régions

Le Sros de Haute-Normandie

Depuis la loi hospitalière de juillet 1991, les régions sont tenues d'élaborer leur schéma régional d'organisation sanitaire (Sros). Il s'agit d'adapter l'offre de soins aux besoins réels de la population, en tenant compte de principes généraux comme l'accessibilité aux soins, la proximité, les urgences… En Haute-Normandie, le Sros résulte en outre d'une approche par filières de prise en charge, par spécialité.

Comment partir des besoins de la population pour faire évoluer le système de santé régional, pour adapter l'offre de soins ? telle est la problématique à l'origine de l'élaboration des Sros.

L'aboutissement formel et réglementaire de la démarche de l'élaboration des Sros est un arrêté préfectoral qui marque la conclusion d'une mobilisation importante des acteurs locaux.

Méthode d'élaboration

La méthode d'élaboration du Sros repose sur quelques principes :

• *Partir des besoins de la population*

L'approche populationnelle a été, le premier temps, indispensable à toute réflexion sur le système sanitaire. La population, l'ensemble des patients potentiels et leur répartition dans l'espace, leurs déplacements (attractivité des villes) conditionnent la répartition dans l'offre. Cette démarche permet de renverser la perspective habituelle et par exemple de poser en filigrane une question iconoclaste : *s'il n'y avait pas d'hôpitaux dans la région, où faudrait-il en construire, selon quels critères… ?*

Le respect de ce principe impose que la logique d'organisation de l'offre de soins soit cohérente avec ce constat démographique.

• *Assurer une équité d'accès au dispositif des soins*

Pour respecter un des fondements de notre société (égalité des citoyens), mais aussi plus concrètement pour assurer l'égalité des chances dans certaines situations concrètes (urgences par exemple).

• *Organiser prioritairement les éléments les plus structurants du système de soins*

On peut définir comme élément structurant, une activité ou un équipement dont la présence (ou l'absence) induit fortement l'organisation d'activités connexes (par exemple, l'accueil des urgences suppose une bonne organisation de l'imagerie). L'accueil des urgences et la réanimation ont été les bases de la réflexion sur l'organisation hospitalière :

• en interne : car ils établissent des liens avec l'ensemble du plateau technique de l'hôpital.

• en externe : car la sécurité et la qualité des prises en charge imposent la construction d'un réseau hospitalier basé sur la hiérarchie des compétences et des moyens.

• *La mise en compte de problèmes de santé spécifiques*

Le cancer, les maladies cardio-vasculaires et la psychiatrie ont nécessité une réflexion particulière compte-tenu des résultats du bilan régional qui a été intégré dans le Sros.

• *Assurer la continuité des prises en charge et le déplacement « fluide » du patient dans le système*

Les soins de suite et de réadaptation après les séjours dans les services de soins aigus ont été une priorité du Sros.

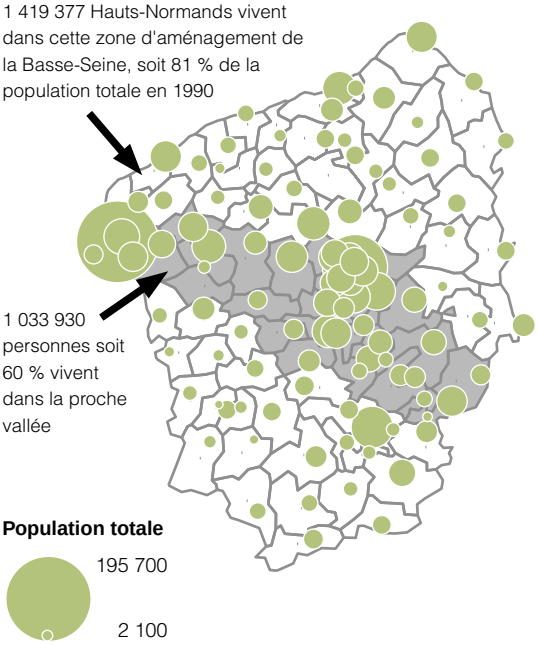
• *Assurer la qualité et la sécurité des prises en charge*

Cet objectif de santé publique a primé dans la définition des orientations qui n'était confrontée qu'*in fine* aux contraintes budgétaires.

