

# Territoires et accès aux soins

*Rapport du groupe de travail*

Janvier 2003

CREDES



<b>INTRODUCTION</b>	<b>7</b>
<b>REMARQUES PRÉLIMINAIRES SUR L'ESPRIT DES RÉFLEXIONS ET PROPOSITIONS DU GROUPE</b>	<b>9</b>
<b>PARTIE 1</b>	
<b>Les territoires actuels d'organisation de l'offre : éléments de bilan</b>	<b>13</b>
<b>1.1 DES TERRITOIRES, POUR QUOI FAIRE ?</b>	<b>13</b>
❖ Territoires d'action, territoires d'observation	13
<i>Les territoires d'action</i>	13
<i>Des territoires d'observation</i>	14
❖ Des territoires pour quelle action ?	15
<b>1.2 LES TERRITOIRES ACTUELS D'ORGANISATION DE L'OFFRE</b>	<b>16</b>
<b>1.2.1 Les territoires administratifs</b>	<b>16</b>
1.2.1.1 Les secteurs sanitaires	16
❖ Des secteurs de taille variable	17
❖ Dans une majorité de régions les secteurs ne respectent pas les limites départementales	18
❖ L'utilisation des secteurs sanitaires et le jugement des ARH sur ces découpages	18
1.2.1.2 Les secteurs psychiatriques	20
❖ Les limites du découpage sectoriel en psychiatrie	20
❖ Les avantages du découpage sectoriel	21
❖ Les évolutions d'ores et déjà réalisées	21
1.2.1.3 Les bassins de santé	22
<b>1.2.2 Les territoires spécifiques</b>	<b>22</b>
1.2.2.1 Les territoires de la planification hospitalière	22
❖ Les bassins de santé	22
❖ Les autres territoires spécifiques	23
❖ L'interrégional, une échelle d'ores et déjà utilisée	24
1.2.2.2 D'autres territoires de l'organisation des soins (hors planification hospitalière)	25
<b>1.2.3 Les territoires de projet</b>	<b>25</b>

---

**PARTIE 2**  
**Des territoires pour un accès de tous à des services de santé de qualité : les propositions du groupe de travail** **29**

---

**2.1 GRADATION DES NIVEAUX DE SOINS : LES PREMIÈRES DÉMARCHES INITIÉES DANS LE CADRE DES SROS DE DEUXIÈME GÉNÉRATION** **30**

- ❖ Rhône-Alpes 30
- ❖ Aquitaine 30

**2.2 DU MAILLAGE DE PROXIMITÉ AU NIVEAU RÉGIONAL OU INTERRÉGIONAL, DES OBJECTIFS DE SERVICE RENDU À LA POPULATION SUR DIFFÉRENTS NIVEAUX DE TERRITOIRES** **31**

**2.2.1 Le niveau de proximité** **31**

- ❖ Quel « cahier des charges » pour les soins de proximité ? 31
- ❖ Quelle organisation pour ces soins de proximité ? 32
- ❖ Comment assurer le premier niveau d'hospitalisation ?  
 Quel rôle pour les hôpitaux locaux ? 32
- ❖ Quelle est la bonne échelle pour les soins de proximité tels que définis ci-dessus ? 32

**2.2.2 Trois niveaux d'hospitalisation** **33**

- ❖ Hospitalisation de premier niveau 33
- ❖ Soins hospitaliers spécialisés dans des hôpitaux de référence 33
- ❖ Soins hospitaliers très spécialisés dans des hôpitaux de niveau régional 34

**2.2.3 Comment construire ces territoires ?** **34**

- ❖ Des territoires définis par le service rendu à la population 34
- ❖ Des territoires partagés 34
- ❖ Des territoires qui ne sont pas seulement structurés par l'offre existante 35
- ❖ Des politiques territoriales globales 36

---

**Conclusion** **37**

---



---

**ANNEXE 1**  
**Composition du groupe de travail** **41**

---

**ANNEXE 2****Une revue de méthodes et d'expériences d'analyse et de construction de territoires****45**

<b>1.</b>	<b>LES MÉTHODES FONDÉES SUR LES SERVICES EXISTANTS</b>	<b>46</b>
1.1	<b>Mesures de l'attraction (loi de Newton, distance théorique et réelle)</b>	<b>46</b>
1.1.1	Fréquentation, distance, loi de Newton	46
1.1.2	Une mesure de l'attraction	47
1.2	<b>La délimitation d'aires théoriques</b>	<b>48</b>
1.2.1	Les courbes isochrones	48
1.2.2	Les aires d'attraction théoriques : polygones de Thiessen et aires de Reilly	51
1.3	<b>Les méthodes fondées sur les flux réels d'utilisation des services</b>	<b>52</b>
1.3.1	Bassins de santé, bassins hospitaliers : les zones d'attraction hospitalière dessinées par les flux domicile-hôpital	52
1.3.2	Les bassins de santé construits autour d'autres services de santé	57
1.3.3	Elargissement à d'autres services	58
<b>2.</b>	<b>LES APPROCHES VISANT À IDENTIFIER DES « ZONES À RISQUES » OU DES ZONES « DÉFAVORISÉES »</b>	<b>63</b>
2.1	<b>Le ciblage de zones présentant des besoins spécifiques</b>	<b>63</b>
2.2	<b>Les typologies de zones</b>	<b>64</b>

**ANNEXE 3****Quelques expériences régionales de découpage territorial dans le cadre des SROS****71**

1.	Le Nord- Pas-de-Calais : définition des bassins de vie	71
2.	La Bretagne : définition des bassins de proximité hospitaliers	73
3.	La Bourgogne : avenir des pôles sanitaires de coopération	76
4.	Les bassins de santé en Rhône-Alpes : une réalité	77
5.	Les bassins de santé : un mode d'organisation commode en Languedoc-Roussillon	79
6.	La Franche-Comté : les zones d'emplois de l'Insee privilégiées	80

---

<b>ANNEXE 4</b> <b>Un exemple de démarche territoriale en partenariat : le ciblage de zones à la démographie médicale sensible en Basse-Normandie</b>	<b>83</b>
<hr/>	
<b>ANNEXE 5</b> <b>Réflexions sur la place de l'hôpital local</b>	<b>89</b>
<hr/>	
<b>ANNEXE 6</b> <b>Exemple d'organisation de soins de proximité à partir d'une opération de restructuration hospitalière</b>	<b>95</b>
<hr/>	
<b>ANNEXE 7</b> <b>Le contenu du bassin de proximité pour les personnes âgées</b>	<b>99</b>
<hr/>	
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>103</b>
<hr/>	

## Introduction

Ayant pour but d'assurer une répartition géographique des structures et des services permettant de répondre aux besoins des populations résidentes, toute démarche de planification de l'offre de soins est nécessairement ancrée sur des territoires.

La planification hospitalière a ses territoires officiels : depuis l'instauration de la carte sanitaire en 1970, le secteur sanitaire est l'unité de base du découpage géographique. Le découpage actuel date, pour la majorité des régions, du premier schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) en 1994. La psychiatrie, quant à elle, fait l'objet d'un découpage spécifique, à une échelle plus fine. Un troisième territoire, le bassin de santé, est apparu plus récemment dans la loi, mais sans que son contenu et son utilisation n'aient été définis.

Depuis une dizaine d'années, avec l'expérience née de deux générations de SROS mais aussi d'autres démarches, la réflexion sur les territoires s'est enrichie et diversifiée. L'expertise technique se développe pour définir des zonages intégrant les habitudes de vie et de déplacement des populations (aires urbaines, zones d'emploi, bassins d'attraction de services...). D'autres approches se

fondent sur des " territoires de projets " ou " réseaux d'acteurs ". De nouvelles préoccupations de répartition de l'offre suscitent des approches territorialisées, comme la question de l'installation des médecins généralistes, et au-delà des questions d'offre, des politiques de santé publique intègrent de plus en plus cette dimension territoriale (programmes régionaux de santé, programmes régionaux d'accès à la prévention et aux soins).

Faut-il, à partir de ces évolutions, repenser les territoires de la planification hospitalière ? Sont-ils toujours pertinents, ou doit-on les faire évoluer ? Comment les articuler avec les découpages définis par ailleurs dans le secteur de la santé et du social ? Tout le monde s'accorde aujourd'hui en effet sur la nécessité, au moins dans la réflexion, de dépasser des logiques très cloisonnées pour embrasser l'ensemble de l'offre, et, au-delà, élargir la problématique à la prévention et à des approches en termes de santé des populations. Le territoire peut-il être un instrument de cette cohérence ? Faut-il aller encore plus loin et questionner l'existence de découpages spécifiques au secteur de la santé ?

L'ensemble de ces questions a constitué le fil conducteur de la réflexion du groupe, et peut se résumer ainsi : quels territoires ? Pour quels objectifs ? Comment les définir ?

Le groupe a appuyé sa réflexion sur des auditions d'experts, sur des enquêtes destinées à rassembler l'expertise acquise dans les régions par les ARH, les URCAM, les DRASS et les ORS, et sur une série de travaux techniques de géographes.

Ce rapport, qui est l'expression de cette réflexion, comprend trois parties.

Tout d'abord, quelques remarques préliminaires situent l'esprit dans lequel le groupe a travaillé, la philosophie générale sous-jacente à ses recommandations et la manière dont il a conçu la réponse au mandat qui lui était donné.

Une deuxième partie dresse l'état des lieux des territoires existants (dans le cadre des SROS mais pas uniquement), le bilan que l'on peut faire de ces approches, et formule des propositions pour une approche territoriale globale et cohérente.

La troisième partie, plus méthodologique, rassemble des outils utilisables pour des approches territoriales, en les illustrant par des exemples, et décrit un certain nombre d'expériences régionales qu'il paraît intéressant de faire partager, dans une perspective de capitalisation des acquis.

## Remarques préliminaires sur l'esprit des réflexions et propositions du groupe

- **LE TERRITOIRE EN TANT QUE CONTENANT EST INDISSOCIABLE DE SON CONTENU DE SERVICES**

Il peut paraître a priori un peu surprenant de faire travailler un groupe spécifique sur la question des territoires en tant que telle. Un découpage territorial n'a en effet pas de sens en soi, en dehors d'une explicitation des services devant être rendus disponibles sur ce territoire. En d'autres termes, on ne peut pas réfléchir au contenant sans réfléchir simultanément au contenu. C'est pourquoi l'approche proposée par le groupe conduit à définir des niveaux de territoires, en définissant en même temps le contenu des services attendus sur ces territoires.

Pour le faire sans outrepasser son mandat, et dans la mesure où d'autres réflexions sont en cours, sur le contenu et le fonctionnement des plateaux techniques, sur la permanence des soins, sur la démocratie sanitaire, nous intégrons dans les recommandations sur les territoires, autant que faire se peut, les résultats de ces réflexions parallèles.

- **LE TERRITOIRE N'EST PAS LE SEUL LEVIER**

Non seulement le territoire n'est pas une fin en soi, mais on peut organiser l'offre de soins sur un territoire sans faire de la redéfinition des frontières un préalable.

L'évolution de la planification hospitalière illustre en effet un mouvement qui, partant d'une approche très quantitative (carte sanitaire et indices), s'est attachée progressivement à une démarche plus qualitative et médicale pour développer des liens entre des structures, faire travailler des établissements en réseau, afin d'améliorer l'accès aux soins. Cette approche plus fonctionnelle peut aussi pallier les défauts des territoires existants. L'exemple a été donné dans certaines régions pour la psychiatrie : des actions pour mobiliser les équipes dans un travail commun intersectoriel peuvent être une solution aux difficultés liées au découpage des secteurs psychiatriques, dont on sait qu'il n'est pas toujours optimal.

- **UNE APPROCHE PEU PRESCRIPTIVE**

Compte tenu de ce qui vient d'être dit, mais aussi compte tenu de la diversité des situations régionales et des approches territoriales menées dans les régions (qui sera analysée plus loin), une approche très normative, définissant des règles uniformes de découpage au plan national, et imposant ces nouveaux découpages dans des territoires administratifs, n'a pas paru pertinente.

L'approche privilégiée a donc été de proposer :

- un cadre général de réflexion pour favoriser une approche globale et cohérente des territoires,
- des méthodes possibles pour délimiter et analyser ces territoires,
- sans créer de nouveaux territoires administratifs.

- **METTRE À DISPOSITION L'EXPÉRIENCE CAPITALISÉE**

Les deux premiers SROS ont été l'occasion, dans les différentes régions, de développer de l'expertise sur les questions de géographie de la santé, de mener un travail conjoint avec des experts du domaine, d'expérimenter des outils et méthodes et des approches variées du découpage. Il a semblé au groupe que rassembler cette expertise, de façon à ce qu'elle puisse être connue et partagée, faisait aussi partie de l'objectif du groupe de travail, en plus des recommandations et propositions qu'il était amené à faire.

# **Partie 1**

**Les territoires actuels  
d'organisation de l'offre :  
éléments de bilan**

## Des territoires, pour quoi faire ?

### ● TERRITOIRES D'ACTION, TERRITOIRES D'OBSERVATION

Des géographes ont popularisé la distinction entre « territoire de pouvoir » et « territoire de savoir », en opposant des zonages correspondant à des compétences légales à des zonages construits pour refléter les comportements de vie (habitat, travail, déplacements dans l'espace) des populations. L'exemple des découpages successifs définis par l'INSEE pour rendre de compte de l'évolution du phénomène urbain en fournit une illustration dans l'encadré page suivante.

Cette idée peut être reprise pour les territoires de la planification sanitaire, afin de clarifier la manière dont peut être utilisé un territoire. Cette clarification préalable n'est pas inutile à un moment où la notion de territoire est devenue très populaire et où les découpages cartographiques se multiplient, jusqu'à créer parfois une certaine confusion.

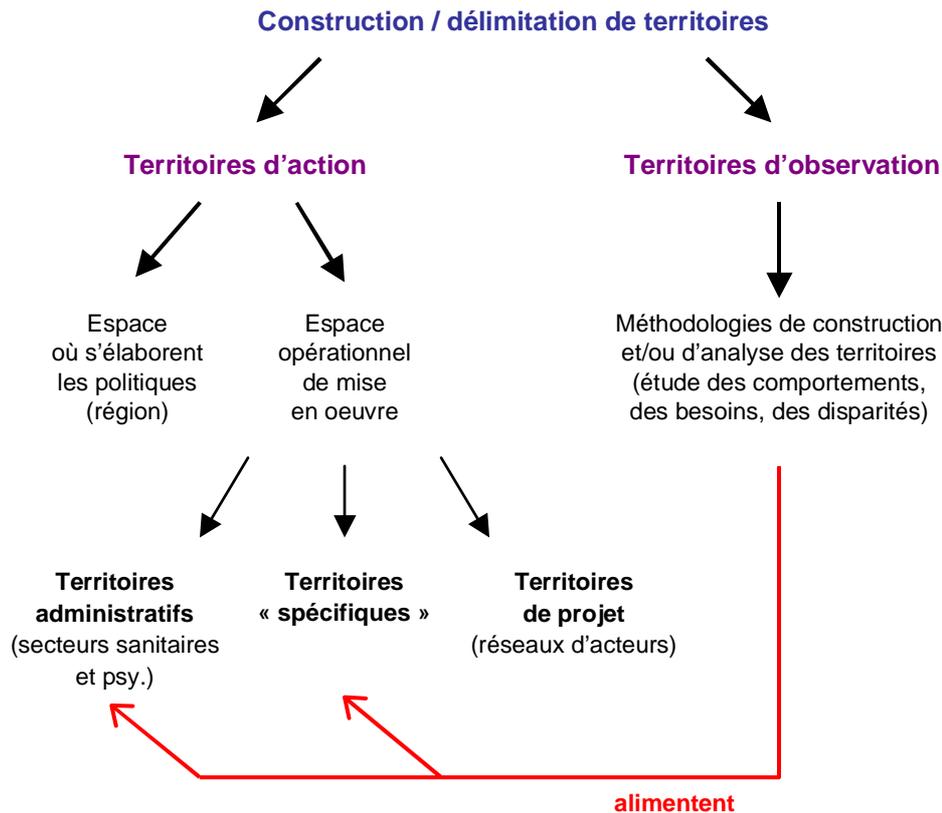
Partant de la distinction précédente en la modifiant quelque peu, nous distinguerons des **territoires d'action** et des **territoires d'observation** (schéma page suivante).

### *Les territoires d'action*

Il est tout d'abord important de distinguer le **niveau auquel s'élabore une politique** (en l'occurrence, le niveau régional, dans le cadre des orientations nationales) du **niveau de sa mise en œuvre**, qui est évidemment infra-régional. C'est bien sur ces espaces opérationnels de mise en œuvre que porte la réflexion du groupe.

On peut distinguer trois types de territoires d'action (au sens : espaces de mise en œuvre des politiques) :

- des **territoires administratifs**, définis par les textes, et auxquels sont attachés des instruments de régulation, c'est-à-dire que sur ces territoires des institutions ont des compétences (légales, réglementaires) en termes d'aménagement, d'allocation de ressources, de décisions budgétaires, de définition de normes... En matière de planification hospitalière, ce sont essentiellement les secteurs sanitaires et les secteurs psychiatriques. La notion de bassin de santé figure en tant que telle dans les textes, mais elle n'est pas définie à l'heure actuelle et aucun instrument de régulation ne s'y attache.



- des **territoires dits « spécifiques »** ou « ad hoc » : il s'agit de zonages particuliers infra-régionaux créés par les ARH, dans le cadre des SROS, pour poursuivre certains objectifs : ce peut être de définir des territoires pertinents pour l'observation de certaines activités (ex des bassins de naissance), de matérialiser des espaces de coopération entre établissements pour favoriser leur rapprochement (bassins autour de pôles sanitaires, pôles de coopération), ou de s'appuyer sur des zonages plus pertinents que les secteurs sanitaires pour organiser l'offre (regroupements de secteurs). Une revue exhaustive des expériences régionales sera effectuée plus loin dans ce rapport, mais d'ores et déjà l'on peut dire que dans beaucoup de régions, des découpages spécifiques ont ainsi été utilisés, qui ont tous pour point commun de s'ajouter au découpage administratif en secteurs sanitaires pour fournir une palette d'instruments ;
- des **territoires de projet**, dont la logique est différente, car il ne s'agit pas d'un maillage systématique du territoire par le haut (démarche nécessaire dès lors qu'il faut assurer un service à toute la population), mais d'une démarche ascendante, appuyée sur l'initiative d'acteurs locaux.  
On trouve ici les territoires des intercommunalités : pays, communautés d'agglomérations. L'apport de ces derniers, par rapport aux territoires évoqués plus haut,

est de pouvoir prendre en compte la pluralité des politiques publiques et d'inscrire des projets de santé dans un cadre plus large, 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 des projets territoriaux – le nombre de projets de santé aujourd'hui est d'ailleurs encore limité.

D'autres territoires de projet portés spécifiquement par des acteurs sanitaires et sociaux peuvent aussi émerger (dans le cadre de l'organisation de réseaux de soins et de santé, de programmes de santé publique ou d'accès à la prévention et aux soins).

### Des territoires d'observation

Beaucoup de travaux d'étude sont réalisés qui utilisent ou déterminent différents zonages à des fins **d'observation et d'analyse**.

