

**Direction Générale adjointe**

**Affaire suivie :**

**Gilles ECHARDOUR**

**Julien GALLI**

Chargé de mission

Téléphone : 01.40.05.22.32

Télécopie : 01.40.05.22.23

✉ [gilles.echardour@ars.sante.fr](mailto:gilles.echardour@ars.sante.fr)

✉ [julien.galli@ars.sante.fr](mailto:julien.galli@ars.sante.fr)

Paris, le 25 juin 2010

## **Organisation future des territoires en Ile-de-France**

***Proposition soumise à la concertation***



L'inclusion du terme de territoires dans la loi du 21 juillet dernier traduit pour les politiques de santé le besoin de s'inscrire dans un espace humain et géographique déterminé. L'attente est désormais forte à cet égard. Pour l'ARS d'Ile-de-France proposer des objectifs cohérents (réduction des inégalités, développement de la qualité des soins et augmentation de l'efficacité du système de santé) avec sa propre démarche territoriale est une exigence de crédibilité. Les éléments de contexte à prendre en compte sont multiples.

La loi *Hôpital Patient Santé et Territoire* (HPST) place le territoire comme un élément essentiel de l'organisation de l'offre de soins. Il s'agit en effet :

- d'« indiquer par territoire de santé les besoins en implantations pour l'exercice des soins, notamment celles des professionnels de santé libéraux, des pôles de santé, des centres de santé, des maisons de santé, des laboratoires de biologie et des réseaux de santé »,
- de « déterminer, selon les dispositions prévues par arrêté ministériel, les zones de mise en œuvre des mesures destinées à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé »,
- de « fixer, par territoire de santé, les objectifs de l'offre de soins par activités et équipements matériels lourds, les créations et suppressions d'activités, les transformations, regroupements et coopérations entre les établissements de santé, les missions de service public des établissements de santé et autres structures » (L1434-9).

Pour ce faire, l'ARS détermine « des 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 ».

Avant la présentation devant la CRSA en septembre il est apparu opportun de recueillir les points de vue des différents partenaires et donc de formaliser des propositions. Celles-ci sont l'objet du présent document organisé en quatre parties :

- 1- Les grandes tendances de l'organisation de la région francilienne
- 2- L'analyse critique des différents territoires socio-sanitaires actuels
- 3- Les différents types de territoire du champ de compétence de l'ARS
- 4- Les scénarios d'organisation

## SOMMAIRE

### 1- Les grandes tendances de l'organisation de la région francilienne

- 1.1 - Une organisation administrative où les regroupements de communes se développent
- 1.2 - Une multiplicité de territoires de vie
- 1.3 - De grands schémas d'organisation en cours
  - Un projet de Grand Paris en concertation
  - Un schéma directeur en cours d'approbation par l'Etat
- 1.4 - Des universités et grandes écoles en quête d'alliance
- 1.5 - Une organisation démographique centre/périphérie
- 1.6 - Une inégalité de la richesse
  - Une tendance à l'accroissement des inégalités différencie l'est et l'ouest avec pour chacun de ces sous ensembles des zones de contraste
  - Une répartition géographique de la population en huit sous-ensembles assez nettement différenciés
- 1.7 - Des indicateurs de santé globalement meilleurs que le niveau national mais avec de très fortes inégalités territoriales
- 1.8 - Une assez forte superposition entre états de santé et niveaux de revenus
- 1.9 - des bassins de vie avec un comportement de consommation et d'offre différents

### 2- L'analyse critique des différents territoires socio-sanitaires actuels

### 3- Les différents types de territoire du champ de compétence de l'ARS

- 3.1 - Des territoires qui accompagnent le décloisonnement
- 3.2 - Quelle graduation territoriale pour l'Ile-de-France ?
- 3.3 - Les départements : un échelon pertinent ?
- 3.4 - L'action de l'ARS d'Ile-de-France et les échelles territoriales



## **4- Les scénarios d'organisation proposés**

4.1 - Rappel du contexte réglementaire

4.2 - Les principes proposés

4.3 - Les scénarios envisagés pour la mise en place des conférences de territoires

4.4 - Compatibilité des scénarios proposés avec les territoires structurés actuels

4.5 - Compatibilité des scénarios avec les critères de la commission régionale de santé

## **5- Annexe**

## 1- Les grandes tendances de l'organisation de la région francilienne

### 1.1 - Une organisation administrative où les regroupements de communes se développent

Départements, arrondissements, cantons, intercommunalités et communes

département	Arrondissement	Cantons	Intercommunalités**	Communes
75	16*			1
77	5	43	42	514
78	4	39	16	262
91	3	42	20	196
92	3	45	5	36
93	3	40	5	40
94	3	49	6	47
95	3	39	18	185
Ile-de-France	24	297	112	1281

\* La notion d'arrondissement diffère à Paris

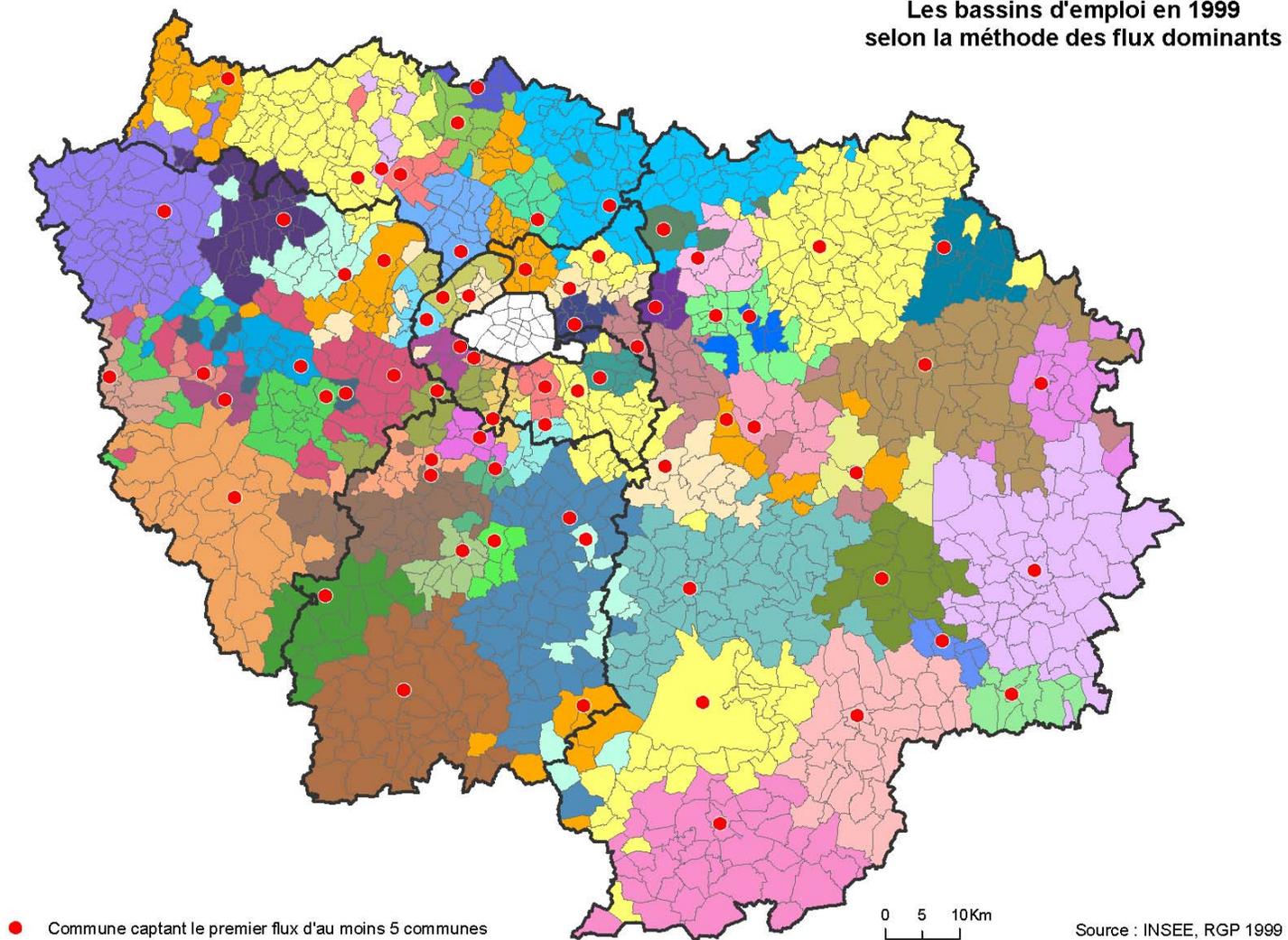
\*\* Par intercommunalité sont compris ici les communautés d'agglomération, les communautés de communes et les syndicats d'agglomération nouvelle



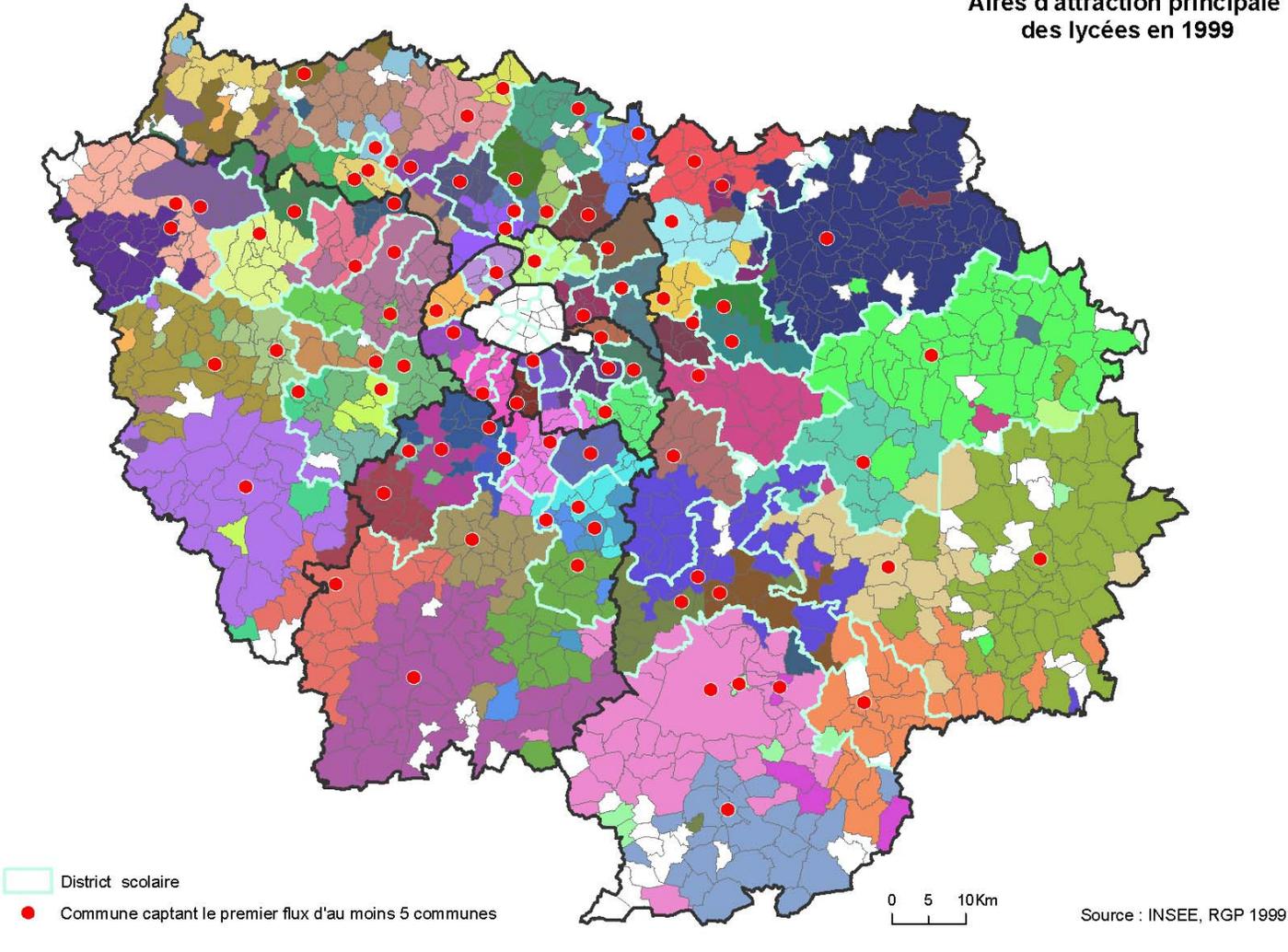
## 1.2 - Une multiplicité de territoires de vie

L'observation des différents découpages institutionnels (administratifs ou de planification) et des zonages fonctionnels liés aux données sur les déplacements (navettes domicile-travail ou domicile-étude, les attractions des équipements et services de grande couronne) ne permet pas de dégager facilement une géographie des bassins de vie franciliens. Un bassin de vie peut prendre de multiples formes selon le(s) critère(s) choisi(s) pour mettre en évidence les solidarités entre les communes. Il est fort rare qu'un périmètre mis en évidence dans le cadre d'un thème particulier coïncide avec un autre.

