

SROS de troisième génération

**Document de synthèse pour les régions de France
métropolitaine (Corse exceptée)**

Territoires de santé, méthodes et types de concertation

Claire DE FARCY - BERNARDY



Schéma Régional d'Organisation Sanitaire de troisième génération

Document de synthèse pour les régions
de France métropolitaine (Corse exceptée)
Territoires de santé, méthodes et types de concertation

Claire de Farcy - Bernardy, étudiante en M2 Géographie de la santé Paris XII,
stagiaire à l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais

Sommaire

Introduction	P 7
LA PRISE EN COMPTE TERRITORIALE DANS LE PROJET SROS III	P 9
IDENTIFICATION DES BESOINS DE SANTE	P 33
LA MISE EN PLACE DE LA CONCERTATION	P 39
Bibliographie	P 49
Sigles et acronymes	P 51

Introduction

Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire de troisième génération ont été ordonnés par le ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées par la circulaire du 5 mars 2004. Ils ont été établis en vue du nouveau cadre juridique prévu par le plan « hôpital 2007 » « qui réforme profondément les règles de planifications, de coopérations et d'autorisation »¹.

Chaque Agence Régionale de l'Hospitalisation est libre d'établir le SROS de sa région en suivant quatre grandes priorités fixées par la circulaire du 5 mars 2004, relative à l'élaboration du SROS de troisième génération, à savoir :

- « - une meilleure évaluation des besoins de santé,
- une plus grande prise en compte de la dimension territoriale,
- une association plus étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers,
- une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé »².

Les principaux objectifs mis en avant sont, entre autres, une meilleure organisation du système de soins orientée vers la proximité, une concertation organisée où interviennent différents acteurs de soins, élus et usagers, ainsi qu'une identification des besoins de santé, pour répondre au mieux aux demandes et réduire les iniquités. Ces objectifs se traduisent concrètement par la délimitation de territoires de santé. Ces territoires de santé, appelés à remplacer les secteurs sanitaires, sont des espaces identifiés comme pertinents pour l'organisation des soins. Les frontières de ces territoires doivent tenir compte « des réalités locales », indépendamment et de manière affranchie de tout découpage administratif. Ces territoires de santé se traduisent par une imbrication de territoires de soins et d'échelles.

La première annexe de cette circulaire définit plusieurs échelles dont :

- Le niveau intermédiaire qui se traduit par le premier niveau d'hospitalisation (médecine polyvalente, prise en charge des urgences, chirurgie viscérale et orthopédique, obstétrique et imagerie conventionnelle).
- Vient ensuite le niveau de recours, lieu de soins spécialisés et qui correspond à la desserte du bassin hospitalier, considéré comme pivot de secteur. Ce niveau couvre l'ancien secteur sanitaire.
- Le niveau régional est également mis en avant par les prestations de soins spécialisés qu'il assure, et pour certains plus exceptionnels se met en place une organisation interrégionale. C'est l'échelle où se trouvent les disciplines fortement reliées à la recherche et à la formation (Centre Hospitalier Universitaire, Centre Régional de Lutte Contre le Cancer).
- Pour finir, le niveau interrégional, où les spécialités couvertes sont celles qui nécessitent des équipements ou structures « supra régionaux ». C'est l'échelle des zones frontières, reflétant les territoires de projets et d'acteurs. C'est à cette échelle que les projets européens peuvent se rencontrer.

La construction et la gestion des SROS se font sous l'égide des ARH. C'est à elles que reviennent la responsabilité d'arrêter les territoires de soins et les différents niveaux d'action, comme de déterminer les besoins de leur population.

Certains volets en matière de santé font obligatoirement parti du SROS de troisième génération.

Il s'agit selon l'arrêté du 27 avril 2004 de :

- la médecine,
- la chirurgie,
- la périnatalité,
- les soins de suite, la rééducation, 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 intensifs et les soins continus,
- l'imagerie médicale,
- les techniques interventionnelles utilisant l'imagerie médicale,
- la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique,
- la psychiatrie et la santé mentale,
- la prise en charge des personnes âgées,

¹ Circulaire n° 101/DHOS/ O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

² *Ibid.*

- 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.

Neufs volets supplémentaires peuvent être rajoutés selon les besoins observés et les situations régionales particulières :

- la diabétologie,
- les accidents vasculaires cérébraux,
- les addictions,
- les questions d'hôpitaux locaux et hôpitaux de proximité,
- les réseaux,
- les détenus,
- les vigilances,
- la télémédecine et les systèmes d'information,
- le handicap.

Certains de ces volets ont été traités de manière transversale sous les autres volets obligatoires.

Le SROS III s'inscrit par conséquent dans une volonté de prévision et d'impulsion des évolutions nécessaires concernant l'offre de soins préventive, curative et palliative pour une meilleure prise en charge de la santé mentale et physique.

Dans un souci de synthèse, nous nous attachons ici à effectuer un résumé des différents SROS édités par les ARH de France métropolitaine, concernant la construction des territoires de santé, l'évaluation des besoins de santé et l'action de concertation mise en place dans le but de réaliser ces SROS. Ce document présente les conclusions des différents SROS sous la forme de tableaux où apparaissent en colonnes les différentes thématiques traitées et en lignes les régions.

La prise en compte territoriale dans le projet SROS III

Dans un but d'équité en matière de soins, on a demandé aux différentes institutions régionales (ici ARH) de définir un découpage adapté aux activités de santé, qui corresponde aux comportements et à la population à desservir.

C'est ainsi que la notion de « territoire de santé » est apparue. Il n'existe pas une définition unique du territoire de santé, puisque chaque région les définit selon ses besoins.

De manière générale, « la circulaire du 5 mars 2004 définit les territoires comme étant les territoires pertinents pour l'organisation des soins, dont les frontières tiennent compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives ». Selon cette circulaire, les besoins de santé doivent être pris en compte et rapportés à l'échelle géographique des « territoires de santé » pour une meilleure gestion des besoins.

Nous devons garder à l'esprit la volonté de spatialisation dans laquelle s'inscrit le projet SROS III. Cette spatialisation devient alors la base du « contrat » envisagé auprès de chaque région, pour améliorer la prise en charge des patients, pour une meilleure appréhension des besoins de santé et une optimisation de l'aménagement du territoire plus équitable du point de vue de la santé. C'est pour cela que la prise en compte de la dimension spatiale, par la détermination de territoires de santé est primordiale.

Subséquentement ces territoires de santé sont établis en vue d'une intervention directe sur la localisation de l'offre de soins, dans le but d'en rendre plus équitable l'accessibilité.

Le tableau suivant reprend la manière dont ont été établis les territoires de santé dans les différentes régions de France métropolitaine, ainsi que la manière dont ils ont été définis lorsque leur définition a été mise en avant, et enfin le découpage retenu pour chaque région. Nous avons reporté toutes les informations par région dans un tableau en vue d'en faciliter la comparaison et la critique. Toutes les régions ont été étudiées à l'exception de la Corse dont les SROS n'ont pas été trouvés ; nous sommes actuellement incapables de dire s'ils ont été produits ou non.

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Critères et outils de construction du territoire de santé	Définition des territoires de santé et échelles d'action	Identification des territoires de santé
Alsace	<p>♦ « Délimitation effectuée en référence aux données démographiques, socio-économiques, de morbidité et d'habitudes de vie, à l'état de l'offre de soins et de recours au dispositif de soins. »</p> <p>♦ « La méthode de détermination des territoires de santé est fondée sur la définition de niveaux de soins et sur l'analyse de l'offre de soins hospitaliers et ambulatoires. »</p> <p>♦ Outil « Mirabelle » basé sur la méthode d'agrégation de zones géographiques contiguës en fonction de l'intensité des liens existants entre ces zones.</p> <p>Etude de flux : liens identifiés = ensemble des communes alsaciennes de résidences de patients avec les pôles de soins.</p> <p>L'intensité du lien entre la commune de résidence et un pôle de soins est la proportion de séjours des habitants de cette commune réalisés dans ce pôle de soins.</p>	<p>Territoires de santé : « Espaces de dimensions suffisantes pour que s'y déploient les différentes formes d'intervention constituant, par leur complétude, une offre suffisamment diversifiée et cohérente sans pour autant qu'elle vise à l'exhaustivité, celle-ci devant être assurée à l'échelon régional, voire pour certaines spécialités au niveau interrégional. »</p> <p>♦ Chaque territoire de santé est subdivisé en plusieurs zones de proximité.</p> <p>♦ Une graduation de l'espace est mise en place.</p> <p>Trois niveaux sont mis en avant :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>le niveau de proximité</u> : prise en charge lors du premier recours, capacité de suivi dans une zone limitée, permettant des déplacements aisés. - <u>le niveau de référence</u> : lieu où se trouve la plupart des spécialités médicales, d'urgences et de plateau technique, avec un rôle de support des structures de proximité. - <u>le niveau de recours</u> : réunion de compétences qui font autorité, maîtrise de spécialités au plus haut point, concentration de techniques sophistiquées. 	<ul style="list-style-type: none"> - Territoire de santé n° 1 : Haguenau (3 zones de proximité) - Territoire de santé n° 2 : Strasbourg (2 zones de proximité) - Territoire de santé n° 3 : Colmar (3 zones de proximité) - Territoire de santé n° 4 : Mulhouse (4 zones de proximité)

