

# Territoires de santé

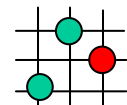
## Constructions, Enthousiasme et pesanteur

**Laurent Tardif**

**Consultant en organisation et aide à la décision  
dans le secteur de la santé**

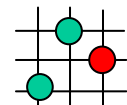
**Adysta-Conseil**

**[www.adysta.fr](http://www.adysta.fr)**



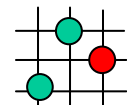
# Plan de l'intervention

- A) Les territoires de santé du SROS3
- B) Les territoires de santé et loi HPST
- C) L'apport de l'approche « organisation » à l'approche géographique
- D) Pour des territoires de santé lieux d'équilibre d'une approche descendante et ascendante



# A) LES TERRITOIRES DE SANTE DU SROS3

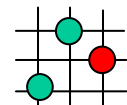
- L'ordonnance du 4 septembre 2003 : cadre d'élaboration des SROS 3
  - La carte sanitaire est supprimée.
  - Les SROS deviennent le support unique de l'organisation de l'offre de soins hospitaliers et le territoire de santé devient le nouveau territoire pertinent de l'organisation des soins.
- Le territoire est défini pour organiser l'offre de soins en termes d'implantation et de volume d'activité(OQOS) déclinés par établissement.
- 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.
- Le SROS3 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 circulaire du 5 mars 2004 : « plus grande prise en compte de la dimension territoriale »

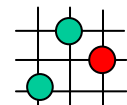
- Le territoire n'est plus envisagé comme un périmètre administratif d'application d'indices d'équipement, mais comme une zone d'organisation fonctionnelle de l'offre de soins.
- Le ministre de la Santé demande aux régions d'emprunter une voie innovante dans la définition des territoires, tenant compte 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.

**Une revue des méthodes mais pas d'éléments de définition précises ou de contraintes du territoire de santé**



# Reconnaissance de 5 niveaux dans l'organisation de l'offre

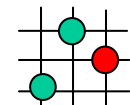
- - Le niveau de « *proximité* » est le niveau des soins de premier recours, celui de la permanence des soins, impliquant le généraliste, l'infirmier et le pharmacien.
- - Le niveau « *intermédiaire* » est structuré autour de la médecine polyvalente, c'est le premier niveau d'hospitalisation et de plateau 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....



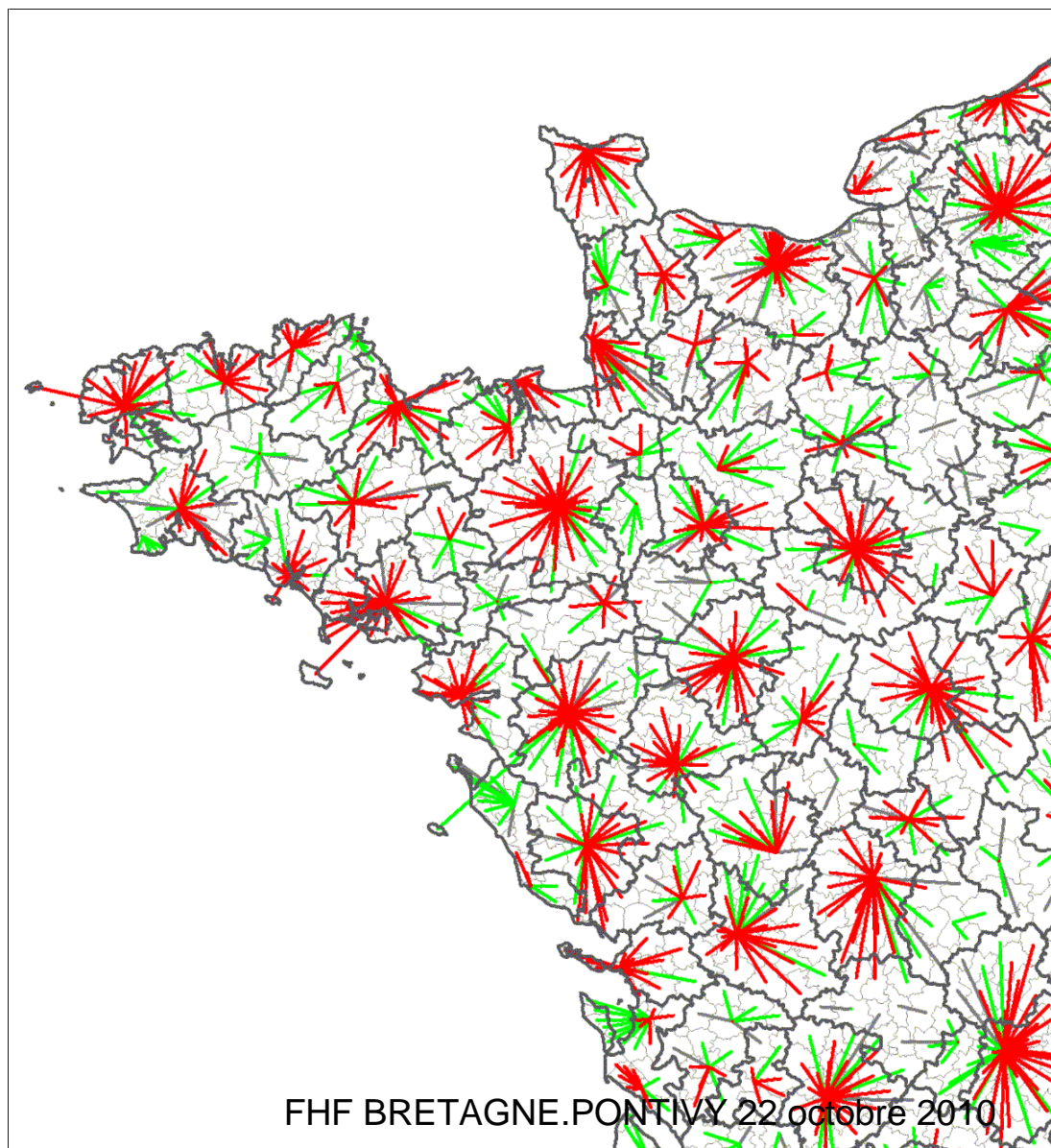
## LES TERRITOIRES DE SANTE SROS3 :

