



# **Bassins de vie, territoires de santé ou comment atteindre les populations ? Expérience en France métropolitaine.**

**D. DOUMONT  
K. VERSTRAETEN**

A la demande et en collaboration avec le  
Centre local de Promotion de la santé de Namur

**Décembre 2009  
Réf. : 09- 57**

**Série de dossiers techniques**



**Service Communautaire de Promotion de la Santé**  
**avec le soutien de la Communauté française de Belgique**

## TABLE DES MATIERES

<b>1° Introduction</b> .....	2
<b>2° Méthodologie</b> .....	3
<b>3° Proposition de définitions</b> .....	3
A. Territoires administratifs (secteurs sanitaires et secteurs psychiatriques).....	6
B. Territoires spécifiques .....	7
C. Territoires de projet .....	8
.....	11
<b>4° Promotion de la santé et territorialité</b> .....	12
4.1. A propos des inégalités sociales et territoriales : quelles réalités en Rhône-Alpes ?....	13
4.2. A propos de la prise en charge des soins gériatriques en Nord-Pas-de-Calais.....	14
4.3. A propos des collectivités territoriales franciliennes .....	17
4.4. A propos du développement de l'éducation thérapeutique en France.....	18
<b>5° Commentaires et conclusions</b> .....	20
<b>6° Bibliographie</b> .....	22
<b>7° Annexe</b> .....	23

## **Territoires de santé, bassins de vie ou comment atteindre les populations ? Expérience en France métropolitaine.**

### **1° Introduction**

Définir un territoire administrativement et géographiquement ne permet pas pour autant “d’atteindre” (toute) la population référente à ce territoire. En effet, que l’on parle de commune, d’agglomération, d’entité, de province, de région, ces “territoires” ne correspondent pas toujours à des “espaces pertinents” de développement. Les limites politiques et administratives correspondent de moins en moins aux divers fonctionnements socio-économiques réels des territoires et donc ne répondent pas toujours aux besoins des populations et cela qu’il s’agisse d’offre de soins, d’accès à l’emploi, de services scolaires, de mobilité, d’environnement, etc. Enfin, il faut bien évidemment garder à l’esprit que les inégalités en matière de santé ne s’arrêtent pas aux frontières administratives, que les réalités rurales ne sont pas nécessairement celles des villes, que les disparités du Sud ne correspondent pas à celles de Nord.

Face à ces réalités de terrains, le CLPS de Namur s’interroge :

- Comment définir un territoire et arriver à déterminer la zone dans laquelle les individus vont s’identifier ?,
- Comment identifier des niveaux d’intervention pertinents ?,
- Comment sont structurés les bassins de vie ?,
- Quelles sont les implications à l’échelle communale ?,
- Quelles sont les priorités d’action à ce niveau où les enjeux de santé sont à la fois économiques, sanitaires et sociaux ?
- Faut-il privilégier la proximité géographique ?

Autant de questions auquel le présent dossier technique tente de répondre en se référant principalement aux expériences développées en France métropolitaine.

## 2° Méthodologie

Les recherches bibliographiques ont été menées sur les deux bases de données suivantes : Doctes (base de données partagées dans les domaines de la promotion de la santé et de l'éducation pour la santé) et Medline (base de données bibliographiques produite par la National Library of Medicine et qui couvre tous les domaines biomédicaux). Certains sites Internet ont également été consultés (cfr bibliographie en annexe).

La date du document, son accessibilité, son degré de réponse et sa pertinence par rapport à la question de recherche ont conditionné le choix des articles retenus.

Au regard de ces différents critères et remarques, 17 articles/documents ont été recensés dans le cadre de cette revue de littérature. Pour la grande majorité d'entre eux, ils concernent des expériences en France métropolitaine.

Les mots clefs retenus pour la recherche documentaire ont été : territoires de santé, bassins de vie, politiques locales, collectivités territoriales, santé publique.

## 3° Proposition de définitions

Bantuelle et al. (2009) nous rappellent que le **territoire** d'une démarche communautaire n'est pas prédéfini. Il se construit "*en fonction du groupe concerné ou impliqué par un problème de santé; l'action s'inscrit nécessairement sur un espace qui est une juxtaposition de territoires administratifs, professionnels, organisationnels*". "*Si des éléments structurants de l'action communautaire sont un groupe de personnes et un ou des problèmes de santé, l'espace de la démarche doit ensuite se construire avec les divers acteurs concernés qui ont à transcender, sortir de leur territoire habituel ou réglementaire d'intervention*". Faut-il dès lors privilégier la proximité géographique, la proximité visuelle et/ou temporelle entre les intervenants et le public cible ? Ces mêmes auteurs nous rappellent toute l'importance, aussi bien pour les professionnels et intervenants de santé que pour les bénéficiaires, de pouvoir "*dépasser les limites*" d'un territoire de travail.

La notion de **territoires de la santé**, selon Bourdillon (2005), est une notion relativement nouvelle qui se rapproche de celle des **bassins de santé**. En effet, depuis l'ordonnance de 2003 qui portait sur la simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé, ce que l'on appelait "secteur(s) sanitaire(s)" est désormais identifié et appelé "territoire(s) de santé". Ces territoires prennent en compte les milieux de vie, l'état de santé de la population et les lieux de soins de cette population. Ils ignorent toutefois les frontières administratives. "*Aux découpages administratifs classiques (nation, région, département, arrondissements canton, commune) vient donc se greffer un nouveau zonage plus proche de la réalité de la vie quotidienne des Français. En termes de politique publique, les administrations doivent donc à la fois agir sur le territoire administratif dont elles ont la charge et prendre en compte de nouvelles dimensions dont l'assise réglementaire reste encore à préciser.*" Cette nouvelle approche "géographique" de la santé, qui se base notamment sur des données épidémiologiques et des indicateurs socio-économiques, permet de mieux cerner les populations, leur état de santé et l'offre de soins. Il est ainsi également plus facile de

comparer les différentes zones géographiques entre elles et favoriser une “*discussion sur les questions d’inégalités de santé et les mesures à prendre pour y apporter de possibles mesures correctrices*”.

Le rapport réalisé par le groupe de travail “Territoires et accès aux soins” – CREDES (Polton D., Mauss H., 2003) distingue des **territoires d’action** et des **territoires d’observation**.

Parmi les **territoires d’action** (dans le sens : espaces de mise en œuvre des politiques), 3 types de territoires sont déterminés : les territoires administratifs, les territoires dits “spécifiques” et enfin les territoires de projet.

- Les **territoires administratifs** qui sont définis par des textes législatifs et auxquels sont rattachés des instruments de régulations (en effet, des institutions présentes sur ces territoires ont des compétences en termes d’aménagement, d’allocation de ressources, de décisions financières, etc). En ce qui concerne précisément la planification hospitalière, il s’agit essentiellement des **secteurs sanitaires et psychiatriques**.
- Les **territoires dits “spécifiques”** ou “ad hoc” ont été créés par les ARH (Agence Régionale Hospitalière), dans le cadre des SROS <sup>1</sup> (schéma régional d’organisation sanitaire). Ils poursuivent plusieurs objectifs : définir des territoires pertinents pour l’observation de certaines activités comme par exemple les bassins de naissance, matérialiser des espaces de coopération entre établissements qui permettent de privilégier leur rapprochement, par exemple en favorisant des pôles de coopération, s’appuyer sur des zonages plus pertinents que les secteurs sanitaires pour réorganiser l’offre de soins, par exemple en regroupant certains secteurs.
- Les **territoires de projet** qui émergent d’une démarche ascendante s’organisent plutôt à l’initiative d’acteurs locaux. Ils prennent en considération la pluralité des politiques publiques et inscrivent les projets de santé dans un cadre plus élargi comme par exemple dans une vision globale de l’aménagement du territoire. “*Ces territoires sont constitués autour des acteurs : par construction, les contours et les projets sont fonction des volontés locales de ces acteurs à travailler ensemble, même si une structuration par le niveau national est possible. Le maillage du territoire n’est donc pas systématique, et la santé n’est pas nécessairement une priorité de projets territoriaux*”. Enfin, certains territoires de projet peuvent être soutenus plus spécifiquement par des acteurs sanitaires et sociaux (accès à la prévention et aux soins, programme de santé publique, etc).

Les **territoires d’observation/d’étude** sont utilisés à des fins d’observation et d’analyse et sont par exemple définis pour analyser les déplacements des habitants dans leur recours aux soins ou pour déterminer des zones spécifiques d’un point de vue épidémiologique, des zones

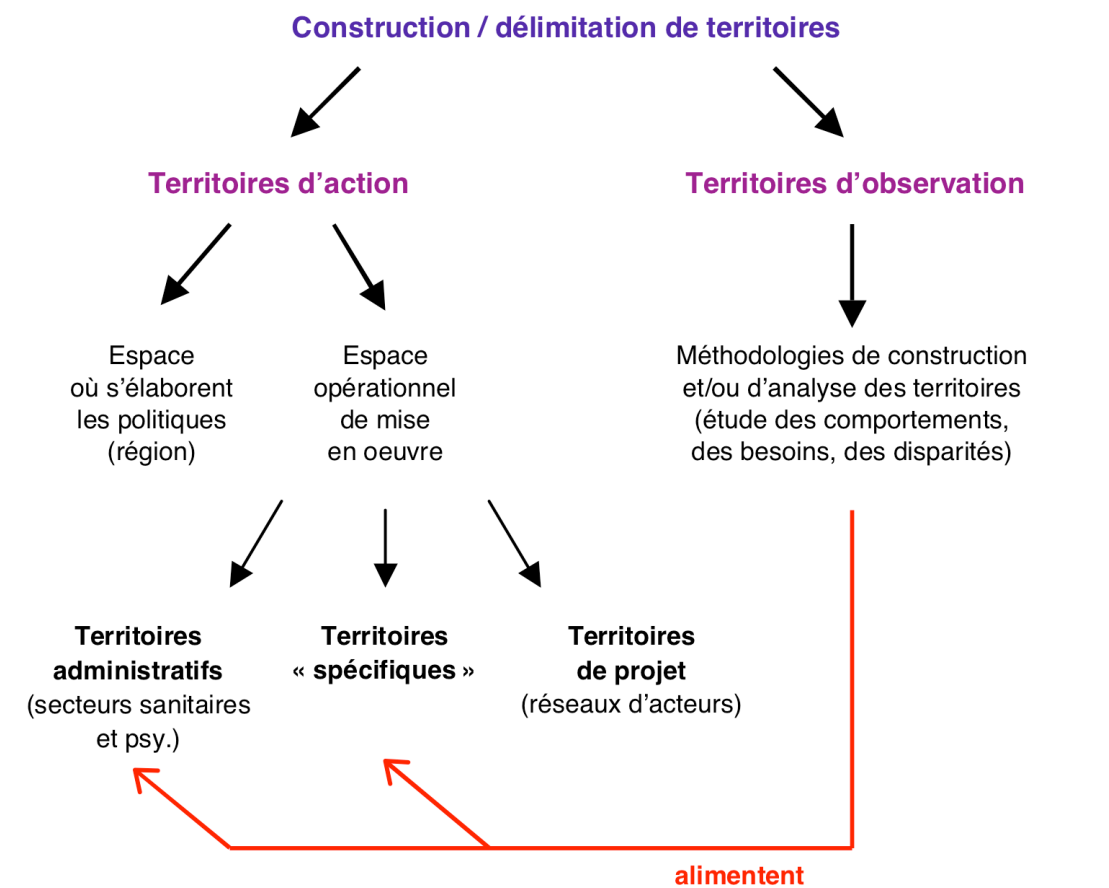
---

<sup>1</sup> Les nouveaux Schémas Régionaux d’Organisation Sanitaire s’adaptent à chaque région et déclinent quatre priorités, à savoir :

1. conduire une meilleure évaluation des besoins de santé,
2. veiller à une plus grande prise en compte de la dimension territoriale,
3. rechercher une association plus étroite des établissements, des professionnels, des élus et des usagers,
4. assurer une véritable animation de leur mise en œuvre au sein de chaque territoire de santé.

