertinence des soins et l'amélioration des pratiques

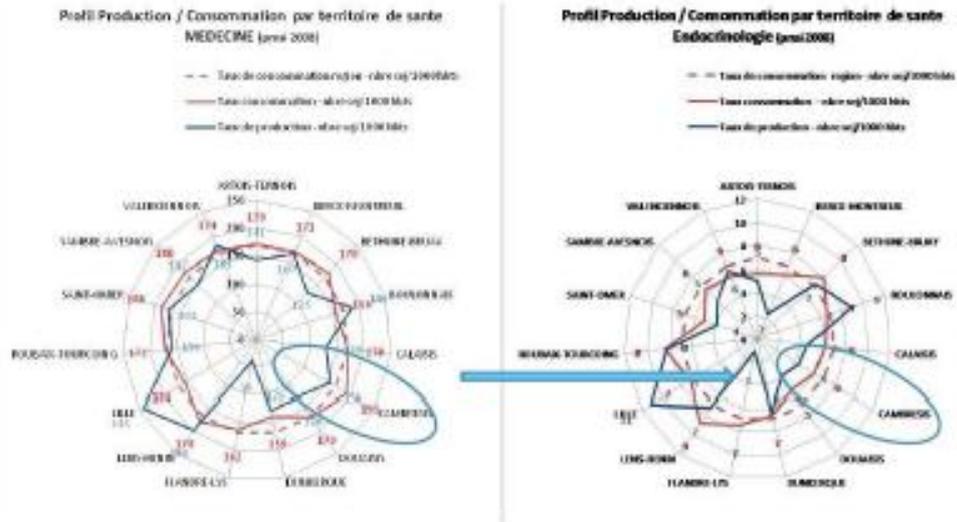
Les outils actuellement disponibles sont l'observation des disparités élevées de taux de recours et les recommandations existantes de la HAS.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a produit plus de 250 recommandations de bonnes pratiques, parmi lesquelles deux recommandations se retrouvent dans la liste des actes fréquemment cités comme pouvant poser un problème de pertinence. Un travail complémentaire de production de référentiels a été demandé à la Haute Autorité de Santé par le ministère du travail, de l'emploi et de la santé et la CNAMTS sur 10 gestes¹².

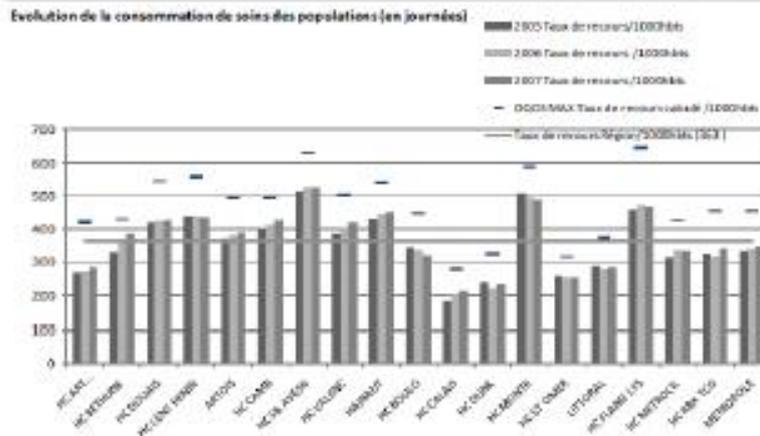
Des travaux ont été lancés pour structurer la démarche globale d'amélioration de la pertinence des soins, en concertation avec les représentants des établissements de santé et des communautés médicales d'établissement de tous les secteurs. Ces travaux ont vocation à aborder aussi bien la problématique de l'amélioration des pratiques professionnelles que l'amélioration du parcours de soins et plus largement l'efficience de l'organisation de l'offre de soins sur les territoires.

Annexe 2 Quelques exemples d'outils mobilisés par l'ARS Nord-Pas-de-Calais dans le cadre des SROS III

Un outil d'analyse des inégalités d'accès aux soins
Diabète : surmortalité sous-utilisation et sous-offre de soins

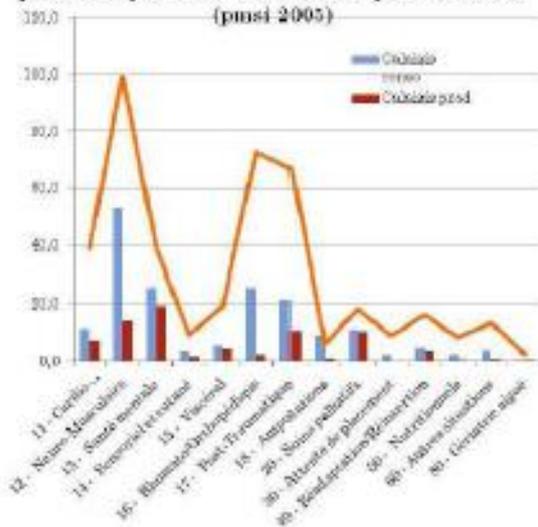


Définition des cibles d'activité à partir des besoins consommés
Le SSR sur-utilisation et sous-utilisation

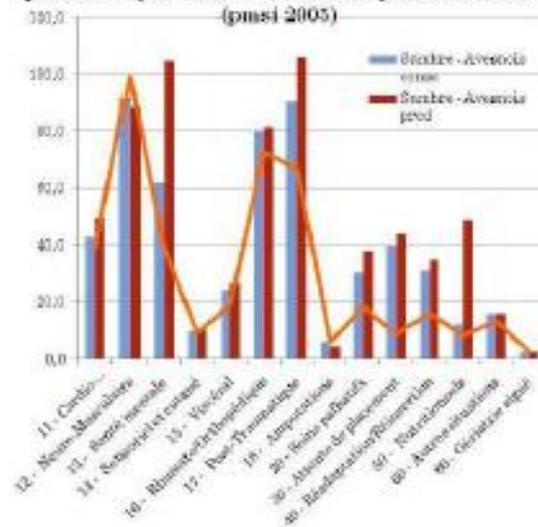


Analyse du SSR / Zoom sur les CMC

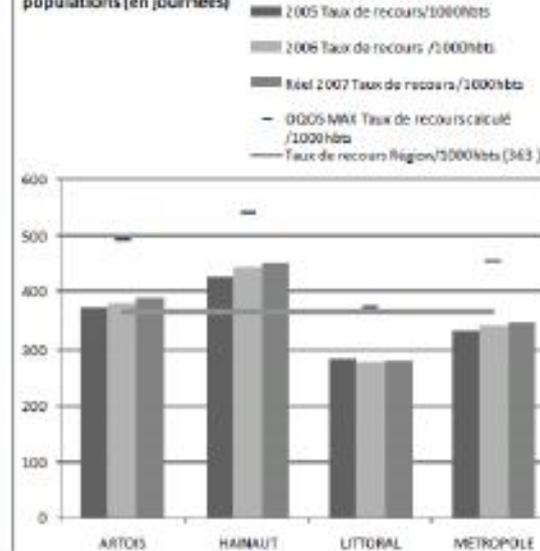
Sous-consommation des soins par Zone de proximité par CMC en Journées pour 1000Hbts (pnsi 2005)



Sous-consommation des soins par Zone de proximité par CMC en Journées pour 1000Hbts (pnsi 2005)



Evolution de la consommation de soins des populations (en journées)



MOTS CLÉS

Régulation
Système de santé
Territoires
Besoins de soins
Offre de soins
Équité
T2A

dossier

ANALYSE

Le système de soins local, régional et national

Élaborer un outil de régulation équitable

En France comme dans la majorité des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'état de santé s'est fortement amélioré avec l'évolution de son revenu national ⁽¹⁾. Si l'état de santé de la France est parmi les meilleurs de l'Europe en moyenne, les inégalités sociales et territoriales de santé persistent ⁽²⁾. Le vieillissement de la population et les épidémies industrielles ont créé de nouvelles pressions sur l'offre de soins ⁽³⁾ et la question du financement et de la maîtrise des dépenses de santé est de plus en plus sensible ⁽⁴⁾. La France souhaite faire évoluer son système sanitaire et semble, dans sa réforme, emprunter à l'Angleterre son *gate keeping*, aux États-Unis sa tarification à l'activité ⁽⁵⁾ et au Canada sa démarche d'analyse des besoins pour établir des objectifs de soins ⁽⁶⁾. Ces deux derniers éléments vont d'ailleurs remplacer le budget global et la carte sanitaire en lits.

Dans la dernière réforme ⁽⁷⁾, les agences régionales de santé (ARS), responsables régionales de tous les secteurs de la santé (prévention, soins de santé primaire et secondaire, médico-social) ont été mises en place en avril 2010. L'objectif d'une organisation plus globale de la santé semble être approché pour la première fois en France, pays de tous les cloisonnements.

La régulation du système sanitaire est donc perturbée, les leviers du changement ne sont plus les mêmes.

Les risques d'iniquité du système de soins

La tarification à l'activité (T2A) est le principal mécanisme de répartition des moyens entre établissements de santé et dans les territoires de santé pour les activités hospitalières.

Gwen MAROUÉ
Université Lille-1,
sciences de gestion,
laboratoire d'économie
et de management
UMR CNRS 8179
ARS Nord-Pas-de-Calais

Elle apparaît, par sa souplesse, être un outil d'adéquation entre l'offre et la demande. Cependant, elle ne garantit pas une répartition équitable de l'offre de soins en fonction des besoins des populations, ni le respect de l'objectif national de dépense de l'assurance maladie (Ondam).

À ce jour, la France n'a pas mis en place de système de régulation équitable des moyens en fonction des besoins dans le domaine de la santé. Les résistances, culturelles, politiques et organisationnelles sont nombreuses ⁽⁸⁾ et tenter une démarche de régulation équitable en France est toujours une aventure.

La mise en place de la T2A a été empruntée aux États-Unis et une vingtaine de pays développés l'ont mise en place. Initialement, la *diagnosis related group* (DRG) est un mode de tarification qui a pour objectif de stimuler l'activité et diminuer les problèmes de délais d'attente. Ce mode de paiement des prestations positionne les établissements en situation de concurrence ⁽⁹⁾.

Ce mode de paiement de l'activité hospitalière est basé sur des groupes homogènes de malades (GHM) associés à un tarif fixé à l'avance à partir d'un nombre limite d'établissements de réf-

rence. Ainsi, les établissements publics et privés sont rémunérés par leur activité. Cette tarification est considérée comme équitable, car elle fixe un même tarif pour un même profil de patients. Ce mode de paiement pouvant potentiellement inciter les établissements à augmenter leur activité indépendamment des besoins de la population, les pays qui ont mis en place la T2A y associent un contrat de type prix/volume pour canaliser ces dérives. Autrement dit, on garantit un niveau de tarif dès l'instant qu'on limite le niveau du volume réalisé.

La particularité de la France est que l'Ondam définit l'objectif national de dépenses pour les hôpitaux de court séjour publics et privés. Le mécanisme de régulation est donc la baisse des tarifs en cas d'augmentation de l'enveloppe globale et non en cas d'augmentation de l'activité de chaque établissement.

Les établissements sans contrat prix/volume peuvent être incités à amplifier leur activité pour augmenter les recettes suite à la baisse nationale des tarifs. Les hôpitaux risquent d'induire la demande pour des soins à forte rentabilité au détriment des soins « utiles » pour la population (10). La baisse inéluctable des tarifs, du fait de l'augmentation globale des volumes, va augmenter la pression financière sur les établissements. La réduction des durées de séjour pour augmenter le nombre de séjours risque pour certains soins d'engendrer des transferts de coûts et donc de soins en dehors des courts séjours vers les soins de ville ou les soins de suite. Dans ce dernier cas, la qualité de la prise en charge peut potentiellement se dégrader (11).

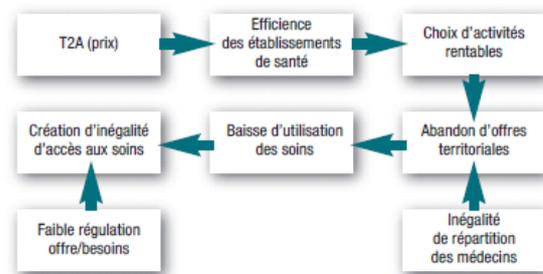
Le cadre concurrentiel et la course au volume peuvent inciter les établissements à développer des stratégies individuelles, et potentiellement contradictoires, sans prendre en compte les besoins des populations.

Le principal absent de la démarche est la population du territoire local dont les besoins et la demande ne sont pas pris en compte dans la définition du tarif. Ainsi, si des établissements peuvent apparaître de plus en plus efficaces, la somme des établissements d'un même territoire peut ne pas l'être par abandon progressif de certaines prises en charge et l'augmentation inconsidérée d'autres. Rappelons que la définition de l'efficience est l'atteinte des objectifs à moindre coût (12). Les objectifs sont bien ceux d'assurer un accès équitable à des soins de qualité en respectant l'enveloppe budgétaire disponible.

La liberté d'installation du corps médical peut aussi limiter l'effet régulateur de la T2A. L'effet T2A sur l'adéquation offre/demande pourrait être corrigé si la main-d'œuvre, autrement dit les professions médicales, était répartie en fonction des besoins et des possibilités de production de certains établissements. Mais le système de santé français est caractérisé par la liberté d'installation des médecins. La répartition des compétences médicales s'opère selon un gradient nord/sud et ville/campagne sans prise en compte du niveau de besoins des populations (13).

On constate que si la densité médicale est élevée dans le sud et dans les villes, elle l'est aussi dans les territoires où les populations ont des indices comparatifs de mortalité

FIGURE 1
Les risques d'iniquité du système de soins



faible (14). Et ce sans supposer de corrélations entre offres de soins et état de santé.

Ainsi, la répartition des professionnels de santé était déjà productrice d'inégalité d'accès aux soins et source d'abandon ou d'augmentation excessive d'offres territoriales ambulatoires et hospitalières

L'absence d'outils complémentaires à l'échelle des établissements pour fixer des contrats volumes/prix en intégrant les besoins de la population ne peut inciter des médecins à quitter des territoires surdotés et aller vers des territoires où les besoins ne sont pas pourvus.

L'inégalité de répartition des médecins et les choix d'activités rentables des établissements de soins peuvent donc générer une baisse à la fois de certaines offres de soins et de l'utilisation de ces soins par les populations dans certains territoires ainsi qu'une concentration de l'offre dans d'autres territoires fortement génératrice d'effets induits (15).

NOTES

- (1) Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE 2005.
- (2) S. Danet, « L'état de santé de la population en France », rapport de suivi de la loi de santé publique 2011, *Étude et résultat*, n°805, Drees, juin 2012.
- (3) B. Majnoni d'Intignano, *Santé et économie en Europe*, PUF, 2006.
- (4) Étude de l'OCDE sur les politiques de santé, « Optimiser les dépenses de santé », OCDE 2010.
- (5) Diagnosis related groups (DRGs) and the medicare program: implication for medical technology, Office of technology assessment, OTA, Washington, July 1983.
- (6) C. Estellat, L. Lebrun, *La Revue des méthodes d'évaluation des besoins de soins*, Dhos, ministère de la Santé et de la Protection sociale, mai 2004.
- (7) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST), *JORF* n°0167 du 22 juillet 2009.
- (8) M. Crozier, *La Société bloquée*, Le Seuil, 1971.

FIGURE 2
Modèle de régulation
du système de soins

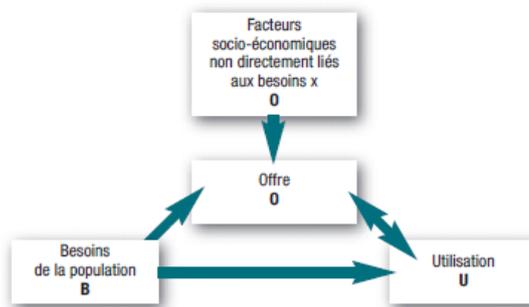
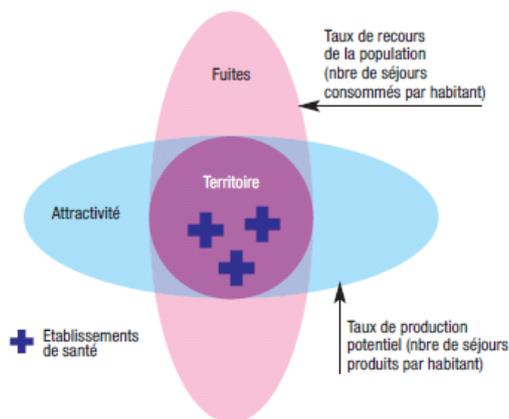


FIGURE 3
Profil de marché
offre (O)/utilisation (U)



NOTES

(9) M. Mougeot, *Régulation du système de santé*, La Documentation française, 1999.

(10) Z. Or, J. Bonastre, F. Journeau, C. Nestrigue, « Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A », document de travail, avril 2013, Irdes.

(11) Z. Or, Th. Renaud, *Principes et enjeux de la tarification à l'activité (T2A), enseignement de la théorie économique et des expériences étrangères*, mars 2009, Irdes.

L'équité et le choix d'un référentiel théorique

De manière générale, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit l'équité d'accès aux soins⁽¹⁰⁾ comme l'égal accès à des soins disponibles pour des besoins égaux, une égale utilisation des soins pour des besoins égaux, une qualité égale pour tous. On distingue l'équité *horizontale*, qui vise à allouer des ressources équi-

valentes pour des besoins équivalents, et l'équité *verticale*, qui vise à allouer des ressources différentes pour des niveaux de besoins différents.

L'équité d'accès aux soins comprend plusieurs dimensions qui interagissent entre la demande de soins et le fournisseur de soins⁽¹⁷⁾ : la disponibilité des ressources (volume), l'accès géographique (spatial), l'organisation (délai, attente), la capacité de paiement de la population et la perception.

Plus spécifiquement, la recherche s'est dirigée vers l'étude de l'accès aux soins à l'échelle des individus en modélisant leur comportement d'utilisateur de soins⁽¹⁸⁾ ou vers la mesure de l'équité des systèmes de santé en direction de certaines populations en fonction de leur revenu, de leur catégorie socioprofessionnelle, de leur groupe social, de leur territoire⁽¹⁹⁾. D'autres études sont plus globales (par population) et portent sur les systèmes de régulation, d'attribution des ressources en fonction des besoins⁽²⁰⁾ ; elles sont plus centrées sur les interrelations entre l'offre, l'utilisation et les besoins.

Le but est d'abord de pouvoir identifier les problèmes d'accès aux soins et de proposer une régulation en menant une action sur les éléments ayant un degré de changement élevé⁽²¹⁾ comme l'offre de soins, contrairement à la structure démographique ou aux revenus.

Les modèles d'allocation de ressource à partir des besoins de soins sont plus pertinents pour la problématique. Le modèle retenu, celui de Roy Carr-ill⁽²²⁾, fait intervenir les besoins, l'utilisation et l'offre de soins, ainsi que les facteurs extérieurs (*figure 2*).

La méthode fait évoluer la régulation du système de soins Français d'une régulation des moyens à une régulation basée sur l'utilisation des moyens⁽²³⁾. Ce premier principe méthodologique prend en compte un premier niveau de besoins : les besoins consommés de soins.

Ce modèle systémique prend en compte les besoins de la population, l'utilisation des soins par cette population et l'offre de soins, l'offre étant influencée par les facteurs socio-économiques non liés aux besoins.

Dans ce modèle, l'utilisation des soins U définie par les besoins de la population est un facteur de l'offre de soins. L'offre de soins est aussi un facteur de l'utilisation des soins car l'offre peut induire les soins indépendamment des besoins.

Le besoin est représenté par les indicateurs d'état de santé, l'utilisation des soins est mesurée par le taux de recours aux soins et l'offre de soins est mesurée par le taux de production potentielle de soins.

L'application du modèle aux niveaux local, régional et national

Tout d'abord, la nécessité d'une nouvelle analyse stratégique pour organiser l'offre sur un territoire local a donné lieu à l'élaboration d'une méthode prenant en compte les besoins de la population : « le management stratégique des territoires »⁽²⁴⁾.

Ensuite, pour maîtriser les dérives de surproduction de volumes d'activité et de dépassement de l'enveloppe nationale de l'assurance maladie et pour prendre en compte les besoins de la population dans la répartition de l'offre de soin, la réforme a mis en place les objectifs de volume d'activité de l'offre de soins. La méthodologie générale recommande de concevoir les objectifs quantifiés en prenant en compte les besoins de la population ⁽²⁵⁾. Sur la période de mise en œuvre de la réforme de 2006 à 2011, les objectifs quantifiés ont été mis en place dans certaines régions de France et la prise en compte des besoins de soins n'a pas été systématique.

Chaque région a donc défini sa propre méthodologie. La région Nord-Pas-de-Calais a été une des régions où les objectifs quantifiés ont été mis en place, d'une part à partir d'une méthode qui prend en compte les besoins de la population, d'autre part d'une manière continue sur toute la durée du schéma régional d'organisation sanitaire. Enfin, l'expérience de cette région a été utilisée pour la mise en place d'une méthode nationale de régulation des volumes d'activité des établissements de santé à partir de l'année 2011 ⁽²⁶⁾.

Pour pouvoir concevoir une telle méthodologie, il faut, à l'échelle nationale, établir une comparaison de la consommation des soins entre les territoires de santé de France en prenant en compte l'état de santé de la population. Cette approche comparative est à la base de l'élaboration des indicateurs de pilotage d'activité. On distingue donc trois niveaux de régulation avec le même type d'indicateurs.