Les bassins d'emploi en 1999  
selon la méthode des flux dominants

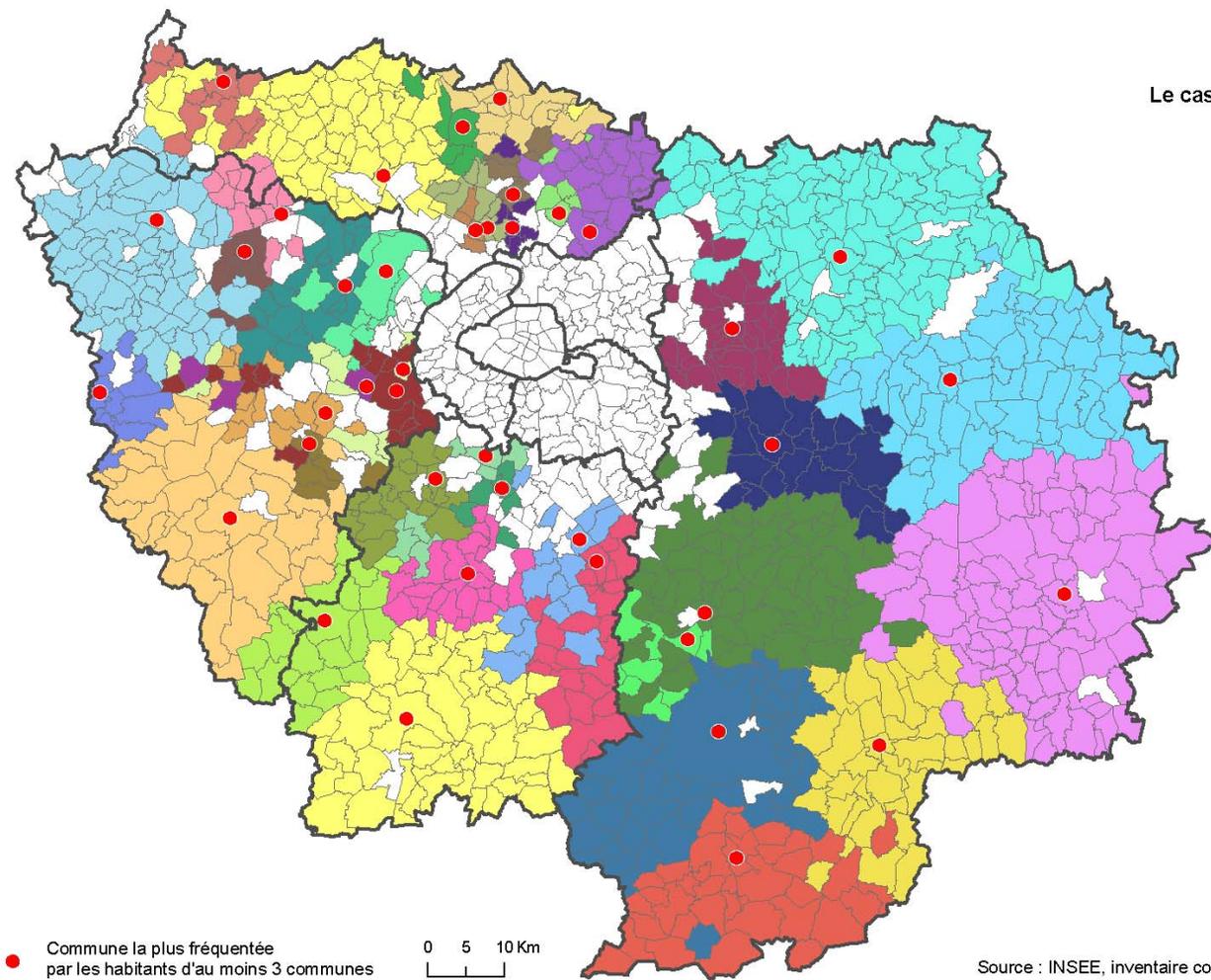


Aires d'attraction principale  
des lycées en 1999





## Le cas de l'Hôpital



### 1.3 - De grands schémas d'organisation en cours

- **Un projet de Grand Paris en concertation**

L'objectif de ce vaste projet de développement est la création de 800 000 à un million d'emplois sur les quinze prochaines années, via un modèle axé sur :

- l'innovation ;
- la croissance démographique et notamment celle de la population active.

Cette nouvelle politique de développement doit articuler étroitement l'ensemble des dimensions de la politique urbaine - habitat, mobilité, écologie, culture, économie... - pour renforcer leur caractère durable, leur attractivité, et pour améliorer significativement la qualité de la vie urbaine. Elle doit notamment prendre en compte la problématique du logement avec la création annuelle de 70 000 à 75 000 logements.

Pour accompagner le développement du Grand Paris, un vaste plan en faveur des transports a été dévoilé. Doté d'environ 35 milliards d'euros sur une décennie, il prévoit :

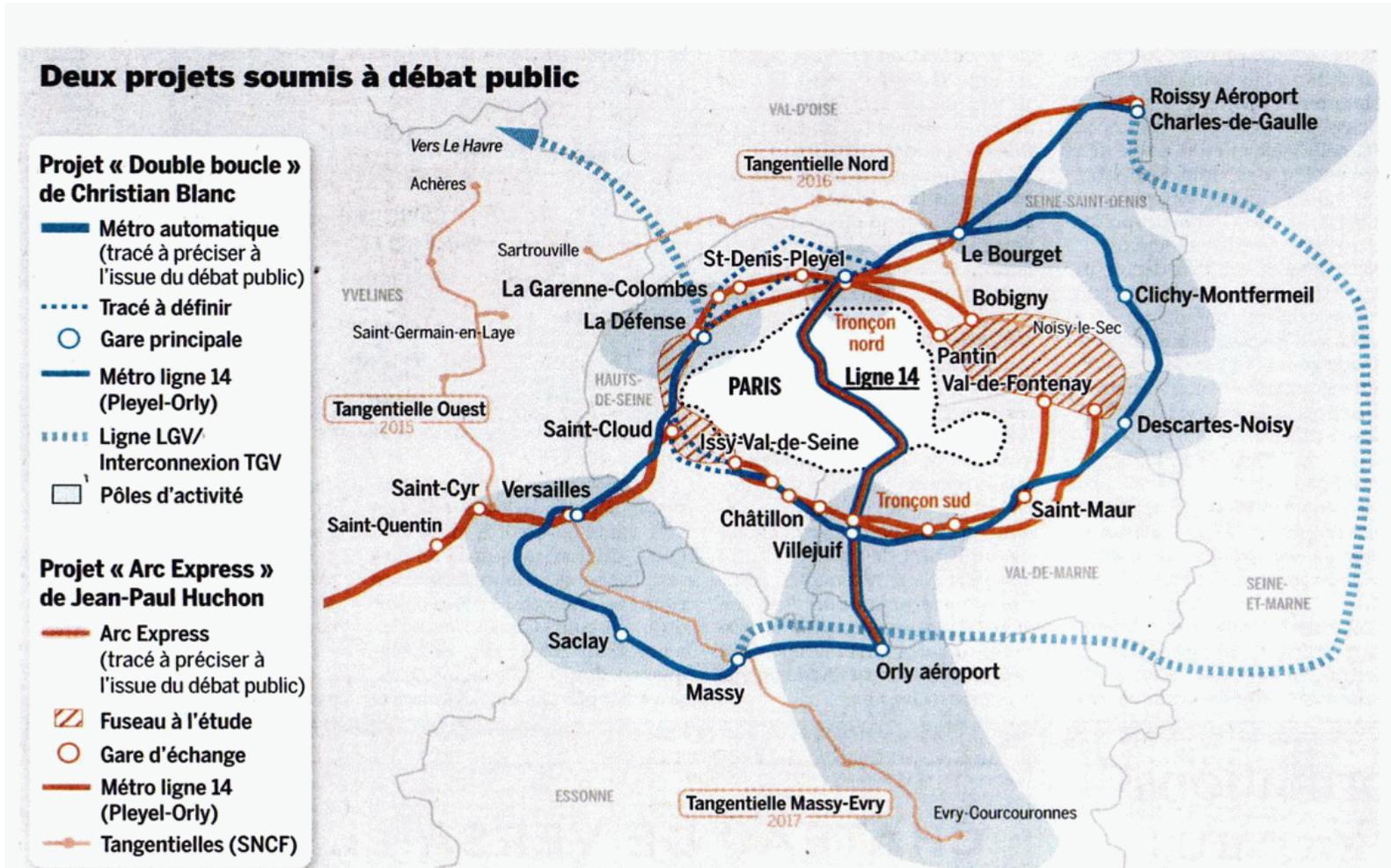
- un nouveau réseau de 130 kilomètres de lignes de métro automatique reliant les principaux points de la région,
- la mise en place d'un plan RER pour "plus de capacité, plus de rapidité et plus de régularité" sur les lignes existantes.

La Région a également présenté un plan de développement des transports.

Le développement de la région doit s'appuyer sur l'essor de pôles économiques spécialisés, tels que :

- le plateau de Saclay pour les sciences et les technologies ;
- le Bourget pour l'aviation et le tourisme d'affaires ;
- la Plaine Saint-Denis dans les industries de la création et des arts numériques.

L'Etat, la région et les autres collectivités sont actuellement en discussion sur les diverses propositions.

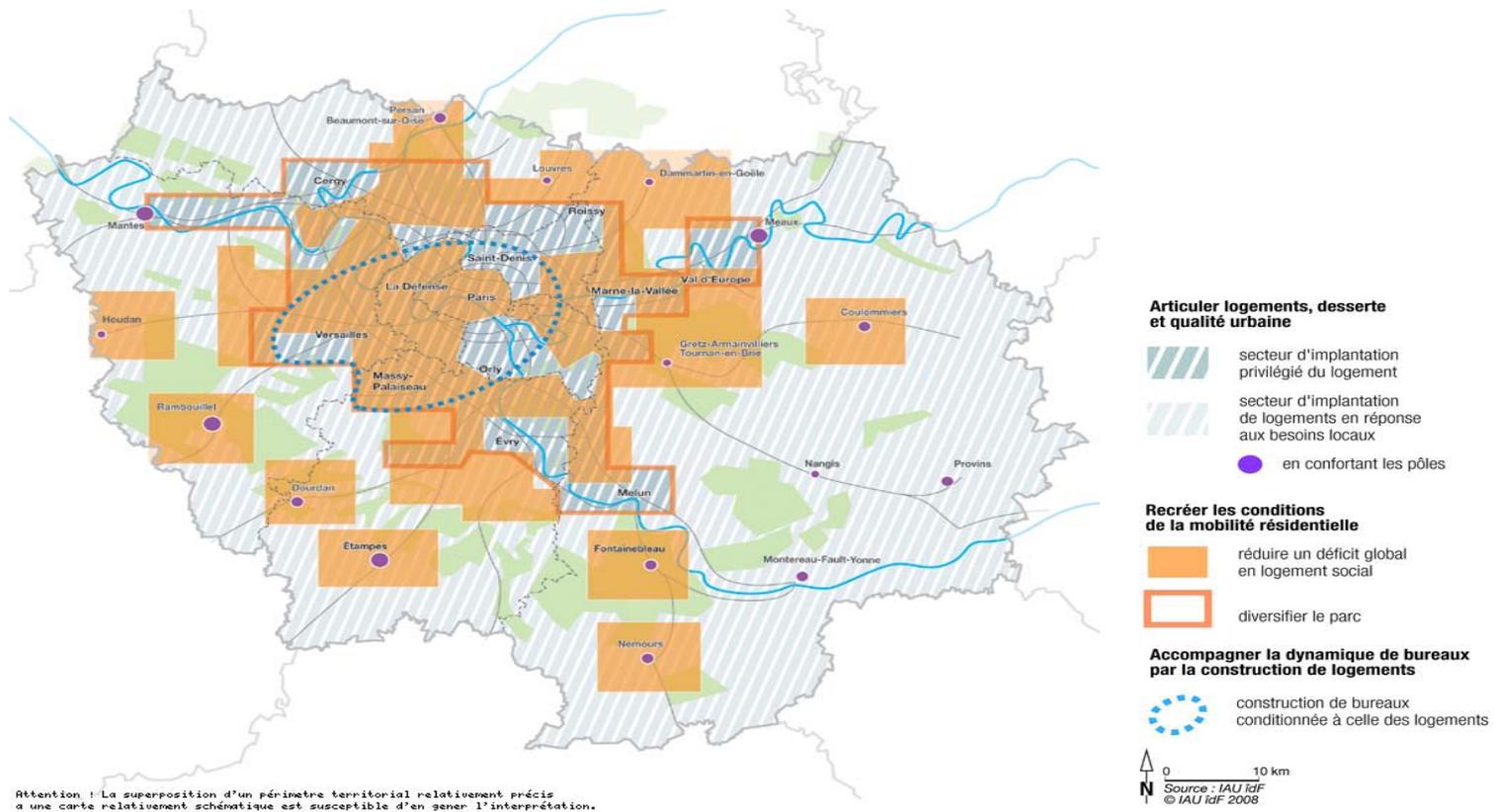


4

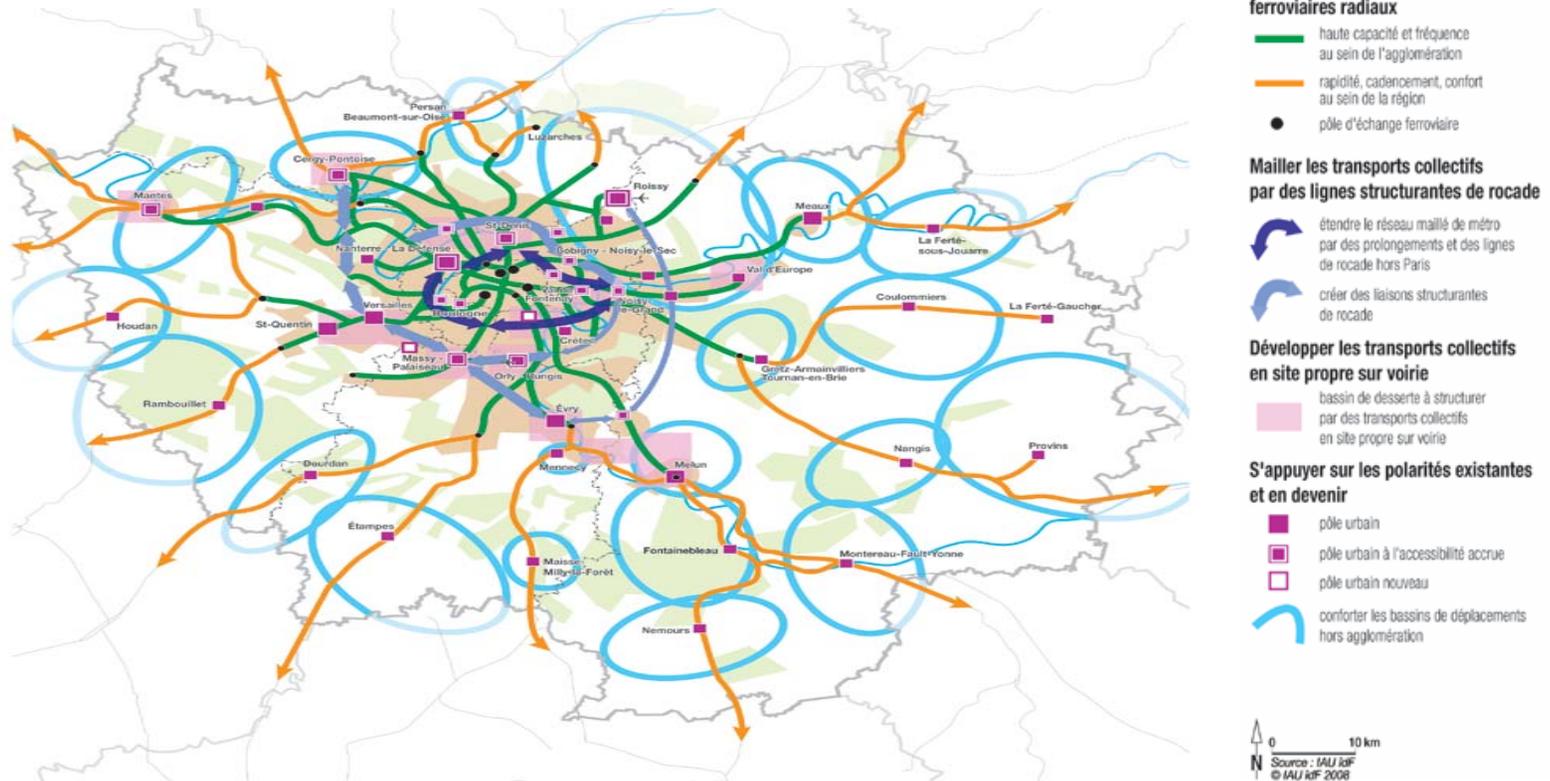
- **Un schéma directeur en cours d'approbation par l'Etat**