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Critères et outils de construction du territoire de santé	Définition des territoires de santé et échelles d'action	Identification des territoires de santé
Aquitaine	<ul style="list-style-type: none"> ◆ « Réflexion menée en intégrant l'offre de soins libérale, le secteur médico-social et social. » ◆ Découpage fondé « sur une double approche : de bassin d'hospitalisation ou de clientèle, d'accessibilité en temps. » ◆ Utilisation de la démographie médicale. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ « Vecteur de la cohérence du découpage, le territoire de santé est le support structurel et géographique d'un ensemble de services à la population au travers de territoires organisés en " agrégation ascendante " ». ◆ Structuration de l'offre de soins basée sur le découpage en 4 niveaux : <ul style="list-style-type: none"> - <u>les territoires de proximité</u> : ils « sont constitués par l'agrégation de zones de patientèle autour d'une offre de soins minimale, structurelle ou ambulatoire » « Accessibilité de l'offre dans un délai entre 20 et 30 minutes ». - <u>les territoires intermédiaires</u> : sont « constitués par l'agrégation des territoires de proximité, dont la population a recours majoritairement à un pôle hospitalier, dont il constitue la zone d'attraction ». Accessibilité allant de 30 à 45 minutes. - <u>les territoires de recours</u> : « agrégation de territoires de niveau 1 (territoires intermédiaires) autour d'un pôle hospitalier majeur pouvant dispenser des spécialités ». « Définis par l'arrêté du 6 juin 2005, ils constituent les territoires de planification » et par conséquent l'objet de l'annexe du SROS. Accessibilité allant d'1h à 1h30. - <u>le territoire de référence ou régional</u> : accessibilité à des soins hautement spécialisés dans un délai de 2h30. 	<p>Territoires de santé :</p> <p>Périgord Bordeaux Libourne Les Landes Lot-et-Garonne Pau Bayonne</p>

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

<i>Région</i>	<i>Critères et outils de construction du territoire de santé</i>	<i>Définition des territoires de santé et échelles d'action</i>	<i>Identification des territoires de santé</i>
Auvergne	<p>♦ « Découpage calé sur la réalité des flux de patients, il exprime donc une volonté d'organisation du territoire en fonction des besoins réels de la population et tient compte des apports extra régionaux qui augmentent l'activité des pôles. »</p>	<p>♦ « Les territoires de santé sont formés par les BSI (Bassins de Services Intermédiaires) sur lesquels se recoupent des zones de patientèle de pôles mitoyens. »</p> <p>♦ « 130 BSI constituent les plus petits territoires pertinents pour l'accès aux soins de proximité » : plus petits échelons sur lesquels s'organise la vie quotidienne des habitants.</p>	<p>Montluçon Moulins Vichy Grand Clermont Thiers-Ambert Issoire-Brioude Aurillac-Mauriac Saint-Flour Puy-en-Velay</p>

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

<i>Région</i>	<i>Critères et outils de construction du territoire de santé</i>	<i>Définition des territoires de santé et échelles d'action</i>	<i>Identification des territoires de santé</i>
Basse Normandie		<p>◆ 5 territoires de santé, chacun étant : « une masse critique suffisante permettant le recrutement de praticiens pour garantir aux bas-normands une couverture sanitaire minimale en toute sécurité et une qualité des soins afin d'éviter une hypertrophie du territoire centre ».</p> <p>◆ <u>Cinq niveaux de soins</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>le niveau de proximité</u> est divisé en deux niveaux : la médecine de ville (générale et spécialisée) et le premier niveau d'hospitalisation (hôpitaux locaux et hôpitaux de proximité). - <u>le niveau intermédiaire</u> : structure autour de la médecine polyvalente et accessibilité des patients concernés du territoire : premier niveau d'hospitalisation. - <u>le niveau de recours</u> : défini par rapport au plateau technique spécialisé, accessible à l'ensemble des patients concernés du territoire de santé (accès 24h/24h). - <u>le niveau régional</u> : par rapport à un plateau technique hautement spécialisé accessible à l'ensemble des patients de la région. - <u>le niveau interrégional</u> : haute spécialité (Schémas Interrégionaux d'Organisation Sanitaire). 	<p>5 territoires de santé :</p> <p>Nord Ouest Centre Nord Est Sud Ouest Sud Est</p>

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

<i>Région</i>	<i>Critères et outils de construction du territoire de santé</i>	<i>Définition des territoires de santé et échelles d'action</i>	<i>Identification des territoires de santé</i>
Bourgogne		<p>♦ Le territoire de santé « doit présenter une masse critique suffisante en terme d'offres de soins afin de pouvoir satisfaire la majeure partie des besoins de la population, à l'exception de ceux relevant des techniques spécialisées régionales et extra régionales ».</p> <p>♦ Organisation en trois niveaux de soins :</p> <ul style="list-style-type: none"> - niveau 1 : « premier niveau de soins constitué par les hôpitaux locaux et les maisons médicales ». - niveau 2 : « niveau intermédiaire constitué par des centres hospitaliers disposant d'un plateau technique minimum en chirurgie et en obstétrique ». - niveau 3 : « niveau territorial assuré par un site pivot constitué des établissements de santé publics et privés du site ». - niveau 4 : niveau régional ou interrégional. Niveau des soins très spécialisés. <p>♦ Ainsi les territoires de santé se construisent autour d'« une organisation graduée et hiérarchisée de l'offre de soins, qui doit satisfaire la presque totalité des besoins de la population en toute sécurité et qualité ».</p> <p>Nb : « ce découpage ne remet pas en cause la sectorisation psychiatrique et les centres hospitaliers spécifiques ».</p>	

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Critères et outils de construction du territoire de santé	Définition des territoires de santé et échelles d'action	Identification des territoires de santé
Bretagne	<p>Découpage en 8 secteurs sanitaires qui n'ont pas été remis en cause à l'élaboration du SROS.</p> <p>Ces secteurs sanitaires résultaient d'une analyse croisée de l'activité hospitalière et des réalités économiques et sociales prises en compte dans les zones d'emploi définies par l'INSEE.</p> <p>Une étude réalisée par un groupe d'experts interinstitutionnels a mis en avant pour identifier les territoires de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - trois niveaux ou échelles territoriales pour l'accès aux soins, - trois fonctions pour les territoires de santé, - et a conclu à l'intérêt du maintien des secteurs sanitaires. 	<p>◆ Les territoires de santé se substituent aux secteurs sanitaires définis par la mise en place du SROS II, fixés par l'arrêté du 2 février 1994.</p> <p>Ce ne sont pas seulement des territoires d'accès aux soins, mais aussi des territoires de prévention et qui déterminent l'articulation avec les actions sociales.</p> <p>Les territoires de santé remplissent trois fonctions :</p> <ul style="list-style-type: none"> - organisation et graduation des soins, - espace de concertation au sein des conférences sanitaires, - mobilisation des élus et des citoyens. <p>◆ Trois niveaux de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>niveau 1 : la première proximité</u> : déplacement court autour du domicile pour accéder à des soins primaires. - <u>niveau 2 : la proximité moyenne</u> : déplacement du patient et de son entourage compatible avec la vie de tous les jours, éloignement d'une vingtaine de minutes des lieux de vie (domicile, lieu de travail). - <u>niveau 3 : une troisième dimension territoriale</u> : se définit autour de l'offre comme « aire de recrutement d'établissements ou de professionnels pour des pathologies ne relevant pas des deux premiers niveaux ». <p>Les territoires se définissent autour de la demande (et constituent les deux premiers niveaux) ainsi que de l'offre de soins (troisième niveau).</p>	<p>Territoires de santé :</p> <p>Brest / Morlaix Quimper / Carhaix Lorient / Hennebont Vannes / Auray Rennes / Fougères / Vitré / Redon Saint-Malo / Dinan Saint-Brieuc / Lannion / Guingamp Loudéac / Pontivy.</p> <p>« La gradation des soins justifie trois autres niveaux territoriaux » ; à savoir la région, le département et le territoire de proximité.</p>

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Critères et outils de construction du territoire de santé	Définition des territoires de santé et échelles d'action	Identification des territoires de santé
Centre	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cartographie des données des PMSI (Programmes de Médicalisation des Systèmes d'Information) et des données de densités de population de l'INSEE. ◆ Fonctionnement autour de pôles de référence constitués par les principales villes de la région. <p>Les secteurs sanitaires sont calqués sur les départements, chaque secteur sanitaire est doté d'un ou plusieurs pôles de référence et plusieurs pôles de proximité.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ « Le découpage des territoires de santé s'inscrit donc dans la continuité des secteurs sanitaires actuels. » ◆ « Les aires d'attractivité des pôles de recours actuels ne justifient pas la mise en place d'un nouveau découpage de rattachement de secteur d'un département à un autre. » 	
Champagne-Ardenne	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Travaux menés par l'ORS Champagne Ardennes pour la délimitation des territoires de santé. ◆ Découpage selon les particularités de la structure urbaine régionale s'articulant en deux axes : <ul style="list-style-type: none"> - Nord Sud avec Charleville Mézières, Reims Troyes, - et Nord-Ouest Sud-Est avec Châlons en Champagne, Vitry le François, Saint-Dizier, Chaumont, Langres. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Les territoires de santé correspondent aux conférences sanitaires. Ils sont construits dans le souci de s'inscrire dans la structuration de l'espace et l'aide à la cohérence dans les politiques sanitaires, en se calant sur les limites administratives. ◆ Un manque d'homogénéité a conduit à la détermination de trois types de territoires : <ul style="list-style-type: none"> - le territoire régional, - le territoire des conférences sanitaires, - un territoire spécifique construit autour d'un triangle de villes (Bar le Duc, Saint-Dizier, Vitry le François) à cheval sur la Lorraine et la Champagne Ardennes. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Cinq conférences sanitaires : <ul style="list-style-type: none"> - Nord Ardennes : arrondissements de Charleville- Mézières et Sedan. - Sud Ardennes-Marne : arrondissement de Rethel et de Vouziers, Reims Epernay. - Marne Moyenne : Châlons en Champagne, Sainte-Ménéhould et Vitry le François, Saint-Dizier. - Aube : département de l'Aube auquel est adjoint le Sézannais. - Sud Haute Marne : arrondissements de Chaumont et Langres, auxquels est rattaché le Bar sur Aubois.