Résultats

L'exemple local (figures 4 et 5)

Le territoire du Cambrésis (170 000 habitants) présente des indicateurs socio-sanitaires très dégradés. L'indice comparatif de mortalité tout sexe toutes causes 2006-2009 est de 133,9 (France = 100), l'un des plus mauvais de France ⁽²⁷⁾. Certainement en cohérence avec son état de santé, la population de ce territoire présente l'un des taux de recours les plus élevés en médecine hospitalière. La consommation d'endocrinologie/diabète présente un profil de sous-consommation alors que l'indice comparatif de mortalité par diabète sucré est de 179,1 (France=100) tout sexe en 2006-2009 ⁽²⁸⁾. Le Cambrésis est classé 302^e territoire de proximité sur 304. Les graphes avec les taux de recours par territoires de proximité, les taux de recours régional et les taux de production de soins de chaque territoire montrent bien l'écart entre le profil de la population du Cambrésis en médecine et le profil atypique pour l'endocrino-diabétologie.

Pour confirmer la mesure d'un problème d'accès aux soins, il est nécessaire d'avoir des éléments complémentaires. La réunion de l'ensemble des médecins a permis de montrer un déficit en compétence médicale en diabétologie. Le délai pour une consultation était de sept mois. Ainsi, l'entretien auprès des professionnels et le délai de prise en charge sont des éléments qui ont confirmé l'hypothèse d'un problème d'accès aux soins.

FIGURE 4
Consommation par territoire de santé - Médecine (PMSI 2008)

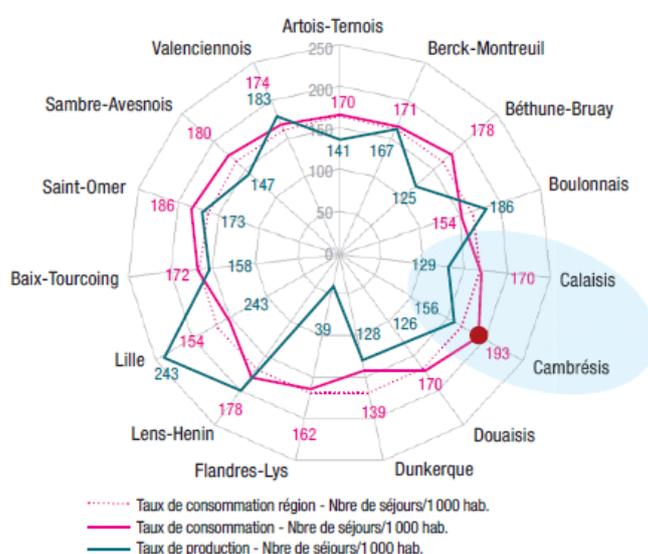
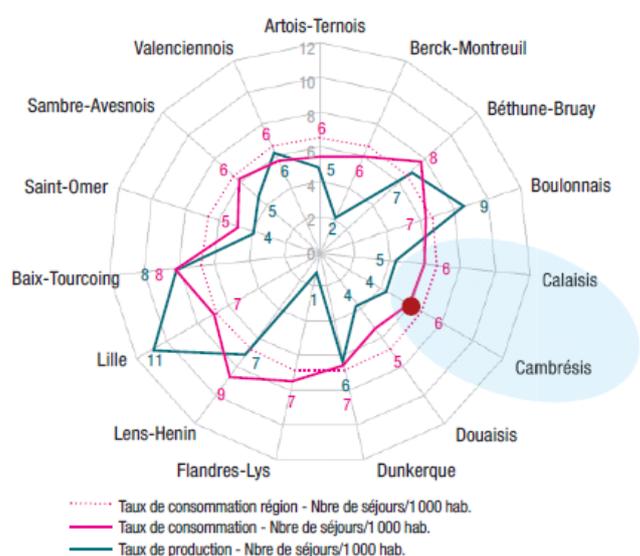
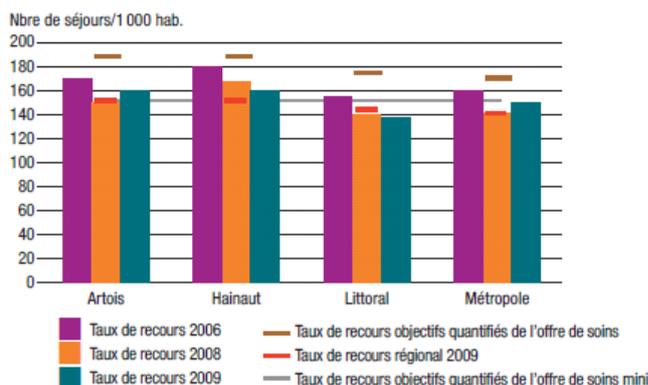


FIGURE 5
Consommation par territoire de santé - Endocrinologie (PMSI 2008)



GRAPHIQUE 1 Consommation de soins de la population des territoires de santé



GRAPHIQUE 2 Production de soins des établissements de santé des territoires de santé

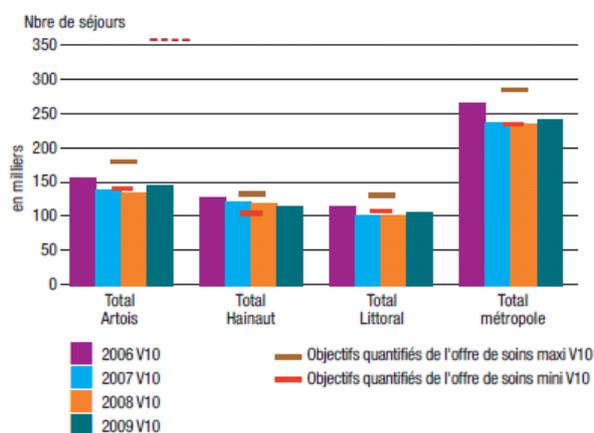
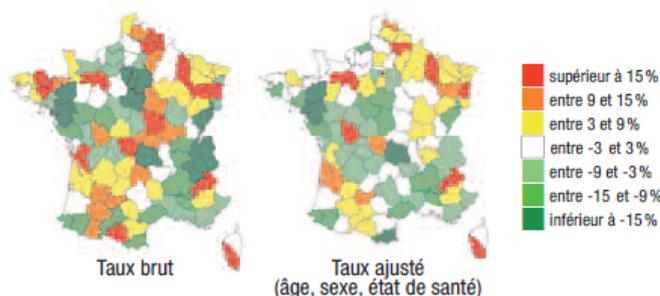


FIGURE 6 Écart au taux de recours national



Source : circulaire n°DGOS/R5/2011/485 du 21 décembre 2011

L'exemple régional (graphiques 1 et 2)

La région Nord-Pas-de-Calais a mis en place lors du Sros III le suivi des taux de recours et le suivi de la production de soins. On retrouve les indicateurs clés que sont le taux de recours et le taux potentiel de production par territoire. Pour chaque territoire de santé, le niveau attendu de l'utilisation des soins a été déterminé à partir des taux de recours et du profil socio-sanitaire de la population. Ce niveau d'utilisation des soins permet de définir le niveau de production de soins attendu. Cette démarche permet de fixer un cap cohérent par rapport aux besoins de la population. Par exemple, un territoire très surconsommateur de soins qui continue à augmenter sa consommation de soins peut signifier une dégradation de l'état de santé de la population ou/et des effets induits de l'offre de soins.

L'exemple national (figure 6)

Le taux de recours ajusté sur l'âge, le sexe et la mortalité permet de comparer les régions et territoires de santé à l'échelle nationale.

Cette correction statistique permet de représenter le taux de recours qu'aurait la population de chaque région si elle avait la même structure par âge et par sexe que la population moyenne nationale et si elle avait le même taux de mortalité que cette population moyenne française.

Par exemple, une population très consommatrice de soins et avec un taux de mortalité élevé présente une consommation moins importante après les différentes corrections et ajustements.

La prise en compte de ces repères pour fixer des objectifs théoriques attendus par région dans le cadre de la contractualisation entre les ARS et le ministère de la Santé constitue déjà une première approche pour améliorer l'équité entre les territoires de santé de France. C'est une condition nécessaire à la mise en œuvre d'une équité infrarégionale.

Discussion

La comparaison entre les territoires de santé est plus pertinente (ou moins mauvaise) et permet d'élaborer des outils de régulation prenant en compte le profil démographique et l'état de santé de la population. L'indicateur clé qu'est l'utilisation des soins permet ce dialogue entre les niveaux de territoire (national, régional, local). Cependant, il est nécessaire d'intégrer deux éléments pour assurer la qualité des analyses : d'une part d'autres indicateurs fondamentaux, comme les délais d'accès aux soins ou la tension sur la démographie des professionnels de santé ; d'autre part ces analyses traduisent des problématiques uniquement sur une partie du parcours de santé. Les problèmes identifiés peuvent provenir ou être résolus par une autre partie du parcours de santé.

Même si la compréhension des besoins s'est améliorée, l'évolution des volumes sur la période a augmenté⁽²⁹⁾. La régulation nationale par la baisse des tarifs s'est poursuivie. La régulation n'est donc pas opérationnelle.

Conclusion

La méthode permet une lecture plus réaliste des inégalités entre les populations des territoires de France. Cette prise en compte existe dans les textes de lois. L'équité fait donc son entrée par une petite porte de la régulation du système de soins en France.

Les résistances à cette nouvelle approche sont importantes : l'application est difficile, car agir sur des volumes de production par rapport à des besoins est perçu comme une politique de quota. La crainte que l'État cherche des consommations de soins plus justes par rapport aux besoins et parfois plus faibles peut sembler contradictoire avec des établissements de santé qui se rémunèrent par leur activité. On peut supposer que, progressivement, le principe de réalité va plafonner l'augmentation des volumes d'activité et permettre une approche plus pertinente basée sur une analyse des besoins des territoires et non uniquement l'équilibre individuel de chaque structure.

Cette approche pourrait être un levier pour resituer le territoire au cœur du dispositif d'organisation des soins.

L'absence actuelle de dispositif de contractualisation territoriale reste cependant un frein à la fixation d'objectifs permettant de développer des dynamiques communes entre les acteurs du territoire pour améliorer ensemble les indicateurs déficitaires de santé et d'activité dudit territoire.

Enfin, cette nouvelle approche permet de développer une démarche d'analyse aux niveaux global et local (figure 7). C'est à ce dernier niveau que l'analyse des recours aux soins doit être mise en perspective par rapport à l'ensemble du parcours de soins. ●

FIGURE 7
Schéma systémique de la régulation du global au local



NOTES

(12) Herbert Simon définit ainsi le critère d'efficacité : « Si deux solutions ont un coût identique, le critère d'efficacité commande de choisir celle qui permet de réaliser au mieux les objectifs poursuivis ; si deux solutions aboutissent au même résultat, il faut choisir la moins coûteuse. » *Administrative Behavior*, 1947.

(13) J. de Kervasdoué, H. Picheral, *Santé et territoires*, Dunod, 2004.

(14) Observatoire de la démographie des professions de santé rapport 2006-2007, ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports et de la vie associative.

(15) R. Evans, *Supplier induce demand: Some empirical evidence and implications in the economics of health and Medical Care*, London, 1974.

(16) M. Whitehead, "The concepts and principles of equity and health", *International Journal of Health Services* 1992, 22(3):429-45.

(17) R. Penchansky, "The Concept of Access, a Definition", National Health Planning Information Center, Bureau of Health Planning Resources Development, Department of Health, Education and Welfare, 1977.

(18) R.M. Andersen, J.F. Newman, "Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States", *Milbank Mem Fund Q* 1973;51:95-124.

I.M. Rosenstock, "The Health Belief Model: Explaining health behavior through expectancies", in K.Glanz, F.M., B.K. Rimer (Eds), *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and practice*, San Francisco, Jossey-Bass Publishers, 1990.

L.A. Aday, R.M. Andersen, "A framework for the study of access to medical care", *Health Serv Res* 1974;9:208-20.

R.M. Andersen, "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?", *J Health Soc Behav* 1995;36 (March):1-10.

(19) E. Gakidou, C. Murray, J. Frank, "Defining and measuring health inequality: an approach based on the distribution of health expectancy", *Bulletin of the World Health Organization* 2000, 78(1):42-54.

E. Van Doorslaer, A. Wagstaff, H. Van der Burg, T. Christiansen, G. Citoni, R. Di Biase, U.G. Gerdtham, M. Gerfin,

L. Gross et al, "The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries", *Journal of Health Economics* 1999, 18(3):291-313

(20) R.A. Carr-Hill, T. A. Sheldon, P. Smith, S. Martin, S. Peacock, G. Hardman, "Allocating resource to health authorities: devilment of method for small area analysis of use inpatients services", *BMJ*, vol. 309, 1994

R. Penchansky, J.W. Thomas, "The concept of access: definition and relationship to consumersatisfaction", *Med Care* 1981;19:127-40.

R. Penchansky, The Concept of Access, a Definition. National Health Planning Information Center, *op. cit.*

J.W. Thomas, R. Penchansky, "Relating satisfaction with access to utilization of services", *Med Care* 1984;22:553.

(21) R.M. Andersen, "Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?", *op. cit.*

(22) R.A. Carr-Hill, T. A. Sheldon, P. Smith, S. Martin, S. Peacock, G.

Hardman, "Allocating resource to health authorities:[...]", *op. cit.*

J. Piche, H. Cote, « Facteurs explicatifs des variations territoriales de recours à l'hospitalisation », *Études et analyses* n°41, Direction de la recherche et de l'évaluation, Québec, juin 1998.

(23) R. Pinault, C. Daveluy, *La Planification en santé. Concepts, méthode et stratégie*, Éditions nouvelles, Québec, 1995.

(24) G. Marqué, « Besoins et offre de soins de la région Nord-Pas-de-Calais », *Gestions hospitalières*, n°489, nov. 2009.

(25) C. Estellat, L. Lebrun, *La Revue des méthodes d'évaluation des besoins de soins*, *op. cit.*

(26) Circulaire n°DGOS/R5/2011/485 du 21 décembre 2011 relative au guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé, ministère de la Santé français.

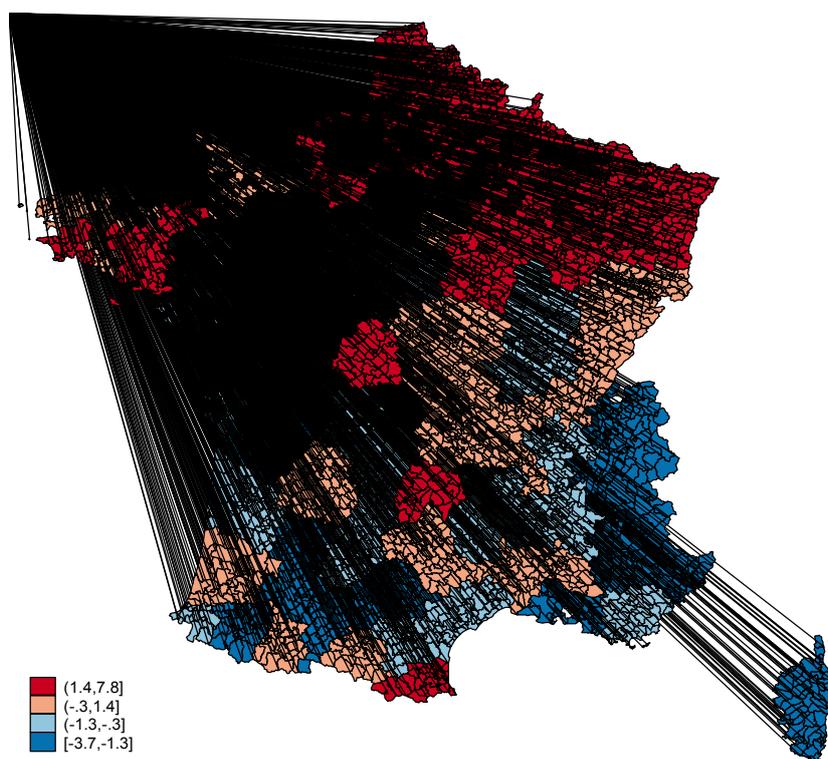
(27) ORS Nord-Pas-de-Calais

(28) *Idem.*

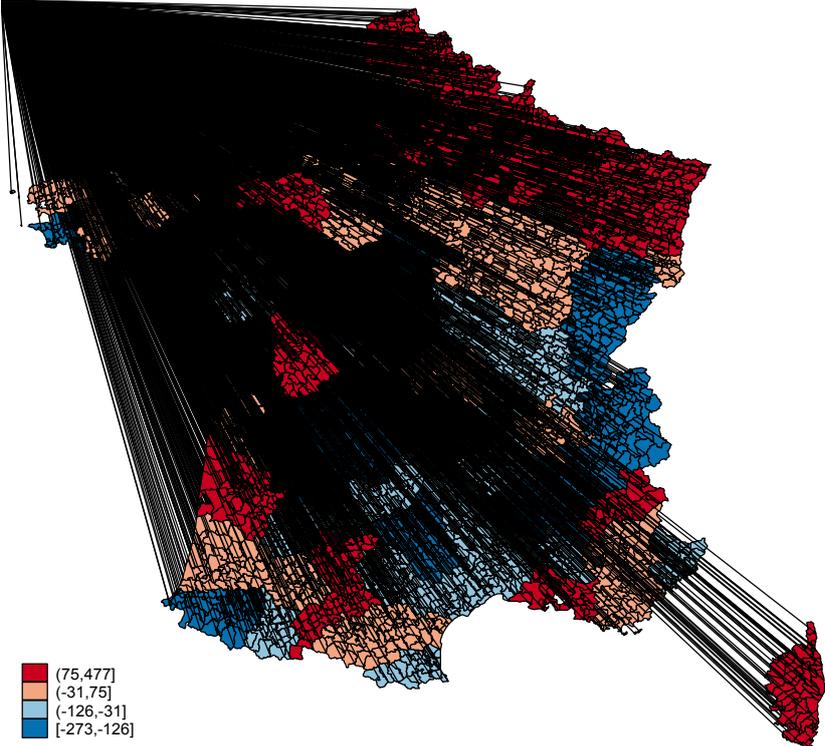
(29) Rapport Drees, 2012.

Annexe du Chapitre 5 : Cartes des variables actives de la typologie des territoires de santé

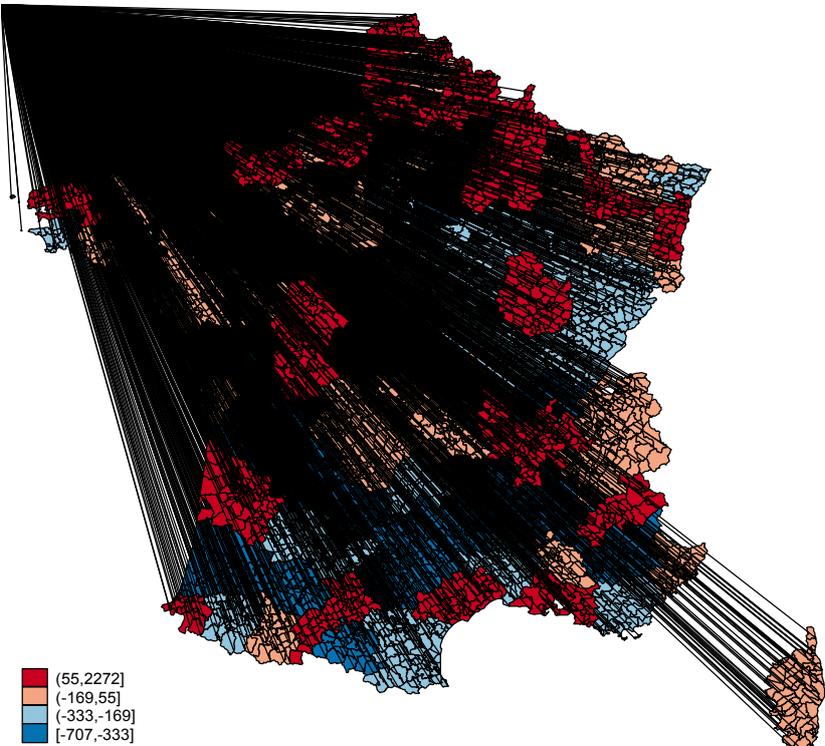
Mortalité (Tobias)



