

Organisation future des territoires de santé en Ile-de-France

Proposition soumise à la concertation

Synthèse

ARS Ile-de-France : missions et ambitions

En créant les agences régionales de santé (ARS), le législateur a voulu donner davantage de cohérence et de force à la définition et à la mise en œuvre des politiques régionales de santé afin de mieux répondre aux besoins de la population. C'est pourquoi les ARS disposent de compétences larges, du pilotage de la santé publique à la régulation de l'offre médico-sociale en passant par l'organisation des soins hospitaliers et ambulatoires. L'ARS Ile-de-France entend conduire la politique de santé régionale dans le souci d'une démocratie sanitaire locale revivifiée et selon une triple ambition :

- réduire les inégalités sociales et territoriales de santé ;
- améliorer la qualité du service rendu par le système de santé aux Franciliens ;
- veiller à une meilleure efficience de la dépense.

Ces enjeux stratégiques structureront le Projet régional de santé (PRS) dont les territoires auront à garantir la mise en œuvre au niveau local.,

Notion de « territoire » : définition

La création des ARS s'est accompagnée d'une redéfinition de la notion de territoire de santé dans la loi *Hôpital Patient Santé et Territoire* du 21 juillet 2009. Héritiers des secteurs sanitaires, les territoires qui ont été jusqu'ici définis par les schémas régionaux d'organisation des soins concernaient avant tout l'organisation de l'offre hospitalière. Plus récemment, la même notion a également été mobilisée pour définir des territoires de permanence des soins. **Aujourd'hui, la réforme confère aux territoires de santé une ambition élargie** : l'enjeu est de constituer des territoires qui permettent que la transversalité des missions de l'ARS s'incarne en décloisonnant les différentes offres de santé. Les territoires définis par les ARS devront répondre aux besoins des citoyens non seulement pour les soins hospitaliers mais aussi pour l'offre médico-sociale, l'offre ambulatoire, les soins de premiers recours et pour l'organisation de la prévention et de la veille sanitaire.

La loi définit donc le territoire comme **l'élément essentiel de l'organisation de l'offre de santé dans sa globalité** : ils devront être « 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 » (CSP, art. L 1434-16). Territoires légaux de référence, ils représentent le niveau d'opposabilité des schémas régionaux d'organisation sanitaire (volet hospitalier).

Mais la loi HPST définit également le territoire comme **un échelon pertinent pour l'exercice de la démocratie sanitaire**. La mise en place, dans chacun des territoires que l'ARS aura définis, d'une « conférence de territoire » (voir CSP art. D.1434-1 sq) atteste de la volonté que, conformément à la mission que la loi assigne à ces conférences, les actions conduites par l'ARS soient ancrées au niveau territorial. Le décret 2010-347 du 31 mars 2010 précise la composition et le mode de fonctionnement des conférences de territoire.

Territoire de santé : les critères de succès

La commission régionale de santé d'Ile-de-France a émis un avis fin 2009 sur les critères qui conditionnent la « réussite » d'un territoire de santé à savoir :

- porter des principes et des valeurs ;
- être connu de tous ;
- s'inscrire dans un environnement de responsabilités claires et partagées ;
- être observé de manière indépendante ;
- se placer dans la proximité ;
- être orienté vers une population informée.

Le présent document élabore et soumet à la consultation des propositions de scénarios pour l'élaboration de territoires de santé franciliens dans le respect de ces critères et des objectifs de la loi HPST.

CSP, article L1434-16

L'ARS 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. Les territoires de santé peuvent être infrarégionaux, régionaux ou interrégionaux.

CSP, article L1434-17

Dans chacun des territoires, le directeur général de l'ARS constitue une conférence de territoire, composée de représentants des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire concerné, dont les usagers du système de santé. 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.

Démographie de la région francilienne

L'Ile-de-France se caractérise par **une occupation de l'espace en cercles concentriques avec une densité de population décroissante du centre vers la périphérie** et une urbanisation continue en zone centrale, petite couronne et première couronne de la grande couronne, et une discontinuité urbaine ensuite. Si la population francilienne s'accroît de façon continue, on a connu ces dernières années un véritable retournement de tendance : alors que, sur la période 1975–1990, la moitié de la croissance francilienne était accueillie dans les 5 villes nouvelles de la région (Cergy-Pontoise, Evry ; Marne-la-Vallée, Saint-Quentin-en-Yvelines, Sénart), sur la dernière période, la moitié de la croissance est maintenant accueillie à moins de 20 kms de Notre-Dame (Paris 19^{ème}, Courbevoie, Levallois-Perret, Issy-les-Moulineaux, Paris 12^{ème}, Rueil-Malmaison, etc.).