De ce document aux multiples facettes deux dimensions particulières peuvent être soulignées :

Le défi de favoriser l'égalité sociale et territoriale (extrait du SDRIF)



## L'évolution attendue du réseau de transport légende page (extrait du SDRIF)



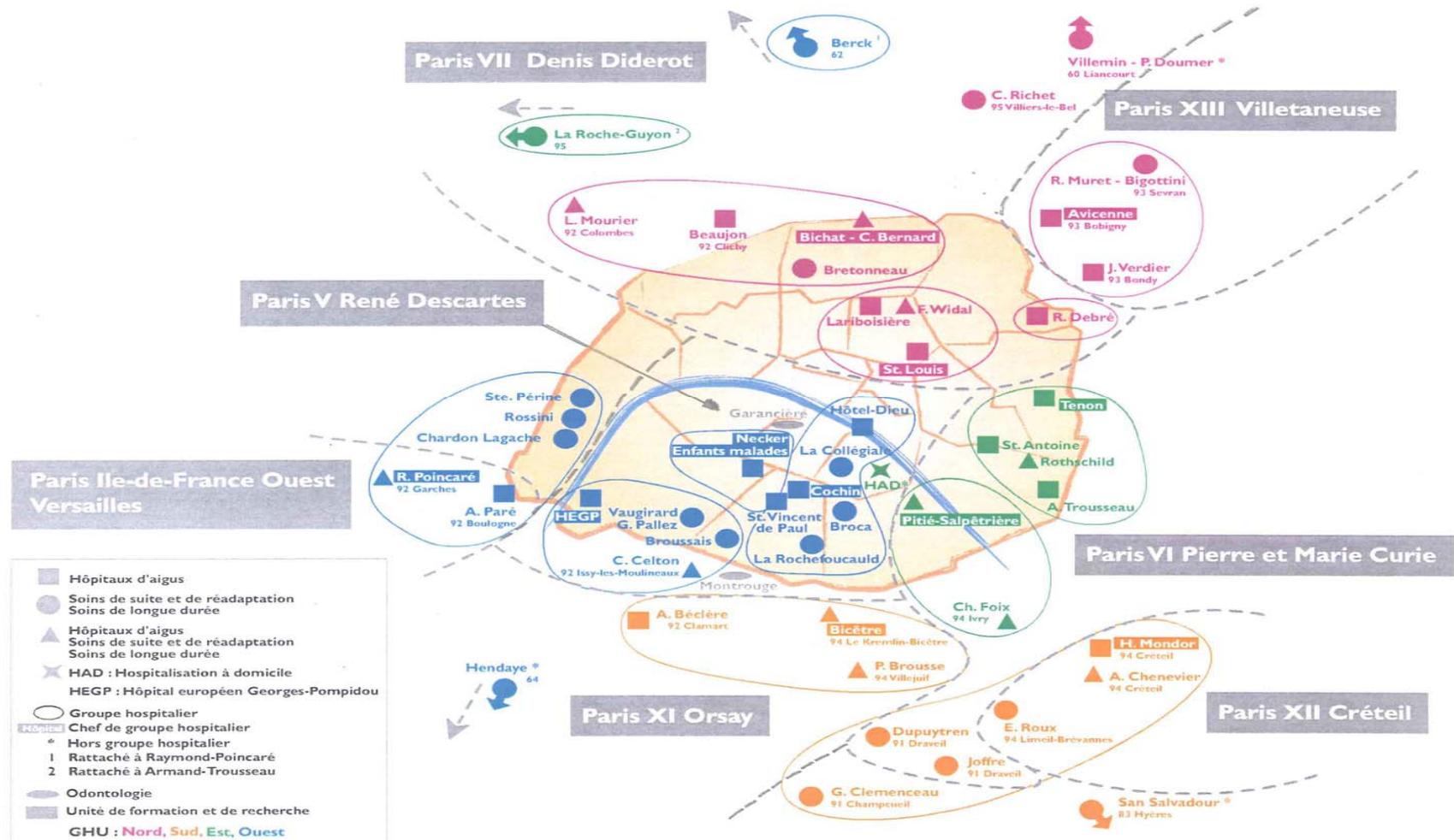


#### 1.4 - Des universités et grandes écoles en quête d'alliance

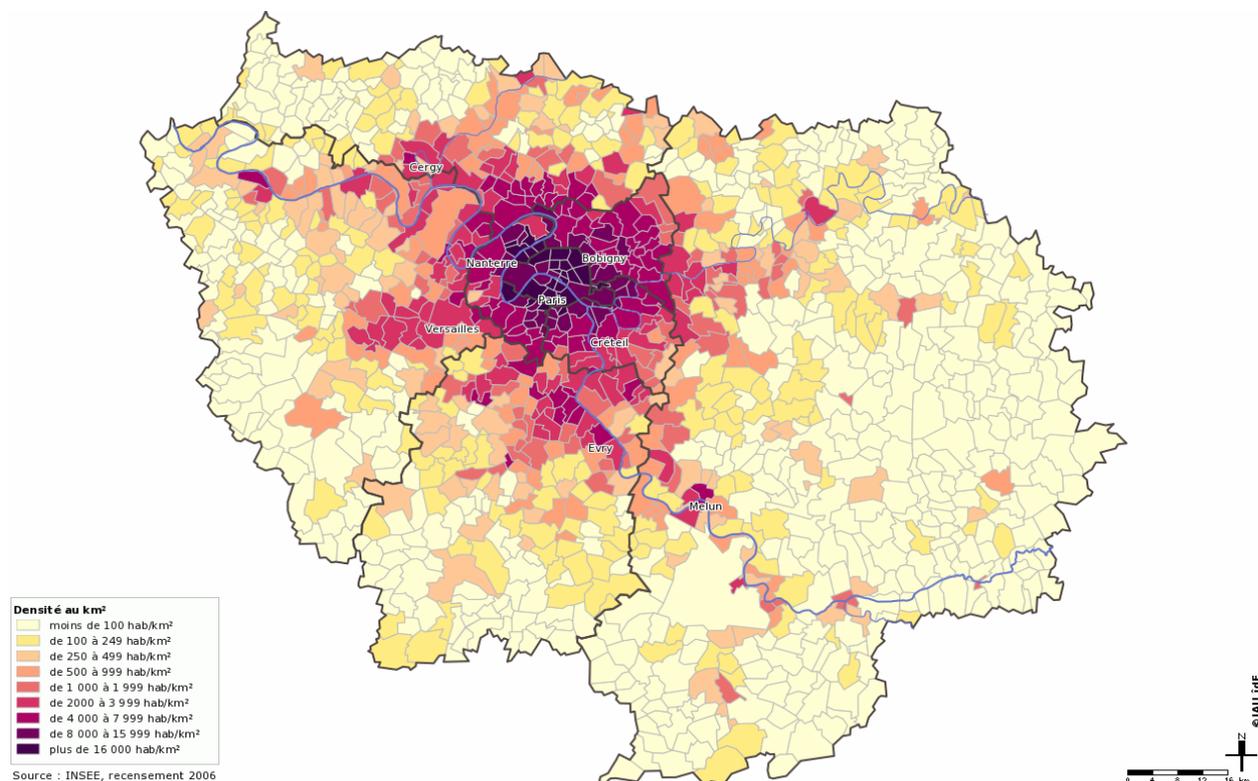
Un mouvement de réorganisation universitaire est en cours au sein de la région soit par alliance de grandes écoles et d'universités soit au sein des facultés médicales qui assurent les formations médicales, pharmaceutiques et dentaires mais aussi les formations paramédicales multiples. Une dimension immobilière importante concerne plus particulièrement les universités parisiennes avec une concentration progressive du nombre de sites.

S'agissant des facultés de médecine la carte ci-dessous représente la situation actuelle : des alliances entre plusieurs facultés sont actuellement en discussion.

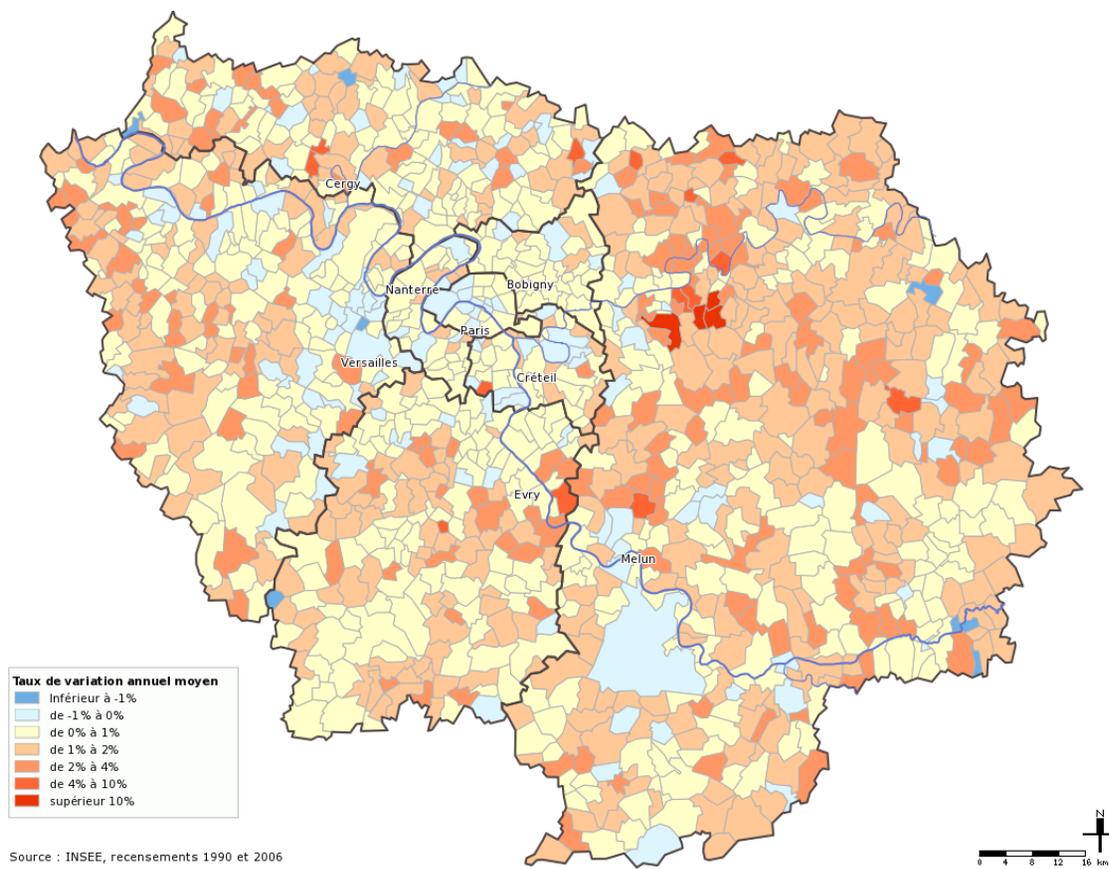
## Répartition des UFR de médecine - odontologie



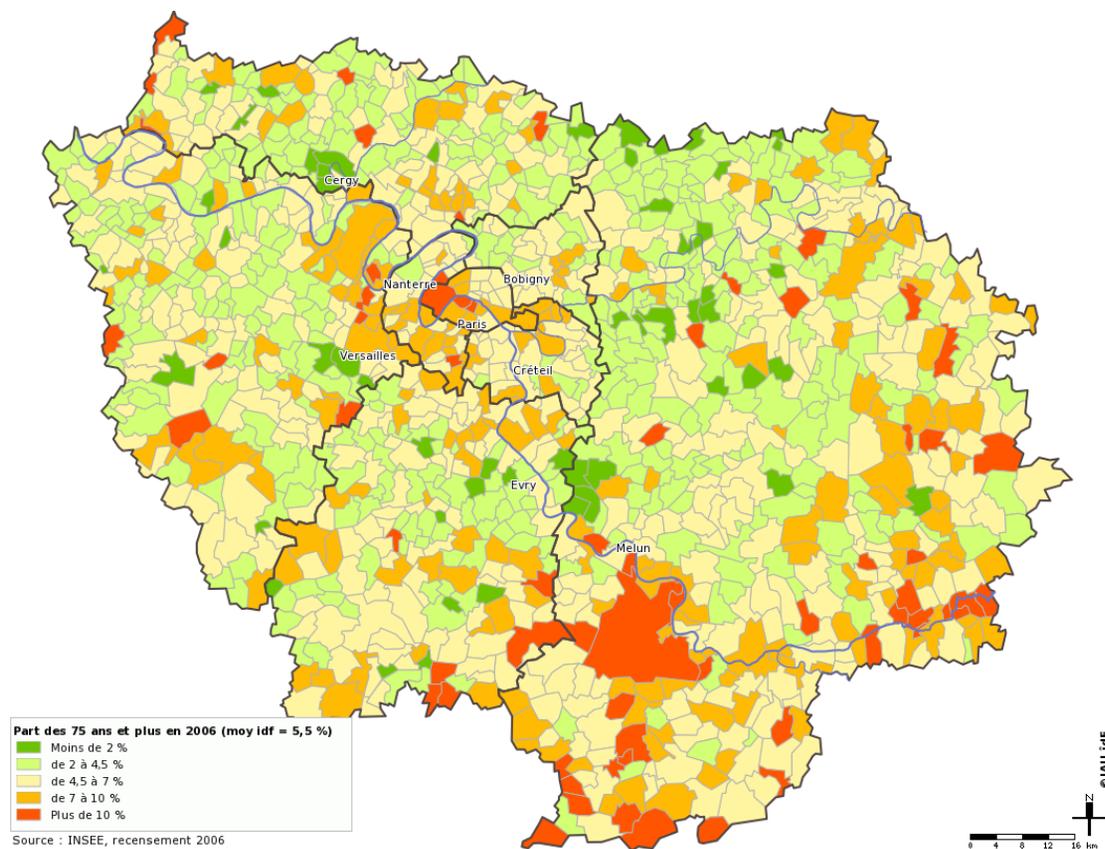
## 1.5 - Une organisation démographique centre/périphérie



L'Île-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.