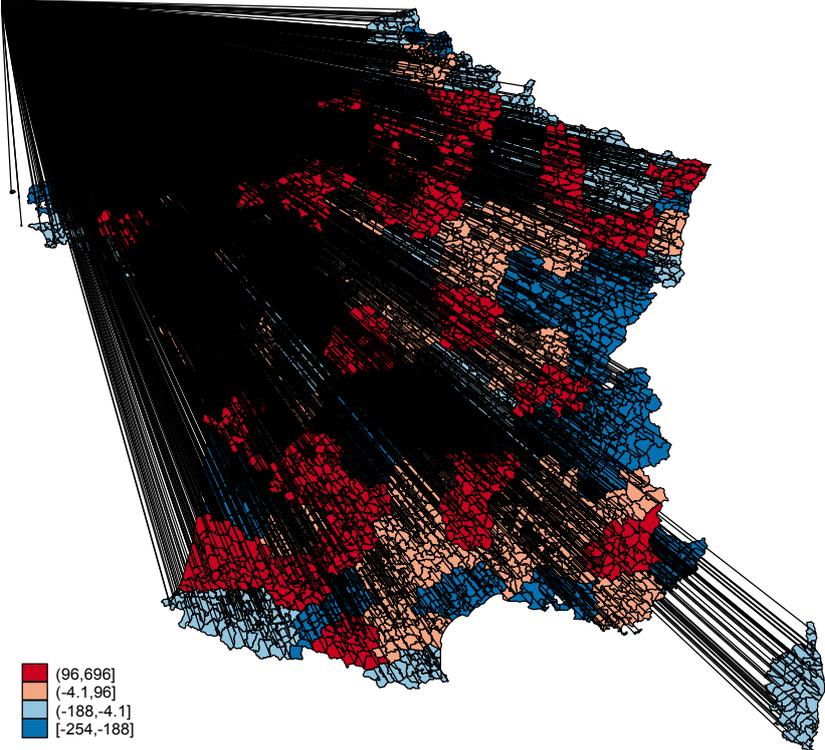
Consommation médecine



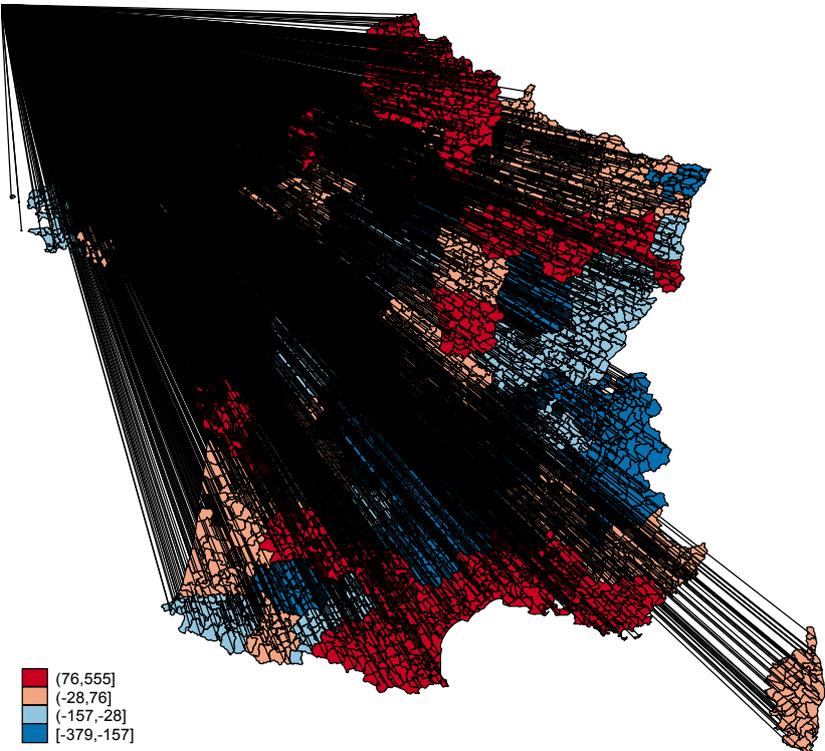
Production Médecine



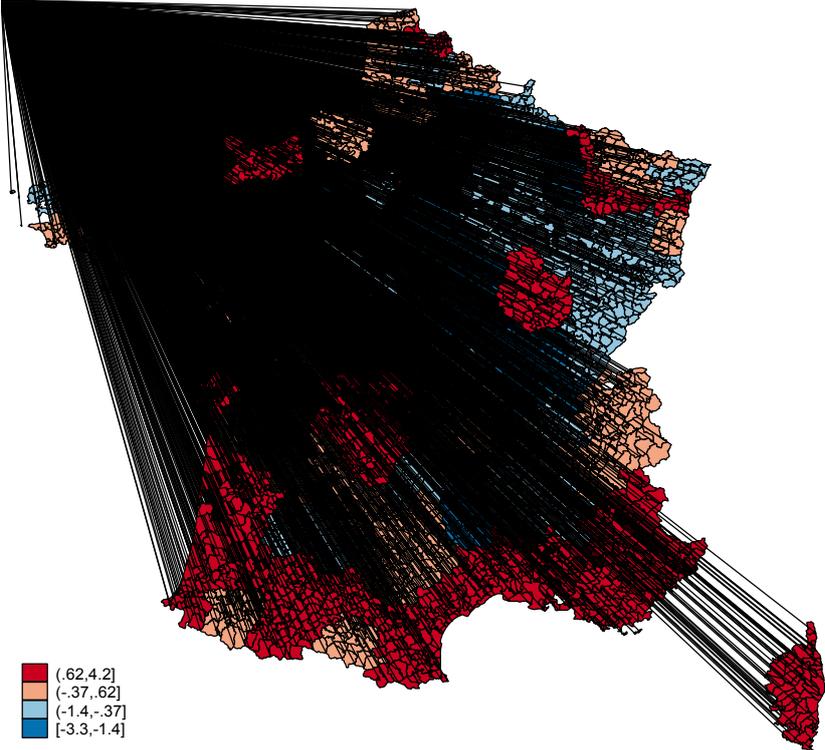
Fuite médecine



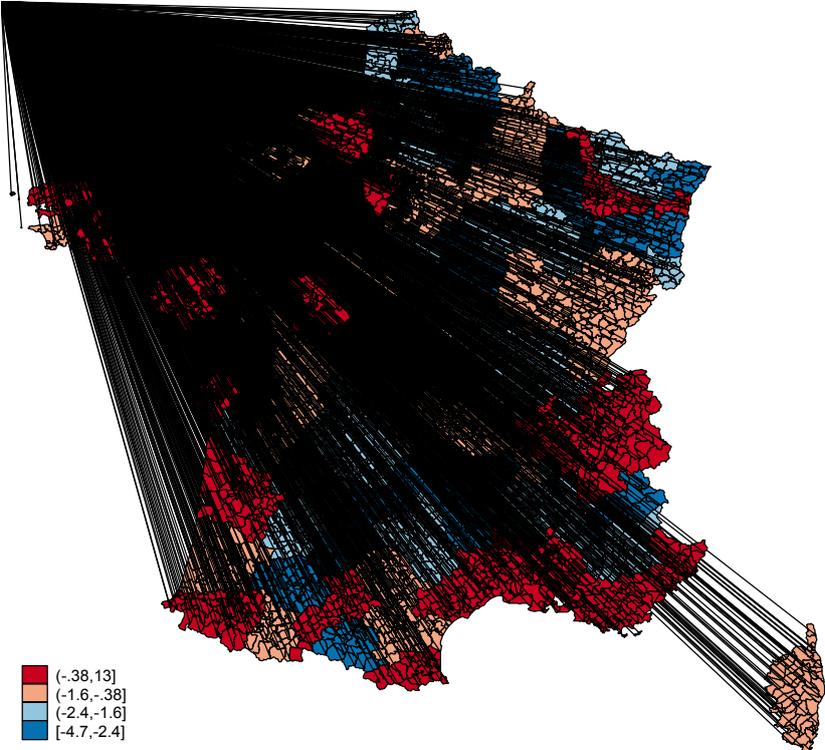
Chômage



Médecins généralistes



Médecins spécialistes



Congrès international : Membre du comité scientifique du Congrès
d'Angers sur le recours aux soins Nov. 2012



CONGRÈS
ODISSE
ANGRS

MARDI 13 NOVEMBRE 2012

RECOURS AUX SOINS
HOSPITALIERS
ET TERRITOIRES

PROGRAMME ET RÉSUMÉS

www.odisse.fr



Membres du comité scientifique

Dr Paolo BERCELLI, Médecin DIM, Centre hospitalier de Lorient (56)
Dr Jean-Michel CAUVIN, Médecin DIM, CHU de Brest (29)
Pr Jacques DUBIN, ORL, CHU d'Angers (49)
Dr Joëlle DUBOIS, ATIH
Pr Serge FANELLO, Professeur de santé publique, CHU d'Angers (49)
Dr Isabelle GRÉMY, Responsable du département des maladies chroniques, INVS
Dr Pascale GROSCLAUDE, Francim
**Pr Pierre INGRAND, Président de l'ORS et du Registre des cancers de Poitou-Charentes,
Président du comité scientifique**
Dr Denis LEGUAY, Psychiatre, Président de l'ORS et de la CRSA Pays de la Loire
Gwen MARQUE, ARS Nord-Pas-de-Calais
Dr Nicolas MAUDUIT, PIMESP, CHU de Nantes (44)
Dr Florence MOLINIÉ, Directrice, Registre des cancers Loire-Atlantique/Vendée
Dr Philippe OBERLIN, Conseiller médical, Drees
Pr Jean-Christophe ROZÉ, Pédiatre, CHU de Nantes (44)
Dr Anne TALLEC, Directrice de l'ORS Pays de la Loire et membre du Haut conseil en santé publique
Philippe TESSIER, Economiste, Maître de conférences, faculté de médecine de Nantes (44)
Alain TRUGEON, Directeur OR2S Picardie, Fnors
François TUFFREAU, Directeur adjoint, ORS Pays de la Loire
Pr Jean-François VIEL, Professeur de santé publique, CHU de Rennes (35)
Dr Xavier ZANLONGHI, Ophtalmologiste, Nantes (44)

Colloque 1 : Présentation Colloque National sur l'ENCC Nov 2012



Séminaire de l'étude nationale des coûts
à méthodologie commune
29 et 30 novembre 2012
Lille, Grand - Palais

16^e édition

Thématique 2012 : T2A et Innovations

Publics :

- Chefs d'établissement,
- Présidents de CME,
- DAF,
- Contrôleurs de gestion,
- DIM,
- Praticiens,
- TIM,
- Chefs de pôle,
- Aides,
- Directeurs des soins,
- Cadres administratifs,
- Experts,
- etc.

Thèmes :

- La T2A : une innovation ?
Quelle efficacité en 2012 ?
- T2A, ENCC et innovations
organisationnelles et managériales
- T2A, ENCC et innovations
médicales
- T2A, ENCC et innovations dans
la régulation de l'offre de soins

Inscription en ligne sur www.sphconseil.fr

Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille

FHF
FÉDÉRATION HOSPITALIÈRE DE FRANCE

SPH Conseil
Pôle colloques/formations
Tél : 01 44 06 85 26
www.sphconseil.fr

8h30 Accueil 

9h00 **T2A, ENCC et innovations médicales**

Modérateurs : P. Benoît Vallet et M. Yvonnick Morice

Le financement de l'innovation dans un secteur à « tarifs contraints »
M^{me} Mireille Faugère, Directrice Générale de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris
Présentation et échanges avec la salle

T2A et innovation médicale
D'Alain Livartowski, Département d'information médicale - Institut Curie - Paris
Présentation et échanges avec la salle

Le soutien aux innovations malgré la T2A : les budgets de programme
M. Benoit Dervaux, Economiste, Université de Lille 2 et CHRU de Lille
Présentation et échanges avec la salle

Le financement de l'innovation dans l'industrie et l'imagerie médicale
M^{me} Michèle Lesieur, Présidente Philips France et Directeur Général Philips Healthcare France
Présentation et échanges avec la salle

10h40 Pause

11h10 **Communications libres**

Modérateurs : D' Véronique Gilleron et M^{me} Stéphanie Decoopman

- Evaluation des technologies médicales innovantes au CHU de Toulouse
- D' Hélène Derumeaux-Burel, CHU Toulouse
- Impact des innovations sur le domaine de l'oncologie
- D' Philip Pariente, ARS Ile-de-France
- Innovations et T2A ne font pas toujours bon ménage - M. Jean-Claude Cazenave, CHU Bordeaux
- Comment concilier performance hospitalière et innovation thérapeutique : exemple en cancérologie - M. Pascal Bonafini, Centre Henri Becquerel
- Les IHU : quel management, quels outils de gestion et quel lien avec l'ENCC ? - M. Thierry Nobre, Ecole de Management de Strasbourg
- Evaluation de l'intérêt médico-économique de l'IRM dédiée aux urgences pour indication d'imagerie cérébrale au CHRU de Lille - M. Xavier Lenne, CHRU de Lille

12h45 **Cocktail déjeunatoire** 

14h15 **T2A, ENCC et innovations dans la régulation de l'offre de soins**

Modérateurs : M^{me} Marie-Christine Clason, Professeur d'économie université de Bruxelles et D' Didier Theis, CHRU Lille

L'exemple de l'Emilie Romagne
M. Francesco Ripa Di Meana, Directeur Général de l'Agence Sanitaire Locale de Bologne, Italie
Présentation et échanges avec la salle

L'exemple du Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais
M^{me} Cécile Bourdon, Vice-Présidente du Conseil Régional du Nord-Pas-de-Calais en charge de la Santé et du Plan anti-cancer
Présentation et échanges avec la salle

L'exemple d'une Agence Régionale de Santé
M. Daniel Lenoir, Directeur Général de l'ARS Nord-Pas-de-Calais
Présentation et échanges avec la salle

15h30 **Communications libres**

Modérateurs : D' Loetizia Proment et D' Amélie Bruandet

- T2A et innovations : vers une tarification au cycle de soins - M^{me} Nathalie Angelé-Halgand, Faculté de Médecine, Université de Nantes
- Réintégration des défibrillateurs cardiaques implantables dans les groupes homogènes de séjour : impact sur les pratiques à l'assistance publique des hôpitaux de Paris - M^{me} Alban Degrasat-Théas, Agence Générale des Equipements et Produits de Santé, APHP
- Priorité nationale de Santé Publique et politique tarifaire : la filière thrombolyse des AVC - D' Gabriel Nisand, M. Piero Chierici, Hôpitaux Universitaires de Strasbourg
- Mesure et régulation de l'inégalité d'accès aux soins à partir de l'état de santé, de l'utilisation des soins et de la production de soins - M. Gwen Marqué, ARS Nord-Pas-de-Calais

16h30 **Prix de communication et de poster**

16h45 Clôture

ELABORER UN OUTIL DE MESURE ET DE RÉGULATION DE L'UTILISATION DES SOINS LOCAL – RÉGIONAL - NATIONAL

Gwen Marqué
Directeur délégué étude, FR, international,
Agence régionale de la santé,
Thèse en science de gestion,
Lille 1, Laboratoire économie et management CHRS

**PROBLÉMATIQUE ;
RISQUE D'INÉQUITÉ DU SYSTÈME DE SOINS FRANÇAIS**

```

    graph TD
      TZA[TZA (Prix)] --> Ets[Efficiency des Ets santé]
      Ets --> Choix[Choix d'activités Rentables]
      Choix --> Abandon[Abandon d'offres territoriales]
      Abandon --> Baisse[Baisse d'utilisation des soins]
      Baisse --> IneqAcc[Création d'inégalité d'accès aux soins]
      IneqAcc --> Faible[Faible régulation Offre/besoins]
      Faible --> IneqRep[Inégalité de répartition des médecins]
      IneqRep --> Abandon
  
```

Gwen Marqué,
ARS Nord-Pas-de-Calais, LEW-CHRS 8179 IAE Lille.

LES MODALITÉS DE RÉGULATIONS EN FRANCE

- Objectifs de la régulation :
 - Maîtriser les dépenses collectives de santé
 - **Assurer l'équité d'accès aux soins**
 - Garantir la qualité des soins
- Réguler par
 - Les prix (T2a)
 - **La quantité** (Carte sanitaire, objectifs quantifiés de l'offre de soins)
 - La qualité (seuils, bonnes pratiques)

Gwen Marqué,
ARS Nord-Pas-de-Calais, LEW-CHRS 8179 IAE Lille.

CADRE CONCEPTUEL : ÉQUITÉ D'ACCÈS AUX SOINS

L'équité d'accès aux soins, définie par Whitehead M. WHO 1990:

- Un égal accès à des soins disponibles pour des besoins égaux
- Une égale utilisation des soins pour des besoins égaux
- Une qualité égale pour tous

Facteurs clés : L'utilisation des soins, ressources (offre de soins), Besoins

"The proof of access is use of service, not simply the presence of a facility." (Donabedian)

Accès aux soins (Penchansky)

- Disponibilité des ressources (volume) / Accès géographique (spatial) / Organisation (délai, attente) / Capacité de paiement de la population

Gwen Marqué,
ARS Nord-Pas-de-Calais, LEW-CHRS 8179 IAE Lille.

MÉTHODOLOGIE : CHOIX DU MODÈLE
(MODÈLE SIMPLIFIÉ DE LA DEMANDE DE SOINS (1992))

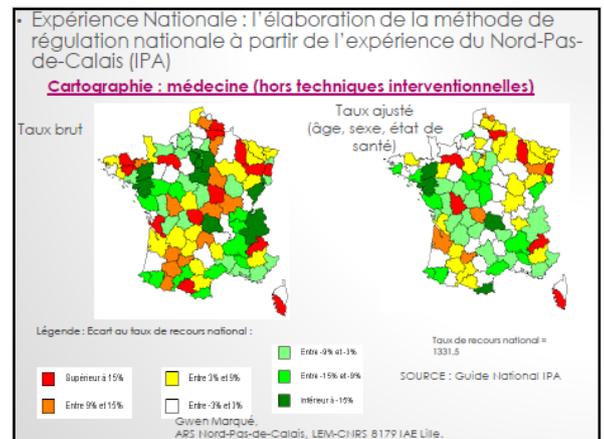
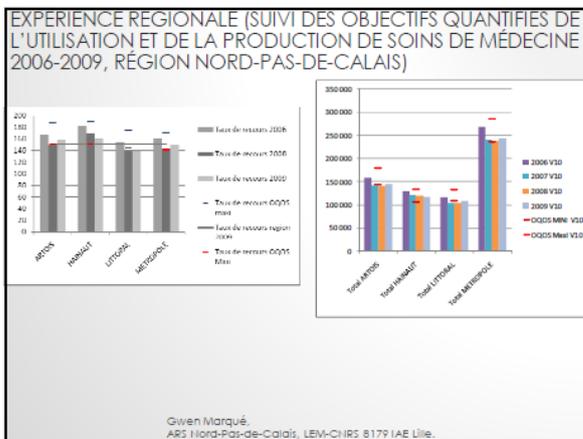
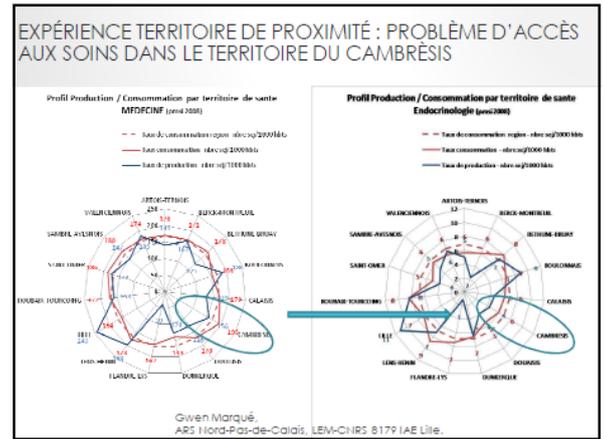
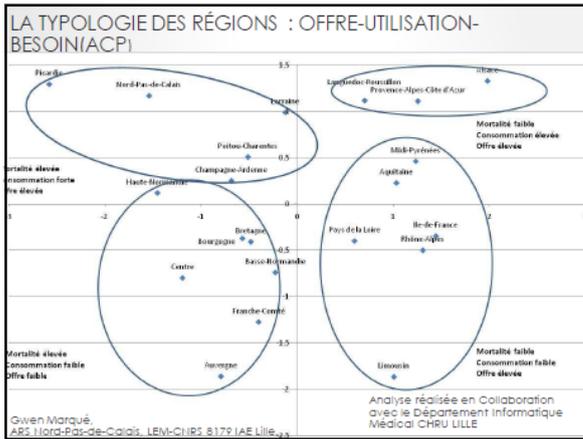
```

    graph TD
      X[Facteurs socio-économiques non directement liés aux besoins X] --> O[Offre O]
      B[Besoins de la population B] --> O
      O --> U[Utilisation U]
      U --> O
      U --> X
  
```

^[1] Roy A Carr-Hill, Trevor A Sheldon, Peter Smith, Stephen Martin, Stuart Peacock, Geoff Hardman : Allocating resource to health authorities: development of method for small area analysis of use (patient & services). BMJ volume 309, 22 octobre 2004
^[2] Facteurs explicatifs des variations territoriales de recours à l'hospitalisation. Collection Etudes et analyses (DQPE n° 41). (J.P. Liche et Harold Côté – Direction de la recherche et de l'évaluation, Québec, juin 1998)
 Gwen Marqué,
ARS Nord-Pas-de-Calais, LEW-CHRS 8179 IAE Lille.

LES INDICATEURS CLÉS : LE TAUX DE RECOURS ET LE POTENTIEL DE PRODUCTION

Population
 Fuites
 Attractivité
 Établissements de santé
 Territoire
 Taux de Recours de la population : Nbre Séjours consommés / Hbts
 Taux de Production potentiel : Nbre Séjours produits / Hbts



CONCLUSIONS : UN INDICATEUR INSTALLÉ EN FRANCE , LE TAUX DE RECOURS AUX SOINS

- Une approche équitable de la répartition du volume de l'enveloppe assurance maladie (Efficacité)
- Une analyse de l'accès aux soins (équité)
- Un outil d'analyse de la pertinence des soins (Qualité)

Gwen Marqué, ARS Nord-Pas-de-Calais, LEW-CHRS 8179 IAE Lille.

CONCLUSIONS : UNE NOUVELLE APPROCHE DE
LA PLANIFICATION SANITAIRE EN FRANCE

Développement du management stratégique
des territoires (*)

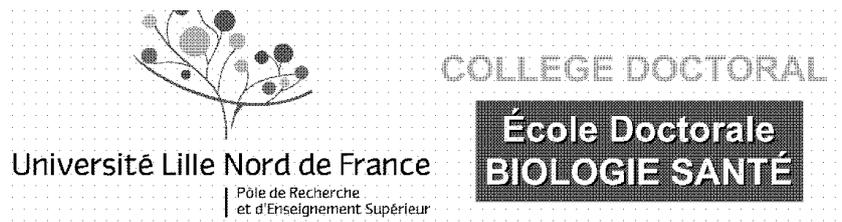
- Relation Maîtrise d'ouvrage (ARS) / Maîtrise d'Œuvre (acteurs de santé)
- L'indicateurs du Tx de recours comme mesure du dysfonctionnement du parcours de soins
- Projets de santé de territoire (cibles de santé, cibles de soins)

- (*) Gwen Marqué, Revue Gestion Hospitalière Nov 2009

Gwen Marqué
ASL Nord-Pas-de-Calais, LEM-CHRS 8179 IAE Lille.