Une grande diversité dans l'homogénéité et la population

Région	NB TS	mini	moy	maxi
ILE-DE-FRANCE	22	176 000	492 000	692 000
CHAMPAGNE-ARDENNES	5	144 000	268 000	449 000
PICARDIE	4	398 000	474 000	575 000
HAUTE-NORMANDIE	3	392 000	604 000	970 000
CENTRE	6	233 000	420 000	645 000
BASSE-NORMANDIE	5	124 000	291 000	511 000
BOURGOGNE	6	151 000	271 000	517 000
NORD-PAS-DE-CALAIS	4	759 000	1 004 000	1 320 000
LORRAINE	2	1 036 000	1 168 000	1 300 000
ALSACE	4	352 000	454 000	625 000
FRANCHE-COMTE	6	77 000	192 000	334 000
PAYS-DE-LA-LOIRE	7	250 000	493 000	969 000
BRETAGNE	8	137 000	387 000	831 000
POITOU-CHARENTES	5	273 000	345 000	417 000
AQUITAINE	6	249 000	519 000	1 450 000
MIDI-PYRENEES	15	66 000	185 000	438 000
LIMOUSIN	3	123 000	244 000	367 000
RHONE-ALPES	13	165 000	427 000	749 000
AUVERGNE	9	28 000	148 000	494 000
LANGUEDOC-ROUSSILLON	8	73 000	317 000	634 000
PROVENCE-ALPES-COTES d'AZUR	9	136 000	442 000	799 000
CORSE	2	135 000	147 000	160 000
France	152	28 000	389 000	1 450 000

