



SCHEMA REGIONAL D'ORGANISATION DES SOINS

ANNEXE
INDICATEURS DE PILOTAGE DE
L'ACTIVITE

1. PRESENTATION DE LA PROPOSITION NATIONALE

Dans le champ de la médecine, de la chirurgie et des techniques interventionnelles, les propositions nationales d'évolution des volumes d'activité des établissements de santé à l'horizon 2016 ont été déterminées à partir de :

- a) l'observation de l'évolution du taux de recours national sur la période 2007-2009 ; ce taux d'évolution est retenu comme point de référence sur la période 2009-2016 ; il est, en moyenne annuelle, de + 0,5 % en chirurgie, - 0,9% en médecine, + 2,2 % pour les techniques interventionnelles ;
- b) l'analyse des écarts de consommation de soins de la population domiciliée dans la région par rapport à la moyenne nationale ; le critère de mesure des écarts interrégionaux est le taux de recours ajusté de l'âge, du sexe et de l'état de santé (critère = mortalité) ; ce taux correspond au taux de recours aux soins hospitaliers qu'aurait la région si elle avait la même structure de population et le même état de santé que la population nationale ;
- c) l'évolution démographique prévisionnelle (+ 0,2% par an, soit + 1,2% d'ici 2016 dans le Nord-Pas-de-Calais) ;
- d) une hypothèse de stabilité des flux interrégionaux (taux de fuite et attractivité constants).

Compte tenu de la volonté de contenir la progression de l'ONDAM (+ 2,5% en 2012), cette méthodologie aboutit à demander, aux régions dont le niveau de consommation de soins est le plus élevé, un effort de convergence correspondant à une réduction de l'écart à la moyenne de 35% sur les 5 ans du SROS-PRS, et à envisager un taux de rattrapage des régions, dont le niveau de consommation est le plus bas, de 20% sur 5 ans.

Dans le champ des soins de suite et de réadaptation, la proposition nationale repose sur :

- a) une analyse des écarts de consommation de soins de la population domiciliée dans la région par rapport à la moyenne nationale ; le critère de mesure des écarts interrégionaux est le taux de recours standardisé sur l'âge et le sexe ;
- b) la prise en compte de l'évolution démographique.

Elle aboutit à proposer une relative stabilisation des taux de recours dans les régions se situant dans les 3 premiers quartiles, et un rattrapage dans les régions se situant dans le dernier quartile (jusqu'au niveau du 1^{er} quartile).

La région Nord-Pas-de-Calais présente des taux de recours supérieurs à la moyenne nationale - sauf en ce qui concerne les SSR - et disparates entre territoires de santé (unité = nombre de séjours hospitaliers pour 10 000 habitants):

Discipline	France	Région	Artois	Hainaut	Littoral	Métropole
Médecine	1.123	1.183	1.177	1.181	1.122	1.226
Chirurgie	786	798	785	831	791	795
Techniques interventionnelles	384	442	426	415	393	502
SSR	5.279	4.906	4.717	5.752	4.308	4.963

Appliquée au Nord-Pas-de-Calais, la méthodologie nationale conduit à la proposition suivante :

	Evolution annuelle moyenne du nombre de séjours
Chirurgie	+0,5%
Médecine	-1,1%
Techniques interventionnelles	+1,4%
<i>Total médecine chirurgie</i>	<i>-0,1%</i>
SSR	+0,17%

2. ANALYSE DE LA PROPOSITION NATIONALE ET EVOLUTIONS PROPOSEE PAR L'ARS NPDC

Concernant la médecine, la chirurgie et les techniques interventionnelles, la méthodologie adoptée par la DGOS offre l'avantage de prendre en compte l'état de santé de la population, puisque la comparaison entre les niveaux de consommation de soins régional et national est effectuée sur la base des taux de recours ajustés. Sa limite tient en ce qu'elle n'intègre pas, en revanche, d'autres facteurs permettant d'expliquer l'importance du recours aux soins hospitaliers.

Ces facteurs sont principalement :

- a) la précarité : la région compte 8,5% de bénéficiaires du RSA (contre 5,12% au niveau national), et 9,7% de bénéficiaires de la CMU-C (contre 5,7% au niveau national). Le taux de chômage s'élève à 12,7% (contre 9,3% au niveau national).
- b) la faiblesse du nombre de spécialistes libéraux : 63 médecins pour 100.000 habitants, soit 28,41% de moins qu'en moyenne nationale.