Ces territoires « d'étude » peuvent être définis par exemple pour analyser les déplacements des habitants dans leur recours aux soins, pour rechercher de zones spécifiques du

« Le zonage de pouvoir est le découpage en territoires sur lesquels s'exerce un pouvoir. En France on peut penser essentiellement aux communes, départements et régions. (...) Il est donc naturel –et légal– que les statistiques soient élaborées sur la base de ces territoires « de pouvoir » que sont en particulier les communes. On peut de cette façon obtenir des dénombrements –combien y a-t-il de jeunes, de vieux, de chômeurs, etc. dans la commune– mais ces nombres ne permettent plus de mesurer la situation socio-économique du territoire et son évolution. (...) »

Les zonages de savoir ont été créés par le monde de la statistique et de la recherche pour permettre l'étude du territoire sur des bases adaptées à la réalité actuelle. Quand, après-guerre, les villes se sont développées et étalées, on s'est vite rendu compte que les communes n'avaient plus grand sens – que ce soit démographiquement ou économiquement– puisqu'habitations et usines s'étaient dans les faubourgs et les campagnes environnantes, franchissant des remparts qui n'existaient plus. Il a donc fallu élaborer des instruments de mesure adaptés. On a commencé à voir apparaître le concept d'agglomération, en 1954. L'idée était –est toujours– de considérer comme un ensemble urbain tout ce qui se touche en terme de bâti (moins de 200 mètres d'écart). On a fixé un seuil : au moins 2000 habitants agglomérés au chef-lieu pour former une « unité urbaine », terme officiellement retenu. En 1962, on est allé un peu plus loin, en disant : « il y a, près des agglomérations des zones industrielles et des cités-dortoirs. Certes, les unes et les autres sont séparées de plus de 200 mètres mais, en réalité, tout cela participe d'un même ensemble ». C'est ce que l'on a appelé les ZPIU, les Zones de Peuplement Industriel et Urbain, formant la couronne périurbaine autour des agglomérations. Les communes rurales hors ZPIU appartenaient au « rural isolé ». Ce concept a servi de base pendant une trentaine d'années aux études sur les villes et les campagnes. Puis l'aspiration à l'habitat individuel, le développement de la voiture, l'évolution de l'emploi, la montée du chômage ont conduit les Français à accepter plus facilement d'habiter de plus en plus loin de leur lieu de travail. Résultat : les ZPIU se sont élargies au point qu'en 1990, le reste du territoire, le « rural isolé » représentait encore un quart de la surface des terres mais ne comprenait plus que 4 % de la population... Le concept ne permettait donc plus de distinguer la ville de la campagne, c'est pourquoi on a élaboré le nouveau concept « d'aire urbaine ». Soulignons quand même, avant de l'enterrer, que la mort du concept de ZPIU signifie de façon très claire que le clivage traditionnel entre ville et campagne n'est plus ce qu'il était et que, en France aujourd'hui, tout le monde ou presque participe à la ville. »

Source : Christophe Terrier, in Benoît J-M., Benoît P., Pucci D., mai 2002, *La France à 20 minutes (et plus)*, Paris, Éditions Belin, 271 p.

point de vue de l'épidémiologie, des zones mal desservies ou déficitaires en médecins ou défavorisées sur le plan sanitaire, des zones homogènes en terme de besoins, etc.

Ces travaux d'analyse ne conduisent pas nécessairement à ériger les zones ainsi définies en territoires d'action. Néanmoins, il est évident que la définition de territoires pertinents pour l'action peut tirer parti de ces analyses

pour prendre en compte les modes de vie des habitants, les zones en difficulté... Les méthodologies développées par les géographes et les statisticiens pour mieux appréhender les logiques spatiales alimentent ainsi la construction des territoires de décision. Par exemple, les secteurs sanitaires peuvent être construits en référence aux bassins d'attraction hospitalière, ceux-ci peuvent constituer des territoires sur lesquels les ARH s'appuient pour favoriser les coopérations ou allouer les ressources, etc.

A l'inverse, une fois les territoires d'action définis, il est bien entendu nécessaire de mener en continu un travail d'observation sur ces découpages géographiques, afin de suivre et d'évaluer les politiques menées (qu'il s'agisse des secteurs sanitaires, des bassins de vie, des bassins de santé, etc.). Ceci suppose que ces territoires d'action soient construits par agrégation de territoires élémentaires sur lesquels l'information statistique est disponible et mobilisable. Ceci n'est pas toujours le cas aujourd'hui, par exemple pour les secteurs psychiatriques.

Il n'y a donc pas étanchéité entre les deux catégories définies comme « territoires d'action » et « territoires d'observation », mais cette première distinction permet de rappeler qu'il est nécessaire de bien définir l'objectif qui sous-tend le choix d'une échelle ou d'un contour géographique.

#### ● DES TERRITOIRES POUR QUELLE ACTION ?

L'objectif qui sous-tend la réflexion territoriale développée dans les pages qui suivent, c'est **l'accès effectif et efficace de la population à un ensemble de services sanitaires, et dans certains cas médico-sociaux et sociaux.**

La question de **l'accès** renvoie d'abord à la répartition et à l'organisation de l'offre de soins (qui peuvent passer par des autorisations, des contractualisations, des incitations...).

Mais l'accessibilité géographique n'est pas toujours suffisante pour garantir un **accès effectif**, et 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.

L'accès doit aussi être **efficace**, au sens de la pertinence et de la qualité du service rendu. Même si les politiques d'évaluation de la qualité ne sont pas territorialisées, l'analyse spatiale en montrant les écarts de pratique peut servir à déceler des zones sur lesquelles faire porter l'effort.

L'utilisation de la notion d'« **ensemble de services sanitaires, médico-sociaux et sociaux** » ne doit pas prêter à confusion : il ne s'agit en aucun cas de laisser entendre que toute la population française est fondée à avoir les services d'un CHU à sa porte. Au contraire, l'accentuation de la spécialisation, le développement des normes de qualité et de sécurité et la diminution des effectifs médicaux conduiront en toute logique à une plus grande concentration des plateaux techniques. Mais en contrepartie, il est essentiel que les filières de soins des malades, depuis la prévention ou les soins de proximité jusqu'au retour à domicile en passant par l'hospitalisation en soins aigus, soient organisés de manière à ce que l'accès à tous les éléments de la chaîne soient garantis, quelle que soit la proximité de la personne aux structures de recours. Ceci suppose, en particulier, que le niveau de premier recours soit disponible partout, qu'il soit organisé de façon à fournir une gamme de services relevant de la proximité – services sanitaires, coordonnés le cas échéant avec des services sociaux et médico-sociaux (notamment pour les malades mentaux, les personnes âgées, les populations défavorisées au plan économique et social, les personnes souffrant de maladies chroniques, d'addictions...). Il faut aussi que ce niveau de premier recours soit bien organisé en lien avec les soins secondaires. Nous aurons l'occasion de développer ces éléments ci-dessous.

Le champ envisagé par le groupe dépasse donc le seul secteur des soins hospitaliers. Même si les autres secteurs obéissent à des logiques de régulation différentes, une vision globale et transversale des services sanitaires et sociaux accessibles sur un territoire apparaît en effet aujourd'hui de plus en plus nécessaire.

C'est cette approche qui a constitué le fil conducteur de la réflexion du groupe qui est retracée dans les pages qui suivent.

On trouvera en complément, en annexe 2 une revue de méthodes et d'expériences d'analyse et de construction de territoires.

## 1.2 Les territoires actuels d'organisation de l'offre

### 1.2.1 Les territoires administratifs

#### 1.2.1.1 Les secteurs sanitaires

Les seules instructions concernent la taille du secteur, qui doit comprendre au minimum 200 000 habitants (arrêté ministériel du 5 mai 1992). Toutefois, lorsqu'un département compte une population inférieure au minimum fixé, il constitue à lui seul un secteur sanitaire (art. R.712-6 du CSP).

La tendance a été à une diminution du nombre de secteurs, qui sont passés de 223 en 1984 à 152 en 1994 et 150 aujourd'hui.

Les deux régions extrêmes comptent 2 secteurs sanitaires (Corse) et 14 (Ile-de-France). Pour les autres régions, le nombre varie entre 4 secteurs (Alsace, Auvergne Champagne-Ardenne Franche-Comté, Haute-Normandie, Lorraine) à l'exception du Limousin qui comporte 3 secteurs, et 11 secteurs (Midi-Pyrénées, et Rhône-Alpes).

Pour 18 régions sur 22, les découpages ont été faits il y a une dizaine d'années. Ils datent pour la plupart du premier SROS, 1993-1994 (15 régions<sup>1</sup>), et sont plus anciens dans 4 régions<sup>2</sup> (1990-1991). Seules 2 régions ont redécoupé leurs secteurs avant le second SROS, en 1998-1999<sup>3</sup>, et une (la Bourgogne) en 2001.

- 
1. *Alsace, Auvergne, Basse-Normandie, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Franche-Comté, Limousin, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes, PACA, Rhône-Alpes.*
  2. *Aquitaine, Corse, Haute Normandie, Languedoc-Roussillon.*
  3. *Ile-de-France et Lorraine.*

### • DES SECTEURS DE TAILLE VARIABLE

Les secteurs sont hétérogènes en taille : le plus petit secteur sanitaire compte 63 173 habitants (Millau-St Affrique en Midi-Pyrénées) ; le plus peuplé compte 1 389 717 habitants (Lyon en Rhône-Alpes), hors Ile-de-France.

La taille moyenne par région varie de 201 688 pour la Basse-Normandie à 577 933 en Lorraine (784 381 habitants en Ile-de-France).

Une analyse plus approfondie montre que l'hétérogénéité des populations s'explique pour une part par le caractère rural ou urbain et la densité de population. Les secteurs les plus peuplés sont ceux qui comportent des agglomérations urbaines très denses, et ils ont des superficies faibles. A l'inverse, dans les zones rurales les moins peuplées, les secteurs sont plus étendus et couvrent une population plus limitée. Il y a donc dans l'hétérogénéité des secteurs un élément explicatif lié à la géographie.

La superficie des secteurs sanitaires est également variable. La plupart ont une taille variant entre 1000 et

7 000 km<sup>2</sup>. Il existe aussi de très petits secteurs (7 % ont une superficie inférieure à 500 km<sup>2</sup>) et de grands secteurs (7 % ont une superficie supérieure à 7 000 km<sup>2</sup>).

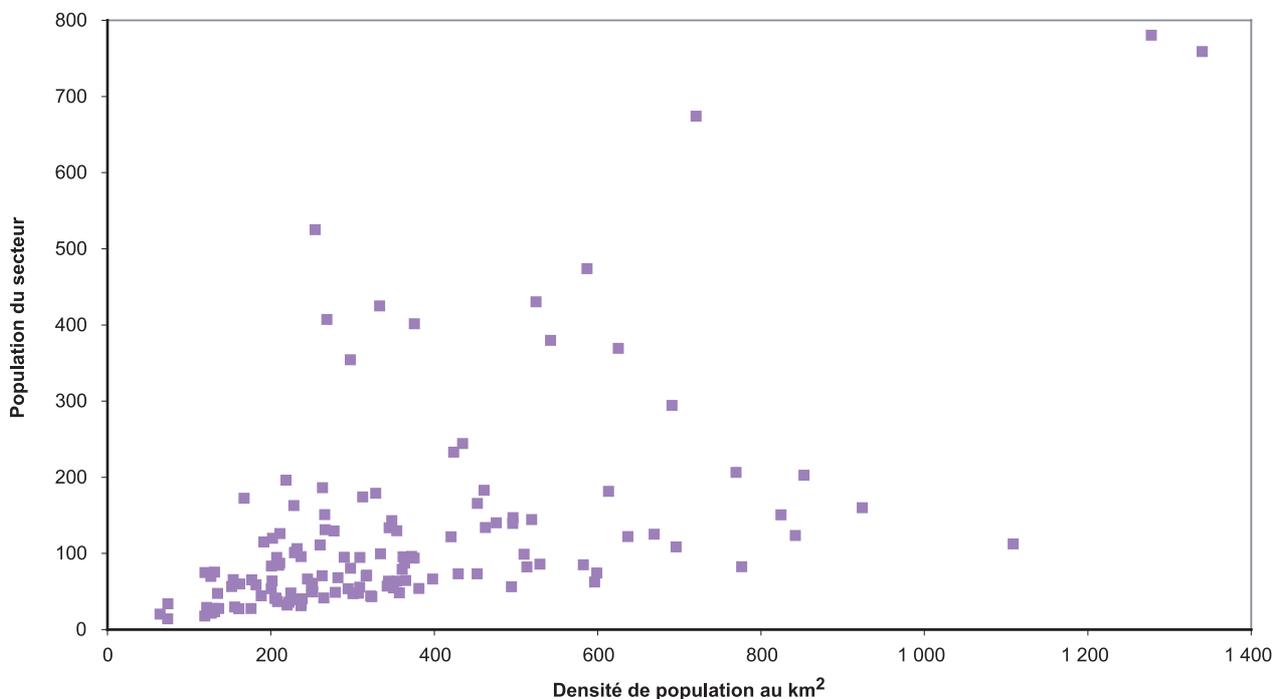
Les petits secteurs sont des zones urbaines très denses, situés majoritairement en Ile-de-France, dans le Nord-Pas-de-Calais et la Provence-Alpes-Côte-d'Azur.

Les grands secteurs sont composés de communes à dominante rurale (selon la typologie du zonage en aires urbaines de l'INSEE). Elles représentent 60 à 83 % des communes de ce type de secteur.

Cette relation entre superficie, taille de la population et densité est illustrée globalement par le graphique et le tableau ci-après.

Le graphique (limité aux secteurs ayant une densité de population inférieure à 800 habitants au km<sup>2</sup>, pour des raisons de lisibilité) fait apparaître clairement la relation globalement croissante entre densité et population, même s'il y a une certaine dispersion.

#### La population du secteur en fonction de la densité



Densité de population du secteur	Nombre de secteurs	Population moyenne	Population médiane	Superficie moyenne	Superficie médiane
< 100 hab / km <sup>2</sup>	82	277 000	250 000	5 000	5 100
De 100 à 200 hab / km <sup>2</sup>	36	427 000	346 000	3 100	2 500
De 200 à 1000 hab / km <sup>2</sup>	17	607 000	542 000	1 600	1 400
>= 1000 hab / km <sup>2</sup>	10	867 000	780 000	240	210

Le tableau ci-dessus l'illustre d'une autre manière en présentant les populations et superficies moyennes des secteurs en fonction des classes de densité. Plus la densité est élevée, plus la population moyenne l'est également et plus la superficie diminue.

- **DANS UNE MAJORITÉ DE RÉGIONS LES SECTEURS NE RESPECTENT PAS LES LIMITES DÉPARTEMENTALES**

Quatre régions seulement (Auvergne, Centre, Corse et Limousin) ont fait coïncider leurs secteurs sanitaires avec les départements ; ces quatre régions rassemblant 15 départements. Au total, on dénombre 32 secteurs sanitaires (France entière hors DOM) qui reprennent les limites départementales.

Dans certaines régions, les secteurs sanitaires peuvent être infra-départementaux :

- soit un département regroupe un nombre entier de secteurs sanitaires. Pour exemple, la Charente-Maritime, le Tarn, ou l'Aveyron ont adapté ce découpage et sont ainsi divisés en deux secteurs sanitaires. Pour les régions Midi-Pyrénées ou Poitou-Charentes, la logique départementale est très importante.
- soit un département rassemble un secteur sanitaire compris dans les limites départementales et un morceau de secteur à cheval sur un autre département.

Pour 16 régions, nous pouvons observer que les secteurs sanitaires sont à cheval sur deux départements au moins (cf. tableau suivant). 47 secteurs sanitaires sur 150, soit près d'un tiers, sont ainsi découpés sans respecter les limites départementales.

- **L'UTILISATION DES SECTEURS SANITAIRES ET LE JUGEMENT DES ARH SUR CES DÉCOUPAGES**

Les secteurs sanitaires sont le cadre d'application des indices de la carte sanitaire et donc une première utilisation de ce découpage est la gestion des autorisations (créations de lits, réorientations, regroupements). Ils sont aussi le cadre de la déclinaison, de mise en œuvre et d'évaluation du SROS et de chacun de ses volets.

Au total, ce sont donc des espaces dans lesquels est pensée l'organisation globale des soins hospitaliers : structuration de l'offre autour des pôles hospitaliers importants, complémentarités entre les établissements et fonctionnement en réseau, coopérations, recompositions.

Quelques régions explicitent le rôle du secteur sanitaire comme correspondant à un niveau de soins, dans une graduation en plusieurs niveaux (Aquitaine, Lorraine, Picardie, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes). Nous reviendrons plus en détail sur cette démarche dans la partie 2 -Propositions.

Quelques régions ont utilisé le secteur sanitaire comme un espace de concertation réelle entre acteurs locaux (Bretagne, Picardie, Rhône-Alpes).

Consultées au cours de l'été 2002 sur le bilan qu'elles tiraient des secteurs sanitaires - à la fois le secteur en tant qu'outil général de planification et la pertinence de ses frontières actuelles -, les ARH ont dans l'ensemble exprimé une position plutôt conservatoire.

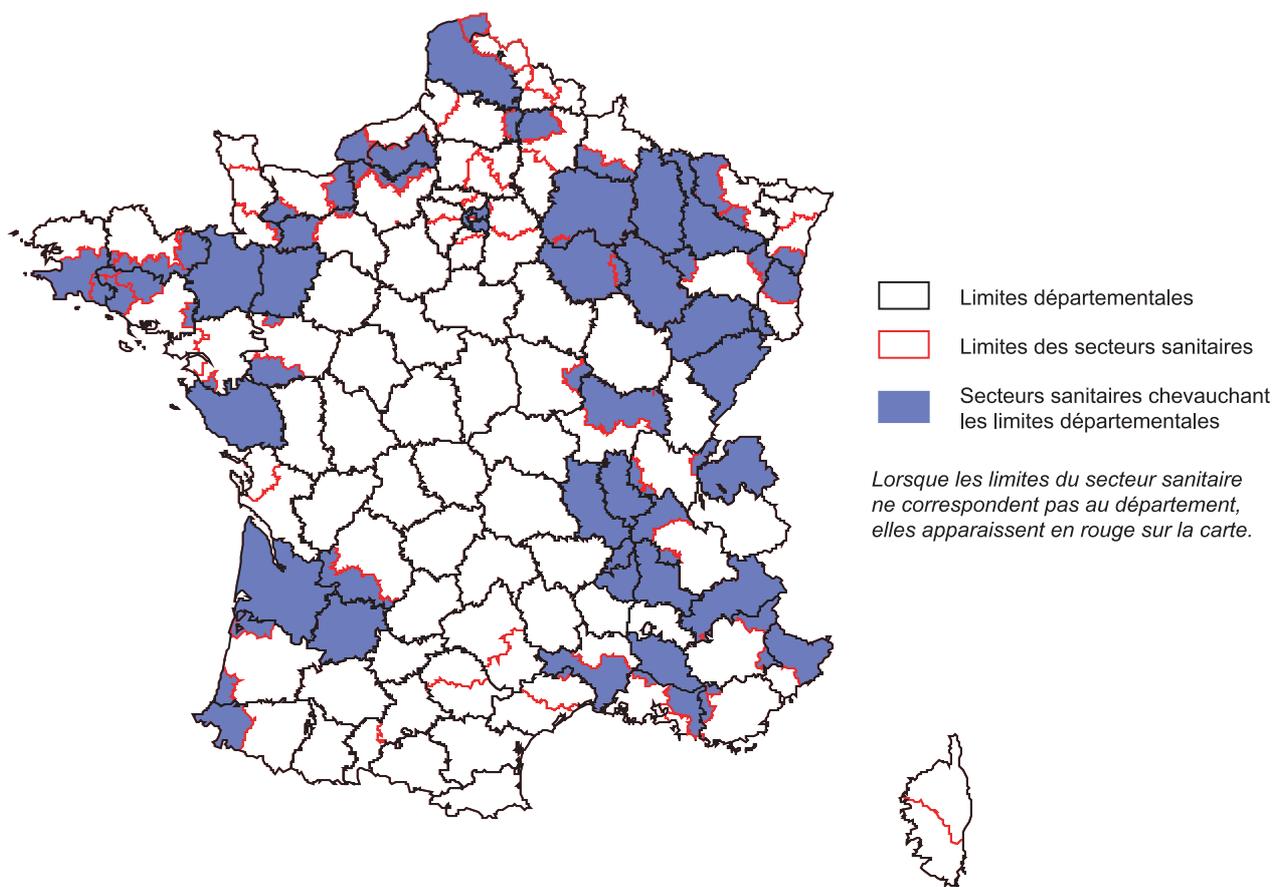
Le secteur sanitaire, inscrit dans le paysage depuis une dizaine d'années, représentait dans la plupart des régions un élément fort de l'organisation sanitaire, comme zone de distribution des moyens (autorisations, installations, activités) et comme cadre des recompositions hospitalières (notamment pour l'urgence, la périnatalité). Il était considéré comme un territoire de référence pour l'ensemble des acteurs et notamment pour les élus.