MERCI

Gwen Marqué
ASL Nord-Pas-de-Calais, LEM-CHRS 8179 IAE Lille.



10^{ème} Journée André VERBERT

Colloque annuel des doctorants

CAHIER DES RESUMES

15 septembre 2010



Salle des Congrès



Conférencier invité :

Henri HENIN

Direction Centrale du Renseignement Intérieur (DRCI)

"Comment se prémunir face aux risques d'espionnage économique, industriel et scientifique"



Université Lille 2
Droit et Santé



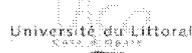
Université Lille 1
Sciences et Technologies



UNIVERSITÉ D'ARTOIS



Institut Pasteur de Lille



Université du Littoral Côte d'Opale



Centre Hospitalier Régional
Universitaire de Lille



G-UMC



Inserm
Institut National de Santé Publique et de Médecine Préventive



Institut de biologie de Lille

Elaborer un outil de mesure et de régulation de l'inégalité d'accès aux soins par une action sur l'offre de soins à partir de l'état de santé, de l'utilisation des soins et de la production de soins.

Gwennael Marqué

L'équité est une préoccupation de tous les pays de l'OCDE, la France à la fin des années 90 a mis en place la péréquation, mécanisme ponctuel créant des inégalités territoriales de l'offre de soins pour répondre à des inégalités de répartitions de besoins. Ce système était basé sur le concept d'équité horizontal.

Le système de santé français devrait depuis la mise en place de la T2a permettre aux régions d'adapter par le marché l'offre à la demande. Cependant, la liberté d'installation (inégalité de répartition de l'offre), le mode de tarification national unique, les effets induits sont autant de facteurs qui font que l'offre ne peut s'adapter à la demande uniquement par le marché (marché créé artificiellement par la T2a).

L'abandon de la carte sanitaire qui permettait à minima d'intégrer dans l'organisation des soins des critères d'égalité d'accès aux soins par territoire de santé, Les difficultés de la mise en place des Objectifs quantifiés de l'offre de soin qui permettent d'intégrer dans l'organisation des soins des critères d'équité par territoire par la prise en compte de l'utilisation des soins font qu'il n'existe pas de système de régulation de l'accès aux soins systématique comme contre-pouvoir d'une régulation par les marchés potentiellement inégalitaire et inéquitable.

L'objectif est donc de proposer un outil de mesure et de régulation de l'inégalité d'accès aux soins à partir d'une action sur l'offre de soin. Elle implique aussi la prise en compte des jeux d'acteurs dans le changement de l'offre de soins.

Methodes :

- Analyse descriptive (Factorielle) pour montrer l'hétérogénéité de profil des régions
- Analyse Explicatives modélisation linéaire (Régression Linéaire / Poisson) pour étudier les facteurs explicatifs de la consommation de soins et le lien avec la production.
- Elaboration d'un algorithme décisionnel
- Elaboration d'une démarche d'action sur l'offre avec la prise en compte des jeux d'acteur (Psychosociologie des organisation)

Donnees :

Base PMSI Nationale stabilisée version 10 sur 4 années.
Taux consommation / production par classe d'âge standardisée explique par :
ICM Précoce standardisée France
Indicateurs socio-économique
Taux de fuite du territoire
Consommation de soins ambulatoires / HAD
Attractivité du territoire
Démographie médicale
Consommation médicale libérale
ALD

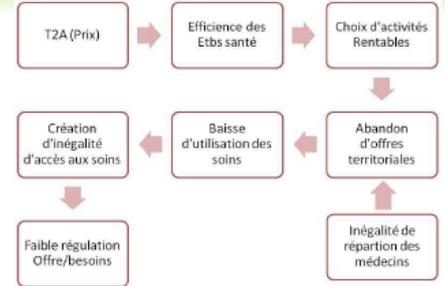
Une première étape d'analyse empirique a été réalisée au niveau des régions françaises et des territoires de santé du nord-pas-de-calais. Certains résultats ont été intégrés dans le schéma régional d'organisation sanitaire.

ELABORER UN OUTIL DE MESURE ET DE RÉGULATION DE L'INÉGALITÉ D'ACCÈS AUX SOINS PAR UNE ACTION SUR L'OFFRE DE SOINS À PARTIR DE L'ÉTAT DE SANTE, DE L'UTILISATION DES SOINS ET DE LA PRODUCTION DE SOINS

Journée André Werbar
2010

MARQUE GWENNAEL
(EA 2694 - directeur de thèse : Benoit DERVAUX)

PROBLÉMATIQUE :
RISQUE D'INÉQUITÉ DU SYSTÈME DE SOINS FRANÇAIS



LES MODALITÉS DE RÉGULATIONS EN FRANCE

- Objectifs de la régulation :
 - Maîtriser les dépenses collectives de santé
 - **Assurer l'équité d'accès aux soins**
 - Garantir la qualité des soins
- Réguler par
 - Les prix (T2a)
 - **La quantité** (Carte sanitaire, objectifs quantifiés de l'offre de soins)
 - La qualité (seuils, bonnes pratiques)

CADRE CONCEPTUEL : ÉQUITÉ D'ACCÈS AUX SOINS

L'équité d'accès aux soins, définie par Whitehead M. WHO 1990 :

- Un égal accès à des soins disponibles pour des besoins égaux
- Une égale utilisation des soins pour des besoins égaux
- Une qualité égale pour tous

Facteurs clés : L'utilisation des soins, ressources (offre de soins), Besoins

"The proof of access is use of service, not simply the presence of a facility." (Donabedian)

Accès aux soins (Penchansky)

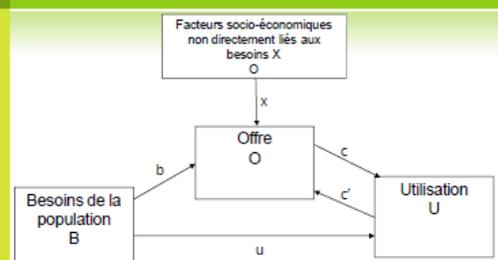
- Disponibilité des ressources (volume) / Accès géographique (spatial) / Organisation (délai, attente) / Capacité de paiement de la population

OBJECTIF

- Elaborer un outil de mesure et de régulation de l'inégalité d'accès aux soins par une action sur l'offre de soins à partir de l'état de sante, de l'utilisation des soins et de la production de soins.
- Identifier les écarts observés dans l'utilisation des soins par zones résidentielles délimitées par les Régions Françaises et les territoires de santé Français
- Réaliser une typologie des Régions à partir de l'offre de soins, l'utilisation et les besoins
- Etudier Les liens entres les facteurs du système de régulation
- Proposer un algorithme de régulation

MÉTHODOLOGIE : CHOIX DU MODÈLE

(MODÈLE SIMPLIFIÉ DE LA DEMANDE DE SOINS (1)(2))



(1) Roy A, Carr-Hill, Trevor A, Sheldon, Peter Smith, Stephen Martin, Stuart Peacock, Geoff Hardman : Allocating resource to health authorities : development of method for small area analysis of use inpatient services, BMJ volume 309, 22 octobre 2004
(2) Facteurs explicatifs des variations territoriales de recours à l'hospitalisation. Collection études et analyses (DGPE n° 41), (J.P Iche et Harold Côté - Direction de la recherche et de l'évaluation, Québec, juin 1998)

MÉTHODOLOGIE : DONNÉES

L'individu est le territoire *i* par classe d'âge et par sexe (400 individus)

Offre (O) et utilisation des soins (U) du territoire *i*

- **Tx Utilisation (Ui)** : Taux standardisé (indirect, âge et sexe) d'utilisation des soins de courte durée. Tx moyen France (Uf).
- **Tx d'utilisation potentiel ou Tx de production (Oi)** : Taux standardisé de production des soins de courte durée.

$$\begin{cases} \sum u_i = \sum o_i; \\ u_i - f_i = o_i - a_i \text{ (ou } f_i = \text{Tx de fuite du territoire } i \text{ et } a_i = \text{Tx d'attractivité du territoire } i) \end{cases}$$

- **Tx utilisation des médecin généraliste (Ugi)** de la population d'un territoire standardisé par âge et par sexe.

Source : PMSI, base nationale, version stabilisée en V10 de 2004 à 2008. (Collaboration Agence Technique de l'Information Hospitalière, ATIH)

MÉTHODOLOGIE : DONNÉES

Démographie médicale

Etat de santé

- Indice comparatif de mortalité précoce (standardisé par âge et par sexe, France = 100)
- Indicateurs socio-économique de l'INSEE

Indicateur d'accessibilité géographique

- **Le taux de dépendance de la population (Tx Dpi)** est la part des séjours consommés par la population du territoire dans les établissements de ce territoire
- **Le taux de dépendance des ressources (Tx Dri)** est la part de la population recrutée dans le territoire sur le total de la population recrutée

Ces deux indicateurs permettent de décrire profils de dépendance des territoires (Ouvert, Fermé, Inadéquat ou Faible) (Daveluys)

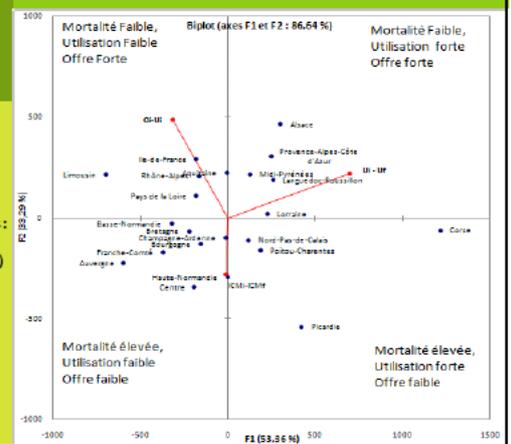
MÉTHODOLOGIE

Type d'analyse statistique

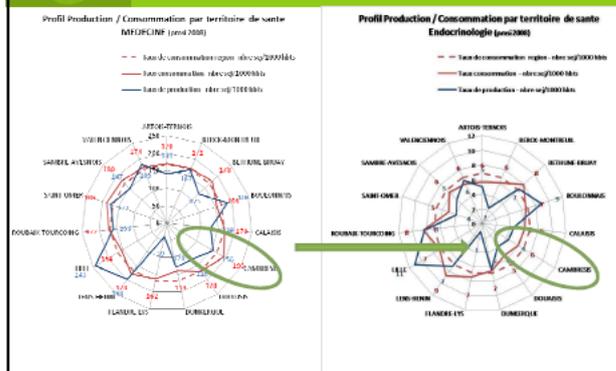
- 1/ Analyse Descriptive (analyse en composante principale) pour réaliser une typologie des régions et un outil d'analyse local.
 - Etat de santé : ICMpi - ICMf
 - Niveau d'utilisation des soins : UI-Uf
 - Niveau de l'offre de soins : Oi-Uf
- 2/ Profil de dépendance des territoires (TxDpi, TxDri)
- 3/ Analyse Explicatives modélisation linéaire (Régression Linéaire) (En cours)
 - $U_i = f(O_i, B_i)$
 - $O_i = f(U_i, B_i)$

$Tx U_i = \beta_0 + \beta_1 Tx O_i + \beta_2 Tx U_f + \beta_3 ICMp + \beta_4 Tx U_f + \dots + e$, beta à estimé et e l'erreur.

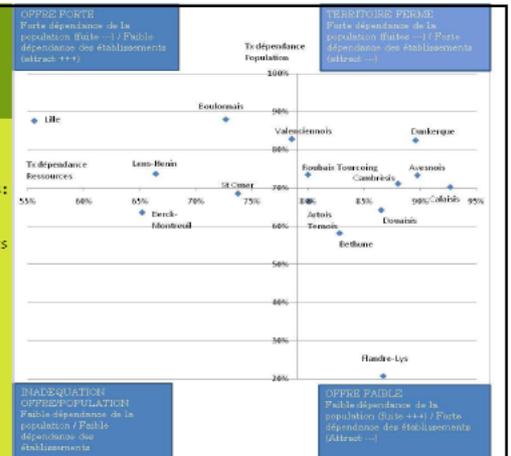
RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES : TYPOLOGIE RÉGIONS (ACP)



RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES : UN OUTIL D'ANALYSE DES INÉGALITÉS D'ACCÈS AUX SOINS



RÉSULTATS INTERMÉDIAIRES : PROFILS DE DÉPENDANCE DES TERRITOIRES



DISCUSSION - CONCLUSION

- Une typologie des régions à partir de l'offre de soins, de l'utilisation et des besoins montre une situation inéquitable (besoin d'une régulation)
- L'analyse doit être complétée avec les soins ambulatoires et les indicateurs socio-éco (En cours)
- Des situations d'inégalité d'accès aux soins peuvent être identifiées au niveau des territoires de proximité. Cependant l'analyse complémentaire nécessite d'être confirmée avec des indicateurs de délais et de qualité (Dimensions de Penchansky).
- Au niveau spatial, on se limite à la fuite du territoire, cela n'exclut pas que des problèmes de déplacements se posent dans le cas d'un territoire de santé étendu.
- Etudier la dynamique du Modèle et intégrer les jeux d'acteurs (JL Boutinet)
- Projet de collaboration avec l'Agence Nationale de Amélioration de la Performance des établissements sanitaires et médico-sociaux. (Groupe d'analyse)

Colloque 3 : Présentation au Colloque National ANAP sur la performance du système de santé du 1er juin 2010



Programme d'accompagnement au changement du système de santé

ARS et Organisation Territoriale

Etablissements de Santé



3 juin 2010 Paris

Forum de Grenelle 5 Rue de la Croix Nivert- 75015 Paris

Agence Nationale d'Appui à la Performance
des établissements de santé et médico-sociaux

44, rue Cambonne 75015 Paris - 01 48 56 72 70
contact@anap.fr - www.anap.fr



1^{er} Juin 2010

La performance du système de santé

Contexte, enjeux, apports de la loi « hôpital, patients, santé et territoires »
sur l'approche territoriale

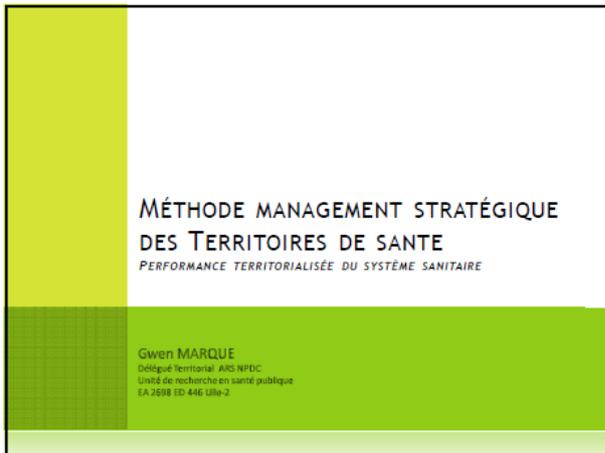
Programme

- 9h00 Accueil café**
- 9H30 Intervention**
Christian Anastasy, Directeur général de l'ANAP
- 9H40 Ouverture : Secrétariat Général***
- 9H50 Le pilotage par les ARS de la performance hospitalière**
- **François Maury**, Conseiller général des établissements de santé

Présentation du rapport d'avril 2010 sur le pilotage par les ARS de la performance hospitalière
- 10H15 Le programme de formation des « Référents Performances »**
- **Véronique Billaud**, directeur associé de l'ANAP
- 10H30 Le système de santé en France :**
- Chiffres clefs - données, sources utiles, comparaisons internationales.
Un représentant DREES
- Analyse du fonctionnement du système de soins, enjeux actuels et évolutions à venir.
Un représentant IRDES
- 13H00 Déjeuner**
- 14H00 L'approche territoriale**
- **Gilles Poutout**, Chargé de mission hôpital à la CNAM-TS
- 15H45 Le management stratégique des territoires**
- **Gwen Marqué**, ARS Nord pas de Calais

Une méthode de management stratégique des territoires de santé pour organiser au mieux l'offre de soins en fonction des besoins de la population.
- 19H00 Dîner débat**
La performance : vers quels modèles ?
- **Gérard Parmentier**, président de l'UNHPC *
- **Dr Pierre Mardegan**, Urgentiste au CH de Montauban

* sous réserve de confirmation



ORIGINES DE LA RÉFLEXION : 3 CHANGEMENTS

- **Tarifification à l'activité**
 - Efficience et autonomie des établissements
 - Changement de posture entre la tutelle et les établissements
- **Disparition de la carte sanitaire**
 - Possibilités de définir les Objectifs quantifiés de l'offre de soins à partir des besoins consommés de la population
 - OQOS : Regulation territorial (besoins) ou de chaque établissement (économique) ?
- **Agence régionale de la Santé**
 - Structuration des filières de soins (CHT, GCS, maison de santé, réseau...)

Gwen Marque, ARS, POLE DE RECHERCHE EN SANTE
Publique EA 2098, ED 446

RISQUE MAJEUR

- Des établissements équilibrés
- Des groupements sans projets de santé ou de soins concrets
- Une baisse de la réponse aux besoins de soins des populations des territoires
 - ⇒ Contre-performance du système sanitaire par une augmentation des inégalités d'accès aux soins
 - ⇒ Absence de méthode et d'outils

Gwen Marque, ARS, POLE DE RECHERCHE EN SANTE
Publique EA 2098, ED 446

QUELQUES REPERES THEORIQUES

Gwen Marque, ARS, POLE DE RECHERCHE EN SANTE
Publique EA 2098, ED 446

CADRE THEORIQUE : NECESSITE D'UNE VISION GLOBALE DE LA PERFORMANCE ET NON UNIQUEMENT SANITAIRE, SITUER LE SYSTEME DE SOINS

Le diagramme illustre la contribution potentielle à la réduction de la mortalité (en pourcentage) et l'affectation actuelle des dépenses de santé aux Etats-Unis (en pourcentage). Les contributions potentielles sont : Biologie humaine (22%), Environnement (19%), Style de vie (43%), et Système de soins (11%). Les affectations actuelles sont : Biologie humaine (7.9%), Environnement (1.6%), Style de vie (1.5%), et Système de soins (50%).

Tiré de Dever G.E.A. "An Epidemiological Model for Health Policy Analysis". Soc. Ind. Res. 19-2, p. 465

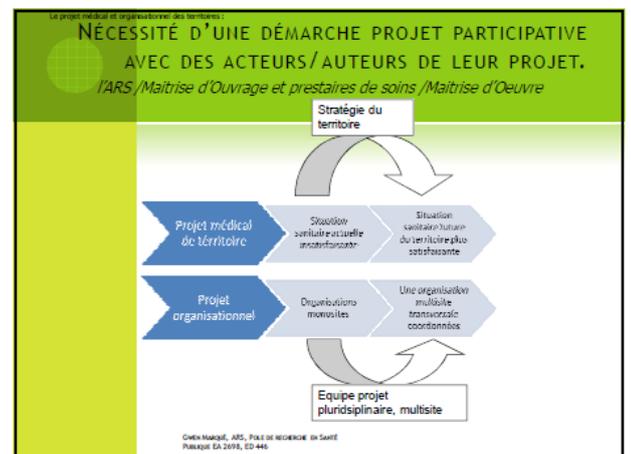
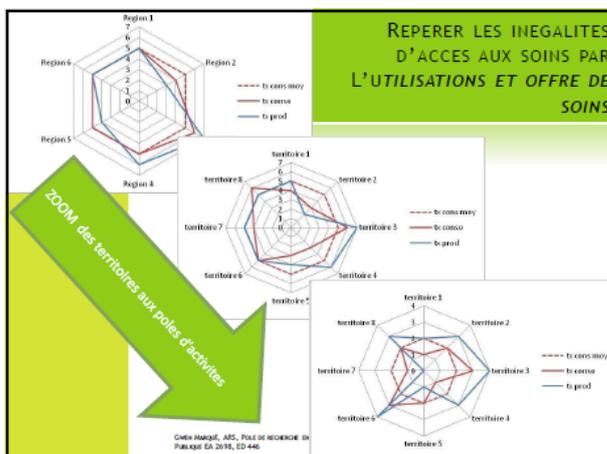
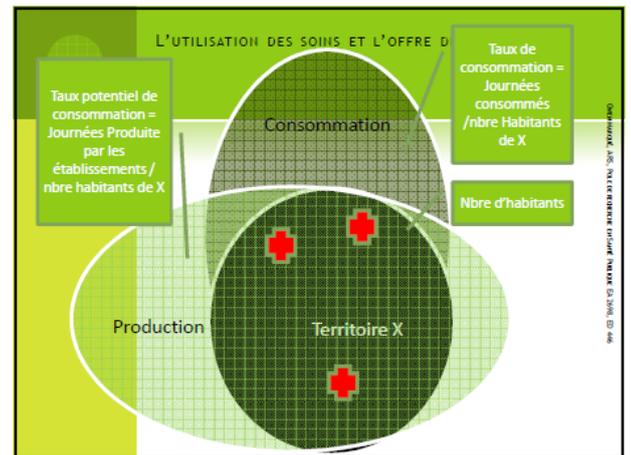
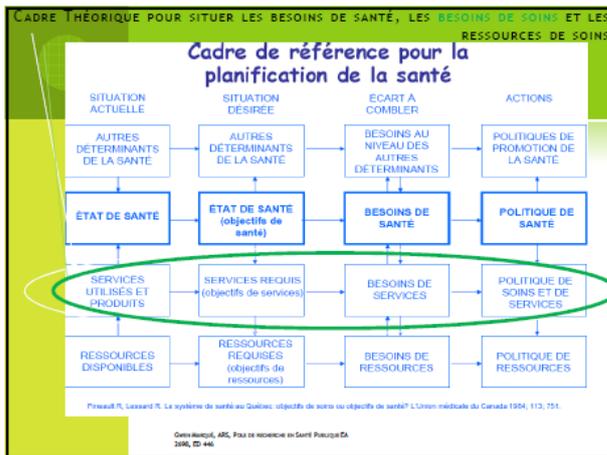
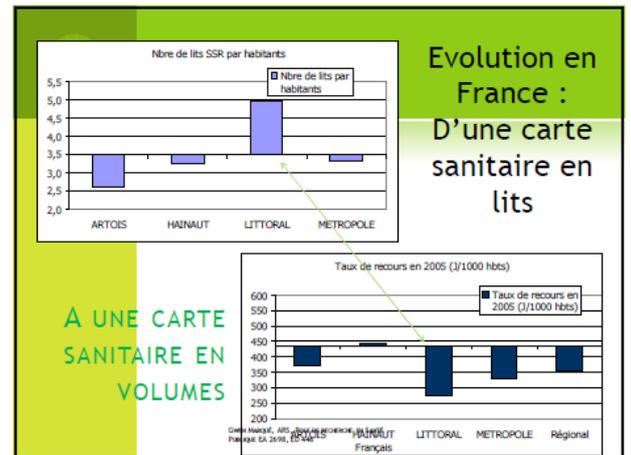
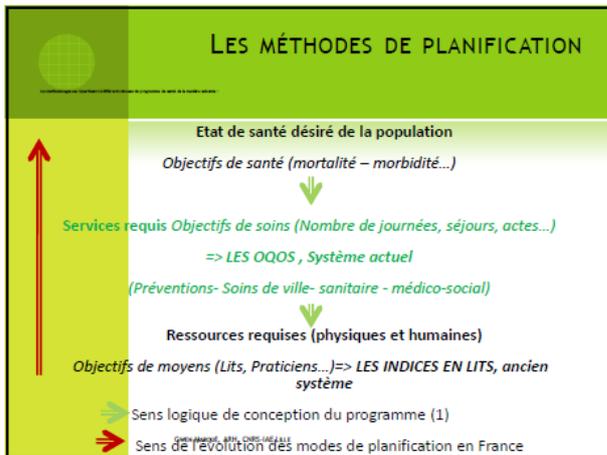
Gwen Marque, ARS, POLE DE RECHERCHE EN SANTE
Publique EA 2098, ED 446

LA NOTION DE BESOINS DE SOINS

« Les besoins de soins réels sont difficilement mesurables, c'est pourquoi il nous a été proposé plusieurs notions pour approcher la définition des besoins réels de soins » :

- Les besoins satisfaits et exprimés qui correspondent à la consommation de soins (mesurée par les données du PMSI, les taux d'occupation...)
- Les besoins diagnostiqués par un professionnel de santé (admission en affection longue durée, mortalité...)
- Les besoins ressentis par la population qui sont le reflet de la santé telle qu'elle est perçue par les individus (enquête décennale santé INSEE, enquête soins et protection sociale du CREDES...)

