

Direction générale  
de l'offre de soins

## **Guide méthodologique**

**Analyse des taux de recours**

**Pilotage de l'activité des  
établissements de santé**

**Document de travail**



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ  
ET DES SPORTS

## Guide méthodologique sur les OROS

Introduction : le contexte de l'évolution des objectifs quantifiés.....	3
1. Un bilan en demi-teinte des OQOS .....	3
2. Une grande disparité dans la consommation de soins .....	3
3. Une évolution de l'ONDAM de plus en plus contrainte .....	3
4. Les outils mobilisés ces dernières années pour réguler les dépenses hospitalières ne sont pas suffisants .....	4
Le pilotage de l'activité dans le cadre des SROS-PRS.....	5
1. Finalité : le pilotage de l'activité hospitalière dans le cadre des SROS-PRS .....	6
2. Le dialogue préalable national / régional .....	6
3. La concertation avec les instances locales et les acteurs de santé sur le diagnostic régional.....	7
4. Structurer le pilotage de l'activité : objectifs en implantation, accessibilité et indicateurs de pilotage.....	7
Objectifs en implantation et en nombre d'appareils .....	7
Objectifs en accessibilité .....	8
Indicateurs de pilotage du SROS sur les activités de soins .....	8
5. Méthodologie de construction des cibles d'activité par territoire de santé à partir de l'analyse des taux de recours.....	14
Etape 1 : Etablir un diagnostic des enjeux de pilotage de l'activité des établissements de santé .....	15
Etape 2 : Estimation des cibles de consommation de soins à horizon 2016 .....	20
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.....	22
6. La contractualisation ARS – Etablissement.....	25
7. Le pilotage de l'activité des établissements de santé à travers les implantations et indicateurs de pilotage .....	27
<b>Annexe 2</b> 30	
<b>Quelques exemples d'outils mobilisés par l'ARS Nord-Pas-de-Calais dans le cadre des SROS III.....</b>	<b>30</b>

# 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>indicateurs de pilotage</u> / activité de soins autorisée (non opposables)</li> <li>- <u>objectifs contractuels</u> sur des prises en charge ciblées (opposables) : pertinence, accès aux soins, modes de prise en charge...</li> </ul>
Suivi de l'activité à l'échelon du <b>territoire</b>	Prévision pluriannuelle, souvent sans pilotage annuel.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suivre annuellement les indicateurs de pilotage du SROS par activité de soins</li> <li>- Etablir annuellement un diagnostic partagé et des orientations sur l'accès aux soins et la régulation de l'activité</li> </ul>
Suivi de l'activité avec chaque <b>établissement</b>	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'efficacité 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 V3).

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=000240008CFE>.

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, 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 telle ou telle prise en charge. L'attention doit porter en particulier sur les établissements dont les situations sont atypiques.

**Les missions et la composition de l'instance opérationnelle de dialogue sont précisées dans le guide SROS V3.**

### 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. 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 V2, 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).

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 OBJECTIFS 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

Cette catégorie d'OQOS a trouvé peu de traduction dans les SROS III. Par ailleurs, pour éviter la superposition de régimes juridiques et la mauvaise articulation des textes entre les OQOS « permanence des soins » et la mission de service public relative à la permanence de soins en établissement de santé (PDSSES), la catégorie d'OQOS « permanence des soins » est supprimée.

## Indicateurs de pilotage du SROS sur les activités de soins

Les OQOS volume disparaissent pour laisser la place aux **indicateurs de pilotage du SROS**<sup>1</sup>. Pour la mise en œuvre d'un réel pilotage de l'activité, il est fortement recommandé, au niveau 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 implantation.

**Bien que non opposables, ces indicateurs fixant un volume d'activité cible pourront être mobilisés pour motiver la décision d'autorisation par l'agence suite à l'instruction du dossier. Pour cette raison, il reste pertinent de définir ces indicateurs, quand bien même la valeur de ces derniers ne permet pas de les opposer directement aux établissements.**

L'orientation du dispositif vers une logique de pilotage de l'offre de soins invite par ailleurs à élargir le champ des activités concernées, notamment au traitement du cancer (chirurgie du cancer, chimiothérapie et radiothérapie) et à l'ensemble des modes de prise en charge (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile, alternatives à la dialyse en centre).