Dans le Nord-Pas-de-Calais, le recours aux soins est tardif. Lorsque les patients consultent, ils sont souvent à un stade avancée de la maladie, ce qui entraîne un nombre accru d'hospitalisations. Par ailleurs, la question de l'accès aux soins libéraux spécialisés, qu'elle se pose sous l'angle de l'accès physique à un professionnel de santé ou de l'accessibilité financière, peut également expliquer un recours aux soins hospitaliers plus élevés que dans d'autres régions.

Si ces facteurs pouvaient être mathématiquement modélisés, les taux de recours relatifs de la région seraient vraisemblablement équivalents à la moyenne nationale ; à tout le moins, l'écart à la moyenne s'en trouverait réduit.

Par ailleurs, il est possible d'établir un rapprochement entre les pathologies pour lesquelles la surmortalité est élevée des prises en charge hospitalières pour lesquelles l'écart entre le taux de recours régional et le taux de recours national est important :

Pathologie	Surmortalité (H = hommes ; F = femmes)	Taux de recours (source = DGOS)
Alcoolisme Tabagisme Broncho-pneumopathie	H = +86,8 % ; F = +138,4 % H = +40,6% ; F = +22,1% H = +80% ; F = +25,1%	Chirurgie digestive majeure (œsophage, estomac, colon, rectum) = +19,98% Chirurgie ORL et stomato = +19,22% Hépto-gastro-entérologie = +14,96% ORL et stomato médicale = +18,95% Endoscopies ORL = +32,03% Toxicologie, alcool = +72,10% Effets nocifs = +52,43% Pneumologie = +35,24%
Maladies cardio-vasculaires	H = +27,4% ; F = +26,1%	Chirurgie cardio-thoracique, pontages aorto-coronariens = +8,14% Stimulateurs défibrillateurs cardiaques = +10,15% Chirurgie vasculaire = +22,7% Cathétérismes vasculaires diagnostiques et interventionnels = +20,57% Cardiologie = +23,81% Médecine vasculaire = +10,31%
Diabète sucré	H = +30,8% ; F = +40,9%	Diabète, maladies métaboliques, endocrinologie = +35,95%

Enfin, le PRS visera à ce que la population du Nord-Pas-de-Calais recourt plus précocement aux soins. Même si l'objectif absolu de la prévention est l'amélioration de l'état de santé général de la population, l'effort consenti dans ce domaine se traduira, dans un premier temps, par une augmentation du recours aux soins.

Dans ce contexte, il convient que la région puisse conserver son niveau de consommation de soins - et par-delà son niveau de production de soins-actuels, voire qu'elle puisse accroître légèrement ceux-ci.

Concernant les soins de suite et de réadaptation, le choix de la DGOS de définir un seuil au-delà duquel le taux d'évolution du volume de séjours des régions n'est plus influencé que par la démographie pénalise la région. Objectivement la région présente un taux de recours (même standardisé) inférieur à la moyenne régionale. Son taux d'équipement en lits est également inférieur à la moyenne nationale : 132 lits pour 100.000 habitants contre 158 lits au niveau national. Or, la méthodologie adoptée par la DGOS conduit à ce que la région se voit proposer un volume cible de séjours à échéance de 2016 inférieur à la production 2010 (1.815.719 journées et venues proposées contre 1.871.014 produites en 2010).

Il convient donc que la région puisse bénéficier d'un rattrapage et non d'une stabilisation de son niveau de consommation. La DGOS laisse par ailleurs la possibilité aux ARS d'intégrer, dans leur contreproposition, l'effet des dernières autorisations délivrées en matière de SSR.

3. EVALUATION DE LA PROPOSITION DE L'ARS NPDC

Concernant la médecine et la chirurgie, partant du principe que, si l'on prend en compte tous les facteurs expliquant les taux de recours aux soins hospitaliers dans le Nord-Pas-de-Calais, la région ne se trouve plus en situation de surconsommation, les contrepropositions d'évolution des volumes d'activité ont été bâties selon la méthode suivante :

- a) la neutralisation du coefficient de convergence et l'inscription du taux de recours régional comme taux de référence : on considère alors que les territoires de santé du Nord-Pas-de-Calais doivent converger vers le taux de recours régional et non vers le taux de recours national ;
- b) la prise en compte de l'évolution démographique ;
- c) l'application d'un taux d'évolution de l'activité issu de la tendance observée après la mise en place de la V11 du PMSI (soit à partir de 2009 : + 0,1% en médecine, + 1% en chirurgie et 0% pour les techniques interventionnelles).
- d) l'application des mêmes règles mathématiques qu'adoptées par la DGOS pour la déclinaison du volume de séjours par territoire de santé et le calcul de la convergence entre eux : -35% pour les territoires dont la consommation est supérieure à la moyenne nationale, +20% pour ceux dont la consommation est inférieure à la moyenne nationale.

