

**Les territoires de santé :
des approches régionales variées
de ce nouvel espace de planification**

**Magali Coldefy (IRDES, UMR Géographie-Cités, Université Paris 1)
Véronique Lucas-Gabrielli (IRDES)**

DT n° 10

Mai 2008

Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification

Magali Coldefy, Véronique Lucas-Gabrielli

Résumé :

Les paramètres majeurs de l'organisation et de la planification de l'offre de soins ont été considérablement modifiés dans le cadre de la réforme Hôpital 2007. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) de troisième génération couvrant la période 2006-2011 ont pour leur part été profondément rénovés. Ils sont dorénavant l'unique outil de planification, la carte sanitaire est supprimée et le territoire de santé devient le territoire pertinent de l'organisation des soins. De simple contenant il devient un élément structurant de l'offre. Ce changement sémantique correspond à une évolution importante de la place et la conception de l'espace dans la planification sanitaire.

Nous montrons que la définition de ce nouvel instrument a été traitée de manière assez différenciée selon les régions. Un tiers des régions ont préféré stabiliser le découpage du SROS2 en maintenant le découpage précédent, en regroupant des secteurs ou encore en les modifiant à la marge mais la grande majorité a cherché à inventer les territoires de santé en développant une nouvelle méthodologie. Le résultat final aboutit à une légère augmentation du nombre de secteurs, avec sept territoires supplémentaires, et notamment des petits territoires de moins de 200 000 habitants.

À la lecture des différents SROS, nous constatons que les régions se sont relativement bien emparées de certains concepts de ces nouveaux schémas tels que la flexibilité permise pour ces nouveaux territoires entre niveaux de soins, l'utilisation sans réserve des différentes natures de territoire (organisation, projet et concertation). Par contre, certaines activités comme la psychiatrie, le secteur médico-social ou la médecine de ville sont encore insuffisamment intégrés dans la réflexion territoriale globale.

Mots clés : Planification, Territoires de santé, SROS, Système de santé, Organisation des soins, Géographie de la santé

JEL Classification : I18, R12 R38 R58

Introduction

L'élaboration des Schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) de 3^e génération s'inscrit dans un cadre rénové de la planification sanitaire. L'ordonnance du 4 septembre 2003 a fortement modifié le dispositif de planification sanitaire en supprimant la carte sanitaire et en faisant des SROS l'outil unique de planification. Dans ce contexte, le territoire de santé se substitue au secteur sanitaire et devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins. Les projets médicaux sont désormais territorialisés et font l'objet d'une concertation entre les acteurs du champ de la santé au sens large en impliquant le secteur médico-social, les élus et les usagers. Afin d'adapter au mieux le contour des nouveaux territoires de santé, les régions, à travers les agences régionales d'hospitalisation (ARH), disposaient d'une totale liberté dans les méthodes employées pour dessiner cette nouvelle carte de l'organisation des soins. Comment les régions ont-elles utilisé cette opportunité ? Avec quels concepts (distance, temps, flux, découpages administratifs) et quelles méthodes ? Quels sont les découpages réalisés au final ? Telles sont les questions auxquelles nous tentons de répondre en recensant les différentes méthodologies utilisées et argumentées par les régions pour conceptualiser et dessiner cette nouvelle aire de planification.

1. Cadre d'analyse

Dans un premier temps, un bref rappel historique de la planification sanitaire en France ainsi que la définition du cadre législatif du SROS de troisième génération permettent de définir le cadre d'analyse de l'étude.

1.1. Rappel historique de la planification sanitaire française

Les prémisses de la planification sanitaire en France peuvent être repérés dès 1941. La loi du 21 décembre 1941, mettant fin à l'hôpital-hospice et consacrant l'hôpital comme un établissement sanitaire et social, appelle un recensement des équipements publics et privés existants, « pour savoir ce qu'il y a lieu d'entreprendre dans l'avenir, éviter les doubles emplois et les gaspillages d'argent » (Vigneron, Brau, 1996). Quinze ans plus tard, son poids économique grandissant, la santé s'inscrit dans les objectifs du II^e Plan (1954-1957) avec la constitution d'une Commission de l'équipement sanitaire et social dont le mandat était d'établir un inventaire des moyens, de déterminer des priorités et d'établir une programmation (Nogues, Azema, 1996). Les ordonnances de décembre 1958 instaurant une classification hiérarchisée des hôpitaux publics affirment les principes de l'*aménagement sanitaire*.

Il faudra cependant attendre la loi hospitalière du 31 décembre 1970 créant le service public hospitalier et instaurant la carte sanitaire pour parler de *planification sanitaire* dans son acception actuelle (Nogues, Azema, 1996). En effet, la planification renvoie à une action de prévision, d'ordonnancement, d'allocation rationnelle des ressources ou de moyens (Jourdain, de Turenne, 1997) encore peu présente dans les textes précédents.

L'objectif de la carte sanitaire instaurée par la loi hospitalière de 1970 était de réguler et de redistribuer un parc hospitalier qui s'était développé anarchiquement depuis les années 1960. La loi crée les conditions d'une planification volontariste de l'espace (Vigneron, Brau, 1996) en subordonnant la création – ou l'extension – d'établissements en lits ou équipements lourds aux besoins définis par la carte sanitaire. La carte sanitaire fixait ainsi des indices de besoins par secteur et région sanitaires. Il s'agissait là d'un processus descendant, le ministère de la santé établissait la carte sanitaire et des normes nationales d'équipement en termes de lits par population. Cela a mené à la constitution de 21 régions sanitaires et 256 secteurs en 1974 (Bourdillon, 2005). Les données et outils nécessaires à la constitution de ces zonages étaient alors quasiment nuls et les secteurs hospitaliers furent souvent dessinés dans un premier temps autour des aires d'attraction urbaine. Le découpage fut ensuite affiné à partir d'enquêtes sur les aires de recrutement des établissements, aboutissant à 223 secteurs sanitaires en 1984.

Ce premier outil de planification sanitaire s'est avéré très quantitatif et rigide. Il visait davantage les principes d'égalité que d'équité. Basée sur l'offre hospitalière existante, la carte sanitaire n'a pas permis une réelle restructuration de l'offre de soins hospitalière, ni une réduction du trop-plein (Basset, Lopez, 1997).

Vingt ans plus tard, avec la loi du 31 juillet 1991, l'émergence de l'échelle régionale dans la gestion et l'organisation du système de santé va marquer un tournant dans la planification sanitaire française. Les ARH se mettent en place avec les ordonnances d'avril 1996 et prennent la responsabilité de la planification hospitalière, à la fois publique et privée.

Le secteur sanitaire est toujours considéré comme un élément fort de l'organisation sanitaire pour l'ensemble des acteurs, mais pour corriger les défauts mis en avant à propos de la première carte sanitaire, un deuxième outil de planification vient la compléter. C'est la création des SROS. Ces schémas sont définis régionalement à partir d'une « mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et des progrès des techniques médicales et après une analyse, quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante ». La carte sanitaire et le schéma doivent être révisés au moins tous les cinq ans afin de prendre en compte l'évolution démographique et les progrès médicaux. Cet outil s'avère donc nettement moins rigide que le premier, la loi hospitalière de 1991 ne fixe plus d'objectifs uniformes applicables aux différentes régions : elle tient compte du contexte spécifique de chacune d'entre elles.

Trois générations de schémas vont ainsi se succéder : les SROS 1 de 1994 à 1999, les SROS 2 de 1999 à 2004 et les SROS 3 qui ont été arrêtés en 2006 pour la période 2006-2011.

Lors de la première génération de schémas, l'analyse de l'existant avait amené à revoir les découpages des secteurs sanitaires dans la majorité des régions, d'autant plus que les textes d'application fixaient un seuil minimum de 200 000 habitants par secteur sanitaire, sauf pour les départements français comptant moins de 200 000 habitants qui constituaient alors un secteur.

La délimitation des secteurs a souvent résulté d'un compromis entre géographie humaine et contraintes administratives et politiques (Lucas, Tonnellier, 1996). Cette période fut pour certaines régions l'occasion d'associer des géographes de la santé à leur réflexion ou d'utiliser leurs méthodes. Certaines régions ont utilisé les concepts des villes et bourgs attractifs définis par l'Insee ou les zones d'emploi ; d'autres, les zones d'attraction hospitalière mesurées à partir d'enquêtes, les données de type Programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) n'étant pas encore disponibles. La France comptait ainsi 152 secteurs en 1994.

Peu de régions ont revu leur découpage dans le cadre du SROS de deuxième génération, parfois certaines méthodologies ont été affinées du fait des données et outils devenus disponibles, mais il y a eu peu de réelles remises en question des zonages. Il s'agissait plutôt de conforter l'organisation mise en place dans les premiers SROS. En revanche, des découpages infra-sectoriels complémentaires au secteur sanitaire ont été créés dans certaines régions lorsque la taille du secteur posait problème pour l'observation de certaines activités (bassins de chirurgie ou bassins de naissance) ou bien encore pour créer des espaces de coopération entre établissements (pôles de coopération).

La troisième génération de schémas apporte, quant à elle, de profondes modifications dans la planification sanitaire régionale. Elle est à replacer dans le contexte qui suit l'ordonnance de simplification sanitaire du 4 septembre 2003 qui vise à passer d'une logique de planification hospitalière à une approche plus globale basée sur l'évaluation des besoins de santé. L'ordonnance supprime la carte sanitaire et fait du schéma l'unique outil de planification, prévoyant les évolutions de l'offre de soins préventifs, curatifs et palliatifs, répondant aux besoins de santé physique et mentale et fixant par une annexe des objectifs quantifiés d'offre de soins par territoire de santé.

1.2. Les SROS de troisième génération : textes et consignes

L'ordonnance du 4 septembre 2003 : cadre d'élaboration des SROS 3

Le cadre des SROS de troisième génération est donc fixé par l'ordonnance de simplification administrative du 4 septembre 2003. Cette ordonnance définit le cadre des SROS « qui doivent prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins – préventifs, curatifs et palliatifs – et susciter les adaptations et les complémentarités visant à répondre aux besoins de santé physique et mentale de la population ».

L'ordonnance introduit des modifications importantes :

- La carte sanitaire est supprimée. Les SROS deviennent le support unique de l'organisation de l'offre de soins hospitaliers et le territoire de santé devient le nouveau territoire pertinent de l'organisation des soins.
- L'ensemble des autorisations est déconcentré au niveau régional et géré par l'ARH. Le territoire est défini pour organiser l'offre de soins en termes d'implantation des établissements et des équipements et de volume d'activité. Pour chaque territoire de santé, un cadre quantitatif par activité de soins est déterminé sous la forme d'objectifs quantifiés de l'offre de soins¹ (OQOS) qui sont ensuite déclinés par établissement dans le cadre d'une négociation.
- Le territoire de santé est aussi conçu comme un espace de concertation entre les acteurs du champ de la santé au sens large : professionnels médicaux et sociaux, élus et usagers. C'est la notion de *démocratie sanitaire*. Elle s'exprime dans le cadre de conférences sanitaires de territoires.

Par ailleurs, le SROS met l'accent sur les complémentarités, les coopérations et les articulations entre les différents acteurs du champ de la santé : les établissements de santé, la médecine de ville, les secteurs social et médico-social. La recherche de complémentarité est favorisée notamment par la simplification des formules de coopération.

La psychiatrie, qui faisait jusqu'à présent l'objet d'une planification et d'un découpage géographique spécifiques, est dorénavant intégrée totalement au SROS général, dans le but de mieux articuler soins psychiatriques et somatiques. La dimension géographique du secteur psychiatrique est supprimée ; il ne conserve que sa dimension fonctionnelle et participe, avec les autres établissements de santé du territoire, à la prise en charge de la santé mentale. La psychiatrie constitue ainsi un volet obligatoire du SROS général, parmi les 16 volets obligatoires fixés par l'arrêté du 27 avril 2004, les régions étant libres d'intégrer certaines thématiques non fixées dans l'arrêté. Les autres volets obligatoires sont : la médecine ; la chirurgie ; la périnatalité ; les soins de suite, la rééducation et la réadaptation fonctionnelle ; l'hospitalisation à domicile ; la prise en charge des urgences et l'articulation avec la permanence des soins ; la réanimation, les soins continus et les soins intensifs ; la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ; l'imagerie médicale ; les techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale ; la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique ; la prise en charge des personnes âgées ; la prise en charge des enfants et des adolescents ; la prise en charge des personnes atteintes de cancer ; les soins palliatifs ; la prise en charge des patients cérébro-lésés et traumatisés médullaires.

L'ordonnance fait également état de plus de flexibilité au niveau des territoires : « selon les activités et équipements, les territoires de santé constituent un espace infrarégional, régional, interrégional ou national ». La flexibilité est permise entre les disciplines et entre les niveaux de soins. Une recherche de cohérence territoriale est cependant demandée aux régions.

¹ Pour plus de détails sur la méthode de définition des OQOS, se reporter à la circulaire DHOS/O/2005/254 relative à l'élaboration des objectifs quantifiés de l'offre de soins et à la revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé de mai 2004 (Estellat C., Lebrun L.).

La circulaire du 5 mars 2004 : éléments de définition du territoire de santé

La circulaire du 5 mars 2004 précise les orientations concernant l'élaboration des SROS 3. Elle insiste sur la « plus grande prise en compte de la dimension territoriale ». Le territoire n'est plus envisagé comme un périmètre administratif d'application d'indices d'équipement, mais comme une zone d'organisation fonctionnelle de l'offre de soins.