Circulaire n° 101/DHOS/O°2004 du 05 mars 2004, in Les petits dossiers de l’observatoire régional de la santé Nord-Pas-De-Calais, 2006, n° 13.

particulièrement défavorisées d'un point de vue sanitaire ou encore des zones manquant cruellement de professionnels de santé (par exemple de médecins). On peut également identifier des zones homogènes en termes de besoins de santé. Toutefois, si ces "études" ne permettent pas systématiquement de définir des zones en territoire d'action, elles permettent de mieux prendre en considération les modes de vies des habitants, voire d'identifier les zones en difficulté.



in Territoires et accès aux soins, Rapport du groupe de travail, (Polton et al., 2003)

Après avoir défini les différents types de territoires, Polton et al. (2003) se positionnent par rapport à la notion **d'accès effectif et efficace de la population à un ensemble de services sanitaires, et dans certains cas médico-sociaux et sociaux.**

En effet, si la notion d'**accès** fait référence à la répartition et à l'organisation de l'offre de soins, cette accessibilité géographique ne garantit pas pour autant un **accès effectif** et comme le rappellent les auteurs du rapport du groupe de travail "Territoires et accès aux soins", *"la mission des pouvoirs publics est aussi de s'assurer que la population a bien un recours réel aux services dont elle a besoin. Des actions locales dans certaines zones défavorisées peuvent y contribuer. Au-delà, un enjeu important pour le système de santé dans les années à venir est bien d'amener les professionnels, globalement, à une plus grande implication dans le service d'une population sur un territoire et non seulement d'une clientèle qui franchit la porte de l'hôpital ou du cabinet médical"*. Toutefois, l'**accès** se doit également d'être **efficace** (en termes de pertinence et de qualité).

## **A. Territoires administratifs (secteurs sanitaires et secteurs psychiatriques)**

Les secteurs sanitaires sont hétérogènes en taille. Toutefois, ils doivent au moins inclure un minimum de 200.000 habitants (arrêté ministériel du 5 mai 1992). La taille moyenne par région varie de 201.688 en Basse-Normandie à 577.933 en Lorraine (784.381 habitants en Ile-de-France). Le caractère hétérogène est lié d'une part au caractère rural ou urbain de la région et d'autre part à la densité de la population. Il existe également une grande variabilité de la superficie des secteurs sanitaires, la plupart variant entre 1.000 et 7.000 km<sup>2</sup>. Les petits secteurs sont constitués de zones urbaines fort denses que l'on retrouve principalement en Ile-de-France, dans le Nord-Pas-de-Calais et en Provence-Alpes-Côte-d'Azur; les grands secteurs étant composés essentiellement de communes rurales.

Pour un grand nombre de régions, les secteurs ne coïncident pas aux limites départementales. En effet, seules quatre régions ont 'respecté' les limites départementales (Auvergne, Centre, Corse et le Limousin).

Les secteurs sanitaires correspondent donc à des espaces géographiques au sein desquels est pensée l'organisation des soins hospitaliers (structuration de l'offre autour des pôles hospitaliers importants, complémentarités entre les établissements hospitaliers et fonctionnement en réseau, coopérations, recompositions). Certaines régions comme la Bretagne, la Picardie ont exploité le secteur sanitaire comme un espace de concertation réelle entre acteurs locaux.

Cependant, il semblerait que la taille des secteurs sanitaires ne soit pas toujours adaptée à toutes les problématiques. De nombreuses régions ont éprouvé le besoin de travailler sur des espaces infra-sectoriels en utilisant notamment les bassins d'attraction hospitalière, les zones d'emploi, etc. *“L'utilisation de cet échelon territorial s'est inscrite en complémentarité, plutôt qu'en substitution, avec le secteur sanitaire”*.

A côté des secteurs sanitaires sont identifiés des secteurs psychiatriques. Le principe de la sectorisation en psychiatrie trouve son origine en 1960 et cela même si son assise légale et son financement n'ont été octroyés qu'en 1985. Cette sectorisation est liée à la problématique de la proximité des soins et comporte d'une part une dimension géo-démographique (il s'agit de définir un territoire d'accès aux soins pertinent sur un critère de population) et d'autre part une dimension fonctionnelle (équipe pluridisciplinaire chargée d'assurer la continuité de la prise en charge de la prévention et de la réinsertion). Il s'agit donc de développer des structures de prise en charge qui soient proches de la population, dans *“une logique de désinstitutionnalisation et ambulatoire”*, référence est ainsi faite au centre médico-psychologique (CMP).

Toutefois, ce découpage présente également ses limites : découpage “artificiel” qui n'est pas toujours en adéquation avec les besoins de la population ni en mesure de s'adapter à l'évolution de celle-ci, découpage qui ne se recoupe pas avec d'autres découpages sanitaires et sociaux, découpage qui pose certaines difficultés en termes de coordination, découpage qui se veut égalitaire mais qui pourtant a engendré un certain déséquilibre au niveau des moyens, existence d'importants cloisonnements entre les secteurs, etc. Fort heureusement, ce morcellement permet toutefois une amélioration de l'accessibilité aux soins, il permet le renforcement d'une offre de proximité et favorise la continuité des soins en articulation avec

les professionnels de la santé (médecins généralistes notamment) et issus des secteurs social et médico-social.

## **B. Territoires spécifiques**

### **Les territoires de planification hospitalière**

#### **◆ Les bassins de santé**

La notion de **bassin de santé** renvoie le plus communément à *“une zone d’attraction hospitalière, dessinée par les flux domicile-hôpital”*. Certains parlent également de “bassins d’attraction hospitalière” ou de “bassins d’hospitalisation”. *“Le principe de base est qu’une unité géographique de base (commune, canton) est rattachée à un bassin dès lors que sa population s’oriente préférentiellement vers le(s) établissements hospitaliers de ce bassin”*. Pour les auteurs du rapport, cette notion de bassin de vie n’est toutefois pas univoque. En effet, initialement, ce découpage envisageait des territoires plus larges, “en posant le principe que le bassin devait s’organiser autour d’un établissement de référence et comportait donc un ensemble d’établissements ... et dans cette conception, le niveau territorial d’un bassin de santé pouvait aller jusqu’à rejoindre celui du secteur sanitaire...”. Dans la pratique, il semblerait toujours selon les auteurs du rapport que ce soit à un niveau plus fin qu’ait été utilisée la notion de bassin de santé, à savoir plutôt comme bassin d’attraction d’un établissement ou d’un “pôle sanitaire”, (c’est-à-dire une association d’établissements géographiquement proches et opérant en complémentarité). Rhône-Alpes fournit un exemple très abouti de cette conception avec des bassins d’hospitalisation de proximité qui s’emboîtent dans les secteurs sanitaires (existence de 34 bassins de santé pour un total de 11 secteurs sanitaires) et qui servent de base de réflexion pour analyser la réponse aux besoins en soins hospitaliers de proximité (réalisation d’un état des lieux de la chirurgie de proximité à l’échelle des bassins).

Les régions qui ont opté pour les bassins de santé en ont fait un outil d’observation infra-sectoriel et poursuivent les objectifs suivants :

- la validation du découpage des secteurs sanitaires,
- la coopération entre les établissements,
- la déclinaison du SROS,
- l’animation des réseaux de soins,
- la concertation avec les acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux,
- l’observation des comportements sanitaires de la population,
- l’étude et la négociation des projets d’établissements et des contrats d’objectifs et de moyens.



### ◆ Autres territoires spécifiques

Notons également que selon les régions, différentes notions peuvent être utilisées, à savoir : - **bassins de vie**, - **bassins de proximité**, - **bassins d'emplois**, - **bassins de contextualisation**, - **bassins de coopération des acteurs et de concertation**, - **bassins de naissance ou de chirurgie**, **pays**.

Les **zonages infra sectoriels** bien que proches du cadre logique des bassins de santé sont plutôt circonscrits à une partie de l'activité hospitalière. Par exemple, la Bretagne a identifié des bassins de proximité hospitaliers qui permettent "de visualiser graphiquement l'attraction des établissements pour les activités de proximité (celles-ci n'étant pas définies a priori mais plutôt déduites des comportements de patients dans leur recours aux hôpitaux). Certaines régions ont travaillé sur des bassins de chirurgie ou des bassins de naissance pour cerner de manière plus précise les comportements des patients et ainsi permettre de répondre à une offre de soins en adéquation avec les besoins. Certaines régions ont quant à elles utilisé des découpages INSEE qui existaient déjà (par exemple, les bassins d'emploi dans le centre). Dans le cadre de la prise en charge des pathologies du vieillissement pour le SROS 2, la Poitou-Charentes a, quant à elle, bénéficié d'un découpage en pays.

Deux régions ont toutefois utilisé des découpages quelque peu différents, intermédiaires entre la région et le secteur sanitaire. Ces **découpages supra sectoriels** peuvent être **généralistes** ou **spécialisés** : - les territoires **généralistes** regroupent des activités MCO (médecine, chirurgie et obstétrique) + SSR (soins de suite et réadaptation), par exemple : bassins de vie région Nord-Pas-de-Calais. " Ces bassins de vie sont jugés plus cohérents que les secteurs en termes d'aménagement du territoire et de circulation des populations. Ils se sont de fait substitués aux secteurs pour la planification hospitalière et l'allocation des ressources ". - les découpages supra sectoriels **spécialisés**, comme par exemple en Picardie où l'on identifie le regroupement de 8 secteurs sanitaires sur 5 sites spécialisés en cancérologie, en néonatalogie et en cardiologie (activités rares et/ou coûteuses).