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

<i>Région</i>	<i>Critères et outils de construction du territoire de santé</i>	<i>Définition des territoires de santé et échelles d'action</i>	<i>Identification des territoires de santé</i>
Franche Comté	Travail en étroite collaboration avec l'INSEE : analyse statistique menée à partir des PMSI : mise en avant des flux de déplacements des malades.	« Territoires pertinents pour l'organisation des soins dont les frontières tenaient compte des réalités locales, indépendamment des limites administratives. »	Six territoires de santé : Vesoul / Lure / Luxeuil-les-Bains Belfort / Héricourt / Montbéliard Besançon / Gray Dole Pontarlier Lons-le-Saunier / Champagnole / Saint-Claude.

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

<i>Région</i>	<i>Critères et outils de construction du territoire de santé</i>	<i>Définition des territoires de santé et échelles d'action</i>	<i>Identification des territoires de santé</i>
<p>Haute Normandie</p>	<p>♦ <u>Principes de découpage</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - partir de l'existant, c'est-à-dire des secteurs sanitaires. - confrontation de la pertinence de ces territoires existants avec les comportements de la population. - définir les territoires de santé en respectant les limites régionales, et en tenant compte des coopérations à grande échelle possibles et existantes. - proposer une offre de soins graduée sur chacun des territoires. - maintenir les spécificités territoriales. - tenir compte des logiques territoriales. <p>♦ <u>Méthode</u> :</p> <ul style="list-style-type: none"> - analyse des flux majoritaires domicile-hôpital autour des séjours de chirurgie, obstétrique et médecine. - « calcul d'équidistance-temps autour des villes ou agglomérations sièges de services d'urgence autorisés (UPATOU-Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences et SAU-Service d'Accueil et d'Urgence) ou alternatif (centre d'accueil de premiers soins). Les aires d'attraction sont pondérées par l'attractivité des structures. » 	<p>♦ Les résultats ont mis en avant 4 territoires de santé (en substitution des secteurs sanitaires) divisés en 14 territoires de proximité.</p> <p>♦ « Quatre territoires de santé, supports de l'offre de soins à travers les objectifs quantifiés de l'offre de soins et l'élaboration de projets médicaux de territoire. »</p> <p>Ces 4 territoires de santé fondent aussi « l'assise des 4 conférences sanitaires de secteur ».</p> <p>♦ Territoire de proximité : « niveau de territoire privilégié pour l'articulation des soins hospitaliers, du secteur ambulatoire et des services médico-sociaux. » (regroupement des bassins de vie)</p>	<p>Quatre territoires de santé :</p> <p>Dieppe Le Havre Rouen-Elbeuf Evreux-Vernon.</p>

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

	<p>L'attractivité dépend du poids de l'accessibilité et du poids de l'hôpital. Ce sont les passages aux urgences qui sont utilisés pour la mise en place de la pondération.</p> <p>- L'« étude des bassins de vie de l'INSEE » caractérise l'accès aux équipements. On dénombre 58 bassins de vie en Haute Normandie. Ils sont importants car ils peuvent être assimilés à des territoires de proximité. Les bassins de vie permettent d'observer le comportement réel des populations, et de ne pas cloisonner la démarche au domaine de la santé.</p>		
--	---	--	--

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Critères et outils de construction du territoire de santé	Définition des territoires de santé et échelles d'action	Identification des territoires de santé
Ile de France	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 14 secteurs sanitaires identification de 25 bassins de vie, d'après les flux de patients. ◆ Concertation puis délimitation de 22 bassins de santé par l'Agence Régionale d'Hospitalisation d'Ile de France. ◆ Dans un souci de continuité, maintient de la plupart des découpages précédents. ◆ Tenir compte des flux et des déplacements. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Territoire de santé dénommé ici « bassin de santé » : « indique que la majorité des activités et équipements ont vocation à couvrir les besoins de proximité... ». ◆ Trois sous-ensembles : <ul style="list-style-type: none"> - activités de proximité, - plateaux techniques, - prise en charge de certaines populations spécifiques. 	<p>22 bassins de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> Bassin 75-1 : Paris Nord Bassin 75-2 : Paris Est Bassin 75-3 : Paris Ouest Bassin 77-1 : Seine-et-Marne Nord Bassin 77-2 : Seine-et-Marne Sud Bassin 78-1 : Versailles - Rambouillet Bassin 78-2 : Poissy-Saint Germain Bassin 78-3 : Mantes-la-Jolie Bassin 91-1 : Yerres-Villeneuve Saint Georges Bassin 91-2: Longjumeau-Orsay Bassin 91-3: Evry-Estampes Bassin 92-1 : les Hauts-de-Seine Sud Bassin 92-2 : Saint-Denis-Bobigny Bassin 93-3 : Aulnay- Montfermeil Bassin 94-1 : Créteil Bassin 94-2 : Villejuif Bassin95-1 : Argenteuil-Eaubonne Bassin 95-2 : Gonesse Bassin 95-3 : Pontoise.

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

<i>Région</i>	<i>Critères et outils de construction du territoire de santé</i>	<i>Définition des territoires de santé et échelles d'action</i>	<i>Identification des territoires de santé</i>
Languedoc-Roussillon	Territoires définis en tenant compte des aires d'attraction mises en évidence par l'homogénéité des comportements de recours aux soins de la population.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Territoire de l'hospitalisation : « identifié lorsque les établissements hospitaliers du territoire constituent le recours principal de la population résidente ». ◆ 8 territoires de recours : soins spécialisés, ouverts 24H/24. ◆ Plus trois territoires d'étude avec problématiques spécifiques nécessitant une démarche prospective. ◆ Prise en compte de la proximité, en deçà du découpage : première organisation sanitaire infra-hospitalière : <ul style="list-style-type: none"> - territoires d'accès aux soins de proximité. ◆ La spécialisation : <ul style="list-style-type: none"> - territoires des pôles hospitaliers, - territoire régional, - le niveau interrégional. <p>La spécialisation expose clairement comment se traduit la gradation des territoires, par un système présent dans le SROS et permet plus de lisibilité dans l'organisation des soins.</p>	<p>Territoires de recours subdivisés en <i>territoires d'hospitalisation</i> parfois subdivisés en territoire d'étude :</p> <p>Perpignan : Perpignan (Cerdagne-Capir) Prades-Cerdagne Céret</p> <p>Narbonne : Narbonne-Lézignan-Corbières</p> <p>Carcassonne : Carcassonne-Lauragais (Lauragais)</p> <p>Béziers / Sète : Béziers, Pézenas Sète Bédarieux</p> <p>Montpellier : Montpellier Ganges – Le Vigan Lodève</p> <p>Nîmes / Bagnols-sur-Cèze : Nîmes (Villeneuve les Avignon) Bagnols-sur-Cèze</p> <p>Alès : Alès</p> <p>Mende : Mende Marvejols.</p>

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Critères et outils de construction du territoire de santé	Définition des territoires de santé et échelles d'action	Identification des territoires de santé
Limousin	<p>♦ « Les territoires de santé s'appuient naturellement sur l'organisation de l'offre de soins » des découpages existants.</p> <p>♦ L'organisation de l'offre de soins se fait à partir des projections de population et « des équipements sanitaires, médico-sociaux et sociaux ».</p>	<p>♦ « L'objectif prioritaire des territoires de santé doit être de garantir une accessibilité aux soins qui soit équilibrée au niveau du territoire régional, en préservant la qualité, la sécurité et l'équité. »</p> <p>♦ Les objectifs se lisent à travers la gradation qui s'imprime entre les différents découpages territoriaux.</p> <p>♦ « Le découpage est hiérarchisé en quatre niveaux reposant sur une organisation graduée des soins. »</p> <p>♦ Les niveaux de découpage :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>le niveau inter régional</u> : « organisation inter régionale des activités hautement spécialisées relevant du SIOS et de la planification nationale. » - <u>le territoire régional</u> : « espace d'organisation régional concernant : <ul style="list-style-type: none"> - toutes les activités à vocation régionale, - l'organisation graduée, - la mise en œuvre des réseaux de santé à vocation régionale ». - <u>les territoires de plateau technique</u> : « ces territoires comprennent les établissements de santé intégrant une activité 24H/24 des disciplines suivantes : chirurgie, obstétrique, pédiatrie, psychiatrie, anesthésie-réanimation, disciplines interventionnelles, explorations fonctionnelles, imagerie et biologie ». - <u>les territoires de pôle hospitaliers de proximité</u> : « ce sont les territoires d'accès aux soins hospitaliers de proximité disposant, au minimum, de l'activité de médecine ainsi que de l'accès 	<p>♦ Trois territoires de plateau technique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le territoire de la Corrèze - le territoire de la Creuse - le territoire de la Haute Vienne. <p>♦ Divisés en douze territoires de pôle hospitalier de proximité.</p> <p>En Corrèze : Pôle de Brive ; pôle de Tulle, pôle d'Ussel, pôle de Bort-les-Orgues.</p> <p>En Creuse : pôle de Guéret, pôle d'Aubusson, pôle de Bourgueuf.</p> <p>En Haute Vienne : pôle de Limoges, pôle du Haut Limousin, pôle de Saint Léonard, pôle de Saint-Junien, pôle de Saint-Yrieix.</p> <p>Découpage visiblement basé sur le découpage départemental.</p>