Une région de plus en plus inégalitaire

L'Ile-de-France est la plus riche mais aussi la plus inégalitaire des régions françaises. Les 10 % de foyers fiscaux les plus riches y ont un revenu mensuel minimum supérieur de près de 3 300 euros à celui du revenu maximum des 10 % les plus pauvres.

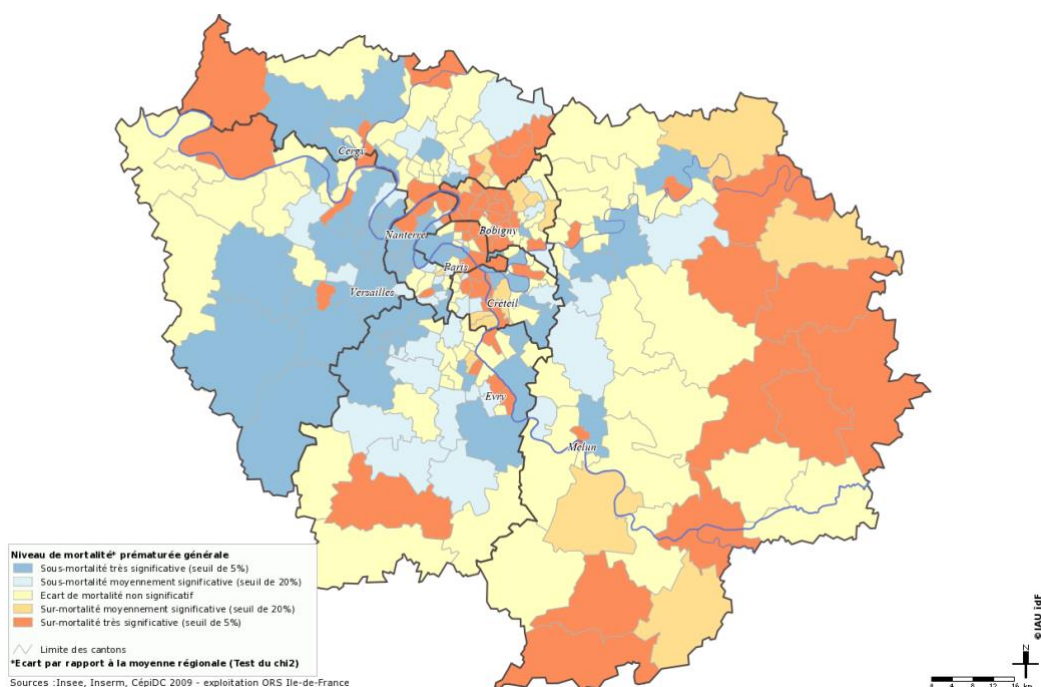
Ces inégalités tendent à s'accroître et marquent ainsi une différenciation croissante entre l'Est et l'Ouest de la région : selon l'Institut d'aménagement et d'urbanisme d'Ile-de-France, « les indicateurs économiques, sociaux et sanitaires franciliens sont très contrastés et révèlent une situation plus favorable dans le sud-ouest de la région que dans le nord-est. Des disparités s'observent au niveau départemental mais également à un niveau géographique plus fin ».

Santé : des indicateurs de santé globalement bons mais avec de très fortes inégalités

L'Ile-de-France fait partie des régions françaises où l'on vit le plus longtemps. En 2006, l'espérance de vie des hommes est la plus élevée de toutes les régions de France. L'Ile-de-France est aussi dans une situation légèrement plus favorable que la France métropolitaine en ce qui concerne la mortalité prématurée. Cette situation favorable connaît cependant de très fortes disparités à l'échelle infra-régionale : ainsi, **les hommes vivent en moyenne deux années et demi de plus dans les Hauts-de-Seine qu'en Seine-Saint-Denis.** De même pour la mortalité prématurée, les écarts dans les taux standardisés de mortalité prématurée sont importants entre les Yvelines et la Seine-Saint-Denis, notamment pour les femmes, pour lesquelles le taux de Seine-Saint-Denis se situe même au-dessus de la moyenne nationale.

L'Ile-de-France se distingue aussi de la moyenne française en ce qui concerne la mortalité infantile, avec un taux de décès avant l'âge de un an qui dépasse le taux national en Essonne, dans le Val d'Oise, et surtout en Seine-Saint-Denis.

Or les observations tendent à montrer qu'il **existe une assez forte superposition entre états de santé et niveaux de revenus.** Les cartes de la mortalité prématurée et de l'écart au revenu médian se font ainsi nettement écho (voir p. 34 du document principal). La conclusion de l'ORS est donc que « certains secteurs de l'Ile-de-France, notamment une grande partie de la Seine-Saint-Denis, cumulent des difficultés économiques et de mauvais indicateurs sanitaires. Ainsi l'Ile-de-France, malgré des indicateurs globalement favorables, est probablement la région française où les disparités économiques et de santé sont les plus importantes ».