### ◆ L'interrégional, une échelle d'ores et déjà utilisée

*« Les limites régionales ou départementales, ainsi que d'autres sectorisations ne semblent pas être un obstacle à la coopération d'établissements de santé ou de services proches. Seize régions sur vingt deux évoquent des fusions, des communautés d'établissements, des conventions de recours ou des coopérations de leurs hôpitaux avec des hôpitaux d'autres régions ».*

Différentes thématiques comme par exemple les urgences, la psychiatrie, la cancérologie (par exemple, la Bretagne et les Pays de Loire ont impulsé des concertations entre les 4 CHU et les 3 centres régionaux de lutte contre le cancer), l'IRM et la radiothérapie, l'étude des besoins des santé, ont bénéficié d'une réflexion interrégionale. En effet, certaines régions ont décidé de se réunir 3 à 4 fois par an pour aborder et traiter l'interrégionalité.

### C. Territoires de projet

Selon les auteurs du rapport, il existe peu d'expériences de planification hospitalière qui prennent en compte les territoires de l'intercommunalité – pays, communautés d'agglomérations. Les "pays" comme défini actuellement sont de taille très variable. En

Bretagne par exemple, il semble exister une certaine cohérence entre le découpage en pays et les bassins de proximité hospitaliers. Par contre en Champagne-Ardenne, sur 19 pays, 6 ont une population inférieure ou égale à 13 000 habitants. Ces “pays” ne peuvent constituer des bassins hospitaliers et ils correspondent alors plutôt à une taille de zonage de proximité (soins de premier recours). “ *Le type de projet que peuvent porter les pays ne peut donc être que variable*”.

Enfin, toujours selon les auteurs, en dehors de l’hétérogénéité vis-à-vis de l’accès aux soins, un autre obstacle est lié à la faible implication des élus locaux qui hésitent à se lancer dans ce secteur (les questions sanitaires sont a priori du ressort de l’Etat et de l’assurance maladie).



Pour éclairer ces différents concepts, **5 expériences régionales de découpage territorial** sont proposées en **annexe 1**.

Toutefois, nous vous présentons de manière succincte ci-dessous un exemple de proposition de découpage territorial pour la Bretagne « Territoires et santé en Bretagne ».

Dans le cadre de la préparation du troisième SROS et à la demande de l’ARH de Bretagne, un groupe de travail a été mis en place en vue de faire des propositions « pour une meilleure relation aux territoires en matière d’accès aux soins, de concertation et plus généralement de santé ».

Mais comme le rappellent Even et Tardif (2004), « *définir des territoires de soins, c’est « officialiser » le lien entre offreurs et patients d’un même territoire, alors que le cadre réglementaire laisse le libre choix au patient de son établissement de soins* ».

Il faudra donc distinguer les **espaces de proximité**, [où l’accessibilité est aisée en distance et en temps sans rupture symbolique forte, où les personnes concernées sont susceptibles de s’identifier aisément], des **espaces liés à l’existence de plateaux techniques** (et de spécialistes qui lui sont liés).

Il faut également tenir compte du **choix des patients** (arbitrage qualitatif versus proximité) et de la **distribution des ressources de soins**. Enfin, il y aura des **polarisations** différentes selon les activités.

Les auteurs rappellent également que l’accès aux services de santé résulte « *d’une dialectique entre l’offre et les besoins, qui dépend à la fois du nombre et de l’implantation des offreurs ainsi que de leur mode d’organisation, et des besoins quantitatifs et qualitatifs des populations* ».

L’on distingue la notion de **trajet** (temps, distance, facilité pour accéder à un service sur son parcours) de la notion de **trajectoire** (chemin à parcourir dans le système de soins pour pouvoir bénéficier d’une prise en charge ad hoc).

Enfin, trois niveaux territoriaux sont établis :

Niveau 1 : première proximité : bonne lisibilité, déplacement à effectuer très court (quelques minutes), c’est souvent le cas du médecin généraliste ou du pharmacien.

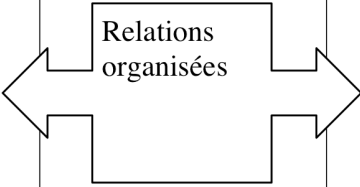
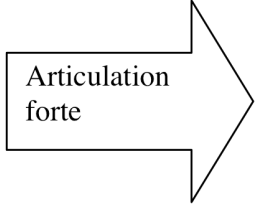
Niveau 2 : moyenne proximité : cette proximité permet le déplacement du patient ou de son entourage sans trop de difficulté, ne nécessite pas une adaptation de son emploi du temps, éloignement d'une bonne vingtaine de minutes de son domicile ou de son lieu de travail. Il s'agit par exemple du cas du cabinet de dentisterie, de médecins spécialistes, de soins de suite, etc.

Niveau 3 : troisième dimension territoriale qui elle se définit à partir de l'offre comme « aire de recrutement d'établissements ou de professionnels pour des pathologies qui ne relèvent pas des deux premiers niveaux ».

Les deux premiers niveaux sont donc définis plutôt à partir de la demande, quant au niveau trois, il se définit à partir de l'offre.

Cependant, les territoires sont/devront également être identifiés (et déterminés) au regard de la **concertation**, du **partenariat**. Mais en dehors de la nécessaire concertation institutionnelle, d'autres formes de concertation peuvent émerger : les territoires sont en effet des lieux de **construction de réseaux formels et informels**, de **partenariats entre établissements et professionnels**. Ces territoires sont/seront également un **espace de citoyenneté** où tous les citoyens doivent avoir la possibilité « *de pouvoir s'exprimer dans leurs territoires de vie sur les questions relevant de la santé ...* ».

Even et Tardif (2004) ont ensuite proposé un modèle pour la construction de territoires de santé en croisant les trois niveaux de proximité identifiés (cfr supra) et caractérisés à partir de trois grandes fonctions (cfr supra) avec des réalités territoriales (rencontre de l'offre et de la demande, concertation et partenariat, lieu d'expression citoyenne et politique). Ils précisent toutefois que ce **modèle de découpage territorial** doit garder toute sa **souplesse d'adaptation** et **prendre en considération les logiques d'acteurs**.

	<b>Niveau 1</b> « première proximité »	<b>Niveau 2</b> « moyenne proximité »	<b>Niveau 3</b> « espace d'organisation »
Service emblématique Caractère dominant	Pharmacie, médecine générale, prévention...	Accès à la médecine spécialisée et à l'hôpital, articulation avec le social	Plateau technique spécialisé, régulation
Territoires d'accès aux soins, rencontre de l'offre et de la demande	Bassins de vie (INSEE)  Quartiers de grandes villes, communes, communautés de communes	Zones d'emploi (INSEE)  Pays ou agrégation de pays  	Espace d'attraction des plateaux techniques spécialisés
Espaces de concertation et de partenariat Organisation institutionnelle	<i>Premier niveau d'échanges non institués entre professionnels</i>  Organisation concertée d'actions de prévention	Zone d'emploi ou pays  	De type anciens secteurs sanitaires Concertation entre établissements avec participation d'acteurs du niveau 2
Espaces santé Territoires d'expression citoyenne et politique	Conseils de quartiers <sup>9</sup> Pouvoir politique local (communes et intercommunalité)	Agglomérations et pays (élus locaux et conseils de développement)  <i>Prendre en compte les départements pour l'articulation avec l'action sociale</i>	Articulation des niveaux d'organisation : Région, départements, pays...

<sup>9</sup> il peut parfois exister un conseil de développement au niveau d'une communauté de communes (Lanvollon-Plouha)

## **4° Promotion de la santé et territorialité**

La notion de « territoire » est de plus en plus reconnue et intégrée comme une composante essentielle des politiques de santé publique en France. Cette notion de territoire est d'ailleurs renforcée par la récente loi 2009 intitulée « Hôpital, patients, santé et territoires » qui met l'accessibilité des soins au premier rang des priorités et le patient au centre du système de soins. En voici succinctement les principales orientations<sup>2</sup> :

- Une organisation des soins optimisée pour les patients
  - par la garantie d'une offre de soins de qualité, en tenant compte des spécificités et des capacités des établissements et des professionnels,
  - par l'accessibilité à la prévention et aux soins pour tous, notamment de premier recours,
  - par la fluidification du parcours de soins entre la ville, l'hôpital et le secteur médico-social.
- Des professionnels mieux formés, responsabilisés et reconnus
  - par la valorisation des équipes pour dynamiser la gestion,
  - par l'amélioration des formations, initiale et continue, le renforcement de l'évaluation des pratiques professionnelles, l'incitation aux coopérations entre professionnels,
  - par l'implication renforcée en matière d'éducation thérapeutique du patient et de qualité des soins,
- Une meilleure organisation territoriale
  - par l'allocation de ressources plus justes, par les futures agences régionales de santé, pour répondre aux besoins de santé de la population,
  - par la complémentarité accrue entre les acteurs de santé, en vue d'une meilleure gradation des soins et du renforcement de la permanence des soins.
- Des établissements adaptés à leurs missions
  - par la refondation des missions de service public, pour un maillage renforcé des territoires de santé,
  - par l'incitation aux coopérations entre établissements, publics et/ou privés,
  - par l'assouplissement de la gouvernance et du fonctionnement des hôpitaux publics, le recentrage de l'hôpital sur son projet médical, autour de la prévention et du soin.

---

<sup>2</sup> In <http://www.sante-sports.fr/hopital-patients-sante-territoires-une-loi-a-la-croisee-de-nombreuses-attentes.html>

#### **4.1. A propos des inégalités sociales et territoriales : quelles réalités en Rhône-Alpes ?**

Les disparités régionales de santé ont été établies voici une bonne vingtaine d'années et des observatoires régionaux de santé ont été progressivement créés. Ils avaient comme mission de « *faciliter la définition de politiques régionales de santé plus adaptées aux besoins* ». En effet, les besoins de santé de la population du Nord-Pas-de-Calais ne sont pas forcément les mêmes que ceux des habitants de la région Rhône-Alpes. Ensuite l'évolution de la santé publique du national vers le régional s'est poursuivie en privilégiant des approches de plus en plus ciblées en termes de population ou de territoires. Cette tendance à la planification locale de santé s'est accentuée avec la politique d'aménagement du territoire et la politique de la ville en créant des Ateliers santé-ville.

La vaste région Rhône-Alpes représente un excellent exemple en termes de disparités géographiques avec des contextes locaux fort diversifiés et de grandes disparités locales. La réduction de celles-ci fait d'ailleurs partie d'un des axes stratégiques du Plan régional de santé publique (2006-2010).

Guye (2009) illustre la question des disparités géographiques à l'aide de trois exemples :

Dans le cas du suicide, l'auteur met en évidence « *d'importantes différences de prévalence de patients sous traitements psychotropes* ». Il observe également des taux significativement supérieurs sur les zones urbaines et à l'intérieur de celles-ci de fortes disparités avec des prévalences qui vont presque du simple au double entre Bourg-en-Bresse et Valence.