<sup>1</sup> Le pouvoir réglementaire prévoit explicitement l'obligation pour le SROS de fixer à titre opposable, des objectifs en accessibilité et en implantation. A contrario, le pouvoir réglementaire interdit donc au SROS de fixer, à titre opposable, des objectifs en volume.

Les différents types d'incitateurs de pilotage précisés ci-après sont ainsi fortement recommandés au niveau du SROS-PRS. Ils sont résumés dans un tableau présenté en fin de section.

### **L'arrêté OQOS de 2005 est supprimé et remplacé par l'annexe 1 du présent guide**

La définition technique des différentes activités de soins est indiquée en annexe 1. Cette annexe, établie par l'ATIH, actualise et remplace l'arrêté OQOS de 2005<sup>2</sup>. Cette annexe a vocation à être actualisée annuellement par l'ATIH.

#### ➤ **Constituer des indicateurs de pilotage sur l'activité de traitement du cancer**

Il est recommandé de constituer des indicateurs de pilotage du SROS sur l'activité de traitement du cancer. Au même titre que les autres activités antérieurement sous OQOS volume, elle présente des enjeux de répartition de l'offre de soins et des enjeux de pertinence des soins.

L'indicateur de pilotage de l'activité sur le traitement du cancer peut distinguer des indicateurs sur :

- la chirurgie des cancers (nombre de séjours)
- la chimiothérapie (nombre de séances et séjours).
- la radiothérapie, de curiethérapie et l'utilisation thérapeutique de radioéléments en sources non scellées (nombre de séances)

#### ➤ **Constituer des indicateurs de pilotage du SROS sur les modes de prise en charge**

Il est proposé de procéder à un découpage systématique des activités de soins selon les modalités de prise en charge définies réglementairement. Ce découpage permet d'outiller les SROS-PRS sur le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle : les ARS peuvent déterminer des objectifs différenciés selon les modalités de prise en charge.

NB : Le cas du cancer ne sera pas repris puisqu'il est précisé supra.

#### • **Activités de médecine et de chirurgie**

L'indicateur de pilotage de l'activité sur la médecine peut distinguer des indicateurs sur :

- l'hospitalisation complète
- l'hospitalisation à temps partiel
- les techniques interventionnelles recouvrant la pratique d'actes techniques de médecine à visée diagnostique ou thérapeutique avec anesthésie générale ou locorégionale utilisant le cas échéant l'imagerie médicale.

Les techniques interventionnelles sont rattachées à l'activité de médecine, y compris lorsque cette activité est réalisée par des établissements autorisés uniquement en chirurgie. La détermination, au niveau du SROS, d'un indicateur de pilotage en volume spécifique sur les techniques interventionnelles permet d'outiller les ARS sur ce type de prise en charge présentant des enjeux de planification propres.

L'unité de compte est le **nombre de séjours et séances**.

L'indicateur de pilotage de chirurgie peut distinguer des indicateurs sur l'hospitalisation complète et la chirurgie ambulatoire, comptabilisés en nombre de séjours.

---

<sup>2</sup> Arrêté du 8 juin 2005 pris en application des articles L. 6121-2, L. 6114-2 et L. 6122-8 du code de la santé publique et du décret no 2005-76 du 31 janvier 2005 relatif aux objectifs quantifiés de l'offre de soins prévus à l'article L. 6121-2 du code de la santé publique

## Focus identification des activités de médecine et chirurgie

Les activités de médecine et chirurgie étaient distinguées dans les SROS-III par les codes « ASO » attachés à chaque GHM. Cette approche a posé des difficultés lors des évolutions du PMSI, un même séjour pouvant être rattaché à la médecine ou la chirurgie selon les versions. Certains séjours étaient classés en chirurgie sans avoir nécessité de bloc opératoire.

Afin de lever cette difficulté, l'activité de chirurgie sera identifiée par l'ensemble des séjours chirurgicaux nécessitant un bloc opératoire. Ils sont identifiés par les GHM dont la 3<sup>ème</sup> lettre est un C.

Quant à la pratique de techniques interventionnelles, elle est identifiée par les GHM dont la 3<sup>ème</sup> lettre est un K (actes ne nécessitant pas de bloc opératoire).

L'annexe, élaborée par l'ATIH, présente les modalités précises d'identification des activités de médecine et chirurgie, spécialisées ou non. Elle actualise et remplace l'arrêté de 2005.