### Régions dans lesquelles les secteurs ne correspondent pas aux départements

Régions	Nombre de secteurs à cheval sur deux départements au moins	Nombre total de secteurs par région
Alsace	1	4
Aquitaine	3	7
Basse-Normandie	2	4
Bourgogne	1	5
Bretagne	5	8
Champagne-Ardenne	3	4
Franche-Comté	3	4
Haute-Normandie	2	4
Ile-de-France	6	14
Languedoc-Roussillon	1	7
Lorraine	2	4
Nord-Pas-de-Calais*	3	4
Pays de la Loire	3	7
Picardie	1	8
Provence-Alpes-Côte d'azur	5	9
Rhône-Alpes	6	11
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>104</b>

\* Ce sont les bassins de vie qui ont été comptabilisés et non pas les secteurs sanitaires

### Secteurs sanitaires en France



Données : Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - DHOS  
 Cartographie : Credes, décembre 2002

La pertinence de certains découpages était cependant questionnée. C'est pourquoi des redécoupages étaient envisagés par certaines régions, mais plutôt à la marge : l'idée générale étant de ne pas casser l'existant, et de ne pas faire de la redéfinition des frontières, qui représente un investissement lourd avec beaucoup de perturbation à la clé, une priorité.

Parmi les problèmes de découpage, celui des grandes villes, comme Paris, Marseille, Lyon notamment, reste aujourd'hui clairement non résolu.

Au-delà des questions de frontières, la taille du secteur sanitaire n'est pas adaptée à toutes les problématiques. La plupart des régions ont ainsi ressenti la nécessité de pouvoir travailler également sur des espaces infra-sectoriels, ce qu'elles ont fait en utilisant 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. Plus rarement, des territoires supra-sectoriels ont été définis, comme dans la région Nord – Pas de Calais avec les 4 bassins de vie, qui se sont dans les faits substitués aux 7 secteurs sanitaires.

Par rapport à ce bilan issu de l'expérience des précédents SROS, la suppression des indices lit-population ôte au secteur sanitaire un de ses rôles majeurs, et dès lors peut conduire à questionner davantage la pertinence des découpages actuels. En tout état de cause, les propositions du groupe en matière de territoires (formulées en partie 2) ne sont pas élaborées en référence aux secteurs sanitaires tels qu'ils existent, mais plutôt au contenu des soins devant être accessibles aux populations.

### 1.2.1.2 Les secteurs psychiatriques

Le principe de la sectorisation en psychiatrie a été posé dès 1960. En pratique, il n'a commencé à se généraliser et n'a donné lieu à une planification qu'à partir de 1974. Il n'a une assise légale et un financement unifié que depuis 1985.

La sectorisation est liée à la problématique de la proximité des soins. Elle comporte une dimension géo-démographique visant la définition d'un territoire d'accès aux soins pertinent sur un critère de population (70 000 habitants pour la psychiatrie générale et 210 000 pour la psychiatrie infanto-juvénile). A partir du territoire ainsi défini, la sectorisation repose également sur une dimension fonctionnelle, une équipe pluridisciplinaire étant chargée d'assurer la continuité de la prise en charge de la prévention à la réinsertion. A partir de là, il s'agit de développer, au plus près de la population, des structures de prise en charge, dans

une logique de désinstitutionnalisation et ambulatoire, dont le centre médico-psychologique (CMP) est le pivot.

#### ● LES LIMITES DU DÉCOUPAGE SECTORIEL EN PSYCHIATRIE

- *un découpage « artificiel »* pas toujours fondé sur les besoins de la population ou en mesure de s'adapter à leur évolution, en particulier en milieu urbain. Exemples : le découpage en parts de camembert réalisé selon une vision d'organisation de service hospitalier transposée dans une aire géographique donnée ; le découpage de secteurs à cheval sur la ville et la campagne pour garantir l'attractivité des secteurs pour les médecins ;
- *un découpage qui ne se recoupe pas avec d'autres :*
  - dans le sanitaire : non concordance des découpages des secteurs de psychiatrie avec le secteur sanitaire (MCO), voire dans de rares cas entre les secteurs de psychiatrie générale et de psychiatrie infanto-juvénile,
  - avec le social (les circonscriptions d'action sociale), le médico-social, l'éducatif (pour la psychiatrie infanto-juvénile)...
- *un découpage problématique en termes de coordination :* petits territoires qui coïncident rarement avec celui des autres partenaires et notamment les élus (municipaux, départementaux). Exemple : partage des villes en plusieurs secteurs pouvant aboutir à la multiplication des interlocuteurs pour une même municipalité ;
- *un découpage qui se veut égalitaire* mais qui n'a pas empêché un déséquilibre des moyens. La répartition territoriale homogène du système de soins n'est pas réalisée. Exemple : la distribution en équipements hospitaliers (en 1<sup>er</sup> lieu du nombre de lits par habitant) apparaît extrêmement variable. Les écarts départementaux sont ainsi dans un rapport de 1 à 9 en psychiatrie contre 1 à 4 dans les disciplines de court séjour somatique. Ces écarts ne paraissent pas pouvoir être justifiés par une variabilité de besoins qui serait du même ordre de grandeur, mais semblent plutôt la conséquence de la persistance d'une structure d'offre ancienne qui aurait été insuffisamment redéployée à ce jour. Néanmoins cette hétérogénéité peut également être la conséquence de pratiques variables ou d'une politique d'organisation et d'allocation de ressources ;
- *une conception qui a fortement structuré le paysage et les pratiques en psychiatrie :*
  - des cloisonnements parfois importants entre les secteurs ;
  - des pratiques de secteur qui présentent une grande

hétérogénéité sans réelle lisibilité pour le public (patients/familles) ou les partenaires (élus) ;

- un exercice du libre choix de l'équipe soignante (article L. 3211.1 du CSP<sup>4</sup>) par les patients limité de fait ;
- une sensibilité des équipes par rapport au redécoupage, notamment lorsque celui-ci s'accompagne d'une modification des établissements de rattachement, eu égard aux conséquences en termes de continuité des soins, de transfert de ressources et de partenariats établis.

#### • LES AVANTAGES DU DÉCOUPAGE SECTORIEL :

- l'amélioration de l'accessibilité aux soins
- le renforcement d'une offre de proximité
- la continuité des soins
- en articulation avec les professionnels du secteur sanitaire (et notamment les médecins généralistes) et des secteurs social et médico-social.

#### • LES ÉVOLUTIONS D'ORES ET DÉJÀ RÉALISÉES

Les évolutions constatées démontrent que le cadre réglementaire *a priori* contraignant du secteur psychiatrique a pu être dépassé dans les politiques d'organisation des soins tout en en restant le pivot.

##### *Des modifications de découpages*

Des découpages respectant une logique de fonctionnalité et d'accessibilité ont pu être réalisés. Dans le cadre actuel, des souplesses par rapport aux normes de population peuvent être apportées en fonction des données socio-démographiques. Un secteur rural peut, par exemple, concerner une population plus restreinte, et à contrario, un secteur urbain correspondre à une population plus importante.

D'une manière générale, le regroupement de secteurs à partir des instructions ministérielles s'est le plus souvent effectué à l'échelle du département (territoire qui correspond par ailleurs au schéma départemental d'organisation en santé mentale ainsi qu'au champ de compétence des anciens CHS départementaux dont le conseil d'adminis-

tration est présidé par un représentant du Conseil général).

Certaines régions ont modifié récemment la carte psychiatrique pour faire coïncider les regroupements de secteurs avec les secteurs sanitaires, pour favoriser les synergies avec les autres disciplines médicales et chirurgicales. C'est ce qu'a fait l'ARH Bretagne, avec deux objectifs :

- intégrer la psychiatrie dans un dispositif global de soins ;
- favoriser la coopération entre les différents acteurs.

La démarche adoptée s'est voulue volontariste et a suscité de vives résistances. En Bretagne, on comptabilisait 8 secteurs sanitaires et 43 secteurs de psychiatrie. Un des moyens pour répondre aux objectifs initiaux a été de faire coïncider les 8 groupements de secteurs de psychiatrie avec les 8 secteurs sanitaires. Le principal intérêt était d'une part de réaffirmer la dimension fonctionnelle du secteur sanitaire et de favoriser les partenariats entre le médico-social, le social et le sanitaire ainsi que les élus au sein des conférences sanitaires de secteurs et d'autre part de renforcer la continuité des soins entre le MCO et la psychiatrie (par exemple : la problématique des soins aux personnes âgées peut être abordée de manière beaucoup plus continue).

##### *Des approches plus fonctionnelles*

Le développement de coopérations a aussi permis de dépasser la contrainte territoriale du secteur psychiatrique, permettant de favoriser une structuration plus adaptée de l'offre de soins et des moyens, au niveau supra et infra-sectoriel :

- les fédérations (Ex : fédération de médecine et de psychiatrie de l'adolescent entre la psychiatrie générale, la psychiatrie infanto-juvénile et la pédiatrie du CH de Pontoise)
- l'intersectorialité, sur un certain nombre de thèmes ou de populations ciblées (la précarité, l'hospitalisation complète en pédo-psychiatrie, les personnes âgées, les adolescents...)
- le travail en réseau (Ex : le réseau Yvelines sud, un cas exemplaire mais qui demeure isolé pour l'instant)

Les pratiques en œuvre constituent au moins autant un levier structurant de l'offre de soins que le secteur psychiatrique et son découpage, qui restent un levier en matière d'équipement, de proximité et d'accessibilité.

4. Toute personne hospitalisée ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence.

Des « convergences fonctionnelles » entre le somatique et le psychiatrique se réalisent malgré les découpages (ex. : les urgences, la psychiatrie de liaison).

La recherche d'une plus grande fonctionnalité entre les secteurs a pour but de dépasser les insuffisances liées aux découpages, de mettre l'accent sur la continuité des soins et la fluidité des prises en charge, de favoriser les partenariats et les coopérations tant dans le champ sanitaire (médecin généraliste, psychiatres libéraux, établissements de santé publics et privés) qu'avec les secteurs social et médico-social.

### 1.2.1.3 Les bassins de santé

Bien que cette notion soit inscrite dans la loi, dans la mesure où son contenu n'est pas défini et où aucun pouvoir de régulation / planification n'y est attaché, nous évoquerons les expériences de définition de bassins de santé dans la partie suivante, au même titre que d'autres territoires spécifiques créés dans les régions pour des objectifs particuliers.

## 1.2.2 Les territoires spécifiques

### 1.2.2.1 Les territoires de la planification hospitalière

Beaucoup de régions ont défini des zonages infra-sectoriels. Six régions ont utilisé les bassins de santé, mais d'autres notions ont également été utilisées (voir ci-dessous). Plus rarement, des zonages supra-sectoriels ont été construits (deux régions).

#### ● LES BASSINS DE SANTÉ

Si l'appellation de « bassin de santé » a été consacrée par l'article 44 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture médicale universelle (article L. 6121-2 du code de la santé publique), son contenu et sa méthode de détermination n'ont jamais fait l'objet d'une définition officielle. Néanmoins, dans l'acceptation la plus généralement répandue, cette **notion renvoie à une zone d'attraction hospitalière, dessinée par les flux domicile-hôpital** (l'appellation de « bassins d'attraction hospitalière » ou de « bassins d'hospitalisation », utilisée par certains, serait d'ailleurs plus judicieuse). 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) établissement(s) hospitaliers de ce bassin.

La construction de ces nouveaux zonages s'est affinée avec l'exploitation de la base PMSI, qui permet d'avoir une connaissance des lieux de résidence des patients au niveau des codes postaux.

La troisième partie de ce document, relatives aux méthodologies de construction de territoires, développe différentes approches possibles et fournit des exemples de découpage en bassins de santé. Sans entrer ici dans ce détail technique, signalons que même définie comme il vient d'être indiqué, cette notion n'est pas univoque.

Ainsi E. Vigneron, qui a proposé l'idée de ce type de découpage, envisageait des territoires assez larges, en posant le principe que le bassin devait s'organiser autour d'un établissement de référence et comportait donc un ensemble d'établissements. Dans cette conception le niveau territorial d'un bassin de santé pouvait aller jusqu'à rejoindre celui du secteur sanitaire : les promoteurs de cette approche proposaient, en fait, de remplacer les découpages actuels des secteurs par des découpages appuyés sur des flux de recours aux soins réels.

Mais dans la pratique, c'est à un niveau plus fin qu'a été utilisée la notion de bassin de santé, 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 l'exemple le plus abouti de cette conception. Il s'agit de bassins d'hospitalisation de proximité (même si certains sont définis autour d'établissements de référence, qui desservent des territoires plus larges pour des activités plus spécialisées). Ces bassins s'emboîtent dans les secteurs sanitaires (34 bassins de santé pour 11 secteurs sanitaires) et servent de cadre pour analyser la réponse aux besoins en soins hospitaliers de proximité. Par exemple, un état des lieux de la chirurgie de proximité a été réalisé récemment à l'échelle des bassins, l'objectif étant de fournir à l'ensemble des acteurs les mêmes informations de base pour une réflexion sur l'organisation de la chirurgie en Rhône-Alpes (voir plus loin partie méthodologique et fiches techniques).

Au total, sur les 22 régions, le découpage en bassins de santé a été utilisé par six ARH<sup>5</sup> ; il correspond le plus souvent à la zone d'attraction d'un ou plusieurs pôles sanitaires. La région Languedoc-Roussillon échappe à la règle puisque deux de ses bassins correspondent à des zones d'études dépourvues d'établissement de santé.

5. Auvergne, Franche-Comté, Languedoc-Roussillon, Limousin, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes.

Les méthodes de construction diffèrent selon les régions, mais il ne s'agit fondamentalement que de variantes autour d'une même idée de base.

Les régions qui ont utilisé les bassins de santé en ont fait un outil d'observation infra-sectoriel, en lui donnant une place plus ou moins importante dans le paysage sanitaire.

Les objectifs poursuivis peuvent comporter :

- 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.

Le champ privilégié des bassins de santé recouvre les activités MCO, mais certaines ARH ont souhaité y étudier des thèmes spécifiques comme la coordination gérontologique (bassins en cours de réalisation en Pays de la Loire).

Au total, les bassins de santé sont assez hétérogènes quant à leur contenu et leur rôle par rapport à l'organisation régionale des soins (cf. annexes). A noter qu'ils sont en projet dans certaines régions et qu'ils ont été abandonnés dans d'autres (Franche-Comté, Auvergne).

### ● LES AUTRES TERRITOIRES SPÉCIFIQUES

Le bassin de santé n'est pas le seul découpage utilisé en dehors des secteurs sanitaires. La variété des approches et des notions territoriales retenues reflète les marges de manœuvre importantes qui ont été celles des DRASS, puis des ARH, au sein de cadre nationaux assez peu prescriptifs de ce point de vue. Sont ainsi utilisées selon les régions les notions de bassins de vie, bassins de proximité, bassins d'emploi, bassins de contractualisation, bassins de coopération des acteurs et de concertation, bassins de naissance ou de chirurgie, pays.

La définition des **zonages infra sectoriels** peut être fondée sur une logique proche de celle des bassins de santé, mais circonscrite à une partie de l'activité hospitalière :

- ainsi la Bretagne a défini des bassins de proximité hospitaliers. Ils permettent de visualiser graphiquement l'attraction des établissements pour les activités proximité (celles-ci n'étant pas définies *a priori*

#### Les découpages sanitaires dans les Départements d'Outre Mer

Chaque département d'Outre Mer correspond à un secteur sanitaire, excepté la Réunion qui est divisée en deux secteurs depuis 1991. Comme les autres régions métropolitaines, les DOM ont adopté des méthodes différentes pour définir des zones infra sectorielles en fonction de leur configuration géographique.

La Guyane s'est basée sur le découpage politique des communautés de communes et a ainsi délimité trois zones géographiques : l'Ouest, le Centre littoral et l'Est.

La Martinique a utilisé l'enquête ORS 1999<sup>a</sup> pour définir l'attraction des établissements hospitaliers publics et privés de soins de courtes durée, afin de délimiter deux bassins de santé selon la définition et la méthode d'Emmanuel Vignerot : le bassin Caraïbes et le bassin Atlantique. Dans le cadre du SROS II, ces découpages ont été utilisés par l'ARH Martinique pour proposer une organisation spatiale des établissements de santé (regroupement, coopération) et ont aussi permis à chaque établissement de connaître son attractivité.

Les découpages sanitaires répondent à des priorités insulaires spécifiques :

- les DOM ont une priorité commune : l'accès physique aux structures de soins. Ainsi les structures de proximité et les évacuations sanitaires constituent les éléments incontournables du SROS. Malgré leur faible niveau d'équipement, certains établissements ont été maintenus du fait de leur éloignement.
- la Réunion, qui n'a pas encore déterminé de zonage infra sectoriels, s'interroge davantage sur l'évolution de la démographie. A ce sujet, la Guadeloupe et la Réunion ont beaucoup de difficulté à obtenir les projections de population de l'Insee.

La nécessaire articulation entre activités MCO/psychiatrie, et hôpital/médecine de ville est aussi très présente dans les DOM. Cette démarche d'harmonisation des territoires est en cours de réflexion dans chacun des départements.

a. Pour cela ont été utilisés l'ensemble des séjours en soins de courte durée réalisés dans les établissements martiniquais publics et privés entre le 1<sup>er</sup> juillet 1997 et le 30 juin 1998 (2<sup>e</sup> semestre 1997 et 1<sup>er</sup> semestre 1998 à partir des données de l'assurance maladie, le PMSI n'étant pas exhaustif.

mais, et c'est toute l'originalité de la méthode, déduite des comportements des patients dans leur recours aux hôpitaux). L'enjeu était de fournir un outils qui soit lisible et recevable par les élus ou les directeurs d'établissements, et surtout efficace pour améliorer les filières de soins, en particulier l'organisation des soins de premier recours (cf. annexes).

- plusieurs régions ont travaillé sur les bassins de naissance ou des bassins de chirurgie, pour connaître précisément les comportements des patients et pour répondre à un objectif de rééquilibrage de l'offre de soins.

Certaines régions ont dessiné des territoires pour favoriser le travail en réseau de l'offre sur ces zones (entre hôpitaux mais aussi médecine de ville/hôpital, sanitaire/médico-social et social), comme la Bourgogne avec les

« pôles de coopération sanitaire » au nombre de 9 pour 3 secteurs. Le principe était de partir des coopérations existantes des établissements et d'en créer là où il n'y en avait pas. Le bilan qu'en tire actuellement l'ARH est mitigé, notamment parce que ces bassins s'avèrent trop petits dans un contexte de raréfaction de la main d'œuvre médicale (cf. annexes).

Les bassins de vie créés en Ile de France (25 bassins de vie pour 14 secteurs sanitaires) ont été conçus à des fins de concertation, le but étant d'organiser le dialogue entre l'ensemble des acteurs couvrant les besoins hospitaliers d'une zone donnée. (cf. Echardour G., décembre 2000).

Certaines régions n'ont pas fabriqué de découpages spécifiques mais ont utilisé des découpages INSEE existants (bassins d'emploi dans le Centre).

En Poitou-Charentes, un découpage en pays a été étudié pour la prise en charge des pathologies du vieillissement dans le SROS 2.

Si la plupart des régions ont utilisé des découpages infra-sectoriels, deux d'entre elles ont adopté un découpage intermédiaire entre la région et le secteur sanitaire. Ces **découpages supra sectoriels** peuvent être de nature différente :

- généralistes : ils concernent les activités MCO + SSR, comme c'est le cas des bassins de vie dans la région Nord-Pas-de-Calais (4 bassins regroupant les 7 anciens secteurs sanitaires - cf. annexes). 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.
- spécialisés pour les activités rares ou coûteuses : tel est le cas de la Picardie, avec le regroupement des 8 secteurs sanitaires en cinq sites orientés en cancérologie, pour la néonatalogie et la cardiologie (USIC).