En ce qui concerne le diabète, une approche cartographique d'indicateurs de prévalence de patients bénéficiant de traitements anti-diabète ou ayant été admis pour des affections de longue durée pour atteinte diabétique met en évidence certaines zones urbaines défavorisées sur le plan socio-économique comme par exemple l'est de l'agglomération lyonnaise ou l'axe Lyon-St Etienne. Ces disparités se retrouvent également à l'échelle communale et infra-communale (un rapport de prévalence allant du simple au double a été démontré entre différents quartiers de la vielle de St-Etienne). Un examen approfondi de cette problématique associé à une analyse fine de la situation sociale (octroi ou non de la CMUc – couverture maladie universelle complémentaire) des personnes atteintes a permis de rendre compte d'une part de la forte présence d'atteinte diabétique auprès des populations issues de zones urbaines défavorisées et d'autre part de la difficulté qu'elles ont à bien prendre en charge cette pathologie avec une moindre qualité de suivi. On assiste à une moindre réalisation d'examen complémentaires mais également à la survenue de complications plus fréquentes.

Enfin, le troisième exemple fait état de l'état dentaire des populations et pour lequel on reconnaît également de grandes disparités. Des recours aux soins dentaires parfois deux fois moins importants que ceux de l'ensemble de la circonscription de l'agglomération lyonnaise ont été identifiés alors que les données des bilans de santé réalisés par les services de PMI mettent en avant une prévalence élevée des caries dentaires chez les enfants. Ceci illustre également la question du recours aux soins qui n'est pas seulement une question économique.

L'auteur rappelle également que « *la question de la situation socio-économique de la population est évidemment un déterminant essentiel de l'état de santé, mais toutefois pas exclusif* ». En effet, face à une situation socio-économique similaire, on peut être confronté à des situations sanitaires très diverses. Il est donc indispensable de mener des actions ciblées, en fonction des populations et du territoire.

De nombreux facteurs peuvent influencer la santé (Guye, 2009) :

- La situation économique (cause et conséquence),
- L'accès à l'information (sur la prévention, sur les ressources),
- Les comportements, habitudes et représentations,
- L'exposition aux facteurs de risque (santé au travail, addictions, alimentation,...),
- L'accès aux actions de prévention (ciblage, couverture,...),
- L'accessibilité de l'offre de soins (physique, économique, sociale,...),
- L'environnement : habitat, image du quartier, services, lien social, enclavement, ...
- Etc.

Il est important de pouvoir déterminer les facteurs sur lesquels on pourra agir et/ou dont il faudra tenir compte.

Guye fait remarquer un point assez frappant dans le cadre de certains diagnostics locaux de santé, on constate la présence d'un certain nombre de ressources qui correspondent aux besoins et aux demandes de la population et pourtant ces ressources semblent extrêmement sous-exploitées. Il souligne l'importance d'une part de faire connaître l'existence de ces ressources mais également d'accompagner les populations vers ses ressources.

#### **4.2. A propos de la prise en charge des soins gériatriques en Nord-Pas-de-Calais**

La démarche de territorialisation n'est certes pas neuve et c'est dans le cadre d'une loi de 1970 qu'une carte sanitaire a été développée, quadrillée par des secteurs sanitaires. Ces secteurs ont ensuite été remplacés par des « territoires de santé » qui prennent en considération les lieux de vie, l'état de santé et les lieux de soins de la population.

Defebvre et Schapiro (2009), rappellent toute la difficulté « *d'adapter territorialement le système de soins aux besoins réels des usagers ... on parle plus souvent en termes de réponse à des pathologies, à des taux d'incidence ou de prévalence... Définir des territoires en relation avec ces besoins nécessite sans doute de réfléchir aux préoccupations des usagers. Ils citent Vigneron (2004) pour qui les territoires doivent « recouvrir des zones géographiques qui correspondent aux lieux de vie, où se tissent les relations, la sociabilité ».* Et d'ajouter que « *les modes de recours aux soins, les itinéraires thérapeutiques s'inscrivent dans un tissu d'habitudes et de flux quotidiens, de relations personnelles* » (Picheral, 1998) ; ce qui, pour Defebvre et Schapiro (2009), est particulièrement vrai dans le domaine de la gérontologie.

Defebvre et Schapiro (2009) rappellent d'une part que le vieillissement de la population est un enjeu majeur de santé publique et d'autre part que le secteur des soins n'est malheureusement pas suffisamment adapté aux besoins spécifiques de ces personnes âgées. De surcroît, selon Henrard (1999) et Jeandel et al. (2006), cités par les auteurs, le manque d'articulation entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social crée une rupture dans la prise en charge de ces personnes âgées, ce qui provoque parfois une prolongation injustifiée de la durée

d'hospitalisation et entrave progressivement l'indépendance du patient alors que le principal enjeu devrait constituer au maintien, voire à la prolongation de l'autonomie de celle-ci « *en lui assurant une prise en charge continue et de proximité* ».

Un plan solidarité grand âge 2007-2012 a été mis en place en proposant d'adapter le milieu hospitalier aux personnes âgées grâce à la mise en place d'une filière gériatrique au sein des établissements de soins et qui serait « labellisée » par l'Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH).

*Cette filière de soins gériatriques s'inscrit « dans une démarche de proximité et d'adaptation aux besoins de cette population. Ainsi, chaque personne âgée, quel que soit son lieu de résidence, doit pouvoir accéder à une prise en charge globale médico-psychosociale graduée, permettant le nécessaire recours à un plateau technique. Sur son territoire d'implantation, la filière doit proposer les dispositifs de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles du patient âgé, prenant en compte le caractère évolutif et non toujours prévisible de son état de santé » (Jeandel et al. (2006)).*

Une procédure et une grille d'auto-évaluation ont été réalisées pour accompagner une visite-test d'un établissement volontaire (mars 2008) dans le cadre d'une démarche de labellisation.

Au terme de trois visites de centres hospitaliers (CH de Lens, CH de Seclin et CHRU de Lille), des points forts et des difficultés ont été identifiés lors de la mise en place de ces filières.

Ils sont repris dans le tableau ci-dessous.



**Tableau I : Points forts et difficultés persistantes des filières**

<i>Points forts</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Structuration du pôle de gériatrie avec l'existence d'une équipe dédiée au développement de la filière complète de gériatrie : un « trio de pôles » constitué d'un temps de cadre de santé, de médecin et de directeur (ce sont de plus en plus souvent des directeurs d'établissements sociaux et médico-sociaux qui occupent ses fonctions)</li> <li>• Unité de court séjour gériatrique de taille suffisante : il faut au moins 20 lits pour éviter une rapide saturation</li> <li>• Unité d'hospitalisation de jour d'au moins 2 lits : ces unités sont d'organisation complexe : elles demandent un personnel aguerri et sont très consommatrices de temps. À noter qu'un des établissements a prévu cette unité en commun avec la rééducation pour y accueillir des personnes âgées et des personnes handicapées, préfigurant ainsi les nouvelles politiques communes</li> <li>• Développement de consultations pluridisciplinaires avec diversification de thèmes spécifiques comme la nutrition et les chutes</li> <li>• Polyvalence des médecins autour de la prise en charge globale mais aussi référents formés pour les prises en charge spécifiques (psycho-gériatrie, oncologie, soins palliatifs, réanimation, psycho-gériatrie...)</li> <li>• Expérimentation de nouveaux métiers avec une infirmière « assistante de gérontologie » au sein d'un service de court séjour</li> <li>• Bonne structuration de la prise en charge des personnes âgées (protocoles, formations du personnel et organisation de la continuité des soins)</li> <li>• Projet de réorganisation des soins de suite en lien avec les nouveaux décrets SSR (soins de suite et de réadaptation) et le plan Alzheimer</li> <li>• Liens étroits avec les urgences hospitalières, par l'intermédiaire notamment de l'équipe mobile, ainsi qu'avec la psychiatrie de liaison et de secteur</li> <li>• Important développement des prises en charge de territoire (conventions effectives avec les partenaires médico-sociaux, réseau, centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et secteur libéral) avec partage de professionnels entre sanitaire et établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) se réalisant selon l'esprit de la convention régionale (mises à disposition d'infirmière hygiéniste, de médecin coordonnateur intervenant sur l'ensemble des EHPAD dépendant du centre hospitalier, formation commune des personnels...)</li> </ul>
<i>Difficultés persistantes</i>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Absence de directeur administratif sur un pôle gérontologique entraînant des difficultés d'organisation générale (personnels, formations, appels à projets...)</li> <li>• Difficultés dues à l'environnement structurel de l'établissement : vétusté des locaux et mobilier inadapté à la dépendance, éloignement des courts séjours et hôpital de jour du plateau technique et des urgences, taille insuffisante des unités d'hospitalisation</li> <li>• Défauts d'organisation : délais d'envoi des courriers d'hospitalisation trop tardifs, délais de rendez-vous pour les consultations mémoire trop longs, absence de « turn-over » des soignants dans la filière gériatrique</li> <li>• Manque de réflexion sur le droit des usagers (pas de synthèse annuelle sur les plaintes, pas d'organisation des modalités d'expression des usagers)</li> <li>• Défaut d'organisation territoriale : manque de formalisation avec les partenaires extérieurs médico-sociaux, organisation problématique des soins de suite sur le territoire</li> </ul>

In Les petits dossiers de l'observatoire régional de la santé Nord-pas-de-Calais ,2006, n° 13.

Des ajustements ont alors été proposés, un des premiers étant de mieux définir les objectifs de la « labellisation » par exemple en permettant le développement progressif d'un maillage territorial autour de l'établissement support labellisé, et entre tous les acteurs intervenant auprès d'une personne âgée. Un second objectif était de déterminer les conditions de mise en œuvre de la procédure régionale de labellisation et donc d'en déterminer les critères ; par exemple, les établissements doivent témoigner d'une organisation territoriale de prise en charge des personnes âgées avec les différents professionnels/partenaires (autres centres de soins et de santé, services de soins à domicile, accueil de jour, etc). Ce même établissement doit également faire preuve de l'existence d'une dynamique de territoire avec l'ensemble des acteurs qui peuvent intervenir auprès de la personne âgée.

Les auteurs signalent également la réalisation en 2008 d'une enquête de la DREES qui montrait l'impact du vieillissement sur les structures de soins, impliquant la nécessité d'améliorer l'organisation de ces établissements mais également de se tourner vers « l'extérieur » en développant des alternatives (hôpital de jour, existence d'équipe mobile, création de réseaux de santé, etc) en privilégiant des partenariats « formalisés », ce qui rencontre les principes mêmes de la filière.

Cette démarche de territorialisation est désormais nécessaire pour répondre aux nouveaux enjeux de santé publique : vieillissement de la population, (éclatement des familles,

déséquilibres intergénérationnels, influence de l'isolement, manque d'aidants naturels, etc), la première étape de territorialisation étant de circonscrire géographiquement des territoires en adéquation avec les besoins réels de la population ciblée. Dans un deuxième temps, il est indispensable de mobiliser l'ensemble des acteurs/professionnels sanitaires, médico-sociaux et ambulatoires dans le cadre d'une approche globale de prise en charge de la personne âgée.