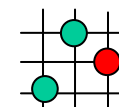


# Les zones d'emploi souvent l'enveloppe d'activité hospitalière de proximité

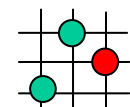
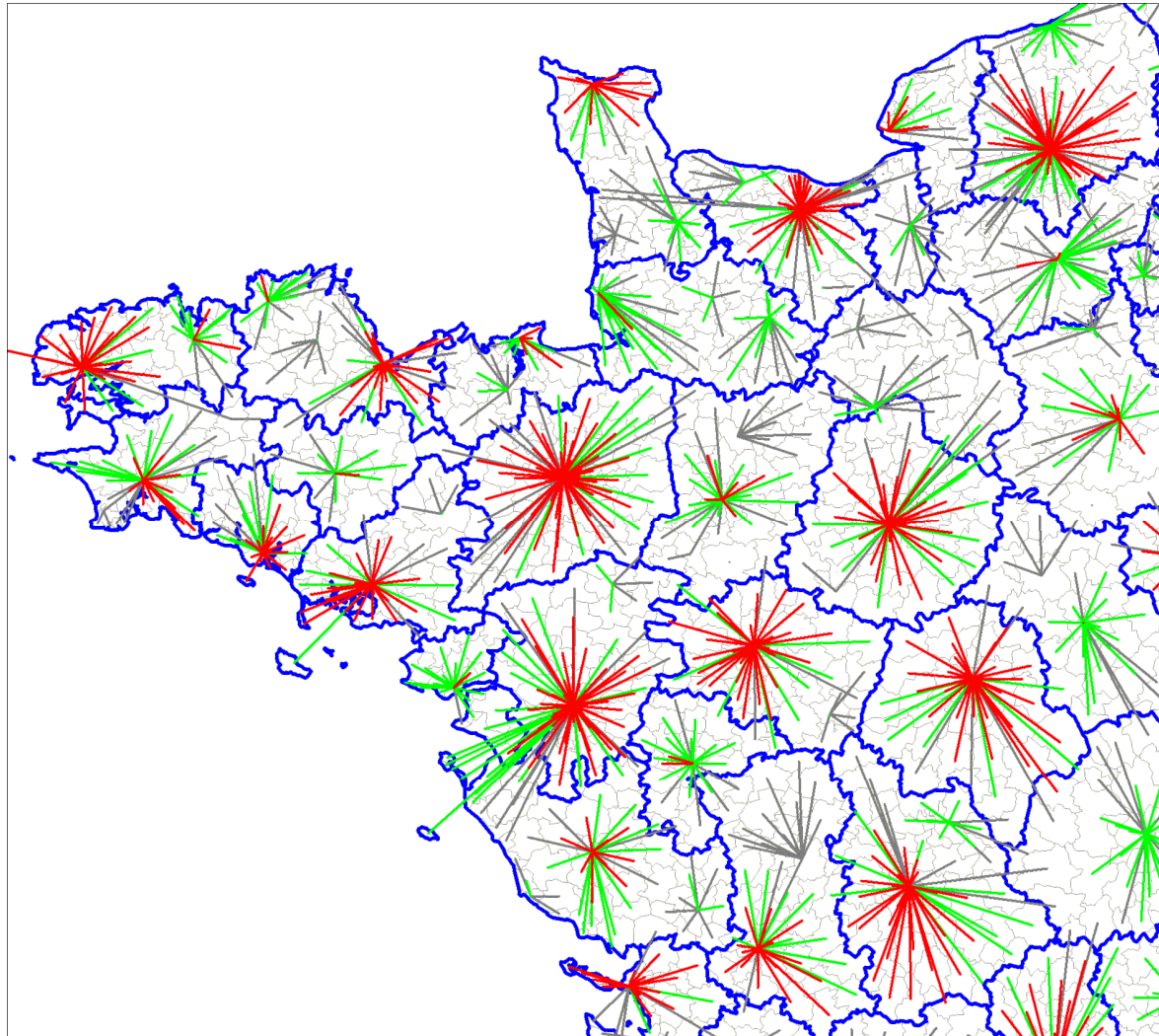