Il apparaît ainsi que le secteur sanitaire n'est pas toujours un échelon adéquat pour les régions densément peuplées ou pour les activités rares et concentrées.

On le voit à partir de ces quelques exemples, les SROS de première et de deuxième génération ont été l'occasion, pour les institutions en charge de la planification hospitalière, d'avoir des approches territoriales originales, de chercher à mettre au point des découpages adaptés à la configuration géographique et sanitaire de leur région, de développer une expertise dans ce domaine. Il en résulte une

certaine richesse, mais aussi une hétérogénéité des pratiques.

Parmi les éléments de bilan et de réflexion sur ces démarches territoriales, notons que la démarche qui consiste à délimiter des zones en fonction de l'attraction actuelle des structures hospitalières existantes (démarche de type « bassin de santé » ou assimilé) fait l'objet d'une analyse critique de la part de plusieurs régions. Certes, cette approche a le mérite de refléter les flux réels de population, mais elle entérine l'offre de soins existante, sans remettre en cause ses aberrations éventuelles. Car par construction, toute la population a par nécessité recours à un hôpital et sera rattachée à sa zone d'attraction, même si elle est mal desservie par cette structure (en termes de distance ou de temps d'accès). Elle entérine aussi les inégalités initiales (une structure délocalisée par rapport à la population qu'elle dessert génère des flux du simple fait de l'absence de structure dans le bassin d'emploi ou le bassin de vie de la population). Une telle démarche est par hypothèse conservatrice, elle fonde les bases de l'organisation spatiale à venir sur la reconduction de l'existant.

Un deuxième élément de bilan est la difficulté, déjà indiquée plus haut, de concevoir des découpages pertinents en zone urbaine.

#### ● 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.

De nombreux thèmes ont fait l'objet d'une réflexion interrégionale ; certains ont été traités dans le cadre des nouveaux volets du SROS II :

- les urgences, en particulier les SMUR<sup>6</sup> ;  
Exemples de réalisations :
  - les régions Rhône-Alpes et PACA ont organisé l'offre de soins dans le Sud-Drôme et le Nord-Vaucluse dès 1993 : un dispositif commun a été décidé concernant la prise en charge extra hospitalière des cantons de la Drôme par le SMUR d'Orange et la

6. Rhône-Alpes/PACA ; Aquitaine/Midi-Pyrénées, Centre/IDF ; PACA/Midi-Pyrénées/Rhône-Alpes ; Bourgogne/ Centre.

couverture de l'enclave de Valréas par le SMUR de Montélimar ;

- les régions Aquitaine et Midi-Pyrénées ont implanté une antenne SMUR commune pour desservir l'Est des Landes et l'Ouest du Gers.

- la psychiatrie<sup>7</sup> ;

- la cancérologie<sup>8</sup> ;

Exemple de réalisations :

- la Bretagne et les Pays de Loire ont impulsé une concertation entre les 4 CHU et les 3 centres régionaux de lutte contre le cancer depuis 2001. Pour aller plus loin dans leur coopération, un observatoire interrégional des médicaments et des innovations thérapeutiques sera mis en place à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003.

- l'IRM et la radiothérapie<sup>9</sup> ;

- l'insuffisance rénale chronique

- l'étude des besoins de santé.

Certaines régions ont décidé de se réunir régulièrement pour traiter de l'interrégionalité. Tel est le cas des cinq ARH du Grand-Est (Alsace/Bourgogne/Champagne-Ardenne/Lorraine/Picardie) qui se réunissent trois à quatre fois par an. Cependant les régions n'en sont pas toutes au même stade de réalisation.

La question des coopérations est incontournable lorsqu'il s'agit des disciplines et des équipements rares ou coûteux. Se pose alors l'intérêt de définir des zones supra-régionales pour leur étude et leur planification. Telle est la stratégie des CHU, et surtout des petits, qui ont de plus en plus besoin de se spécialiser et de s'associer. Ces coopérations inter-CHU concernent principalement les équipements en PET-SCAN et cyclotron, les greffes (implantation des TEP) et les services de grands brûlés.

#### 1.2.2.2. *D'autres territoires de l'organisation des soins (hors planification hospitalière)*

On peut signaler pour mémoire qu'il existe d'autres découpages *ad hoc*, conçus spécifiquement pour besoins spécifiques d'organisation des soins. Ainsi une sectorisation est organisée au sein des départements pour la per-

7. Bretagne et Pays de la Loire.

8. Champagne-Ardenne/Picardie ; Poitou-Charentes/Aquitaine.

9. PACA/Languedoc-Roussillon/Rhône-Alpes.

manence ambulancière. La France était jusqu'à présent divisée en 1200 secteurs, comptant en moyenne 50 000 habitants. Cette sectorisation est en cours de révision, le nombre de secteurs sera dans l'avenir beaucoup plus réduit.

On assiste aussi à l'émergence de nouveaux territoires avec les démarches menées dans les régions à l'initiative des URCAM, pour identifier les zones sensibles en termes de démographie médicale et notamment d'implantation des généralistes.

Ces démarches conduisent à définir des territoires de proximité. Parfois un maillage exhaustif de la région est réalisé : c'est le cas par exemple en Basse-Normandie où ont été définies 268 zones de recours aux généralistes. Une étude systématique de ces 268 zones à partir d'information détenues par l'assurance maladie et pouvant refléter une tension sur l'offre de soins a permis de pré-cibler des zones potentiellement fragiles. Un processus de dialogue et de concertation avec les acteurs locaux, mené avec l'URML, a ensuite abouti à retenir 5 territoires prioritaires (pouvant regrouper plusieurs zones élémentaires), choisis comme zones expérimentales pour mener des actions visant à maintenir ou renforcer l'offre de soins sur ces zones (voir annexes pour une description détaillée de cette démarche).

Ces démarches existent dans d'autres régions, et sont une première base de réflexion pour définir des territoires de proximité, où se joue le premier niveau d'accès aux soins. Les propositions développées dans la partie suivante prolongent cette démarche en développant la notion de maillage de proximité, en complément des territoires d'accès aux soins hospitaliers.

### 1.2.3 Les territoires de projet

Il existe, aujourd'hui, peu d'expériences de planification hospitalière prenant pour cadre les territoires de l'intercommunalité – pays, communautés d'agglomérations.

Tels qu'ils sont aujourd'hui définitivement fixés ou à l'étude, les pays sont de taille très variable. Dans une région comme la Bretagne, il y a une certaine cohérence, à quelques exceptions près, entre le découpage en pays et les bassins de proximité hospitaliers. En Champagne-Ardenne, sur 19 pays, 6 ont une population inférieure ou égale à 13 000 habitants, 8 une population inférieure ou égale à 20 000 habitants : ces pays ne peuvent constituer des bassins hospitaliers et correspondent 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.

Outre cette hétérogénéité vis-à-vis de l'accès aux soins, le principal obstacle aujourd'hui à ce que des projets de santé émergent sur ces territoires est la faible implication des élus locaux sur ce secteur. Ceci n'a rien d'étonnant puisque les questions sanitaires ne sont pas *a priori* de leur ressort, mais de celui de l'État et de l'assurance maladie. Il y a sans doute aussi certaines réticences à s'engager dans ce domaine, même si les questions d'implantation des professionnels peuvent amener une mobilisation accrue, et conduire les élus à intégrer les préoccupations d'accès aux soins dans les politiques de développement économique local qu'ils mènent.

## **Partie 2**

**Des territoires pour un accès  
de tous à des services de santé  
de qualité : les propositions  
du groupe de travail**

Appuyées sur le bilan et l'expérience déjà acquise dans les régions, les propositions développées ci-dessous s'inscrivent dans une perspective d'élargissement de l'approche territoriale, cohérente avec une vision transversale des services de santé, dépassant le seul champ hospitalier.

Non qu'il soit question d'étendre les procédures de planification elles-mêmes à d'autres secteurs : du reste, ceci ne saurait s'étendre en tout état de cause aux services sociaux et médico-sociaux, qui relèvent des élus départementaux.

Il ne s'agit pas non plus, et ceci sera précisé dans ce qui suit, de créer de nouveaux territoires administratifs, ni de prescrire des modes de construction uniforme sur l'ensemble de la France.

Il s'agit plutôt :

- en **dessinant une vision globale des territoires**, impliquant les différents segments de l'offre de soins, et au-delà de certains services médico-sociaux, d'en faire **un outil partagé par les différents acteurs**, facilitant la coopération et la coordination,

- en s'interrogeant sur le **contenu en services** correspondant aux différents niveaux, d'anticiper les évolutions inévitables et de **promouvoir les évolutions souhaitables pour améliorer l'organisation de l'offre de soins**, afin d'offrir le meilleur service à la population.

L'approche proposée, qui reprend la démarche initiée dans certaines régions, est celle de niveaux de territoires emboîtés. Le principe est qu'à chaque niveau de territoire, un niveau de services doit être disponible et accessible à la population résidente. Les professionnels et établissements qui assurent ces services travaillent en lien avec les professionnels et structures des niveaux inférieur et supérieur, pour assurer la coordination de la trajectoire de chaque malade.

Cette proposition ne part pas de rien : la notion de gradation des soins et d'emboîtement des territoires associés a déjà été initiée, dans le cadre du SROS de deuxième génération, dans deux régions, Rhône-Alpes et Aquitaine. La partie 3.1 **rappelle le contenu de ces approches**. Elles doivent être reliées aux démarches menées à l'initiative des URCAM, qui, à partir de l'implantation des

médecins, font émerger la problématique territoriale pour les soins ambulatoires, la permanence des soins et les aides à l'installation dans des zones déficitaires.

Partant de ces premières initiatives, la démarche générale proposée est une structuration en quatre niveaux de territoires.

Pour définir ces territoires, la première réflexion à mener est **celle du contenu des services qu'ils doivent offrir à la population, et de la manière d'organiser ces services**, en fonction des contraintes que l'on peut anticiper, liées en particulier à la démographie des professionnels de soins, mais aussi en fonction d'objectifs explicites d'amélioration de la qualité du service rendu. Cette réflexion est développée dans la partie 3.2.

**Comment construire ces territoires ?** Plus qu'une méthode technique de construction, c'est une démarche qui est proposée en partie 3.3. Elle transcende nécessairement les séparations institutionnelles actuelles, et doit procéder, dans chaque région, d'une double démarche d'analyse objective des territoires, pour caractériser l'offre, les besoins et les habitudes de la population, et d'une concertation avec les acteurs locaux - ceux du champ de la santé, mais aussi du social et de l'aménagement du territoire.

## 2.1 Gradation des niveaux de soins : les premières démarches initiées dans le cadre des SROS de deuxième génération

Dans l'élaboration du SROS de 2<sup>e</sup> génération, les régions Rhône-Alpes et Aquitaine ont déjà défini une gradation des niveaux de soins, correspondant à différents niveaux d'équipements et d'activité de l'offre.

### ● RHÔNE-ALPES

La région Rhône-Alpes a défini une catégorisation en 4 niveaux des pôles sanitaires (un pôle sanitaire étant soit un établissement isolé, soit plus couramment une association d'établissements proches, publics ou privés, permettant d'atteindre ensemble de niveau d'équipement et de service requis) :

- le niveau de proximité (médecine et chirurgie générale, imagerie conventionnelle, UPATOU), desservant un bassin de vie ou d'équipement (au sens des bourgs attractifs de l'INSEE),

- le niveau de proximité renforcé qui comprend quelques spécialités médicales et chirurgicales, une UPA-TOU renforcée, et peut comporter des équipements lourds,
- le niveau de référence, doté d'un plateau technique plus spécialisé,
- le niveau de référence et universitaire, assuré par les 3 CHU de la région.

Sur cette base, 34 bassins de santé ont été définis, correspondant à une notion d'hospitalisation de proximité (quel que soit le niveau du pôle sanitaire qui l'assure) :

- 9 sont desservis par des pôles de proximité,
- 15 par des pôles de proximité renforcé,
- 5 par des pôles de référence,
- 3 par des pôles de référence et universitaires.

9 bassins ont moins de 50 000 habitants, 10 de 50 à 150 000, 11 de 150 à 250 000 et 4, correspondant aux grandes agglomérations, comptent de 300 000 à plus d'un million d'habitants.

La cartographie définie en Rhône-Alpes distingue donc in fine 3 types de territoires :

- les bassins de santé, correspondant à un niveau d'hospitalisation de proximité,
- les secteurs sanitaires,
- la région.

Ces trois niveaux sont emboîtés les uns dans les autres.

### ● AQUITAINE

La région Aquitaine a retenu également une gradation en 3 niveaux :

- le niveau 1, premier niveau de MCO avec UPATOU, qui doit exister sur un pôle hospitalier au niveau d'un bassin d'hospitalisation et peut être accessible en 45 mn,
- le niveau 2, avec outre l'offre de soins de niveau 1, une offre de soins plus spécialisés et diversifiés qui doit exister sur un pôle hospitalier au niveau d'un secteur sanitaire et accessible dans un délai d'une heure,
- le niveau 3, qui outre les deux précédents doit proposer une offre de soins hautement spécialisée et diversifiée qui doit exister au niveau de la métropole régionale et accessible dans un délai de deux heures.

Ces trois niveaux sont assez voisins des niveaux définis en Rhône-Alpes, même s'il existe des différences.

Mais la région Aquitaine propose aussi un quatrième niveau, dit de proximité. Cette offre de soins correspond, en termes d'hospitalisation, aux services proposés par l'hôpital local : médecine, soins de suite, soins de longue durée. Mais ces structures sanitaires de proximité peuvent aussi assurer des activités de prévention et d'éducation pour la santé, des soins externes, des consultations avancées, des accompagnements de fin de vie... Le schéma indique que " lorsqu'il n'existe pas sur le territoire de structure de soins de proximité, les établissements de santé du pôle hospitalier devront mettre en œuvre des relations appropriées avec les médecins généralistes et spécialistes implantés sur ce territoire, afin que soit facilitée la prise en charge de proximité telle que définie ci-dessus ".

## 2.2 Du maillage de proximité au niveau régional ou interrégional, des objectifs de service rendu à la population sur différents niveaux de territoires

Les propositions du groupe s'inscrivent dans le droit fil de ces premières démarches, en élargissant la perspective à l'ensemble des soins de santé.

En cela elles permettent de faire le lien avec une autre approche territoriale, initiée dans un autre cadre que celui des SROS, celui des aides à l'installation pour les médecins généralistes libéraux. Les travaux menés, notamment par les URCAM, pour identifier des zones à risque de pénurie, dans lesquelles des incitations à l'installation pourraient être proposées, conduisent à définir des territoires de soins de proximité, au sens des soins de généralistes. Il est clair que la préoccupation d'assurer un maillage correct de ces soins de proximité, dans un contexte d'évolution à la fois démographique et sociologique des professionnels de santé, ne peut que se renforcer dans l'avenir. Il nous paraît dès lors essentiel de rejoindre ces démarches, et de les englober dans une vision territoriale d'ensemble.

C'est ce qui fonde la proposition d'une démarche territoriale globale fédérant les différentes approches. Il paraît possible de l'articuler autour de 4 niveaux de soins, correspondant à un emboîtement progressif des territoires correspondants.

### 2.2.1 Le niveau de proximité

#### • QUEL " CAHIER DES CHARGES " POUR LES SOINS DE PROXIMITÉ ?

C'est le niveau des soins de premier recours, impliquant le généraliste, l'infirmier, le pharmacien. La permanence des soins et la prise en charge de l'urgence ambulatoire doivent y être assurés.

C'est aussi le niveau de la prise en charge du retour à domicile après une hospitalisation. Ce rôle est de plus en plus important au fur et à mesure que les durées de séjour se raccourcissent et que la médecine de ville doit prendre un relais précoce.

En psychiatrie, les soins de proximité comprennent des structures sectorielles de base en psychiatrie (CMP, CATTP, voire HJ en pédopsychiatrie) pour assurer :

- les activités ambulatoires (y compris les interventions à domicile) dont certaines alternatives à l'hospitalisation,
- l'articulation avec les médecins généralistes, les services sociaux,
- le travail de liaison au sein des établissements médico-sociaux et des hôpitaux locaux,
- le travail en réseau.

Des consultations avancées d'autres spécialités peuvent être organisées à ce niveau de proximité.

Un accent particulier doit également être mis à ce niveau sur les politiques de prévention. Toutes les études montrent en effet que les politiques de prévention s'essouffent avec la distance, que les personnes qui sont loin des services sont moins dépistées.

En principe, un premier niveau d'hospitalisation, en soins de suite, en soins de longue durée, devrait pouvoir être assuré à ce niveau de proximité.

C'est aussi, pour les personnes âgées et les personnes handicapées, une prise en charge coordonnée sanitaire / médico-sociale / sociale (cf. annexe 8).

Des prises en charge à domicile (psychiatrie déjà citée, mais aussi hospitalisation à domicile (HAD), services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), soins palliatifs) doivent pouvoir y être assurées lorsqu'elles sont possibles et choisies par la personne.

### • QUELLE ORGANISATION POUR CES SOINS DE PROXIMITÉ ?

S'agissant des soins ambulatoires, il est nécessaire d'évoluer vers un exercice plus collectif et interprofessionnel (groupe de médecins et paramédicaux) en lien avec le secteur social et notamment les assistants sociaux et auxiliaires de vie. Les structures pouvant accueillir des consultations spécialisées sur une base périodique paraissent une organisation souhaitable, permettant d'assurer des services polyvalents et coordonnés, et une continuité de la prise en charge que les praticiens isolés ont de plus en plus de difficulté à assurer<sup>10</sup>.

### • COMMENT ASSURER LE PREMIER NIVEAU D'HOSPITALISATION ? QUEL RÔLE POUR LES HÔPITAUX LOCAUX ?

L'hôpital local, lorsqu'il existe, peut fournir un premier niveau d'hospitalisation en médecine, soins de suite, soins de longue durée. Il peut constituer la structure à laquelle adosser l'organisation de prise en charge ambulatoire, médico-sociale, décrite ci-dessus.

Les hôpitaux locaux, au nombre de 350 en France, sont inégalement répartis sur le territoire. Leur fonctionnement est conditionné par la coordination des médecins libéraux autorisés à exercer leur activité au sein de ces structures.

Il paraît souhaitable de maintenir, voire de développer, en fonction des besoins de la population, la médecine et les soins de suite dans les hôpitaux locaux. De même, les hôpitaux locaux peuvent développer des services d'alternatives à l'hospitalisation complète, telles que l'HAD ou le SSIAD - ou proposer des consultations avancées de spécialistes sur leur site, afin de favoriser le maintien à domicile des personnes isolées. Une activité d'accueil inopinée peut y être mise en œuvre, notamment lorsque sont constatés un isolement géographique, des difficultés d'accès aux services d'urgence, ou une affluence touristique saisonnière.

Si la capacité médicale des hôpitaux locaux doit être renforcée, certains centres hospitaliers qui n'ont plus d'activité chirurgicale ni obstétricale peuvent remplir ces missions d'accueil de proximité. Des établissements privés peuvent également s'intégrer au dispositif.

Enfin ce rôle de proximité doit être assuré également par les centres hospitaliers dotés de plateaux techniques plus importants.

Par ailleurs, l'enjeu est de faire de ces structures de proximité des acteurs territoriaux à part entière, et de leur faire jouer un rôle plus important d'animation dans leur territoire. Le rôle des professionnels n'est plus dès lors limité à leur intervention dans l'établissement mais devient bien désormais celui d'animateurs du projet de vie du bassin où ils vivent.

Quelques réflexions complémentaires sur l'hôpital local sont développées dans l'annexe 5.

### • QUELLE EST LA BONNE ÉCHELLE POUR LES SOINS DE PROXIMITÉ TELS QUE DÉFINIS CI-DESSUS ?

Evidemment, la réponse en termes de population desservie n'est pas la même en milieu rural et en milieu urbain. L'approche géographique, qui se justifie en zone rurale, est d'ailleurs moins pertinente en ville.