#### **4.3. A propos des collectivités territoriales franciliennes**

Les collectivités territoriales, de par leur action sur les déterminants de santé ou envers des publics bien spécifiques sont désormais reconnues comme des acteurs ayant un rôle privilégié dans les politiques de santé publique (de Maria et Grémy, 2009).

En Ile-de-France notamment, et ce depuis l'instauration de la loi du 9 août 2004 qui confia la gouvernance de la politique régionale de santé publique à l'Etat, à l'assurance maladie et aux collectivités territoriales, leur place n'a cessé de grandir.

La participation active des collectivités territoriales franciliennes à la politique régionale visant l'amélioration de la santé mais également la lutte contre les inégalités de santé a été à l'origine de progrès dans l'organisation et le développement des programmes de santé publique.

En effet, cela a permis une meilleure visibilité des collectivités territoriales mais également l'intégration d'une partie de leurs investissements financiers dans la politique de santé publique. Cela a également permis de favoriser la prise en compte des problématiques locales et une prise de conscience de la pertinence des relais locaux dans une région urbanisée et centralisée. Enfin, une meilleure concertation entre les acteurs mais également une meilleure coordination des actions de santé publique sur les territoires ont été relevées ainsi que davantage de transparence dans l'attribution des financements.

Face à ce flux d'échanges entre les collectivités, l'ORS (observatoire régional de santé d'île-de-France) a privilégié de nouvelles démarches, notamment le développement de l'observation de la santé comme aide à la décision locale. En effet, l'ORS a inscrit dans son programme d'études 2009 un chapitre consacré à l'observation et aux études sur les inégalités de santé à un échelon géographique plus fin, notamment pour répondre - d'une part aux attentes des communes en matière de « *diagnostic territorial de santé pour observer et renseigner sur la qualité de vie et les besoins de santé des habitants, identifier des leviers d'action de prévention et de santé publique simples et efficaces, mettre en cohérence politiques sociales, politique de la ville et politique de santé, intégrer à terme une dimension santé dans les politiques territoriales, notamment sociales, d'environnement, de logement et d'aménagement* », etc. et - d'autre part « *aux attentes du GRSP (groupement régional de santé publique) en matières de critères territoriaux et sociaux pour sélectionner les actions de santé publique les plus pertinentes et lui permettre, à terme, d'élaborer et de mettre en œuvre une politique proactive de santé publique sur les populations et territoires « prioritaires » définis* ».

Dès lors, l'ORS Ile-de-France attire l'attention sur les bénéfices de l'intégration des collectivités territoriales à la politique de santé publique.

#### **4.4. A propos du développement de l'éducation thérapeutique en France**

L'éducation thérapeutique est depuis plusieurs années en plein essor en France. On assiste ainsi au développement de nombreuses structures spécifiques, à la multiplication de ressources éducatives à l'attention des patients, au déploiement de formation professionnelle spécifique. Dans une étude réalisée en 2007, Grenier et al. (2007a) décrivent le paysage français de l'offre d'éducation thérapeutique :

- Les structures hospitalières ou sanitaire (les services hospitaliers de court séjour, les unités transversales d'éducation thérapeutique – UETP, les pôles de prévention et d'éducation du patient, les structures d'hospitalisation à domicile – HAD, les structures de soins de suite et de réadaptation – SSR, les maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé),
- Les autres offres de soins médicales et médicosociales (les écoles de l'asthme, les réseaux de santé/maisons médicales, l'association des jeunes diabétiques – AJD),
- Les interventions réalisées par la Mutualité sociale agricole,
- Les professionnels de santé libéraux,
- Les autres dispositifs hors du champ du soin (le milieu associatif, les prestataires de service et l'industrie pharmaceutique).

L'organisation et les conditions de mise en œuvre de l'éducation thérapeutique en France y sont décrites ainsi que les différentes initiatives menées au sein d'établissements de santé, de structures médico-sociales, associatives ou médicales.

Les mêmes auteurs (2007b) émettent des recommandations et des propositions concrètes qui devraient permettre de structurer et renforcer une offre jugée actuellement encore insuffisante et « *d'intégrer durablement l'éducation thérapeutique à l'ensemble du territoire* ».

Ils nous rappellent également les conditions-clés permettant d'intégrer l'éducation thérapeutique dans le système de soins actuel :

- les phases de recours à l'éducation thérapeutique par rapport à l'évolution de la maladie et au projet du patient,
- un ensemble coordonné de lieux et acteurs de l'éducation,
- la mise à disposition de formes éducatives individuelles et collectives pour l'éducation des patients.

Cela passe, pour Grenier et al. (2007b) par un renforcement des structures et des dispositifs d'éducation thérapeutique déjà existants : « la mise en lien de structures et d'expériences déjà existantes et reconnues telles que les formes d'éducation individuelle ou collective mais aussi le type de prise en charge médicale spécialisée ou non ».

Le tableau I propose de relier les mises en œuvre de l'éducation thérapeutique, spécialisées dans une maladie ou généralistes avec une approche éducative, soit individuelle ou collective.

Le tableau II propose de « concevoir l'offre d'éducation selon les ressources mobilisées dans le territoire sanitaire et selon l'évolution de la maladie ».

**Tableau I : Mise en lien des lieux-ressources d'éducation thérapeutique selon une approche médicale spécialisée à généraliste et selon la forme individuelle ou collective de l'éducation**

	<i>Approche spécialisée</i>	<i>Approche généraliste</i>
<b>Éducation individuelle</b>	A - Hôpital - court séjour : hospitalisation complète (Ia, Ib Rep) Journée d'HDJ (Ia, Ib, Rep, Ren)  B - Structures de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR - moyen séjour - (Ia, Ib, Rep, Ren)	C - Hospitalisation à domicile (Ia, Ib, Ren)  D - Maisons médicales, Centres de santé (S, Ia, Ren)  D - Médecin traitant ou autre professionnel de santé libéral (S, Ia, Ren)
<b>Éducation collective</b>	A - Hôpital - court séjour : semaine d'éducation (Ia, Ib, Rep)  B - Structures de SSR - moyen séjour (Ia, Ib, Rep, Ren)  B' - Maison d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (MECSS) (Ia-Ib- Rep- Ren)  E - Réseaux spécialisés (diabète, BPCO...) (S, Ia, Ib, Ren)  G - AJD (Ib, Ren), Ecoles d'asthme (Ia, Ib), Pôles prévention des maladies cardiovasculaires (Ia, Ib, Ren)	E - Réseaux de santé non spécialisés (S, Ia, Ren)  D - Maisons médicales, Centres de santé (S, Ia, Ren)  F - Ateliers éducatifs en milieu rural (patients en ALD) organisés par la MSA (Ib, Ren)

**Phases d'éducation**

S Phase de Sensibilisation

I Phase d'éducation Initiale comprenant : diagnostic éducatif (Ia) - séances initiales (Ib)

Rep Phase de Reprise ou

Ren Phase de Renforcement

**Lieux-ressources en éducation thérapeutique**

Structures Hospitalières : Court séjour (A) - Moyen séjour (B-B') - HAD (C)

Structures ou dispositifs ambulatoires : D - E - F - G

**Tableau II : Exemples de correspondance entre le type de prise en charge éducative et les lieux-ressources, selon la situation du patient**

<i>Situation du patient</i>	<i>Réponse ou type d'éducation</i>	<i>Ressources humaines et structures</i>
<b>Découverte de la maladie</b>	Sensibilisation Éducation initiale	Médecin traitant
<b>Phase subaiguë de la maladie</b>	Éducation de renforcement précoce de l'éducation initiale Reprise des objectifs prioritaires (de type sécuritaire) initiés en court séjour hospitalier puis élargissement à d'autres objectifs éducatifs	Service hospitalier - court séjour - hospitalisation à domicile  Équipe pluri professionnelle
<b>Stabilisation</b>	Renforcement (consolidation) portant sur des aspects en rapport avec les diverses compétences déjà acquises	Médecin traitant et autres professionnels de santé du secteur ambulatoire : infirmière, diététicienne...
<b>Incident mineur Modification des projets de vie, des conditions de vie</b>	Éducation de renforcement : apprentissage à de nouvelles compétences en rapport avec les changements de situation	Centre de santé / Maison médicale/ Consultation hospitalière Réseau de santé Ateliers éducatifs de la MSA Écoles de l'asthme, AJD
<b>Déséquilibre Incident majeur Aggravation de la situation Changement important du traitement</b>	Éducation de reprise avec nouvelle évaluation globale.  Suivi rapproché pour un nouvel apprentissage	Service Hospitalier (court séjour, en HDJ, HDS)  Structures de soins de suite et de réadaptation (moyen séjour)  Maisons d'enfants à caractère sanitaire spécialisé (moyen séjour)  Hospitalisation à domicile

in Le développement de l'éducation thérapeutique en France : propositions pour une intégration durable dans le système de soins, (2007b), Grenier et al.

A la lecture du second tableau, il est aisé de comprendre que ce n'est pas tant l'homogénéité des dispositifs d'éducation qui est importante mais bien **la mise en lien d'acteurs** et de **structures déjà mobilisées** dans le secteur. Enfin, dans certains cas, une analyse de territoire va identifier **l'existence d'initiatives et de ressources**, celles-ci devront alors être **soutenues** dans leur mise en lien et leur financement ; dans d'autres cas, il s'agira **d'inciter à la création de nouveaux dispositifs** et/ou **structures** permettant de **favoriser l'accessibilité** et **l'implication** des patients.

## **5° Commentaires et conclusions**

Si d'aucuns sont désormais convaincus de la nécessité et du bienfait de la territorialisation, sa mise en œuvre semble encore complexe.

En effet, si les spécificités locales semblent davantage prises en considération dans les politiques nationales, lorsqu'il s'agit de les intégrer dans une politique locale de santé publique, certains enjeux territoriaux resurgissent : quels territoires, quels modes d'intervention et pour quels objectifs ? (Loncle, 2009).

Rican et Vaillant (2009) rappellent que la mise en place de politiques nationales de santé publique visant par exemple le changement de comportement risque parfois de ne pas atteindre son objectif initial, au point même d'en favoriser les écarts. Ils prennent comme exemple les programmes de lutte contre le tabagisme qui certes permettent des améliorations en terme de prévalence tabagique mais qui peuvent dans un même temps contribuer au renforcement des inégalités. En effet, les campagnes de prévention sont souvent mieux perçues par les populations déjà convaincues des méfaits du tabac ... Et au niveau territorial, ils craignent un décalage entre des territoires identifiés comme étant *« les plus dynamiques et plus ancrés pouvant être davantage en mesure d'emboîter le pas et de s'approprier les mesures d'incitation, laissant en creux les territoires en déclin »*.