Le ministre de la Santé demande aux régions d'emprunter une voie innovante dans la définition des territoires, tenant compte des réalités locales et s'affranchissant des traditionnelles limites administratives. La circulaire invite également les régions à prendre en compte les géographies physique et humaine des territoires et les comportements de la population face à l'offre de soins. Extraite du document « Territoires et accès aux soins » (Mauss, Polton, 2003), une revue de méthodes et d'expériences régionales en matière de découpage de zonages sanitaires est jointe en annexe de la circulaire pour guider les régions.

A - Des territoires modulables selon l'activité

La circulaire précise que les régions peuvent dessiner des territoires différents selon les activités : médecine, chirurgie, psychiatrie, soins de suite et de réadaptation. Mais dans le même temps, la recherche d'une cohérence territoriale est fortement encouragée, notamment pour les activités liées au plateau technique, mais aussi pour la psychiatrie.

B - Pour des soins gradués

De plus, et en toute logique, l'organisation des soins doit être graduée et permettre d'identifier les différents niveaux de prise en charge. Cinq niveaux de soins sont proposés, parmi lesquels le niveau de proximité est imposé. Ces niveaux de soins sont plus ou moins emboîtés les uns dans les autres, les niveaux supérieurs devant intégrer dans leur offre les soins de niveau inférieur.

- Le niveau de « *proximité* » est le niveau des soins de premier recours, celui de la permanence des soins, impliquant le généraliste, l'infirmier et le pharmacien.
- Le niveau « *intermédiaire* » est structuré autour de la médecine polyvalente, c'est le premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique.
- Le niveau de « *recours* » dispense des soins spécialisés correspondant au niveau du bassin de desserte de l'hôpital pivot du territoire de recours. C'est à ce niveau que correspond généralement le territoire de santé, territoire organisationnel de l'offre de soins.
- Le niveau « *régional* » correspond aux prestations spécialisées qui ne sont pas assurées par les autres niveaux (ex. : la chirurgie spécialisée, la recherche...).
- Le niveau « *inter-régional* » est réservé à certaines activités telles que la prise en charge des grands brûlés, la greffe, la neurochirurgie....

À ces différents niveaux de soins, vont pouvoir correspondre des territoires gradués, depuis les territoires de proximité aux grandes inter-régions. La délimitation précise de ces différentes échelles territoriales n'était pas inscrite dans les textes d'élaboration des SROS, mais certaines régions ont choisi d'associer à chaque niveau de soins un territoire précis.

Seul devait faire l'objet d'une définition géographique précise le territoire de santé, en tant qu'espace d'organisation des soins, sur lequel sont fixés les OQOS et négociés les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) afin de répondre à un projet médical de territoire. Ce territoire de santé correspond généralement au niveau de recours défini précédemment. Mais nous verrons par la suite que la souplesse et la liberté laissées aux régions dans la définition même de ce territoire, a pour effet de mettre derrière la notion de « territoire » des réalités, des contenus et des fonctions très variables. Ainsi, certaines régions n'utiliseront pas les mêmes territoires de santé pour la médecine ou la chirurgie, d'autres utiliseront différents niveaux de soins pour fixer leurs OQOS. Chaque région a cependant arrêté dans son schéma des territoires de santé aux délimitations géographiques précises. Nous allons, dans un premier temps, nous pencher sur ce territoire de santé « arrêté » afin de voir comment dans sa construction, il a cherché à répondre aux objectifs de ce SROS de troisième génération. Les différentes méthodes utilisées par les régions sont ainsi comparées. Dans

un deuxième temps, nous observons plus particulièrement comment les régions se sont appropriées les possibilités de flexibilité territoriale (entre niveaux de soins et entre disciplines).

2. Données et méthode d'analyse

2.1. Données

Les résultats présentés sont issus uniquement de la lecture des différents SROS et correspondent donc à ce que les régions, à travers ce document, ont voulu mettre en avant dans la conception de ces nouveaux territoires. Certains schémas sont très argumentés au sujet de la réflexion territoriale, d'autres moins. Les méthodologies employées sont plus ou moins détaillées. Notre travail synthétise donc uniquement les aspects mis en avant dans les schémas. Il s'agit d'une lecture de ce que les régions ont voulu nous donner de leur réflexion territoriale dans le cadre des SROS 3. Des entretiens avec les acteurs seraient nécessaires pour avoir une vision plus précise du traitement de la question territoriale dans les SROS. Il se peut également que certains éléments n'aient pas été décrits dans les SROS de certaines régions alors qu'ils ont participé à la réflexion et aux choix de découpages (notamment certaines contraintes politiques).

2.2. Grille d'analyse

Une grille d'analyse a été élaborée pour la lecture des schémas. En l'absence d'un modèle standard de schéma, les documents régionaux varient beaucoup dans leur contenu, la présentation des différents éléments à aborder dans le schéma, dans le niveau de détail des arguments développés. Certains éléments ont parfois été placés dans les documents préparatoires aux SROS.

La grille reprend les consignes données dans l'ordonnance et les circulaires relatives à sa mise en place. Pour chaque région, ont été relevées les informations sur :

- Les caractéristiques des territoires de santé : nombre et taille ;
- La méthodologie utilisée pour les construire : avec quelles données et quelle méthode ?
- Les caractéristiques du nouveau découpage par rapport à celui du SROS 2 : reprise partielle ou totale du découpage, motifs de l'absence de redécoupage, respect des limites administratives ;
- Les difficultés évoquées ;
- La graduation de l'organisation des soins (nombre de niveaux et contenu) ;
- Le découpage territorial sur le champ psychiatrie et santé mentale : existence d'une réflexion sur la recherche de cohérence territoriale avec le champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO), redécoupage des secteurs psychiatriques ;
- Les champs ou thématiques du SROS : nombre de volets thématiques inscrits, nombre de thématiques supplémentaires aux volets obligatoires ;
- Les autres instruments de planification : les OQOS et leur déclinaison en termes de temps d'accès ou de couverture horaire, leur méthode de calcul, l'évaluation des SROS ;
- Les éléments de lecture critique : stratégie argumentée, expliquée, existence d'une véritable réflexion territoriale, prise en compte de la médecine de ville.

2.3. Reconstitution des territoires

Parallèlement à la lecture des 22 SROS métropolitains, il a été nécessaire de construire une carte nationale des territoires de santé utilisés pour la planification et arrêtés dans les schémas, celle-ci n'étant pas directement disponible auprès des services centraux du ministère de la Santé. Si les délimitations précises des territoires de santé étaient parfois intégrées au schéma ou dans les documents préparatoires au schéma, il a souvent fallu contacter les référents régionaux au sein des ARH, des Directions régionales des affaires sanitaires et sociales (DRASS) ou des Observatoires régionaux de santé (ORS) pour obtenir le découpage précis. Certaines délégations régionales de l'INSEE ont également mis à disposition ces découpages sur leur site.

Les informations ainsi récupérées utilisent des références géographiques variables : liste de communes, cantons, arrondissements, départements rattachés à chaque territoire. Une table de correspondance partant du niveau le plus fin, la commune ou les arrondissements pour les grandes

agglomérations, a été réalisée pour les territoires « de planification », ceux sur lesquels sont construits les OQOS.

Certaines régions ont découpé des territoires pour différents niveaux de soins (proximité, niveau intermédiaire...) et ont mis à disposition les limites géographiques de ces zones qui ont alors été intégrées à la base de données. Lorsque des territoires différents ont été dessinés par discipline, l'information précise sur le découpage figure rarement dans les documents. Leur reconstitution n'a donc pas été possible. Au moment de la réalisation de l'étude, la Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) n'a pu fournir que deux cartes au format « image » des territoires de médecine et de chirurgie. Ce format ne pouvant être intégré aisément dans un système d'information géographique, ces éléments n'ont donc pas participé à l'analyse des territoires.

La cartographie des précédents secteurs sanitaires en place dans le cadre des SROS 2 a été fournie par la Direction de la recherche, de l'évaluation et des études statistiques (DREES) du ministère de la Santé.

3. Résultats : des choix opérés par les régions différents

Une grande liberté était laissée aux régions quant à la façon de découper les territoires de santé. Le ministre de la Santé avait joint à la circulaire d'élaboration des SROS une annexe présentant une revue des méthodes existantes pouvant guider les régions (Mauss, Polton, 2003).

Deux grandes catégories de méthodes étaient ainsi présentées :

- les méthodes fondées sur les services existants, qui utilisent :
 - la délimitation d'aires théoriques autour des structures d'offre de soins existantes : courbes isochrones, polygones de Thiessen et aires de Reilly, des méthodes géométriques prenant en compte l'attraction simultanée d'un ensemble d'équipements, intégrant ou pas le volume populationnel concerné ;
 - ou les méthodes fondées sur les flux réels d'utilisation des services : bassins construits à partir de la fréquentation hospitalière (flux domicile-hôpital) ou autour d'autres services de santé (notamment ambulatoires), approches élargies à des déplacements de population pour des services autres que sanitaires (villes et bourgs attractifs de l'INSEE, zones d'emploi, zonage en aires urbaines et en aires d'emploi de l'espace rural).
- - et les méthodes visant à identifier des zones à risques ou défavorisées.

Munies de ces éléments, les régions se sont donc prêtées à un exercice géographique pour découper leurs territoires de santé.

La cartographie réalisée à partir des données fournies par les régions aboutit à 153 territoires de santé pour la métropole contre 146 pour les précédents secteurs sanitaires du SROS 2. Cette légère augmentation met fin à la tendance précédente qui était à la diminution du nombre de secteurs (223 en 1984, 152 en 1994 et 143 en 2004).

3.1 Des territoires de santé de taille variable selon les régions

En 2007, la taille moyenne des territoires est de 374 000 habitants contre 418 000 dans les schémas précédents. Les territoires sont très hétérogènes en matière de population couverte : 43 territoires comptent moins de 200 000 habitants et 8 moins de 100 000 habitants (graphique 1 et carte 1). Dans les SROS 2, seuls 23 secteurs comptaient moins de 200 000 habitants et 3 moins de 100 000 (carte 2).

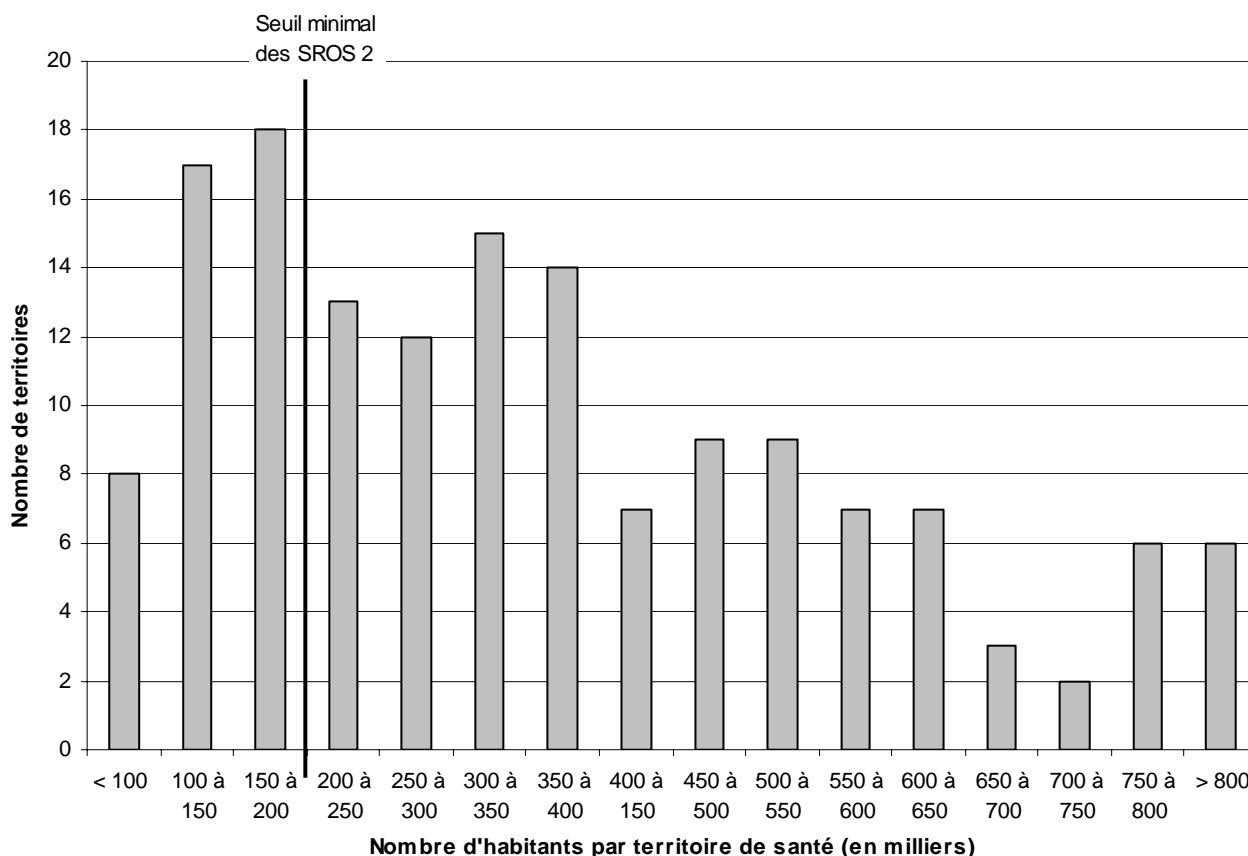
Le plus petit territoire se situe en Auvergne avec 28 000 habitants et le plus grand en Aquitaine avec 1,3 million d'habitants. Si la moyenne est de 374 000 habitants, elle varie selon les régions : de

moins de 150 000 pour la Corse et l’Auvergne à près d’un million pour le Nord-Pas-de-Calais et la Lorraine.