Il existe d'ores et déjà des références de territoires de proximité. Par exemple :

- les zones délimitées par les URCAM comme zones à risque de pénurie de généralistes dans certaines régions. A titre d'exemple, les zones ainsi délimitées en Haute-Normandie comprennent entre 6 000 et 15 000 habitants ;
- les bassins de proximité construits par L'INSEE, à deux échelles (cf. approche complétée dans la partie méthodologie) :
  - l'aire d'influence des services de très grande proximité (le service médical retenu est ici le médecin généraliste),
  - l'aire d'influence des services intermédiaires (les services sanitaires comprennent l'ensemble de la médecine ambulatoire, du médecin généraliste jusqu'au kinésithérapeute), couvrant une population moyenne de 6 000 habitants (hors agglomérations de plus de 10 000 habitants).

En milieu rural, les bassins de proximité et les bassins intermédiaires sont équivalents.

Il apparaît qu'en zone rurale, le territoire visé ne doit pas être trop petit, si l'on veut assurer la disponibilité de l'ensemble des services proposés, et organiser la continuité des soins.

10. Dans certaines zones sont expérimentés des « regroupements virtuels », qui visent à organiser un réseau d'échanges et de travail en commun tout en maintenant autant que faire se peut le maillage géographique actuel. En tout état de cause, il est intéressant de tester des solutions diverses, qui devront faire l'objet d'évaluations.

### 2.2.2 Trois niveaux d'hospitalisation

Dans la chaîne de l'organisation des soins allant de la proximité aux soins les plus spécialisés, chaque niveau doit proposer également les services de proximité. Par ailleurs, la coordination entre les différents niveaux est essentielle à la qualité des soins fournis aux malades. Ainsi, les hôpitaux de référence doivent se mettre au service des réseaux de santé sur le territoire qu'ils desservent, condition essentielle du bon fonctionnement du dispositif. L'approche territorialisée doit se traduire par une implication dans le service à la population résidant sur le territoire et non seulement à une clientèle.

Dans la configuration actuelle de l'offre hospitalière, les trois niveaux correspondent peu ou prou aux bassins de santé (ou équivalents), aux secteurs sanitaires et à la région : donc l'hospitalisation de médecine, chirurgie (viscérale et orthopédique) et d'obstétrique de l'hospitalisation de proximité, les services assurés par le pôle de référence et ceux disponibles seulement sur le pôle universitaire régional.

La taille (superficie et population) de ces territoires sera sans doute amenée à s'accroître dans l'avenir : l'évolution prévisible de la démographie des médecins dans des disciplines telles que l'anesthésie réanimation, la chirurgie ou la gynécologie-obstétrique sera un facteur puissant de restructuration à moyen terme (l'horizon de la prochaine révision des SROS). Il va dans le même sens que les exigences de qualité et de sécurité, qui poussent à la concentration des équipements et des savoir faire.

Il est donc probable que les bassins de santé les plus petits ne pourront pas maintenir d'offre de qualité suffisante. Du reste, les analyses faites dans certaines régions (Rhône-Alpes par exemple) sur l'activité des établissements desservant ces bassins mettent d'ores et déjà en évidence des taux de fuite importants vers les pôles sanitaires plus importants. Rappelons pour mémoire qu'en Rhône-Alpes la population des bassins de pôles de proximité s'échelonne entre 12 000 et 60 000 habitants (hors le bassin Est-Lyonnais beaucoup plus peuplé), et celle des pôles de proximité renforcée entre 35 000 et 150 000 habitants.

De la même façon, il est possible que les secteurs sanitaires, définis pour la plupart avant les SROS de première génération, s'avèrent trop petits pour certains d'entre eux (cette crainte est d'ailleurs ressentie dans certaines régions).

Enfin les services les plus pointus devront de plus en plus être pensés dans un cadre interrégional et non plus seulement régional.

En termes de " cahiers des charges ", le contenu en services de ces trois niveaux de territoires devra tendre à correspondre aux trois niveaux définis par le groupe " plateaux techniques " :

- l'hospitalisation de premier niveau ;
- les soins spécialisés dans les hôpitaux de référence ;
- les soins très spécialisés dans les hôpitaux de niveau régional.

#### ● HOSPITALISATION DE PREMIER NIVEAU

Le niveau intermédiaire est structuré autour de la médecine polyvalente, et peut assurer la prise en charge des urgences, de la chirurgie viscérale et orthopédique et de l'imagerie conventionnelle, du centre périnatal de proximité, le cas échéant de la prise en charge de la naissance sans complications (maternité de niveau I). C'est le premier niveau d'hospitalisation et de plateau technique

Ces services s'ajoutent à l'offre de soins de proximité que doit également proposer le ou les établissements formant ce pôle sanitaire.

C'est à ce niveau que l'on devrait trouver, pour la psychiatrie :

- les activités de liaison au centre hospitalier,
- l'hôpital de jour,
- l'hôpital de nuit,
- les ateliers thérapeutiques,
- les appartements thérapeutiques,
- le placement familial thérapeutique,
- les unités d'hospitalisation complète (sous réserve pour celles-ci de concerner au moins 2 ou 3 secteurs psychiatriques)

#### ● SOINS HOSPITALIERS SPÉCIALISÉS DANS DES HÔPITAUX DE RÉFÉRENCE

Le niveau de recours est le lieu des soins spécialisés et des hôpitaux de référence et correspond au bassin de desserte de l'hôpital pivot du secteur. Il assure la prise en charge des urgences, dispose d'un plateau technique en continu 24 heures sur 24 pour les spécialités chirurgicales, hors chirurgie cardiaque, neurochirurgie et chirurgie hyper spécialisée, pour les disciplines interventionnelles et pour l'imagerie, de la maternité de niveau I ou II.

En psychiatrie, à ce niveau sont proposés :

- des unités d'hospitalisation complète,
- une présence psychiatrique aux urgences,
- des centres d'accueil et de crise intersectoriels dans ou à proximité des SAU présentant un volume d'activité important,
- des unités d'hospitalisation intersectorielles fermées (au niveau d'un ou plusieurs secteurs sanitaires).

Le territoire desservi est en principe le secteur sanitaire (cf. références de population dans la partie précédente).

### ● SOINS HOSPITALIERS TRÈS SPÉCIALISÉS DANS DES HÔPITAUX DE NIVEAU RÉGIONAL

Le niveau régional comprend des prestations spécialisées que l'on ne trouve pas dans les autres niveaux, à l'exception de celle faisant l'objet d'une organisation interrégionale, et assure l'ensemble des niveaux de l'offre de soins, y compris l'offre de soins de proximité.

En psychiatrie, devraient être accessibles à ce niveau :

- des consultations spécialisées (ex : électro-convulsothérapie),
- des centres de référence (autisme...) ou des centres ressources régionaux (prise en charge des auteurs d'infractions sexuelles).

Les unités pour malades difficiles (UMD) se situent quant à elles au niveau interrégional.

Dans cette chaîne allant des soins de proximité aux soins les plus spécialisés, quelques éléments importants doivent être soulignés :

- Chaque niveau doit proposer aussi les services de proximité. Ceci peut paraître évident en termes techniques, ce l'est peut-être moins en termes humains. Les évolutions technologiques, le renforcement des plateaux techniques, le raccourcissement des durées de séjour centrent en effet de plus en plus l'hôpital sur la dimension technique du soin. Cette évolution est renforcée par une hiérarchie des valeurs qui valorise les soins aigus, spécialisés, au détriment des prises en charge moins techniques. Et c'est sans doute un des défis de l'hôpital pour le futur que l'accroissement de ses performances techniques ne fasse pas perdre la dimension relationnelle de la prise en charge, l'écoute, l'accompagnement, la prise en compte globale de la personne. Cette dimension, qui revient fortement dans l'expression des malades et usagers à propos de l'hôpital, est particulièrement essentielle à la qualité des soins de proximité.

- La coordination entre ces différents niveaux est essentielle à la qualité des soins fournis au malade. Ceci suppose une évolution des hôpitaux, notamment des hôpitaux de référence, qui doivent se mettre au service du réseau de soins sur le territoire qu'ils desservent.
- De manière générale, il s'agit de faire en sorte que les professionnels et les structures soient de plus en plus impliqués dans le service à une population, résidant sur un territoire, et non seulement à une clientèle.

### 2.2.3 Comment construire ces territoires ?

Il ne s'agit pas ici de prescrire un mode uniforme de construction, mais bien plutôt d'avancer quelques principes pour mener cette réflexion territoriale.

#### ● DES TERRITOIRES DÉFINIS PAR LE SERVICE RENDU À LA POPULATION

La démarche adoptée dans le groupe de travail a été de définir le territoire non pas tant que tel, non pas en référence à la présence d'institutions ou de professionnels sanitaires, mais bien en référence à un contenu et une qualité attendus de services défini au préalable, supposant parfois une évolution des modes d'organisation des soins.

La définition des territoires correspondant à ces différents niveaux de soins gradués doit être guidée par cet objectif. Notamment, les bassins de populations doivent être suffisants pour atteindre des niveaux d'offre permettant une organisation de qualité, dans un contexte de diminution attendue de la main d'œuvre médicale.

Les territoires de proximité par exemple ne peuvent être constitués de l'aire d'attraction d'un généraliste isolé ; mais renverront plutôt à un groupe de praticiens, des infirmiers, éventuellement des auxiliaires de vie, etc.

#### ● DES TERRITOIRES PARTAGÉS

Le territoire, on l'a dit au début de ce rapport, n'est qu'un instrument. Il n'est rien sans la volonté des acteurs d'y travailler ensemble. C'est d'autant plus vrai s'il s'agit de réussir le pari de la coordination et de la continuité des soins, de la conciliation de la proximité souhaitée par la population et de la sécurité des soins.

Réussir ce pari passe par l'appropriation du territoire par tous les acteurs, et dès lors sa délimitation ne peut être imposée sur la base de seuls critères techniques.

La démarche doit donc associer une *phase d'analyse technique* et une *phase de construction associant les acteurs du territoire* :

- l'analyse technique doit permettre, à partir des données disponibles, d'apporter des informations lisibles et utilisables et de partager des éléments de diagnostic sur les caractéristiques des espaces concernés : comportements de la population, besoins en services sanitaires et sociaux, caractéristiques de l'offre actuelle,... A ce titre peuvent être mobilisés les différents outils géographiques et statistiques : construction de bassins à partir des déplacements de la population et du recours aux services, qu'il s'agisse des services de santé (bassins d'attraction de l'offre de soins à différents niveaux) ou d'une palette plus large de services (zones d'influence des pôles de services définies par l'INSEE, villes et bourgs attractifs...); analyse des caractéristiques des zones - quel que soit le découpage retenu - pour étudier les disparités géographiques et notamment identifier les territoires défavorisés, en termes de desserte de l'offre, d'état de santé, etc. Ces différentes méthodes sont décrites en annexe 2 ;

- à partir de cette phase d'analyse, la construction doit associer les acteurs impliqués sur ces territoires. Ce sont tout d'abord les **professionnels**, qui seront amenés à animer le projet de santé dans le bassin de vie.

Les territoires de proximité n'auront un sens que si la médecine de ville s'implique dans cette dynamique<sup>11</sup>, et au-delà les services médico-sociaux et sociaux.

Mais l'implication des professionnels est nécessaire aussi pour les territoires couvrant les besoins hospitaliers, aux différents niveaux : l'expérience montre déjà que les restructurations, coopérations et complémentarités sont d'autant mieux mises en place qu'elles relèvent d'un projet médical commun porté par les établissements eux-mêmes. De même, le lien entre la prévention, l'éducation thérapeutique, le diagnostic, les soins ambulatoires, la réinsertion et la réadaptation, et l'hospitalisation, donc le lien entre des acteurs du soin intervenant à des échelles territoriales différentes, est un élément essentiel de la qualité du service rendu.

11. La démarche menée par l'URCAM et l'URML en Basse-Normandie pour cibler des zones à risque en termes de démographie médicale est un exemple de cette interaction : 268 zones de recours aux généralistes ont été créées, pour lesquels des indicateurs ont été analysés afin de présélectionner des zones potentiellement à risque ; cette approche a été ensuite confrontée à celle des acteurs de terrain pour effectuer le choix final (cf annexe 4).

Au-delà des professionnels du champ sanitaire et social, la construction des territoires intéresse aussi les **élus locaux**, notamment pour les zones où la couverture des besoins pose problème, car le maintien ou l'implantation d'une offre de services de santé ne peuvent être dissociés de la problématique générale d'aménagement du territoire.

Enfin, même s'il s'agit d'un processus encore émergent, l'implication des **usagers** dans l'organisation territoriale des soins est développer, à l'instar de ce qui est proposé pour la permanence des soins (rapport sur la permanence des soins de ville).

En résumé, il n'y a donc pas **une** bonne méthode, **un** bon découpage qui s'imposent. La définition des territoires de proximité par exemple peut obéir à trois grandes logiques :

- la logique des " territoires administratifs ". Elle délimite des espaces, d'échelle variable, tous de proximité : les communes et communautés de communes, les cantons et les pays,
- la logique des " territoires vécus ". Elle reconnaît des espaces constitués par les pratiques de la population s'adressant aux services intermédiaires dont elle a besoin,
- la logique des " territoires services ". Elle dessine, à partir de l'implantation des services existants, les espaces, au sein desquels ces dispositifs répondent aux besoins de la population.

Ces trois approches considérées ensemble aboutissent à des enchevêtrements de territoires qu'il convient d'analyser pour mesurer les difficultés de fonctionnement des services susceptibles de se produire, et apprécier les lacunes dans la réponse aux besoins. On peut penser donc qu'en conduisant la réflexion selon chacune de ces trois approches, et en considérant les problèmes posés par les lacunes et les chevauchements des espaces, il devrait être possible de s'entendre sur des territoires de proximité, tantôt corrigés à la suite des constats tirés de ces trois approches, tantôt fixés sur une seule de ces trois logiques.

#### ● DES TERRITOIRES QUI NE SONT PAS SEULEMENT STRUCTURÉS PAR L'OFFRE EXISTANTE

La délimitation de bassins de population correspondant à des zones d'attraction de l'offre de soins est une technique largement répandue. Elle est notamment utilisée, sous le vocable " bassins de santé ", pour découper des territoires autour de pôles sanitaires, mais aussi pour l'élaboration des projets d'établissements et la négociation des contrats

d'objectifs et de moyens. Elle commence aussi à être utilisée en médecine de ville (bassins ambulatoires en Bretagne, zones de recours au généraliste en Basse-Normandie...).

Partir des établissements et des professionnels implantés sur une zone géographique est effectivement une condition nécessaire si l'on veut les mobiliser autour d'un projet commun et favoriser des logiques de réseau. Plusieurs ARH ont ainsi, dans le SROS 2, cherché à stimuler la coopération interhospitalière en inscrivant géographiquement cette coopération dans un territoire infra sectoriel : bassins de santé, bassin de vie, bassin de contractualisation...

Pour autant, le recours à cette seule méthode pour définir ces espaces de coopération et de projets communs présente, comme on l'a déjà dit, (et l'expérience de certaines régions le confirme), l'inconvénient évident d'entériner d'éventuelles inégalités de répartition de l'offre existante et de les perpétuer.

Cette approche devrait donc être confrontée à d'autres approches spatiales. Certaines procèdent des mêmes méthodes, mais en étant élargies à d'autres aspects de la vie quotidienne (zones d'emploi, villes et bourgs attractifs comme en Rhône-Alpes, bassins d'attraction des pôles de service comme en Auvergne), elles permettent de vérifier la cohérence des implantations sanitaires par rapport à d'autres activités. Dans le Nord - Pas de Calais, la délimitation des bassins de vie s'est clairement affranchie d'une logique de bassin d'attraction hospitalier, pour prendre en compte un ensemble de critères, d'aménagement du territoire (voies de circulation), culturels (sentiment d'appartenance), économiques, politiques...

En tous cas, l'entrée par l'offre, si elle est commode en première analyse, doit aussi permettre de faire émerger les territoires qui sont précisément les moins bien pourvus en termes d'accès à cette offre (distance, temps de trajet), mais aussi en termes de recours effectif.

### ● DES POLITIQUES TERRITORIALES GLOBALES

Le constat a été largement fait de la multiplicité des découpages géographiques, chaque institution ayant sa propre sectorisation conçue indépendamment des autres, sans recherche de cohérence globale pour l'utilisateur.

La santé n'échappe pas à cette règle. Elle conçoit aussi ses territoires spécifiques.

Ils sont moins contraignants pour l'utilisateur que dans d'autres secteurs de la vie économique et sociale, car ils s'imposent à l'offre et non au patient : chacun est libre de se faire soigner où il veut.

Néanmoins, il est clair que cette multiplicité de découpages spécifiques ne favorise pas la conduite d'une action territoriale d'ensemble articulant les différentes politiques publiques.

La réflexion sur les différents niveaux de territoire pour l'accès aux soins peut être aussi, de ce point de vue, l'occasion d'inscrire la santé dans une vision plus large du territoire. Pour les espaces de proximité notamment, les territoires intercommunaux peuvent être à ce titre, dans certaines régions, des aires géographiques intéressantes (par exemple dans certaines régions certains pays couvrent des populations dont l'ordre de grandeur - 10 à 15 000 habitants - pourrait correspondre à la taille envisagée pour ce type de bassins).

Mais encore une fois, la logique de construction de ces territoires ne peut pas être unique, elle procède nécessairement, comme cela a été dit, de la confrontation de plusieurs approches, et chaque région devra trouver, selon sa géographie, son degré d'urbanisation, son niveau d'offre, ses problèmes spécifiques, le meilleur équilibre entre ces approches.

Enfin, les découpages, quel que soit leur mode de construction, doivent, dans la mesure du possible, être examinés régulièrement et éventuellement revus pour ne pas s'avérer périmés. Les réalités locales, les flux font évoluer les paramètres géographiques en permanence, ce qui rend obsolètes les sectorisations géographiques si elles ne sont pas remises à jour. Cette remarque vaut également pour les secteurs sanitaires.

## Conclusion

A la question qui lui était posée - quels territoires de l'accès aux soins ? -, le groupe de travail a répondu en proposant une philosophie d'action plus qu'un ensemble de prescriptions techniques pour fabriquer " le découpage géographique parfait ".

En effet, même si les aspects méthodologiques n'ont pas été évacués - l'analyse critique d'un certain nombre d'outils et de techniques fait l'objet d'une annexe au présent rapport -, les réflexions du groupe l'ont conduit à relativiser cette dimension.

Parler du territoire, ce n'est pas en effet limiter la discussion à des périmètres, mais avant tout réfléchir au contenu des services qui doivent être disponibles dans les espaces ainsi définis, à la manière de les organiser, de mobiliser les acteurs pour les assurer vis-à-vis de la population résidente.

C'est pourquoi la notion de territoires emboîtés proposée ici est adossée à la définition de " cahiers des charges " des services devant être fournis aux différents niveaux. Une place particulière a été accordée au niveau de proximité, qui jusqu'à présent n'avait guère fait l'objet d'une ré-

flexion en termes d'organisation territoriale, celle-ci ayant été focalisée sur les établissements d'hospitalisation du fait des procédures de planification.

C'est pourquoi aussi l'appropriation de ces territoires par les acteurs est un élément essentiel, qui fera que ces territoires ne seront pas des circonscriptions administratives de plus, mais des territoires vivants. Les territoires sont un levier pour fédérer les professionnels de santé, hospitaliers mais aussi libéraux, autour de projets communs. Ces projets de territoires matérialisent une évolution vers une responsabilisation collective vis-à-vis du service rendu à la population, au-delà du soin individuel à chaque patient. Ils devraient progressivement impliquer, au-delà des professionnels de santé, les services sociaux, les élus locaux, les usagers.

Le territoire peut être un instrument pour aider au rapprochement souhaitable d'activités et de services que la construction de notre système de soins a segmentés et trop cloisonnés. C'est le cas de l'hospitalisation et des soins de ville. C'est le cas encore des soins somatiques et psychiatriques, que des découpages géographiques cohérents peuvent contribuer à rapprocher ; les contenus de soins

définis aux différents niveaux territoriaux sont d'ailleurs volontairement définis de manière très transversale.