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

		organisé aux moyens techniques de diagnostic (imagerie, laboratoire). ». Ces territoires sont les territoires de concertation et de mise en place du projet médical de territoire, et comprennent les territoires de premiers recours construits sur les bassins de vie.	
--	--	--	--

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Critères et outils de construction du territoire de santé	Définition des territoires de santé et échelles d'action	Identification des territoires de santé
Lorraine	<ul style="list-style-type: none"> ◆ L'espace régional est abordé selon deux échelles : celle de la planification et celle de la proximité. Mais en réalité les anciens secteurs sanitaires sont regroupés deux à deux sur la base du découpage Nord/Sud (Metz/Nancy) afin de constituer deux territoires de santé. ◆ Le découpage est justifié par la simulation de l'INSEE (flux de patients vers établissements de santé). Une certaine souplesse est recherchée pour la gestion des objectifs quantifiés (un des objectifs du SROS). ◆ Recherche de souplesse dans la gestion des objectifs quantifiés, simulation de l'INSEE au sujet des justifient ce découpage. Découpage le long du sillon lorrain, sur lequel s'adosent les territoires de santé. ◆ Ces deux territoires sont divisés en 20 territoires de proximité, issus des espaces de projets des pays de la loi n°9 article 9-533 du 25 juin 1999... ◆ Ce découpage n'est établi que pour définir une organisation de l'offre de soins la plus proche de la demande et des besoins de la population. Ces territoires ne peuvent pas forcer ni bloquer le déplacement des personnels de santé et demandeurs de soins. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Il semblerait qu'en Lorraine le territoire de santé se construit plus par l'aspect de mise en réseau que par le territoire de planification. On peut reprendre l'équation si dessous pour définir le territoire de santé : « qualité et accessibilité = proximité + réseau ». En résulte : <ul style="list-style-type: none"> - « organisation des soins en filières graduées », - les établissements de soins ne doivent plus à eux seuls prendre en charge les patients, - l'influence d'un établissement dépend de ses compétences et du niveau de celles-ci. La « notion de territoire s'efface devant celle de filières de soins ». ◆ Coopération interrégionale : triangle Bar-le-Duc, Saint-Dizier, Vitry le François. ◆ Tenir compte de l'offre transfrontalière. 	<p>Territoire de santé Lorraine Nord composé des pays de :</p> <ul style="list-style-type: none"> -1 Verdun -2 Cœur de Lorraine -3 Briey -4 Longwy -5 Thionville -6 Metz -7 Bassin houiller -8 Sarreguemines, Bitche, Sarralbe -9 Saulnois -10 Sarrebourg. <p>Territoire de santé Lorraine Sud composé des pays de :</p> <ul style="list-style-type: none"> -11 Barois -12 Haut Val de Meuse -13 Ouest Vosgien -14 SO Meurthe-et-Moselle -15 Val de Lorraine -16 Nancy -17 Lunévillois -18 Vosges Centrales -19 Déodatie -20 Remiremont.

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

	Mise en avant de la notion de réseaux d'établissement pour organiser l'accès aux soins et qui supplanteraient la notion de territoires.		
--	---	--	--

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Critères et outils de construction du territoire de santé	Définition des territoires de santé et échelles d'action	Identification des territoires de santé
Midi Pyrénées	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Auparavant 11 secteurs sanitaires. ◆ Travail en lien avec la DRASS, l'agence d'urbanisme et d'aménagement du territoire et l'ORS. ◆ L'analyse des données démographiques et médicales a permis de dessiner 5 nouveaux territoires. <p>Ce zonage est compatible avec le zonage sectoriel de la psychiatrie</p>		<ul style="list-style-type: none"> ◆ 15 territoires de santé : Ariège Aveyron Nord Aveyron Sud Haute Garonne Nord, Toulouse ville Haute Garonne Nord, zone Nord Haute Garonne Nord, zone Est Haute Garonne Nord zone Sud Haute Garonne Nord, zone Ouest Haute Garonne Sud Gers Lot Haute Pyrénées Tarn Nord Tarn Sud Tarn et Garonne.

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

<i>Région</i>	<i>Critères et outils de construction du territoire de santé</i>	<i>Définition des territoires de santé et échelles d'action</i>	<i>Identification des territoires de santé</i>
<p>Nord – Pas-de-Calais</p>		<p>♦ « Les territoires de santé susvisés correspondent, selon la matière concernée, à 4 types de découpage géographique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 15 zones de proximité, constituées par les regroupements de communes mentionnés à l'annexe du Schéma. Les conférences sanitaires pourront proposer à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de modifier, à l'intérieur des bassins de vie, les découpages infra territoriaux si cela est nécessaire pour la mise en œuvre de leurs projets. - 4 bassins de vie, constitués par les regroupements des zones de proximité mentionnés à l'annexe du Schéma. - les 2 départements de la région Nord - Pas-de-Calais. - la région sanitaire. » <p>Les territoires de santé sont découpés autour des bassins d'emplois de l'INSEE.</p>	<p>♦ 4 territoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artois : Béthune-Bruay, Lens-Hénin, Douaisis, Artois-Ternois. - Hainaut : Valenciennois, Cambrésis, Sambre-Avesnois. - Littoral : Dunkerque, Calaisis, Boulonnais, Saint-Omer, Berck-Montreuil. - Métropole : Flandre-Lys, Roubaix Tourcoing, Lille.

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Critères et outils de construction du territoire de santé	Définition des territoires de santé et échelles d'action	Identification des territoires de santé
<p>Pays de Loire</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Différenciation à opérer au niveau du territoire pour chaque spécialité. ◆ Deux exigences à concilier dans l'analyse : <ul style="list-style-type: none"> - le découpage territorial doit être lisible pour la population, - les territoires sont de dimensions pertinentes ; l'ensemble des professionnels médicaux peuvent y construire un projet médical commun. ◆ Pour mieux comprendre les réalités locales, on peut observer l'offre sanitaire selon deux axes structurants : <ul style="list-style-type: none"> - les soins de proximité et soins de suite, - les soins nécessitant un plateau technique, avec graduation de l'offre sanitaire. ◆ Pour distinguer les territoires : <ul style="list-style-type: none"> - exploitation des données statistiques des PMSI pour comprendre les flux (non utilisable pour la psychiatrie et les soins de suite), - observation des plateaux techniques. 	<p>◆ Distinction de plusieurs niveaux de territoires :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>les territoires d'immédiate proximité</u> : niveau du premier recours aux soins. Assurer une prise en charge globale coordonnée, sanitaire, médico-sociale et sociale. - <u>les territoires de santé de proximité</u> : ou niveau intermédiaire (circulaire du 5 mars 2004), « structuré autour de la médecine polyvalente et peut assurer la prise en charge des urgences, de la chirurgie viscérale et orthopédique, de l'obstétrique et de l'imagerie conventionnelle ». « Territoire charnière entre les différents niveaux territoriaux. » Il a été choisi dans le cadre du SROS III comme terrain privilégié pour l'élaboration du projet médical et retenu pour l'analyse des besoins de santé. - le territoire de santé, aussi compris comme territoire de recours est un « lieu de soins spécialisés et correspond au bassin de desserte actuel de l'hôpital pivot de secteur. » - <u>les territoires départementaux</u> : pour les urgences et les urgences pré-hospitalières. « Une bonne articulation est nécessaire sur les territoires de recours situés sur deux départements. » - <u>le territoire régional</u> : « offre des prestations spécialisées, telles la chirurgie cardiaque et, de manière générale, les disciplines fortement reliées à la recherche et à la formation » ainsi que des prises en charge spécifiques. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Mise en avant de 46 territoires d'immédiate proximité. <p>Territoires de santé :</p> <p>Nantes Châteaubriant Challans Saint-Nazaire Angers Saumur Château-Gontier Cholet Mayenne Laval Le Mans Sablé/La Flèche La Roche-sur-Yon Les Sables d'Olonne Fontenay-le-Comte.</p>

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Critères et outils de construction du territoire de santé	Définition des territoires de santé et échelles d'action	Identification des territoires de santé
Poitou-Charente	<p>♦ Pour la construction des territoires, les bases de données utilisées sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le PMSI, les données de l'URCAM, les données de la DRASS et des DDASS, les fichiers de la CRAMCO. - les bassins de vie et bassins intermédiaires de services de l'INSEE. - les découpages administratifs avec les données issues de l'INSEE. - le découpage par courbes isochrones avec logiciel issu de l'INSEE. 	<p>♦ Les résultats s'appuient sur un découpage hiérarchisé en 4 niveaux :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>les territoires de premier recours</u> : découpage en bassins de vie. - <u>les territoires de santé de proximité</u> : territoires d'accès aux soins hospitaliers de proximité disposant au minimum des trois activités suivantes : médecine, imagerie radiologique conventionnelle, laboratoire. - <u>les territoires du plateau technique</u> : établissements avec une activité de 24H/24 des services suivants : chirurgie, obstétrique, pédiatrie, anesthésie réanimation, disciplines interventionnelles, explorations fonctionnelles, imagerie et biologie.... Forte attraction en termes de flux de patients - <u>le territoire régional</u>. <p>♦ La délimitation des territoires de santé desservis par un plateau technique de recours conduit à 5 territoires, arrêtés le 6 septembre 2005 par le directeur de l'agence.</p> <p>5 territoires de santé divisés en 16 territoires de proximité.</p>	<p>♦ Territoires de santé rattachés à un plateau technique :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Niort et Nord-Deux- Sèvres - Poitiers, Châtelleraut, Loudun, Montmorillon - Angoulême, Cognac, Ruffec, Confolens, Barbezieux - la Rochelle, Rochefort - Saintes, Jonzac, Saint Jean d'Angely, Royan. <p>♦ Les territoires de santé de proximité :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Loudun - Thouars/ Bressuire/ Parthenay. - Châtelleraut - Poitiers - Montmorillon - Niort - La Rochelle - Saint-Jean-D'angély - Ruffec - Confolens - Cognac - Rochefort - Royan - Saintes - Angoulême - Barbezieux - Saint- Hilaire - Jonzac.

