



Evaluation des besoins sanitaires Synthèse

Ce livret du PRS fait partie de la collection de documents constitutifs du Projet Régional de santé 2018-2022 (PRS).
Il constitue l'un des documents d'évaluation des besoins de santé du PRS.
Il reflète les travaux conduits en 2016 et 2017 par l'agence régionale de santé avec ses partenaires pour l'évaluation des besoins de santé de la région.
Il trace les perspectives d'évolution dans une vision prospective à 10 ans et sa traduction opérationnelle à cinq ans.

Cette synthèse de l'évaluation des besoins sanitaires s'appuie sur les restitutions des :

- chantiers spécifiques (imagerie, SSR, hôpitaux de proximité, soins critiques, urgences soins non programmés),
- chantiers sanitaires (accès aux soins de premier recours et soins spécialisés, pertinence des soins, AMP-DPN, AVC, cancer, cardiologie interventionnelle, chirurgie, médecine, gynéco-obstétrique, HAD, IRC, soins palliatifs, USLD).

I. Evolution du contexte par rapport au PRS 1

Evolution au plan national

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016

Notre système de santé fait face à des enjeux de modernisation en raison de l'allongement de la durée de vie, du développement des maladies chroniques et de la persistance des inégalités de santé. Pour répondre à ces défis, la Loi de santé du 26 janvier 2016 souhaite recentrer le système de santé sur les soins de proximité, accentuer le « virage ambulatoire » et déployer les parcours de santé. Les professionnels de soins de 1^{er} recours se situent au cœur de cette stratégie. Parallèlement la loi consolide le service public hospitalier en le réarticulant autour d'un bloc d'obligations et en rendant obligatoire la constitution des groupements hospitaliers de territoire.

Lancement du Pacte Territoire santé

Dès 2012, le pacte territoire santé a été lancé avec 3 ambitions pour améliorer l'accès aux soins de proximité : changer la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé et investir dans les territoires isolés. Il s'est décliné sur le plan régional autour d'une douzaine de mesures phares (déploiement de maisons de santé, contrats d'engagement de service public, programmes de télémedecine, etc.).

Du plan triennal au plan d'appui à la transformation de notre système de santé

En 2014, le déficit de l'Assurance maladie était de 7,3 Mrds d'€. Face à l'impératif combiné de maîtrise des dépenses de santé et d'amélioration de la qualité des soins, un plan triennal a été lancé sur la période 2015-2017 avec un objectif de 10 Mrds d'€ d'économies.

Pour la période 2018-2022, il est apparu nécessaire de dépasser la logique axée sur la mise en œuvre de mesures d'économies pour concevoir un plan visant des transformations structurelles du système de santé comme moyen pour soutenir les efforts de maîtrise des dépenses.

Ce futur plan vise ainsi à assurer une égalité d'accès à des soins de qualité sur le territoire, améliorer la pertinence et l'efficacité des soins, renforcer la place de la prévention et pérenniser l'accès à l'innovation.

Il s'inscrit ce faisant en pleine cohérence avec les 4 axes de la stratégie nationale en santé 2017-2020 :

- Développer une politique de dépistage et de prise en charge précoce
- Lutter contre les inégalités sociales et territoriales d'accès de la santé
- Garantir la qualité et la pertinence des prises en charge
- Accompagner la transformation numérique en santé

Evolution au plan régional

Une transformation des conditions d'exercice des professionnels de santé de proximité dans un contexte d'augmentation des inégalités d'accès aux soins

De cinq en 2010, la région compte 73 maisons de santé début 2017. Celles qui ont atteint un niveau de maturité élevé créent une dynamique positive dans la région.

En outre, la région des Pays de la Loire dispose d'une densité de médecins généralistes inférieure à la moyenne régionale. Toutefois sur la période 2007/2016, elle a connu une hausse de +1,3 % dans un contexte de baisse au niveau national de 8,4 %. Cette situation cache néanmoins des disparités infrarégionales. Par surcroît, ces inégalités de répartition des professionnels de santé se creusent d'une part entre les départements (72, 53 et 85 moins bien dotés que le 49 et le 44), et d'autre part entre les territoires infra départementaux (zone à dynamique pluriprofessionnelle avérée et zone dépourvue d'initiatives).