(1) Les différents besoins d'après Stevens A. et Rafferty, Health care Needs Assessment.
Gwen Marque, ARS, CHS-142 Lille

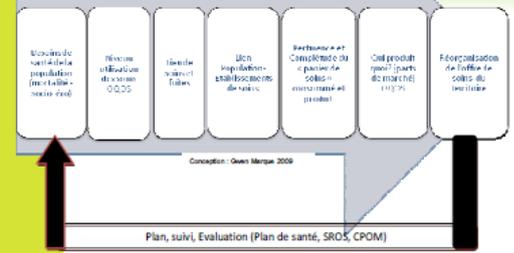


OBJECTIFS DU MANAGEMENT STRATÉGIQUE DES TERRITOIRES

- Identifier les inégalités d'accès aux soins par territoire (indicateur sanitaire et utilisation des soins)
- Caractériser le marché de chaque territoire
- Analyser les parts de marché et le potentiel de développement des offreurs de soins
- Partager l'analyse et Mobiliser les acteurs, puis définir une stratégie, (MOA/MOE)
- S'inscrire dans les outils règlementaires

Orion Marque, ABS, Pôle de Recherche en Santé
Publique EA 2698, ED 446

LES 7 ETAPES DE LA MÉTHODE



Orion Marque, ABS, Pôle de Recherche en Santé
Publique EA 2698, ED 446

TERRITOIRES ACTUELS



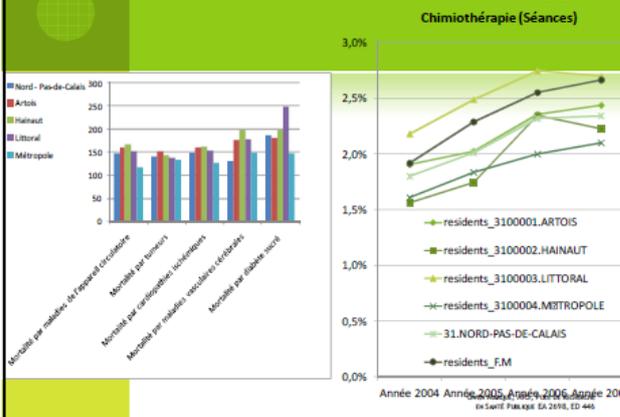
ETAPE 1 ET 2

- NIVEAU ETAT DE SANTE
- SUR ou SOUS-UTILISATION DES SOINS

Coherence

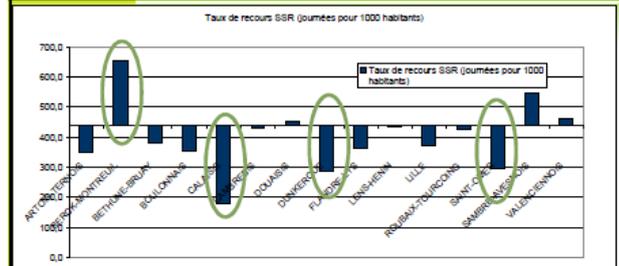
Orion Marque, ABS, Pôle de Recherche en Santé
Publique EA 2698, ED 446

CANCEROLOGIE : SURMORTALITÉ ET SOUS-UTILISATION DES SOINS



DISPARITÉ PAR ZONE DE PROXIMITÉ

TAUX DE RECOURS PAR ZONE DE PROXIMITÉ AVEC COMME AXE DES ABSCISSES LA CONSOMMATION NATIONALE (437 POUR 1000 HBTS)



ETAPE 3 ET 4

- Lieu de recours (local, fuite)
- Profil de marché (Ferme, ouvert)

Solutions locales ou delocalisees

GEMM MARQUÉ, ABS, Pôle de Recherche en Santé Publique EA 2616, ED 446

TYPOLOGIE DES TERRITOIRES : NIVEAU DE RECOURS GRADUES DES POPULATIONS

DEUXIEME ET TROISIEME RECOURS DES POPULATION DE CHAQUE ZONE DE PROXIMITE (NOMBRE DE SEJOURS MCO 2007) => LIRE EN COLONNE

Territoire	ARTOIS-TERNOIS-BERCK	BETHUNE-BRLAY	BOULONNAIS	CALAISIS	CAMBRESIS	DOUAISSIS	DUNKERQUE	FLANDRE-LYS	LENS-HENIN	LILLE	ROUBAIX-TOURCOING	SAINTE-OMER	SAMBRE-AVENOIS	VALENCIENNOIS	
ARTOIS-TERNOIS-BERCK	2297	1230	2845	48	27	1975	958	28	27	7765	459	80	215	17	36
BETHUNE-BRLAY	1965	2073	605	1720	687	145	150	291	105	295	257	88	818	88	133
BOULONNAIS	2317	207	85273	71	127	56	130	109	2398	7818	1172	66	2711	23	59
CALAISIS	216	12287	136	54521	12786	17	24	237	85	89	236	54	3587	7	26
CAMBRESIS	25	63	42	889	34554	6	7	998	20	24	67	30	314	4	5
DOUAISSIS	252	6	23	7	4	4661	1385	8	5	280	119	21	1957	1787	
DUNKERQUE	3111	39	155	35	17	2233	51707	46	8	5236	918	83	24	298	3602
FLANDRE-LYS	18	42	44	137	2434	24	59	71803	1534	40	357	78	278	20	54
LENS-HENIN	2	4	271	5	21	5	1	213	7090	5	165	26	354	1	5
LILLE	8881	237	8622	41	76	330	5932	55	58	93481	2991	60	431	37	92
ROUBAIX-TOURCOING	6570	1964	16786	3465	4458	6072	18900	10860	24648	22872	248305	48735	8825	6775	10280
SAINTE-OMER	294	89	375	93	149	315	731	400	331	503	20378	107838	113	233	477
SAMBRE-AVENOIS	143	936	1472	63	4376	6	10	2035	4155	52	125	42	25641	2	5
VALENCIENNOIS	15	5	4	11	1	379	37	7	8	15	122	37	5	78158	1234
Flandre-Lys	49	10	53	5	10	8468	8013	55	44	93	493	145	23	10186	123609
BERCK-MONTREUIL	5777	1540	913	10881	515	2056	279	301	1153	3453	1275	277	1215	1183	

TYPOLOGIE DES TERRITOIRES EN TERME DE « MARCHÉ »

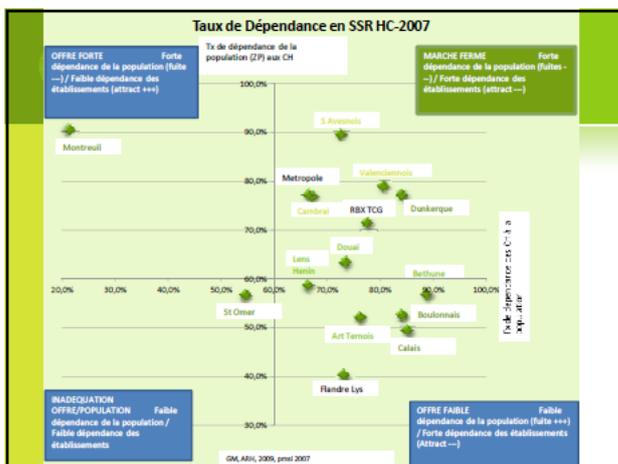
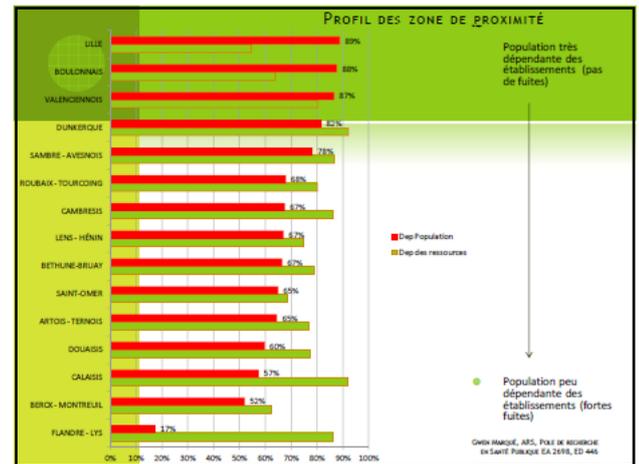
Le Taux de dépendance de la population (1) est la part des séjours consommés par la population du territoire dans les établissements de ce territoire (capacité des établissements à capter leur population) sur la totalité de la consommation de la population. La part nécessaire pour atteindre 100% constitue les fuites du territoire.

Le Taux de dépendance des ressources (1) est la part de la population recrutée dans le territoire sur le total de la population recrutée (capacité des établissements à recruter en dehors du territoire), la part nécessaire pour atteindre 100% constitue l'attractivité des établissements.

Les 2 indicateurs permettent de dresser un profil de marché de chaque territoire. Le type le plus performant (dépendance de la population près de 100% et dépendance des ressources autour de 60%) est celui de Lille ou du Boulonnais. La situation la plus fragile pour les établissements est celle de Flandre-Lys, avec une population très peu dépendante (elle va majoritairement en dehors du territoire) mais des établissements très dépendants de cette population.

(1) Approche populationnelle : Fondement théoriques et application pratique, R Pinault, PHD, Mylène Breton, MBA, postulant au PHD, Université de Montréal en sante publique, 2006

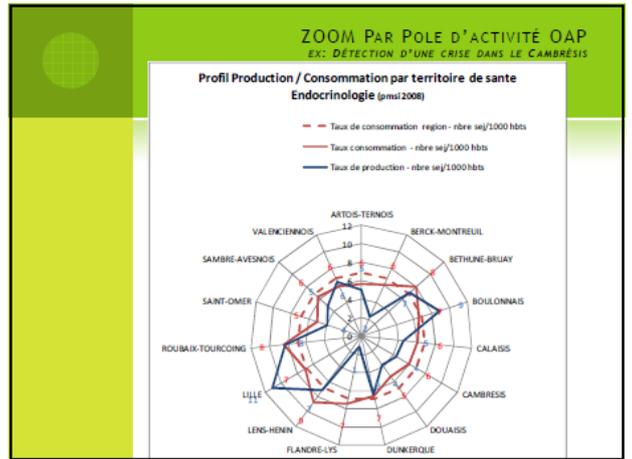
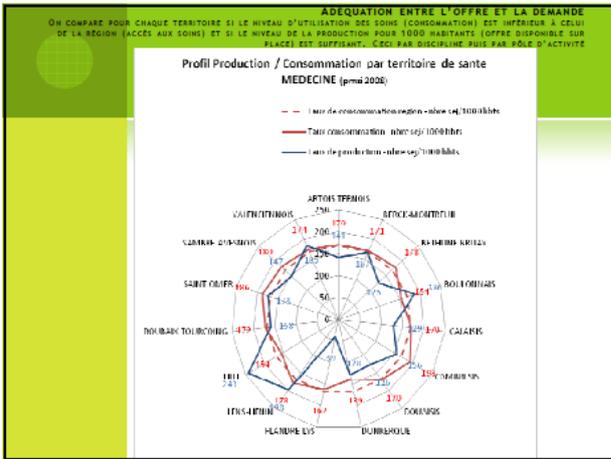
GEMM MARQUÉ, ABS, Pôle de Recherche en Santé Publique EA 2616, ED 446



ETAPE 5 ET 6

- Graphe d'adequation Offre / Demande (Ex : Faible acces aux soins et faible offre de soins)
- Parts de Marche (recherche de leaders, de complementarites)

GEMM MARQUÉ, ABS, Pôle de Recherche en Santé Publique EA 2616, ED 446



LES PARTS DE MARCHÉS POUR AIDER LES STRATÉGIES DE COOPÉRATION EXEMPLE DU CAMBRÉSIS

	AO-Endocrinologie
Année 2007	
NOMBRE DE SEJOURS PRODUITS (REGION)	
3100001 ARTOIS	22,6%
590006870.POLYCLINIQUE_SAINTE_MARIE	0,2%
590781571.CLINIQUE_DU_CAMBRÉSIS	0,0%
590781605.CH_CAMBRAI	2,1%
590781621.CH_LE_CATEAU-CAMBRÉSIS	0,2%
590813176.CLINIQUE_CHIRURGICALE_DES_HETRES	0,0%
3100002 HAINAUT	14,0%
3100003 LITTORAL	18,3%
3100004 METROPOLE	48,1%
NORD-PAS-DE-CALAIS	100,0%

Centre Hospitalier, AHS, Pôle de Recherche de Santé
Pauquès EA 2095, ED-446

LES PARTS DE MARCHÉ VISION PAR GROUPE

Groupe	ETABLISSEMENTS ET BASSINS	Med. 2007	Chir 2007
Artax		4,6%	5,3%
Générale Santé		3,5%	7,7%
Privé divers		2,0%	4,9%
Public Artois			
	590780052.CH_SOMAIN	0,3%	0,0%
	590783238.CH_DOUAI	3,1%	1,5%
	620100057.CH_ARRAS	3,3%	1,2%
	620100073.CH_BAPAUME	0,1%	0,0%
	620100551.CH_BETHUNE	3,5%	0,9%
	620100885.CH_DR.SCHAFFNER_DE_LENS	3,9%	1,9%
Total Public Artois		14,1	5,5
		24,3	23,4

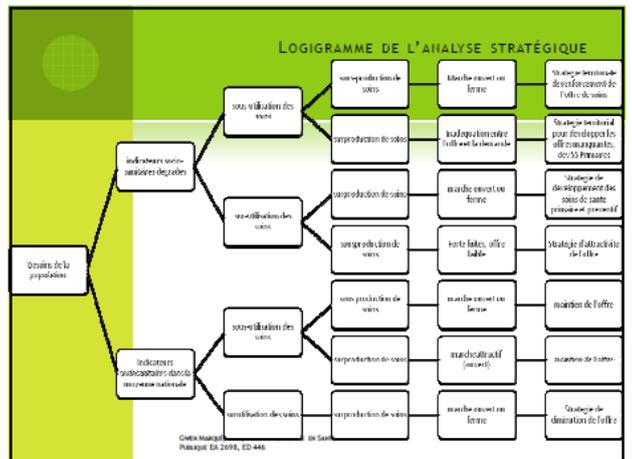
Centre Hospitalier, AHS, Pôle de Recherche de Santé
Pauquès EA 2095, ED-446

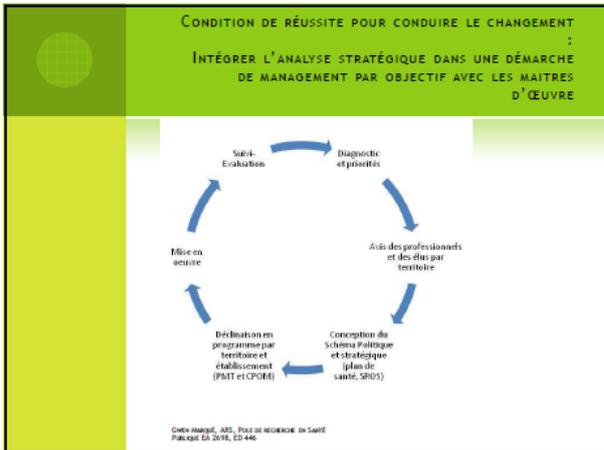
Force et faiblesse de la démographie médicale

	Discipline	Effectif total	Nbre de Med pour 100000 hbs (2006-2005) (pmi)	Taux de plus de 55 ans (50 à 55%)	Taux de libéraux et mixtes (50%)	Nbre de médecins par Praticiens	Nbre de séjours de Chirurgie par Praticiens
Lille	DD.Médecine générale	1 790	226	25%	63%	190	88
Arras	DD.Médecine générale	401	173	31%	65%	125	48
Berck-Montreuil	DD.Médecine générale	172	172	28%	68%	109	78
Valenciennes	DD.Médecine générale	563	161	27%	69%	193	67
Roubaix-Tourcoing	DD.Médecine générale	667	159	26%	70%	138	51
Boulogne	DD.Médecine générale	257	156	25%	77%	268	68
Dunkerque	DD.Médecine générale	395	151	28%	70%	134	50
Flandre Lys	DD.Médecine générale	176	148	24%	78%	34	8
Lens	DD.Médecine générale	545	148	24%	63%	166	57
Cambrai	DD.Médecine générale	260	148	28%	77%	145	66
Maubeuge	DD.Médecine générale	348	148	29%	66%	183	68
Douai	DD.Médecine générale	354	143	26%	74%	135	58
Saint-Omer	DD.Médecine générale	162	142	20%	79%	197	67
Bethune	DD.Médecine générale	399	140	30%	79%	148	52
Calais	DD.Médecine générale	202	125	29%	80%	127	58

Les 7P les moins pourvues en médecin généraliste sont Calais, Bethune et Saint-Omer. Lille, Arras et Berck - Montreuil sont les mieux pourvues.