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

<i>Région</i>	<i>Critères et outils de construction du territoire de santé</i>	<i>Définition des territoires de santé et échelles d'action</i>	<i>Identification des territoires de santé</i>
<p>Provence-Alpes-Côte d'azur</p>	<p>♦ « Selon les activités et équipements, les territoires de santé constituent un espace infra régional, régional, interrégional ou national ».</p> <p>Aucune information sur la méthode utilisée pour le découpage n'a été relevée, on peut penser que le découpage s'est fait à partir de la caractéristique des offres de soins présentes au sein de l'espace.</p>	<p>♦ Découpage en 9 territoires, ils « sont à la fois le niveau de concertation (conférences de territoire), d'organisation collective des soins (projets médicaux de territoire) et de quantification de l'offre ».</p> <p>♦ Le territoire comme notion exclusive.</p> <p>♦ La gradation des soins trouve sa cohérence au niveau du territoire de santé.</p> <p>♦ « Le découpage en territoires de santé permet d'inscrire la réponse dans une dynamique partagée par les acteurs dans un espace homogène dans lequel les établissements peuvent développer une réponse compatible avec les équipements nécessaires et les professionnels qui y exercent. »</p> <p>♦ Les neuf territoires de santé sont subdivisés en 25 territoires de proximité. Ils représentent alors le premier niveau, tandis que les territoires de santé sont le deuxième niveau.</p>	<p>♦ 9 territoires de santé :</p> <p>Alpes du Nord Alpes Maritimes Est Alpes Sud Alpes Maritimes Ouest Var Est Var Ouest Vaucluse, Camargue Bouches du Rhône Nord Bouches du Rhône Sud</p>

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Critères et outils de construction du territoire de santé	Définition des territoires de santé et échelles d'action	Identification des territoires de santé
Rhône-Alpes	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Garde le découpage mis en place lors du SROS 2 en l'adaptant aux nécessités mises en place par le SROS 3. ◆ Distinction d'un zonage ayant pour objectif une organisation des soins. On ne peut pas superposer les différentes cartes sans vérifier la cohérence entre les zonages. ◆ S'appuyer sur le critère des flux de patients. Données 2001 du PMSI, utilisation d'une « méthode québécoise de regroupements de groupes homogènes de malades en trois catégories : soins de base ou de proximité, soins spécialisés et soins très spécialisés. Ainsi, différents territoires emboîtés et correspondants chacun aux différents niveaux de soins ont été identifiés. » ◆ Trois étapes pour déterminer le zonage : <ul style="list-style-type: none"> « - détermination des zones de proximités. - détermination des zones de premiers recours dénommées bassins hospitaliers. - niveau de regroupement supérieur aux bassins hospitaliers. » 	<p>Préambule à la conception des territoires de santé :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ La cohérence passe par la structuration en trois niveaux d'accès aux soins : <ul style="list-style-type: none"> - 1^{er} niveau : le niveau de base : zone de soins de proximité. - 2^{ème} niveau : le niveau de recours : présent dans chaque bassin sanitaire. Présence de plateaux techniques plus spécialisés. - 3^{ème} niveau : les soins très spécialisés : au sein des régions sanitaires. Présence de spécialités complexes. <p>L'offre de soin correspondant au secteur est l'offre sensée être accessible à toute la population.</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Nécessité d'une base fixe pour l'organisation des soins : organisation qui se fait autour des pôles sanitaires, et par la mise en réseaux des structures et professionnels de la santé. <p>◆ Les territoires de santé :</p> <p>«Le zonage géographique permet d'identifier le niveau optimal de réponse aux besoins de santé de la population et d'organisation des soins. »</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Bassins hospitaliers : Annemasse Annecy Chambéry Grenoble Valence Montélimar Bourg en Bresse Lyon Centre et Nord Lyon Est Lyon Sud et Ouest Villefranche Saint Etienne Roanne.

Au travers de tous ces exemples de découpages et de définitions, nous comprenons que le territoire est mis au centre des discussions et devient la base des réflexions en terme de planification de soins. Le territoire de santé est un nouveau découpage qui se superpose aux découpages précédents et administratifs. Ainsi, chaque région se perd dans une multiplication d'échelles de découpages qu'elle se doit de mettre à jour. La multiplication des échelles ou niveaux sanitaires, l'imbrication des échelles administratives, ne permettent pas une lecture claire des SROS, et en complexifient le découpage territorial.

L'arrêté ministériel spécifiait que les territoires de santé devaient être construits indépendamment des contours administratifs. Néanmoins dans certaines régions, ces contours servent de colonne vertébrale aux territoires de santé. Nous pensons ici à la région Champagne-Ardenne. Certains découpages font l'effet d'une volonté politique, il s'agit notamment des territoires de santé en Lorraine, où Nancy et Metz continuent leur jeu de rivalité et le montrent clairement dans la manière dont est divisée la région. D'autres régions, au lieu de trouver un nouveau découpage plus pertinent par rapport aux réalités actuelles, se confortent en gardant les découpages précédents. Certaines régions, au contraire, semblent mettre l'accent sur un ajustement des découpages précédents, pour une spatialisation plus judicieuse.

Nous pouvons expliquer cette diversification des définitions des « territoires de santé » par le fait qu'il n'y a pas de définition très précise du « territoire de santé » au niveau national. En effet, la définition donnée par la circulaire du 5 mars ressemble plus à des directives de construction qu'à une définition unifiée, d'où certains problèmes de reconnaissance. De même, la dénomination peut changer d'une région à une autre. Même si l'arrêté ministériel pose les bases des définitions, très peu de régions semblent s'être appuyées dessus pour définir leur propre SROS. Ainsi il devient difficile de comparer les territoires entre eux sur le plan national. En effet, la définition des échelles peut changer d'une région à une autre.

La gradation, ou hiérarchisation des niveaux de santé, n'est pas toujours très claire, et il devient parfois difficile de comprendre la manière dont les régions veulent graduer leur territoire :

- est ce que chaque territoire reçoit un « grade »? qui permet de comprendre le niveau de soins atteints dans chaque territoire de santé ?

- est-ce que chaque territoire est décomposé en une multitude d'autres, hiérarchisés selon leur niveau de soins ? Le territoire de santé devenant ainsi l'espace de niveau supérieur avant l'interrégionalité et la régionalité ?

Même s'il semblerait que la seconde série de questions que nous venons de mettre en avant soit la clef de compréhension de ces niveaux de soins, nous ne pouvons que déplorer le fait que cela ne soit pas très clairement mis en avant, permettant ainsi la diffusion des SROS 3 à un large public, notamment les usagers, dont la concertation doit être justement prise en compte pour la conception de tels documents.

Concernant la méthode, même si de nombreuses régions ne spécifiaient pas la méthode employée pour expliquer le découpage, on retrouve des méthodes très sérieuses qui font appel à plusieurs organismes : INSEE, ORS... Elles s'appuient quasiment toutes sur les données des PMSI, et les données démographiques de l'INSEE. L'outil de découpage utilisé le plus fréquemment est le suivant :

« L'outil proposé aux directions régionales sollicitées par leur ARH se décline en quatre volets :

- une étude de la desserte du territoire par les équipements ;
- une proposition de découpage en bassins de santé à partir de l'analyse des flux observés ;
- une description des bassins ainsi constitués par l'analyse des données sociodémographiques disponibles ;
- une confrontation du découpage à d'autres zonages (cantons, pays, bassins de vie...). »¹

Malheureusement, l'outil cartographique qui avait été vivement recommandé par le ministère, n'a pas été utilisé au plus fort de son potentiel. En effet, les cartes représentées ne sont pas toujours très claires et même parfois certains résultats auraient été mieux compris s'ils avaient été représentés sous forme de tableaux. Les cartes servent plus de fond d'illustration que d'outil de compréhension ; ce qui est dommageable lorsque nous comprenons la toute nouvelle prise en compte de l'espace dans l'appréhension des besoins de santé.

¹ Baccaïni B. Un outil d'aide au découpage territorial appliqué au secteur de la santé. *Courrier des statistiques* 2005 ; n°116.

Identification des besoins de santé

L'identification des besoins de santé est indispensable comme outil d'aide à la décision, ou planification en matière de santé.

L'Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie développe les besoins de santé comme étant caractérisés « par la nécessité d'une intervention d'un professionnel de santé pour la prise en charge d'une ou plusieurs pathologies ».

Il faut, pour que ces interventions soient optimales, qu'il y ait adéquation en démographie et offre de recours aux soins. C'est dans ce but qu'il devient indispensable de comprendre quels sont les différents points forts et manquements spécifiques entrant dans l'état de santé général des populations.

Pour répondre au mieux aux besoins de santé, l'accent est mis sur la formation de réseaux entre professionnels de la santé, médico-sociaux et sociaux. Les réseaux se constituent de manières différentes selon les régions et les besoins identifiés.

Mais les volontés du SROS 3 insistent sur la nécessité de quantifier ces besoins de santé. En effet les SROS « deviennent (...) l'unique instrument de planification et leur annexe doit préciser les objectifs quantifiés de l'offre de soins définis à partir d'une analyse critique de l'adéquation entre offre de soins et besoins de santé¹ ».