Des difficultés d'accès aux soins spécialisés de 2nd recours

Les perceptions par les usagers d'un manque de spécialistes de 2nd recours sont croissantes et les tensions sur la démographie de ses professionnels se révèlent fortes. Il ressort de l'observation régionale que, sur 15 spécialités médicales de second recours, seules 5 ont vu une densité de professionnels s'accroître entre 2011 et 2015 (ORL, chirurgiens orthopédiques, ophtalmologues, cardiologues et anesthésistes) et les inégalités entre départements se sont creusées pour 10 d'entre elles.

La problématique de l'accès aux avis spécialisés n'est cependant pas qu'une question démographique. Elle est également liée à la qualité du parcours de soins et la maîtrise des risques d'erreurs diagnostiques par insuffisance de coordination entre professionnels.

Un rattrapage du retard régional en équipement et matériels lourds dans le contexte d'une offre de soins hospitalière largement restructurée

Les taux d'équipement en scanner et IRM ont sensiblement augmenté depuis 2012 (+19,5 % pour les scanners et +57,7 % pour les IRM). Depuis 2012, 8 scanners, 13 IRM, une gamma caméra et deux TEP scans ont été installés. Il convient enfin de noter le renforcement des dynamiques de coopération entre les acteurs du public et du privé avec 5 GIE créés et 5 GIE réactivés.

Au-delà de ce rattrapage, la démarche initiée depuis le 2nd Schéma Régional d'Organisation Sanitaire en 1999, qui a vu se regrouper les cliniques dans les agglomérations, l'offre de soins se structurer en pôle public privé dans les villes moyennes, et mettre en œuvre quelques réalisations d'envergure dans la région, a été prolongée. Les projets alliant les ressources du privé et du public ont été poursuivis afin de pérenniser l'offre de soins pérenne sur le territoire et optimiser les équipements. Un réseau gradué de maternité s'est constitué avec un niveau d'activité d'au moins 500 accouchements par an pour chacune d'entre elles.

Un management de la qualité et des risques installé dans la réalité quotidienne des équipes médico-soignantes.

88 % des établissements de santé en région ont obtenu une cotation sur les deux meilleurs niveaux (A et B) de la certification de la Haute Autorité en Santé. Ceci souligne la capacité des établissements de soins à déployer un système de management contribuant à l'amélioration continue de la qualité et de la maîtrise des risques identifiés.

Une activité en croissance dans un contexte budgétaire contraint

L'activité des établissements de santé de la région a connu ces dernières années une dynamique de croissance soutenue ; en 2016, l'augmentation était de 3 % en région versus 2,6 % au niveau national.

Les dépenses des établissements ont suivi cette progression ; en 2016 l'augmentation était de 3,1 % versus 1,8 % au niveau national. Les trois quarts de ces dépenses relèvent du secteur MCO (médecine, chirurgie, obstétrique).

La marge brute régionale des établissements publics de santé s'est progressivement restaurée, après une forte baisse en 2014 : elle atteint, en 2016, 278,3 M€. Le niveau d'investissement de ces établissements reste soutenu malgré une baisse de 19 % sur la période 2013-2016. Le résultat régional conforte sa croissance entre 2015 et 2016 et avoisine les 15 M€. Toutefois le nombre d'établissements publics déficitaires et le montant des

déficits cumulés ont également augmenté en 2016 (20 établissements concentrent un déficit de 16,2 M€).

Entre 2012 et 2016, le résultat consolidé des ESPIC est légèrement déficitaire. Le résultat consolidé des cliniques privées est, quant à lui, excédentaire sur la même période ; il baisse néanmoins d'environ 50 % entre 2014 (23 M€) et 2016 (10 M€).

Dans ce contexte, les enjeux d'amélioration de la performance médico-économique des établissements apparaissent déterminants.

Une structuration régionale autour des enjeux d'amélioration de la pertinence des soins

La région a rattrapé son retard sur la pratique ambulatoire en chirurgie. Elle présente en 2016 le taux le plus élevé au niveau national, soit 56,5 % (taux national à 54,1 %). Toutefois, les enjeux de pertinence des soins vont bien au-delà du virage ambulatoire et restent importants en région ; ils recouvrent l'analyse des actes et pratiques, des processus de soins et des trajectoires de prise en charge.

