



Le SrosS de Midi-Pyrénées

Le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale de la région Midi-Pyrénées a été arrêté par le Préfet de région en juillet 1994. C'est un document de 400 pages grand format, dont seuls certains chapitres sont « opposables », ceux qui traitent au sein de la première partie « orientations régionales » des domaines sanitaires relevant strictement de la loi de 1991. Les autres chapitres de cette première partie portent pour l'essentiel sur les domaines réputés « sociaux » ou « médico-sociaux » : ils ont, tout autant que les chapitres « opposables », servi de référence pour tous les acteurs et permis d'étayer les décisions prises depuis à l'échelon régional. La deuxième partie du SrosS donne des précisions sur les réseaux à construire dans chaque « secteur sanitaire » : ce sont en fait les « annexes » (non opposables à l'époque) prévues par la loi de 1991.

Un SrosS avec deux S

Les distinctions entre les domaines sanitaire, social ou médico-social résultent en fait des spécificités des financements des prises en charge par les différentes institutions : sécurité sociale, collectivités territoriales, État, sans oublier les mutuelles. Quand une personne se présente à l'une des portes d'entrée d'un établissement, par exemple aux urgences, elle ne sait pas forcément quel est son problème et qui doit financer la solution (s'il y en

a une...). Un plan régional vise à organiser au moindre coût les prises en charge adaptées aux besoins à venir de la population. S'il veut être efficace, il doit balayer l'ensemble du champ sanitaire et social, sans trop s'attacher aux critères juridiques de l'opposabilité.

Le découpage de la région en secteurs sanitaires

Après examen par les quatorze conférences sanitaires existant dans la région (qu'il a fallu parfois renommer au seul effet d'opiner sur leur disparition !), puis par le Cross, le découpage de la région en onze secteurs sanitaires a été arrêté dès 1993, sans de trop grands remous sur place. Le résultat ne respecte pas strictement les termes de l'arrêté ministériel publié à peu près à la fin du processus en Midi-Pyrénées. Parmi les quatorze secteurs précédents, figurait le plus petit secteur de France, regroupant autour de Saint-Girons dans l'Ariège quelque trente mille — au plus — couzeranais très attachés à leur « autonomie »... La plupart des autres secteurs avaient des limites proches des frontières départementales, mais la logique sanitaire avait prévalu, en rapprochant certaines communes du pôle sanitaire le plus attractif, fût-il dans un autre département.

Nous avons choisi d'emblée de revenir par principe aux limites administratives. Les textes nous y invitaient, qui fai-

saient un secteur de tout département de moins de 200 000 habitants. Tel était le cas de quatre départements sur huit : Ariège, Gers, Lot, Tarn-et-Garonne. Par extension, le département des Hautes-Pyrénées, dont la population dépassait de peu les 200 000 habitants a été traité de la même façon. Restaient trois départements : Haute-Garonne, Tarn et Aveyron, qui ont chacun été divisé en deux, mais pour des raisons différentes, et sans respecter partout le seuil de 200 000 habitants voulu par l'arrêté ministériel.

Au total ce découpage, qui comportait plusieurs « petits » secteurs n'a pas donné lieu à contestation, malgré les craintes de la direction des Hôpitaux.

Un exemple contraire, rencontré ultérieurement lors du découpage de la région en secteurs de psychiatrie adulte (à ne pas confondre avec les secteurs de psychiatrie infanto-juvénile qui relèvent d'un troisième découpage !), illustre le bien-fondé de notre choix initial en faveur des limites administratives. Il s'agissait de rattacher un canton au centre hospitalier spécialisé le plus proche, situé dans un département voisin. *A priori* tous les acteurs étaient d'accord : maire, directeurs, médecins, préfets... Mais le conseil général du département d'origine y a vu une amputation et nous avons dû revenir au *statu quo*.

Pour terminer ce bref aperçu du découpage sectoriel, je signalerai une « curiosité » géographique qui n'est peut-être pas propre à la région Midi-Pyrénées. Un

des critères retenus par le découpage, et en tout cas utilisé pour arrêter nos propositions concernant les futurs sites d'urgence de niveau 2 (SAU), consiste à étudier des courbes isochrones autour des pôles sanitaires. Dans l'état actuel de nos routes, en circulant à une vitesse « normale » selon chaque catégorie, les isochrones à 45 minutes autour des chefs-lieux de département correspondent aujourd'hui assez bien aux limites de chaque département, comme si ces 45 minutes correspondaient en l'an 2 000 à la fameuse « journée à cheval » de la Révolution !