Cette méthodologie aboutit à la contreproposition suivante :

	Proposition nationale		Contreproposition	
	Nb de séjours supplémentaires	Evolution annuelle moyenne	Nb de séjours supplémentaires	Evolution annuelle moyenne
Médecine	- 39.184	-1,13%	+ 9.770	+ 0,27%
Chirurgie	+ 12.394	+ 0,54%	+ 27.564	+ 1,17%
Techniques interventionnelles	+ 17.065	+ 1,37%	+2.031	+ 0,17%

Les hypothèses de déclinaison par territoire de santé sont les suivantes :

	Médecine			Chirurgie			Techniques interventionnelles		
	séjours 2009	écart 2009-2016	total 2016	séjours 2009	écart 2009-2016	total 2016	séjours 2009	écart 2009-2016	total 2016
Artois	153 330	3 263	156 593	94 414	8 545	102 959	48 164	559	48 723
Hainaut	100 301	2 087	102 388	64 614	4 217	68 831	30 236	476	30 712
Littoral	100 558	3 777	104 335	65 616	5 940	71 556	31 231	765	31 996
Métropole	159 079	0	159 079	99 999	8 284	108 283	60 862	230	61 092

Il pourrait être proposé d'axer l'évolution des volumes d'activité prioritairement sur les prises en charge de cancer ou d'addictologie. En effet, alors que les taux de recours régionaux sont supérieurs aux taux nationaux et que la région présente une surmortalité par cancer importante (+ 31,8% pour les hommes et + 13,9% pour les femmes), les taux de recours ajustés régionaux sont inférieurs, pour la chimiothérapie et la chirurgie du cancer, aux taux nationaux (- 7,65% pour la chimiothérapie et - 5,25% pour la chirurgie carcinologique).

Nb : le modèle de calcul national laisse subsister des écarts entre le total régional projeté en 2016 et sa répartition par territoire. (marge d'appréciation régionale de +643 séjours en médecine, +578 séjours en chirurgie)

Concernant les soins de suite et de réadaptation, la méthodologie adoptée est quasiment la même que pour le court séjour :

- 1 - l'inscription du taux de recours régional comme taux de référence : on considère alors que les territoires de santé du Nord-Pas-de-Calais doivent converger vers le taux de recours régional
- 2 - la prise en compte de l'évolution démographique ;
- 3 - l'application d'un taux d'évolution de l'activité issu de la tendance observée entre 2009 et 2010 (+1.3%)
- 4 - la prise en compte du volume d'activité demandé par les établissements ayant obtenu une autorisation récente (+5.8%)
- 5 - l'application des mêmes règles mathématiques qu'adoptées par la DGOS pour la déclinaison du volume de séjours par territoire de santé et le calcul de la convergence entre eux : -35% pour les territoires dont la consommation est supérieure à la moyenne nationale, +20% pour ceux dont la consommation est inférieure à la moyenne nationale

L'ensemble aboutit à solliciter un objectif de 1.987.535 journées et venues en 2016, soit une évolution de 10,77 % par rapport à 2009, soit 1.47% par an y compris évolution populationnelle.

Les hypothèses de déclinaison par territoire de santé figurent ci-après :

	Journées + venues 2009	Ecart 2009-2016	Total 2016
Artois	521 381	+68 011	589 392
Hainaut	400 891	+14 510	415 401
Littoral	320 780	+51 825	372 605
Métropole	551 279	+58 859	610 138

A noter : les données ci-dessus portent sur la consommation de la population domiciliée dans chaque territoire de santé. Au terme des échanges avec la DGOS, ces données d'évolution de la consommation seront traduites en données de production ; l'effet des niveaux de recours (particulièrement perceptible pour la Métropole) sera alors pris en compte.

4. CALENDRIER

Les premiers chiffrages ayant été présentés en CRSA, les remarques concernant la nécessité d'une marge d'évolution seront aussi prises en compte dans la proposition.

Le déroulement de l'élaboration des IPA dans la région est le suivant

1^{er} trimestre 2012 : Validation par la DGOS de la proposition régionale

2^{ème} trimestre 2012 :

Finalisation de l'annexe indicative du SROS sur les IPA pour chaque spécialité, chaque mode de prise en charge et chaque territoire de santé.

Présentation aux instances de démocratie sanitaire pour avis et intégration au SROS par un avenant.

Déclinaison des IPA par établissement et intégration dans les avenants des CPOM, avec mise en place du suivi annuel des Indicateurs de pilotage de l'activité.