Territoires de santé en Ile-de-France : de nouvelles ambitions

Organisation de la région : découpages institutionnels, zonages fonctionnels

Outre le fait que la notion de territoire excède la dimension strictement sanitaire, il faut souligner qu'il ne peut y avoir qu'une multiplicité de découpages territoriaux selon la diversité des acteurs qui s'y rapportent. Territoires d'observation, de projet ou de concertation, découpages administratifs, électoraux ou fonctionnels, zonages institutionnels, etc. : la notion de territoire recouvre des réalités diverses, selon la nature des solidarités que le découpage cherche à identifier ou à valoriser, mais aussi selon la finalité que poursuit l'auteur du découpage.

De fait, bien qu'une part essentielle de la vie quotidienne des Franciliens s'inscrive dans leur espace communal de résidence, **les espaces des mobilités extracommunales des Franciliens semblent de plus en plus diversifiés** du fait de la multiplicité de l'offre d'équipements et d'un réseau de transports performant. C'est ce qu'illustrent le développement actuel de l'intercommunalité, la diffusion croissante dans de nombreux secteurs d'activité de la notion de « bassin » (de vie, d'emploi, de formation...), ou encore, au niveau le plus macro, les évolutions d'organisation régionale qui se font jour à l'heure actuelle à travers le schéma de développement de la région, les projets du Grand Paris, ou encore les rapprochements progressifs des universités et grandes écoles ; ces évolutions soulignent la structuration progressive de la région autour de pôles d'attractivité et de flux de déplacement particulièrement denses.

Découpages socio-sanitaires existants

La construction des découpages socio-sanitaires qui sont utilisés aujourd'hui par les acteurs fait appel à des logiques différentes : on trouve à la fois des maillages obtenus par analyse de flux de consommation ou de déplacements (c'est notamment le cas des territoires de santé définis par les SROS), des maillages structurés autour d'une organisation de professionnels (les filières de soins gériatriques hospitalières par exemple), et des constructions purement administratives (par exemple les secteurs de permanence des soins ambulatoires ou les secteurs gérontologiques).

Les futurs territoires de l'ARS : quels objectifs ?

Les territoires de santé ont désormais une définition plus globale que les territoires sanitaires antérieurement définis et leurs finalités sont renforcées. Rassemblant l'ensemble des secteurs de l'offre de santé, ils devront permettre de respecter les logiques différentielles des acteurs. Il est également souhaitable que le territoire de santé corresponde à un niveau de concertation ou de décision politique générale afin que les questions de santé ne soient pas traitées isolément mais intégrées dans les politiques locales de transports, de logement, ou de cohésion sociale par exemple. Les objectifs que doit poursuivre le découpage territorial peuvent ainsi être regroupés comme suit :

- valoriser une approche territoriale **souple et modulable** selon les sujets et les partenaires ;
- sélectionner des territoires unifiés en fonction de caractéristiques spécifiques ou de problématiques d'action particulières, permettant notamment de **répondre aux priorités stratégiques de l'ARS Ile-de-France**, en particulier pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et pour réorganiser le premier niveau de recours aux soins et la permanence des soins ;
- faciliter la **cohérence entre les différentes politiques publiques** ;
- **animer la démocratie sanitaire**, dans le cadre institutionnel des conférences de territoire et au-delà.

Au-delà des territoires...

La définition d'un découpage territorial ne saurait masquer le fait que les différents modes d'action et les différents acteurs imposent des logiques d'échelle qui ne peuvent systématiquement être regroupées à un échelon prédéfini. L'ARS procède donc à la définition de ses territoires de santé tout en rappelant que **d'autres niveaux d'action seront pertinents** pour son action :

- **le maillage de proximité**, pour les initiatives locales et les partenariats de proximité avec les professionnels de santé, les élus ou les associations, notamment dans le cadre de la régulation de l'offre de premier recours (dont la permanence de soins), avec un rôle primordial des délégations territoriales de l'ARS ;
- **le territoire d'intervention**, qui correspond à un lieu de vie collectif plus structuré, conforme à des réalités économiques et sociales à partir duquel puissent être élaborés des projets locaux de santé ;
- enfin, **la région** elle-même demeure le niveau de décision et de pilotage de la politique de santé impulsant et fédérant les dynamiques territoriales, mais aussi le niveau des instances délibératives interlocutrices de l'ARS (CRSA, URPS).

Territoires de santé en Ile-de-France : les propositions de l'ARS

Les futurs territoires de l'ARS : quelle méthode de définition ?