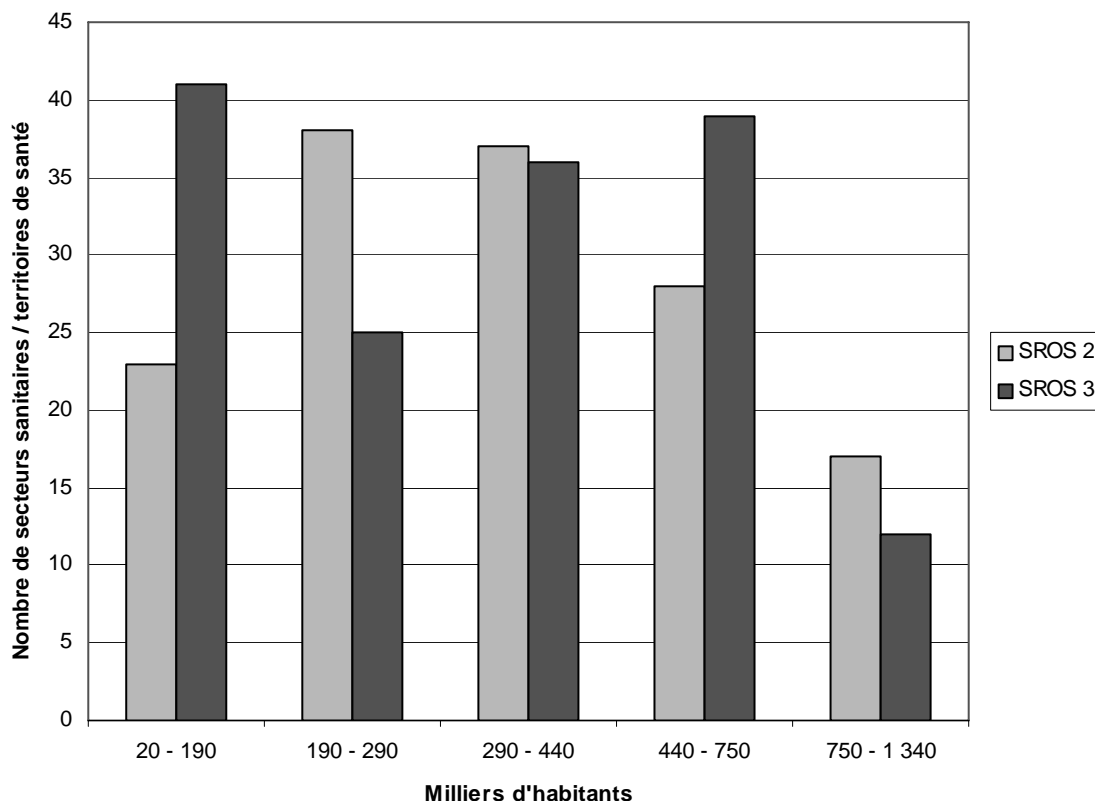
Des variations similaires sont observées en termes de superficie et, par effet d’incidence, sur les distances et les temps d’accès (carte 3). La surface des territoires varie ainsi de 25 km² (en Île-de-France) à plus de 11 000 km² en Lorraine. Les petits territoires sont souvent très densément peuplés, les logiques de découpage obéissant à un compromis entre densité et superficie (François, Frankhauser, Pumain, 1995).

Alors même que certaines régions ont cherché à regrouper des secteurs sanitaires pour constituer des territoires de santé (Picardie, Lorraine, Île-de-France), la tendance générale est plutôt à l’augmentation des territoires de petite taille : 41 territoires de santé comptent moins de 190 000 habitants dans les SROS 3, contre 23 dans les SROS 2 (cartes 1 et 2). Parallèlement il y a une diminution du nombre de territoires dans la tranche de population qui correspondait dans les SROS 2 à la taille minimale du secteur sanitaire (25 territoires comptent entre 190 000 et 290 000 habitants contre 38 dans les SROS 2, cf. graphique 2). La suppression de seuil minimal semble donc justifiée par le besoin de définir des territoires plus petits dans quelques dizaines de cas. On constate aussi une modification significative du nombre de secteurs dans les tranches supérieures avec une diminution du nombre des plus gros secteurs (17 secteurs comptaient plus de 750 000 habitants dans les SROS 2, ils ne sont plus que 12 dans les SROS 3) et une augmentation du nombre de secteurs de 440 000 à 750 000 habitants.

Graphique 1
Répartition du nombre de territoires de santé selon leur taille en France métropolitaine en 2006



Graphique 2
Répartition des secteurs sanitaires du SROS 2 et des territoires de santé du SROS 3 selon la population couverte



Ces très grandes différences de taille populationnelle (variation dans un rapport de 1 à 47) éprouvent la conception du projet médical de territoire. Dans le cas des territoires de petite taille, le risque qu'il ignore les réalités de recours à un plateau technique de référence qui se situerait en dehors du territoire n'est pas négligeable, tout comme la difficulté d'organiser l'offre. Selon la Fédération Hospitalière de France, un seuil minimal de 150 000 habitants est aujourd'hui nécessaire pour permettre à un hôpital et une clinique de fonctionner sur le même territoire, à la fois pour des raisons techniques et médico-économiques. Se pose donc la question de la « viabilité » de ces petits territoires quand il s'agit de préserver une zone fragile, de maintenir une économie locale et de pouvoir maintenir un établissement de santé.

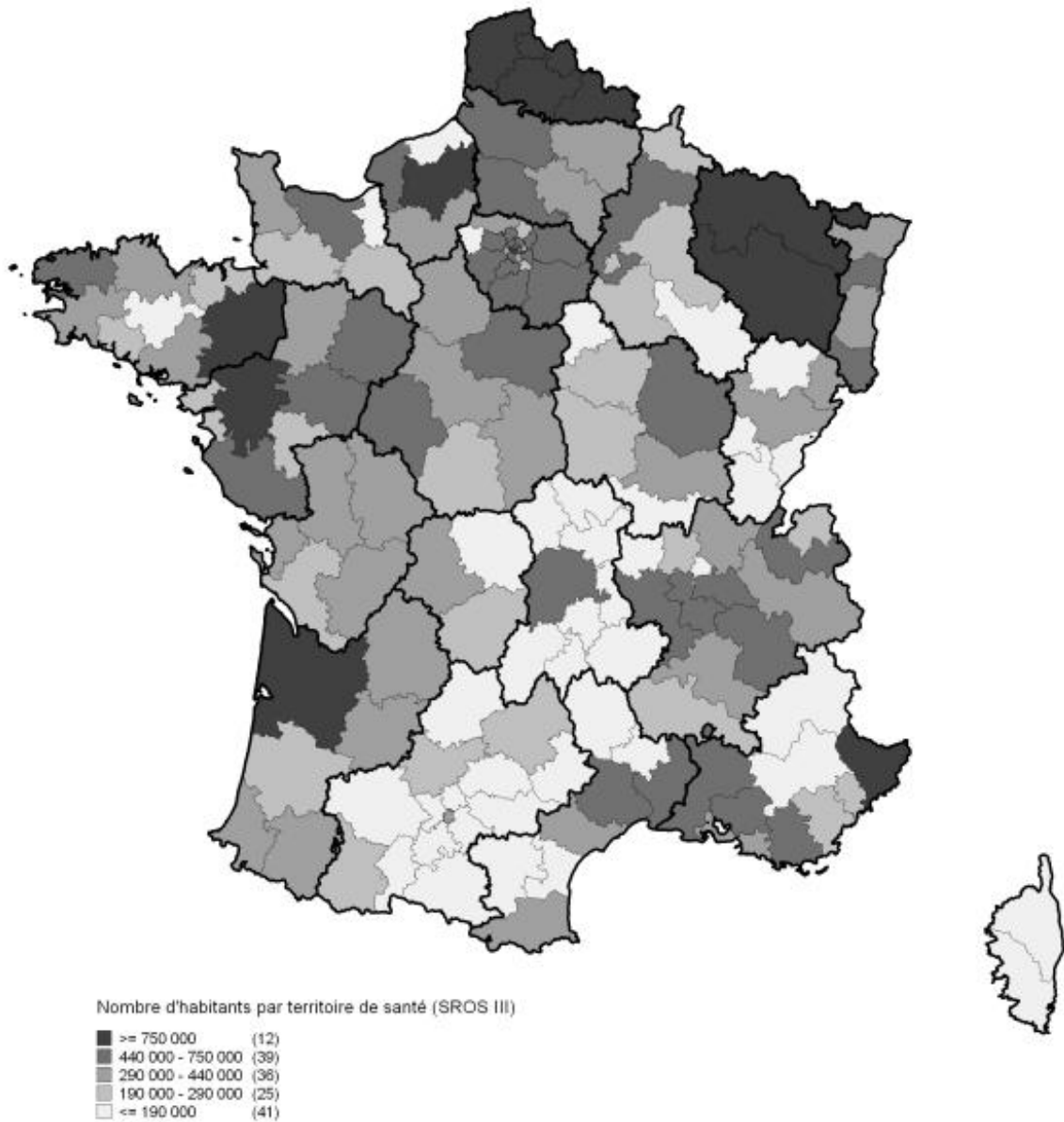
Par ailleurs, l'évolution démographique des professions médicales, les exigences de qualité et de sécurité des soins poussent davantage à créer des territoires plus vastes, avec le risque de couvrir une population très hétérogène, et donc de compliquer l'adaptation de l'offre. Avec les territoires de très grande taille, le risque est d'agglomérer dans un ensemble très vaste des établissements et des services dont les populations desservies sont très différentes.

Mais le principe de graduation des soins, avec la possibilité de déterminer des niveaux de soins de proximité et des niveaux intermédiaires en deçà du territoire de santé global utilisé pour la planification, constitue une réponse à cette forte hétérogénéité des territoires. L'organisation en « filières de soins » coordonnant le parcours du patient pour un même épisode de soins entre les différents acteurs de sa prise en charge, devrait permettre de couvrir les territoires et les « besoins »² de la population quelles que soient la taille du territoire couvert et la méthodologie de découpage employée.

² Les SROS sont définis sur la base d'une évaluation des besoins de santé de la population. Une revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé a été produite pour aider les régions à réaliser cette étape. Pour plus de détails se reporter à : Estellat C., Lebrun L., La revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé, mai 2004.

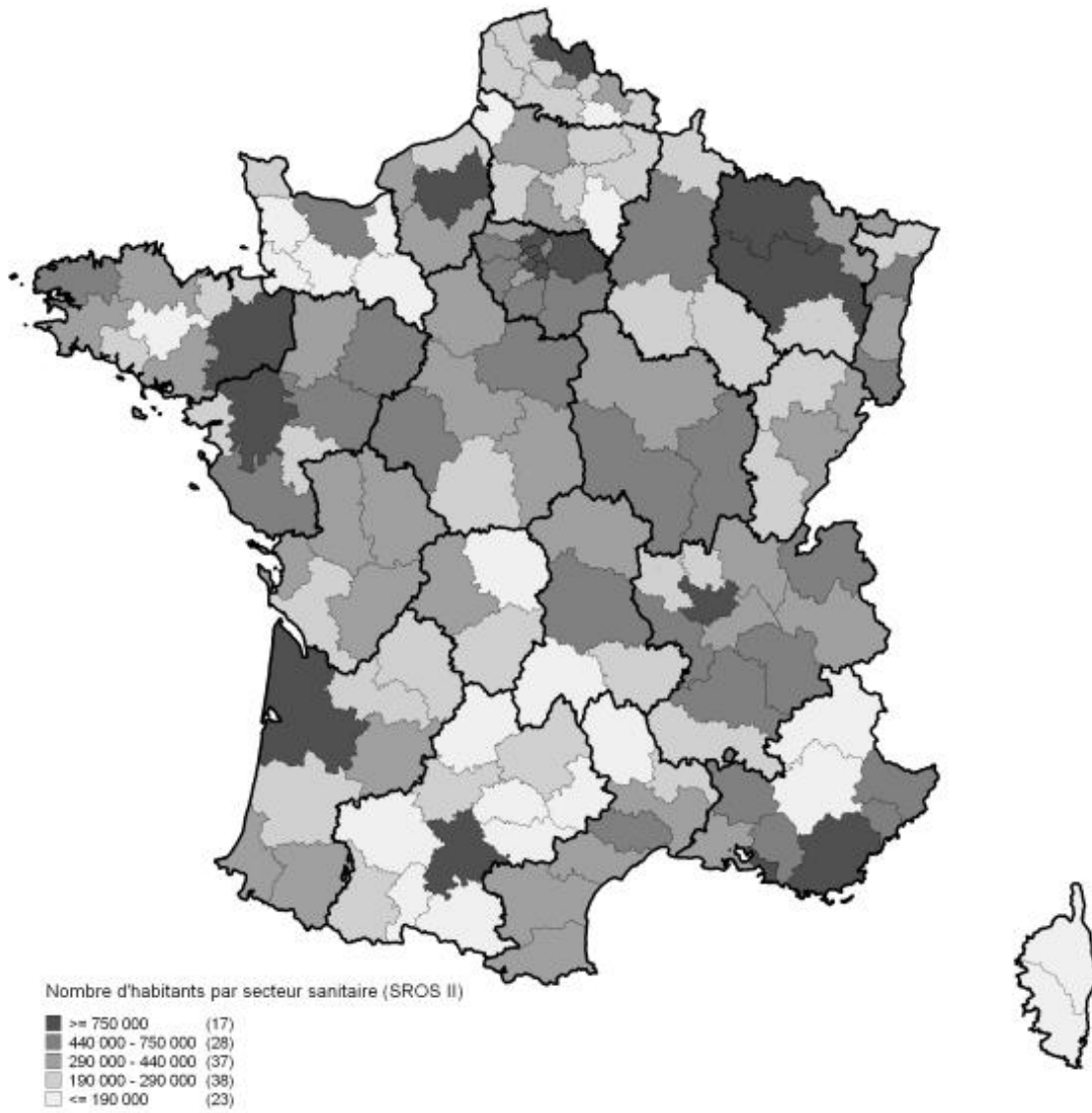
Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification
Magali Coldefy, Véronique Lucas-Gabrielli