L'approfondissement de cette dynamique s'appuie désormais sur l'instance régionale chargée de l'amélioration de la pertinence des soins (IRAPS). Créée en 2016, cette instance a pour mission de diffuser la culture de la pertinence des soins et mobiliser les professionnels de santé autour de cette démarche.

II. Problématiques actuelles et émergentes, et constats

Problématique 1 : Une nécessaire consolidation de l'offre de soins de proximité dans les territoires.

Le vieillissement de la population et l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques posent, avec une forte acuité, le positionnement des professionnels de 1er recours et plus spécifiquement le rôle de coordonnateur du médecin traitant face aux enjeux d'optimisation du parcours du patient.

Face aux problèmes d'accès aux soins de proximité, l'agence en lien avec ses partenaires (URPS, Ordres, Assurance Maladie, Facultés) a déployé un certain nombre d'actions visant à renforcer l'attractivité de l'exercice libéral, faciliter les dynamiques pluriprofessionnelles et consolider l'organisation de la permanence des soins ambulatoires.

Toutefois, les structures d'exercice coordonné restent d'une maturité variable. Les difficultés de la démographie médicale concernent désormais les zones urbaines. Ensuite des difficultés d'accès aux médecins traitants apparaissent de façon plus marquée.

Problématique 2 : Des modalités d'accès aux soins spécialisés à optimiser

De nombreux dispositifs ont été déployés afin de diminuer le recours aux urgences, améliorer la pertinence du recours aux hospitalisations et déployer les avis spécialisés dans les territoires. Toutefois, l'organisation du recours aux soins spécialisés de 2nd recours et son articulation avec le 1^{er} recours constituent des axes de progrès. En outre, au-delà des problématiques liées à la démographie des spécialistes, la surspécialisation accrue des médecins dès la formation initiale accélère le risque de concentration des moyens dans les territoires.

Une meilleure gradation des plateaux techniques, le déploiement de systèmes d'information partagés plus efficaces et de la télémédecine, la mise en place d'équipes médicales de territoire ainsi que l'optimisation de la ressource en médecins spécialistes apparaissent comme autant de leviers.

Problématique 3 : Une offre sanitaire, ambulatoire et médico-sociale trop cloisonnée

Le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques impliquent un besoin accru de coordination et de coopération pluriprofessionnelle. Or, le système de santé en France a été conçu pour répondre à des épisodes de soins aigus et se révèle peu adapté pour répondre à ces enjeux. La nécessité de structurer les parcours entre le secteur sanitaire, médico-social et social apparaît également prégnante dans le champ de la psychiatrie et de la santé mentale.

Des innovations organisationnelles, tels que les comités d'intégration des acteurs et des projets, ont été mises dans les territoires afin d'identifier et résoudre les obstacles au parcours des patients. Parallèlement, le déploiement de l'application viatrajectoire a permis d'améliorer les parcours des patients entre les établissements et le domicile, et la plateforme Quimed rend effective la mise en œuvre de la télémédecine. Dans le champ de la santé mentale, la loi de santé du 26 janvier 2016 offre de nouveaux outils pour améliorer l'efficacité des parcours des patients.

Problématique 4 : Des atypies régionales au niveau des volumes d'actes, pratiques et processus de soins soulevant des questions de pertinence

La consommation des séjours chirurgicaux en Pays de la Loire est supérieure de 4,9 séjours pour 1 000 habitants à la moyenne nationale. Or ce différentiel ne s'explique pas par des raisons épidémiologiques.

Les premières études menées sur les journées d'hospitalisation en SSR ont montré un taux de non pertinence de plus de 20 %. Sur les courts séjours médicaux, 8,3 % des admissions étaient inadéquates et 21,5 % des journées d'hospitalisations complètes.

Le ratio de passages aux urgences pour 10 000 habitants est passé de 2 194 à 2 552 entre 2010 et 2015 ; le rythme annuel de progression est de 3,7 dans les Pays de la Loire versus 2,9 % au niveau national. 33 % des passages aux urgences des résidents d'EHPAD sont jugés non pertinents.

Enfin la région accuse un retard en termes de recours à l'hospitalisation à domicile (HAD). En 2015, le nombre moyen de patients pris en charge quotidiennement est de 14,7 pour 100 000 habitants au niveau régional versus 19,3 au niveau national.