Les besoins réels d'une population en matière de santé sont difficiles à évaluer, plusieurs méthodes ont été proposées, revues, et regroupées en vue de la construction d'un guide pour la conception des différents SROS. Avant de reprendre la méthode d'évaluation des besoins de santé de chaque région, nous allons nous intéresser aux méthodes qui ont servi à déterminer les besoins de santé, puis nous reprendrons chaque région et nous nous attarderons sur les catégories méthodologiques utilisées et les besoins de santé ainsi déterminés.

Dans son rapport C. Estellat³ classe les différentes méthodologies en 5 groupes :

- la « modélisation à l'aide d'indicateurs sociaux et démographiques » : pour cela il faut pouvoir identifier des variables qui sont liées à la consommation de soins, puis effectuer divers traitements statistiques qui permettent alors de mettre en œuvre des associations et une quantification relative des besoins.
- la « consultation d'informateurs clefs » ; à savoir les usagers, administratifs et professionnels. Cette méthode est souvent utilisée de manière informelle et doit compléter d'autres méthodologies. Elle met en place une quantification relative. Elle s'effectue dans une « optique de détermination de priorité de santé et non de répartition géographique de l'offre ».
- les « enquêtes spécifiques » : cette méthode nécessite la mise en route de recueils spécifiques d'indicateurs qui ne peuvent pas être obtenus en routine, ces données sont recueillies de manière rétrospective ou prospective, elle permet alors de comprendre les besoins de santé ressentis par la population. Selon le type d'enquêtes mené et l'analyse qui s'ensuit nous pouvons arriver à une quantification relative ou absolue.
- l'« estimation de la demande à partir de statistiques concernant l'utilisation actuelle des soins » : concerne l'offre de soins nécessaire pour chaque type de pathologie. Cette méthode a pour but de réaliser une estimation des besoins de santé futurs, ou bien une estimation pour une zone géographique donnée. « Ces estimations des besoins de soins à partir des recours actuels sont particulièrement pertinentes dans les domaines où les besoins réels sont proches des besoins exprimés ». Nous obtenons ainsi une quantification absolue, et ceci « à partir des données disponibles en routine. »
- la « réalisation des normes et de guides de bonnes pratiques » : elles sont élaborées « à partir des prévalences et incidences moyennes observées au niveau national et à partir des recommandations officielles de prise en charge ». Elles sont mises en place pour une pathologie donnée et permettent d'obtenir une quantification absolue, ceci au travers d'indices, elles sont difficilement envisageables à échelle fine.
- on peut également combiner différentes approches. Ceci permet de multiplier leurs points positifs.

A présent nous allons tenter de regrouper les régions par type d'approche utilisée pour déterminer les besoins de santé au moment de la conception du SROS.

¹ Estellat C, Lebrun L. *Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé*, sous la direction de l'organisation du système de soins, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la santé et de la protection sociale. Mai 2004.

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

→ Méthode ↓ Région	Modélisation à l'aide d'indicateurs sociaux et démographiques	Consultation d'informateurs clefs	Enquêtes spécifiques	Estimations de la demande à partir des statistiques de l'utilisation actuelle	Réalisation des normes et de guides de bonnes pratiques	Autre méthode Ou détail
Alsace						Quantification de toutes les infrastructures et actes délivrés par pathologie.
Aquitaine	X			X		
Auvergne	X					
Basse Normandie				X		
Bourgogne		Consultation de plusieurs études réalisées au cours des années 2000 par différents organismes (INSERM) ou en vue de la publication de documents (PRAPS)				Identification des besoins de santé, faite de manière bibliographique à partir des nombreux documents déjà produits.
Bretagne				X		

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

→ Méthode ↓ Région	Modélisation à l'aide d'indicateurs sociaux et démographiques	Consultation d'informateurs clefs	Enquêtes spécifiques	Estimations de la demande à partir des statistiques de l'utilisation actuelle	Réalisation des normes et de guides de bonnes pratiques	Autre méthode Ou détail
Centre	X			X	X	Plusieurs méthodes sont utilisées selon les différents volets. Ainsi, une quantification, une modélisation (utilisation, temps...) sont associées.
Champagne-Ardenne	X			X		
Franche Comté				X		Prise en compte de l'implantation des différentes structures.
Haute Normandie	X			X		
Ile de France				X		Quantification par nombre d'implantations sur le territoire, sous forme de volume d'activité.
Languedoc-Roussillon	X			X		
Limousin	X			X		Fondée sur une approche régionale, territoriale, sur un diagnostic partagé et des propositions d'organisation.

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

→ Méthode ↓ Région	Modélisation à l'aide d'indicateurs sociaux et démographiques	Consultation d'informateurs clefs	Enquêtes spécifiques	Estimations de la demande à partir des statistiques de l'utilisation actuelle	Réalisation des normes et de guides de bonnes pratiques	Autre méthode Ou détail
Lorraine	X					
Midi Pyrénées	X			X		Objectifs quantifiés en volume (séjours, journées, venues), en nombre d'implantations par territoire et en disciplines.
Nord – Pas- de-Calais				X		Combinaison de plusieurs méthodes.
Pays de Loire	X					Détermination de fourchettes basse et haute, en tant que réseau et consommation de soins sur la base du PMSI.
Poitou- Charente	X					Mise en rapport avec l'offre hospitalière.
Provence – Alpes - Côte d'azur	X			X		
Rhône-Alpes	X					

Un exemple de méthodologie utilisée en Basse Normandie

Cette méthodologie se construit en plusieurs étapes :

♦ La première est celle du constat et de l'analyse autour des activités médicales de 2004. Elle se fait sur la base du PMSI, le tout appliqué à chaque territoire de santé. Divers calculs sont effectués, notamment le calcul du « taux d'hospitalisation de patients domiciliés sur le territoire concerné »¹ le tout par tranche d'âge et par sexe.

Taux d'hospitalisation = $\frac{\text{Nombre de séjours de patients domiciliés dans le territoire}}{\text{Nombre total de personnes domiciliées dans le territoire}}$

La prise en compte des parts de marché de chaque établissement paraît également nécessaire. L'exemple qui suit est basé sur la part de marché en 2004 pour la médecine et la chirurgie, « selon l'échelle de l'ATIH, recommandée par l'arrêté du 8 juin 2005 ». Sont pris en compte également les taux de proximité observés en 2004. Ces taux sont établis pour chaque établissement et chaque activité dans le but de percevoir la part des activités liées directement à l'hospitalisation pour une population d'un territoire, par rapport aux activités totales.

Taux de proximité d'un établissement E au sein de son propre territoire T =
 $\frac{\text{Nombre de séjours de patients domiciliés dans le territoire T hospitalisés dans l'établissement E}}{\text{Nombre total de séjours de l'établissement E}}$

Pour traiter l'ensemble des données de proximité et d'hospitalisation, il est important de comprendre également le taux d'attraction. « Il s'agit de mesurer le poids des hospitalisations des patients domiciliés hors du territoire, dans l'activité totale d'un établissement. »

Taux d'attraction d'un établissement E du territoire T =
 $\frac{\text{Nombre de séjours de patients domiciliés hors du territoire et hospitalisés dans l'établissement E}}{\text{Nombre total de séjours de l'établissement}}$

=1- taux de proximité

♦ La seconde étape consiste à déterminer « les projections d'activité à l'horizon 2011 ». C'est dans ce but que sont utilisées les projections démographiques de l'INSEE. « L'activité réalisée pour chaque établissement peut se résumer par le modèle mathématique suivant :

$$y = (x * z) + [(1-w) * (x * z)]$$

Où : y = le nombre attendu d'hospitalisations pour l'établissement en Tn.

X = le nombre d'hospitalisations domiciliées dans un territoire en Tn.

Z = la part de marché observée de l'établissement dans son propre territoire en T0.

W = le taux de proximité observé de l'établissement en T0.

1 = l'activité total en T0.

Il s'agit ici de définir les consommations en matière de soins hospitaliers jusqu'à l'horizon 2011. Pour cela la mise en place de modèles est indispensable pour dresser des scénarios qui puissent prendre en compte les évolutions possibles de la consommation des soins, et des scénarios d'évolution démographique.

♦ La troisième étape consiste en la détermination des remises à niveau entre les différents territoires en vue d'une meilleure équité. Ces rééquilibrages sont effectués par rapport aux projections qui ont été calculées lors de l'étape précédente. Une quantification intermédiaire a été fixée pour 2008 avant qu'une autre quantification ne clôture le SROS 3 en 2011.

Une borne basse correspondant à l'activité de 2004 est retenue pour chaque spécialité. Cette borne est celle qui correspondrait au minimum d'activités que l'on pourrait envisager dans le futur. Une borne haute a également été fixée. Il s'agit d'un pourcentage fixé à 25 % (plus 1 % concernant la marge d'incertitude), « ce pourcentage permet de respecter l'intégralité des besoins propres du territoire Centre et le taux de transfert vers les établissements du Centre, justifiés par la gradation des soins et les spécialités de niveau régional ».

Toutes ces études se font à l'aide des données issues de la base du PMSI.

Les besoins de santé n'ont pas été retranscrits ici, car ils sont déterminés en fonction des volets proposés par le ministère.

¹ ARH Basse Normandie. SROS 3. 403 p.

La mise en place de la concertation

La concertation fait partie des objectifs prioritaires du SROS de troisième génération. La mise en place de conférences sanitaires au sein de chaque région permet d'instaurer de véritables lieux de dialogue entre les différents acteurs entrant dans le système de soins. Ainsi, professionnels de la santé, élus locaux et administratifs et usagers du système de soins peuvent se concerter en vue d'une amélioration d'accès aux soins pour une meilleure équité. De plus, le SROS met l'accent sur la coopération entre les différents acteurs entrant en jeu dans le système-santé.