Ces mêmes auteurs soulignent également l'intérêt de ne pas « simplement » identifier des zones (villes ou quartiers) dans lesquelles un problème de santé est récurrent pour y mener des actions de prévention. En effet, il est également nécessaire de *« comprendre comment le territoire est produit, d'analyser comment les problèmes de santé, et plus particulièrement le problème considéré, contribuent à cette production du territoire et, inversement comment la production du territoire contribue à modeler ces problèmes de santé »*.

Dans le même ordre d'idée, si de nombreuses recommandations sont décrites et formulées pour agir sur tel ou tel facteur de risque, il n'en reste pas moins indispensable, voire nécessaire *« de comprendre comment fonctionne et se produit le territoire, un quartier par exemple, par rapport à ce problème (par exemple, réduction du taux de cholestérol ou lutte contre l'obésité) »*. Différentes questions peuvent être posées : quelles sont les normes sociales locales concernant les modes alimentaires ? Quels aliments sont accessibles pour la population ? Existence-ils des infrastructures permettant la réalisation d'activité physique ? Ce n'est qu'au prix d'un tel questionnement que les activités mises en place pour lutter contre le problème identifié trouveront un écho favorable. Il s'agit de faire émerger la connaissance et la compréhension de « l'intérieur des lieux » (intérêt du développement des observatoires locaux de santé) afin de mieux cerner les portes d'entrées permettant de mener des actions efficaces et pertinentes. Il faut toutefois veiller à ne pas réduire son champ d'action au seul échelon local, la santé d'une population en un lieu étant influencée à la fois par des facteurs physiques, socio-économiques, culturels du lieu mais également par des facteurs extérieurs à

ce lieu (facteurs environnementaux, pollution, etc) et par le positionnement et l'insertion de ce lieu dans une région plus large (situation économique et développement, etc).

Rivan et Vaillant (2009) rappellent également que l'amélioration de la santé publique d'une population passe inéluctablement par la planification (et la réalisation) d'actions intersectorielles, qui associent à la fois le secteur de l'éducation, de l'emploi, de la culture, de la santé, du logement, etc. En effet, la (bonne) santé est le fait de la combinaison de déterminants sociaux, culturels, environnementaux, économiques et « *il s'agit donc de repérer les conditions sociales, territoriales, économiques ou politiques à réunir permettant d'améliorer une situation sanitaire, les problèmes de santé étant d'abord des problèmes sociaux avant d'être des problèmes biomédicaux* ». Dès lors, ils renchérissent : travailler à l'échelon local n'est-il pas plus pertinent que de travailler à un niveau « interministériel » ? Dans l'optique d'une approche globale de la santé, il semble plus « opportun » de rassembler autour de la table un ensemble d'acteurs ayant en charge par exemple la scolarité, la santé, l'emploi, etc et cela même s'ils n'ont pas l'habitude de collaborer, « *croyant jusqu'ici avoir des objets et une raison sociale complètement distincts* ».

Ils soulignent également le fait que les SROS<sup>3</sup> (schémas régionaux d'organisation sanitaire) sont définis régionalement à partir « *d'une mesure des besoins de la population et de leur évolution, compte tenu des données démographiques et des progrès techniques médicaux et après une analyse quantitative et qualitative, de l'offre de soins existante* ».

Toutefois, cette approche de planification sanitaire (découpage géométrique en territoire de santé) présente certaines limites. En effet, si ce type d'approche repose sur l'adéquation entre besoins de soins et offre de soins, cela revient à dire que l'on tente d'appréhender les pratiques des populations en matière notamment de recours hospitalier et donc « *d'assimiler les besoins de santé avec les besoins de consommation de soins, a fortiori hospitaliers curatifs* » ; ce qui veut donc également signifier que cette approche de planification territorialisée « *ne prend pas en compte les besoins réels qui comportent tous ceux qui ne sont pas traduits par un recours hospitalier* ». Certains types de besoins risquent ainsi de ne pas être identifiés. Il faut également veiller à ne pas se focaliser uniquement sur le local car une telle approche risque de « *circonscrire le problème au seul lieu envisagé et de potentiellement le stigmatiser davantage* ».

En **conclusion**, le principe de territorialité semble bien admis dans les politiques de santé publique. Partir des besoins de santé de la population et en organiser la réponse la plus adaptée est donc un enjeu majeur de santé publique. En effet, chaque région présente ses diversités sanitaires : mode de vie (alimentation, hygiène, etc), conditions socio-économiques, conditions climatiques, situation géographique (rurale versus urbaine, Nord versus Sud), région à forte densité touristique, etc. L'approche territoriale devrait donc permettre de répondre au mieux aux attentes et aux besoins des populations et, à moyen terme, de contribuer à la réduction des inégalités en matière de santé.

Les modalités de découpage territorial se feront à partir d'une analyse extrêmement fine qui tienne compte à la fois compte des profils épidémiologiques, socio-démographiques et économiques de la population, des flux des patients, des besoins et de l'offre de soins, etc.

Ces constructions territoriales ne doivent pas être le seul fait des professionnels de la santé et du social. En effet, les élus locaux (le maintien ou l'implantation d'une offre de services ne

---

<sup>3</sup> Trois générations de SROS se sont succédées (1994-1999, 1999-2004, 2006-2011).

peut être dissociée de la problématique d'aménagement du territoire) mais également les usagers participeront au processus de construction.

Enfin, dans un souci d'efficacité et de pérennité, les découpages territoriaux devront être réexaminés régulièrement (évolution des réalités locales) au risque sinon d'apparaître obsolètes et de ne plus atteindre son objectif de départ.

## **6° Bibliographie**

Absil G., Vandoorne C., Demarteau M., (2005), Temporalités et territorialités dans la dynamique des réseaux, l'exemple du programme régional de la santé des jeunes, Communication, 3<sup>ème</sup> colloque international du réseau européen d'intelligence territoriale « Territoire, bien-être et inclusion sociale », APES-ULG, Observatoire de la santé du Hainaut, DRASS – Provence-Alpes-Côte d'Azur, in <http://hdl.handle.net/2268/11999>.

Bantuelle M., Langlois G., Schoene M., (2009), La démarche communautaire en santé, Traité de prévention, pp. 94-99.

Bourdillon F., (2005), Les territoires de la santé, maillon clé de l'organisation sanitaire, Revue française d'administration publique 2005/1, n° 113, pp. 139-145.

de Maria F., Grémy I., (2009), Apports des collectivités territoriales franciliennes à la politique régionale de santé publique, Santé publique, vol. 21, n° 5, Septembre – Octobre 2009, pp. 507-512.

Defebvre M., Schapiro J., (2009), Une démarche expérimentale de territorialisation par labellisation des filières gériatriques en Nord-Pas-de-Calais, Santé publique, vol. 21, n° 5, Septembre – Octobre 2009, pp. 513-522.

Dummer T., (2008), Health geography : supporting public health Policy and planning, CMAJ, 178, 9, pp. 1177-1180.

English J., Wilson K., Keller-Olaman S., (2008), Health, Healing and recovery : Therapeutic landscapes and the everyday lives of breast cancer survivors, Social Science & Medicine, 67, pp. 68-78.

Even A., Tardif L., (2004), Territoires et Santé en Bretagne, Rapport à l'ARH, 38 pages, in <http://www.arh-bretagne.fr/partenaires/sros3restructure/assises/Territoires>.

FRAES (Fédération Rhône-Alpes d'éducation pour la santé), 2009, Promotion de la santé et territoires, n° 3, 12 pages, in <http://www.education-sante-ra.org>

Grenier B., Bourdillon F., Gagnayre R., (2007a), Le développement de l'éducation thérapeutique en France : politiques publiques et offres de soins actuelles, Santé publique, vol. 19, n° 4, pp. 283-292.

Grenier B., Bourdillon F., Gagnayre R., (2007b), Le développement de l'éducation thérapeutique en France : propositions pour une intégration durable dans le système de soins, Santé publique, vol. 19, n° 4, pp. 293-301.

Guye O., (2009), Inégalités sociales et territoriales : Quelles réalités en Rhône-Alpes ? Education Santé Rhône-Alpes, n° 3, pp. 4-7, in <http://www.education-sante-ra.org>

Les petits dossiers de l'observatoire régional de la santé Nord-Pas-De-Calais, 2006, n° 13, 6 pages.

Loncle O., (2009), La mise en œuvre des politiques de santé publique au niveau local : « l'animation territoriale en santé en Bretagne », Sciences sociales et Santé, Vol. 27, n° 1, mars 2009, pp. 5-30.

Marchand A-C., (2006), Vers un service public de promotion de la santé sur l'ensemble du territoire, La santé de l'homme, n° 385, 2 pages, in <http://www.inpes.sante.fr>.

Polton D., Mauss H. , (2003), Territoires et accès aux soins, Rapport du groupe de travail, CREDES, 103 pages, in <http://www.sante-sports.gouv.fr>

Rican S., Vaillant Z., (2009), Territoires et santé : enjeux sanitaires de la territorialisation et enjeux territoriaux des politiques de santé (commentaire), Sciences sociales et Santé, Vol. 27, n° 1, mars 2009, pp. 33-42.

## **7° Annexe**

**Quelques expériences régionales de découpage territorial dans le cadre des SROS.**  
Polton D., Mauss H. , (2003), Territoires et accès aux soins, Rapport du groupe de travail, CREDES, 103 pages, in <http://www.sante-sports.gouv.fr>

1. Le Nord- Pas-de-Calais : définition des bassins de vie
2. La Bretagne : définition des bassins de proximité hospitaliers
3. La Bourgogne : avenir des pôles sanitaires de coopération
4. Les bassins de santé en Rhône-Alpes : une réalité
5. Les bassins de santé : un mode d'organisation commode en Languedoc-Roussillon
6. La Franche-Comté : les zones d'emplois de l'Insee privilégiées



## 1. Le Nord- Pas-de-Calais : définition des bassins de vie

**Contact** : Mr Delaeter (secrétaire général)

Tel : 03.20.06.70.20

**Contexte** : Organiser le développement de l'offre hospitalière au sein d'une région en déficit de structures de soins, et présentant des indicateurs de soins catastrophiques.

Région très urbaine peuplée de 4 millions d'habitants.