Nouvelle identification de la chirurgie :

OQOS SROS III (arrêté 2005) = ASO C, regroupant des GHM en C, K et M

Indicateurs de pilotage SROS-PRS (arrêté 2011 à venir) = GHM en C

### • **Hospitalisation à domicile**

L'indicateur de pilotage sur l'HAD est déterminé en nombre de journées.

### • **Activité de psychiatrie**

Les indicateurs de pilotage en psychiatrie peuvent distinguer le type d'activité (psychiatrie infanto-juvénile (moins de 16 ans) et psychiatrie générale) et les modes de prise en charge (HC/ HTP).

Pour les unités de compte, la distinction entre hospitalisation à temps partiel de jour et de nuit est supprimée en l'absence d'utilité manifeste ; demeurent le nombre de journées en hospitalisation complète et le nombre de venues en hospitalisation partielle.

La source de donnée à mobiliser est le PMSI.

### • **Activité SSR**

Les indicateurs de pilotage en SSR distinguent :

- l'hospitalisation complète, y compris les hospitalisations de semaine (en nombre de journées)
- l'hospitalisation partielle (de jour comme de nuit), y compris les séances (en nombre de venues)

Il n'est pas identifié d'indicateurs de pilotage en volume par mention spécialisée car ils porteraient sur des volumes d'activité faibles (ce qui limiterait la marge de manœuvre des ARS dans le cadre de l'organisation de l'offre SSR). En outre, la nomenclature actuelle du PMSI SSR ne le permet pas.

NB : pour les quelques régions qui ont développé des TCA, leur comptabilisation doit être faite en tant qu'activité SSR à temps partiel.

La source de donnée exclusive à mobiliser est le PMSI.

### • **Prise en charge de l'IRC**

Conformément aux orientations nationales contenues dans le guide méthodologique SROS-PRS et aux modalités définies par l'article R. 6123-54, il est distingué au sein de cette prise en charge cinq indicateurs de pilotage :

- dialyse en centre ;
- hémodialyse en unité de dialyse médicalisée ;
- hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée ;
- dialyse à domicile en distinguant par hémodialyse
- dialyse péritonéale.

Cette activité, actuellement comptabilisée en nombre de patients, le sera au **nombre de semaines de traitement** (1 semaine d'hémodialyse = 3 séances). Ce changement est possible depuis la mise en œuvre en 2008 des remontées d'activité des établissements privés non soumis au PMSI. Cette proposition permet à la fois :

- une unité de compte homogène pour l'ensemble des prises en charge (DP, hémodialyse) ;
- un rendu de l'activité des établissements (contrairement au décompte patient, qui est construit sur un raisonnement en filière), qui fournit un outil de pilotage aux ARS complémentaire à REIN ;

➤ **Fixer une cible unique aux indicateurs de pilotage, par territoire de santé, cibles appelées ci-après cibles d'activité**

La notion de fourchette disparaît : il est recommandé de **fixer une cible unique** au décours de la période d'exécution du schéma. Ces cibles des indicateurs de pilotage sont appelées dans la suite du document **cibles d'activité**.

Document de travail



Synthèse des indicateurs de pilotage proposés		
Activité	Découpage	Unité de compte
<b>Médecine</b>	* Hospitalisation complète (HC) * Hospitalisation à temps partiel (HP, y compris séances) * Techniques interventionnelles	Nombre de séjours / séances
<b>HAD</b>		Nombre de journées
<b>Chirurgie</b>	* Hospitalisation complète (HC) * Chirurgie ambulatoire	Nombre de séjours
<b>Activités interventionnelles sous imagerie médicale, par voie endovasculaire, en cardiologie</b>		Nombre de séjours
<b>Traitement du cancer</b>	* Chirurgie du cancer * Chimiothérapie * Radiothérapie	Nombre de séjours Nombre de séances et de séjours Nombre de séances
<b>Psychiatrie</b>	* Psychiatrie infanto-juvénile (moins de 16 ans) en hospitalisation complète (HC)	Nombre de journées
	* Psychiatrie infanto-juvénile (moins de 16 ans) en hospitalisation à temps partiel (HP)	Nombre de venues
	* Psychiatrie générale en hospitalisation complète (HC)	Nombre de journées
	* Psychiatrie générale en hospitalisation à temps partiel (HP)	Nombre de venues
<b>SSR</b>	* Hospit. complète (y compris les hospitalisations de semaine)	Nombre de journées
	* Hospit. Partielle	Nombre de venues et de séances
<b>Activités de soins de longue durée</b>		Nombre de journées
<b>Traitement Insuffisance Rénale Chronique</b>	* Dialyse en centre * Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée * Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée * Dialyse à domicile par hémodialyse * Dialyse péritonéale	Changement de l'unité de compte : nombre de semaines de traitement (1 semaine d'hémodialyse = 3 séances), à partir des données d'activité (PMSI, RSF).