Il n'est évidemment pas le seul instrument de ce décloisonnement, et l'approche territoriale n'est pas exclusive d'approches plus fonctionnelles, qui peuvent s'affranchir des sectorisations géographiques existantes.

C'est d'autant plus important qu'il n'y a pas de découpage parfait - le meilleur territoire étant, en fin de compte, celui qui résulte d'une construction collective, appuyée sur une analyse technique pertinente des réalités géographiques. Ce pourrait être l'ambition du prochain SROS que de promouvoir cette dynamique des territoires partagés, et la mobilisation commune des acteurs pour y assurer le meilleur service à la population.

# **Annexe 1**

## **Composition du groupe de travail**

**Présidentes :**


---

<b>MAUSS Huguette</b>	Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - DHOS / O
<b>POLTON Dominique</b>	CREDES

**Membres :**


---

<b>BAUBEAU Dominique</b>	Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - DREES
<b>BENEVISE Jean François</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales Rhône Alpes
<b>BERNARDOT Marie José</b>	Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - DGAS
<b>BONNAFOUS Evelyne</b>	Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - DHOS / O2
<b>BOURGOIN Françoise</b>	Agence régionale de l'hospitalisation Rhône Alpes
<b>BREZAC Patrick</b>	Conférence nationale des présidents d'union régionale des médecins libéraux Pays de Loire
<b>CASES Chantal</b>	Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - DREES
<b>CASTRA Laurent</b>	Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP)
<b>CORVEZ Alain</b>	Médecin conseil national - Caisse Centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)
<b>DEVEVEY Jean-Marie</b>	Délégation à l'aménagement du territoire et à l'action régionale (DATAR)
<b>DOREL Dominique</b>	Fédération Hospitalière Privée (FHP)
<b>DUPRE Jean Paul</b>	Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - DGS/SD6D
<b>FELLINGER Francis</b>	Conférence des présidents de CME des centres hospitaliers
<b>KETTERER Jean Pierre</b>	Union régionale des caisses d'assurance maladie de Basse Normandie
<b>LACOSTE Olivier</b>	Observatoire régional de la santé Nord - Pas de Calais
<b>LAPIERRE Angélique</b>	Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - DHOS / O3
<b>LARRANETA Carmen</b>	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés - DDRI
<b>LOENS Isabelle</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales Nord Pas de Calais
<b>LOPEZ Alain</b>	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales Auvergne
<b>LUCAS-GABRIELLI Véronique</b>	CREDES
<b>MELEDER Huguette</b>	Directrice de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de Lorraine
<b>PORTAL Stéphanie</b>	CREDES
<b>RICHARD Catherine</b>	Délégation interministérielle à la ville
<b>RICHARD Jean-Pierre</b>	Fédération Hospitalière de France (FHF)
<b>ROQUET Claude</b>	Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées - DHOS / O1
<b>TERRIER Christophe</b>	Chargé de la prospective au secrétariat d'état au tourisme
<b>TONNELIER François</b>	CREDES
<b>TOUSSAINT Jean-Manuel</b>	Université de Rouen

## **Annexe 2**

**Une revue de méthodes  
et d'expériences d'analyse  
et de construction de territoires**

*Véronique Lucas  
Dominique Polton  
Stéphanie Portal  
François Tonnellier  
Jean-Manuel Toussaint*

## Introduction

L'objectif de cette note est de présenter différentes méthodes qui ont conduit à délimiter des zones de services médicaux, sous forme de zones de chalandise, de bassins de santé, de zones défavorisées...

En préalable, il faut rappeler que le choix d'une échelle ou d'un contour géographique peut correspondre à deux objectifs :

- *l'observation* : recherche de zones à risques en épidémiologie, recherche de zones mal desservies ou déficitaires en médecins, ou définition de zones homogènes en terme de besoins.
- *la décision* : l'objectif est alors de définir des territoires pour lesquels des institutions auront des compétences (légales, réglementaires) en terme d'aménagement sanitaire du territoire, d'allocation de ressources, de décision budgétaire et de définition des normes.

L'important dans la détermination des bassins de santé ou de zones de services médicaux est de connaître précisément le but poursuivi : planification, prévision, description, évaluation, concertation.

La présente synthèse, qui s'appuie notamment sur un ensemble de travaux régionaux, réalisés à l'occasion des SROS de première et de deuxième génération ou dans d'autres circonstances, rassemble des démarches qui ont un objectif d'étude et d'analyse mais aussi une portée opérationnelle, même si celle-ci peut être plus ou moins directe.

Elle n'est sans doute pas exhaustive, et sera à compléter en fonction des suggestions du groupe et des travaux complémentaires qui pourront être collectés.

Nous avons choisi de regrouper ces méthodes en deux grandes classes :

- la première classe regroupe des approches qui ont pour point commun de partir des services existants et de partitionner le territoire à partir de l'utilisation (théorique ou réelle) de ces services ;
- la seconde rassemble les méthodes qui cherchent à définir et à identifier des zones favorisées ou défavorisées, à partir de l'analyse des caractéristiques de la population résidente croisée avec l'offre disponible.

Pour chacune des méthodes présentées, nous décrirons le principe, les utilisations possibles et les limites, ainsi que des exemples d'application.

## 1. Les méthodes fondées sur les services existants

Une première catégorie de méthode définit des aires de recrutement théoriques autour des structures d'offre de soins existantes : courbes isochrones, polygones de Thiessen, aires de Reilly.

Des territoires peuvent être aussi construits à partir de la fréquentation effective (et non plus théorique) des services. Cette seconde approche peut être déclinée en diverses applications, selon la méthode utilisée et selon le type et le niveau de services (sanitaires ou non, de plus ou moins grande proximité).

Ces deux approches sont développées après un rappel sur les notions de distance et d'attraction.

### 1.1 Mesures de l'attraction (loi de Newton, distance théorique et réelle)

Il est possible de mesurer l'attraction, d'une part à partir d'une formulation fondée sur la loi de Newton et d'autre part à partir d'une mesure associant la distance réelle d'accès et la distance au service le plus proche.

#### 1.1.1 Fréquentation, distance, loi de Newton

Il est très classique d'observer la diminution de la fréquentation d'un service en fonction de la distance (graphique n°1). Cette fréquentation en fonction de la distance  $D$  (entre la commune de l'utilisateur et la commune du service) peut être modélisée selon la formule :

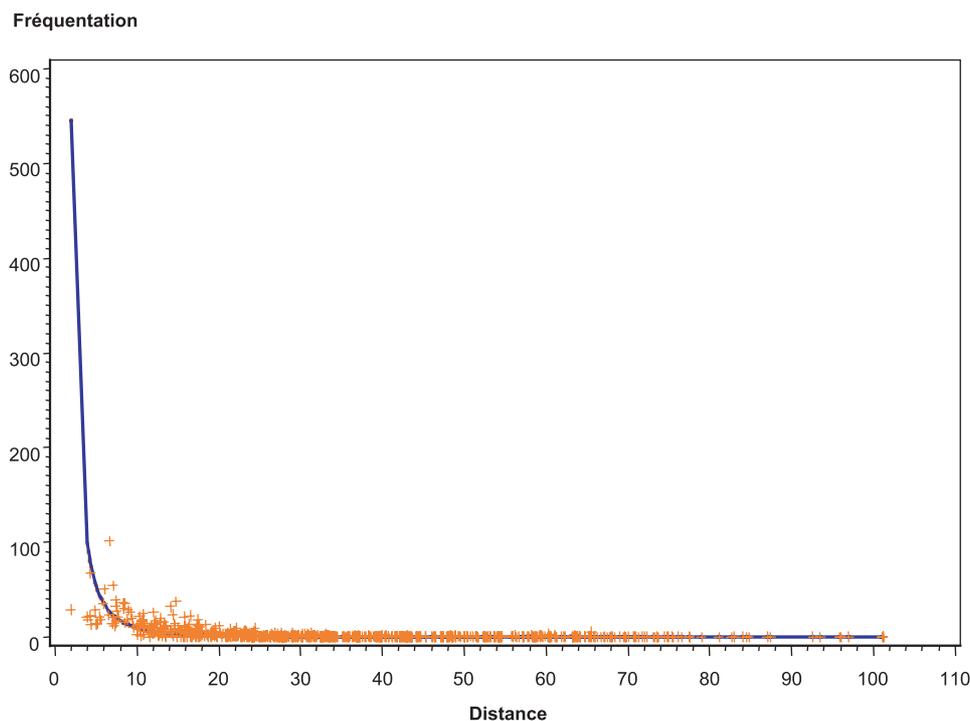
–  $\text{Freq} = D^{-\alpha}$  (loi classique de Newton), et l'exposant peut être interprété comme mesure de l'attraction.

Un exemple peut être donné à partir de la fréquentation à Besançon pour les consultations de généralistes en fonction du lieu d'origine des patients (cf. graphique 1).

En effet en mettant la loi de Newton sous forme logarithmique, on obtient (cf. graphique 2) :

–  $\log(\text{Freq}) = -\alpha \log(D) + \text{cst}$ .

**Graphique 1**  
Fréquentation et distance  
(en données réelles, avec courbe d'ajustement)

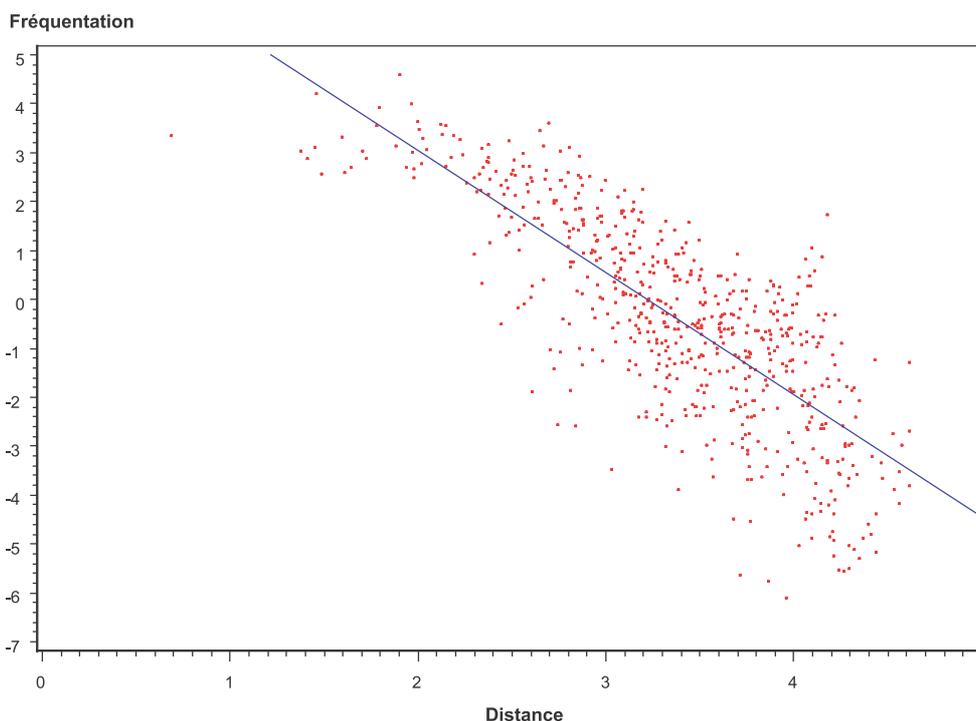


Le coefficient  $\alpha$  correspond à la pente de la droite de régression et peut être considéré comme une mesure de l'attraction.

En effet, si  $\alpha$  est élevé (en valeur absolue) la friction de la distance est très forte : la fréquentation diminue rapidement avec la distance (cas d'un équipement ou d'un service à attraction locale ou faible).

Si  $\alpha$  est faible, l'effet de barrière est très réduit ; à la limite, si  $\alpha=0$ , la distance n'exerce aucun effet dissuasif (cas des équipements très spécialisés et des maladies sévères : l'attraction peut être très grande et s'exercer sur tout le territoire). Ce coefficient permet de comparer l'attraction de plusieurs services (Com-Ruelle, Faure, Tonnellier " L'attraction de l'Assistance Publique- Hôpitaux de Paris, évolution 1981-1987 " CreDES, 1989 )

**Graphique 2**  
Fréquentation et distances (échelles log)



### 1.1.2 Une mesure de l'attraction

La distance potentielle d'accès est un élément important qui rend compte de l'accessibilité théorique.

La distance réelle d'accès est un autre indicateur qui rend compte des pratiques réelles de la population. Ces deux variables apportent des informations d'ordre différent.

L'indice  $IA = \text{distance réellement parcourue} / \text{distance potentielle d'accès}$  est un indicateur qui permet de mesurer l'attraction (Mizrahi, Mizrahi, Rösch, 1966). Si cet indicateur est proche de l'unité, la clientèle est une clientèle de proximité. Quand cet indicateur est élevé, la clientèle préfère recourir à des services nettement plus éloignés que la moyenne des établissements les plus proches : l'attraction est alors très forte. La comparaison distance par-

courue/distance d'implantation par discipline montre d'abord que la hiérarchie n'est pas identique pour ces deux valeurs. Ainsi la Chirurgie générale a une attraction forte puisque les consommateurs parcourent en moyenne une distance trois fois plus élevée que s'ils se rendaient au service le plus proche (Lucas, Tonnellier, " Distances réelles d'accès et attraction hospitalière", Santé Solidarité, Etudes statistiques n°4, 1996).

### Attraction, distance réellement parcourue, distance potentielle en km par discipline

Disciplines	Distance parcourue	Distance potentielle	Attraction
chirurgie générale	18,57	6,04	3,07
pédiatrie	28,44	10,35	2,75
médecine cardiovasculaire	37,82	14,11	2,68
médecine interne	16,66	9,82	1,70
gynécologie-obstétrique	10,58	6,50	1,60
chirurgie orthopédique	26,93	18,37	1,47
pneumologie	18,57	14,74	1,26

Source : Lucas-Gabrielli , Tonnellier 1996

## 1.2 La délimitation d'aires théoriques

### 1.2.1. Les courbes isochrones

#### ● PRINCIPE

Les courbes isochrones rendent compte de l'accessibilité géographique ou physique des services de santé (pôles hospitaliers, cabinets de médecins généralistes...). Ces courbes sont mesurées à partir de la distance réelle qui sépare le producteur de soins des communes de résidence des patients. La distance peut être exprimée en kilomètres ou en minutes ; la distance-temps correspondant alors à la durée du trajet à parcourir.

Cette technique d'analyse spatiale a été beaucoup utilisée et est facile à réaliser à l'aide de logiciels, qui calculent les temps d'accès des populations aux prestataires de soins selon la morphologie des voies routières empruntées, leur hiérarchie, leur trafic, ou encore selon la densité du réseau urbain...

#### ● UTILISATION

L'intérêt des courbes isochrones est de délimiter des zones plus ou moins distantes d'un centre, qui correspond dans notre cas à l'offre de soins.

Elles permettent de transcrire directement un principe d'équité spatiale simple, selon lequel tout point du territoire doit pouvoir accéder aux équipements dans une fourchette de temps donnée. Cette méthode a été notamment utilisée dans le cadre des SROS de deuxième génération et à la suite des "décrets Urgence" pour la répartition des services d'urgences ou des maternités ; elle peut s'appliquer aussi aux soins de proximité (temps d'accès au généraliste le plus proche), ainsi qu'aux populations spécifiques comme les personnes à mobilité réduite. Pour un grand nombre de services, les données de l'Inventaire Communal de l'INSEE permettent de définir de telles zones de plus ou moins grand éloignement.

Les courbes isochrones permettent d'évaluer la couverture des pôles et de dégager des "zones blanches", qui correspondent à des zones posant des problèmes spécifiques d'accessibilité. Elles permettent de localiser les populations plus ou moins bien desservies par les services de santé.

Elles permettent aussi, à partir de la localisation d'un équipement (établissement hospitalier), de quantifier la population concernée (à l'intérieur de la courbe) et de dimensionner les services en conséquence.

#### ● DES EXEMPLES D'UTILISATION

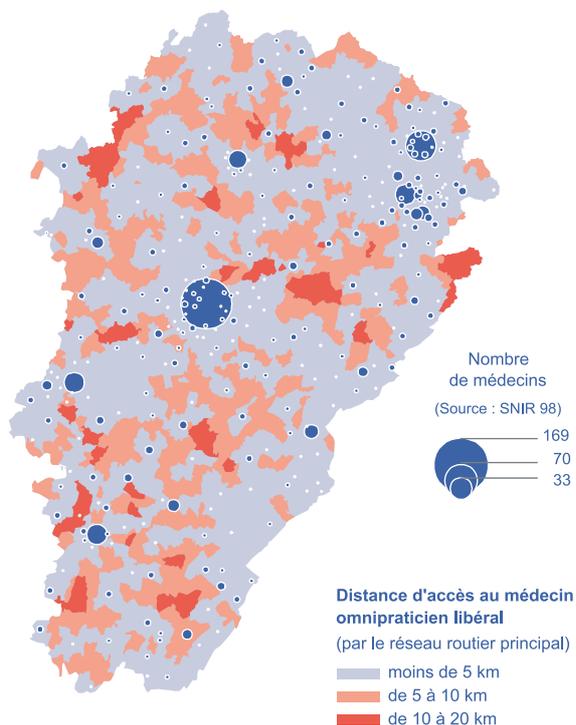
##### *Simulation de désertification médicale dans la région Franche-Comté*

L'objectif est d'évaluer les conséquences, en terme d'accessibilité, d'une concentration probable des médecins généralistes dans les dix années à venir.

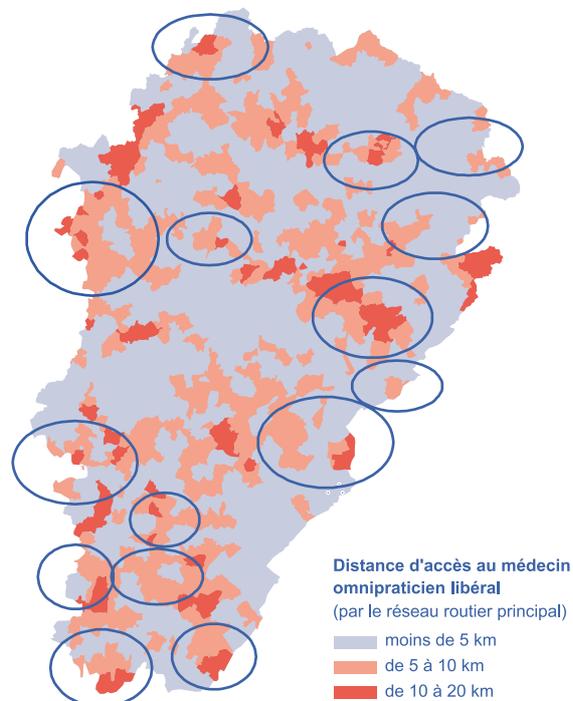
L'hypothèse de départ qui a été retenue est la suivante : le non remplacement, au moment de la retraite des médecins généralistes libéraux de 50 ans et plus exerçant seuls dans leur commune en 2008. Les distances d'accès ont été mesurées en kilomètres : moins de 5 km, de 5 à 10 km, de 10 à plus de 20 km.

Le résultat est de quantifier la dégradation de l'accessibilité dans le scénario énoncé ci-dessus et de constater la nouvelle distribution des courbes isochrones. Sur la carte 2, les cercles bleus font apparaître de nouvelles zones pour lesquelles l'accessibilité aux médecins généralistes s'est détériorée.

**Carte 1** Accessibilité des médecins omnipraticiens libéraux en 1999 dans la région Franche-Comté



**Carte 2** Localisation des zones où l'accessibilité des médecins omnipraticiens libéraux s'est dégradée en 2008



Source : Urcam Aquitaine, Urcam de Franche-Comté, Urcam de Languedoc-Roussillon, MSA, CREDES, 2001, " Santé et milieu rural - une démarche exploratoire ".