### Objectifs :

- organisation et graduation des soins
- nécessité d'un découpage intermédiaire entre la région et le secteur sanitaire
- cohérence des découpages sanitaires par rapport à l'aménagement du territoire
- déterminer au préalable une aire de planification

### Méthodes :

Le découpage des bassins de vie s'est fait en fonction de plusieurs paramètres :

- les voies de circulation ;
- les fondements historiques (le sentiment d'appartenir à un bassin de vie est fort) ;
- les logiques économiques
- suit la politique de décentralisation des universités ;
- concerne les disciplines : MCO + SSR

**Outil** : Outil de pilotage et d'évaluation du SROS (OPE-SROS) basé sur :

- l'exploitation du PMSI à partir de différentes données (CMD, GHM, points ISA, séjours hospitaliers) afin d'analyser la production et la consommation de soins et d'évaluer les fuites hospitalières (logiques/évitable)
- Il en résulte une cartographie qui présente les fuites et l'attractivité de chaque bassins de vie en nombre de séjours<sup>1</sup>, pour l'ensemble de l'activité MCO de la région Nord-Pas-de-Calais. " *Le PMSI permet d'apprécier les fuites hospitalières, c'est-à-dire de quantifier les flux de patients qui, bien que résidant dans un territoire, ont été admis dans un établissement d'une autre zone, plus éloignée de leur domicile. Ainsi l'attractivité des établissements d'un*

1. Le nombre de séjours correspond au nombre de Résumés de sortie anonymisé (RSA) produits classés dans les groupements homogènes de malades (GHM).

*bassin de vie et les fuites des établissements d'autres bassins permettent de mettre en évidence les carences de l'offre locale "* (Ziliani C., juillet 2002)

- une enquête annuelle auprès des médecins généralistes sur la prise en charge catégorie majeure de diagnostic (CMD) par CMD
- une enquête auprès des chefs de service du CHRU de Lille.

Mise en place d'un dispositif opérationnel :

- faire l'inventaire de la couverture sanitaire en élaborant une photographie des taux de couverture des besoins hospitaliers (production de points ISA en cancérologie, en hématologie...) dans chaque bassin de vie

Ex : une fiche par bassin de vie est établie sur la couverture en soins de proximité et en soins plus spécialisés à l'échelle du bassin de vie.

- définir le niveau optimal pour planifier l'offre hospitalière

Ex : élaboration d'une fiche par segment pathologique où figurent le niveau d'autonomie retenu, les objectifs de production de soins, les objectifs d'organisation dans la zone de référence et les objectifs de fonctionnement des structures.

(cf. extrait du SROS II sur le site de l'ARH : [www.arh5962.fr](http://www.arh5962.fr))

**Résultats** : découpage de la région en 4 bassins de vie dans le cadre du second SROS ; chaque bassin comprenant un nombre entier de secteurs sanitaires.

- le Hainaut
- l'Artois
- le Littoral
- la Métropole

Chaque niveau géographique est doté d'un panier d'activités identique.

Pour chaque activité de soins hospitalière a été définie le niveau géographique pour lequel une autonomie de l'offre de soins doit être recherchée et des modalités d'organisation proposées. A chaque activité sont rattachés un niveau géographique et un degré d'autonomie.

**Exemple de la réanimation** - niveau géographique d'autonomie : secteur, " autonomie totale ou complète : plus de 90 % des patients dans une zones trouvent une réponse hospitalière sur place)

Principes du bassin de vie :

- Emboîtement des découpages et structuration de l'offre régionale en 3 niveaux : région/bassin de vie/ secteur sanitaire.
- Conserve et utilise les secteurs sanitaires pour maintenir une qualité des soins hospitaliers de proximité

Ne correspond pas aux départements

Un découpage reconnu par les professionnels de santé et les usagers

Repose sur une vision claire et globale de l'aménagement du territoire

**Extension de la logique de bassin de vie** : par exemple, pour assurer la coordination de la fermeture des lits pendant la période estivale ou pour assurer la prise en charge aux urgences des flux de patients lors des épidémies infectieuses hivernales.

## 2. La Bretagne : définition des bassins de proximité hospitaliers

**Contact** : Laurent Tardif, chargé de mission

Tel : 02.99.78.17.78

Email : l.tardif@arh-bretagne.fr

**Contexte** : région rurale, très fortement hiérarchisée

Secteurs sanitaires construits à partir des bassins d'emploi (17). Emboîtement à l'exception de quelques cantons

**Principes** :

- accessibilité
- équité
- graduation des soins
- politique globale d'aménagement du territoire

**La question de base** :

- Comment le bassin de proximité s'inscrit-il dans le secteur sanitaire ?
- Remplit-il son rôle pour les soins de proximité ?
- Est-ce qu'il envoie ses patients pour les autres activités à son hôpital de référence (ou hôpital de secteur)

**Objectifs** :

- évaluer la graduation des soins : jusqu'où les structures de proximité prennent-elles en charge les patients ? Et ensuite, où sont-elles prises en charge ?
- avoir une vision globale des soins à travers les paniers de soins, et non de multiplier les bassins par disciplines comme l'a fait l'Urcam Bretagne.
- définir une maille de proximité recevable par les élus
- mettre au point un outil qui soit à la rencontre de la planification et de la gestion concrète des établissements
- mettre les établissements de soins en filière et démontrer leur pertinence

**Méthodes** :

- Définir au préalable des paniers d'activités avant de définir les territoires de planification adéquats
- Porte d'entrée de la méthode : les activités de soins

**Outil** : PMSI et logiciel OAP (logiciel de classement des GHM élaboré par le COTRIM d'Ile-de-France)

Etablir un lien entre établissement, patient et activité

Disciplines étudiées : MCO

**Les étapes** :

- Sélectionner les activités

L'étude a ainsi porté sur 250 activités, qui correspondent au nombre de codes GHM sélectionnés par le logiciel OAP.

**Caractériser les activités**

trois paramètres sont pris en compte :

- l'activité répertoriée par un code GHM
- l'établissement MCO où a été pratiquée l'activité  
ex : tous les hôpitaux publics et privés MCO (au total = 76, hôpitaux locaux compris)
- les patients, identifiés par le code géographique de leur lieu de résidence

De proximité ou pas ? Le territoire breton est-il bien couvert par l'ensemble des activités médicales ?

Pour une activité, on définit deux critères :

### ● LA COUVERTURE TERRITORIALE

La *couverture territoriale* correspond au pourcentage de codes géographiques qui disposent d'une activité pratiquée par un établissement MCO pour un rayon donné. Nous obtenons ainsi une matrice en 0/1. Cet indicateur est basé sur un nombre de codes géographiques et non une population. Un établissement est retenu si et uniquement si l'activité a été recensée au moins une fois dans l'année.

On recense les établissements de soins qui pratiquent une activité donnée (ex : appendicectomie). Puis autour de chaque code géographique, on trace un rayon de 25 km ou plus pour voir si il y a potentiellement un offreur de proximité pour l'activité médicale étudiée.

Ex : En Bretagne, 98 % des patients habitent à moins de 30 km de l'activité " gastro-entérite ".

Ce critère permet à la fois de distinguer les activités de proximité (mieux réparties sur le territoire) des activités

médicales plus rares, et donc d'avoir une vision globale de la graduation des soins.

**Présence de l'activité dans un rayon de 25 km pour l'ensemble des codes géographiques bretons**

Type d'activité	Code géographique n	Code géographique n+1
Activité X	0	1
Activité Y	1	1
...	...	...

Avec 1 = présence ; 0 = absence

**Interprétation :** dans un rayon de 25 km, le code géographique n+1 est potentiellement couvert par l'activité X.

Pour la Bretagne, 25 km est la distance qui différencie le mieux les activités selon leur taux de couverture. Ainsi 85 % des patients disposent, à moins de 25 km de leur domicile, d'un quart des activités et pour une activité rare la couverture territoriale est de 60 %.

Si l'on prenait maintenant un rayon de 100 km, le taux de couverture de la majorité des activités serait très élevé.

● **LE TAUX DE RECOURS À LA PROXIMITÉ**

Une fois que l'on connaît le taux de couverture d'une activité, se pose le problème du choix du patient (ou l'adressage du patient). Fait-il le choix de la proximité ? Si oui, pour quelle activité médicale ?

On part cette fois-ci du code géographique. Nous allons désormais retenir du tableau précédent que les 1, les cas où les codes géographiques sont couverts par une activité dans un rayon donné.

Pour une activité identifiée (ex : appendicectomie), et pour chaque code concerné (1 dans le premier tableau), nous observons si le choix majoritaire des patients s'est plutôt porté sur la proximité. Le taux de recours à la proximité est le rapport entre le nombre de codes géographiques pour lesquels les patients choisissent majoritairement la proximité et le nombre de codes géographiques où les patients ont été hospitalisés pour cette activité. Si un code géographique dispose de plusieurs établissements, le premier à 15 km, le second à 45 km, sur lequel s'est porté le choix des patients ?

Ex : En Bretagne, un quart des activités présente un taux de recours de proximité de moins de 20 %. Parmi les taux les plus bas, on trouve les pontages coronaires, les maladies VIH, les greffes de moelles, les chirurgies du système nerveux central.

Dans ces derniers calculs, seul sont pris en compte les patients qui habitent à plus de 25 km d'un centre de référence (il y en a au total 8 en Bretagne).

Ce sont les codes géographiques qui sont comptabilisés et non les patients afin de ne pas surpondérer les territoires proches des hôpitaux souvent plus peuplés.

**Résultats :**

Répartition des activités en 3 niveaux :

- **de proximité** : accouchement sans complication, appendicectomies, fractures...
- **à choix discuté** : chirurgie de la prostate, cataracte, phlébites...
- **à choix médical** : pontage coronaire, chimiothérapie, insuffisance rénale, diabète...

maillage complet de la Bretagne en 23 bassins de proximité emboîtés dans les secteurs.

3 découpages possibles pour les soins de proximité : par bassins de proximité (ARH), par pays, par bassins d'emploi (Insee)

**Limites :**

démarche empirique fondée sur l'observation des flux de patients une année donnée. Ainsi les activités classées en proximité ne devraient pas forcément s'y trouver s'il y avait une validation médicale.

**Démarche :**

- respecter les limites des secteurs sanitaires
- privilégier les découpages en bassins d'emploi qui sont le plus souvent comparables aux bassins de proximité
- sinon, diviser les bassins d'emploi en bassins de proximité afin de retrouver la polarisation hospitalière.

Ex : Quimper /Quimperlé = 2 bassins de proximité pour un seul bassin d'emploi

Ne pas forcément retenir le découpage des pays s'il n'est pas pertinent.

Utilisation des bassins de proximité.

**Consolider un secteur sanitaire :**

Ex : le bassin de proximité de Loudéac est plutôt tourné vers St Brieux que Pontivy, son hôpital de référence. L'objectif est donc de créer des flux entre les hôpitaux de Loudéac et de Pontivy afin de renforcer le secteur sanitaire et justifier le rang d'hôpital de référence. Ce renforcement passe par des coopérations entre les établissements et des transferts d'activité.

**Justifier les opérations de restructuration en chirurgie :**

Dans le cadre d'un pays, les hôpitaux de Fougères et de Vitré voulaient former un grand bassin de chirurgie et demandait de nouveaux lits en chirurgie. En dessinant les bassins de proximité des deux établissements, l'ARH a montré que les comportements des populations étaient très différents et qu'il n'y avait pas de flux entre les deux pôles. Fougères avait un fort recrutement pour les activités de chirurgie de proximité et les activités à choix discutés, tandis que le bassin de Vitré se tournait vers Rennes pour les activités à choix discutés. L'ARH Bretagne a ainsi souhaité conforter l'activité de chirurgie à Fougères et consolider les activités de proximité à Vitré pour éviter des fuites vers Rennes.