## 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 :

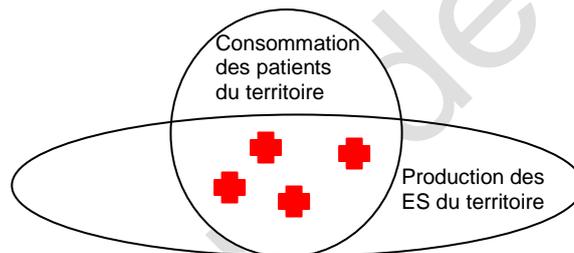
- l'identification des besoins en implantations, en tenant compte des recompositions nécessaires et des reconversions de structures existantes vers d'autres activités le cas échéant (OBJECTIFS EN implantations),
- un diagnostic régional en vue de la détermination des cibles d'activité par territoire de santé
- la détermination des enjeux de développement de certains modes de prise en charge et notamment des alternatives à l'hospitalisation complète

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



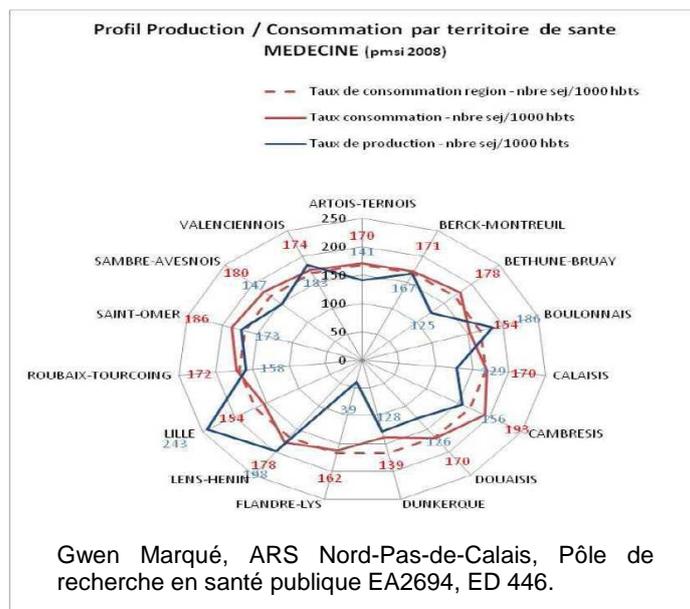
L'analyse de la consommation de soins, conjointe à celle de la production de soins, permet de poser un diagnostic sur les enjeux régionaux d'organisation de l'offre de soins (accès aux soins assuré ou non, pertinence des soins) : une région peut disposer d'une offre faible au regard de sa population 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 III.

### 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 nationale<sup>3</sup>. 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.

	<b>Activité</b>	<b>Regroupement</b>
	Médecine	30 groupes de répartition de l'offre de médecine <sup>4</sup>
	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 fournies 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.

<sup>3</sup> Standardisation directe

<sup>4</sup> 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 V11<sup>4</sup>. 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 frontière entre la ville et l'hôpital, encadrées par l'instruction n°DGOS/R/2010/201 du 15 juin 2010<sup>5</sup>
- 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, modération des volumes sur des GHM ou prises en charge ciblés, développement de l'offre de ville pour permettre la réduction des prises en charge hospitalières évitables, 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'INSEE<sup>6</sup>), 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.

<sup>5</sup> 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=0001000038FF>

<sup>6</sup> [http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref\\_id=bassins\\_vie&reg\\_id=99&page=donnees-detaillees/bassins\\_vie/bassins\\_vie.htm](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?ref_id=bassins_vie&reg_id=99&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/sex. 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 (HAD, chirurgie ambulatoire, hospitalisation à temps partiel, alternatives à la dialyse en centre).