*Exemple des urgences (SAU) traité dans " La France à 20 minutes " pour repérer les populations mal desservies.*

Un zoom sur le centre-sud de notre pays permet de préciser à la fois la densité de la couverture de la population par le réseau des services d'urgence et les limites de cette couverture, directement liées à la géographie physique.

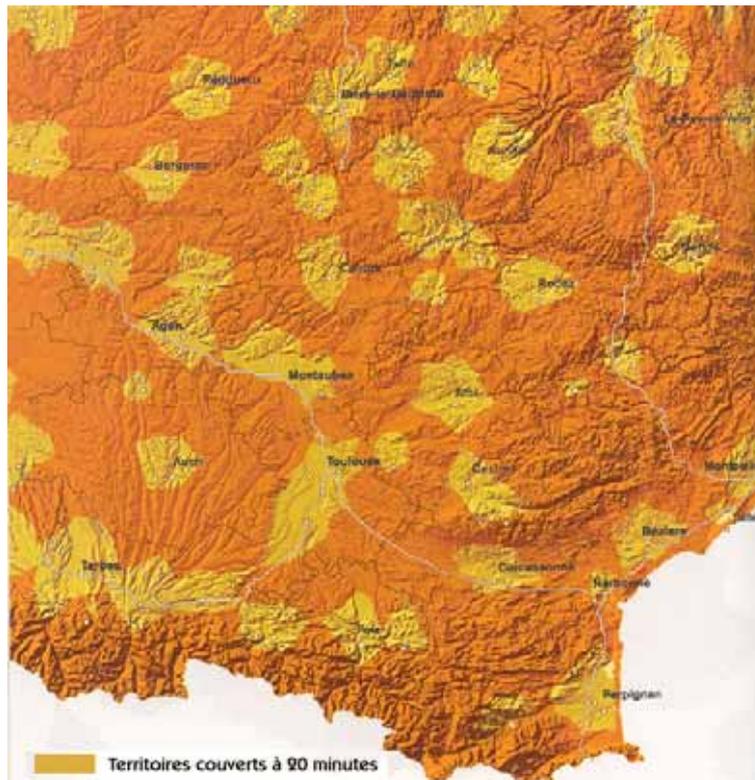
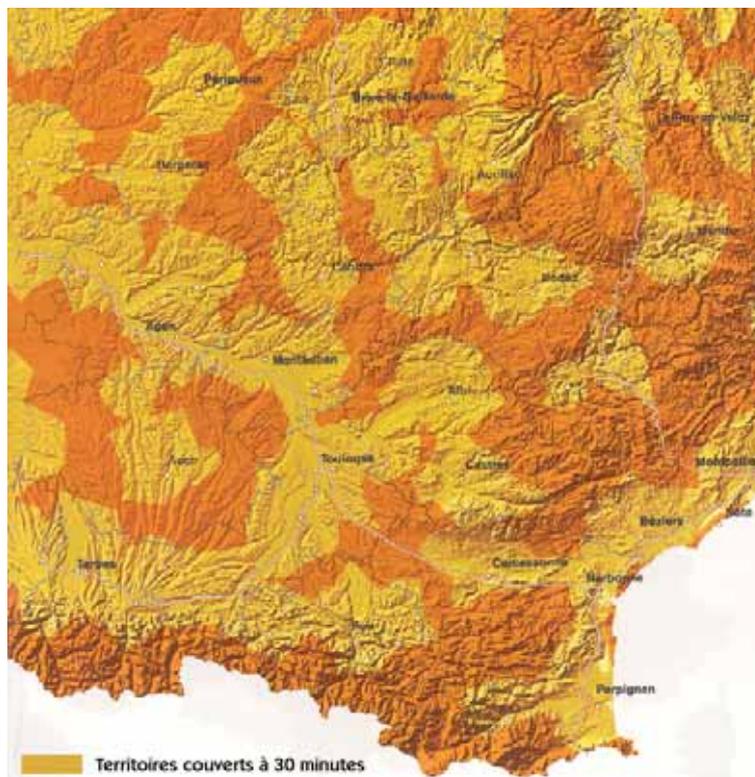
Sur la carte, un point correspond à un service d'accueil des urgences. Nous constatons que les services d'urgences tendent à se concentrer sur le territoire français. On peut observer dans ces régions de petite, moyenne et haute montagne, que la quasi totalité des plaines et des vallées est desservie dans un délai inférieur à 30 minutes.

Mais si l'on augmente le temps d'accès à 30 minutes (le délai maximum pour les services d'urgence étant fixé entre 30 et 45 minutes), on constate que 97 % de la population française a accès à un service d'urgence hospitalière. La desserte des poches occultées relèvent parfois de moyens exceptionnels de déplacement rapide (l'hélicoptère) pour les situations les plus graves.

### Limites

Les courbes isochrones prennent en compte l'accessibilité théorique, et non les pratiques réelles des patients. De plus, l'accessibilité géographique ne détermine pas à elle seule le recours effectif aux soins. D'autres paramètres doivent être considérés : la qualité des infrastructures routières, l'existence d'un réseau de transports collectifs, l'accessibilité économique et culturelle des populations...

Deux autres limites concernant cette méthode doivent être soulignées : la première réside dans le présupposé fait de la neutralité et de l'identité des consommateurs, supposés recourir tous semblablement aux mêmes types de transports, sans parler de la non intégration de la variabilité climatique, et, la seconde, dans la détermination des seuils tolérables qui sont de toute évidence conjoncturels même lorsqu'ils sont basés sur des conférences de consensus.

**Carte 3** Zoom sur la desserte des services d'urgences dans le Centre-sud de la France à 20 minutes**Carte 4** Zoom sur la desserte des services d'urgences dans le Centre-sud de la France à 30 minutes

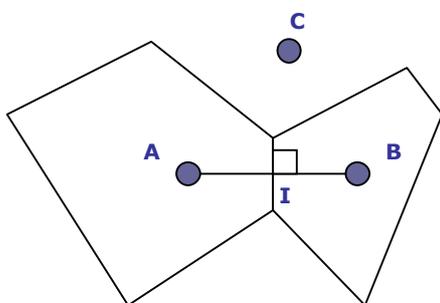
Source des cartes : Benoit J-M., Benoit P., Pucci D., Mai 2002, *La France à 20 minutes (et plus)*.

### 1.2.2. Les aires d'attraction théoriques : polygones de Thiessen et aires de Reilly

#### ● PRINCIPES

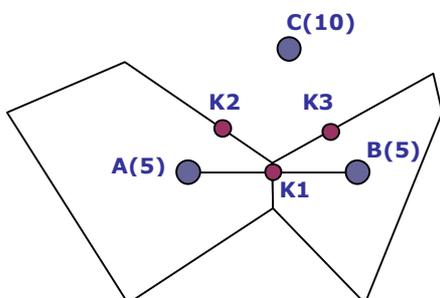
Ces méthodes effectuent une partition de l'espace, non plus à partir de chaque équipement pris isolément comme avec les courbes isochrones, mais en tenant compte de l'attraction simultanée d'un ensemble d'équipements. La première méthode est une méthode géométrique très simple fondée uniquement sur la distance, la seconde pondère les distances par les volumes des populations concernées en utilisant une formule dérivée de la Loi de gravitation de Newton.

#### *Polygone de Thiessen*



Les polygones de Thiessen (ou de Voronoï) définissent des surfaces, basées sur la distance à vol d'oiseau et le maillage d'un semi de points. La méthode consiste à calculer le milieu (I) de chaque segment formé par deux points. Une droite perpendiculaire au segment [AB] et passant par (I) est tracée. Elle correspondra à un côté de polygone.

#### *Aires de Reilly*



Ce modèle gravitaire est issu de la loi de Newton. En plus de la distance à vol d'oiseau, la loi de Reilly va prendre en considération la masse de chaque point : elle pourra représenter une population de patients, un nombre de lits ou d'autres données quantitatives.

La loi d'interaction spatiale définie par Reilly est la suivante :

$$- I_{ij} = (G \cdot M_i \cdot M_j) / (D_{ij})^2$$

Où :

- G est la pondération
- $M_i$ , la masse en i
- $M_j$ , la masse en j
- $(D_{ij})^2$ , la distance centre ij au carré
- k est le point d'inflexion entre i et j ; c'est-à-dire le point où l'interaction de i et j est nulle :
- $(G \cdot M_k \cdot M_j) / (D_{kj})^2 = (G \cdot M_k \cdot M_i) / (D_{ij} - D_{kj})^2 \dots$
- $D_{kj} = D_{ij} / (1 + (M_i / M_j)^{1/2})$

Connaissant maintenant la distance  $D_{kj}$ , nous allons pouvoir identifier les coordonnées des points d'inflexion. Finalement, la perpendiculaire au segment [ij] passant par le point k est tracée, formant ainsi un côté de polygone. Les différences avec les polygones de Thiessen sont notables et dépendent en fait des masses attribuées à chaque point. Sur l'exemple ci-dessous, on constate que les points d'inflexion K2 et K3 ont été repoussés vers les points A et B, car la masse de C est supérieure à celle des deux autres points.

Notons que si les masses de Reilly sont toutes identiques, on retrouve les polygones de Thiessen.

Ces méthodes sont mises en œuvre à l'aide de Système d'Informations Géographiques (SIG). Après avoir géoréférencé tous les points du semi, une extension du logiciel Arcview a été développée afin de calculer les polygones de Thiessen. La maîtrise de cet outil est rapide et sa disponibilité est immédiate sur Internet ([www.esri.com](http://www.esri.com)).

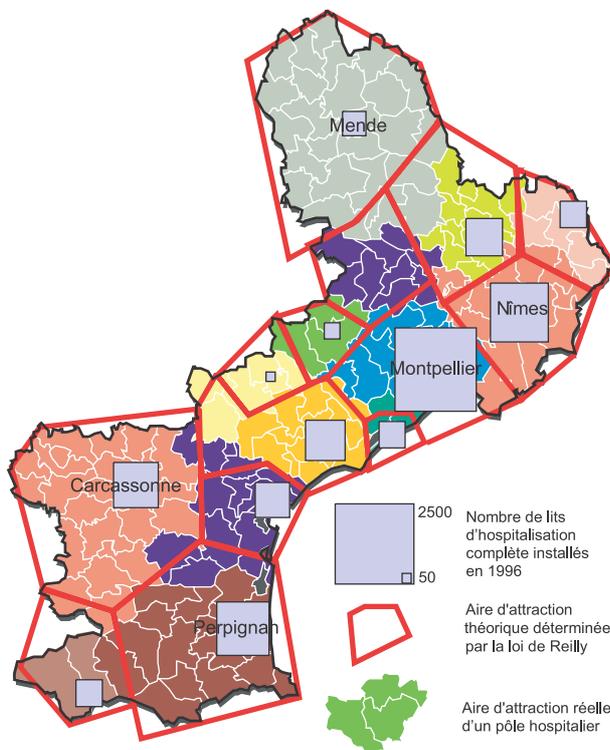
Concernant la loi de Reilly, un script est en cours de développement au sein du laboratoire de géographie à Rouen. Il est possible de tracer les polygones à la main (Solution adoptée par J-M. Macé). Cependant, une telle démarche est valable si le nombre de points traités est faible du fait de l'importance des calculs [(nombre de points)<sup>2</sup>/2].

## ● UTILISATION

Cette méthode permet de définir des bassins théoriques de recrutement. Elle peut permettre :

- de dimensionner des services en fonction de la population résidant dans l'aire d'attraction. On peut par exemple évaluer le recrutement potentiel d'un centre à l'occasion d'une ouverture (en appliquant des taux de fréquentation moyens). Il est également possible de projeter les évolutions d'activité attendues en utilisant les projections démographiques de l'INSEE ;
- de confronter cette aire de recrutement théorique à la zone d'attraction réelle d'un équipement ou établissement (cf. ci-dessous), ce qui donne des indications sur la notoriété et le rayonnement d'un établissement ou au contraire sa faible attractivité.

**Carte 5** Bassins de santé en Languedoc-Roussillon



© E. Vigneron/GEOS/Université Montpellier III, 1998

## ● LES LIMITES

Le modèle de Thiessen a un champ d'application assez limité, la distance ne pouvant à elle seule tout expliquer. Reilly permet de constituer un modèle un peu plus complexe, mais plus proche du terrain.

Dans les deux cas, les modèles sont inefficaces sur un maillage de points resserré. Les bassins théoriques sont écrasés par les autres. Les taux d'attractivité calculés sont irréalistes.

Par ailleurs, comme dans le cas des courbes isochrones, il s'agit d'aires d'attraction théoriques, qui ne tiennent pas compte des comportements effectifs de la population dans ses déplacements et ses recours aux services. Ces comportements peuvent différer des recours "logiques" que dessinent ces méthodes, pour diverses raisons (habitudes culturelles, réputation des établissements...). A en suivre diverses études du CREDES, il n'est pas démontré que l'on aille en effet toujours au plus près.

### 1.3. Les méthodes fondées sur les flux réels d'utilisation des services

Elles ont toutes pour point commun de partir d'une analyse des déplacements de population vers différents types de services. Nous distinguerons successivement :

- les bassins construits à partir de la fréquentation hospitalière, utilisés dans plusieurs régions dans le cadre des SROS,
- les bassins construits, sur le même principe, autour d'autres services de santé, notamment en médecine ambulatoire,
- les approches élargies à des déplacements de population pour des services autres que sanitaires ou l'emploi.

#### 1.3.1. Bassins de santé, bassins hospitaliers : les zones d'attraction hospitalière dessinées par les flux domicile-hôpital

Si l'appellation de "bassin de santé" a été consacré par la loi en 1998, son contenu ni sa méthode de détermination n'ont jamais fait l'objet d'une définition officielle.

Les bassins de santé dont la cartographie a été publiée dans un certain nombre de régions [Languedoc-Roussillon, Auvergne, Bretagne, Franche-Comté (Vigneron, 2000,

2002), Rhône-Alpes (ARH, 2002) et initialement dans le Nord-Pas-de-Calais pour le SROS de première génération, correspondent à la notion de zone d'attraction des services de court séjour hospitaliers. Mais d'autres utilisent pour désigner la même notion l'appellation de " bassins d'hospitalisation " ou " bassins hospitaliers " ou encore " bassins de santé hospitaliers " (Macé 2001, 2002).

A l'inverse, la conception qui préside au découpage de la région Nord-Pas de Calais en 4 " bassins de vie ", qui sont des regroupements de secteurs sanitaires, ne renvoie pas à une notion de zone d'attraction hospitalière (même si elle se fonde aussi sur l'idée de circulations de populations au sein d'un territoire - ARH Nord-Pas de Calais, 1999).

Il serait sans doute souhaitable de proposer une sémantique commune<sup>1</sup>. Dans cette note, nous utiliserons indifféremment l'appellation bassins de santé ou bassins hospitaliers.

### ● PRINCIPE

Les bassins de santé se fondent donc sur l'analyse des flux domicile - hôpital et reposent sur l'homogénéité des pratiques de la population vis-à-vis du recours aux pôles hospitaliers.

### ● MÉTHODE

Les premiers travaux de définition des bassins de santé ont reposé sur les données de l'état civil permettant de domicilier les naissances et sur des données de l'assurance maladie concernant les flux de patients entre cantons, voire sur des enquêtes spécifiques (Enquêtes GAIN Chirurgie ou GAIN obstétrique de la CNAMTS, par exemple).

Depuis quelques années, la disponibilité du PMSI accroît les possibilités d'analyse, notamment en distinguant plus finement les activités hospitalières. On peut citer par exemple la classification OAP<sup>2</sup>, qui autorise ensuite différents regroupements, par exemple selon l'importance de la proximité dans le recours aux soins (Tardiff, 2002<sup>3</sup>).

Dans les travaux que nous avons pu recenser, la délimitation de ces bassins est effectuée soit en utilisant des techniques statistiques de type " classification ascendante

hiérarchique ", soit plus simplement en appliquant des règles de décision pour le rattachement des unités géographiques de base (le canton dans ce cas) aux différentes zones d'attraction, sur la base des flux observés.

### ● EXEMPLES DE DÉTERMINATION DE BASSINS DE SANTÉ

Un ensemble d'illustrations de cette méthode appliquées à différentes régions est décrit ci-dessous. Les spécificités méthodologiques et les analyses réalisées sont évoquées au fur et à mesure. Une discussion générale reprend ensuite en les confrontant des éléments de ces différentes approches.

#### *Les premiers " bassins de santé "*

Les premiers bassins de santé ont été réalisés par Vigneron dans le Nord-Pas-de-Calais à l'occasion du SROS de première génération (1993-1994), à la demande de la DRASS (en Languedoc-Roussillon (voir carte 5 ci-dessus) dans le cadre du SROS de deuxième génération (1998), et la même méthodologie a été appliquée à la Franche-Comté (1999). Elle a été tentée en Auvergne mais n'a pas été reprise.

Une contrainte de taille est intégrée, c'est-à-dire que " la population doit être assez nombreuse et qu'un bassin de santé comportera au moins un pôle de niveau II comprenant au moins 150 à 200 lits de MCO " (Vigneron, 1999).

Les flux de patients sont analysés à partir de la commune de domicile, en utilisant une méthode de classification ascendante hiérarchique, qui permet un emboîtement de bassins de santé à des niveaux plus ou moins agrégés : ainsi la carte des bassins de santé en Bretagne (Vigneron, 2000) est proposée selon différents niveaux de découpage, de 7 à 9 classes, et l'arborescence figure en légende (cf. ci-dessous).

2. On peut noter en particulier la classification OAP, Outil d'Analyse du PMSI, qui a été élaborée sous couvert du COTRIM Ile-de-France dans un objectif d'aide à l'utilisation du PMSI à des fins de planification dans le champ du court séjour. Cet outil permet une analyse du casemix des établissements sur un mode synthétique ou plus détaillé en fonction des besoins. Les GHM font l'objet de deux niveaux de regroupement emboîtés en pôles d'activité (spécialités d'organe) et lignes de produits (compétences et moyens techniques communs à plusieurs GHM). Plusieurs axes d'analyse sont proposés : lourdeur des prises en charge, recours au bloc opératoire, caractère ambulatoire de l'activité. Cette classification est maintenue par l'AP-HP et l'hôpital Sainte-Camille.
3. Partant de la classification OAP, cette étude réalisée en Bretagne distingue les " activités de proximité ", les activités dites " à choix médical " et les " activités à choix discutés ". Cette distinction sera évoquée à nouveau dans la discussion ci-dessous.

1. Au passage, il est peut être un peu gênant de réserver le terme de bassins de santé à une approche hospitalière alors même que la tendance est d'essayer de faire le lien avec les soins de premier recours.

Monsieur Vigneron propose ces bassins comme alternative aux secteurs sanitaires actuels.

### *Les bassins de santé hospitaliers en Ile-de-France*

La même méthode a été appliquée en Ile de France par Macé (2001, 2002). En termes d'outils statistiques, il fait explicitement référence à la méthode MIRABEL<sup>4</sup> de l'Insee. Les données du PMSI sont utilisées pour analyser les flux " domicile/hôpital " des hospitalisés, au niveau communal.

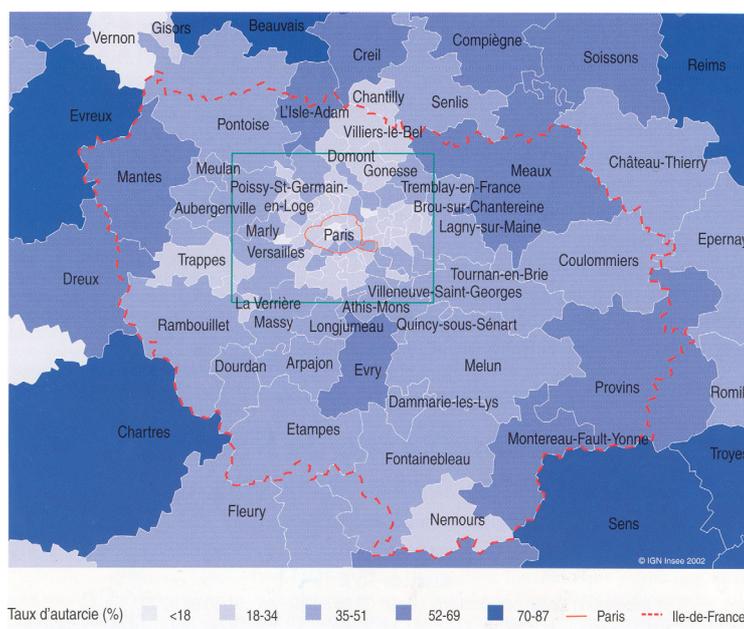
Ces bassins, une fois constitués, sont superposés aux aires théoriques de Reilly, et une forte concordance est observée. En revanche l'auteur note des écarts par rapport au découpage actuel des secteurs sanitaires, d'ailleurs différents selon la discipline : les discordances observées sont plus élevées en obstétrique (où elles concernent 120 communes

soit 10 % des hospitalisées) qu'en médecine ou en chirurgie. En conclusion, l'auteur préconise l'abandon d'un découpage sectoriel unique.