Problématique 5 : Un nécessaire approfondissement de la culture de performance médico-économique du fait de la prégnance des contraintes budgétaires

Les exigences de performance sont devenues de plus en plus fortes dans le contexte du plan triennal. Ceci doit conduire à impulser des démarches de parangonnage entre structures, diffuser des référentiels de bonnes pratiques et à accompagner les établissements dans leur transformation.

Problématique 6 : Des innovations technologiques et évolutions de pratiques en forte dynamique

Les innovations technologiques dans le champ de la santé connaissent une forte dynamique depuis plusieurs années (robot chirurgical, anesthésie loco-régionale, chirurgie mini-invasive, etc.). Ces évolutions font émerger de nouveaux modes de prévention et de prises en charge.

La médecine 4P (prédictive, personnalisée, participative et préventive) représente un exemple concret de ces évolutions sensibles. Elle ouvre la voie à une nouvelle vision de la santé. A partir d'un échantillon sanguin, il serait désormais possible de voir les signatures moléculaires sur plusieurs gènes mis en réseaux, prévoir l'évolution d'une maladie ou l'apparition d'une maladie chronique et prédire si le traitement à administrer sera efficace ou pas.

Au-delà de ces innovations techniques, de nouveaux métiers et des nouvelles formes d'organisations (équipe d'appui et de réadaptation, etc.) se développent afin de mieux s'adapter aux évolutions de prises en charge. Les protocoles de coopération entre professionnels de santé connaissent aussi de réels développements (ex de filière visuelle). Enfin la simulation en santé renouvelle les pratiques de formation des professionnels de santé.

III. Propositions d'évolutions à conduire dans le prochain PRS

Proposition 1 : Poursuivre l'accompagnement à la transformation de l'exercice de soins de proximité

La transformation des soins de proximité implique notamment d'améliorer l'accès aux soins non programmés, favoriser les conditions de l'exercice regroupé pluriprofessionnel, accompagner les professionnels dans leurs projets d'installation et faciliter la coordination et l'intégration des acteurs du soin dans les territoires. Il convient d'articuler cet objectif avec les autres politiques d'aménagement du territoire.

Proposition 2 : Etablir un schéma d'organisation de l'accès aux soins spécialisés de second recours

La définition dans chaque territoire d'un diagnostic partagé de l'accès aux soins spécialisés de second recours et d'un schéma d'organisation des soins gradué permettra de définir les modalités de recours et les interactions entre professionnels.

Proposition 3 Améliorer l'efficacité des établissements sur le plan capacitaire et organisationnel

Il apparaît nécessaire pour les établissements de se rapprocher des cibles d'efficacité de l'ANAP sur le plan capacitaire (unités de 30 lits en médecine et SSR hors hôpitaux de proximité) et organisationnel (taux d'occupation à plus de 90 % en hospitalisation complète et accentuation du virage ambulatoire).

Proposition 4 Améliorer la pertinence du recours aux soins en région en réduisant les atypies

L'amélioration de la pertinence du recours aux soins se traduira notamment par la mise en œuvre des différents axes du PAPRAPS (modes de prises en charge, actes et pratiques, séjours, prescriptions et utilisation des produits de santé et parcours de soins).

Proposition 5 Optimiser le parcours des patients en renforçant la coordination des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et ambulatoire.

L'amélioration de la coordination entre les établissements de santé, médico-sociaux et les acteurs du 1^{er} recours permettra d'optimiser le parcours du patient en amont et en aval de l'hospitalisation et d'éviter les hospitalisations inutiles.

Cette orientation pourra notamment s'appuyer sur le déploiement des projets territoriaux de santé mentale (PTSM) dont l'objectif est de favoriser l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité et sans rupture, des projets des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) et des contrats locaux de santé (CLS).

Dans cet objectif de mise en lien des acteurs du champ sanitaire, médico-social et ambulatoire, les hôpitaux de proximité auront un rôle plus spécifique. A cet effet, ils pourront contribuer à soutenir les acteurs du 1^{er} recours, le retour et maintien à domicile notamment des personnes âgées et le déploiement de consultations avancées.

Proposition 6 : Accompagner les innovations technologiques et évolutions des pratiques

Cet accompagnement des innovations et évolutions de pratiques pourra notamment se traduire par le lancement d'appel à candidatures, l'inscription dans des expérimentations nationales ou des actions visant à faire émerger des nouveaux métiers.

Les livrets du PRS