Carte 1
La couverture populationnelle des territoires de santé des SROS III

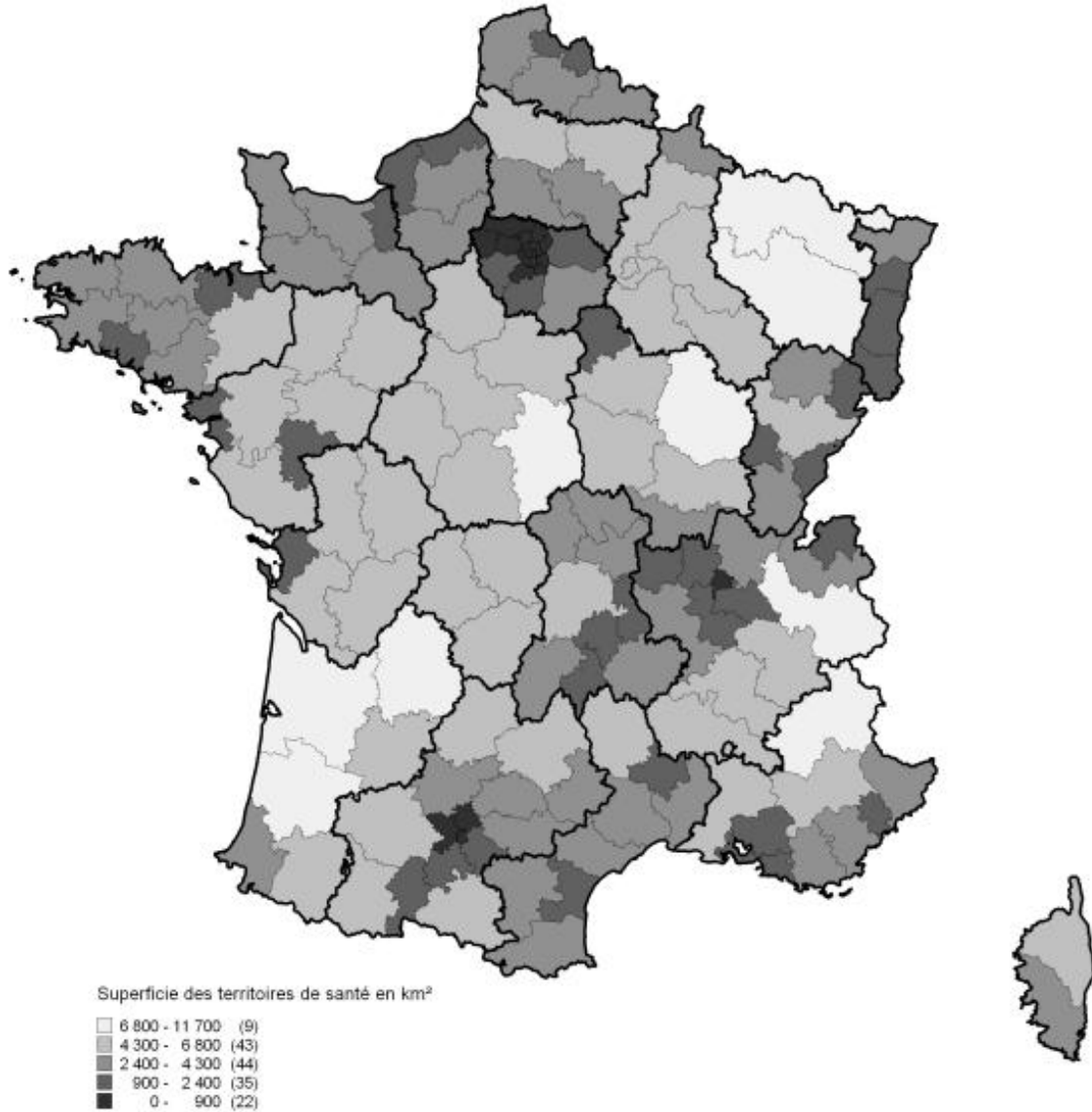


Sources : Insee RP1999, Fond cartographique IRDES

Carte 2 La couverture populationnelle des secteurs sanitaires des SROS II



Carte 3 : La superficie des territoires de santé des SROS III



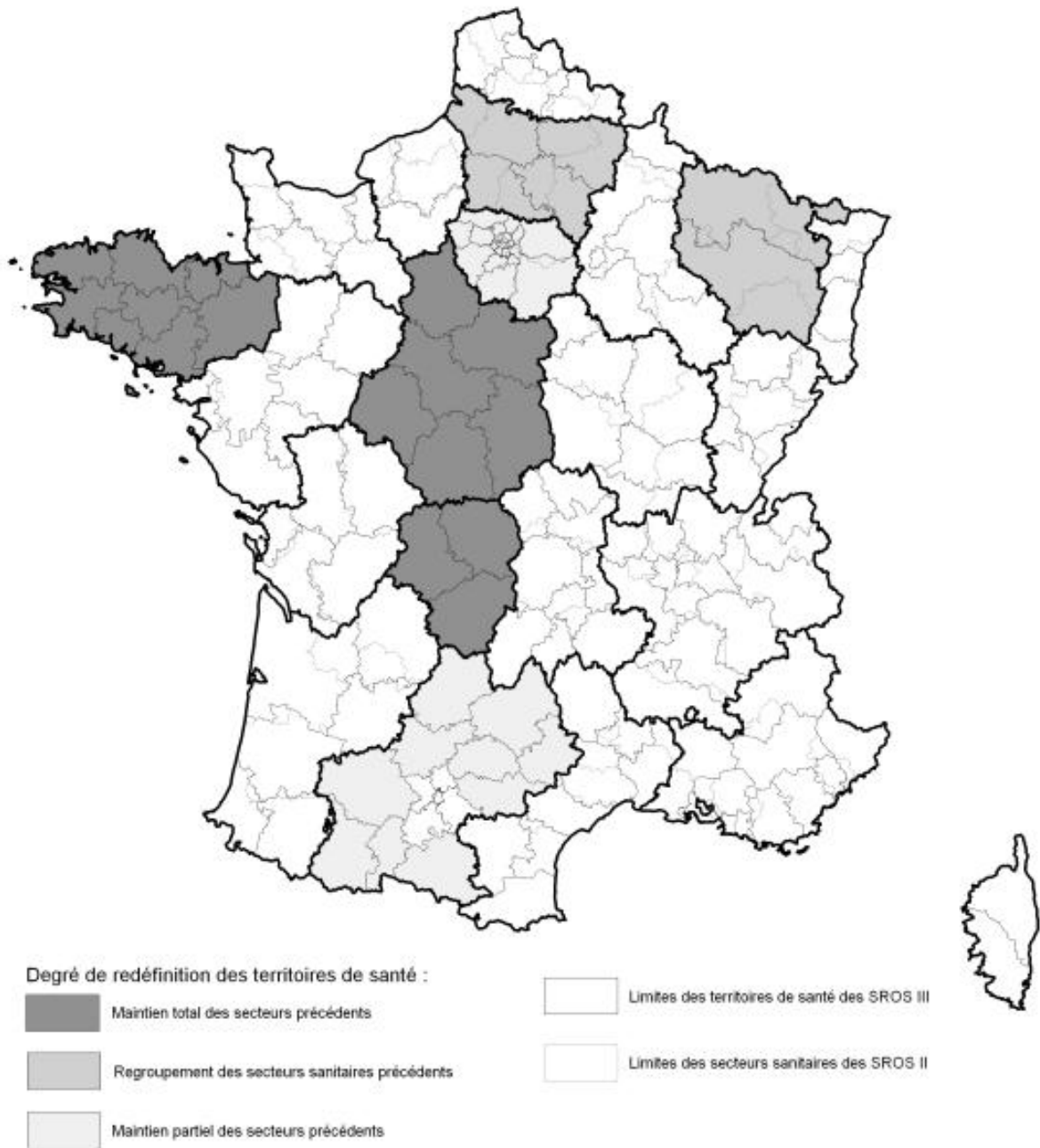
Source : Fond cartographique IRDES

3.2. Du maintien des secteurs sanitaires à la définition de nouveaux territoires de santé

3.2.1 Le choix du maintien des précédents découpages

Malgré la consigne d'« emprunter une voie innovante » pour ces découpages, un tiers des régions ont fait le choix de maintenir de manière totale ou partielle le découpage des secteurs sanitaires précédemment mis en place dans le SROS II (carte 4). Cette consigne nationale laissait supposer que, dans bien des cas, le découpage précédent était inadapté aux besoins. Or, certaines régions avaient déjà travaillé sur cette problématique territoriale lors des précédents SROS dans le cadre d'importantes restructurations hospitalières.

Carte 4
Les territoires de santé selon leur degré de redéfinition



Source : Fond cartographique IRDES

a - Maintien total des secteurs sanitaires précédents

Au total, trois régions ont maintenu à l'identique leurs précédents découpages en secteurs sanitaires : il s'agit du Centre, du Limousin et de la Bretagne.

Le Centre et le Limousin qui sont des régions à dominante rurale ont maintenu les limites départementales en tant que territoires de santé correspondant aux secteurs sanitaires précédents. Dans ces régions, le département a fortement structuré l'offre de soins. Rappelons d'ailleurs que malgré toutes les critiques faites à ce découpage, la départementalisation mise en place en 1790 n'était ni abstraite ni arbitraire, et qu'à partir de principes égalitaires, elle a été négociée au plus près des intérêts locaux (Burguière, Revel, 1989). Par ailleurs, l'analyse des comportements spatiaux des populations en matière de recours au système de soins vient conforter cette assise départementale.

La Bretagne avait déjà mené une réflexion importante sur les découpages des secteurs sanitaires dans le cadre des SROS 2 et a maintenu son découpage précédent. Celui-ci était basé sur le résultat d'une analyse croisée de l'activité hospitalière et des réalités socio-économiques prises en compte à travers les zones d'emploi définies par l'INSEE. Un travail de rapprochement des secteurs sanitaires avec les "Pays", – territoires de projet caractérisés par une cohésion géographique, économique, culturelle ou sociale³–, réalisé en 2004, concluait au maintien des secteurs sanitaires mais en y "animant" le nouvel espace de concertation. « *Il est apparu judicieux de ne pas remettre en cause le découpage en secteurs sanitaires mais de veiller tout particulièrement à associer les représentants de Pays à l'espace de concertation que constitue la conférence sanitaire renouvelée* » (extrait du SROS III Bretagne).

Même en l'absence de redécoupage, l'ordonnance de 2003 a poussé à revisiter les découpages en cours. Des études actualisées sur les flux hospitaliers sont toujours citées par les régions, venant valider la pertinence des précédents découpages et le choix de les maintenir.

Parmi les avantages à utiliser des limites connues, les régions citent aussi la meilleure lisibilité pour les acteurs et usagers du système de soins. « *Il est préférable de s'appuyer sur un territoire correspondant à un découpage administratif connu et pertinent* ». « *Dans l'ensemble, les nouveaux territoires de santé s'harmonisent avec les territoires existants dans la mesure où ils s'appuient naturellement sur l'organisation de l'offre de soins à l'intérieur de ces derniers* ». (extraits des SROS III Centre et Limousin)

Nous verrons cependant que certaines régions ont fait un choix différent en proposant des modifications même marginales de leur précédent découpage, c'est le cas notamment des Pays-de-Loire.

b - Regroupement des secteurs sanitaires précédents

Certaines régions ont simplement cherché à regrouper les secteurs précédents. C'est le cas de la Picardie et de la Lorraine. Pour ces régions, les arguments avancés sont liés à l'idée de consolider une structuration de l'offre mise en place dans les SROS précédents, tout en créant des territoires avec une masse critique suffisante pour satisfaire les exigences de qualité et de sécurité des soins, mais aussi d'attractivité pour les professionnels. En Picardie, c'est aussi le choix de constituer des zones bipolaires (avec deux établissements sur un même territoire). Les territoires plus larges permettent aussi plus de flexibilité dans l'organisation des soins. « *L'ARH a fait le pari des territoires de planification larges, étant souligné que plus ces territoires sont vastes, plus grande est la délégation donnée aux conférences, plus difficile est l'élaboration du projet médical mais aussi plus fécond parce que plus proche du territoire des acteurs et des citoyens...* », « *volonté de rechercher de la souplesse dans la gestion des objectifs quantifiés* » (extraits des SROS III de Lorraine et de Picardie).

³ Ces territoires seront explicités plus loin.

Ainsi, les deux territoires de santé lorrains comptent chacun plus d'un million d'habitants, ceux de Picardie, en comptent entre 400 000 et 500 000 chacun. Nous verrons par la suite que certaines régions ont fait le choix contraire en augmentant le nombre de secteurs.

c - Maintien partiel des secteurs sanitaires

L'Île-de-France et Midi-Pyrénées ont ainsi maintenu partiellement leur précédent découpage en secteurs sanitaires.

Pour l'Île-de-France, il n'y a pas eu de nouvelle étude des flux hospitaliers. « *L'ARH a pris le parti, dans un souci de continuité, de maintenir pour l'essentiel le découpage antérieur et de procéder au regroupement de certains bassins* ». À part Paris qui a finalement retenu le découpage des groupements hospitaliers de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), les autres modifications sont marginales et se sont plutôt faites sur le mode de la concertation : certaines communes ont été réaffectées pour se caler sur les territoires de la permanence des soins, un territoire chevauchant deux départements a été supprimé car les établissements n'arrivaient pas à fonctionner ensemble.