FHF BRETAGNE.PONTIVY 22 octobre 2010

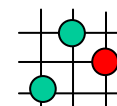
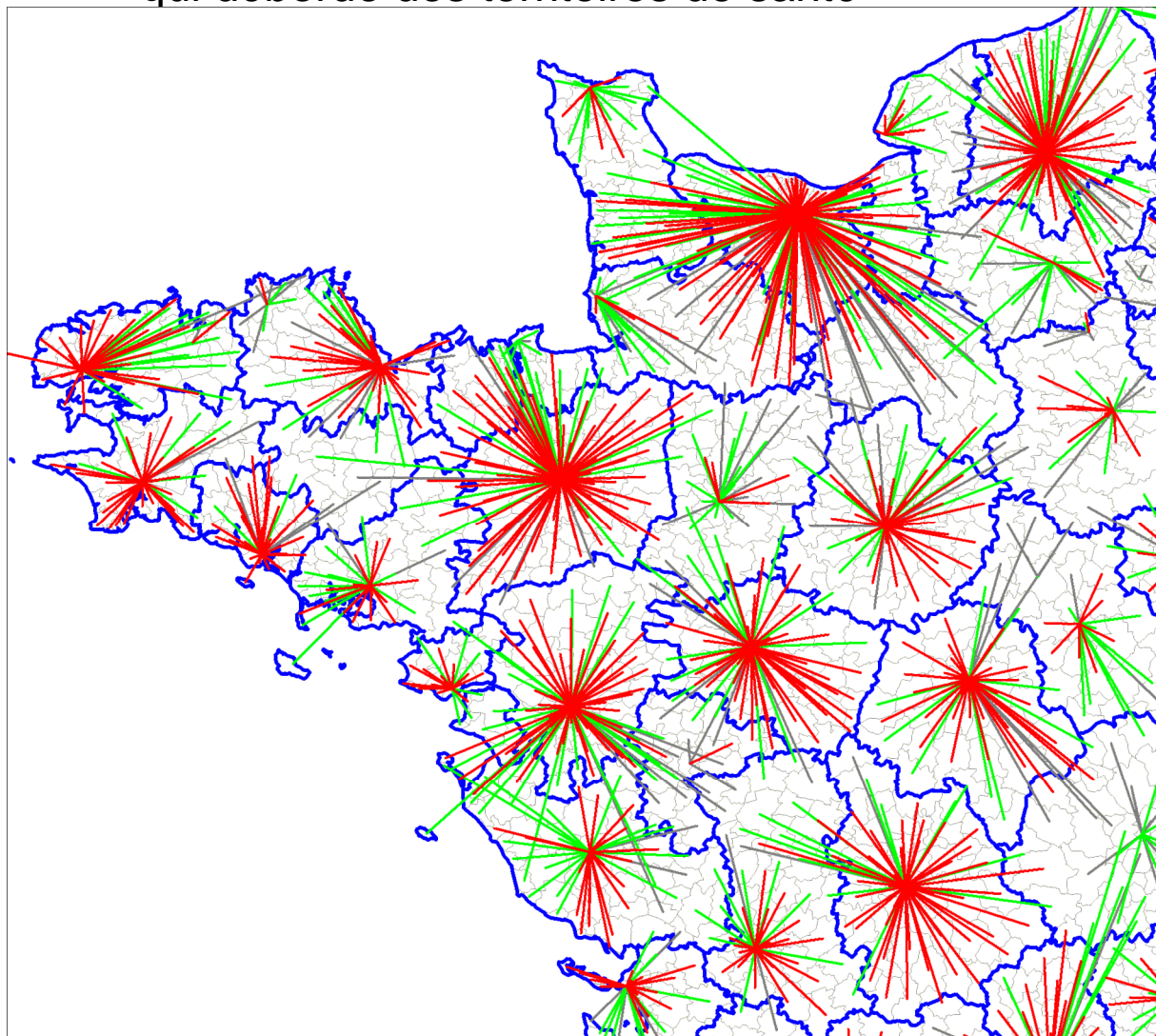
A Conseil



Les territoires de santé qui se superposent bien avec le rayonnement des activités à recrutement élargi



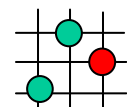
Une activité de chimiothérapie plus concentrée  
qui déborde des territoires de santé



## B) LES TERRITOIRES ET LOI PHST

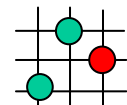
« *Art. L. 1434-16.* – L'agence régionale de santé [ ] définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours, après avis de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie.

*Art. L. 1434-16 (suite)* Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux. Ils sont définis après avis du représentant de l'État dans la région d'une part, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'autre part et, en ce qui concerne les activités relevant de leurs compétences, des présidents des conseils généraux de la région.



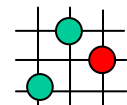
# Niveaux de recours

- l'article *L. 1411-11.* – L'accès aux soins de premier recours, ainsi que la prise en charge continue des malades sont définis dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps de parcours, de qualité et de sécurité.
- Les soins de second recours sont ceux non couverts par les soins de premiers recours (*Art. L. 1411-12*)



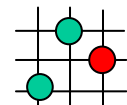
# Premier recours

- « 1° La prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement et le suivi des patients ;
- « 2° La dispensation et l'administration des médicaments, produits et dispositifs médicaux, ainsi que le conseil pharmaceutique ;
- « 3° L'orientation dans le système de soins et le secteur médico-social ;
- « 4° L'éducation pour la santé.
- « Les professionnels de santé, dont les médecins traitants, ainsi que les centres de santé concourent à l'offre de soins de premier recours, en collaboration et, le cas échéant, dans le cadre de coopérations organisées avec les établissements et services de santé, sociaux et médico-sociaux.