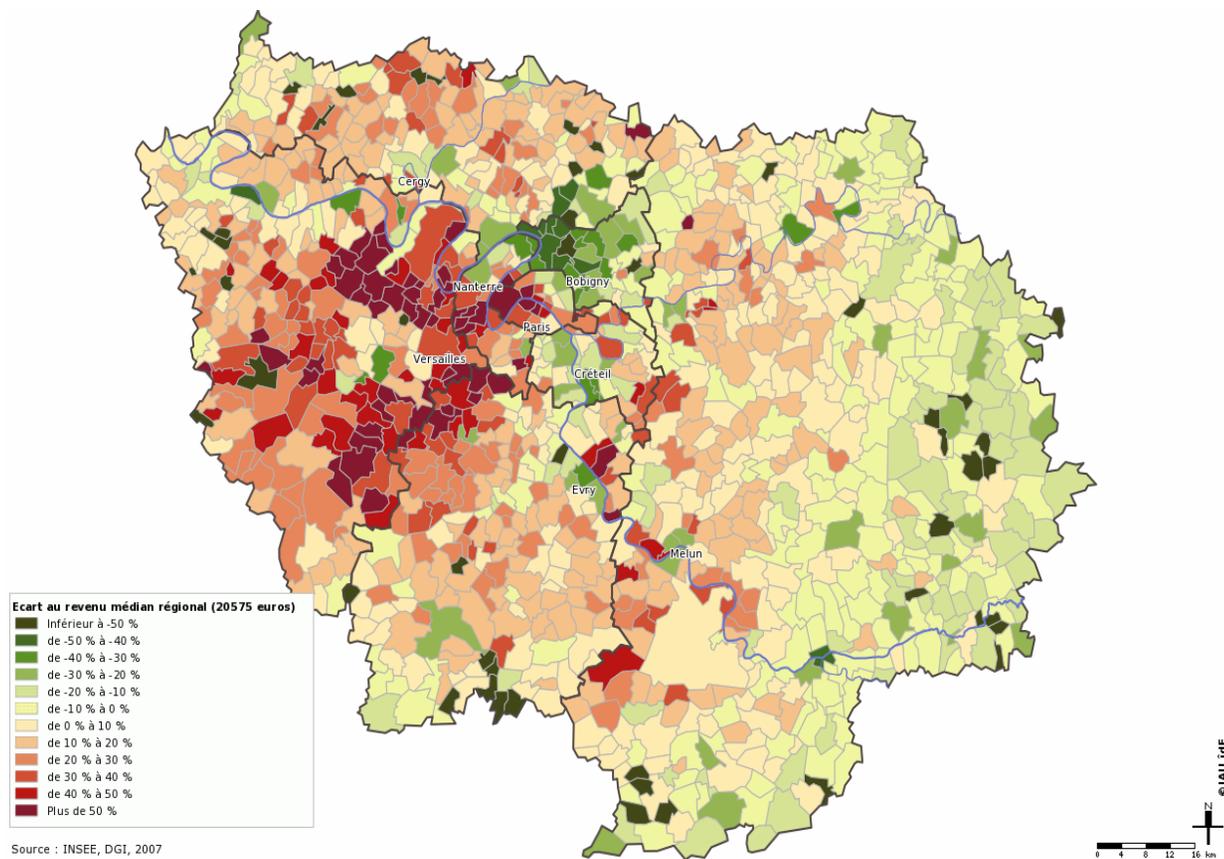
L'accroissement continu de la population est relativement homogène même si certaines zones ont un accroissement plus sensible souvent au sein ou à proximités des villes nouvelles.



L'accroissement continu de la population est relativement homogène même si certaines zones ont un accroissement plus sensible souvent au sein ou à proximité des villes nouvelles.

## 1.6 - Une inégalité de la richesse

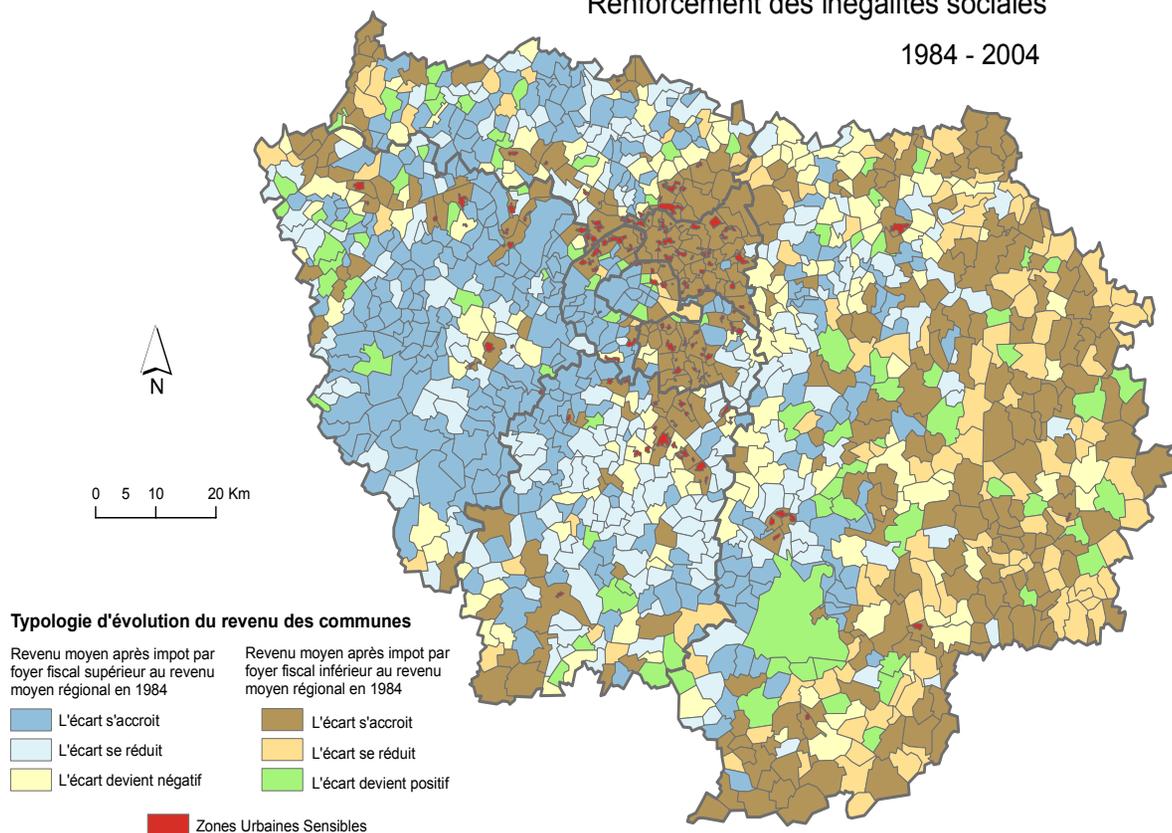
- Une tendance à l'accroissement des inégalités différencie l'est et l'ouest avec pour chacun de ces sous ensembles des zones de contraste.





## Renforcement des inégalités sociales

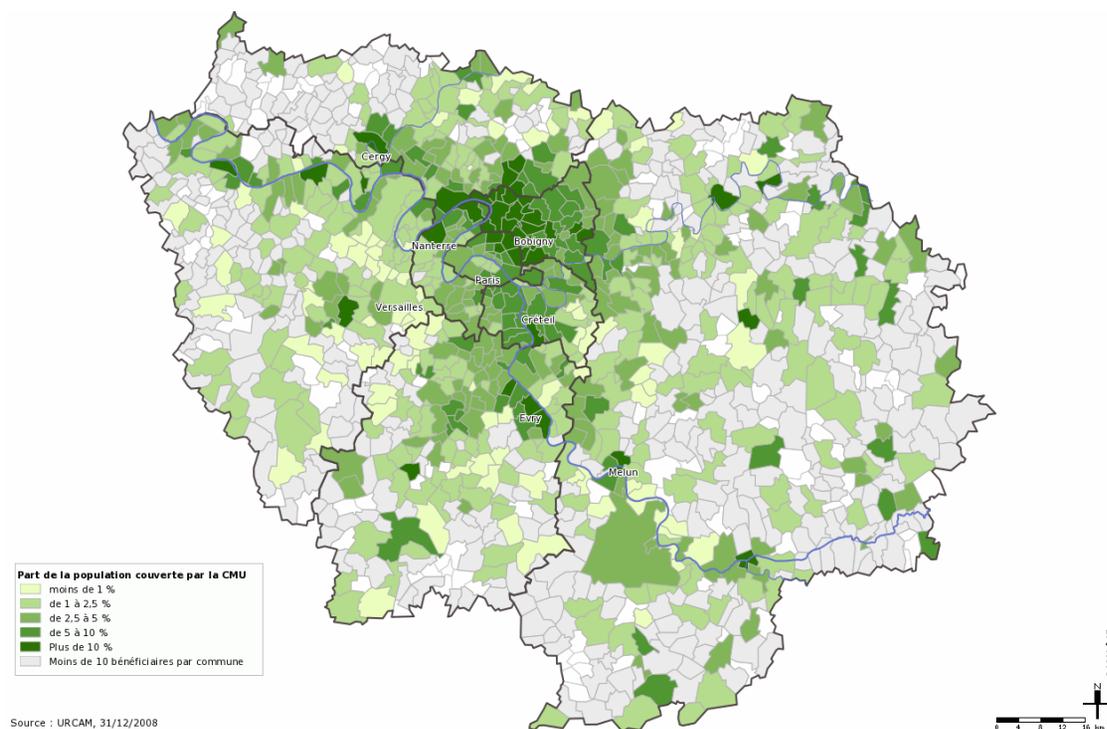
1984 - 2004



Sources : DGI, revenus des foyers fiscaux



« Les indicateurs économiques, sociaux et sanitaires franciliens sont très contrastés révélant 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. 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 » sont les observations extraites du rapport de l'ORS sur les territoires en Ile-de-France.



- Une répartition géographique de la population en huit sous-ensembles assez nettement différenciés

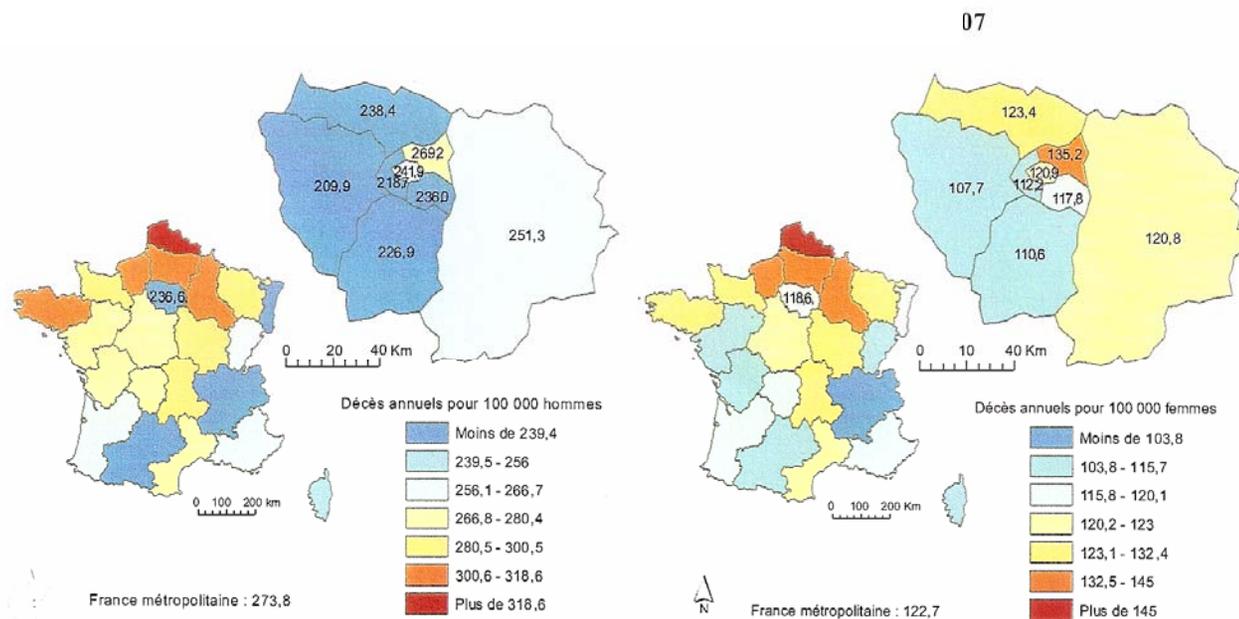
On peut admettre qu'un tiers de la population francilienne réside dans des zones que l'on peut qualifier de riches. Un autre tiers comprend les classes intermédiaires ; les employés et les ouvriers constituent le dernier tiers.