Centre Hospitalier, AHS, Pôle de Recherche de Santé
Pauquès EA 2095, ED-446





CONDITIONS AUX LIMITES

Analyse stratégique testée

- au niveau des régions et de l'interregion
- Au niveau des territoires de santé (1 millions – 100 000 hbts)
- Sur les "petit" territoires (ex PRE Denain, Armentiere)

CHEN HANQUÉ, ARS, POLE DE RECHERCHE EN SANTE
PARQUAI EA 2070, ED 446

PERSPECTIVES

- Rendre globale la démarche en intégrant l'utilisation des soins ambulatoires et du médico-social pour une typologie complète des territoires
- Enrichir l'inégalité d'accès aux soins avec les indicateurs de délais et les indicateurs financiers
- Compléter avec des indicateurs socio-sanitaires plus pertinents (mortalité évitables...)
- Approfondir les facteurs influençant l'utilisation des soins et les liens indicateurs de santé-indicateurs de soins

CHEN HANQUÉ, ARS, POLE DE RECHERCHE EN SANTE
PARQUAI EA 2070, ED 446

DÉVELOPPER LA DÉMARCHE

- Développer l'analyse stratégique territoriale dans les ARS pour améliorer la performance du système de santé
 - Inégalité d'accès aux soins (PRS, SROS, CPOM)
 - Appui aux PRE (ex du CH de Denain, Armentieres)
 - Appui aux réorganisations et filières (CHT, Maisons reseaux)
- Groupe inter – ARS basé à l'ANAP (perf Offre)
- Produire un guide methodologique et formation

(Quel position dans les ARS => Offre de soins ou strategie)
- Collaboration ATIH (Outils Parthage, Parthage decision, Diamant...) + Bases AM

CHEN HANQUÉ, ARS, POLE DE RECHERCHE EN SANTE
PARQUAI EA 2070, ED 446

Colloque 4 : Présentation au Colloque National ANAP Coopération territoriale en santé du 15 mars 2011



→ Pour plus de renseignements sur le Guide méthodologique des coopérations territoriales : alain.arnaud@anap.fr

COLLOQUE « COOPÉRATIONS TERRITORIALES EN SANTÉ »

Mardi 15 mars 2011
Espace Saint-Martin, Paris 3^e

Lieu
Espace Saint-Martin
199 bis, rue Saint-Martin
Paris 3^e

Accès

Métro : Rambuteau (ligne 11), Étienne Marcel (ligne 4), Réaumur Sébastopol (lignes 3 et 4), Arts-et-Métiers (lignes 3 et 11)
RER : Les Halles (RER A, B et D)
Bus : lignes 29-38-75

Agence Nationale d'Appui
à la Performance des établissements
de santé et médico-sociaux

23, avenue d'Alsace 75013 Paris
01 57 27 12 00 - contact@anap.fr
www.anap.fr



« COOPÉRATIONS TERRITORIALES EN SANTÉ » Colloque du 15 mars 2011

PROGRAMME

9h	Café d'accueil
9h30	Ouverture
9h35 - 10h	Le projet médical, point de départ des coopérations <i>Francis Fellinger, président de la conférence des présidents de CME de centres hospitaliers</i>
→ THÈME 1 : OUTILS DE COOPÉRATION	
10h - 10h30	Présentation du « Guide méthodologique des coopérations territoriales » publié par l'ANAP et la DGOS. <i>Alain Arnaud et Héliane Lehericqy, ANAP</i>
10h45 - 12h15	Table ronde animée par <i>Alain Arnaud, ANAP</i> Participants : - GCS pharmacie à usage intérieur des EHPAD du Territoire de Belfort : <i>Sophie Armand-Brangez, praticien hospitalier</i> - GIP Réseau des acheteurs hospitaliers d'Île-de-France : <i>Dominique Legouge, directeur du GIP Resah-idf</i> - Convention HAD – CHU Association HAD Santé Relais Domicile 31 (Haute-Garonne) : <i>Martine Semat, directrice</i> - Le point de vue des fédérations : <i>Olivier Paul, délégué national de la FNEHAD; René Gaillet, responsable du pôle Organisation sanitaire et médico-sociale de la FHF</i>
12h15 - 12h45	Apports de la télémédecine en matière de coopération territoriale. <i>Marie Lajoux, DGOS; Béatrice Falise-Mirat, directeur associé ANAP</i>
12h45 - 14h	Déjeuner

→ THÈME 2 : COOPÉRATION ET PERFORMANCE TERRITORIALE

14h - 14h30	La coopération, levier de la performance <i>Jean-Louis Vaez Oliveira, directeur général du groupe UGECAM</i>
14h30 - 16h15	Table ronde animée par <i>Véronique Billaud, directeur associé ANAP</i> Participants - Présentation d'une méthodologie originale pour l'élaboration d'un projet médical de territoire : <i>Gwen Marque, délégué territorial du Hainaut - ARS du Nord-Pas-de-Calais</i> - Élaboration et mise en œuvre d'un projet de CHT, la CHT Saint-Malo, Dinan, Cancale : <i>Laurent Donadille, directeur de la communauté hospitalière de territoire Rance Emeraude; Nathalie Guyader, déléguée territoriale d'Ille-et-Vilaine - ARS Bretagne</i> - Mise en œuvre de projets régionaux de télésanté : <i>Fabien Laleu, directeur du département de la stratégie - ARS Limousin; Jean-Christophe Doux, directeur du GCS Epsilim</i> - Le point de vue des usagers : <i>Christian Saout, président du CISS</i> - Le point de vue des fédérations : <i>Elsa Ptakhine, responsable du pôle Droit et Organisation de la FHP; Yves-Jean Dupuis, directeur général de la FEHAP</i>
16h20	Présentation du dispositif d'accompagnement DGOS-ANAP pour la constitution de CHT et de GCS <i>Yannick Le Guen, sous-directeur du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins.</i>
16h50	Conclusion <i>Christian Anastasy, directeur général de l'ANAP</i>

Interventions au titre d'expert pour le Ministère de la santé : Membre du Groupe National sur la pertinence des soins, Séminaire sur la régulation des soins (CNAMTS – Secrétariat général - DGOS – DGS), Séminaires inter ARS SUD et NORD.

DES OQOS au IPA l'Expérience du Nord-Pas-de-Calais

Groupe National sur la pertinence des soins

Gwen MARQUE
Délégué Territorial, ARS Nord-Pas-de-Calais
Centre de recherche en santé publique
EA 2004 (U-46) UMR-2
gwen.marque@arsnpc.fr

Constats de limites de la planification classique

- La T2A , (outil de repartition de moyens et non de regulation/planification)
- La planification des moyens (carte sanitaire)
- L'analyse des territoires limitée pour les coopérations et restructurations

=> Risque d'augmentation de l'inequité d'accès aux soins

Risques

Organisation des soins independamment des besoins de la population d'un territoire
(ex : Parts de marches et non utilisations des soins)

Efficiency des etablissements mais pas des territoires

Perte de sens pour les outils de la loi (CHT, GCS, CLS, MS, PTS....)

Apport de l'approche bx recours (OROS...)

- Prise en compte de criteres de besoins des population des territoires (Utilisation des soins, etats de sante)
- Approche basee sur une optimisation de l'accès aux soins (1ier critere d'efficience)
- Comparaison entre tous les territoires de france (Equite possible)

Evolution en France : D'une carte sanitaire en lits

A une carte sanitaire en volumes

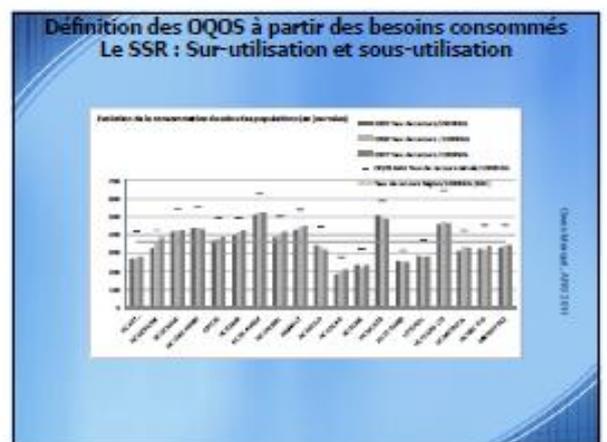
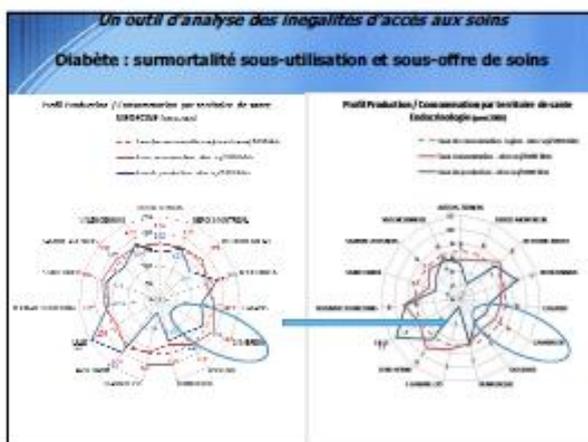
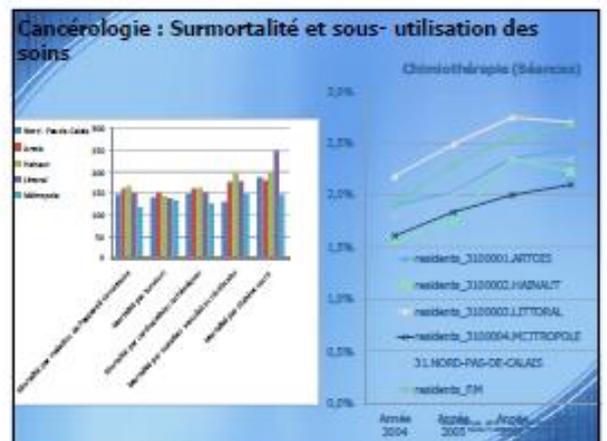
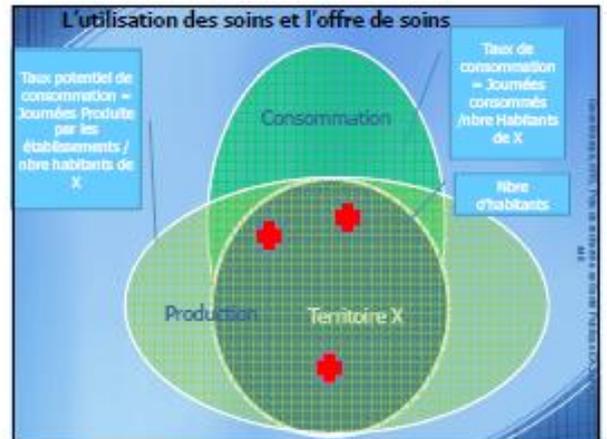
Cadre théorique pour situer les besoins de santé, les ressources de soins et les ressources de soins

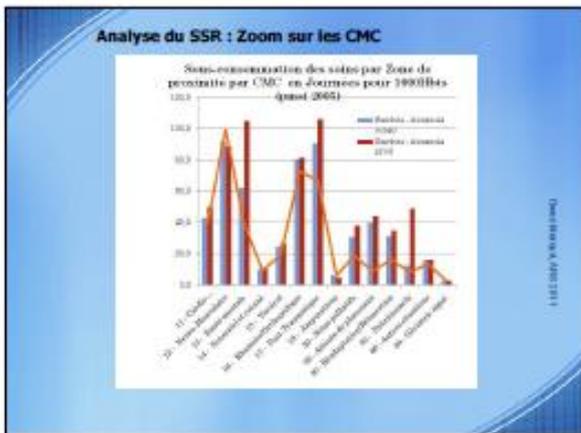
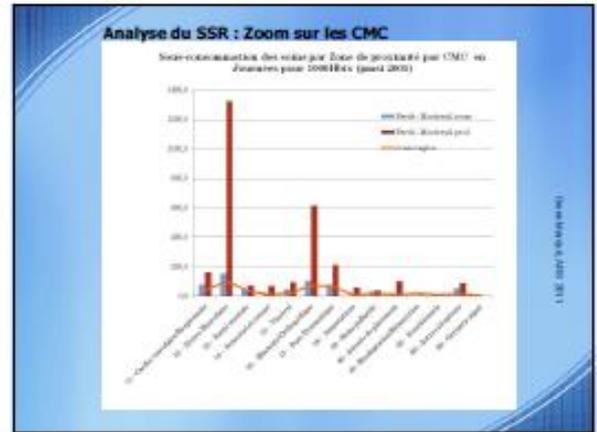
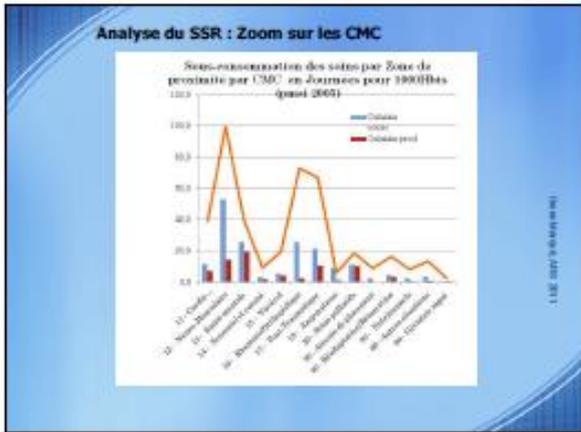
Cadre de référence pour la planification de la santé

STABILITE ACTUELLE	SITUATION DIVERGE	SCENARIO A COURT TERME	ACTIONS
ACTES DE TERRITOIRES DE LA SANTE	ACTES DE TERRITOIRES DE LA SANTE	BESOINS AU NIVEAU LOCAL AUTRES TERRITOIRES	POLITIQUE DE RESTRUCTURE LA SANTE
ETAT DE SANTE	ETAT DE SANTE (ajusté au service)	BESOINS DE SANTE	POLITIQUE DE SANTE
SERVICES UTILISES ET PRODIGES	SERVICES PRESTES (capacité de services)	BESOINS DE SERVICES	POLITIQUE DE SOINS ET DE SERVICES
RESSOURCES DISPONIBLES	RESSOURCES REQUISES (capacité de ressources)	BESOINS DE RESSOURCES	POLITIQUE DE RESSOURCES

Exemple d'analyse a partir des Taux de recours

Stéphane Marquet, ANRS, Pôle de recherche en Santé Publique (P3-2004, 40-44)





Exemple de l'utilisation des OROS

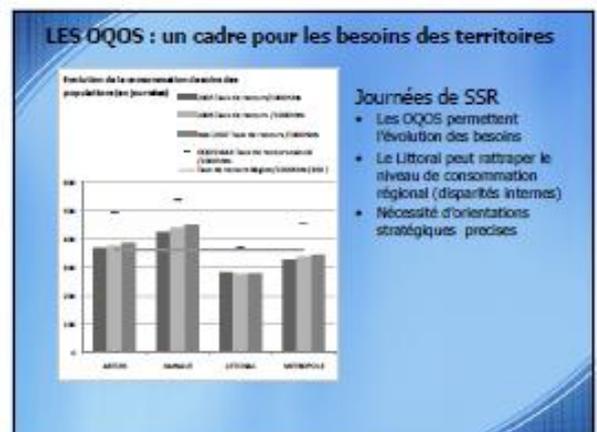
- Une expression des besoins consommés des territoires
- Des repères pour les coopérations et les productions des établissements

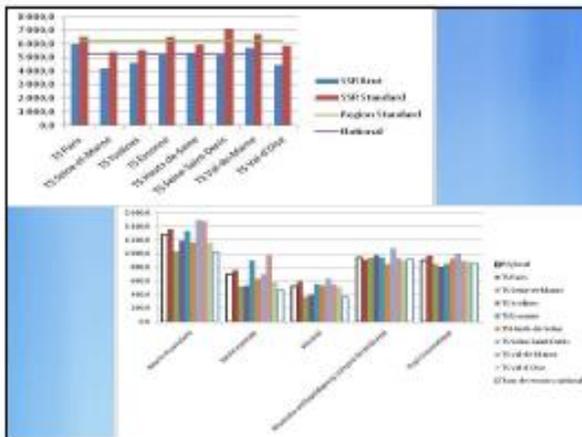
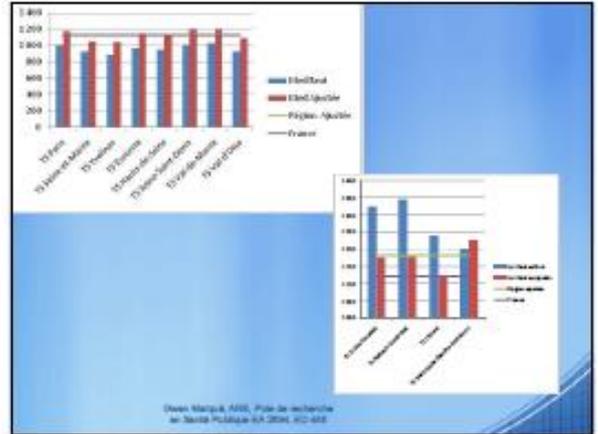
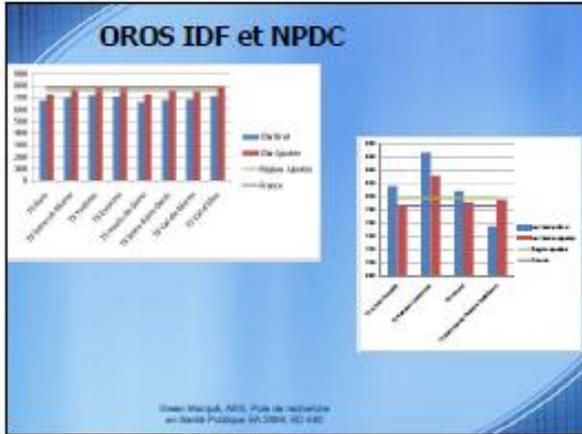
Stéphane Maréchal, ARS, Pôle de recherche et Santé Publique SA 2006, 022 422

Une méthode des OQOS axée "Besoins des territoires"

- Analyse à partir des tx de recours / Etat de santé
"The proof of access is use of service, not simply the presence of a facility." (Donabedian)
- La définition d'une stratégie de production à partir de l'utilisation des soins
- Une gestion des volumes des établissements basée sur
 - Des règles du jeu définies en amont
 - Un échange annuel
 - La mise à jour annuelle en dissociant les mouvements de parts de marchés et les "abus"

Stéphane Maréchal, ARS, Pôle de recherche et Santé Publique SA 2006, 022 422





MERCI

Grenoble Alpes, ARS, Pôle de recherche en Santé Publique EA 2049, 302-402

Formation : Intervention à l'Institut des Hautes études de protection sociale
4^{ème} Cycle « Les nouveaux enjeux économiques et sociaux des politiques de
couverture santé » le 21 mars 2013

Session 7

21 mars 2013

Du fonctionnement de l'hôpital à l'organisation des filières de soins

Matin

- L'activité et les problèmes de l'hôpital en France : vision d'ensemble
Pierre BOISSIER (*IGAS*)
- Les enjeux actuels de la politique des établissements de santé
Jean DEBEAUPUIS (*DGOS*)
- Table ronde : La tarification à l'activité : point actuel, évaluation et enjeux
Alain COULOMB
Gérard de POUVOURVILLE (*ESSEC*)
Pr Laurent SEDEL (Mouvement de défense de l'hôpital public)

Après- midi

- Les problèmes d'organisation et d'efficacité des parcours de soins
Dominique LIBAULT (*EN3S*)
- Table ronde : Comment améliorer l'organisation et la qualité des soins à l'hôpital ?
Thomas Le LUDEC (*HAS*)
Jean de KERVASDOUÉ (*CNAM*)
Pr Francis FELLINGER (ancien Président de la conférence des Présidents de CME des centres hospitaliers)
- Table ronde : Peut-on et comment globaliser et « fluidifier » les prises en charge
entre ville et hôpital ?
Marie-Dominique LUSSIER (*ANAP*)
Pr Serge GILBERG (*Université Paris Descartes*)
Gwen MARQUÉ (*ARS Nord-Pas-de-Calais*)

Projet SIRIC

Proposition de contribution

Intitulé de la contribution

Elaborer un outil de mesure et de régulation de l'inégalité d'accès aux soins par une action sur l'offre de soins à partir de l'état de santé, de l'utilisation des soins et de la production de soins.

Présentation de la contribution (*merci d'insister sur les problématiques, les spécificités et les points forts de la contribution*)

L'équité est une préoccupation de tous les pays de l'OCDE. La France à la fin des années 90 a mis en place la péréquation, mécanisme ponctuel créant des inégalités territoriales de l'offre de soins pour répondre à des inégalités de répartitions de besoins. Ce système était basé sur le concept d'équité horizontale.

Le système de santé français devrait depuis la mise en place de la T2a permettre aux régions d'adapter par le marché l'offre à la demande. Cependant, la liberté d'installation (inégalité de répartition de l'offre), le mode de tarification national unique, les effets induits sont autant de facteurs qui font que l'offre ne peut s'adapter à la demande uniquement par le marché (marché créé artificiellement par la T2a).

L'abandon de la carte sanitaire permettait a minima d'intégrer dans l'organisation des soins des critères d'égalité d'accès aux soins par territoire de santé. Les Objectifs Quantifiés de l'Offre de Soins permettent d'intégrer dans l'organisation des soins des critères d'équité par territoire par la prise en compte de l'utilisation des soins. La difficulté de mise en place des OQOS fait qu'il n'existe pas de système de régulation de l'accès aux soins systématique comme contre-pouvoir d'une régulation par les marchés potentiellement inégalitaires et inéquitable.

L'objectif est donc de proposer un outil de mesure et de régulation de l'inégalité d'accès aux soins à partir d'une action sur l'offre de soin. Elle implique aussi la prise en compte des jeux d'acteurs dans le changement de l'offre de soins.

Le modèle d'abord général s'appliquera ensuite à des sous-spécialités dont le cancer.

Méthodes :

- Analyse descriptive (factorielle) pour montrer l'hétérogénéité de profil des régions
- Analyse explicative modélisation linéaire (régression linéaire / Poisson) pour étudier les facteurs explicatifs de la consommation de soins et le lien avec la production
- Elaboration d'un algorithme décisionnel
- Elaboration d'une démarche d'action sur l'offre avec la prise en compte des jeux d'acteurs (Psychosociologie des organisations)

Données
Base PMSI nationale stabilisée version 10 sur 4 années.
Taux consommation / production par classe d'âge standardisé
ICM Précoce standardisée France
Indicateurs socio-économiques
Taux de fuite du territoire
Consommation de soins ambulatoires / HAD
Attractivité du territoire
Démographie médicale
Consommation médicale libérale
ALD

Mots-clefs

Inégalité d'accès aux soins & Utilisation des soins & Offre de soins & Territoire

Collègues concernés

Nom	Prénom	Laboratoire	Statut	Discipline	Mail
Marqué	Gwen	EA 2694	Doctorant	Santé Publique	gwen.marque@ars.santé.fr
Dervaux	Benoit				
Duhamel					

Travaux préparatoires à l'analyse nationale (Document de travail)

ANALYSE DES TAUX DE RECOURS PAR TRANCHE d'AGE (septembre 2009)

Principe méthodologique pour rétablir les hypothèses de travail pour la typologie des régions françaises

Pour analyser les taux de recours par tranche d'âge, on regroupe les régions à partir de trois critères : le niveau de consommation de soins standardisé par âge et par sexe, l'Indice comparatif de la mortalité, le Taux de production standardisé par âge et par sexe.