La région Midi-Pyrénées a quant à elle maintenu 10 des 11 secteurs sanitaires précédents et redécoupé le 11^e en cinq, argumentant que ces frontières tiennent « *compte des pratiques des habitants, des lieux d'implantation des établissements sanitaires, sauf pour le secteur X* ».

Ce secteur redécoupé en cinq correspond à l'agglomération toulousaine. Le travail mené est intéressant car plusieurs régions mettent en avant le problème du découpage des grandes agglomérations pour lesquelles le poids des établissements et l'importance des mouvements de population rendent difficile la constitution de bassins hospitaliers. Le découpage s'est fondé ici sur une représentation de l'espace toulousain élaborée par l'Agence d'urbanisme et d'aménagement du territoire. Elle distingue un centre difficilement divisible et des périphéries convergentes structurées autour des grands axes de communication. Cette représentation de l'espace a ensuite été comparée à l'implantation des établissements hospitaliers, aux comportements de la population vis-à-vis des soins hospitaliers, et enfin au découpage des circonscriptions d'action sanitaires et sociales. Un équilibre démographique a également été recherché entre les zones.

3.2.2 Le choix du redécoupage des territoires précédents

Les deux derniers tiers des régions ont cherché à redécouper leur territoire en utilisant des méthodes basées sur l'étude des déplacements de la population vers des structures de soins ou vers d'autres types de services. Nous pouvons distinguer les territoires de santé :

- construits à partir des flux de fréquentation hospitalière articulés ou non avec les bassins de vie ;
- construits en tenant compte des flux hospitaliers et ambulatoires ;
- basés exclusivement sur les bassins de vie.

a - Méthodes basées sur les flux réels hospitaliers

Six régions ont utilisé des méthodes basées sur les flux réels hospitaliers : la Basse-Normandie, les Pays-de-la-Loire, la Champagne-Ardenne, la Bourgogne, la Franche-Comté et la région Rhône-Alpes.

La base de ces méthodes est l'analyse des flux majoritaires⁴ de recours aux établissements de santé déterminés à partir des données du PMSI qui fournit pour chaque séjour hospitalier le code postal du domicile du patient. Cependant, il existe de nombreuses variations autour de cette méthodologie.

Certaines régions définissent des règles explicites d'affectation des communes de domicile à un pôle hospitalier en définissant des seuils. Par exemple, en Rhône-Alpes, un code postal est affecté à un pôle si au moins 50 % des séjours hospitaliers des personnes domiciliées à ce code postal sont effectués dans les établissements de ce pôle ou s'il correspond au premier pôle fréquenté avec un écart d'au moins 8 % par rapport au second. Le problème se pose pour les communes « multipolarisées » ne remplissant aucun de ces critères.

⁴ Les flux majoritaires rattachent une commune à une zone d'attraction hospitalière lorsque cet établissement attire la majorité des patients de la commune.

D'autres régions n'appliquent pas de regroupement *a priori* et effectuent une analyse de données de type classification ascendante hiérarchique à partir des données PMSI. En Pays-de-Loire, par exemple, la classification permet de hiérarchiser les niveaux de territoire auxquels s'adresse la population en première, deuxième ou troisième intention. La région a par ailleurs choisi de donner un poids plus important dans l'analyse à la chirurgie, activité très structurante de l'offre.

Certaines régions ont également pris en compte dans leur construction territoriale la viabilité des plateaux techniques par le biais de l'instauration de seuils *minima* de population par territoire (par exemple, 80 000 habitants en Pays-de-Loire) et d'activité (par exemple, 1 500 séjours chirurgicaux, préconisés par les textes officiels).

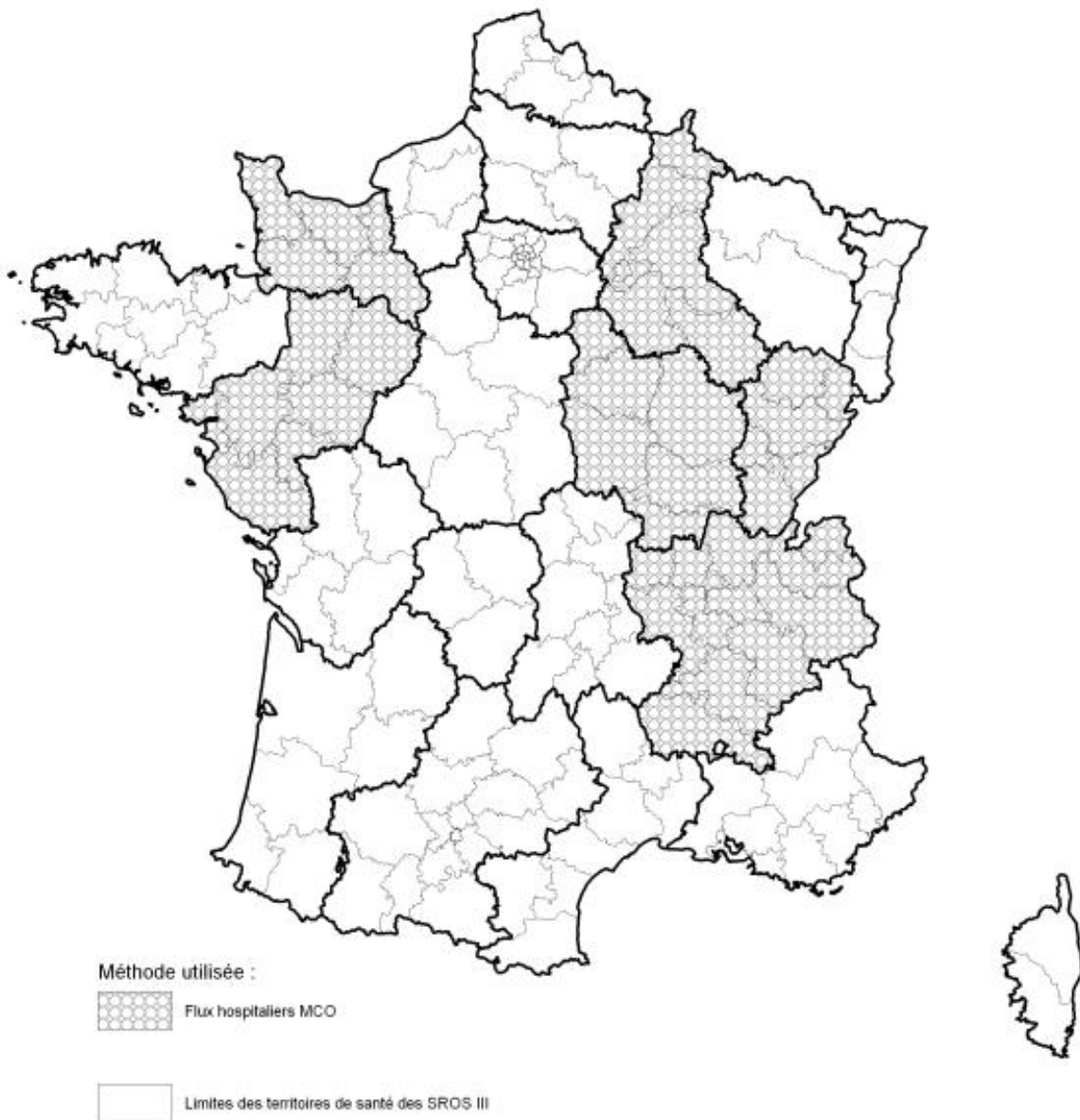
Enfin, certaines régions comme la Bourgogne et la Franche-Comté mettent en avant dans leur schéma l'importance de la concertation dans la délimitation des territoires. Ainsi, souvent, l'étude des flux majoritaires est présentée et discutée avec les différents acteurs du champ (élus, professionnels, usagers) qui valident et modifient le découpage proposé en fonction de leur connaissance du territoire, des coopérations engagées, mêlant ainsi approche scientifique et pragmatique.

Par ailleurs, certaines régions ont défini un territoire de santé unique pour l'ensemble des activités de soins pour garantir une cohérence territoriale tandis que d'autres tiennent compte de l'hétérogénéité du recours aux soins en segmentant les flux selon les disciplines, les pathologies ou les niveaux de soins (Rhône-Alpes, Pays-de-Loire, Basse-Normandie⁵). Certaines régions ont utilisé des classifications *a priori* permettant de regrouper des séjours hospitaliers dans certaines disciplines. Par exemple, la Basse-Normandie a utilisé la classification « Outil d'analyse du PMSI » (OAP) qui permet de classer les groupes homogènes de malades (GHM) en 23 pôles d'activité (correspondant pour la plupart à des spécialités d'organe) selon le type médical, chirurgical ou obstétrical de GHM et la lourdeur des prises en charge. En Rhône-Alpes, une méthode québécoise a été utilisée, permettant de regrouper les GHM en trois catégories : soins de base ou de proximité, soins spécialisés et soins très spécialisés.

5 Pour la chirurgie, cela a conduit à distinguer 3 niveaux de prise en charge :

- chirurgie de proximité (petits traumatismes et fractures, actes légers de chirurgie de spécialité...);
- chirurgie spécialisée nécessitant un plateau technique plus complet (chirurgie vasculaire ou orthopédie lourde...);
- la chirurgie de niveau régional voire interrégional (neurochirurgie, chirurgie cardiaque).

Carte 5
Les territoires de santé basés sur les flux réels hospitaliers



Ces méthodes restent néanmoins toutes très “hospitalo-centrées”, voire “MCO-centrées”, et prennent rarement en compte dans le découpage le recours différencié en moyen et long séjour, en psychiatrie, à la médecine de ville et les secteurs social et médico-social qui concourent pourtant à la prise en charge globale du patient.

Elles partent de l’offre existante et présupposent donc que son implantation est “correcte”. Ces méthodes ont tendance à légitimer l’offre actuelle sans la remettre en question. Ces inconvénients sont en partie corrigés par le calcul des distances d’accès dans les travaux des SROS et la phase de consultation qui apparaît plus ou moins importante, du moins rendue visible, dans les schémas publiés. L’acceptabilité des découpages proposés est testée auprès des élus, des usagers et des professionnels de santé.

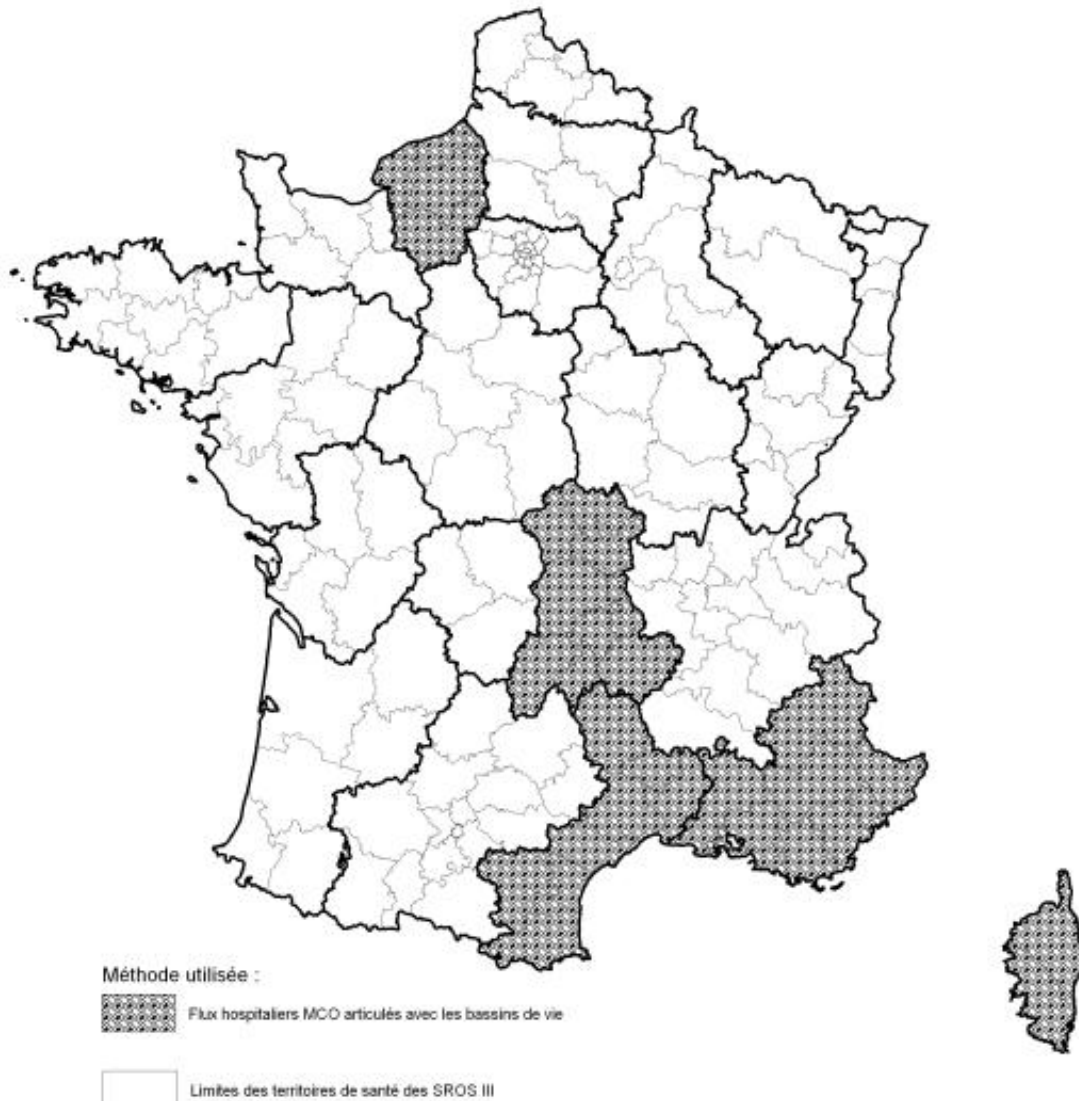
b - Méthodes basées sur les flux réels hospitaliers articulés avec les zonages en bassins de vie ou zones d'emploi

Cinq régions (Haute-Normandie, Auvergne, Languedoc-Roussillon, PACA, Corse) ont utilisé des méthodes articulant les flux hospitaliers observés avec les bassins de vie ou zones d'emploi.