	Classes « favorisées »			Classes moyennes et classes défavorisées					Ensemble
	Classe I.1	Classe I.2	Classe I.3	Classe II.1	Classe II.2	Classe II.3	Classe II.4	Classe II.5	
	<i>Paris XVI Neuilly</i>	<i>Banlieues chics</i>	<i>Paris centre</i>	<i>Villes nouvelles</i>	<i>Classes moyennes aisées</i>	<i>Classes moyennes périphérie</i>	<i>Classe employés</i>	<i>Banlieue Ouvrière</i>	
<b>Population</b>	393414	1896549	1763144	306900	1579677	2049899	2193220	1341180	<b>11523983</b>
<b>% population</b>	3.41	16.46	15.30	2.66	13.71	17.79	19.03	11.64	<b>100</b>
<b>% ouvriers</b>	3.9	7.0	6.6	11.6	14.2	15.8	16.4	22.8	<b>13.1</b>
<b>% employés</b>	16.8	20.0	18.4	26.9	25.1	27.6	28.4	30.4	<b>24.7</b>
<b>% Prof. intermédiaires</b>	15.7	23.9	21.3	27.5	28.5	26.0	22.8	18.3	<b>23.5</b>
<b>% cadres</b>	47.2	36.4	38.6	23.0	20.0	16.8	15.3	6.9	<b>23.5</b>
<b>Taux de Chômage</b>	8.8	8.3	11.3	8.6	7.3	9.7	13.8	18.0	<b>11.1</b>
<b>Revenu moyen par ménage (€)</b>	86500.6	50542.8	41332.2	41957.1	43887.0	37123.2	32105.4	28145.0	<b>40717.4</b>
<b>Croissance Pop (en %)</b>	-1.3	6.4	3.5	18.0	6.4	4.3	6.5	6.6	<b>5.7</b>

Extrait : F. Tonnellier, 2010 « Les hospitalisations potentiellement évitables en Ile-de-France »

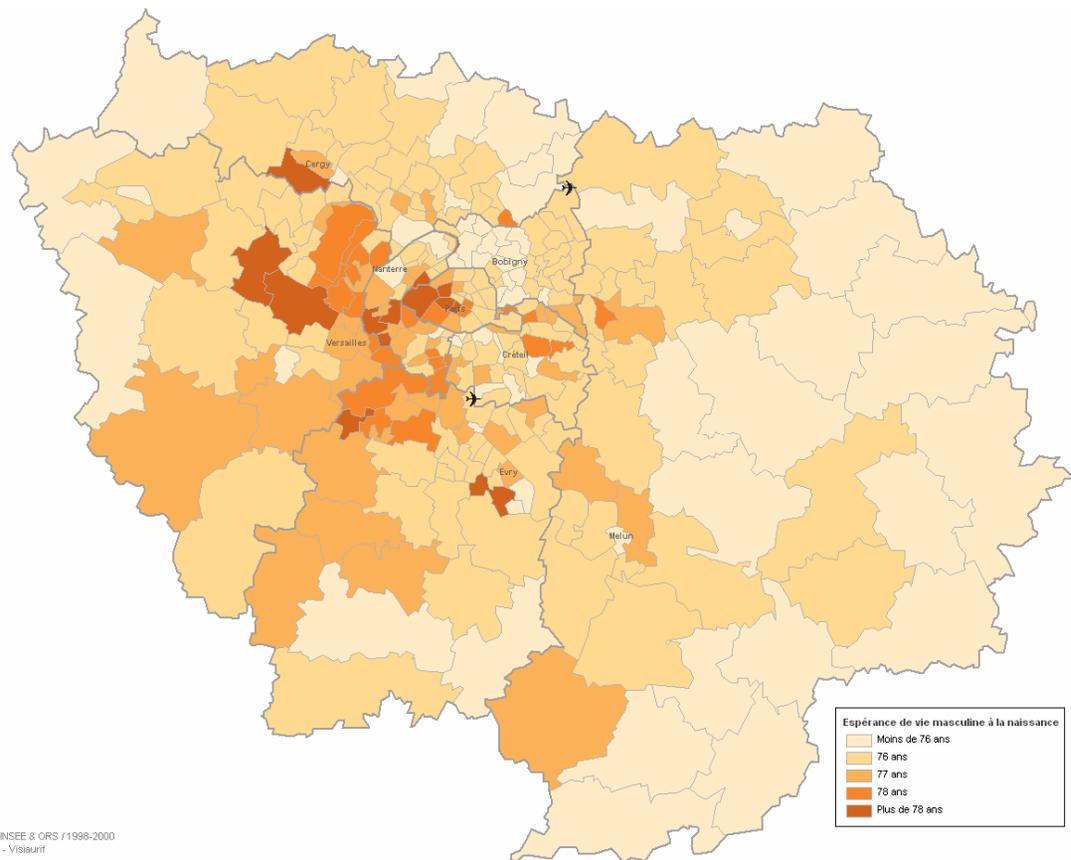
## 1.7 - Des indicateurs de santé globalement meilleurs que le niveau national mais avec de très fortes inégalités territoriales

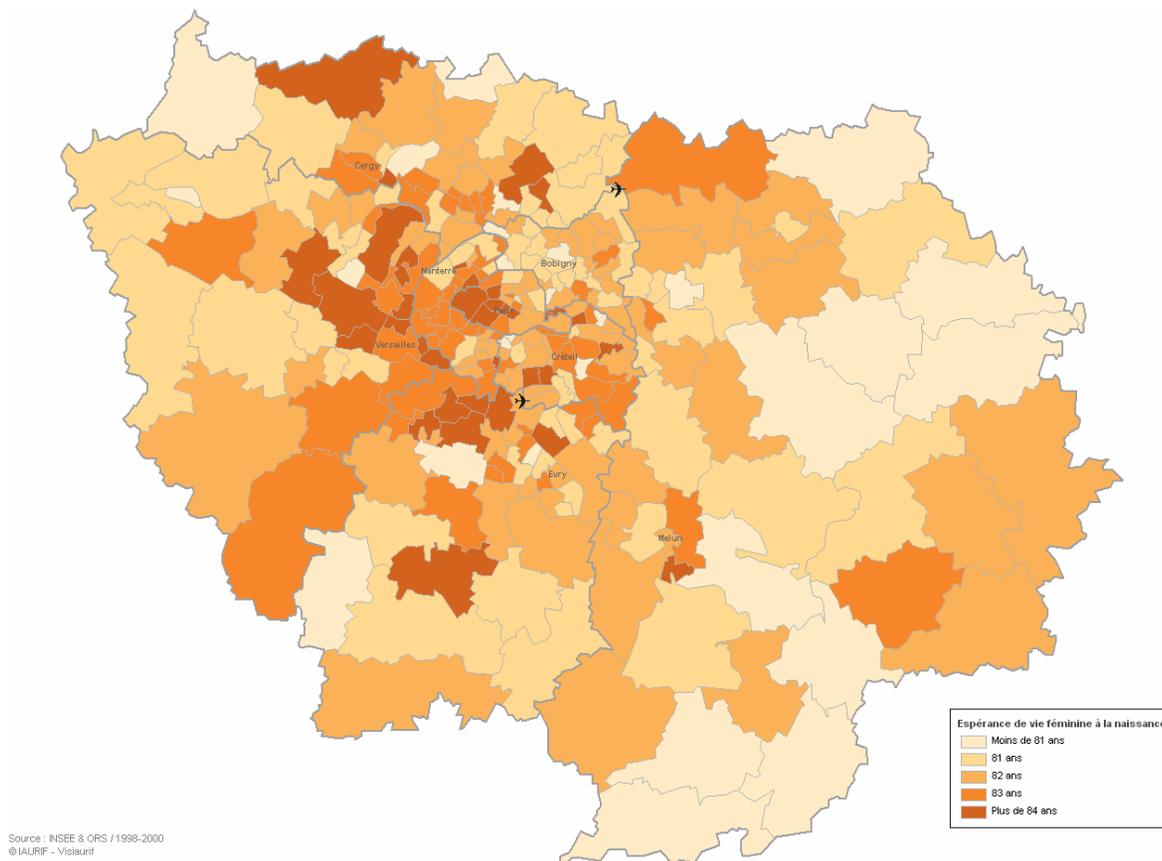
Taux standardisés de mortalité prématurée\* (avant 65 ans) toutes causes en 2005-2007  
(extrait de « La santé des franciliens – synthèse 2010 - ORS »)



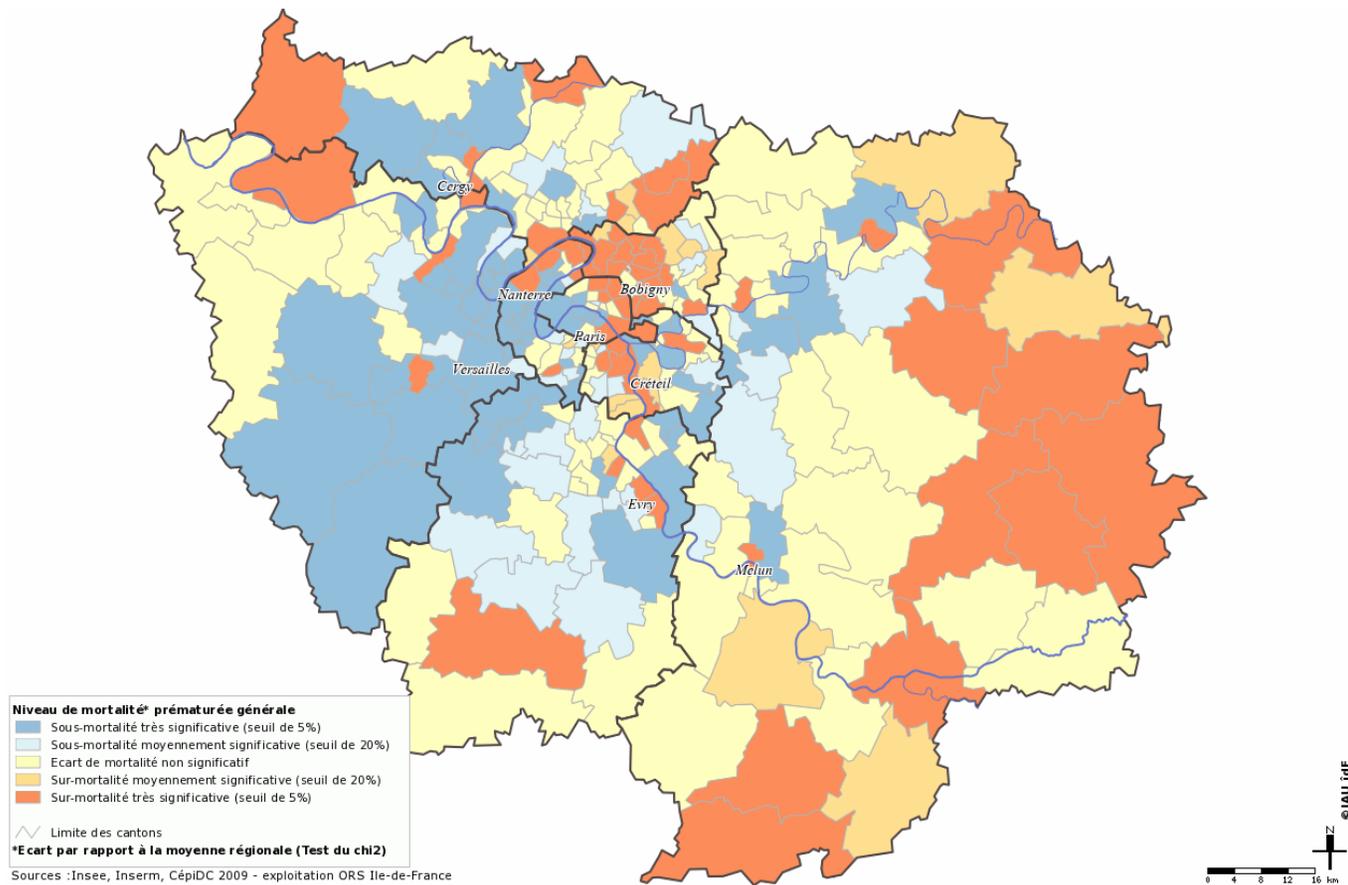
Sources : Inserm CépiDC, Insee, exploitation Fnors et ORS Ile-de-France

\* Taux standardisé de mortalité : taux que l'on observerait si la structure de la population était celle d'une population de référence, ici la population Européenne (OMS) des 0-64 ans.

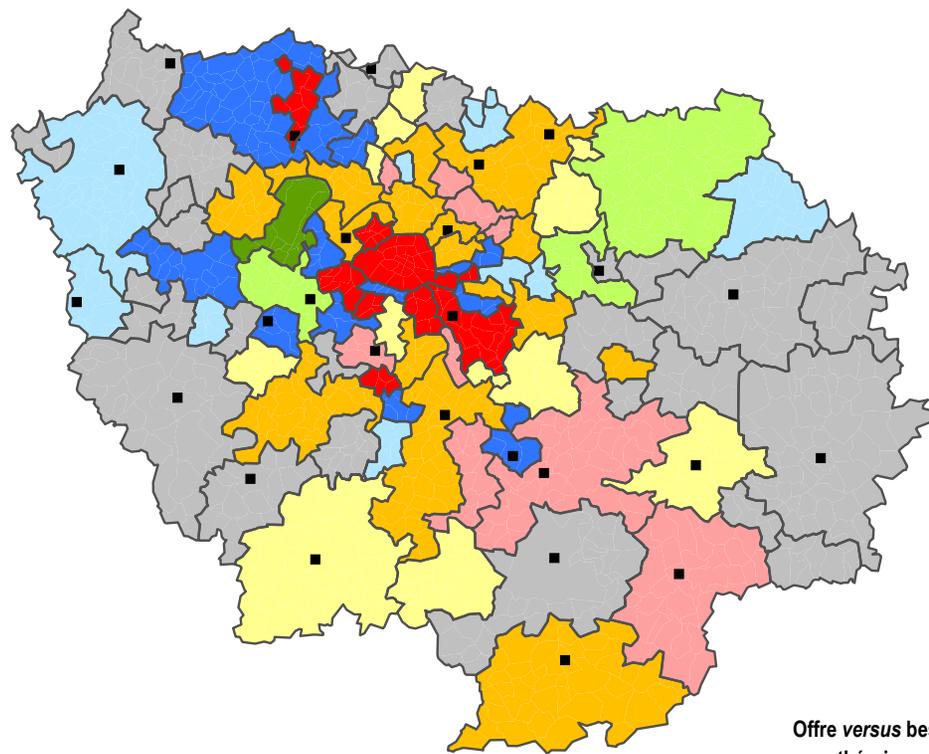




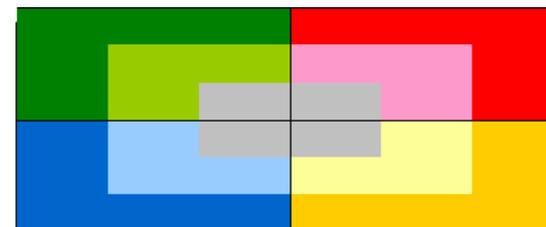
## 1.8 - Une assez forte superposition entre états de santé et niveaux de revenus



## 1.9 - des bassins de vie avec un comportement de consommation et d'offre différents



Offre *versus* besoin  
théorique



Dépense réelle *versus*  
besoin théorique

## 2- L'analyse critique des différents territoires socio-sanitaires actuels

L'observation des différents découpages institutionnels (administratifs ou de planification) et des zonages fonctionnels liés aux données sur les déplacements (navettes domicile-travail ou domicile-étude, les attractions des équipements et services de grande couronne) ne permet pas de dégager facilement une géographie des bassins de vie franciliens. Un bassin de vie peut prendre de multiples formes selon le(s) critère(s) choisi(s) pour mettre en évidence les solidarités entre les communes. Il est fort rare qu'un périmètre mis en évidence dans le cadre d'un thème particulier coïncide avec un autre.

Le tableau suivant illustre cette superposition de territoires.

### *Des méthodologies de conception différentes*

La construction de ces territoires fait également appel à des logiques différentes puisque l'on retrouve à la fois des maillages obtenus par analyse de flux de consommation ou de déplacements (en rose) que des maillages structurés autour d'une organisation de professionnels (en bleu).