1/ Si la consommation de soins est inférieure à la moyenne nationale et que la production est inférieure à la moyenne et que l'ICM précoce est supérieur à 100 alors on pose l'hypothèse d'une sous-consommation.

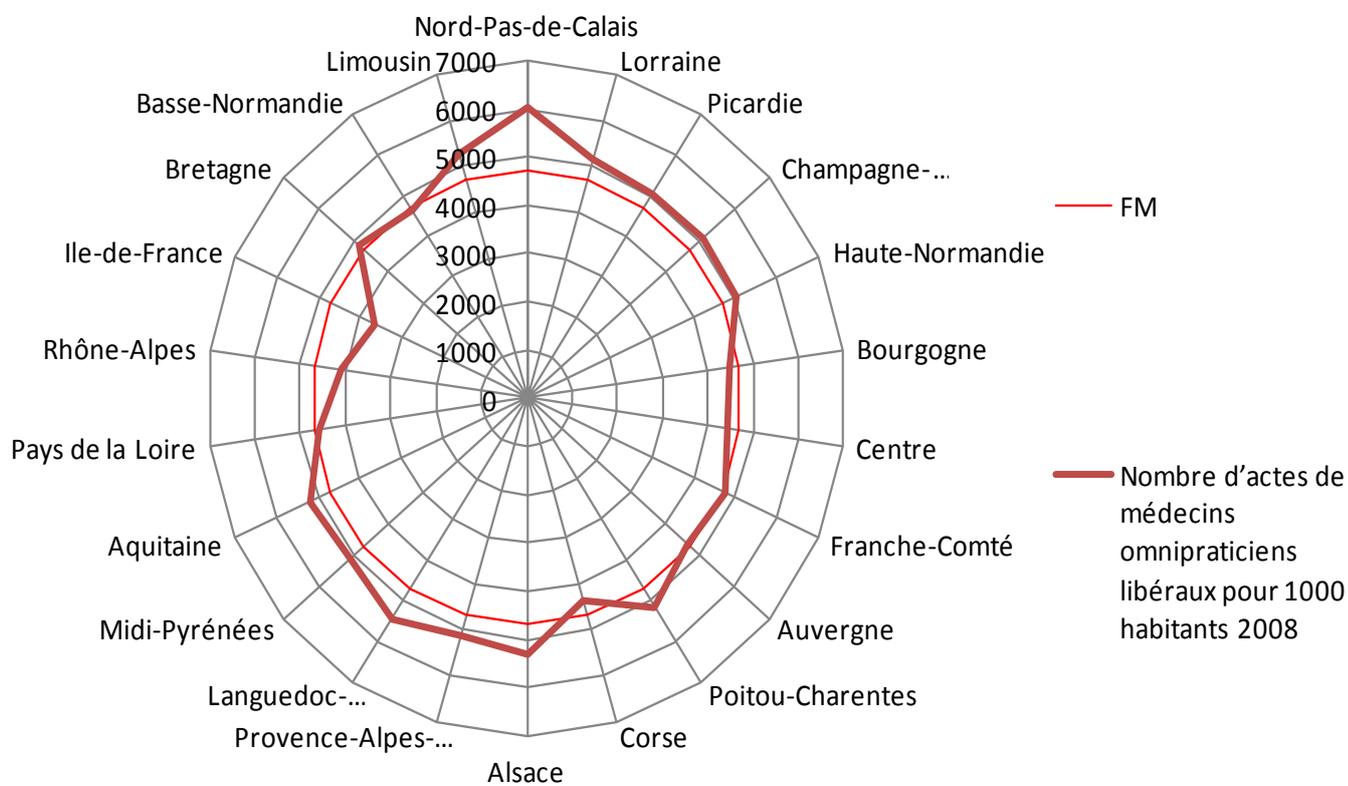
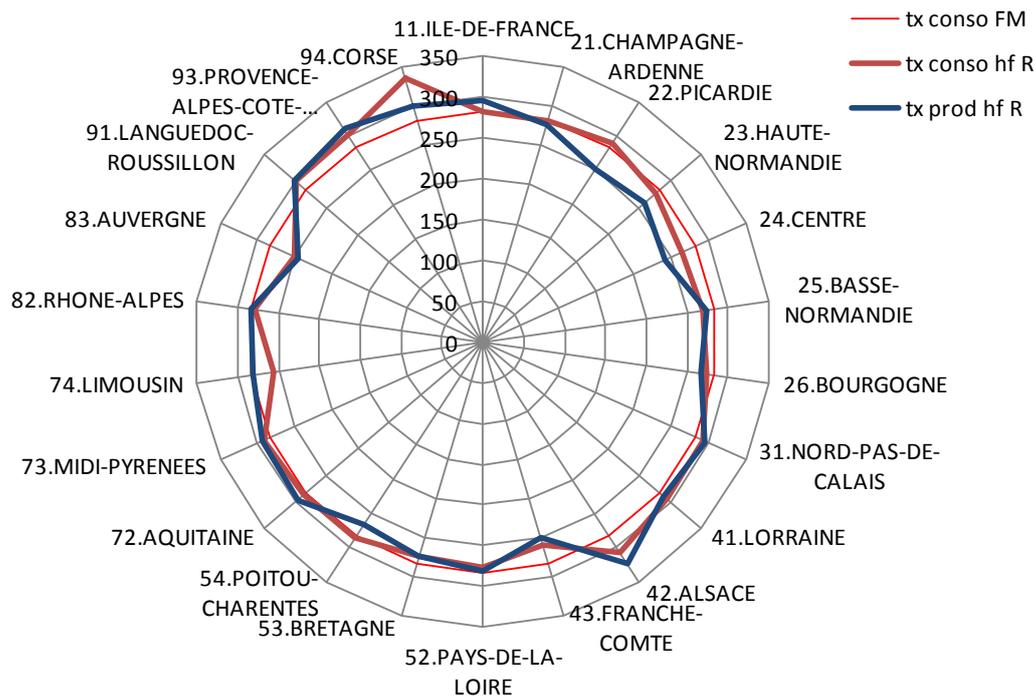
2/ Si la consommation est inférieure à la moyenne nationale et que la production est supérieure à la consommation, on pose l'hypothèse d'une consommation faible de soins sans pour autant laisser apparaître un problème d'accès aux soins.

3/ Si la consommation est supérieure à la moyenne nationale et la production supérieure à la consommation et que l'ICM précoce est supérieur à 100, alors on pose l'hypothèse d'un problème d'état de santé qui génère une forte consommation.

4/ Si la consommation est supérieure à la moyenne nationale et que la production est supérieure à la consommation et que l'ICM précoce est inférieur à 100, alors on pose l'hypothèse d'un effet induit de la demande par l'offre.

Source : La base de données est la base Nationale PMSI de 2004 à 2008 de l'outil Parhtage Décision conçu par l'ATIH dont j'ai été l'unique utilisateur. Ce travail a permis d'apporter des éléments pour faire évoluer SNATIIH (e-PMSI)

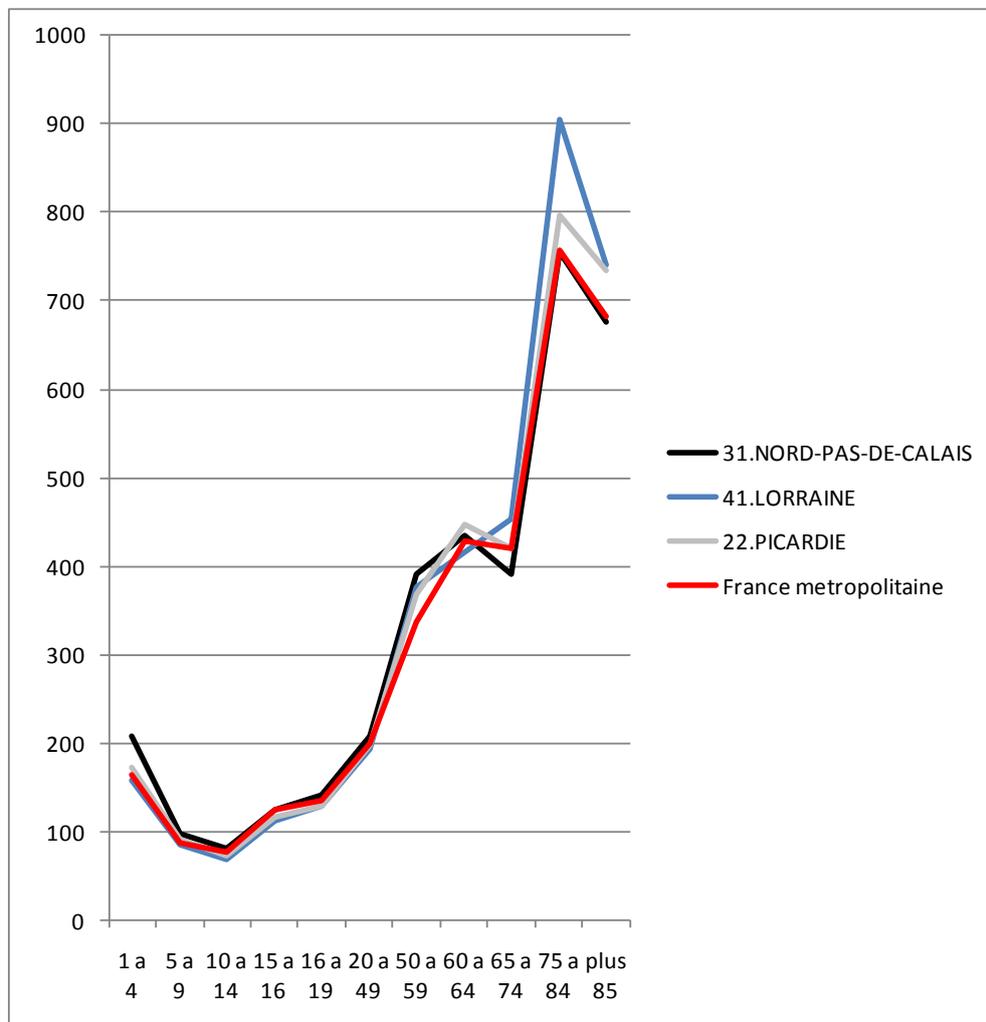
Recours et production de soins Hospitalier 2008 hf



Hypothèse 1 : Les régions qui présentent un accès tardif aux soins et une surconsommation à cause d'un mauvais état de santé.

La population a un ICM précoce supérieur à 100, la consommation de soins est globalement supérieure à la moyenne française et n'est pas freinée par la production.

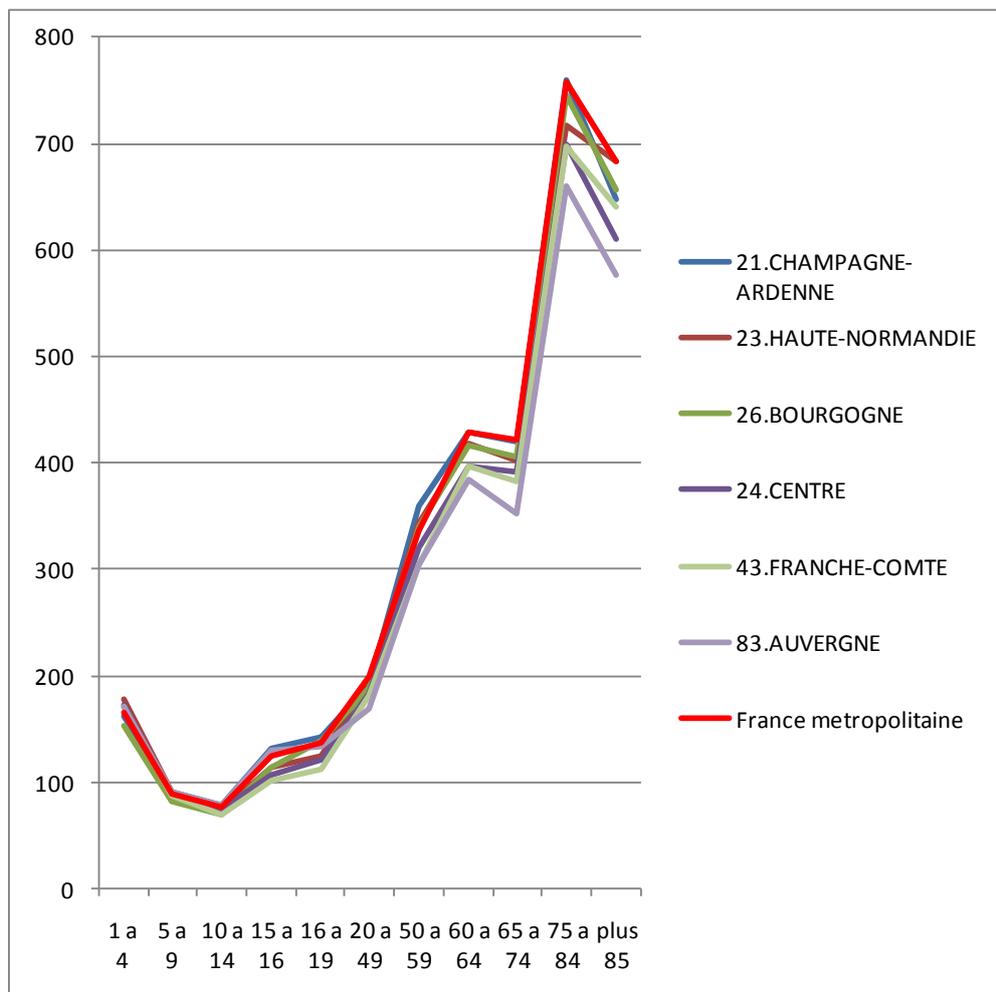
Ces régions surconsommant des soins de ville qui sont eux-mêmes saturés en production.



On constate l'irrégularité de la consommation avec une surconsommation dans la tranche d'âge 50-59 ans

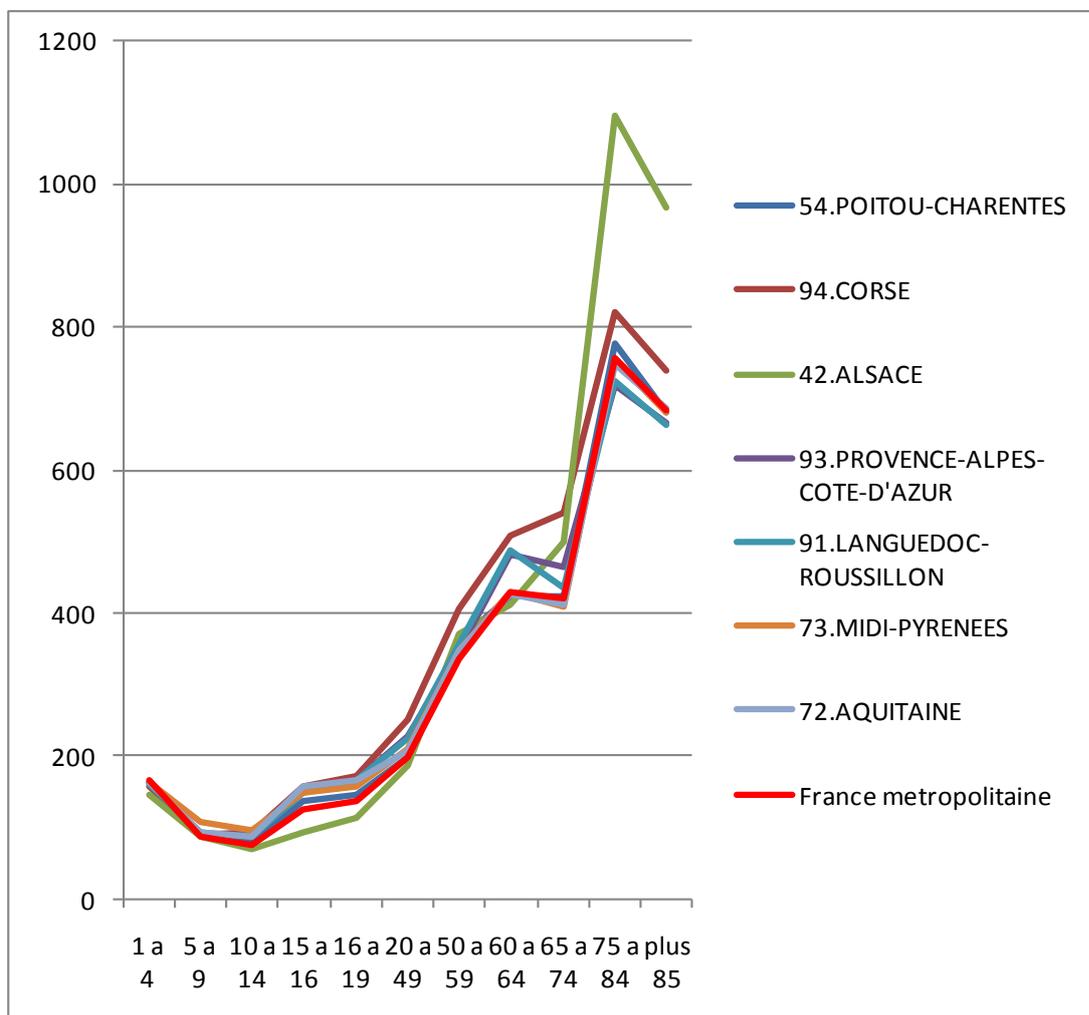
Hypothèse 2 : Les régions qui présentent un mauvais accès aux soins. La consommation est inférieure à la moyenne française et semble freinée par la production qui est inférieure à la consommation. La plupart de ces régions ont un ICM précoce supérieur à 100 (sauf la Franche-Comté)

La Champagne-Ardenne et la Haute Normandie présentent une surconsommation de soins de ville, toutes les autres régions ont des profils de sous-consommation des soins de premiers recours.



Hypothèse 3 : Ces régions ont un profil de surconsommation induit par l'offre de soins pour les soins hospitaliers et pour les soins de ville. La consommation est supérieure à la moyenne française et l'offre de soins est supérieure à la consommation.

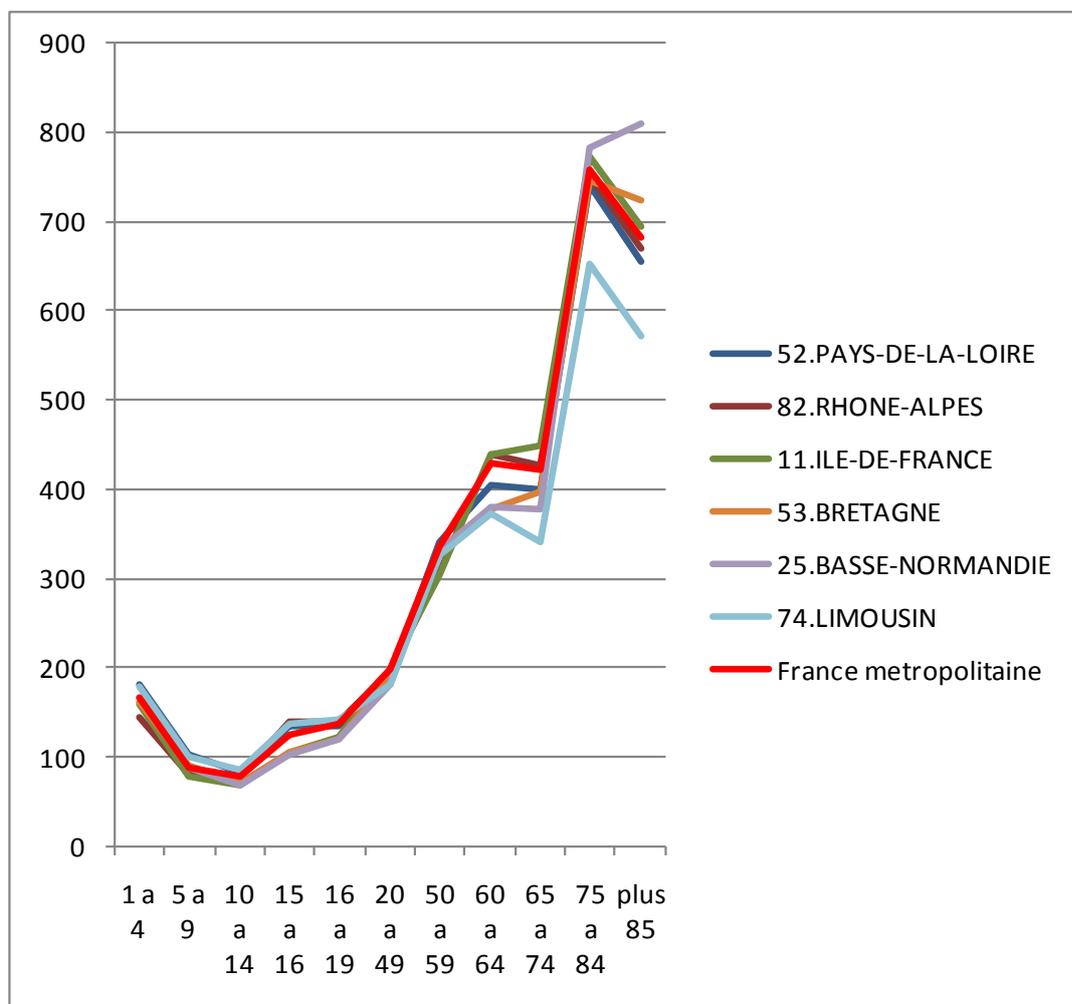
La plupart de ces régions ont des ICM précoces inférieures à 100.