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
- 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 d'appuie sur les constats élaborés à l'étape 1 et peut prendre en compte plusieurs paramètres :

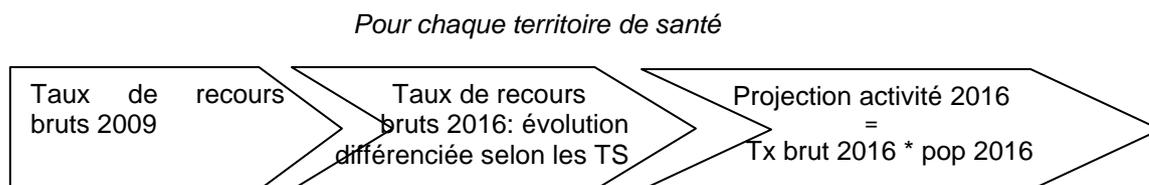
- un « rééquilibrage » entre territoires des taux de recours de la population, qui constitue le véritable paramètre stratégique à la main des ARS, qui peut se traduire sous forme d'évolutions différenciées des volumes d'activité en fonction des disparités constatées.
- l'évolution démographique : évolution 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 DREES<sup>7</sup>, 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.*

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

<sup>7</sup> L'impact du vieillissement sur les structures de soins à l'horizon 2010, 2020, 2030. Etudes et résultats n°654. Août 2008.

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.

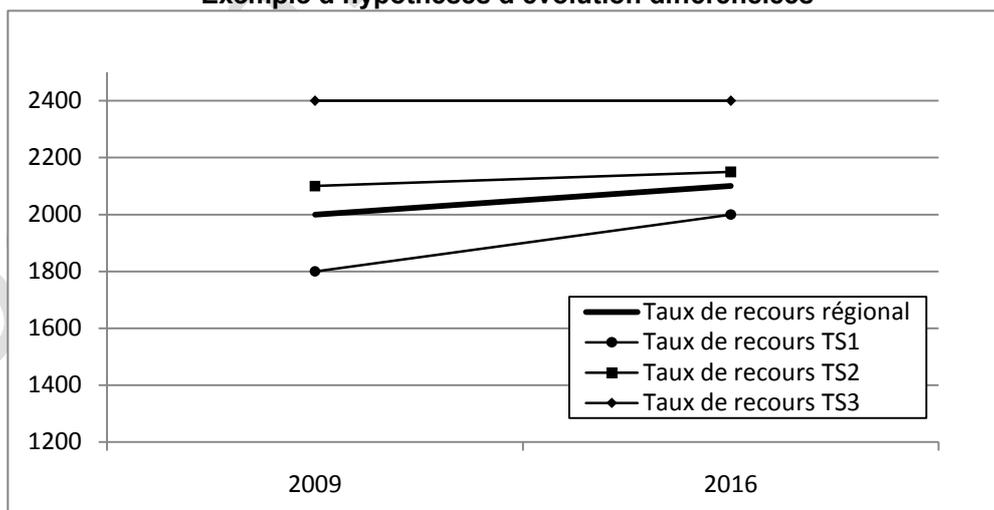
En pratique, les données transmises sur les écarts de taux de recours entre territoires et entre régions (écarts corrigés des impacts de la structure démographique sur les champs psychiatrie et SSR, et de l'état de santé sur le champ MCO) permettent de déterminer une évolution des taux de recours bruts, 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%
<b>chirurgie</b>	<b>+0,48%</b>
médecine HC	+1,16%
médecine HP	-6,19%
<b>médecine</b>	<b>-0,93%</b>
<b>techniques interventionnelles</b>	<b>+2,17%</b>
<b>chimiothérapies (séances)</b>	<b>+6,80%</b>
<b>total M+K</b>	<b>-0,13%</b>
<b>total M+C+K</b>	<b>+0,08%</b>
<b>total M+C+K+chimio</b>	<b>+0,88%</b>

#### 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.

#### 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 attractivité.

Ainsi, la méthode la moins contestable consiste à faire une hypothèse de stabilité des taux de fuite et 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)