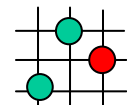
# Organisation de l'offre médico-sociale

- « Les schémas relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie sont arrêtés par le président du conseil général, après concertation avec le représentant de l'État dans le département et avec l'agence régionale de santé, L'objectif de ces schémas est d'assurer l'organisation territoriale de l'offre de services de proximité et leur accessibilité. » ;
- Le schéma régional d'organisation médico-sociale veille à l'articulation au niveau régional de l'offre sanitaire et médico-sociale relevant de la compétence de l'agence régionale de santé.



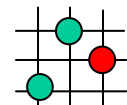
# Territoires de santé

- « *Art. L. 1434-9.* – Le schéma régional d'organisation des soins fixe, en fonction des besoins de la population, par territoire de santé :
- « 1° Les objectifs de l'offre de soins par activités de soins et équipements matériels lourds,
- « 2° Les créations et suppressions d'activités de soins et d'équipements matériels lourds ;
- « 3° Les transformations et regroupements d'établissements de santé, ainsi que les coopérations entre ces établissements ;
- « 4° Les missions de service public assurées par les établissements de santé et les autres titulaires d'autorisations.



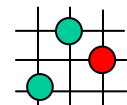
# Territoires de santé

- « *Art. L. 1434-7.* « Le schéma indique, par territoire de santé, les besoins en implantations pour l'exercice des soins mentionnés aux articles L. 1411-11 et L. 1411-12, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie médicale et des réseaux de santé.



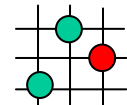
# Conférence de territoire

- « La conférence de territoire contribue à mettre en cohérence les projets territoriaux sanitaires avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique.
- « La mise en œuvre du projet régional de santé peut faire l'objet **de contrats locaux de santé** conclus par l'agence, notamment avec les collectivités territoriales et leurs groupements, portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social.



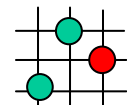
# Chaque conférence comprend au plus 50 membres ayant voix délibérative

- Collège 1 : représentants des établissements de santé(10)
- Collège 2 : représentants des personnes morales gestionnaires des services et établissements sociaux et médico-sociaux(8)
- Collège 3 : représentants des organismes œuvrant dans les domaines de la promotion de la santé et de la prévention ou en faveur de l'environnement et de la lutte contre la précarité(3)
- Collège 4 : représentants des professionnels de santé libéraux(6)
- Collège 5 : représentants des centres de santé, maisons de santé, pôles de santé et réseaux de santé(2)
- Collège 6 : représentant des établissements assurant des activités de soins à domicile(1)
- Collège 7 : représentant des services de santé au travail(1)
- Collège 8 : représentants des usagers(8)
- Collège 9 : représentants des collectivités territoriales et de leurs groupements(7)
- Collège 10 : représentant de l'ordre des médecins(1)
- Collège 11 : personnalités qualifiées( au moins 2)



# Une seule contrainte de construction explicite

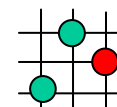
- Population des territoires (taille critique)
- Pratiques spatiales des populations
- Existence d'équipements et de services
- Accessibilité en distance, en temps
- Le nombre de territoires
- **Respect ou non de limites administratives**
- les relations d'inclusions, d'emboîtement de différents niveaux
- Le grain le plus fin (cantons, communautés de communes, bassins de vie? pourquoi est il choisis?)
- La contigüité