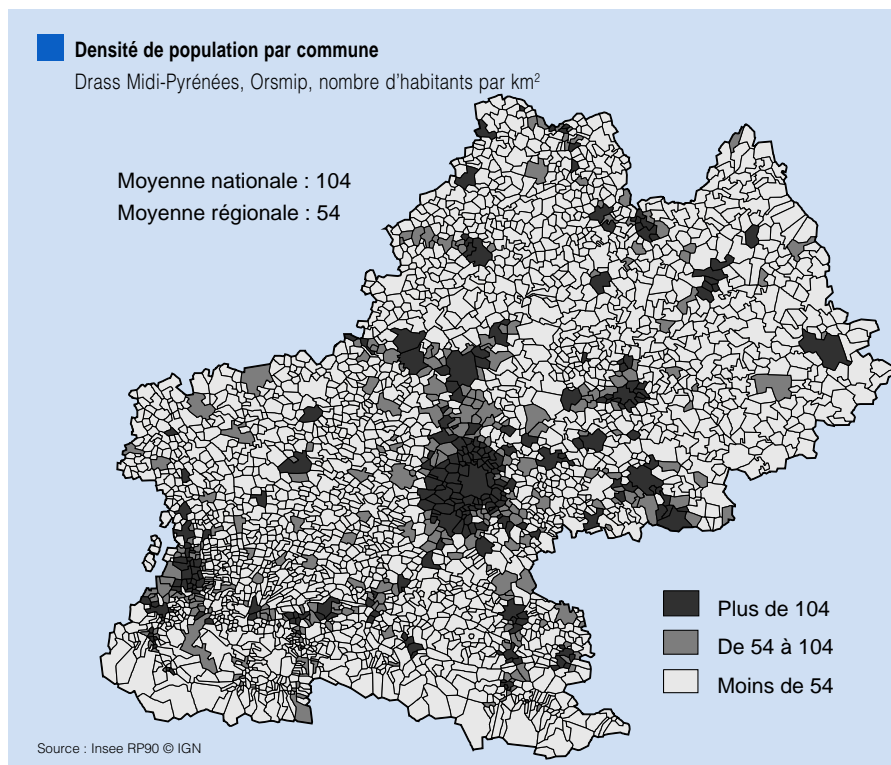
Quelques caractéristiques « géographiques » de la région

Le document publié, tiré en 4 000 exemplaires et longtemps vendu dans les principales librairies toulousaines, comporte de très nombreuses cartes. Chaque fois que l'information disponible le rendait pertinent, c'est le découpage le plus fin qui a été retenu : à l'échelle communale le plus souvent.

Je me bornerai à commenter ici quelques cartes parmi celles que j'ai le plus souvent projetées au cours des multiples réunions organisées à tous les niveaux pour passer de nos premiers balbutiements (avant-avant-projet du schéma) à la version finale du document arrêté par le préfet.

La densité de la population

Le recensement de 1990 compte environ 2,4 millions d'habitants. La superficie du Midi-Pyrénées — 45 000 km² — en fait la plus vaste région de France (métropolitaine du moins : la Guyane est plus étendue). En divisant la population par la surface, on obtient une densité moyenne de 54 habitants par km², contre 101 pour la France entière. La carte en couleur des densités par commune, où par convention le bleu était attribué à toute commune de densité inférieure à 54, montre une région quasi uniformément bleue. À l'opposé la densité n'est supérieure à la densité moyenne française (104) que dans les



principales villes, chefs-lieux de département notamment, ou villes attractives des quelques grands axes de communication, Garonne en particulier.

Cette faible densité moyenne est un facteur essentiel de notre schéma : on ne peut planifier la prise en charge sanitaire et sociale pour 2,4 millions d'habitants de la même façon dans la région Midi-Pyrénées que dans le département du Nord. Alors qu'ils peuvent là-bas accéder à toutes les machines dans des délais limités, il faut selon les lieux de notre région une heure, ou deux, ou plus pour accéder à une IRM...

La dialectique sécurité/proximité, qui nécessite partout des arbitrages difficiles, ne peut-être déclinée de la même façon en milieu dense ou en milieu dispersé. Par exemple, nous avons proposé comme objectif, d'atteindre au cours des prochaines années un minimum de 300 accouchements par an dans chaque maternité, alors que des seuils plus élevés ont été retenus ailleurs. Nous ne pouvions tout de même pas prétendre faire venir toute les parturientes à Toulouse !