CONSOMMATION				
	Nombre de séjours TS1 2009	Nombre de séjours TS2 2009	hors région 2009 (attractivité)	TOTAL 2009
<b>Production ES TS1</b>	<b>8 239</b>	<b>468</b>	<b>206</b>	<b>8 913</b>
ES1	2 927	230	162	<b>3 319</b>
ES2	5 312	238	44	<b>5 594</b>
<b>Production ES TS2</b>	<b>564</b>	<b>12 357</b>	<b>1 282</b>	<b>14 203</b>
ES3	427	2 726	52	<b>3 205</b>
ES4	137	9 631	1 230	<b>10 998</b>
Hors région	1 000	1 500	-	
<b>TOTAL</b>	<b>9 803</b>	<b>14 325</b>		

Multiplier par l'évolution conso TS1 à 2016  
 ↓  
 Multiplier par l'évolution conso TS2 à 2016  
 ↓  
 Stabilité du taux d'attractivité  
 ↓

CONSOMMATION				
	Nombre de séjours TS1 2016	Nombre de séjours TS2 2016	hors région 2016 (attractivité)	TOTAL 2016
<b>Production ES TS1</b>	X évol TS1	X évol TS2	Taux d'attractivité identique	<b>Cible TS1</b>
ES1	X évol TS1	X évol TS2		
ES2	X évol TS1	X évol TS2		
<b>Production ES TS2</b>	X évol TS1	X évol TS2	Taux d'attractivité identique	<b>Cible TS2</b>
ES3	X évol TS1	X évol TS2		
ES4	X évol TS1	X évol TS2		
Hors région	X évol TS1	X évol TS2		
<b>TOTAL</b>	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 et traitement de l'insuffisance rénale chronique, 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) ;
- 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

### 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](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5233/recommandations-de-bonne-pratique?cid=c_5233)

\* 10 référentiels en cours de production sur 10 gestes<sup>8</sup>.

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.

#### 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 régissant<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Les 10 gestes sont : endoscopies digestives ; appendicectomies ; libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels ; drains transtympaniques ; amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées ; arthroscopies 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.

## 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.

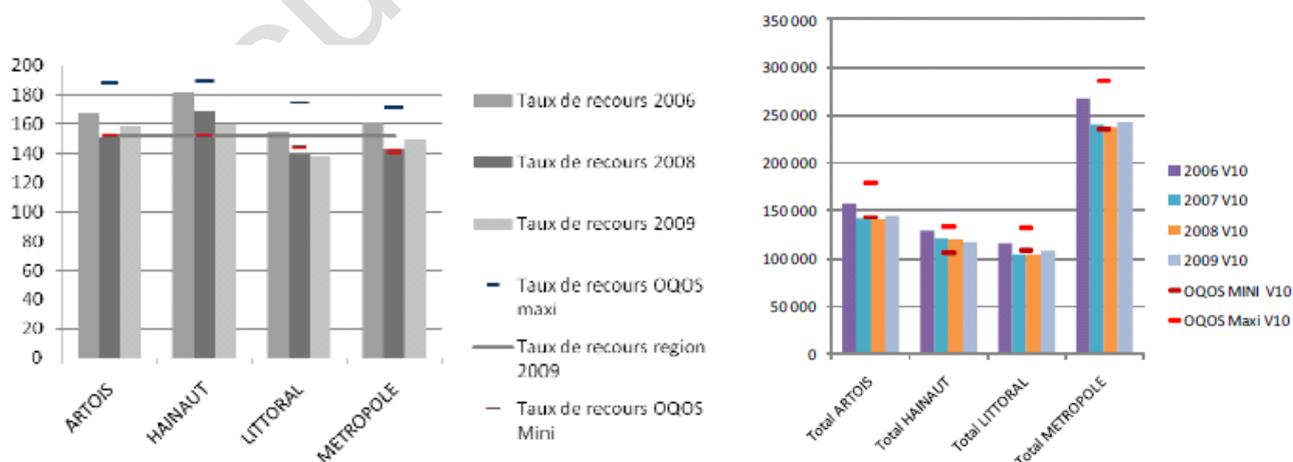
### 2/ Suivi régional / territoires de santé et pilotage de l'activité par l'ARS

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.

#### Exemple d'outil mobilisé par l'ARS Nord-Pas-de-Calais



<sup>9</sup> 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=0001000038FF>

L'annexe 2 rassemble d'autres exemples d'outils mobilisés par l'ARH Nord-Pas-de-Calais dans le cadre des SROS III.