# Les conseils du niveau national pour la construction des territoires de santé

- Cadre institutionnel, administratif
- La compétence globale de l'agence régionale de santé : les territoires arrêtés doivent être adaptés à l'organisation des soins hospitaliers, ambulatoires et médico-sociaux, à l'organisation de la prévention et de la veille et de la sécurité sanitaire, y compris la gestion de proximité des crises sanitaires.
- La cohérence avec les autres acteurs : il faut aussi veiller à la cohérence avec les actions des autres acteurs dans la région et les échelons territoriaux qui en découlent.
- Démocratie sanitaire gouvernance
- Un espace de débat public : la conférence de territoire doit permettre l'association de tous les acteurs locaux concernés par les problématiques de santé à un niveau qui permette une consultation démocratique.
- Approche territoriale, populationnelle
- Les pratiques spatiales de la population : il faut qu'il y ait cohérence entre le territoire de santé choisi avec la répartition et les pratiques spatiales de la population du point de vue économique, en tenant compte également de l'offre de soins existante.
- La distance d'accès : elle doit être acceptable par rapport à l'offre de service.
- Organisation des espaces de proximité : il convient de veiller à l'articulation des territoires de santé avec les espaces de proximité et les bassins de vie.
- L'intégration de l'offre de soins et de service : Le territoire de santé doit faciliter l'intégration et la complémentarité de l'offre de soins et de services, de prévention et médico-sociale dans l'optique d'une approche globale d'organisation des services en tenant compte également de l'offre existante dans ces différents domaines.
- Approche par les moyens de l'ARS
- La capacité d'animation de l'agence régionale de santé : cela renvoie aux moyens dont dispose l'ARS.

Pas de contraintes explicites



## EVOLUTIONS DES TERRITOIRES DE SANTE : les résultats provisoires

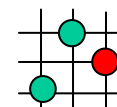
(Enquête Adysta du 01 au 21 octobre 2010)

REGION	nb TS ARH	nb TS ARS	dept
ILE DE FRANCE	22	8?	?
CHAMPAGNE-ARDENNE	5		
PICARDIE	4	5	non
HAUTE-NORMANDIE	4	4	non
CENTRE	6	6	oui
BASSE-NORMANDIE	5	3	oui
BOURGOGNE	6	4	non
NORD-PAS DE CALAIS	4	4	non
LORRAINE	2	4?	?
ALSACE	4		
FRANCHE-COMTE	6	4?	?
PAYS DE LA LOIRE	7	5	oui
BRETAGNE	8	8	non
POITOU-CHARENTES	5		
AQUITAINE	6	6	oui/sauf pyr atl
MIDI-PYRENEES	15	8	oui
LIMOUSIN	3	1	région
RHONE-ALPES	13	5	non
AUVERGNE	9	4	oui
LANGUEDOC-ROUSSILLON	8	5	oui
PROVENCE-ALPES-COTE D'AZUR	9		
CORSE	2	1	région

Chez les répondants : diminution du nombre de territoires de santé :  
124 TS ARH deviennent 85 TS ARS

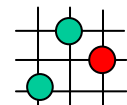
FHF BRETAGNE.PONTIVY 22 octobre 2010

ADYSTA Conseil



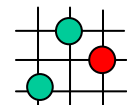
# Une reconnaissance des territoires de proximité

- un travail scientifique pour mettre en évidence des territoires de « proximité basés » sur l'accessibilité aux services à la population (soins primaires libéraux), écoles.. ; (souvent 2 niveaux).
- Ces territoires sont considérés comme des futurs territoires de projets
- Les découpages géographiques font pour certains références aux communautés de communes
- Des régions ont préféré ne pas proposer de limites et proposer des polarités
- Les axes stratégiques et l'animation seront définis par le PRS



# Les territoires de santé « opposables » plus grands souvent calés sur le département

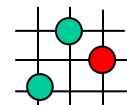
- pour le niveau opposable des scénarii basés sur un argumentaire qualitatif
- Moins de territoires de santé et des territoires plus grands (syntaxe : passage d'un champ de compétences élargi à des territoires plus large, non restreint à la dimension hospitalière)
- Pour quelques régions des références à la taille des territoires en population, superficie, prise en compte de la géographie, des scénarii pour faire un territoire autour de la métropole
- Les territoires précédents étaient trop « hospitaliers »
  - Pourtant, les territoires élargis sont souvent argumentés pour ne pas gêner ou accompagner les réorganisations hospitalières (diminuer les ambitions de recours?)
- Un argument : Limiter le nombre de territoires pour pouvoir organiser les conférences
- Un raccourci : médicosocial=département
- Ne pas déstabiliser les organisations (Etat, CG) et choisir le département
- Donner une lisibilité au découpage par le choix du département ou l'agrégation de territoire anciens ou de communauté de communes



## C) L'apport de l'approche « organisation » à l'approche géographique

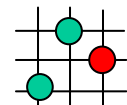
- un système de décision (ARH vers ARS) qui évolue et ce n'est pas simple...à organiser.
- Un ensemble d'acteurs opérants qui forme un aussi un système (qui devrait ?)
- L'enjeu : une optimisation de la production du système de santé (en termes d'efficience ou de coûts?)