Leur réflexion s'est basée sur les habitudes de déplacement de la population concernant les services publics ou privés les plus courants (Julien & Pournard, 2004). Ainsi, les bassins de vie ont été utilisés en Haute-Normandie et en Languedoc-Roussillon, les bassins de services intermédiaires en Auvergne, les bassins de vie unifiés en Corse et des territoires d'actions et de projets – les « Pays » et communautés d'agglomération – en PACA. Ce premier zonage a souvent été associé par ces régions aux territoires de proximité pour des soins ambulatoires ou hospitaliers. Une analyse des flux hospitaliers majoritaires (avec ses différentes variations méthodologiques) a ensuite été menée pour définir les territoires de recours, mais en cherchant à se caler sur ces territoires de proximité identifiés à partir des comportements non sanitaires des populations.

La prise en compte des territoires de vie des populations ou territoires d'action à la base du découpage a l'avantage de permettre la remise en question de l'adéquation de l'implantation de l'offre par rapport à la localisation de la population et à ses habitudes de vie autres que sanitaires en prenant l'option d'élargir le champ d'analyse.

Carte 6
Répartition des territoires de santé définis par la méthode des flux hospitaliers selon leur articulation avec les territoires de vie



c - Méthodes basées sur les flux réels hospitaliers et ambulatoires

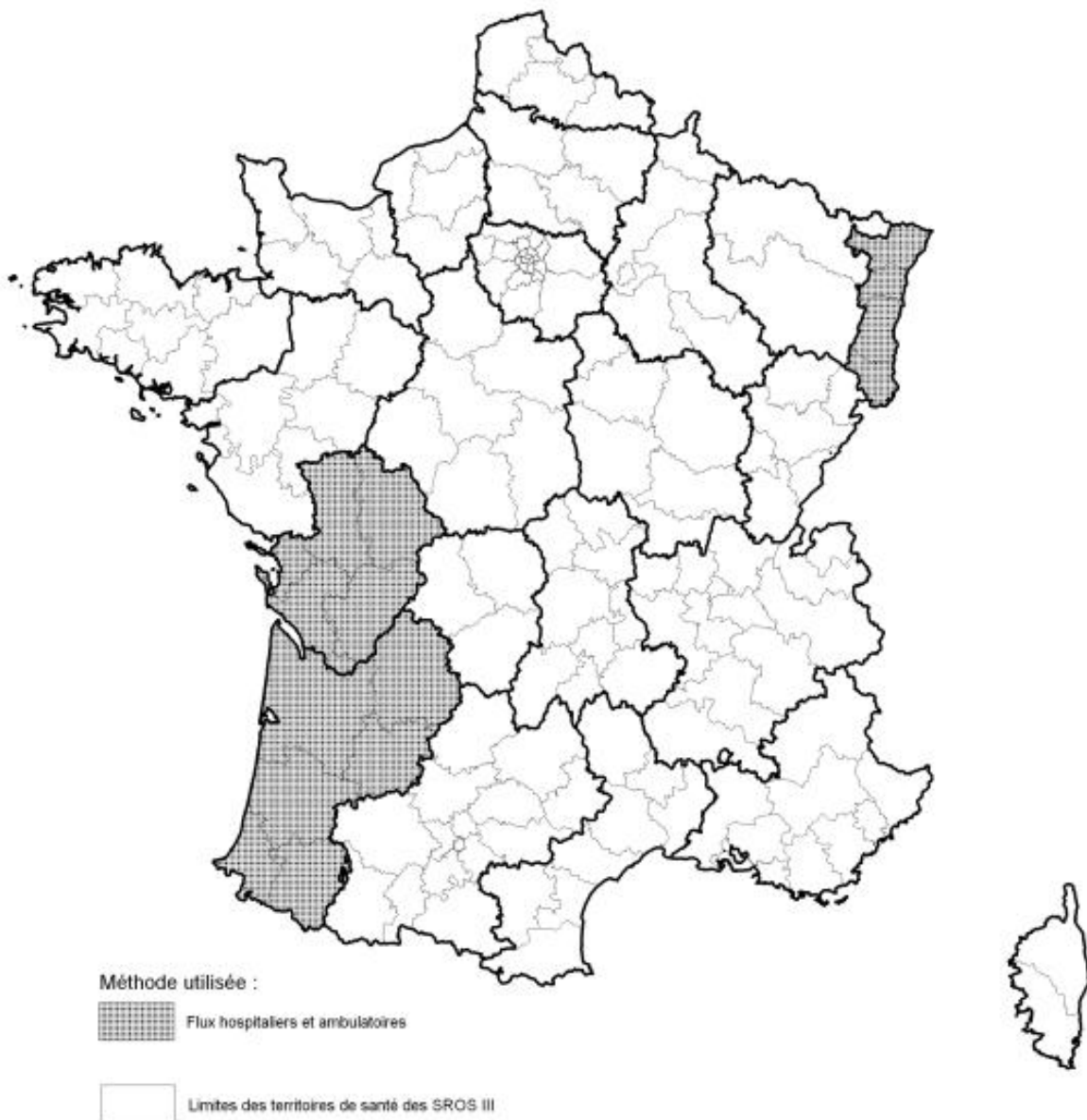
Trois régions (l'Alsace, le Poitou-Charentes et l'Aquitaine) ont cherché à prendre en compte la médecine ambulatoire dans le découpage des territoires. Elles ont ainsi mesuré les flux à la fois vers les établissements de santé à partir du PMSI-MCO mais aussi les flux vers la médecine de ville à travers les données de l'Assurance maladie. Là aussi, les détails de la méthode peuvent varier selon les régions, de même que la recherche d'articulation avec les bassins de vie de la population. Ainsi, en Alsace, au lieu d'analyser des flux majoritaires vers des pôles hospitaliers, on s'est attaché à analyser des flux réels vers des pôles de soins, intégrant les établissements de santé et les cabinets médicaux. En Aquitaine, le recours ambulatoire semble davantage utilisé pour définir les territoires de proximité, territoires ensuite agrégés en fonction de leur recours à un pôle hospitalier. L'accessibilité en temps est également prise en compte dans l'analyse des différents niveaux de soins.

En Poitou-Charentes, l'étude des flux ambulatoires (essentiellement auprès des médecins généralistes) est citée comme possibilité d'analyse mais ne semble pas être utilisée au bout du compte, l'approche par bassin de vie correspondant au territoire de premier recours lui étant préférée.

Ces méthodes, qui vont dans le sens de la recherche d'articulation et de coopération avec la médecine de ville préconisées par le SROS 3 sont cependant peu utilisées par les régions. Les raisons en sont à la fois :

- un accès moins facile et moins "spontané" aux données de l'Assurance maladie ;
- mais surtout peut-être une moindre articulation avec la médecine de ville, nouvellement intégrée dans la planification. Les ARH ne sont pas encore devenues des Agences régionales de santé (ARS) et la planification de la santé reste encore très tournée vers l'hôpital sur lequel l'ARH peut agir et contracter.

Carte 7
Répartition des territoires de santé définis selon des méthodes basées sur les flux réels hospitaliers et ambulatoires



d - Méthodes basées uniquement sur les bassins de vie

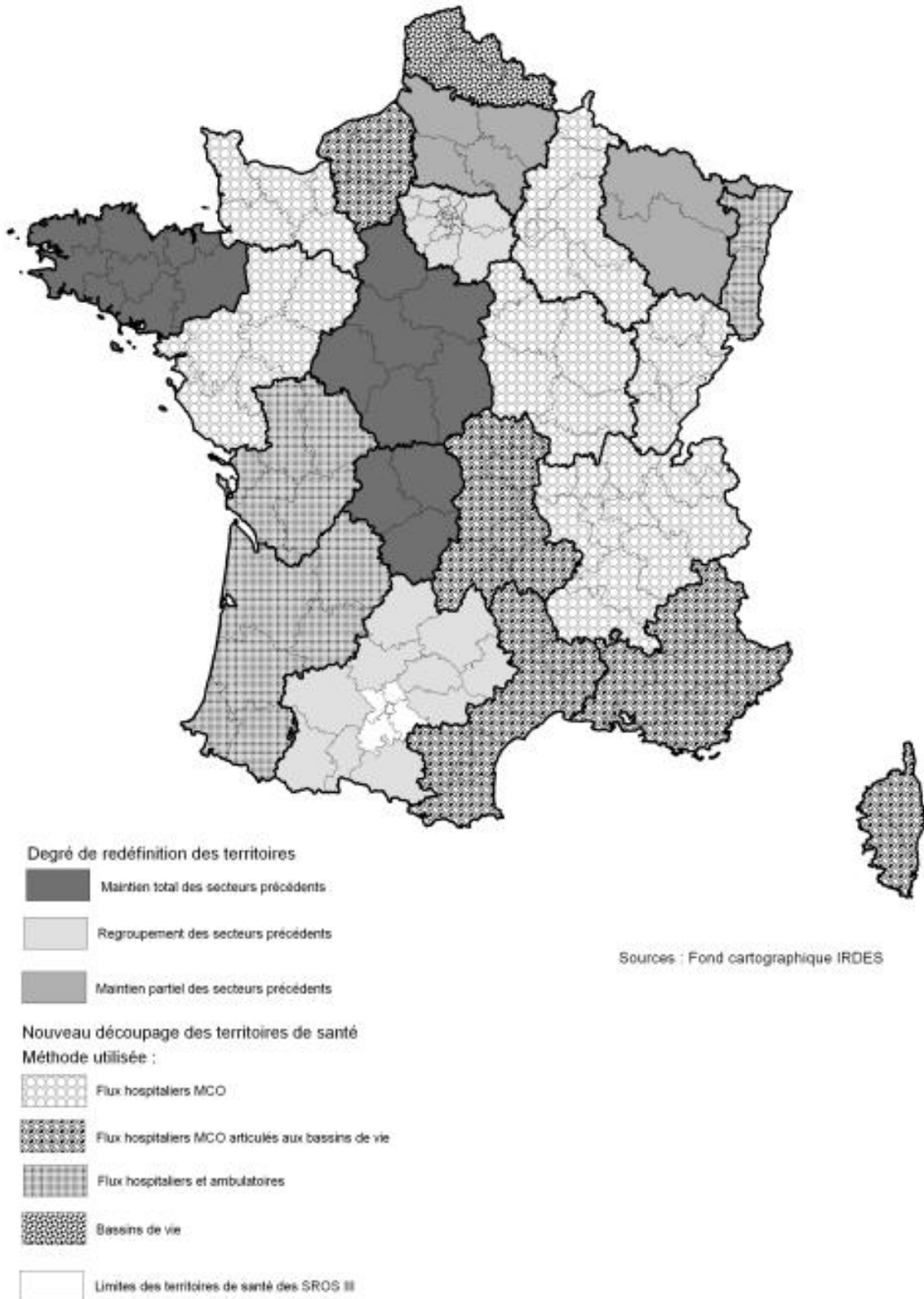
Enfin, le Nord-Pas-de-Calais (NPDC) a choisi d'utiliser uniquement des bassins de vie (regroupant des zones d'emploi) et n'a pas utilisé l'observation des flux d'utilisation des services de santé, reprenant ainsi le découpage utilisé dans le champ du médico-social.

Les territoires de santé en NPDC correspondent aux bassins d'emploi de l'INSEE. Ils correspondent, selon la matière concernée, à 4 types de découpage géographique :

- 15 zones de proximité, constituées par les regroupements de communes ;
- 4 bassins de vie, constitués par les regroupements des zones de proximité ;
- les 2 départements de la région Nord – Pas-de-Calais ;
- la région sanitaire.

Mais le SROS apparaît ensuite à géométrie variable. Selon les disciplines médicales hospitalières, les objectifs sont quantifiés au niveau du bassin de vie ou de la zone de proximité.

Carte 8
Synthèse des choix régionaux de définition des territoires de santé des SROS III



3.3 Les différents modes d'organisation territoriale

In fine, l'organisation territoriale se traduit de différentes manières qui doivent coexister et s'articuler harmonieusement. On distingue d'abord un niveau d'organisation horizontale caractérisée par des territoires spécifiques par activité. S'ajoute un niveau d'organisation verticale avec une gradation des soins. Enfin, une autre dimension dans l'organisation territoriale peut être dessinée, nous parlons à ce propos d'organisation participative, le territoire étant alors perçu comme outil de concertation et de projet.

3.3.1. Organisation horizontale : des territoires par activité

Les nouveaux textes définissant l'organisation territoriale de la santé offrent davantage de souplesse dans la définition et l'utilisation des territoires de santé. Dans un premier temps, cette souplesse est exprimée entre disciplines et thématiques du SROS, ce que nous appelons l' « organisation horizontale ».

Ainsi, la circulaire du 5 mars 2004 précise que « selon les activités, les territoires peuvent être différents », tout en veillant à assurer « la cohérence territoriale de toutes les activités liées aux plateaux techniques », soit les activités de chirurgie, d'anesthésie, de réanimation, d'obstétrique, de pédiatrie, d'imagerie, de biologie, d'explorations fonctionnelles et les disciplines interventionnelles. Selon cette même circulaire, les régions devaient « favoriser le rapprochement entre l'offre de soins somatiques et psychiatriques en particulier pour les urgences, la psychiatrie de liaison, la prise en charge des enfants et des adolescents ainsi que celle des personnes âgées ».

La recherche de cohérence territoriale a été privilégiée par les régions ne voulant pas, pour la plupart, multiplier les zonages et préserver une certaine lisibilité pour les acteurs, les professionnels et les usagers.