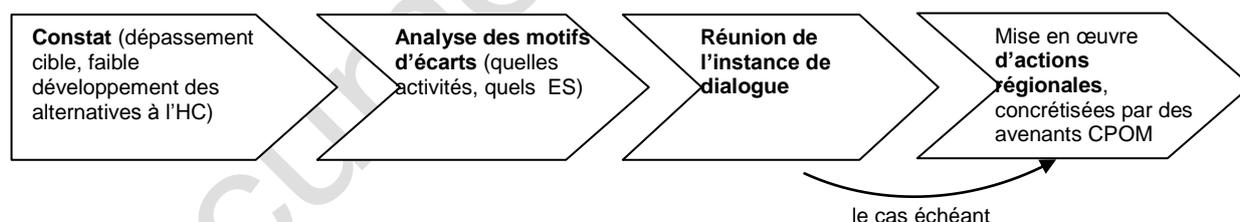
**En cas d'écarts entre la dynamique des volumes et les cibles d'activité prévues dans le SROS** (en positif pour la dynamique par activité de soins, en négatif pour le développement des alternatives à l'hospitalisation conventionnelle), l'ARS met en place une démarche d'analyse progressive région / territoire de santé / établissement de santé et identifie les motifs d'écarts.

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)
- 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 jonction.

### 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
- 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 gestes<sup>10</sup>.

Des travaux seront lancés prochainement 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.

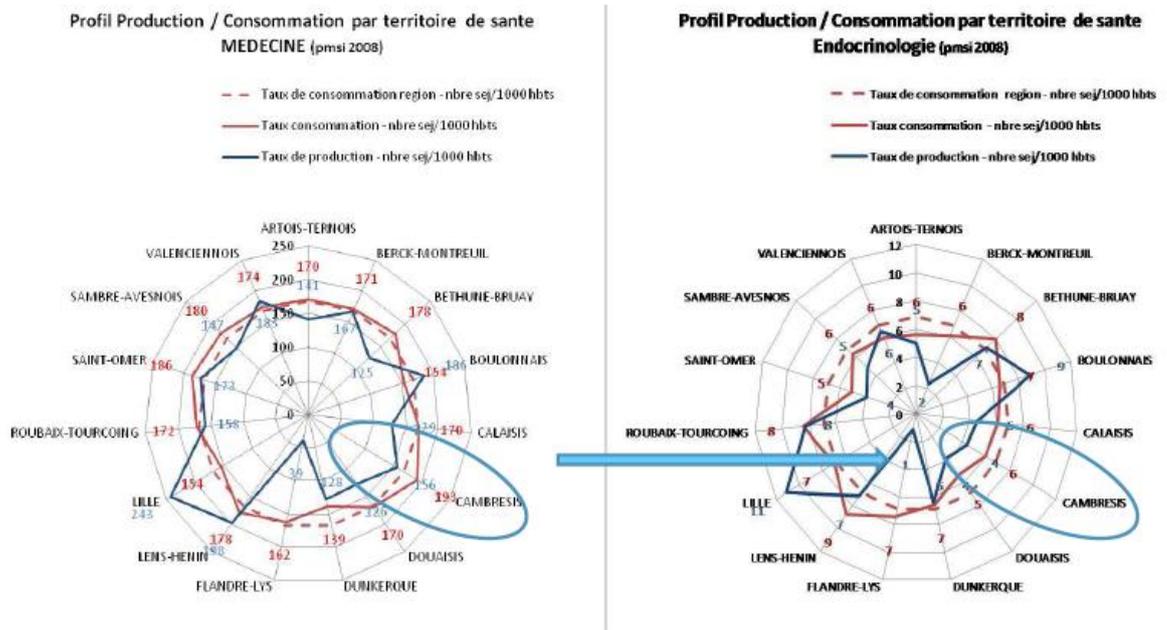
---

<sup>10</sup> Les 10 gestes sont : endoscopies digestives ; appendicectomies ; libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels ; drains transtympaniques ; amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées ; arthroscopies 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.