**La question : Comment le système de décision et le système des acteurs feront-ils système?**



# 3 situations types de la complexité d'un système

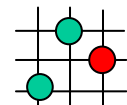
FIGURE 1  
DIAGRAMME DE STACEY



# Une des solutions : Le modèle administré

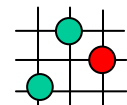
- La démarche est descendante. Pas besoin de lieu d'interface.
- La médiation est dans le CPOM(Rencontre de deux volontés?)
- la conférence territoriale est un outil du système de décision.
- Le territoire de santé est un outil pour décliner la stratégie de l'ARS (indices,OQOS).
- Le territoire dit « opposable » n'est pas spécifiquement un lieu d'organisation (on peut alors se poser la question des OQOS territoriaux ).
- La démocratie sanitaire pourrait alors s'exprimer dans les contrats locaux de santé.

– C'est la direction prise actuellement



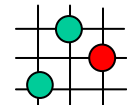
# Une autre solution : le modèle du système adaptatif complexe

- adopter une vision commune à laquelle les « agents » adhèrent et qui donne un sens à l'action du système.
- Il n'est pas utile que cette vision soit définie dans ses moindres détails, il faut plutôt qu'elle donne une direction claire, forte, intuitivement et éthiquement appropriée;
- établir un nombre limité de règles simples et de spécifications minimales pour encadrer les initiatives des acteurs;
- créer des conditions à partir desquelles le système pourra évoluer dans le temps.
  - modèle adapté à des unités de gestion « compactes », actuellement trop de risque d'évoluer vers le chaos



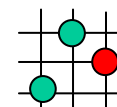
# Troisième voie : Une approche mixte qui organise la rencontre entre approche descendante et ascendante

- Le SROSS, le PRS sont déjà des lieux de construction participative
- La CRSA est un lieux de cohérence et de participation des diverses composantes
- Le territoire de santé serait le lieu recherché de la construction et non pas de la déclinaison
  - Mais ou est le territoire comme « sujet » exprimant des attentes? c'est toujours l'administration qui pilote.
- Les nouvelle formes : pôles, maisons de santé, contrats locaux sont des aussi des lieux de cohérence entre les différents secteurs.
- A travers les CPOM ont peut financer les orientations territoriales et transversales des établissements
  - Mais quelle est la réalité de l'investissements des acteurs en dehors de la recherche des effets d'aubaines déjà pointée dans les réseaux(voir les évaluations) et une volonté de limiter les dépenses pour les institutions?