L'âge de la population

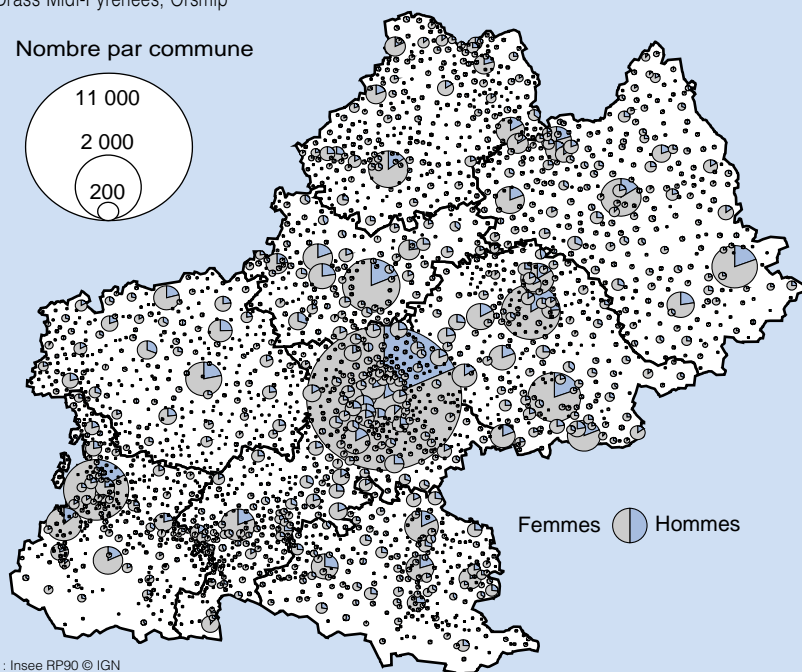
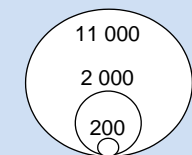
La région a dès maintenant, dans l'ensemble, la structure d'âge que la France entière aura en 2015. Dans sept départements sur huit (Haute-Garonne exceptée), c'est même la structure d'âge que la France aura vers 2050. Cette caractéristique, que nous partageons avec d'autres régions du Grand Sud, s'explique par trois causes combinées : malthusianisme ancestral, attraction du climat pour les retraités, espérance de vie très sensiblement plus élevée. Les effets de ce vieillissement sur la consommation de soins sont, je crois, sous-estimés : l'effet de génération est très sensible, les personnes âgées d'aujourd'hui ayant davantage pris l'habitude de se soigner lorsqu'elles étaient plus jeunes que ne le faisaient les personnes âgées des générations précédentes.

J'ai longtemps plaidé — en vain jusqu'ici — ce dossier, mais j'insisterai plutôt sur la combinaison de ces deux facteurs, en montrant ici la carte que j'ai le plus souvent présentée sur place : celle qui donne la localisation par commune des 65 000 personnes âgées de 75 ans et

Personnes âgées de plus de 75 ans vivant seules par commune et par sexe

Drass Midi-Pyrénées, Orsmip

Nombre par commune



Femmes  Hommes 

Source : Insee RP90 © IGN

	Femmes	Hommes
Ariege	3 800	1 300
Aveyron	6 500	1 800
Haute-garonne	16 800	4 300
Gers	3 600	1 200
Lot	4 100	1 200
Hautes-pyrenees	5 100	1 400
Tarn	7 300	2 000
Tarn et Garonne	4 000	1 200
Région	51 200	14 300

plus qui ont déclaré vivre seules au recensement de 1990.

Il n'y a pas de désert, ni même de zone en voie de désertification en Midi-Pyrénées. Un peu partout se trouvent des personnes âgées qui ont envie de vivre — et de mourir — le plus tard possible chez elles. Des coordinations locales restent à inventer pour mieux organiser leur prise en charge globale, dans des conditions moins coûteuses pour la collectivité, et plus agréables pour elles que si elles étaient obligées de vivre en institution.

Ces coordinations gérontologiques ne surgiront pas toutes seules du réseau existant des seuls établissements sanitaires, même si les hôpitaux locaux, lorsqu'il en existe par chance, ont un rôle essentiel de proximité. À défaut, on pourrait s'appuyer sur les maisons de retraite. Pour illustrer ces propos, j'ai parfois projeté une carte montrant l'implantation des maisons de retraite dans les « zones blanches » de prise en charge de proximité, à plus de vingt minutes de tout pôle sanitaire. Il se trouve qu'il y a aussi des médecins et des infirmiers dans ces mêmes

zones. Reste à inventer les réseaux locaux qui combindraient ces moyens dans des dispositifs connus de la population. C'est une des priorités de notre schéma.

La région, une bonne taille pour la planification sanitaire et sociale

À l'époque des premières présentations de l'avant-projet du SrosS, j'ai trouvé dans *La Dépêche du Midi* un résumé, simpliste mais fidèle, des orientations proposées : « Il ne s'agit pas de soigner tous les habitants au centre hospitalier universitaire (CHU) ; il s'agit encore moins de construire un CHU dans chaque commune ».

Il est impossible de planifier la prise en charge dans le Gers sans savoir qu'Auch est à environ une heure de Toulouse, de son CHU et de ses cliniques spécialisées. Dans l'Aveyron, où Rodez est à deux heures de Toulouse, il faut renforcer davantage l'équipement, mais la télémédecine peut aider à conforter le dia-

gnostic (c'est déjà le cas ici en cardiologie interventionnelle). À tous les points de vue l'échelle régionale est la bonne. Ce n'est pas depuis la capitale que l'on pourrait arriver à des propositions comprises, étant entendu que si elles ne sont pas compréhensibles, elles n'auront aucune chance de s'appliquer. La combinaison des échelons territoriaux de l'État (Drass-Ddass et préfets) est indispensable pour être entendu.

Il me semble que cela a été le cas en Midi-Pyrénées. Le planificateur que j'ai toujours été est heureux d'y avoir contribué au cours des cinq ans et demi que j'ai passé dans ce merveilleux ministère, qui aura toujours deux S, comme les futurs SrosS. ■

Jean Daney de Marcillac

Inspecteur général de l'Insee en retraite ancien Drass de Midi-Pyrénées