Ces conférences sanitaires concourent à l'élaboration du SROS 3 et au suivi des projets médicaux de territoire. Elles doivent également permettre de percevoir par le dialogue des besoins réels de la population qu'ils soient physiques ou bien mentaux. Ces conférences sanitaires permettent de mettre en place une véritable animation au sein de chaque territoire de santé, et une réelle prise en compte des préoccupations de santé. Un autre point rentre en compte de manière transversale dans ces conférences sanitaires ; il s'agit d'une éducation et d'une prévention indirecte face aux besoins de santé et aux points faibles de la région. Les conférences sanitaires mettent en place les projets médicaux de territoire.

Nous avons exposé en priorité dans les tableaux suivants la mise en place de la concertation. A-t-elle eu lieu au sein des différentes régions, et s'est-elle mise en place de la même façon selon les régions ? Ces tableaux nous permettront de faire le point sur cette concertation et le mode de fonctionnement des différentes régions.

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Y a-t-il eu concertation ?	Quel type de concertation ?	A quel moment ? A quelle fréquence ?
Alsace	Oui.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Conférences sanitaires consultées sur les projets. ◆ Processus de concertation clos par l'avis de la commission exécutive de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. ◆ SROS arrêté par le directeur de l'ARH. ◆ Consultation des comités régionaux d'organisation médico-sociale et du comité d'organisation sanitaire. 	<p>3 et 8 février 2006. Puis consultation finale.</p> <p>Clos le 9 mars 2006.</p> <p>Arrêté le 9 mars 2006.</p>
Aquitaine	Le document de synthèse du SROS 3 n'en fait pas mention.		
Auvergne	Le document de synthèse du SROS 3 n'en fait pas mention.		
Basse Normandie		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Un chef de projet pour chaque thématique du SROS, groupe auquel sont rattachés les acteurs concernés, issus de la « fédération d'établissements, conférence des directeurs et des présidents de commissions médicales d'établissements publics et privés, sociétés savantes, représentants des professionnels de santé libéraux et du secteur médico-social et des représentants d'usagers. » ◆ Place importante pour « l'information et la concertation auprès des élus, Conseil régional, Conseils généraux, association de maires » mais également « auprès des organisations syndicales professionnelles... conseil économique et social régional... toutes les instances, conférences sanitaires, comité régional de l'organisation sanitaire, comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale, de la commission de concertation santé mentale... commission exécutive de l'ARH ». ◆ Suite à la publication du SROS III chaque conférence devra alors élaborer un projet médical de territoire. 	Projet monté sur 2 ans, jusqu'au 31 mars 2007.

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Y a-t-il eu concertation ?	Quel type de concertation ?	A quel moment ? A quelle fréquence ?
Bourgogne		<p>◆ Les chefs de projet sont missionnés parmi les professionnels de la santé, pour animer des comités régionaux, émissions de propositions au sujet de l'organisation des soins sur le territoire.</p> <p>◆ « Assises Régionales du SROS 2006-2011 » : acteurs présents : élus, usagers, représentants des établissements de santé, professionnels de santé libéraux, secteur médico-social, Assurance maladie, services de l'Etat, membres des conférences sanitaires de territoire. Débat autour des enjeux et des objectifs.</p> <p>Les assises régionales sont inscrites dans le cadre des 6 conférences sanitaires, pour la « concertation engagée ».</p> <p>Composition des conférences sanitaires : représentants des établissements de santé, des professionnels de santé libéraux, des centres de santé, des usagers, des maires des communes siège d'un établissement de santé, des présidents de communauté de communes, les maires exerçant la fonction de président de pays, un conseiller général, un conseiller régional.</p>	<p>Début 2004.</p> <p>7 octobre 2005.</p>
Bretagne		<p>◆ « Des espaces permanents de concertation » ou conférences sanitaires, sont construits sur les pays : professionnels libéraux, élus et usagers, temps d'échange organisé avec les 21 pays bretons « avec les représentants de l'ARH, de l'URCAM et de l'Etat sur les priorités de santé publique en Bretagne ».</p> <p>◆ Réponse positive de 8 pays : débat avec professionnels de la santé, élus et divers responsables associatifs et administratifs locaux.</p> <p>◆ Mise en place d'un « Comité Régional des Usagers pérenne composé d'associations intervenant dans le domaine de la santé ».</p>	<p>Selon le décret du 6 mai 2005.</p>
Centre		<p>◆ Création ou réactivation des comités techniques pour traiter chacune des thématiques du SROS III, formés selon une composition type : professionnels de santé concernés, usagers et représentants des membres de l'ARH.</p>	

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Y a-t-il eu concertation ?	Quel type de concertation ?	A quel moment ? A quelle fréquence ?
Champagne-Ardenne		<p>◆ Concertation large au fur et à mesure des différentes étapes : création d'instances spécifiques dont un comité d'experts pour la plupart extérieurs à la région, un comité stratégique (représentant du secteur hospitalier), un comité de concertation, tenu au courant des grandes étapes de réflexion (élus, représentants des professionnels médicaux ou non médicaux hospitaliers ou libéraux, représentants des usagers, des organismes d'assurance maladie... et enfin représentants des usagers dans les conseils d'administration des établissements publics de santé, représentants d'organisations syndicales de la fonction publique hospitalière, réunis pour un débat.</p>	
Franche Comté		<p>◆ Organisation en plusieurs instances :</p> <ul style="list-style-type: none"> - commission exécutive de l'ARH, - comité opérationnel avec des représentants de l'ARH : CRAM, URCAM, DRSM, DDASS, DRASS... - comité de pilotage large, - comité régional d'expert (méthodologie de détermination des territoires), - comités spécifiques (en fonction des différents volets), - comité régional des usagers. 	<p>Mise en place en décembre 2003.</p> <p>Juillet 2004.</p>

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Y a-t-il eu concertation ?	Quel type de concertation ?	A quel moment ? A quelle fréquence ?
Haute Normandie		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Intervention de différentes instances de réflexion et de concertation. ◆ Groupe thématique pour chaque volet : professionnels concernés intervenant auprès de patients, représentants de conférence, fédérations, associations, professionnels de la santé, représentants médicaux, soignants, administratifs d'établissements publics et privés, acteurs médicaux et soignants libéraux et représentants d'usagers. ◆ Avant la constitution de nouvelles conférences sanitaires, réunion des conférences sanitaires de secteurs en vue d'une réflexion groupée. ◆ Comité régional consultatif : lieu d'échanges et de débats, une soixantaine de membres (représentants de collectivités territoriales, socioprofessionnels, usagers, syndicats, établissements de santé publics et privés et assurance maladie). ◆ Comité régional des usagers, conforme à la circulaire du 5 mars 2004, prise en compte de l'ensemble du paysage associatif (lieu d'écoute des points de vue des usagers). 	<p>Réuni à 7 reprises</p> <p>26 membres réunis à trois reprises.</p>
Ile de France		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Concertation menée à toutes les étapes de la conception du SROS 3. ◆ Création d'« un comité régional des usagers », représentation des élus. Association de ces élus au projet SROS 3 selon « des modalités appropriées ». ◆ Constitution de conférences sanitaires territoriales « formées des représentants des établissements de santé, des élus et des usagers des territoires concernés ». 8 conférences sont mises en place « dans le cadre départemental ». 	<p>Réunion bimestrielle.</p> <p>Les conférences sanitaires territoriales sont consultées lors « de l'élaboration et de la révision du schéma et sont chargées de promouvoir la coopération entre établissements. »</p>

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Y a-t-il eu concertation ?	Quel type de concertation ?	A quel moment ? A quelle fréquence ?
Languedoc-Roussillon		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Participation des collaborateurs des composantes de l'ARH, et de nombreux professionnels régionaux. ◆ Conférences sanitaires composées d'élus, d'associations de patients et de professionnels de la santé au sein de chaque territoire de santé. 	
Limousin	Oui.	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Plusieurs instances de concertation : <ul style="list-style-type: none"> - Comité régional des usagers, - Comités régionaux de concertation spécifiques au secteur public et privé, - instances thématiques régionales (suivi du SROS), - groupes territoriaux issus des conférences sanitaires. 	
Lorraine	Oui.	Non renseigné.	Evaluation annuelle dans le cadre de la concertation.
Midi Pyrénées	Le document de synthèse du SROS 3 n'en fait pas mention.		
Nord – Pas-de-Calais		<p>Plusieurs instances sont mises en place, mais toutes n'ont pas voix pour prendre les décisions dans le cadre du SROS 3 :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comité de PIlotage, - Commission mixte, - Comité régional des usagers, CRU-Comité du Réseau des Universités, - équipe projet. <p>Le CRU est consulté pour donner un avis sur le SROS. Par la suite la commission mixte choisit ou non de donner crédit à leurs propositions en modifiant le projet.</p>	

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Y a-t-il eu concertation ?	Quel type de concertation ?	A quel moment ? A quelle fréquence ?
Pays de Loire		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Concertation régionale et territoriale. ◆ Acteurs concernés : <ul style="list-style-type: none"> - représentants du secteur sanitaire : établissements de santé publics et privés, professionnels de santé publics et libéraux, personnels hospitaliers, COTER, comité consultatif régional du SROS et des conférences sanitaires. ◆ Mise en place de pré projets médicaux : <ul style="list-style-type: none"> - représentants du secteur médico-social et social, - représentants des usagers : cadre du Comité régional des usagers, composé d'associations intervenant dans le domaine de la santé, et participation du Comité consultatif régional. - représentants de l'Etat : Comité de l'administration régional. - élus : Conseil Régional et Conseils Généraux. - représentants du monde économique et social : Comité Economique et Social Régional. ◆ La concertation s'est conclue par des conférences sanitaires, comité régional de l'organisation sanitaire, comité régional social et médico-social et commission exécutive de l'ARH. La concertation n'est pas stoppée avec l'adoption du SROS 3. <p>Le projet médical de territoire aide à la mise en place du SROS, ainsi qu'au dialogue entre les différentes filières de soins, et à la mise en place de la « démocratie sanitaire ».</p>	Septembre 2004.
Poitou-Charente	?	<p>Mise en place de plusieurs groupes de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ un comité de pilotage : Commission exécutive, professionnels hospitaliers, représentants de fédérations, l'Union Régionale des Médecins Libéraux, élus et représentants d'organisations syndicales des personnels non médicaux. ◆ puis consultation d'instances réglementaires : conférences sanitaires de territoires, comité régional de l'organisation sanitaire et comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale. 	A partir du premier semestre 2004.