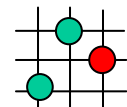
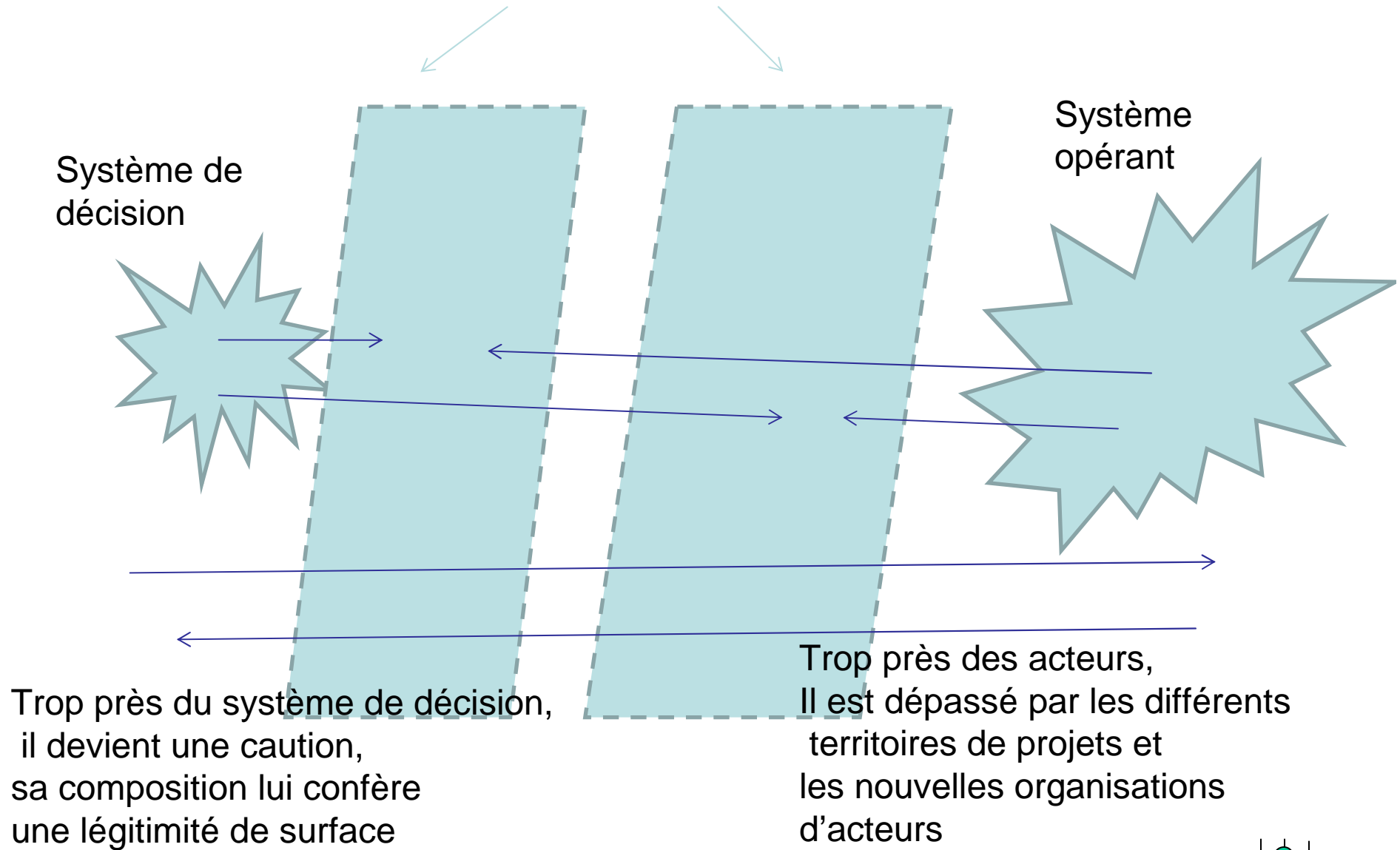


## D) Les territoires de santé lieux d'équilibre entre l'approche descendante et ascendante

- Un « lieu » où s'exprime et se construit un but commun d'amélioration de l'offre de service et de bien être de la population.(les valeurs)
- Un lieu interface « poreux » entre le système opérant et le système de décision.
- C'est un lieu de responsabilité partagé entre les acteurs de santé et les institutions de santé et les élus (représentants de la population) . Il doit avoir un sens.
- Ce territoire peut être construit comme un compromis entre l'enveloppe des services attendus et le sentiment d'appartenance (nécessaire à l'implication et à la responsabilité).
- Ce territoire est ouvert, il facilite et coordonne les projets infra, il s'inscrit aussi dans un périmètre plus large

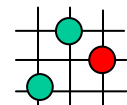


# A quel niveau positionner l'outil d'interface « Territoire de santé » ?



# Les facteurs de réussite pour les territoires de santé

- S'inscrire dans les axes stratégiques de l'ARS (et le faire savoir)
- Développer les actions permettant de se connaître mieux (entre les secteurs), et être transparent sur les enjeux (information)
- Être proactif, pas défensif : se saisir des espaces de liberté pour apprendre à travailler ensemble par la réalisation d'actions .
- Développer des actions en intersectorialité (établissements, prof libéraux, secteur personnes âgées, handicap)
- Positionner les services rares **au service** des autres : inverser la pyramide . Pas d'hospitalo-centrisme, même dans les travaux et le pilotage de la conférence
- Creuser les fondamentaux : besoins, attentes, état de santé, accessibilité



# Un réel besoin d'animation des conférences : impliquer et motiver

- Communiquer et informer (en interne, en externe)
- Organiser des sous commissions pour anticiper sur les travaux à venir (un temps d'avance) et se donner une lisibilité et une utilité.
- se donner les moyens et prendre le temps d'une réflexion participative et constructive : organiser les travaux, préparer les supports qui permettront l'échange et le débat.
- Echanger et mutualiser (c'est à la mode!) entre territoires de santé (montrer des exemples, donner des contenus..)