Dans le cadre du schéma gérontologique, les bassins de proximité répondent à une exigence sanitaire et rendent plus cohérente la prise en charge des personnes âgées, en se rapprochant des découpages sociaux et médico-sociaux.

Ex : dans le Pays " centre Bretagne ", les bassins de proximité mettent en évidence les déficiences en structures d'accueil. Deux hôpitaux locaux pourraient voir le jour prochainement.

Mettre en évidence les incohérences de certains secteurs sanitaires ou de pays.

**Perspectives :**

- faire valider les paniers d'activités par niveau par un conseil de médecins des départements d'information médicale (DIM)
- proposer cette méthode pour d'autres régions

### 3. La Bourgogne : avenir des pôles sanitaires de coopération

**Contact** : Didier Jaffre

Tél. : 03.80.53.13.00

**Contexte** : Lors de l'élaboration du SROS de seconde génération, l'ARH Bourgogne a défini 9 zones, appelées pôles sanitaires de coopération. Ces pôles ont été définis de manière à structurer l'offre de soins à partir de l'offre existante et des complémentarités, déjà instituées pour certaines, ou imposées par l'intermédiaire des syndicats interhospitaliers<sup>2</sup> pour les autres.

Une fois ces pôles construits, on a pu constater que ces pôles correspondaient aux aires d'attraction des pôles urbains, selon l'approche des villes et bourgs attractifs de l'Insee.

**Objectifs** : dans chaque pôle de coopération, une véritable filière de soins sera mise en place intégrant l'hospitalier, l'ambulatoire, le médico-social et le social.

Chaque pôle étant pourvu d'un SAU.

**Disciplines** : MCO, Psychiatrie, soins de suite et de réadaptation (SRR), soins de longue durée (SLD)

**Principe** :

- continuité des soins,
- prise en charge globale du patient,
- articuler médecine de ville/hôpital et sanitaire/social/médico-social.

Un bilan mitigé :

- **Réduction du nombre de pôles** : compte tenu de l'évolution à la baisse de la démographie médicale et de l'obligation de répondre aux normes sanitaires, le nombre de SAU qui est actuellement de 9 devra être réduit à 5 ou 6. Cela entraîne la réduction du nombre de pôles.
- **Révision des pôles sanitaires en zones de besoins homogènes** : il est souhaitable d'inverser la logique de définition des découpages sanitaires en se basant sur les pratiques réelles des usagers.
- **Des filières de soins difficiles à mettre en place**. Au sein de chaque pôle, l'objectif était d'associer tous les acteurs, de la médecine de ville, en passant par l'hôpi-

2. Ces syndicats ont été créés avec la mise en place des pôles sanitaires de coopération, sous l'impulsion de l'ARH Bourgogne.

tal, jusqu'aux maisons de retraite. Certaines filières n'ont pas fonctionné pour plusieurs raisons : manque de motivation du personnel, système d'information non unifié, configuration géographique difficile.

## 4. Les bassins de santé en Rhône-Alpes : une réalité

La région est découpée en 34 bassins (cf. tableau page suivante).

Ces bassins ont été construits autour des pôles sanitaires qui ont été définis lors du second SROS ; chaque bassin correspond à la zone d'attraction d'un ou plusieurs pôles sanitaires.

Chaque bassin comprend donc au moins un pôle sanitaire, qui peut être un pôle de proximité, un pôle de proximité renforcé, un pôle de référence ou encore un pôle de référence et universitaire. De ce fait, on compte 5 bassins mono-établissement.

Aujourd'hui cette approche par bassins de santé a été assez bien accueillie par les professionnels de santé et sert de support aux projets d'établissements et de cadre de référence pour les soins de proximité (étude sur la chirurgie de proximité).

Les bassins de santé de la région Rhône-Alpes ne recouvrent pas la même population sur le plan numérique.

Si l'on se base sur les données du dernier recensement de 1999, on constate que les bassins correspondant aux pôles de proximité sont les moins peuplés, à quelques exceptions près. Le plus petit, le bassin de Die, rassemble 12 000 habitants en 1999, 7 autres bassins ont moins de 60 000 habitants. 2 dépassent largement cette borne : St Julien en Genevois (103 000 hab.) et l'Est lyonnais (327 000 hab.).

Les bassins rattachés à un pôle sanitaire de proximité renforcé sont les plus nombreux et rassemblent, en majorité entre 80 et 200 000 personnes. Ceux rattachés aux pôles de référence comptent entre 160 000 et 250 000 habitants. Pour les pôles de référence et universitaires, on compte 3 bassins : Saint-Etienne, Grenoble et Lyon.

L'ARH utilise les données du PMSI 2001 pour valider ce premier découpage de la région en bassins. La zone lyonnaise, en particulier, est entièrement revue dans ce cadre, grâce à la fourniture d'informations PMSI par établissement par les Hospices Civils de Lyon.

Utilisation des bassins de santé

- Les bassins constituent un cadre pour les soins de proximité. Par exemple, un état des lieux de la chi-

urgie de proximité a été réalisé à l'échelle des bassins en octobre 2002. L'objectif de cette étude est de fournir à l'ensemble des acteurs les mêmes informations de base pour une réflexion sur l'organisation de la chirurgie en Rhône-Alpes (cette étude est disponible sur le site de l'ARH : <http://perso.wanadoo.fr/arhra>).

- Les établissements de santé doivent désormais concevoir leurs projets d'établissement dans le cadre de leur bassin.
- Des réunions sur l'organisation médicale auront lieu en décembre et janvier par bassin : les établissements publics et privés d'un bassin sont conviés à une même réunion où seront discutées les coopérations inter-établissements possibles. Les bassins mono-établissement seront rattachés, pour ces réunions, à un bassin voisin.

Les bassins de santé deviennent des lieux de concertation, parfois à la demande de certains établissements.

**Les bassins de santé en Rhône-Alpes et leur population**

Bassin de santé	Population en 1990	Population en 1999	Évolution en %
<b>Niveau de proximité</b>			
Dié	11 701	12 199	4,3
Pont-de-Beauvoisin	17 322	18 012	4
Privas	26 454	26 860	1,5
Givors	36 482	36 755	0,7
Saint-Jean-de-Maurienne	36 886	36 641	-0,7
Ambérieu-en-Bugey	38 323	40 979	6,9
L'arbresle tartare	49 583	54 719	10,4
Nantua-Oyonnax	54 264	58 098	7,1
Saint-Julien-en-Genevois	91 483	103 029	12,6
Est Lyonnais	326 953	326 983	0
<b>Niveau de proximité renforcé</b>			
Firminy	36 433	33 152	-9
Belley	36 697	38 677	5,4
Annonay	62 714	63 879	1,9
Aubenas	81 083	84 091	3,7
Pays de Gier	89 301	88 043	-1,4
Chamonix-Sallanches	93 302	101 884	9,2
Montbrison Feurs	94 968	98 911	4,2
Thonon-les-Bains	96 092	104 649	8,9
Tarentaise	97 279	101 394	4,2
Annemasse-Bonneville	134 193	149 137	11,1
Voiron	139 246	150 615	8,2
Montélimar	146 840	156 278	6,4
Vienne	147 881	159 806	8,1
Villefranche-sur-Saône	157 686	172 475	9,4
Bourgoin-Jallieu	160 754	183 444	14,1
Romans-Saint-Vallier	177 741	187 579	5,5
<b>Niveau de référence</b>			
Roanne	163 813	159 355	-2,7
Bourg-en-Bresse	172 305	184 277	6,9
Chambéry	214 096	235 223	9,9
Valence	215 453	224 696	4,3
Annecy	221 757	249 104	12,3
<b>Niveau de référence et universitaire</b>			
Saint-Étienne	374 891	360 906	-3,7
Grenoble	529 742	561 655	6
Lyon	1 016 983	1 081 902	6,8

Source : ARH Rhône-Alpes, mars 2002



## 5. Les bassins de santé : un mode d'organisation commode en Languedoc-Roussillon

Les bassins de santé ont été élaborés avant le SROS de deuxième génération par Emmanuel Vigneron. Ils sont au nombre de 14. Comme nous l'avons vu précédemment, chaque bassin comprend un centre hospitalier de type général, sauf deux qui correspondent à des zones d'études dépourvues d'établissement de santé.

Le maillage des CH de niveau 2 est assez régulier et les bassins de santé correspondent à des zones historiques assez bien identifiées par la population. Comme nous l'avons constaté plus généralement, la taille des bassins est variable à l'intérieur d'une région. Les CHU de Montpellier et de Nîmes et le CH de Perpignan disposent de bassins de santé très étendus, contrairement au CH de Sète qui voit une partie de sa clientèle se diriger vers Montpellier.

### Intérêt et utilisation des bassins de santé :

Les bassins de santé représentent un mode d'organisation commode et logique.

Concrètement, les thématiques du SROS II ont été déclinées par bassin, les complémentarités et les coopérations entre établissements de santé sont encouragées à cette échelle. Mais en aucun cas, les bassins de santé ne constituent un cadre contraignant dans la région Languedoc-Roussillon.

Enfin des équipes polyvalentes qui réunissent chacune un membre de la DRASS, le DDASS, de la CRAM ont été organisées par bassin de santé. Ces "groupes d'animation territoriale" constituent les équipes de référence pour le suivi de la mise en œuvre du SROS II.

### Sources :

Entretien avec Catherine Dardé in Benoît J.-M., Benoît P., Pucci D., mai 2002, La France à 20 minutes (et plus), Paris, Éditions Belin, 271 p.

Entretien avec Alain Corvez, CCMSA

Entretien avec Pierre Beuf, directeur-adjoint à l'ARH Languedoc-Roussillon

## 6. La Franche-Comté : les zones d'emplois de l'Insee privilégiées

**Contact** : M. Jandeu - DRASS

Tél. : 03.81.47.88.34

**Contexte** : région où toutes les restructurations ont été opérées. Il reste très peu d'établissements publics et privés pour les activités MCO.

**Les bassins de santé** ont été découpés selon la méthode d'Emmanuel Vigneron au moment du SROS II. Ce découpage s'appuyait sur le PMSI des établissements publics seulement, et beaucoup de codes communes n'étaient pas connus. Les bassins de santé ont été étudiés pour conforter la découpage des secteurs sanitaires mais n'ont pas été utilisés par la suite.

En revanche, la région Franche-Comté utilise les **zones d'emploi de l'Insee**, au nombre de 13, pour décliner les indices de la carte sanitaire MCO.

L'intérêt de ce zonage réside aussi dans la disponibilité de données démographiques, économiques et sociales actualisées. Les zones d'emploi offre la possibilité d'avoir une vision commune avec les autres partenaires.