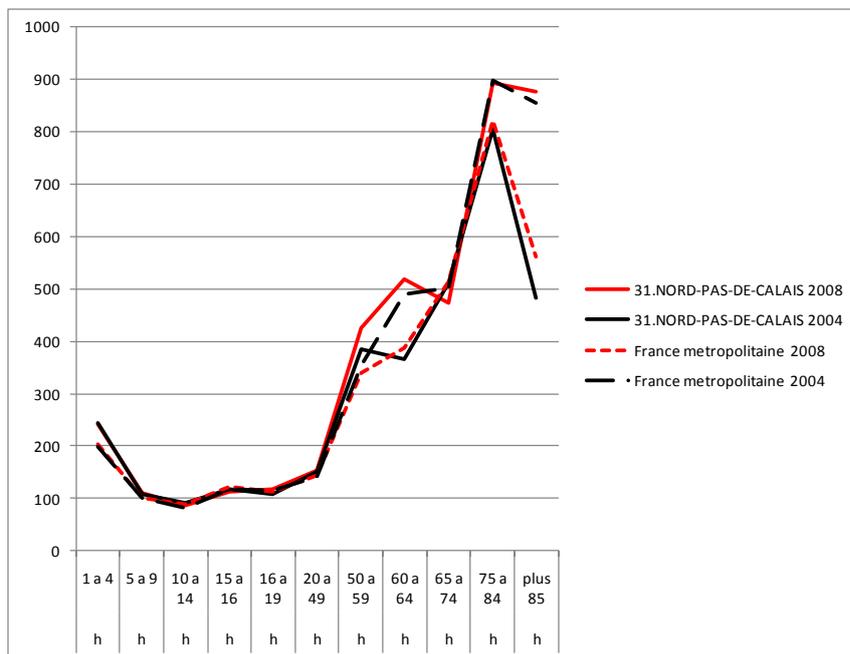
Hypothèse 4 : Le dernier profil est celui des régions qui consomment peu de soins sans être gênées par l'offre de soins.

La Bretagne et le Limousin présentent une surconsommation de soins de ville contrairement aux autres régions de ce groupe

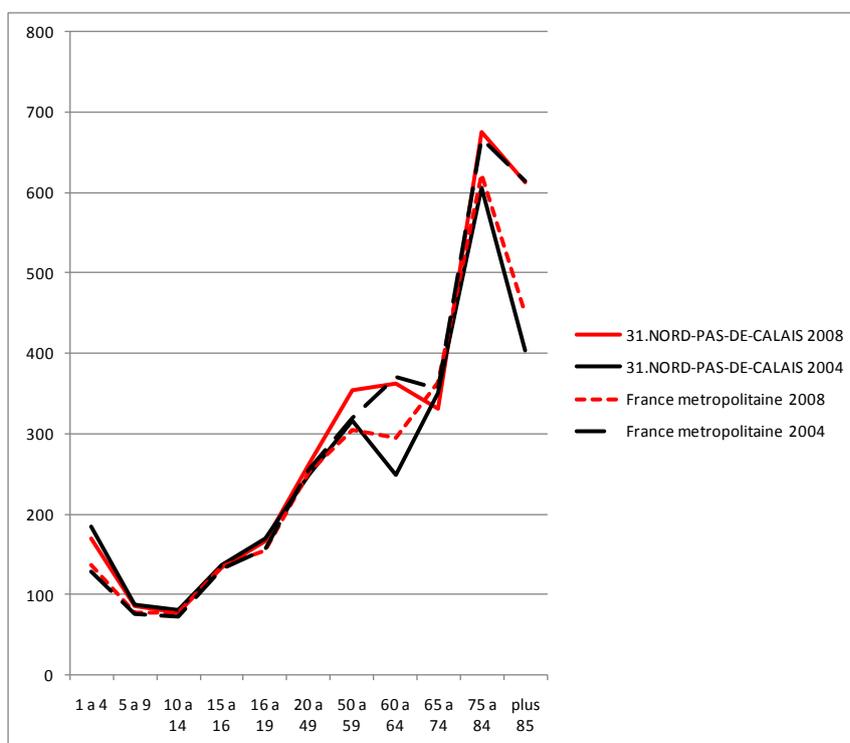
La Bretagne et la Haute Normandie ont un ICM précoce supérieur à 100.



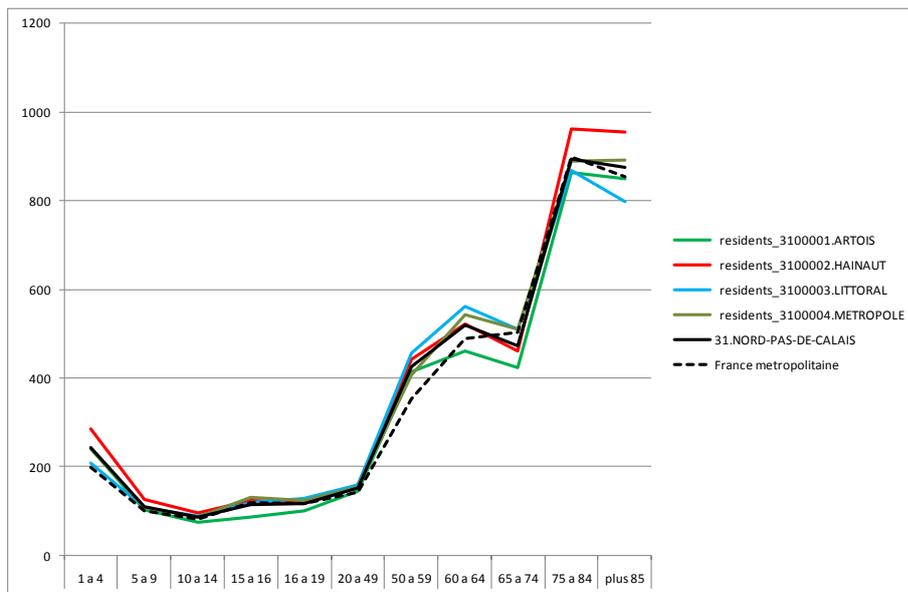
Evolution 2004-2008 de la consommation par âge, hommes Nord-Pas-de-Calais (PMSI Stabilisé, Partage-décision ATIH)



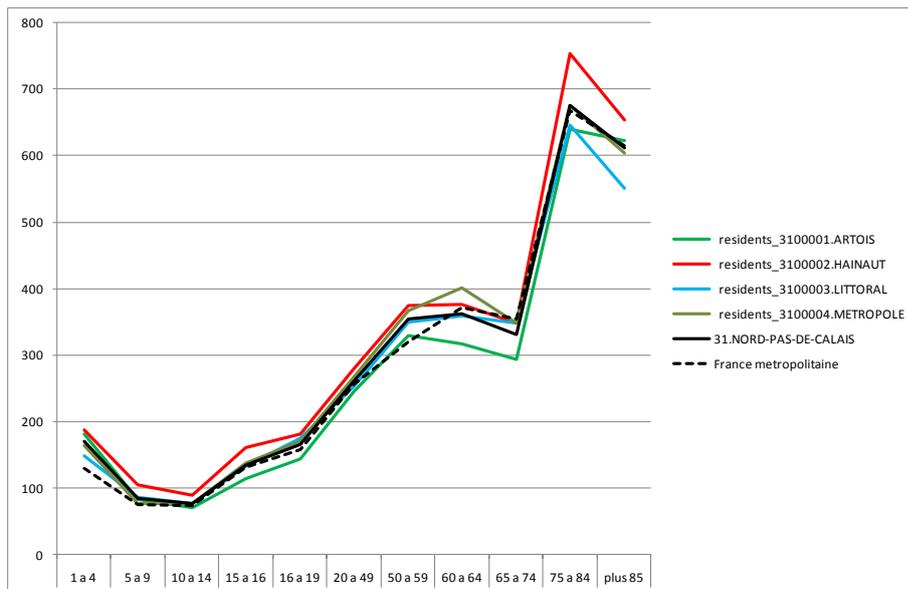
Evolution de la consommation par âge, hommes Nord-Pas-de-Calais (PMSI Stabilisé, Partage-décision ATIH)



Taux de recours par âge par bassins de vie, hommes Nord-Pas-de-Calais, non standardisé



Taux de recours par âge par bassin de vie, femmes Nord-Pas-de-Calais, non standardisé



9. La bibliographie

-
- i Ellen Nolte and C.Martin McKee, In Amenable Mortality-Deaths Avoidable Through Health Care-Progress In The US Lags That Of Three European Countries, Health Affairs, N° 2012, August 29, 2012.
- ii Sandrine Danet, L'état de santé de la population en France, rapport de suivi de la loi de santé publique 2011, Etude et Résultat N°805, DREES, juin 2012
- iii Thérèse Lebrun et Jean-Claude Saily, « L'évolution des systèmes de soins et d'assurance maladie », Ceras - revue Projet n°263, Septembre 2000.
- iv 6ème édition de l'enquête nationale ObÉpi-Roche, réalisée de janvier à mars 2012 sur un échantillon de plus de 25 000 personnes âgées de 18 ans et plus, représentatif des ménages ordinaires
- v Sous la direction de J de Kervasdoue et Henri Picheral, Carnets de santé de la France 2004, Santé et territoires, éditions DUNOD, Paris, 2004
- Rican S., Salem G., 2009 - Inégalités spatiales de santé en France, in Traité d'Économie et de gestion de la santé, P.L. Bras, G. de Pourville, D. Tabuteau. Presse de Sciences po.
- vi Etude de l'OCDE sur les politiques de santé, Optimiser les dépenses de santé, OCDE 2010.
- vii Wilkinson R., The Spirit Level. Why Equality is Better for Everyone, London, Penguin Books, 2010.
- ix Marie-Anne Le Garrec, Malik Koubi, Annie Fenina, 60 année de dépenses de santé, une rétopolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010, Etudes et Résultats N°831, DRESS, Février 2013
- x Etude de l'OCDE sur les politiques de santé, Optimiser les dépenses de santé, OCDE 2010.
- xi Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE 2005 –ISBN 92-6401264-8-OCDE2005
- xii B. Majnoni d'Intignano, Santé et économie en Europe, éditions Puf, , Paris, 2006
- xiii B.Palier, les réformes des systèmes sanitaires, éditions Puf, Paris2005
- xiv Diagnosis related groups (DRGs) and the medicare program: implication for medical technology, Office of technology assessment, OTA, Washington, july, 1983.

xv Estellat, L.Lebrun sous direction de l'organisation du système de soins, DHOS La revue des méthodes d'évaluation des besoins de soins, Candice, Ministère de la santé et de la protection sociale, mai 2004.

xvi Didier Tabuteau, Victor Rodwin, Regards croisés sur les systèmes de santé américain et français, Questions de Santé Publique N°13, Institut de recherche en santé publique, Juin 2011

xvii J de Kervasdoue, Atlas de la santé 2004 Sous la direction de J de Kervasdoué, et Henri Picheral, Santé et territoires, éditions DUNOD, Paris, 2004

xviii LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires JORF n°0167 du 22 juillet 2009

xix Régulation du système de santé, rapport de M. Mougeot, la documentation Française, 1999.

xx Domin Jean-Paul, « Le palmarès Hospitalier ou la marche forcée vers le marché de la santé », Mouvements, n°39-40, pages 158 à 162, 2005/3.

xxi Zeyned Or et Thomas Renaud Principes et enjeux de la tarification à l'activité (T2a), enseignement de la théorie économique et des expériences étrangères, mars 2009, IRDES.

xxii Herbert Simon définit ainsi le critère d'efficience : « Si deux solutions ont un coût identique, le critère d'efficience commande de choisir celle qui permet de réaliser au mieux les objectifs poursuivis ; si deux solutions aboutissent au même résultat, il faut choisir la moins coûteuse » [Simon 1947, p. 109].

xxiii J de Kervasdoue, Atlas de la santé 2004 Sous la direction de J de Kervasdoué, et Henri Picheral, Santé et territoires, éditions DUNOD, Paris, 2004

xxiv Observatoire de la démographie des professions de santé rapport 2006-2007, Ministère de la Santé, de la jeunesse et des sports et de la vie associative.

xxv R Evans, Supplier induce demand : Some empirical evidence and implications, in the economics of health and Medical Care, London, 1974.

xxvi Zeynep Or, Julia Bonastre, Florence Journeau, Clément Nestrigue, Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A , Document de travail, Irdes, Avril 2013.

xxvii Estellat, L.Lebrun sous direction de l'organisation du système de soins, DHOS La revue des méthodes d'évaluation des besoins de soins, Candice, Ministère de la santé et de la protection sociale, mai 2004.

xxviii Gusmano M.K, Weisz D. Rodwin V. G., "Achieving Horizontal Equity : Must we have a single-payer health system ?", Journal of health Policy and Law, Vol 34 n°4, August 2009.

xxix Maryse Gadreau, Didier Jaffre, Les apports théoriques et appliqués d'une estimation des « besoins hospitaliers » en Bourgogne, 5^{ème} colloque géographique et socio-économie de la santé, CREDES, Paris, 22-23-24 Avril 1998.

xxx B. Majnoni d'Intignano, Santé et économie en Europe, éditions Puf, Paris, 2006

xxxi Chantal Cases et Dominique Baubeau, « Peut-on quantifier la santé ? », Solidarité et santé n°1, DREES, 2004.

xxxii Raynault Pinault, Carol Daveluy. La planification en santé, concepts, méthode et stratégie. Québec : Édition, Nouvelles, 1995 ; 480 p.

xxxiii Christopher J. L., Murray¹ et Julio Frenk² Un cadre pour l'évaluation de la performance des systèmes de santé, OMS 2000.

xxxiv Raynault Pinault, Carol Daveluy. La planification en santé, concepts, méthode et stratégie. Québec : Édition, Nouvelles, 1995 ; 480 p.

xxxv J.L. Salomez, O. Lacoste, Eds. (1999). Du besoin de santé au besoin de soins - La prise en compte des besoins en planification sanitaire, Hérodote n°92 : 101-120

xxxvi L'approche populationnelle : Fondement théoriques et application pratique, R Pinault, PHD, Mylène Breton, MBA, postulant au PHD, Université de Montréal en santé publique, 2006

xxxvii Les différents besoins d'après Stevens A. et Raftery., Health care Needs Assessment, 1996

xxxviii Alain-Jacques Valleron a,b,1, La mortalité et la morbidité mondiale, maintenant et demain : que connaît-on ? , C. R. Biologies 331 (2008) 991–1006

xxxix P Braveman, S Gruskin, Defining equity in health, Theory and Methods, J Epidemiol Community Health 2003;57:254-258

xl Les Echos n° 16429 du 09 Juillet 1993 • page 6, article sur le Rapport du Commissariat au plan, « santé 2010 ».

xli Evans R.G, Stoddard G. "Producing Health, consuming healthcare", Canadien Institute for advanced research, population health program – Working paper N°6, avril 1990.

xlii Prüss-Üstün et C. Corvalán., Prévenir la maladie grâce à un environnement sain : une estimation de la charge de morbidité imputable à l'environnement : résumé / A., OMS 2007

xliii L'atlas environnementale, le monde diplomatique, 2007

xliv A. Prüss-Üstün et C. Corvalán, Prévenir la maladie grâce à un environnement sain, une estimation de la charge de morbidité imputable à l'environnement, OMS 2006.

xliv http://www.crdi.ca/un_focus_santé/

xlvi Roy A Carr-Hill, Trevor A Sheldon, Peter Smith, Stephen Martin, Stuart Peacock, Geoff Hardman : Allocating resource to health authorities : development of method for small area analysis of use inpatient s services, BMJ volume 309, 22 octobre 2004

Facteurs explicatifs des variations territoriales de recours à l'hospitalisation. Collection études et analyses (DGPE n° 41). (J.Piche et Harold Cote – Direction de la recherche et de l'évaluation, Québec, juin 1998)

xlvii Olivier Bouba-Olga L'économie de l'entreprise, Points, Edition du seuil, 2003

xlviii B. Majnoni d'Intignano, Santé et économie en Europe, éditions Puf, , Paris, 2006

xliv Philippe Adam, Claude Herzlich, Sociologie de la maladie et de la medecine, Armand colin, 2007.

I B. Majnoni d'Intignano, Santé et économie en Europe, éditions Puf, , Paris, 2006

liR Evans, Supplier induce demand: Some empirical evidence and implications, in the economics of health and Medical Care, London, 1974.

lii Newhouse JP, Cuyler AJ Handbook of Health Economics. North-Holland; 2000.

liii Philippe Adam, Claude Herzlich, Sociologie de la maladie et de la médecine, Armand colin, 2007.

liv Extraits de l'ouvrage La planification de la santé de Pineault et Daveluy.

Iv Boutinet JP. L'anthropologie du projet. Paris : PUF, 1992.

Ivi Joly M, Le Bissonnais J, Muller JLG. Maîtrisez le coût de vos projets. AFNOR, 1995

Ivii Stevens A. et Raftery., Health care Needs Assessment, 1996

Iviii J de Kervasdoue, Atlas de la santé 2004 Sous la direction de J de Kervasdoué, et Henri Picheral, Santé et territoires, éditions DUNOD, Paris, 2004

lix Raynault Pinault, Carol Daveluy. La planification en santé, concepts, méthode et stratégie. Québec : Éditions Nouvelles, 1995 ; 480 p.

Ix Roy A Carr-Hill, Trevor A Sheldon, Peter Smith, Stephen Martin, Stuart Peacock, Geoff Hardman : Allocating resource to health authorities : devilmment of method for small area analysis of use inpatient s services, BMJ volume 309, 1994

Ixi Facteurs explicatifs des variations territoriales de recours à l'hospitalisation. Collection études et analyses (DGPE n° 41). (J.Piche et Harold Cote – Direction de la recherche et de l'évaluation, Quebec, juin 1998)

Ixii L'approche populationnelle : Fondement théoriques et application pratique, R Pinault, PHD, Mylène Breton, MBA, postulant au PHD, Université de Montréal en santé publique, 2006

Ixiii L'Outil d'Analyse PMSI (OAP) est issu d'une réflexion qui a été menée par le Comité Technique Régional de l'Information Médicale (COTRIM) d'Ile de France sur le thème « PMSI et planification ». La première version a été finalisée en 1999.

Ixiv Variations régionales du recours aux soins : quelques problèmes méthodologiques, veronique Koehn, Fred Paccaud 2, i Service cantonal de recherche et d'information statistiques, Lausanne, 2 Institut universitaire de medecine sociale et préventive, Lausanne, 1996 Birkh user Verlan Basel.

Ixv P Watalawik, J Weakland et R Fish, *Changements : paradoxes et psychothérapie*, Le Seuil, 1975, collection Points, 1981

Ixvi D.Anzieu et J.Y Martin, la dynamique des groupes restreints, éd PUF, 1982.

Ixvii Renaud Saintsaulieu, L'identité au travail, Les effets culturels de l'organisation, Presses de la FNSP, Paris, 1977.

Ixviii Boutinet JP. L'anthropologie du projet. Paris : PUF, 1992

Ixix Lawrence, P. R., & Lorsch, J. W. (1967). *Organization and Environment: Managing Differentiation and Integration*. Boston: Harvard Business School Press

Ixx Norber Alter, La gestion du désordre dans l'entreprise. , Paris ,Éditions L'Harmattan, 1991

Ixxi Circulaire N DGOS/R5/2011/485 du 21 décembre 2011 relative au guide sur le pilotage de l'activité des établissements de santé, Ministère de la santé Français.

Ixxii Raynault Pinault, Carol Daveluy. La planification en santé, concepts, méthode et stratégie. Québec : Éditions Nouvelles, 1995 ; 480 p.

Ixxiii Stevens A. et Raftery., *Health care Needs Assessment*, 1996

Ixxiv OMS Smith, Roy A Carr-Hill, Trevor A Sheldon, Peter Smith, Stephen Martin, Stuart Peacock, Geoff Hardman : Allocating resource to health authorities : devilmnt of method for small area analysis of use inpatient s services, BMJ volume 309, 1994

J.Piche et Harold Cote, Facteurs explicatifs des variations territoriales de recours à l'hospitalisation. Collection études et analyses (DGPE n° 41), Direction de la recherche et de l'évaluation, Quebec, juin 1998.

Peter Smith, Resource allocation and purchasing in health sector : the English experience , Bulletin of World Health Organization, November 2008

P Braveman, S Gruskin, Defining equity in health, Theory and Methods, J Epidemiol Community Health 2003;57:254-258

Whitehead M: The concepts and principles of equity and health. International Journal of Health Services 1992, 22(3):429-45

Ixxv Ludwig von Bertalanffy, General System Theory: Foundations, Development, Applications (George Braziller, 1976)

Ixxvi Méthode mise en place dans la région Nord-Pas-de-Calais (population de 4 millions d'habitants) de 2006 à 2011, population de 4 millions d'habitants.

Ixxvii Extension à toute la France d'une méthode unique, à partir de l'expérience de la région du Nord-Pas-de-Calais, le maintien de l'approche par les besoins consomme et la généralisation de la prise en compte de l'état de santé, la gestion centralise des bases de données pour assurer une stabilité.

Ixxviii Les Disparités territoriales de dépenses de santé dans le Nord-Pas-de-Calais au regard des facteurs démographiques, sanitaires et sociaux, INSEE Nord-Pas-de-Calais, ARS Nord-Pas-de-Calais, Profil N° 105, Juin 2012.

Ixxix Edgard Morin, introduction a la pensée complexe, point, Edition du seuil, 2005.

Ixxx Daniel Durand, La systémique, Que-sais-je, puf, 2006.

IxxxI Konrad Lorenz, les huit pêchers de notre civilisation, 1973

Ixxxii Chantal Cases et Dominique Baubeau, Peut-on quantifier les besoins de santé, Solidarité et santé, n 1, 2004.

Ixxxiii Voir chapitre consacré à la définition des besoins de santé,

Ixxxiv Gwen Marqué, Le Management Stratégique des territoires, revue Gestion Hospitalière, N 489, Novembre 2009