La DHOS comptabilise ainsi 161 territoires de médecine, 153 de chirurgie et 157 territoires de psychiatrie. Les territoires de santé arrêtés dans les SROS sont au nombre de 153 et semblent correspondre aux territoires de chirurgie. L'activité chirurgicale structure ainsi fortement l'organisation des soins. L'articulation de ces territoires de santé par activité avec les territoires de santé « généraux » reste pour le moment assez floue et les données disponibles ne nous permettent pas d'analyser plus précisément ces territoires par activité ni leurs articulations. L'existence de pôles hospitaliers sans activité chirurgicale semble avoir poussé à définir parfois (mais rarement) des territoires de santé spécifiques. Quelques régions citent des découpages particuliers pour certaines thématiques, comme le Nord-Pas-de-Calais et ses 26 secteurs gérontologiques : le secteur gérontologique correspond à un territoire inférieur au niveau de proximité, affinant une zone de proximité trop dense ou trop étendue.

Par ailleurs, à la lecture des différents schémas régionaux, on pressent les difficultés des régions à gérer des territoires d'intervention spécifiques délimités géographiquement, notamment les secteurs de la permanence des soins en médecine ambulatoire, les zones d'intervention des SMUR, les secteurs d'intervention définis par les schémas gérontologiques départementaux et les secteurs psychiatriques. Nombreuses sont les régions à reconnaître la quasi-impossibilité de parvenir à une cohérence générale des différents zonages et la nécessité de maintenir certaines spécificités.

Cela amène souvent les régions à des contradictions : « maintenir les spécificités tout en recherchant la cohérence territoriale avec les territoires de santé ». La plupart se prêtent à des opérations arithmétiques « abstraites » pour le calcul des OQOS en psychiatrie notamment : par exemple, la conversion de l'activité des secteurs psychiatriques dans les territoires de santé *au prorata* des populations des secteurs réparties dans les différents territoires de santé et l'affectation de projections démographiques ou de tendances à l'activité. D'autres pensent la santé mentale à un échelon géographique supérieur, comme en Franche-Comté ou l'agrégation de bassins hospitaliers, en Rhône-Alpes. Dans cette dernière région, trois niveaux d'intervention sont proposés pour la psychiatrie sectorisée : le secteur psychiatrique pour les prises en charge de proximité ; le territoire de santé mentale regroupant plusieurs secteurs de psychiatrie et « *devant tendre vers une harmonisation avec les territoires de santé MCO* » ; et le département ou la région pour certaines activités, les emboîtements pouvant être variables selon les actions concernées.

Cette hétérogénéité des territoires par activité amène certaines régions à décliner les objectifs quantifiés à différents échelons géographiques selon les thématiques.

3.3.2. Organisation verticale : graduation des soins

Dans un deuxième temps, la circulaire du 5 mars 2004 précise que « sur chaque territoire et pour chaque activité », les régions doivent établir une « graduation des soins ». Celle-ci est définie pour permettre d'identifier les différents niveaux de prise en charge depuis la proximité jusqu'au niveau inter-régional. Elle repose soit sur des instructions réglementaires, soit sur des recommandations de sociétés savantes, adaptées aux contextes régionaux. Les 5 niveaux de soins proposés par la circulaire n'ont pas tous été utilisés par l'ensemble des régions.

Les régions ont toutes défini au moins deux niveaux de soins : le **niveau de recours**, en tant que territoire de santé et le **niveau régional**. L'Ile-de-France est la seule région à ne déclarer que deux niveaux d'organisation des soins : le niveau de recours, qu'elle appelle « bassin de santé » et le niveau régional. Du fait de sa taille gigantesque, elle ne participe à aucune inter-région. L'importance des flux de patients et la forte concentration des équipements à Paris rend l'approche territoriale difficile. Ceci étant, à la lecture de l'organisation des soins dans les différentes disciplines ou thématiques, on reconnaît une graduation des soins, mais elle n'est pas toujours territorialisée de manière explicite. En outre, par exemple pour les activités spécialisées (hématologie, soins de suite et rééducation spécialisée, radiothérapie, chirurgie infantile...), la couverture des besoins est envisagée « dans le cadre de plusieurs bassins du même département ou parfois, selon les flux d'échange géographique, [entre] départements les plus proches », correspondant donc à un niveau de soins entre le niveau de recours (celui du territoire de santé) et le niveau régional. D'ailleurs, si la circulaire ne proposait pas explicitement ce niveau supra-territorial inférieur à la région, plusieurs régions l'ont intégré dans leur organisation des soins, reposant souvent sur le département. C'est le cas notamment en Pays-de-Loire pour les urgences pré-hospitalières et en Bretagne pour la régulation des transports sanitaires urgents.

Tableau 1
Graduation des soins utilisée par les régions

REGION	Niveaux de soins						Niveau supplémentaire
	Nombre total de niveaux de soins	proximité	intermédiaire	recours	région	interrégion	
Ile-de-France	2			X	X		
Champagne-Ardenne	3			X	X	X	X (villes)
Franche-Comté	3			X	X	X	
Haute-Normandie	4	X		X	X	X	
Lorraine	4	X		X	X	X	
Alsace	4	X		X	X	X	
Bretagne	4	X		X	X	X	
Limousin	4	X		X	X	X	
Rhône-Alpes	4	X		X	X	X	
Auvergne	4	X		X	X	X	
Provence-Alpes-Côte d'Azur	4	X		X	X	X	
Corse	4	X		X	X	X	
Nord - Pas-de-Calais	5	X		X	X	X	X (département)
Picardie	5	X	X	X	X	X	
Centre	5	X	X	X	X	X	
Basse-Normandie	5	X	X	X	X	X	
Bourgogne	5	X	X	X	X	X	
Poitou-Charentes	5	X	X	X	X	X	
Aquitaine	5	X	X	X	X	X	
Midi-Pyrénées	5	X	X	X	X	X	
Languedoc-Roussillon	5	X	X	X	X	X	
Pays-de-Loire	6	X	X	X	X	X	X (département)

Deux régions, la Champagne-Ardenne et la Franche-Comté, déclarent trois niveaux territoriaux d'organisation des soins : le niveau de recours, le niveau régional et l'**inter-région**. Pour la Champagne-Ardenne, un découpage supplémentaire est évoqué et concerne un réseau de villes à cheval sur la Champagne-Ardenne et la Lorraine.

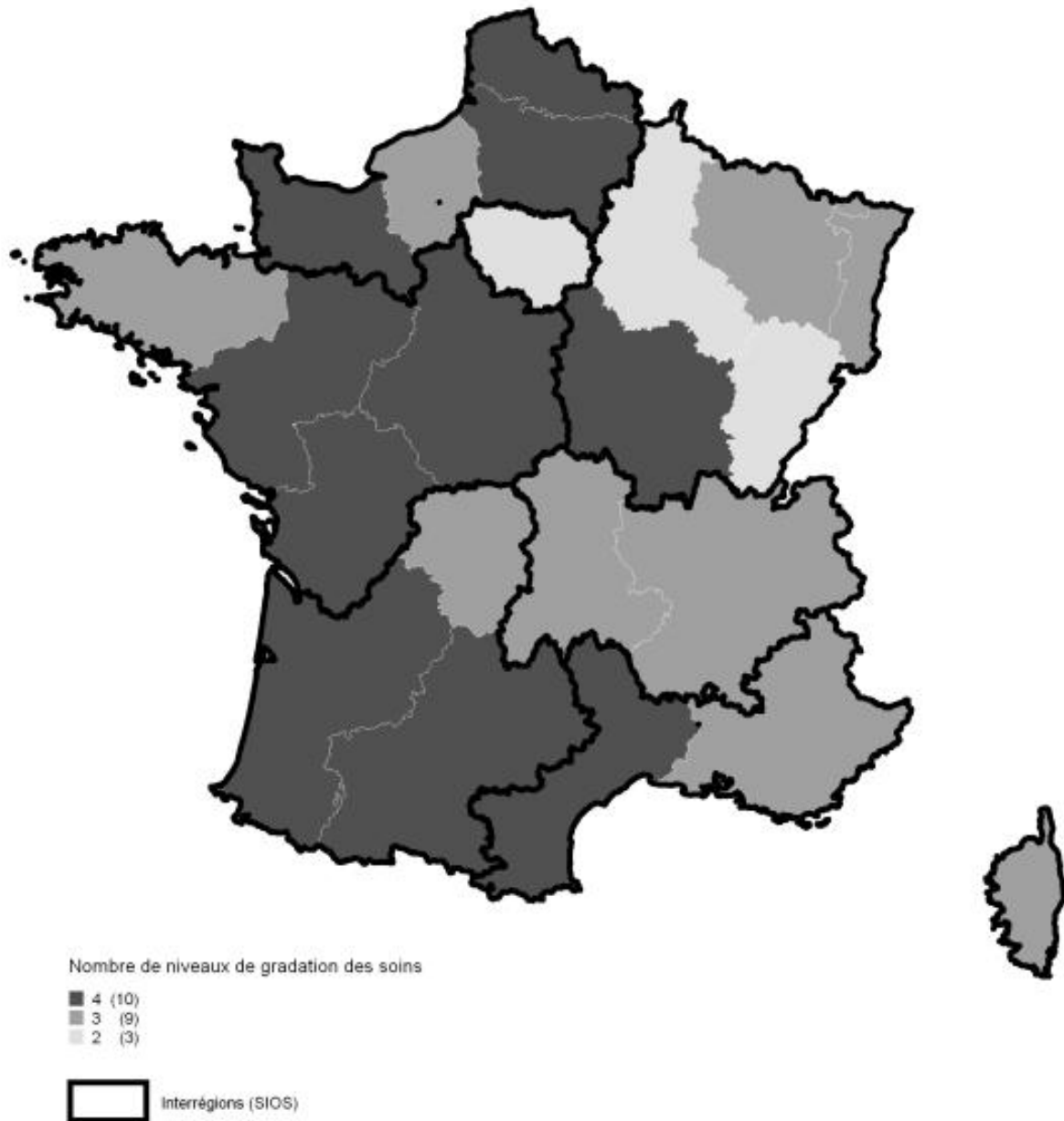
Toutes les autres régions (19 sur 22) se sont attachées à décrire un **niveau de proximité** et neuf d'entre-elles ont également utilisé le **niveau intermédiaire** entre le niveau de proximité et le niveau de recours. Le territoire de proximité constitue un des thèmes novateurs importants de cette réforme. Ce niveau de prise en charge doit permettre « de répondre aux besoins de la population tant sur le plan des soins que sur celui de la prévention, de la réinsertion et de la réadaptation ». Il doit correspondre à un « exercice collectif et interprofessionnel sur lequel s'organise la permanence des soins » et doit permettre d'« assurer des services polyvalents et coordonnés » et « faciliter une continuité de la prise en charge », luttant ainsi contre l'isolement de certains praticiens. Une grande partie des régions a délimité géographiquement ces territoires de proximité en utilisant des méthodes variées qui seront présentées plus loin.

Dans la plupart des régions, il y a eu une recherche d'emboîtement total des différents niveaux de territoire. Cet emboîtement est parfois permis par la méthode de construction des territoires utilisée, comme en Rhône-Alpes, avec le regroupement de groupes homogènes de malades en trois catégories : soins de base ou de proximité, soins spécialisés et soins très spécialisés, faisant correspondre à chaque niveau de soins des territoires emboîtés. Mais il n'est pas toujours total, comme en Haute-Normandie où certains territoires de proximité chevauchent différents territoires de santé.

Enfin, neuf de ces régions ont défini un niveau intermédiaire supplémentaire, souvent désigné « niveau des soins hospitaliers courants » ou « premier niveau d'hospitalisation ou de plateau technique ». On y trouve, par exemple, la prise en charge des urgences, un plateau technique minimum en chirurgie et obstétrique ou l'imagerie conventionnelle. Lorsque ce niveau intermédiaire n'a pas été spécifiquement défini par les régions, il semble s'inscrire en partie dans le niveau de proximité et dans le niveau de recours.

Concernant les sept schémas interrégionaux d'organisation des soins (SIOS), à l'exception de l'Île-de-France et de la Réunion, toutes les régions participent à des inter-régions pour les activités suivantes : chirurgie cardiaque, traitement des grands brûlés, neurochirurgie, activités interventionnelles par voie endovasculaire en neuroradiologie, greffes d'organes et de cellules hématopoïétiques. Ces regroupements de régions ont finalement été arrêtés au niveau national par le ministre de la santé.

Carte 9
Caractérisation des régions selon le nombre de niveaux de soins utilisés dans le SROS⁶



3.3.3. Organisation participative : concertation, projet médical de territoire, OQOS

La circulaire du 5 mars 2004 appelait ensuite à ce que les conférences sanitaires, pensées comme de véritables lieux de concertation contribuant à l'élaboration et au suivi des projets médicaux de territoire, s'inscrivent dans les territoires de santé.

Si cette consigne a été suivie dans la majorité des régions, certaines ont cependant emprunté une autre voie.

L'Île-de-France, toujours du fait de sa taille et du nombre d'acteurs à rassembler, a fait le choix de ne pas constituer 22 conférences sanitaires – soit une par territoire de santé – mais de limiter leur nombre aux 8 départements. Inversement, la région Poitou-Charentes a choisi de décliner les projets médicaux de territoires à l'échelon intermédiaire, donc en-deçà du territoire de santé.

⁶ Dans la carte suivante, les SIOS ne sont présentés comme un niveau de soins, ni les niveaux supplémentaires éventuellement mis en place par les régions.

Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification
Magali Coldefy, Véronique Lucas-Gabrielli

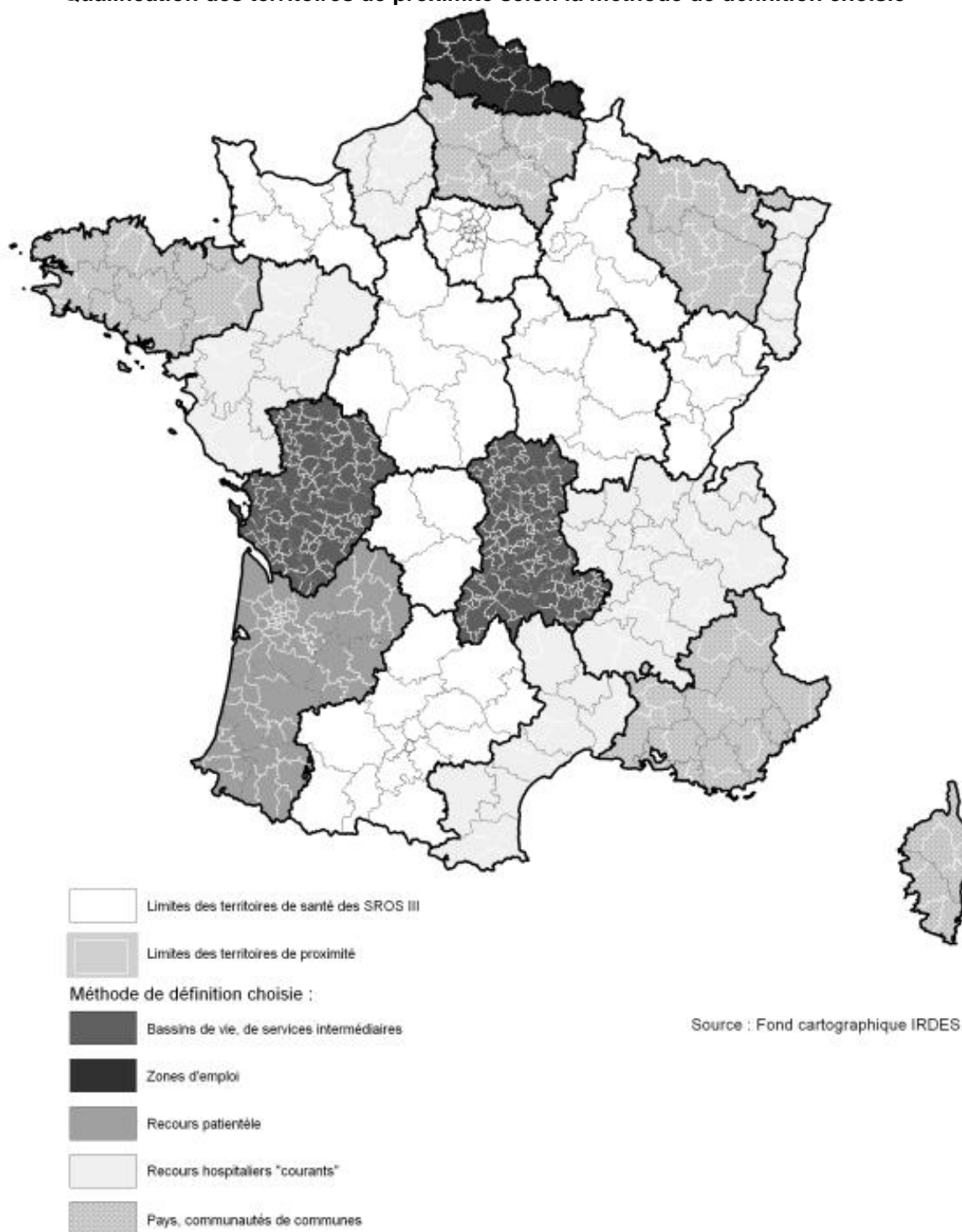
Les OQOS sont fréquemment déclinés à différents niveaux territoriaux selon les thématiques. En Île-de-France, certains OQOS sont déclinés au niveau des territoires de santé, d'autres au niveau des départements. En Franche-Comté, c'est la région ou le territoire de santé qui est utilisée. Dans le Nord-Pas-de-Calais, les OQOS sont déclinés de façon variable selon les disciplines, parfois au niveau de la région, du département, du bassin de vie ou encore de la zone de proximité. La zone de proximité, par exemple, sert de socle au calcul des OQOS relatifs à la prise en charge des enfants et des adolescents, la prise en charge des personnes âgées, les soins palliatifs et de la prise en charge de la douleur.

3.4 Les méthodes utilisées pour délimiter les territoires de proximité

Les SROS 3 imposaient aussi la notion de niveau de soins de proximité en précisant qu'au sein du SROS l'articulation entre les soins hospitaliers, le secteur ambulatoire et les services médico-sociaux doit faire l'objet d'un travail spécifique. D'après les documents publiés dans les SROS par les ARH, à peu près deux tiers des régions ont cherché à délimiter géographiquement ce niveau de soins en s'appuyant sur trois approches :

- L'« **approche sanitaire** ». Les territoires de proximité ont été dessinés à partir de l'analyse des recours aux soins. Les soins hospitaliers courants (médecine et chirurgie générale) et/ou le recours à la médecine de ville (médecins, paramédicaux et sectorisation de la permanence de soins, centre médico-psychologique) en définissent le périmètre, comme en Aquitaine ou en Languedoc-Roussillon.
- L'« **approche populationnelle** ». Elle utilise les zones d'emploi (Nord-Pas-de-Calais) ou les bassins de vie de l'INSEE basés sur l'accès effectif de la population aux services courants tels que les services publics et privés, l'emploi, l'éducation et la santé. L'approche par les bassins de vie est particulièrement intéressante dans les régions rurales pour lesquelles la structuration de l'espace autour de pôles de services est forte. Les régions Poitou-Charentes, Limousin, Auvergne et Haute Normandie ont utilisé cette approche en l'adaptant parfois, par exemple en regroupant des bassins de vie ou en utilisant les bassins de services intermédiaires.
- L'« **approche politique** » à travers la dimension « **action, projet** ». Elle est basée sur les « pays » et les communautés de communes. Un « pays », selon la Délégation à l'aménagement et à la compétitivité des territoires (anciennement DATAR), est un territoire de projet caractérisé par une « cohésion géographique, économique, culturelle ou sociale ; un lieu d'action collective qui fédère des communes, des groupements de communes, des organismes socioprofessionnels, des entreprises, des associations... autour d'un projet commun de développement ; un niveau privilégié de partenariat et de contractualisation qui facilite la coordination des initiatives des collectivités, de l'État et de l'Europe en faveur du développement local » (DIACT).
- On remarque l'émergence de ces territoires de projet politique peu évoqués dans les consignes nationales mais utilisés par quelques régions (Picardie, Lorraine, Corse, Bretagne, PACA) pour dessiner les territoires de proximité. Cette approche répond davantage aux ambitions du SROS en matière d'animation de projet de territoire, d'association des élus et de démocratie sanitaire.
- Le périmètre du « pays » est le résultat du projet et non un préalable. Il devrait donc favoriser les projets médicaux de territoire.

Carte 10
Qualification des territoires de proximité selon la méthode de définition choisie



Conclusion

Dans cette première étape de l'analyse des SROS de 3^e génération, nous avons pu constater que la question territoriale a été traitée de manière différenciée selon les régions, avec des résultats hétérogènes, notamment en matière de taille de territoires.

Des territoires entre conservatisme et recherche d'une voie « innovante »

Un tiers des régions ont préféré stabiliser le découpage du SROS2 en maintenant le découpage précédent, en les regroupant ou encore en les modifiant à la marge mais la grande majorité ont cherché à inventer complètement les territoires de santé en développant une nouvelle méthodologie, plaçant les régions entre conservatisme et réelle recherche d'une « voie innovante ».

Cependant, le conservatisme apparent peut parfois cacher un décalage temporel dans la réflexion territoriale, certaines régions ayant déjà engagé une profonde réflexion sur le découpage des secteurs sanitaires dans le cadre des SROS 2. En outre, pour des régions très urbanisées comme l'Île-de-France, la dimension territoriale peut s'avérer moins pertinente du fait de l'importance des flux et des migrations quotidiennes. Il est vrai aussi que les secteurs sanitaires ont durablement façonné le paysage sanitaire. Comme le fait la Bretagne, c'est peut-être l'animation des territoires qui est maintenant à organiser.

Entre scientificité et pragmatisme

C'est pour cela que l'on peut dire que la délimitation des territoires de santé s'est faite globalement entre des approches scientifiques et pragmatiques. L'approche scientifique est basée sur des études plus ou moins approfondies et complexes, corrigeant certains défauts des découpages des secteurs précédents, avec des méthodes plus ou moins novatrices, l'introduction de la médecine ambulatoire, la confrontation avec les bassins de vie ou les « pays ». L'approche pragmatique, quant à elle, est basée sur le constat des coopérations et des restructurations déjà engagées, dans la plus large concertation possible, avec l'ensemble des parties prenantes.

Des ambitions en partie réalisées

Les découpages observés des territoires ont-ils répondu aux attentes et ambitions exprimées dans les SROS 3 ? On peut dire qu'à la lecture des différents SROS, les régions se sont relativement bien emparées de certaines idées telles que la flexibilité permise pour ces nouveaux territoires entre types d'activité et niveaux de soins. Les différentes natures de territoire ont correctement été assimilées par les régions qui différencient les territoires d'organisation, de concertation et d'étude. Beaucoup de régions ont insisté sur l'importance de la consultation au sein de leur réflexion. L'association des usagers, des élus et des professionnels dans la détermination des limites de territoires participe à l'ambition des territoires de concertation.

Malgré cela, certains aspects nous semblent moins bien traduits dans les réalisations régionales. C'est le cas de la médecine de ville qui a été plus rarement intégrée dans les réflexions territoriales des régions, tout comme les secteurs social et médico-social. Les cloisonnements sont encore importants et la planification reste plus hospitalière que sanitaire. La recherche de cohérence territoriale se fait souvent par l'imposition des limites du territoire du plateau technique et du MCO, au détriment de la psychiatrie et des autres disciplines qui doivent s'en accommoder plutôt que par la construction d'un territoire de santé commun. Enfin, malgré les ambitions du territoire, il ne reste souvent qu'un outil, la preuve étant que dans beaucoup de régions les contrats pluri-annuels d'objectifs et de moyens (CPOM) entre les établissements et l'ARH ont souvent précédé les projets médicaux de territoire.

Un futur à évaluer...

Les schémas régionaux d'organisation des soins ont été arrêtés en 2006 pour la période 2006-2011. La synthèse que nous vous avons proposée s'est intéressée à la construction géographique des territoires de santé, étape essentielle du schéma d'organisation des soins. Il serait intéressant ensuite d'étudier plus précisément le contenu des territoires de santé et leur animation, de suivre la vie des territoires à travers les projets médicaux de territoires, les objectifs quantifiés d'offre de soins, les contrats d'objectifs et de moyens signés entre les établissements de santé et l'ARH. Leur

construction incite-t-elle davantage à la coopération entre établissements et autres acteurs de la santé que les précédents secteurs ? Comment sont pensés les projets médicaux et les objectifs quantifiés sur des territoires si hétérogènes ?

Le développement du niveau de proximité est un axe particulièrement intéressant à suivre. La façon de penser initialement le territoire favorise-t-elle le projet médical de territoire et la réalisation des OQOS ? Les choix différenciés d'intégrer les élus et les politiques (via les maillages basés sur les pays et communautés d'agglomération) ou de partir des pratiques réelles des populations hors du domaine sanitaire (via les bassins de vie) ont-ils des répercussions sur la façon de restructurer l'organisation des soins et favorisent-ils certaines coopérations ? L'évaluation des SROS3, prévue par le décret de septembre 2003 et la loi de santé publique d'août 2004 fourniront des éléments de réponses à ces questions.

Bibliographie

BASSET B., LOPEZ A. (1997) ; Planification sanitaire, méthodes et enjeux.

BOURDILLON F., (2005) ; Les territoires de santé, maillon clé de l'organisation sanitaire, Revue française d'administration publique, volume 1 n°113 pp. 139-145.

BURGUIERE An., REVEL J. (1989) ; Histoire de France : l'espace français, Seuil.

ESTELLAT C., LEBRUN L., (2004) ; Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé, Ministère de la santé et de la protection sociale.

FRANCOIS N., FRANKHAUSER P. et PUMAIN D., (1995) ; Villes, densité et fractalité. Les Annales de la recherche urbaine, n° 7, p. 55-64.

JOURDAIN A., DE TURENNE I. (1997) ; Mots-clés de planification sanitaire, éditions ENSP.

JULIEN Ph., POUGNARD J. (2004) ; Les bassins de vie, au cœur de la vie des bourgs et petites villes, Insee première n°953.

LUCAS V., TONNELIER F. (1996) ; La réforme du système de santé en France : entre pouvoir central et pouvoirs locaux » in Approches géographiques de la planification sanitaire : concepts et méthodes, pp. 5-17.

MACÉ J.M. (2006) ; Des secteurs sanitaires aux territoires de santé, Le Quotidien du médecin n° 7934.

MAUSS H., POLTON D. (2003) ; Territoires et accès aux soins : rapport du groupe de travail, Paris : La documentation française.

NOGUES M., AZEMA B. (1996) ; « Le concept de planification » in Approches géographiques de la planification sanitaire : concepts et méthodes, pp. 18-30.

VIGNERON E., BRAU F. (1996) ; Approches géographiques de la planification sanitaire : concepts et méthodes, Cahiers Géos, n°32, pp. 1-4.

Sites internet :

Site des agences régionales d'hospitalisation www.parhtage.sante.fr

Site de la Direction interministérielle à l'aménagement et la compétitivité des territoires, Observatoire des territoires www.territoires.gouv.fr