*Document de synthèse sur les méthodes d'évaluation des différents SROS de troisième génération
édités par les régions de France métropolitaine*

Région	Y a-t-il eu concertation ?	Quel type de concertation ?	A quel moment ? A quelle fréquence ?
Provence-Alpes-Côte d'Azur		<ul style="list-style-type: none"> ◆ Groupe de travail mis en place pour traiter de chaque volet thématique auquel sont associés des professionnels de la santé, représentants de fédérations de l'hospitalisation publique et privée, de la médecine libérale et pour certains volets des usagers. ◆ Pré-conférence de territoire, avec l'élaboration d'un pré projet de territoire. ◆ Document soumis à différentes instances (Comité Régional d'Organisation Sanitaire, Comité Régional d'Organisation Sociale et Médico-Sociale, Commission Exécutive de l'ARH). ◆ Rencontres avec les partenaires. ◆ Présentation du volet de santé mentale devant la conférence régional de concertation en santé mentale. 	Fin 2004.
Rhône-Alpes	Le document de synthèse du SROS 3 n'en fait pas mention.		

La concertation avec tout un panel d'acteurs fait partie du contrat « SROS 3 ». Ce point fort du nouveau SROS a été respecté dans la plupart des cas. En effet, des usagers, élus et professionnels médicaux ont été intégrés à la réflexion. Mais cette assimilation s'est faite de manière différente selon les régions. En effet, certaines les ont intégrés véritablement à la réflexion, d'autres semblent seulement leur avoir exposé leur projet. D'un point de vue général, il ne semble pas que cette concertation se soit mise en place facilement.

Les usagers ont été définis par la circulaire du 5 mars comme faisant partie de « l'ensemble du paysage associatif ». A la notion d'« élus », on associe les populations, car leur élection traduit souvent le milieu dans lequel elles évoluent ainsi que les enjeux qui leur paraissent primordiaux.

Les points forts et points faibles dans un système de santé sont plus facilement observables par des personnes qui ont une vision globale et du recul. L'intégration au sein de comités des représentants des populations locales est primordiale. En effet, l'état de santé d'une population ne peut s'améliorer que si un dialogue véritable et une compréhension sont établis entre populations, politiques et soignants.

Néanmoins, nous pouvons émettre la critique selon laquelle le SROS de troisième génération n'a pas été établi clairement dans ses découpages, la mise en place de la gradation des soins et la présentation de certains résultats et volets thématiques. Ainsi il est mis en avant ici que la présentation, ou conception du SROS, parfois un peu ardue, peut être en soi un frein à la communication et à la participation des usagers non professionnels.

En conclusion, nous pouvons souligner l'apport principal du SROS de troisième génération, qui est un découpage spatial plus approprié, dans la plupart des cas, aux réalités que nous pouvons rencontrer sur le terrain. Ce nouveau schéma vise également à réadapter les interventions dans le domaine de la santé aux besoins effectifs de chaque région. Ce SROS 3 permet également de traiter les besoins de santé à une échelle plus fine que celle du territoire régional ou national, et donc d'adapter l'action en matière de santé de manière adéquate.

Néanmoins, étant donné que les concepts n'ont pas été unifiés, que les volets n'ont pas été plus explicités par le ministère, on aboutit à de grandes différences de perception des besoins de santé ; citons pour exemple la région Champagne- Ardenne pour qui la santé des enfants et adolescent se limite surtout aux maltraitances et sévices sexuels, alors que d'autres l'ont traité de façon beaucoup plus large.

Bibliographie

- ARH Alsace. *SROS 2006-2011*. Strasbourg, 2006 ; 500 p.
- ARH Aquitaine. *SROS 2006-2011*. Bordeaux, mars 2006 ; 266 p.
- ARH Auvergne. *SROS Auvergne 2006-2010*. Chamalières, 2006 ; 195 p.
- ARH Basse Normandie. *SROS Basse Normandie 2006-2011*. Caen, 2006 ; 403 p.
- ARH Bourgogne. *SROS Bourgogne*. Dijon, mars 2006 ; 141 p.
- ARH Bourgogne. *SROS Bourgogne 2006-2011, document de synthèse*. Dijon, 2006 ; 77 p.
- ARH Bretagne. *SROS 2006-2020*. Rennes, mars 2006 ; 430 p.
- ARH Bretagne. *Synthèse du SROS*. Rennes, mars 2006 ; 36 p.
- ARH Centre. *SROS de la région Centre 2006-2011*. Créans, 2006 ; 334 p.
- ARH Champagne Ardennes. *SROS*. Châlons en Champagne, 2006 ; 115 p.
- ARH Franche Comté. *SROS Franche Comté 2006-2010*. Besançon, 2006 ; 215 p.
- ARH Haute Normandie. *SROS 2006-2010*. Condé sur Noireau, juillet 2006 ; 287 p.
- ARH Ile de France. *SROS III 2006-2011*. Paris, mars 2006 ; 132 p.
- ARH Ile de France. *Annexes SROS III*. Paris, mars 2006 ; 396 p.
- ARH Languedoc Roussillon. *SROS de troisième génération du Languedoc Roussillon : annexes opposables*. Mars 2006 ; 84 p.
- ARH Languedoc Roussillon. *SROS de troisième génération du Languedoc-Roussillon, orientation générale, recommandations par thématique*. Mars 2006 ; 94 p.
- ARH Limousin. *La santé de demain en Limousin, une vision commune, le SROS 2006-2011*. Limoges, 2006 ; 174 p.
- ARH Lorraine. *SROS III 2006-2011*. Nancy, mars 2006 ; 419 p.
- ARH Midi-Pyrénées. *SROS 2006-2011*. Toulouse, 22 mars 2006 ; 176 p.
- ARH Midi Pyrénées. *Le Schéma d'Organisation Sanitaire quelques rappels, fiches 01 à 07*. Toulouse, 2006 ; 176 p.
- ARH Nord - Pas-de-Calais. *SROS III 2006-2011*. Lille, 31 mars 2006 ; 429 p.
- ARH PACA. *SROS 2006-2011*. Marseille, avril 2006 ; 564 p.
- ARH Pays de Loire. *SROS 2006-2010*. Nantes, 2006 ; 561 p.
- ARH Pays de Loire. *SROS 2006-2011*. Nantes, 2006 ; 553 p.
- ARH Pays de Loire. *Synthèse SROS 2006-2011*. Nantes, 2006 ; 32 p.
- ARH Poitou-Charentes. *SROS de troisième génération et annexes opposables, 2006-2011*. Poitiers, juillet 2006, 165 p et 94 p.
- ARH Rhône-Alpes. *SROS 2006-2010, tome 1 à 5*. Lyon, 2006 ; 735 p.

Estellat C. *Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé*. DHOS-01, mai 2004 ; 25 p.

DHOS-ORS Pays de Loire. *Cahier des charges pour l'évaluation des besoins de santé dans le cadre de l'élaboration des SROS*. Nantes, juin 2004 ; 42 p.

Chaudieu E. « *Les nouveaux territoires de santé* ». Paris : La gazette des communes, des départements, des régions. Santé Social, le mensuel des acteurs sanitaires et sociaux. Paris, n°13, octobre 2005, p 28-37.

Estellat C, Lebrun L. *Revue des méthodes d'évaluation des besoins de santé*, sous les direction de l'organisation du système de soins, direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, ministère de la santé et de la protection sociale. Mai 2004.

Baccaini B. Un outil d'aide au découpage territorial appliqué au secteur de la santé. *Courrier des statistiques* 2005 ; n°116.

Circulaire n°101/DHOS/ O/2004 du 5 mars 2004 relative à l'élaboration des SROS de troisième génération.

Sigles et acronymes

ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARHIF : Agence Régionale de l'Hospitalisation d'Ile de France
ATIF : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
COFIL : COmité de PILotage
COTER : Commission de la politique de COhésion TERritoriale
CRAM : Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRLCC : Centre Régional de Lutte Contre le Cancer
CRU : Comité de Réseau des Universités
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRSM : Direction Régionale du Service Médical
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
PMSI : Programme de Médicalisation du Système d'Information
PRAPS : Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins
SAU : Service d'Accueil des Urgences
SIOS : Schéma Interrégional d'Organisation Sanitaire
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
UPATOU : Unité de Proximité d'Accueil, de Traitement et d'Orientation des Urgences
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie

Mai 2007



Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais

Parc Eurasanté
235 avenue de la Recherche
BP 86 59373 Loos

Tel : +33 (0)3-20-15-49-20

Fax : +33 (0)3-20-15-10-46

E-mail : secretariat@orsnpdc.org

Site Internet : <http://www.orsnpdc.org>