Chaque acteur du système de santé, chaque institution a son échelle territoriale, sa propre représentation spatiale de son action. C'est pourquoi l'ARS Ile-de-France entend procéder à une élaboration concertée (interne et externe) des options du maillage territorial : cette concertation a pris la forme de l'association d'un comité de pilotage interne pour l'un, externe pour l'autre (réunissant les offreurs de soins), appelés l'un et l'autre à se prononcer sur des options différenciées sous forme de scénarios. D'autres concertations (élus, associations d'usagers) ont complété ces échanges, de telle sorte que le résultat définitif soit un choix réellement concerté.

La première proposition de scénarios (A et B) repose sur la logique de l'offre de santé. La seconde proposition (scénarios C et D) repose sur une approche urbanistique.

Scénario A : 18 territoires à partir du SROS

Selon ce premier scénario, les futurs territoires de l'ARS reprendraient ceux du SROS, excepté quatre territoires interdépartementaux. Ce scénario présente l'avantage de correspondre à un maillage existant et maîtrisé par certains acteurs du secteur sanitaire. Ce découpage, qui repose sur l'étude des déplacements de la population vers des structures de soins, traduit bien les « territoires de vie » des habitants, en mettant en avant les notions d'accessibilité des offres, de distances d'accès et de flux principaux de consommation. En revanche, ce découpage trop centré sur les soins hospitaliers ne répond pas à l'ambition de l'ARS de créer une vision transversale de la santé sur l'ensemble de son champ de compétences, et paraît notamment inadapté à la régulation du secteur médico-social.

Scénario B : 8 territoires pour 8 départements

Selon ce deuxième scénario, les futurs territoires de l'ARS reprendraient tout simplement les 8 départements franciliens. Ce découpage présente l'avantage d'être, à l'évidence, maîtrisé par l'ensemble des acteurs. Pour l'action même de l'ARS, il a l'intérêt de correspondre d'ores et déjà au découpage des 8 délégations territoriales franciliennes. C'est également le découpage pertinent aujourd'hui pour le secteur médico-social. Pour autant, territoire de gestion administrative et politique, le département n'est pas nécessairement pertinent pour les problématiques de santé en Ile-de-France, notamment en raison de la diversité des enjeux et des populations de la zone centrale de la région.

Scénario C et D : différencier la grande couronne de Paris et sa petite couronne

L'approche urbanistique des territoires de santé entend répondre à l'organisation caractéristique de l'Ile-de-France en cercles concentriques avec une zone centrale marquée par une très forte densité de population, d'urbanisation, de transports, mais aussi d'offres de santé. Selon cette approche, les caractéristiques des départements de la grande couronne sont cohérentes et ces 4 départements peuvent donc être définis comme autant de territoires de santé. Pour la zone centrale en revanche, deux approches sont possibles : traiter Paris et sa petite couronne comme un territoire en tant que tel (D), ou bien soumettre cette zone à différentes méthodes de découpage (C).

Scénario C : 8 territoires

Dans ce scénario, la zone parisienne et petite couronne serait divisée en 4 territoires, regroupés en fonction de différentes problématiques possibles :

- scénario C1 : 4 territoires centraux définis selon l'état de santé
- scénario C2 : 4 territoires centraux définis selon le regroupement de territoires d'offres
- scénario C3 : 4 territoires centraux définis selon la réconciliation état de santé/offre

Ce scénario a l'intérêt de rendre particulièrement visibles les enjeux stratégiques de l'Agence en termes de réduction des inégalités sociales de santé et d'amélioration de la qualité du service rendu au citoyen par le système de santé, en explicitant notamment l'opposition très forte qui existe au plan socio-sanitaire entre une zone Nord-Est défavorisée et une zone Sud-Ouest plutôt favorisée.

Scénario D : 5 territoires

Dans ce quatrième scénario, Paris et sa petite couronne formeraient un territoire central unique. Ce territoire central est dès lors par nature plus ouvert, plus solidaire que le découpage proposé dans le scénario C. Par ailleurs, ce scénario est davantage en phase avec l'organisation de la veille et de la sécurité sanitaire en Ile-de-France, avec l'organisation des interventions de la Préfecture de police dans les plans d'urgence, ou encore avec les structurations mobilisées en termes de logements par la DRIHL récemment créée. Enfin, en matière de besoins médico-sociaux, l'ensemble de ce territoire central fait face aux mêmes enjeux et cette cohérence peut constituer le point fort d'une politique médico-sociale partagée. Ce scénario présente donc un potentiel plus fort pour la construction d'une politique de santé adaptée aux enjeux et caractéristiques de l'Ile-de-France.