Ainsi en Ile-de-France, l'élaboration du Schéma régional d'organisation des soins (SROS) repose sur des territoires élaborés à partir de l'étude des déplacements de la population vers des structures de soins. D'un point de vue méthodologique, une limite importante de cette méthode de zonage est qu'elle reste très « hospitalocentrée ». Elle part de l'offre existante et présuppose donc que son implantation est « correcte ». Cette méthode a donc tendance à légitimer l'offre actuelle sans la remettre en question. Néanmoins elle traduit assez précisément 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.

De même pour les zones de recours aux soins généralistes ou les bassins de vie, ces territoires sont liés à l'observation des habitudes de recours des populations, aux soins généralistes dans un cas, à un ensemble de services – commerces, services, établissements public, ...- dans l'autre.

Une autre méthodologie de zonage consiste à découper un territoire autour d'une organisation d'offreurs de soins. En Ile-de-France, l'exemple des filières gérontologiques ou encore de la maille du réseau des urgences illustrent cette manière d'appréhender le territoire. Ces découpages sont généralement obtenus après concertation entre les offreurs, à partir de la description des mécanismes de coopération ou de « filiérisation ».

<b>Territoires existants</b>	<b>Observations</b>	<b>Actions</b>	<b>Instances</b>
<b>infra-communal : quartiers, ZUS</b>	157 ZUS, dont 51 ZRU et 26 ZFU	Dispositif espoir banlieue / exonérations fiscales /	Délégation Interministérielle à la Ville
<b>Communes</b>	1300 communes	Observation / Aide à l'Installation /prise en compte dans le zonage infirmier	INSEE
<b>Cantons</b>	286 pseudo-cantons	Observation / prise en compte dans le zonage infirmier	INSEE
<b>Bassins de vie</b>	66 bassins	Observation / prise en compte dans le zonage infirmier	INSEE
<b>Bassins de vie IAU</b>	95 bassins	Observation – Etude spécifique à l'Ile-de-France en fonction de l'accès des habitants aux équipements de la vie courante	IAU Ile-de-France
<b>Zones de recours aux soins généralistes</b>	444 zones de recours	Aides à l'installation dans les zones déficitaires / exonérations / aides aux étudiants en médecine	MRS / méthodologie URCAM
<b>Antesyss</b>	70 zones	Observation sur des territoires précis des disfonctionnements en terme de démographie, prévention, dépistage,.../ concertation avec les acteurs du territoire	Programme de travail URCAM

<b>Territoires existants</b>	<b>Observations</b>	<b>Actions</b>	<b>Instances</b>
<b>Zones d'emploi</b>	26 zones d'emplois		INSEE
<b>Territoires SROS volet IRC</b>	8 territoires (regroupement de territoires SROS)	Organisation de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	
<b>Territoires de santé SROS</b>	22 territoires	Vote des schémas régionaux et des projets médicaux de territoire	Conférence de territoire
<b>Territoires SROS santé mentale</b>	146 territoires adultes et 53 inter secteurs infanto juvéniles	Organisation de la prise en charge des malades	
<b>Maille du réseau des urgences 2009/2010</b>	36 mailles	Organisation de proximité pour la prise en charge des soins urgents et non programmés et de leurs suites	Animateur de maille (établissement)
<b>Filières de soins gériatriques hospitalières</b>	41 filières identifiées	Organisation des prises en charge des personnes âgées et de l'aval, par structuration de la filière hospitalière et des liens avec la ville, les réseaux, le secteur médico-social	Coordination par un établissement support de filière
<b>Secteurs Permanence des soins ambulatoire</b>	Nombre de secteurs variables selon les saisons, l'heure, (99 secteurs sur la tranche 20h-24h)	Organisation de la PDS ambulatoire / paiement des astreintes	
<b>Zones de défense</b>		En matière de veille et d'alerte sanitaire	
<b>Secteurs gérontologiques</b>	Pas de secteurs à Paris / 54 secteurs	Organisation / programmation	Conseils généraux

## **Rôle des territoires existants**

Une réflexion peut également s'engager sur les rôles respectifs de ces territoires franciliens. « Chaque acteur a son territoire et chaque territoire a ses acteurs », il est néanmoins possible de dresser une typologie de ces territoires correspondant à différentes fonctions :

- **Des territoires d'observation** : c'est notamment le cas de territoires administratifs comme le pseudo-canton. Les échelles géographiques d'observation relèvent souvent d'une logique de taille critique – en terme de population ou de surface – afin d'observer des variables en limitant les effets « de surface » ou en améliorant la significativité des indicateurs. Ainsi en Ile-de-France, le pseudo-canton INSEE est souvent utilisé pour observer les densités médicales (C@rtosanté), les indices comparatifs de mortalité ou la consommation de soins. Cette échelle présente en effet l'avantage d'être fine à Paris et en petite couronne – au niveau de la commune - puis en grande couronne la maille s'élargit épousant la dispersion de la population au fur et à mesure de l'éloignement de Paris.
- **Des territoires de programmation** : la fonction de programmation signifie l'élaboration et la mise en œuvre de programmes d'action. Les territoires SROS ou les filières gériatriques sont des territoires de programmation dans le sens où l'on réalise sur une base territoriale l'organisation de soins ou l'organisation de prises en charge.
- **Des territoires de concertation** : il s'agit essentiellement de l'échelle sur laquelle, dans le cadre du lancement d'un programme d'action, la consultation d'instances repose. Les territoires de santé, au sens de la loi HPST, sont des territoires de concertation organisés autour des conférences territoriales de santé.
- **Enfin, il existe de nombreux territoires de « contractualisation »**. Ces territoires qui n'apparaissent pas forcément dans notre recensement varient en fonction du domaine d'action. Il s'agit souvent du niveau minimal d'action qui rassemble les acteurs du territoire.

### 3- Les différents types de territoire du champ de compétence de l'ARS

#### 3.1 - Des territoires qui accompagnent le découloissement

Il n'existe pas UN mais DES territoires de santé. Chaque acteur du système de santé, chaque institution a sur le sujet son optique : son échelle territoriale, la propre représentation spatiale de son action. Aujourd'hui, l'ampleur du champ de compétence de l'ARS nécessite d'envisager des subdivisions en fonction des aspects à traiter.

L'enjeu de la loi HPST est de constituer des niveaux au sein desquels les questions de santé (et les actions des ARS) peuvent être traitées de manière transversale et favorise ainsi le découloissement. 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, de cohésion sociale, ...

#### 3.2 - Quelle graduation territoriale pour l'Ile-de-France ?

Un groupe de travail national sur « l'animation territoriale des ARS » s'est constitué dans le cadre de la préfiguration des ARS. Au cours du premier trimestre 2009, ce groupe a proposé une analyse de cette question en s'appuyant sur deux axes de travail :

- un recensement des territoires existants sur lesquels ou à partir desquels les domaines d'actions qui seront confiés à l'ARS s'exercent ainsi que les territoires susceptibles d'influer sur cette action,
- une définition partagée des territoires d'action de l'ARS et des préconisations d'organisation.

Le résultat principal de ce travail est de proposer aux directeurs des ARS, **une graduation territoriale**, soit l'identification de niveaux de territoires pertinents pour conduire l'action des futures ARS.

Au premier niveau se situe **le maillage opérationnel (niveau 1)**.

C'est le cadre des soins ambulatoires de proximité et c'est le lieu où se réalisent les actions de santé publiques ciblées sous l'impulsion d'établissements scolaires, de réseaux ou d'associations. C'est également le secteur de la permanence de soins



ambulatoire. Enfin, c'est le maillage des initiatives locales et des partenariats de proximité avec les professionnels de santé, les élus ou les associations. La dimension de ce maillage peut varier en fonction du milieu (rural ou urbain) et en fonction des acteurs. A ce niveau, les délégations territoriales de l'ARS auront un rôle important, d'identification des leviers d'action et de diagnostic, afin de mettre en œuvre au plus près la politique de santé de l'ARS.

En Ile-de-France, au regard de la taille de certaines communes, un travail fin à l'échelle des quartiers peut être envisagé pour une analyse plus juste des inégalités de santé et de l'accessibilité aux soins.

Au second niveau, la définition **d'un territoire d'intervention (niveau 2)** est proposée.

Il correspond à un lieu de vie collectif plus structuré, conforme à des réalités économiques et sociales à partir duquel puissent être élaborés des *projets de santé locaux*. C'est un territoire d'intervention pour l'ARS et un niveau relais de l'action de l'ARS. Il faut donc y retrouver les différents champs de compétences de l'ARS et que – dans l'idéal - ce niveau soit doté d'une représentation politique ayant une compétence générale.

**C'est aujourd'hui un niveau d'action qui reste à créer et certainement le maillage du SROS ambulatoire. En milieu rural, la notion de Pays, ou de bassins de vie, semble correspondre à ce niveau territorial. Sur la base d'un volet santé dont les chartes de Pays ou les contrats d'agglomération devront se doter et en étroite association avec la médecine libérale, des réponses aux besoins de santé courants seront organisés, à travers la création de MSP, les services hospitaliers médicaux, ...**

En zone urbaine en général et en Ile-de-France en particulier, ce maillage demeure assez mal identifié. La forte concentration urbaine au centre de la région nécessite certainement un traitement particulier. On peut penser que les arrondissements municipaux de Paris et un regroupement de communes de petite couronne (communauté de communes) peuvent constituer un territoire d'intervention pertinent en raison de leur dimension, de leur poids politique et du rôle qu'elles jouent dans le domaine de la santé (centres de santé, actions de prévention,...) comme dans le domaine de l'aménagement du territoire et des transports.

Au troisième niveau se situe **le territoire de santé (niveau 3)** au sens de la loi HPST, doté d'une conférence de territoire.

On peut identifier les actuels territoires SROS comme territoire de santé (22 territoires en Ile-de-France). Néanmoins, il est souhaitable d'actualiser ce maillage en prenant en compte la transversalité des missions de l'ARS. Cette actualisation doit prendre



en considération d'une part l'organisation des futures communautés hospitalières de territoires (CHT) et, d'autre part, les flux de consommation vers les structures médico-sociales. De plus, le nombre important de territoires franciliens pose des problèmes d'organisation et de moyens dans l'animation des conférences de territoires.

**Au quatrième niveau se situe la région (niveau 4).** C'est le niveau de pilotage de la politique de santé, recueillant les projets des niveaux inférieurs et impulsant les orientations vers ceux-ci.

C'est aussi celui des instances délibératives interlocutrices de l'ARS (CRSA, URPS).

Enfin, on peut identifier **un niveau interrégional (niveau 5)** pertinent pour des actions de grande envergure. Au regard de la concentration de l'offre de soins et des plateaux techniques sur l'Île-de-France, cette échelle de travail semble néanmoins peu pertinente.

### 3.3- Les départements : un territoire pertinent ?

Enfin – dans une hypothèse de territoires de santé correspondants aux territoires SROS par exemple – on constate que l'échelle départementale est absente de la graduation proposée. On retrouve pourtant le niveau départemental dans l'ensemble du champ couvert par l'ARS : au niveau de la permanence des soins (CODAMU) et de la sécurité sanitaire par exemple. De plus, à travers les conseils de l'Ordre, les Conseils Généraux (PMI, Médico-social, ...) ou encore les CPAM (GDR, Action sociale,...), les interlocuteurs et partenaires de l'ARS sont souvent organisés au niveau départemental. Cette difficulté doit être résolue en associant les départements et leurs représentants au niveau du territoire de santé pour participer à la décision sur les projets conçus au sein de ce territoire.

### 3.4- L'action de l'ARS d'Ile-de-France et les échelles territoriales

A partir de ces réflexions, il s'agit de retranscrire cette graduation territoriale par rapport aux activités et aux missions de l'ARS Ile-de-France, en tenant compte du contexte particulier de la région francilienne (urbanisation, concentration de la population). Le tableau ci-dessous propose une réflexion sur le rôle de chaque territoire par domaine d'action :

	<b>Niveau 1 : Maillage opérationnel</b>	<b>Niveau 2 : Territoire d'intervention</b>	<b>Niveau 3 : Territoire de santé</b>	<b>Niveau 4 : Région</b>
	<i>Territoire de projet</i>	<i>Territoire d'organisation</i>	<i>Territoire de concertation</i>	<i>Territoire de décision</i>
Acteurs et programmes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Territoire des acteurs</li> <li>- Territoires variable selon l'action : il découle de la volonté d'acteurs de santé de se mettre en relation et de développer un projet</li> <li>- CUCS, ASV, Réseaux, Promoteurs d'actions de prévention</li> <li>-Pôle de santé Maison de santé pluridisciplinaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Territoire d'intervention et territoire du volet ambulatoire du SROS</li> <li>- Mise en synergie d'acteurs autour d'un projet d'organisation de la réponse à un besoin de santé</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Installation des conférences de territoire</li> <li>- Territoire du volet hospitalier du SROS</li> <li>- Elaboration du Projet Territorial de santé décliné sur l'ensemble des domaines d'action (santé publique, hospitalier, ambulatoire, médico-social)</li> <li>- Partenariats avec les Conseils Généraux</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Installation de la CRSA</li> <li>- Niveau de pilotage de la politique de santé et élaboration du PRS</li> <li>- Partenariats avec le Conseil Régional</li> </ul>

	<b>Niveau 1 : Maillage opérationnel</b>	<b>Niveau 2 : Territoire d'intervention</b>	<b>Niveau 3 : Territoire de santé</b>	<b>Niveau 4 : Région</b>
	<i>Territoire de projet</i>	<i>Territoire d'organisation</i>	<i>Territoire de concertation</i>	<i>Territoire de décision</i>
Quelles actions de l'ARS ?	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identification des ressources et des acteurs par les délégations territoriales</li> <li>- Accompagnement des projets</li> <li>- <b>Contractualisation (Contrats Locaux de Santé)</b></li> <li>- CPOM pôle de santé, maison de santé pluridisciplinaire, centres de santé</li> <li>- Initiatives collectives, actions sur des publics ciblés (démarche ascendante)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnostic de l'offre et adéquation de l'offre et des besoins</li> <li>- Assurer l'accessibilité et l'égalité territoriale</li> <li>- Recherche de synergies entre le premier recours, l'hospitalier et le médico-social</li> <li>- <b>Contractualisation (Contrats Locaux de Santé)</b></li> <li>- Communautés hospitalières de territoires</li> <li>- Appel à projet pour le médico-social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Animation territoriale</li> <li>- Assurer la cohérence globale des actions et garantir une cohérence globale avec le PRS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définition des priorités régionales</li> <li>- Impulsion / déclinaison territoriale des politiques (démarche descendante)</li> </ul>

	<b>Niveau 1 : Maillage opérationnel</b>	<b>Niveau 2 : Territoire d'intervention</b>	<b>Niveau 3 : Territoire de santé</b>	<b>Niveau 4 : Région</b>
	<i>Territoire de projet</i>	<i>Territoire d'organisation</i>	<i>Territoire de concertation</i>	<i>Territoire de décision</i>
Organisation de l'offre de soins	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Définition des zones déficitaires et des zones fragiles</li>   <li>- Organisation de la PDS ambulatoire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation de l'offre de soins de premier recours</li>   <li>- Organisation de l'offre en établissements médicaux sociaux</li>   <li>- Organisation des urgences hospitalières</li> <li>- Organisation de la continuité des soins</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organisation de l'offre en établissements de santé, autorisations et financements</li>   <li>- Concertation avec le niveau départemental pour le médico-social</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipements lourds et autorisations</li>   <li>- PRIAC</li> </ul>

## 4. Les scénarios d'organisation

### 4.1 - Rappel du contexte réglementaire

**Les territoires de santé sont définis comme suit dans le code de la santé (L.1434-16 CSP) :**

« 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. »

Tel que rédigé cet article a pu prêter à différentes interprétations :

- le territoire de santé a une délimitation commune à tous les domaines,
- le territoire de santé a une délimitation commune à tous les domaines, sauf l'accès aux soins de premier recours,
- le territoire de santé est délimité distinctement selon les domaines (santé publique, établissements de santé, médico-social, soins de premiers recours)

**Les éclairages du niveau national ont conclu au fait qu'il convenait de lier conférence de territoire et territoire et donc de limiter le nombre de territoires.**

#### ♦ **Les conférences de territoire (L.1434-17 CSP)**

Elles se substituent aux conférences sanitaires et sont constituées dans les territoires mentionnés à l'article L.1434-9 CSP, **c'est à dire ceux délimités dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins**. C'est donc à ce seul niveau qu'une conférence de territoire est exigée, quand bien même il existerait des délimitations géographiques différentes pour d'autres activités.