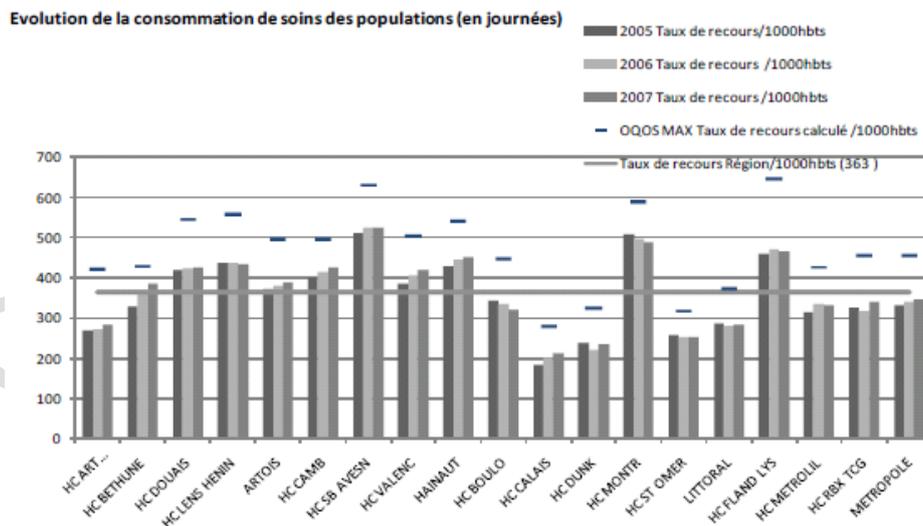
## Annexe 2

### 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**

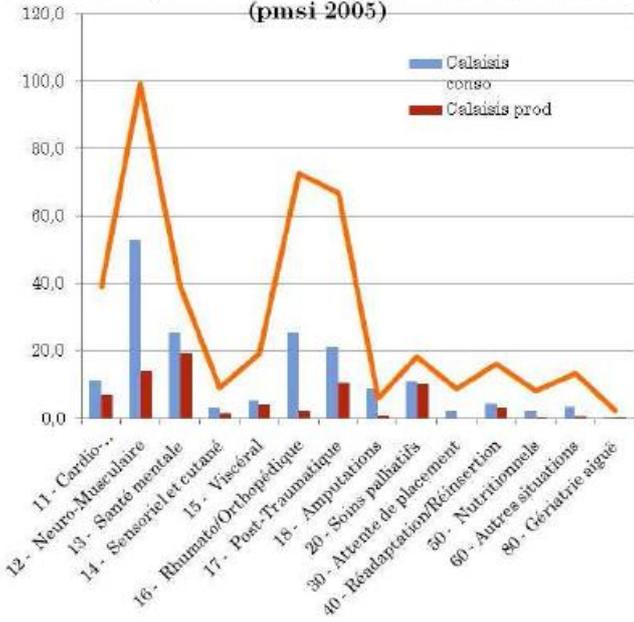


**Définition des cibles d'activité à partir des besoins consommés**  
**Le SSR sur-utilisation et sous-utilisation**

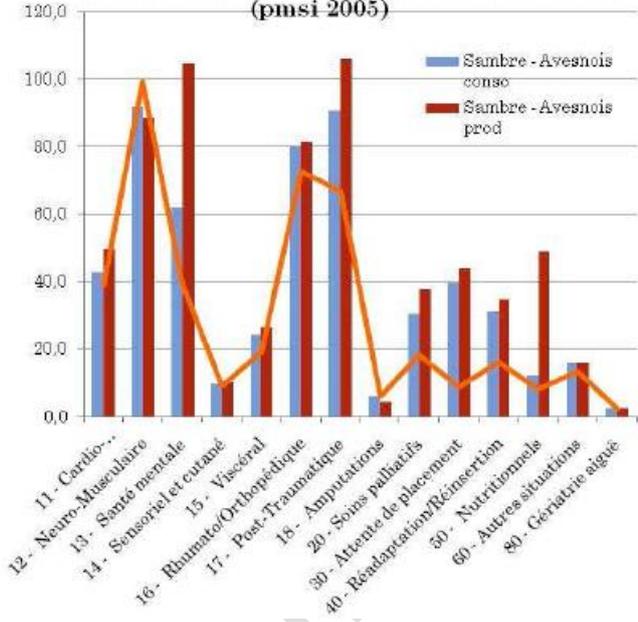


**Analyse du SSR / Zoom sur les CMC**

Sous-consommation des soins par Zone de proximité par CMC en Journées pour 1000Hbts (pmsi 2005)



Sous-consommation des soins par Zone de proximité par CMC en Journées pour 1000Hbts (pmsi 2005)



Evolution de la consommation de soins des populations (en journées)