• *Évaluer*

Le principe de l'évaluation était posé dès le départ aussi bien en ce qui concerne l'atteinte d'objectifs en terme d'état de santé (réduction de mortalité…), que

Le poids démographique
de la Vallée de la Seine



La Haute-Normandie en chiffres

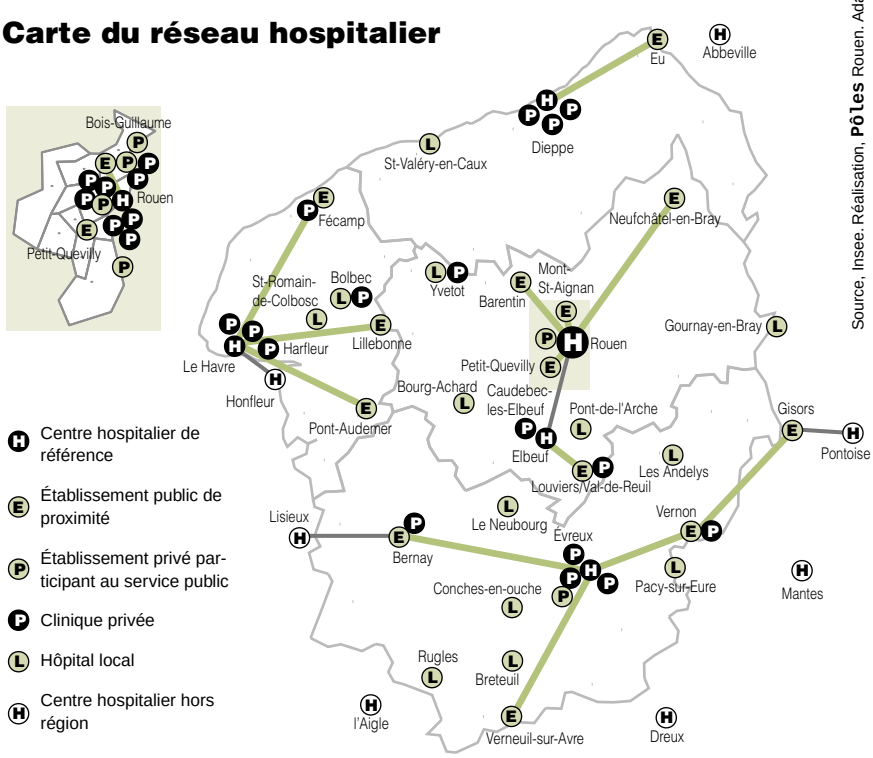
Population
1,7 million d'habitants (3,1 % de la population française sur 2 % du territoire)

Départements
Seine-Maritime et Eure

Caractéristiques socio-économiques
Taux de chômage élevé
Faiblesse du taux de diplômes de l'enseignement supérieur

Indicateurs sanitaires
Surmortalité (après standardisation) par cancers, maladies cardio-vasculaires, suicides

Carte du réseau hospitalier



Source, Insee. Réalisation, **Pôles** Rouen. Adaptation, *AdSP*.

de fonctionnement de structures (délais d'attente aux urgences…) ou de restructuration hospitalière.

Les résultats

La carte du réseau hospitalier est l'expression la plus synthétique du Sros de Haute-Normandie (voir ci-contre). Ce Sros a les caractéristiques suivantes.

- Le réseau hospitalier épouse fidèlement la répartition de la population.
- Les réseaux ne sont pas une simple déclaration d'intention mais recouvrent une réalité concrète qui est parfois contraignante. Le partage des compétences médicales aboutit pour certains établissements et pour certaines activités (urgences…) à une perte d'autonomie des hôpitaux de proximité (soins courants) au profit des hôpitaux de référence (soins spécialisés ou très spécialisés). Le partage d'activité entre les secteurs « public » et « privé » dans certaines disciplines (cancérologie par exemple), figure dans le Sros, de même que la co-utilisation d'équipements lourds.
- Des référentiels nationaux (urgences, réanimation …) ou régionaux (soins de suite …) serviront à garantir la qualité des prises en charge.
- L'obligation d'évaluer est omniprésente et les indicateurs les plus importants et les plus robustes sont inscrits dans le Sros et donc opposables aux acteurs.
- Une politique volontariste a été décidée pour conforter les métropoles d'équilibre (Dieppe, Évreux) par rapport à l'axe traditionnel de la vallée de la Seine.
- La démarche d'élaboration du Sros a permis en Haute-Normandie une prise de conscience, jusque là inexistante, des problèmes de santé régionaux. La petite taille de la région, son faible rayonnement au plan national ont également permis l'élaboration d'un Sros parfois plus directif, plus contraignant qu'ailleurs.

Bernard Basset
Responsable de la filière des médecins inspecteurs de santé publique, ENSP