La conférence de territoire contribue notamment à la mise en cohérence des **projets territoriaux sanitaires** (qui remplacent les projets médicaux de territoires) avec le projet régional de santé et les programmes nationaux de santé publique. Elle **peut faire toute proposition sur le projet régional de santé** (élaboration, mise en œuvre, évaluation et révision).

Contrairement aux dispositions régissant les conférences sanitaires, **la conférence de territoire n'est pas consultée sur l'élaboration ou la révision du SROS** ; ce rôle est désormais tenu uniquement par la CRSA (assemblée plénière se prononçant sur un avis préparé par la commission spécialisée).

Le décret n° 2010-347 du 31 mars 2010 (D.1434-1 à D.1434-20 CSP) en fixe la composition et le mode de fonctionnement.

La conférence de territoire est composée de **50 membres** au plus répartis en collèges représentant:

- les établissements de santé (10 maxi)
- les établissements sociaux et médico-sociaux (8 maxi)
- les organismes œuvrant dans le domaine de la promotion de la santé et la prévention (3)
- les professionnels de santé libéraux (6 maxi) et les internes en médecine(1)
- les structures et services de santé (2 maxi)
- les activités de soins à domicile (1)
- les services de santé au travail (1)
- les usagers (8 maxi)
- les collectivités territoriales (7 maxi)
- l'ordre des médecins (1)
- personnes qualifiées (au moins 2)

Tous les acteurs impliqués dans les différents domaines du champ ARS y sont donc représentés.

## 4.2 - Les principes proposés

Ils sont au nombre de cinq :

Valoriser une approche territoriale souple et modulable selon les sujets et les partenaires pouvant aller jusqu'à des territoires de projet ou des territoires d'acteurs. Néanmoins tous les territoires ne seront pas des territoires d'offreurs. On pourra ainsi agir dans des zones d'extrême proximité (infra communale parfois pour la prévention par exemple) ou quasi régionale pour d'autres sujets avec une multiplicité de possibilités intermédiaires. Le besoin de sélectionner des zones aux problématiques particulières du point de vue des états de santé ou de similitudes pour les déterminants de santé est également envisageable que ce soit aux fins d'action ou d'observation.



Mettre en cohérence les priorités d'action de l'ARS et les maillages territoriaux en particulier pour les programmes de lutte contre les inégalités de santé. Il en ira de même pour d'autres dimensions telles que la permanence des soins par exemple. Le territoire de santé doit garantir une cohérence globale avec le Projet régional de santé (PRS) et un service accessible à l'ensemble de la population. Ce PRS est d'ailleurs composé de trois schémas d'organisation (prévention, organisation des soins, médico-social).

Créer et animer une démocratie sanitaire dans le cadre institutionnel mais aussi dans une dimension plus élargie. Ceci traduit une conception de la démocratie sanitaire qui excède la dimension institutionnelle. Ainsi quel que soit le cadre géographique retenu pour les conférences de territoires d'autres instances et modalités d'échanges seront constituées soit à l'initiative de l'ARS soit à celle de nos partenaires. Impulser et garantir une dynamique de projet est donc au nombre des missions de l'ARS que celle-ci s'appuie sur une démarche territoriale, infraterritoriale ou interterritoriale.

Procéder à une élaboration concertée (interne et externe) des options du maillage territorial : cette concertation prend la forme de l'association d'un comité de pilotage interne pour l'un, externe pour l'autre, appelés l'un et l'autre à se prononcer sur des options différenciées. D'autres concertations (élus notamment puis CRSA) compléteront cette recherche d'accords.

Formaliser un engagement de l'agence à développer la démarche territoriale :

- formation d'agents à cette démarche ;
- réalisation de diagnostics territoriaux ;
- projets partenariaux ;
- évolution progressive des systèmes d'information notamment aux fins de suivi et d'observation.

### 4.3 - Les scénarios envisagés pour la mise en place des conférences de territoires

Quatre scénarios sont actuellement envisagés.

Scénarios		Observations
A	Les territoires actuels du SROS remodelés passant ainsi de 22 à 20.	Eventuelle suppression des territoires du mantois – 78-3- et de Montreuil Vincennes 93-1 et retour aux limites départementales
B	Les huit départements	
C	Mixte avec les départements en périphérie Et une redistribution interdépartementale au centre C1 = territoire selon état de santé de la population C2 = regroupement de territoires d'offres C3 = scénario de réconciliation état de santé de la population/ offre	Hétérogénéité démographique
D	Les départements en périphérie Un territoire regroupant les quatre départements du centre	Hétérogénéité démographique Le territoire central se rapproche du Grand Paris

Une première évaluation de chacune de ces options est retracée dans le tableau ci-dessous.

Scénarios	Caractéristiques	Lisibilité	Cohérence avec action	Animation
<b>A</b>	22 à 20 territoires Infra départementaux	Moyenne pour la population		Difficile pour l'ARS
		Idem pour les acteurs du médicosocial	Pas forcément adaptée pour le médicosocial	
	Un seul 91-1 réellement interdépartemental	Correcte pour le secteur hospitalier	Correcte pour le secteur hospitalier	
		Indifférente pour l'ambulatoire	Indifférente pour l'ambulatoire	
<b>B</b>	<b>8 territoires</b>			
	1 ter = 1 département	Forte pour la population et les différents types d'acteurs	Cohérent pour le médico-social et adaptable pour le reste	Adaptée aux ressources et à l'organisation de l'ARS : relation complexe avec les départements notamment à Paris
<b>C</b>	Grande couronne = département (mais pb du 91)	Forte pour la population et les différents types d'acteurs	Cohérent pour le médico-social et adaptable pour le reste	Adaptée aux ressources et à l'organisation de l'ARS
	Petite couronne et Paris Subdivisés en zones interdépartementales avec 2 sous-scénarios C1 = selon état de santé C2 = Regroupements de territoires d'offres C3 = Réconciliation état de santé /offre	Différenciée  Problème d'acceptabilité pour certains départements	Difficile à évaluer pour l'instant  Sous certains aspects renforce la possibilité de prise en compte des inégalités de santé	Ne coïncide pas avec l'organisation de l'ARS. Une certaine complexité
<b>D</b>	Grande couronne = département Petite couronne et Paris réunis	Problème d'acceptabilité pour certains départements	A préciser	Ne coïncide pas avec l'organisation de l'ARS. Une certaine complexité

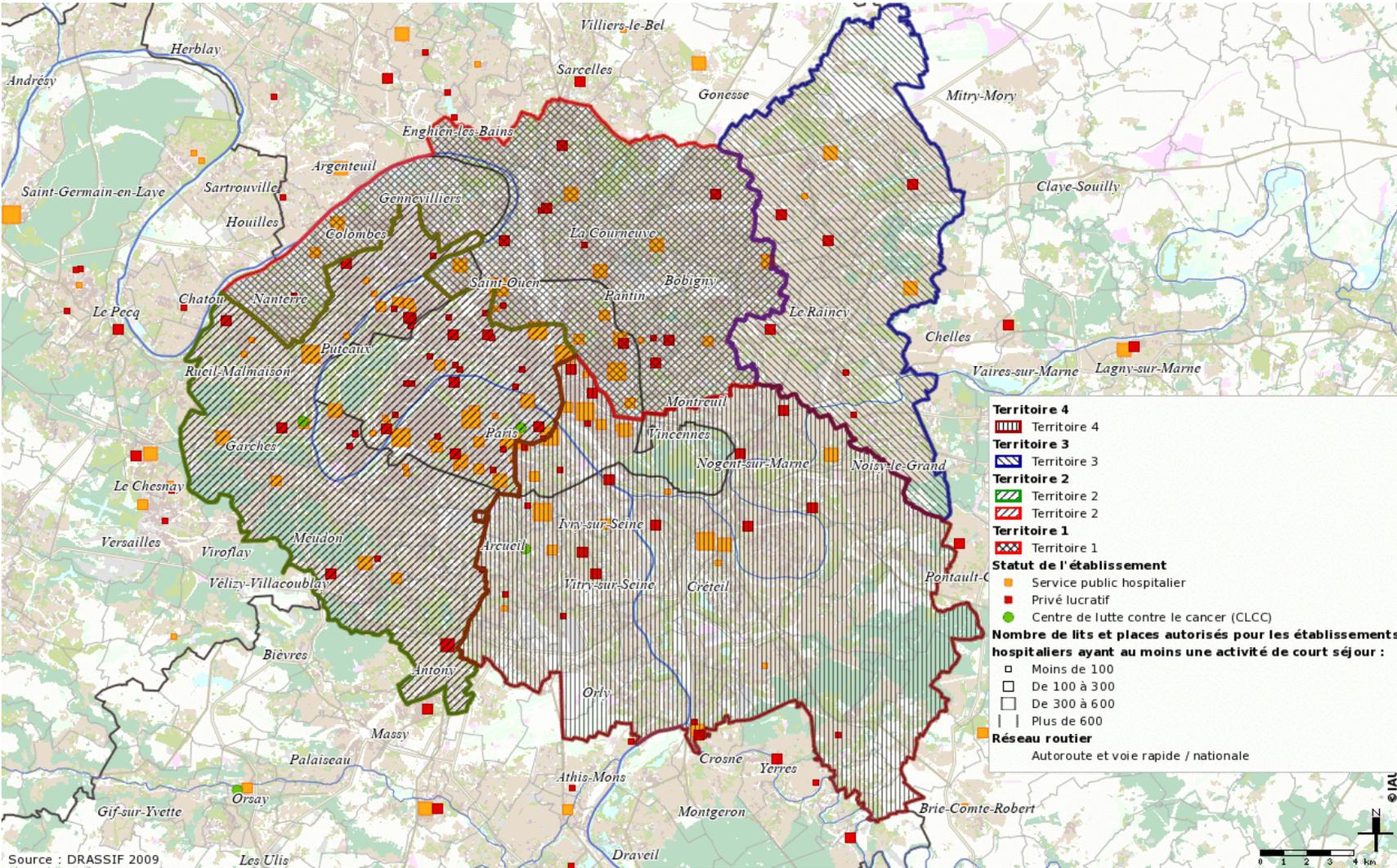
Le tableau ci-dessous précise le détail des trois scénarios centraux :

SCENARIO C 1	
Regroupement de territoires de santé	Population en million
<u>Territoire 1</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paris 18<sup>ème</sup>, 19<sup>ème</sup>, 20<sup>ème</sup> arrondissements</li> <li>92, communes de Nanterre, Colombes et Gennevilliers</li> <li>93-1 - 93-2</li> </ul>	1,65
<u>Territoire 2</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paris, moins 11<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup>, 13<sup>ème</sup>, 18<sup>ème</sup>, 19<sup>ème</sup> et 20<sup>ème</sup> arrondissements</li> <li>92, moins communes de Nanterre, Colombes et Gennevilliers</li> </ul>	2,49
<u>Territoire 3</u> 93-3 moins les communes de Seine-et-Marne	0,58
<u>Territoire 4</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Paris 11<sup>ème</sup>, 12<sup>ème</sup> et 13<sup>ème</sup> arrondissements</li> <li>l'ensemble du 94</li> </ul>	1,78
77	1,27
78	1,40
91	1,20
95	1,16

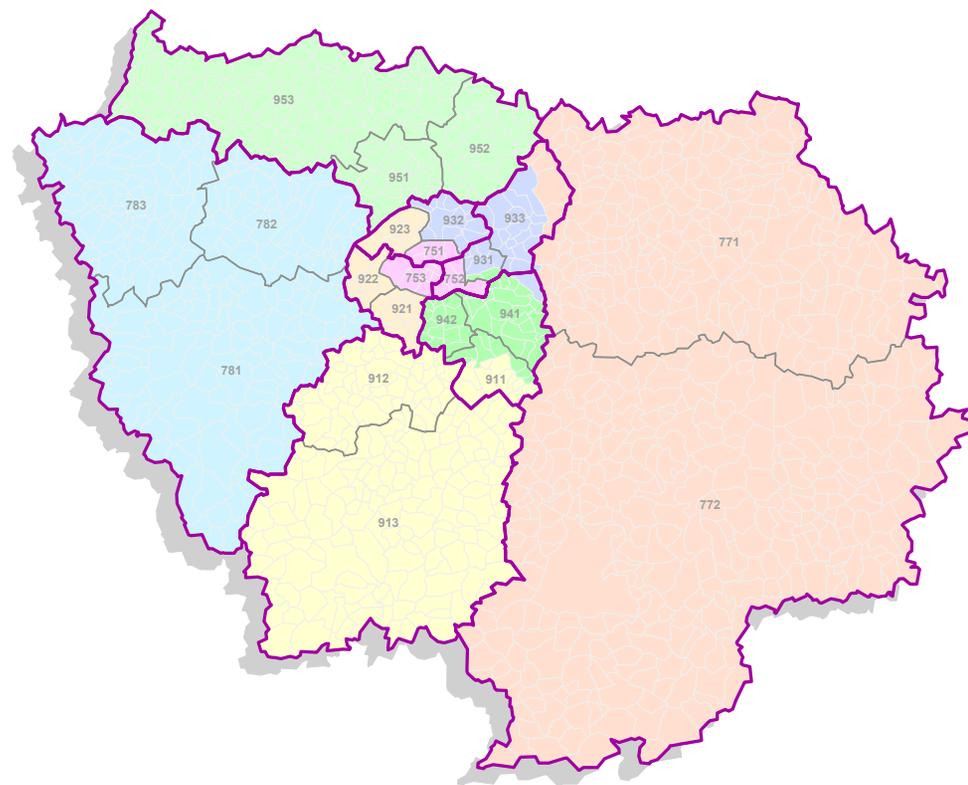
SCENARIO C 2	
Regroupement de territoires de santé	Population en million
<u>Territoire 1</u> 75-1 – 92-3 – 93-2	1,9
<u>Territoire 2</u> 75-2 – 93-1 – 93-3	1,5
<u>Territoire 3</u> 75-3 – 92-1 – 92-2	1,67
<u>Territoire 4</u> 77 - 77-1 – 77-2	1,27
78 - 78-1 - 78-2 - 78-3	1,40
cf. supra - 91-1 – 94-1 – 94-2	1,5
91 - 91-2 – 91-3	1,20
95 - 95-1 – 95-2 – 95-3	1,16

SCENARIO C 3	
Regroupement de territoires de santé	Population en million
<u>Territoire 1</u> 75-1 – 92-3 – 93-1 – 93-2	1,52
<u>Territoire 2</u> 75-3 – 92-1 – 92-2	1,67
<u>Territoire 3</u> 93-3 moins les communes du 77	0,58
<u>Territoire 4</u> 75-2 – 94-1 – 94-2	1,96
77	1,27
78	1,40
91	1,20
95	1,16

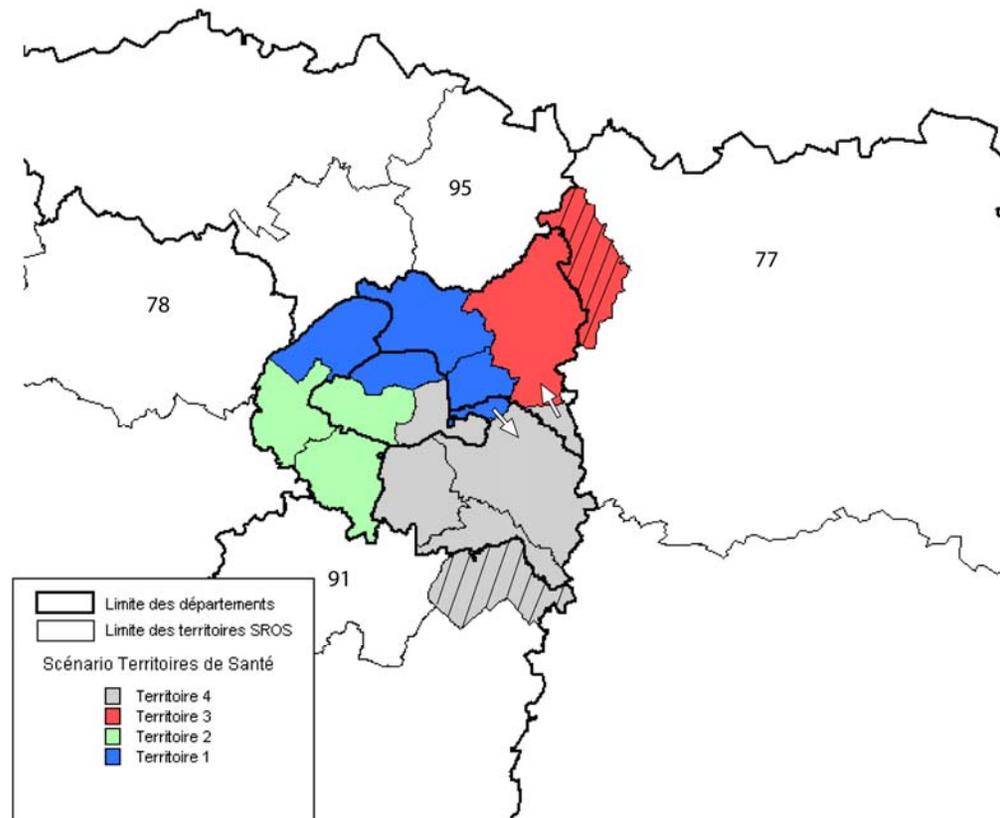
# Option C 1



## Option C 2



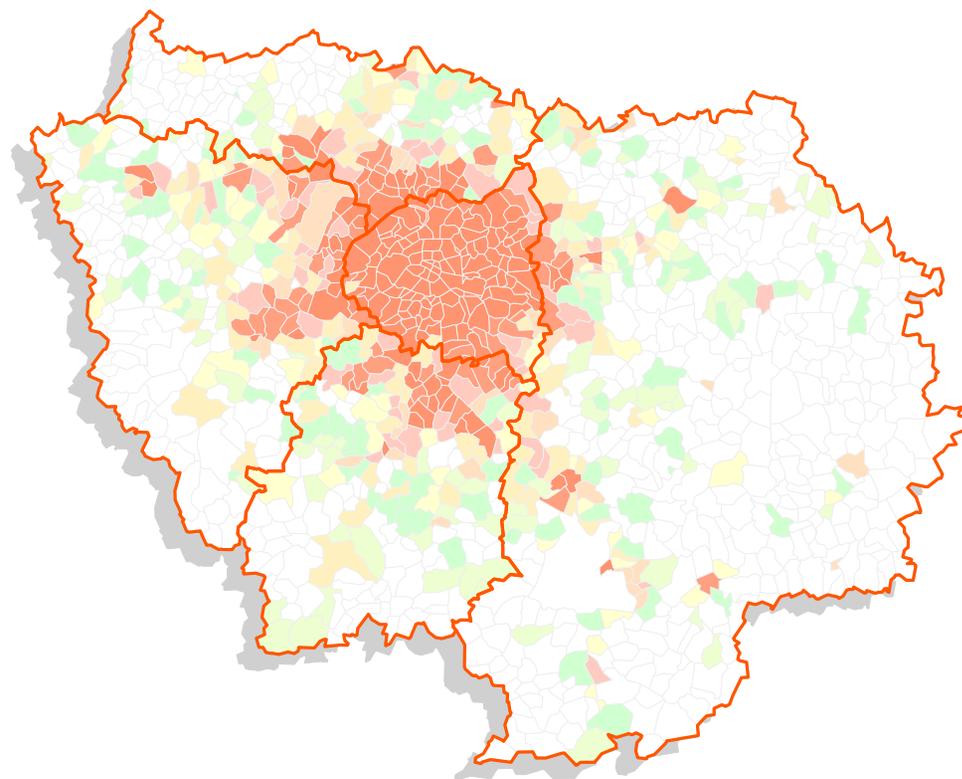
## Option C 3



## Option D

Nombre d'habitants au Km<sup>2</sup>

- entre 1 et 100
- entre 100 et 150
- entre 150 et 200
- entre 250 et 400
- entre 400 et 700
- entre 700 et 1 100
- entre 1 100 et 1 800
- entre 1 800 et 3 000
- 3 000 et plus



#### **4.4 - Compatibilité des scénarios proposés avec les territoires structurés actuels**

Les propositions ci-dessus ont été testées en regard de leur comptabilité avec trois dimensions particulières que sont :

- les circonscriptions d'action gérontologiques là où elles existent ;
- les secteurs de psychiatrie ;
- Les projets de communautés hospitalières de territoires.

Aucune incompatibilité majeure n'a été relevée pour la première dimension. S'agissant de la cohérence entre la sectorisation psychiatrique et les divers scénarios, les territoires qui épousent les départements sont un élément de concordance plus fort mais dans tous les cas de figure la non coïncidence des secteurs de psychiatrie adulte et infanto-juvénile avec tout autre territoire conduit à trouver d'autres formes de cohérence que la seule approche territoriale.

S'agissant des communautés hospitalières de territoire envisageables (ou de projets de regroupements en cours) les différents scénarios d'un établissement du nord des Hauts-de-Seine.

#### **4.5 - Compatibilité des scénarios avec les critères de la commission régionale de santé**

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 :

- 1 « Porter des principes et des valeurs... » ;
- 2 « Etre connu de tous.... »
- 3 « S'inscrire dans un environnement de responsabilités claires et partagées... » ;
- 4 « Etre observé de manière indépendante... » ;
- 5 « Se placer dans la proximité... » ;
- 6 « Etre orienté vers une population informée... ».

Selon les scénarios ces critères sont présents de manière variable : mais celui des scénarios qui sera retenu devra faire l'objet d'une promotion active en particulier sur le plan de l'information. Rappelons par ailleurs que la définition des territoires de concertation institutionnelle ne représente qu'une partie de la problématique des territoires.

## 5. Annexes

### Bibliographie :

Etude de l'IAURIF sur les bassins de vie et les déplacements en Ile-de-France  
[http://www.iau-idf.fr/fileadmin/Etudes/etude\\_508/BV\\_VFcomp\\_light.pdf#pagemode=bookmarks&page=12](http://www.iau-idf.fr/fileadmin/Etudes/etude_508/BV_VFcomp_light.pdf#pagemode=bookmarks&page=12)

Etude de l'URCAM sur la géographie des recours aux soins  
<http://www.urcam.assurance-maladie.fr/Geographie-des-recours-aux-soi.geographie-recours-soins0.0.html>

Rapport de Bernard LEURQUIN sur "le projet partagé de santé, d'action sociale et médico-sociale des territoires de développement" Association pour la fondation des Pays

Les territoires et la santé «Pour servir le débat public autour du projet de loi HPST» : Jean-Michel Budet, Benoit Péricard, Emmanuel Vigneron

Tic et territoires, notamment :

Espace régional, territoires et systèmes d'information de santé : Dominique Penhouet

Améliorer la coordination des soins en établissement : Jean-Yves Robin

DMP et territoires : Jean Riondet

La télésanté et aménagement du territoire : Pierre Simon et Roland Michel

Territoires et accès aux soins : Dominique Polton et Huguette Mauss  
Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées janvier 2003

Territoires de l'hôpital et territoires de projets de santé : Datar 2004

Territoires et SROS de 3e génération.  
Polton D., In « Revue Hospitalière de France », n° 497, 2004/03, pp. 18-21.

Atlas de la santé en Ile-de-France : ORS et alii septembre 2005

Circulaire interministérielle DGS/DHOS/SD1A n° 2006-383 du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en oeuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité et au développement des ateliers santé ville

- Etude sur l'accessibilité aux services de santé, DATAR, prévue en juin 2010
- « Inégalités socio-sanitaires : du national au cantonal » Etude FNORS, prévue pour l'été 2010
- Analyse comparée des schémas départementaux pour le handicap, étude CREAHI portant sur 15 régions françaises
- Distance d'accès aux différentes spécialités médicales (ville / hôpital), IRDES, juin 2010

Les territoires au chevet de la santé : Emmanuel Vigneron Gestions hospitalières n° 513 novembre-décembre 2006

Evaluation et territoires : Sandrine Haas et Emmanuel Vigneron : La documentation française 2007

Les villes moyennes et la santé : Sandrine Haas et Emmanuel Vigneron : La documentation française 2008

Atlas mondial de la santé : Zoé Vaillant et Gérard Salem Autrement 2008

"Découverte et représentation des trajectoires de soins par analyse formelle de concepts - Thèse présentée et soutenue publiquement par Nicolas JAY le 7 octobre 2008.", Laboratoire LORIA - Université Henry Poincaré, Nancy

La notion de territoire comme outil de planification sanitaire : Historique et méthodologie  
Conférence régionale de santé d'Ile-de-France 2009 : Jean-Marc Macé

les conditions de réussite des territoires de santé en Ile-de-France  
Conférence régionale de santé d'Ile-de-France 2009

Dynamiques territoriales de santé en Ile-de-France : ORSIF 2009

Contexte géographique et état de santé de la population : de l'effet ZUS aux effets de voisinage  
IRDES Questions d'économie de la santé n° 139 février 2009

Cinquante ans de sectorisation psychiatrique en France : des inégalités persistantes de moyens et d'organisations IRDES août 2009

La France des fragilités et des dynamismes territoriaux : Sandrine Haas et Emmanuel Vigneron : 2010

Les hospitalisations potentiellement évitables en Ile-de-France 2010 : non publié

Colloque « Territoires gérontologiques » Contraintes, défis et controverses 2010  
[http://www.fng.fr/html/actualites/detail\\_actu.asp?actu=404](http://www.fng.fr/html/actualites/detail_actu.asp?actu=404)

Les territoires de santé : des approches régionales variées de ce nouvel espace de planification  
Coldefy M 1, Lucas-Gabrielli V : in Pratiques et Organisation des soins janvier-mars 2010

Gestions Hospitalières n° 495, avril 2010

## **Glossaire :**

ANTESYSS : analyse territoriale du système de santé

ASV : atelier santé ville

CHT : communauté hospitalière de territoire

CODAMU : comité départemental de l'aide départementale urgente

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

CPOM : contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens

CREDOC : centre d'étude et de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie

CRS : conférence régionale de la santé

CRSA : conférence régionale de la santé et de l'autonomie

CSP : code de la santé publique

CUCS : contrat urbain de cohésion sociale

GDR : gestion du risque

HPST : hôpital patient santé et territoire (loi)

IAU-IDF : institut d'aménagement et d'urbanisme Ile-de-France

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

IRC : insuffisance rénale chronique

MRS : mission régionale de santé

MSP : maison de santé pluridisciplinaire

ORS : observatoire régional de la santé

PDS : permanence des soins

PLS : programme local de santé

PMI : protection maternelle et infantile

PRIAC : programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie

PRS : projet régional de santé

SDRIF : schéma directeur de la région Ile-de-France



SROS : schéma régional d'organisation sanitaire  
UFR : unité de formation et de recherche  
URCAM : union régionale des caisses d'assurance maladie  
URPS : union régionale des professionnels de santé  
ZFU : zone franche urbaine  
ZRU : zone de redynamisation urbaine  
ZUS : zone urbaine sensible