Pour chaque bassin peut être calculé un taux d'autarcie (pourcentage parmi les patients hospitalisés domiciliés dans la zone, des hospitalisations à l'intérieur du bassin) et un taux d'attraction (pourcentage de fréquentation hospitalière par des non-résidents). La carte ci-dessous montre les taux d'autarcie des différents bassins.

Par ailleurs une typologie de ces bassins est réalisée à partir de données socio-démographiques, avec des méthodes d'analyse factorielle des correspondances et de classification ascendante hiérarchique, pour déterminer des bassins plus ou moins favorisés socialement. Cette partie renvoie plutôt à la deuxième famille d'approche (identifier des zones défavorisées) et sera évoquée en partie B.

**Carte 6** Taux d'autarcie des bassins hospitaliers de chirurgie en Ile-de-France



Source : Macé J-M., mars-avril 2002, " Une méthode pour définir des " bassins d'hospitalisation " en Ile-de-France ", INSEE.

### *Les bassins de santé de la région Rhône-Alpes, une construction à partir des cantons*

Les bassins de santé ont pu être aussi constitués sans avoir recours aux outils statistiques de classification, en affectant directement les unités géographiques élémentaires à tel ou tel bassin. Ceci suppose pour pouvoir traiter les don-

nées facilement de partir d'un maillage cantonal, donc moins fin que celui de la commune.

La région Rhône-Alpes a procédé ainsi pour constituer des bassins de santé à partir des pôles sanitaires (un pôle sanitaire est un établissement ou l'association de plusieurs établissements voisins pour constituer une offre d'une gamme

4. La méthode MIRABELLE (Méthode Informatique de Recherche et d'Analyse des Bassins par l'Étude des liaisons Logement-Emploi) a été conçue par Christophe Terrier au sein de l'INSEE pour étudier les déplacements entre le lieu de travail et le lieu de domicile de la population. C'est une méthode de classification informatique qui calcule un lien entre chaque unité spatiale ; les unités géographiques (communes, codes postaux, ou autres codes géographiques) ayant les liens les plus forts sont ensuite agrégées et viennent constituer un bassin d'emploi. Par extension, cette méthode est capable de traiter tout type de flux.

de services qui est catégorisée en quatre niveaux, en fonction des plateaux techniques et des activités de soins : pôle de proximité, pôle de proximité renforcée, pôle de référence et pôle de référence universitaire) (ARH Rhône-Alpes, 1999).

La partition du territoire régional a été effectuée à partir de l'analyse des lieux d'hospitalisation des populations des cantons, en appliquant une série de règles explicites d'affectation et en traitant au cas par cas les cantons présentant des exceptions (ARH Rhône-Alpes, 2002). Plus précisément :

- des bassins de naissance ont été définis en croisant lieu de domicile et d'hospitalisation à partir des données de l'état civil, avec la règle suivante : au moins 50 % des femmes ayant accouché ont accouché dans les maternités du pôle ;
- des bassins " MCO " ont été également définis sur la base des données de flux de l'assurance maladie et des données PMSI, les cantons ont été affectés avec la même règle.

A l'issue de cette procédure 240 cantons se trouvent rattachés au même bassin et les 69 cantons qui sont soit non rattachés dans l'un ou l'autre cas, soit rattachés à des bassins différents, font l'objet de règles complémentaires ou de décisions au cas par cas.

La carte des 34 bassins de santé issus de cette procédure figure ci-dessous.

Ce découpage valide a posteriori le découpage en secteurs sanitaires, dont les limites ont été définies en 1993 à partir du critère " villes et bourgs attractifs " (cf. ci-dessous). Les bassins de santé s'emboîtent en effet dans les secteurs à quelques exceptions près.

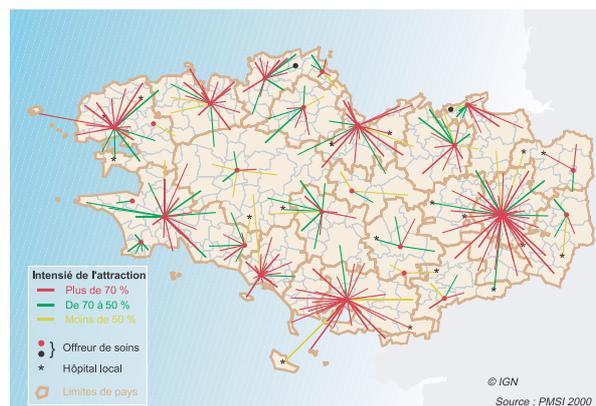
L'objectif de la construction de ces bassins est de dessiner des territoires qui forment le cadre des coopérations nécessaires entre établissements pour créer et faire vivre les pôles sanitaires, et de suivre ensuite l'évolution des comportements de la population lors de la constitution de ces pôles (ARH Rhône-Alpes, 2002).

### ***Des bassins de santé à géométrie variables en Bretagne (cf. annexes)***

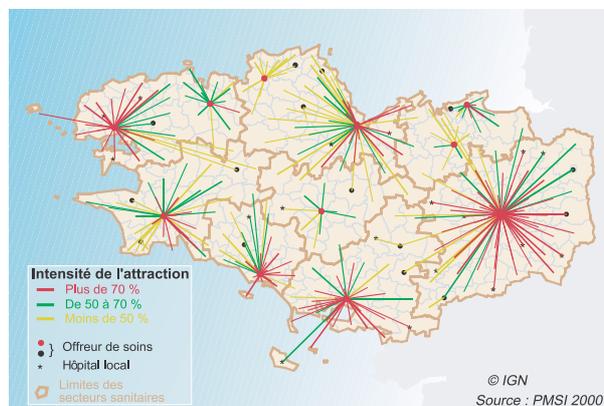
Une analyse d'attraction hospitalière a été également réalisée en Bretagne (Tardiff, 2002), sans délimitation de bassins de santé mais avec une visualisation des flux en oursins, qui a l'avantage de permettre des superpositions graphiques. Cette analyse a conduit à distinguer :

- des activités de proximité, pour lesquelles les zones d'attraction recouvrent assez bien les pays dans le cas général, mais il y a des exceptions,
- des activités " à choix médical " ou intermédiaires (activités rares et mal couvertes, pour lesquelles le choix de la proximité n'est pas majoritairement retenu), c'est-à-dire pour lesquels soit l'offre est rarement à proximité, soit elle l'est mais le choix de la proximité est peu fréquent ; les oursins dessinés par le recours à ces services s'inscrivent dans le secteur sanitaire (là aussi à quelques exceptions près). L'hôpital de référence du secteur sanitaire, les centres hospitaliers, universitaires ou certaines cliniques développant des activités spécifiques sont alors a priori les lieux d'hospitalisation choisis principalement par les patients.
- des activités à choix discutés qui sont intermédiaires entre les deux précédents

**Carte 7** Destination principale de patient pour les activités de proximité



**Carte 8** Destination principale de patient pour les activités à choix médical



Source : Tardiff L., juillet 2002, " Hospitalisation et territoires en Bretagne ", in *Octant*, n° 90.

## ● DISCUSSION GÉNÉRALE

Des différentes applications évoquées ci-dessus, on peut tirer quelques éléments de discussion, concernant le concept, sa mise en œuvre et son utilisation. Il ne s'agit pas ici de trancher sur ces différentes questions, mais plutôt de les cerner pour alimenter les débats du groupe de travail.

## ● UNICITÉ OU PLURALITÉ DE BASSINS

Les " bassins de santé " sont en général des bassins MCO, et l'on admet implicitement que les comportements sont suffisamment homogènes entre disciplines de court séjour.

Pourtant, certains auteurs (et de ce point de vue la disponibilité des données du PMSI permet des approches de plus en plus fines) mettent au contraire en avant la relative diversité des pratiques selon le type de services. L'étude réalisée en Ile de France (Macé, 2001) fait ainsi apparaître que pour la médecine, les discordances entre bassins d'hospitalisation et secteurs sanitaires sont nettement plus faibles (61 communes, 3,5 % d'habitants) que pour la chirurgie (5 %) et plus encore l'obstétrique (10 %). La conclusion qu'en tire l'auteur est la proposition d'abandonner un secteur " à vocation généraliste " pour des découpages en bassins spécifiques.

Cette non-uniformité des pratiques spatiales selon le type de services est également soulignée dans une étude réalisée sur le Nord-Pas de Calais (Lacoste, Spinosi, 2002), et dans l'étude sur la Bretagne déjà citée (Tardiff, 2002). Dans ce dernier cas, l'analyse selon les types d'activité (à choix de proximité, à choix médical) repose la question de la diversité des bassins non pas tant en termes de disciplines qu'en termes de niveau de service.

## ● SEUILS, NIVEAUX, EMBOÎTEMENTS

La délimitation des bassins de santé renvoie aussi à la question du seuil ou du niveau auquel cette zone doit être délimitée. On peut raisonner :

- par établissement,
- par " pôle sanitaire " (c'est-à-dire un établissement suffisamment important ou une association d'établissements), comme en Rhône-Alpes ; mais certains des bassins ainsi déterminés sont des bassins de proximité qui fournissent les services de base et d'autres sont des pôles de référence,
- en posant explicitement, comme le fait E. Vigneron, le principe que le bassin doit s'organiser autour d'un établissement pivot de niveau II, avec un ensemble d'établissements par bassins (ex : Auvergne).

Cette question du seuil recoupe la question précédente des types de services : dans la catégorisation réalisée en Bretagne (Tardiff, 2002), la séparation en trois niveaux renvoie à la proximité des services, proximité non seulement dans la disponibilité objective de l'offre mais dans les comportements de choix des patients de leur lieu d'hospitalisation.

Ces approches conduisent en fait à emboîter différents niveaux : secteurs sanitaires et bassins de santé en Rhône-Alpes et Bretagne, emboîtements selon différents niveaux d'arborescence dans d'autres régions.

La question est ici de l'utilisation respective de ces différents niveaux de découpages.

## ● ROBUSTESSE DES DÉCOUPAGES

Il pourrait être intéressant de tester la sensibilité des résultats obtenus, en termes de découpage, à des changements de méthode ou de paramétrage de ces méthodes, pour vérifier s'il y a une relative stabilité des zonages obtenus. Ceci a été fait en Auvergne.

## ● UTILISATION DES BASSINS DE SANTÉ

La première utilisation qui a été notée est la construction et/ou la validation des secteurs sanitaires. Notons qu'on retrouve ici aussi la question des niveaux et emboîtements : quel est le " bon " niveau d'un bassin de santé et est-ce le même que celui du secteur sanitaire ?

On peut en effet concevoir aussi l'utilisation du bassin de santé en complément au secteur sanitaire, comme un sous-ensemble (correspondant à un niveau de services de plus grande proximité que l'hôpital de référence du secteur), et qui permet de dessiner des territoires de coopération, comme dans la région Rhône-Alpes.

Indépendamment de la question du niveau, la limite d'un appui exclusif sur cette notion de bassin de santé pour fonder la planification sectorisée est évidemment de partir de l'offre existante : donc de présupposer que son implantation ne souffre pas de discordance majeure par rapport à l'implantation de la population ou par rapport à ses habitudes de vie et de déplacement courant. Car par construction, toute la population a par nécessité recours à un hôpital et sera rattachée à sa zone d'attraction, même si elle est mal desservie par cette structure (en termes de distance ou de temps d'accès).

De ce point de vue la carte en bassins de santé pourrait aboutir à l'extrême à une légitimation de la distribution de

l'offre actuelle ; en tous cas elle ne pose la question du caractère optimal ou non de sa distribution spatiale.

Une autre utilisation de la notion de bassin de santé peut être l'appréciation du dynamisme des établissements, en confrontant les aires d'attraction réelles aux aires théoriques, notamment pour la préparation et la négociation des projets d'établissements et des contrats d'objectifs et de moyens. Comme on l'a vu précédemment pour les aires théoriques, cette utilisation n'est pas applicable dans les espaces urbains denses.

Un complément utile peut être la confrontation de ces zones d'attraction hospitalière à d'autres " bassins de vie " construits à partir de l'étude d'autres services (cf. ci-dessous). Il est possible aussi, une fois les bassins constitués, de les caractériser selon leur situation plus ou moins favorisée, y compris au regard de l'accès (cf. partie B).

### 1.3.2. Les bassins de santé construits autour d'autres services de santé

Si l'application première des méthodes décrites précédemment a été dans le domaine hospitalier, elles peuvent bien entendu s'appliquer à d'autres services sanitaires, et cette extension tend à se développer au fur et à mesure que les problématiques d'accès à la médecine de ville deviennent plus prégnantes.

Deux exemples sont présentés ici :

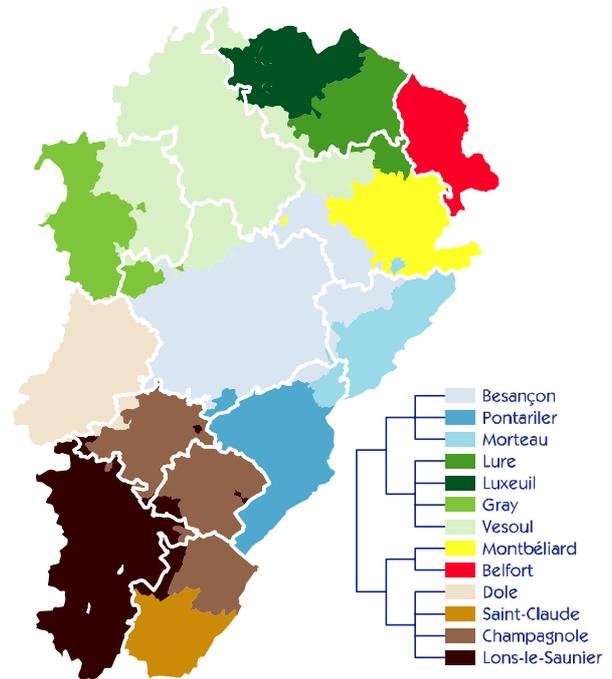
- des bassins de santé de médecine générale en France-Comté construits selon la méthode d'E. Vigneron (Lucas, Tonnellier et al. 2002),
- des bassins de soins ambulatoires en Bretagne synthétiques ou par spécialités les plus fréquentes (bassins des radiologues, des cardiologues...) (Vigneron, 2002).

Délimiter des bassins de soins ambulatoires pose, encore plus que pour l'hospitalisation, la question du niveau de regroupement auquel il convient de s'arrêter. Là encore, la réflexion est à mener au regard des utilisations opérationnelles de ces approches. Pour le moment, elles ont surtout vocation à alimenter la réflexion sur le recours aux services et ses logiques territoriales, mais ne sont pas sous-tendue par des outils de régulation existants.

Un autre exemple intéressant est le travail réalisé en Auvergne par Vallès (1999). Cette approche sera évoquée dans le chapitre qui suit, dans la mesure où elle fait

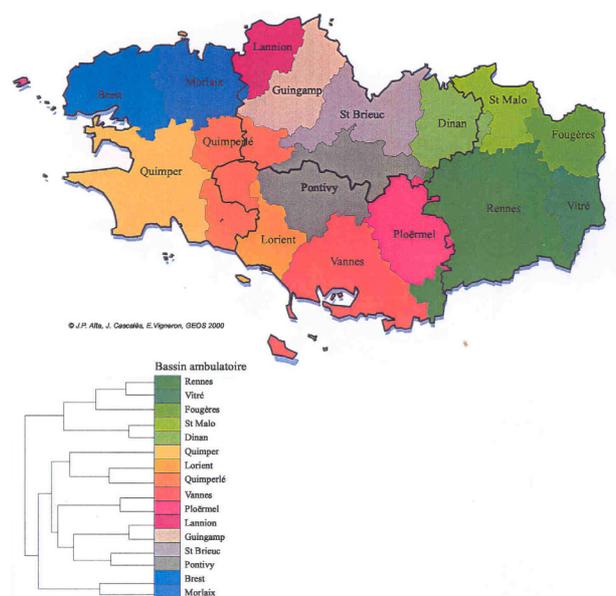
intervenir un ensemble de services de proximité dont le médecin généraliste est une composante.

**Carte 9** Les bassins de santé ambulatoires en Franche-comté (13 classes)



Source : Urcam Aquitaine, Urcam de Franche-Comté, Urcam de Languedoc-Roussillon, MSA, CREDES, 2001, " Santé et milieu rural - une démarche exploratoire ".

**Carte 10** Synthèse des bassins ambulatoires en Bretagne



### 1.3.3. Elargissement à d'autres services

Il paraît intéressant d'élargir cette réflexion à d'autres méthodes fondées, elles aussi, sur l'analyse des flux de population mais, cette fois-ci, associés à des services autres que sanitaires (emploi, services, commerces...). L'intérêt est de souligner les interactions entre les services sanitaires et les autres.

#### • LES VILLES ET BOURGS ATTRACTIFS DE L'INSEE

Cette approche, réalisée à partir de l'inventaire communal (le dernier ayant eu lieu en 1998), cherche à étudier le fonctionnement du territoire à travers les déplacements de la population dans son recours à divers types de services. Elle permet de visualiser les habitudes de vie des populations, y compris dans le domaine sanitaire mais pas uniquement (ce qui peut permettre d'ailleurs de mettre en évidence la spécificité ou pas des services sanitaires par rapport aux autres en terme d'attraction). La circulaire du 26 mars 1998<sup>5</sup> relative à la révision des SROS préconisait l'utilisation de cette méthode pour redécouper les secteurs sanitaires.

#### Principe de l'inventaire communal

Toutes les communes de France ont été interrogées sur les principaux équipements commerciaux et services à la population existant sur le territoire. Le panel d'équipements est très large puisqu'il peut aller de la boulangerie, en passant par le médecin et le pharmacien, jusqu'à l'hôpital ou au cinéma. En l'absence d'un équipement, il a été demandé à une commission communale de se prononcer sur la commune généralement fréquentée par les habitants pour trouver cet équipement. La méthode MIRABEL a été transposée aux équipements, et non plus à l'emploi, mesurées à partir de l'inventaire communal.

L'INSEE a défini 4 gammes de services en fonction de leur rareté et de la population qu'ils desservent : **gamme minimale, gamme de proximité, gamme intermédiaire, gamme élargie**. La concentration constatée d'équipements définit une hiérarchie des pôles d'attraction. À chaque type de pôle correspond une gamme d'équipements, avec en particulier la gamme intermédiaire qui se détache dans toutes les régions. **La gamme de services intermédiaires** comprend :

- **des commerces** : supermarché ou l'hypermarché, librairie-papeterie, droguerie-quincaillerie, magasin d'électroménager, magasin de vêtements, magasin de chaussures, magasin de meubles ;
- **des services financiers** : banque ou caisse d'épargne, étude de notaire ;
- **des services locaux de l'État** : commissariat ou gendarmerie, collège (public ou privé), perception ;
- **des professions de santé** : dentiste, masseur-kinésithérapeute, ambulancier, vétérinaire.

Dans la synthèse de l'inventaire communal de 1998, les agglomérations de plus de 10 000 habitants comptent chacune pour un seul et unique pôle, c'est pourquoi on ne dénombre que 5 750 pôles de services de proximité et 2 750 pôles de services intermédiaires, couvrant une population moyenne de 6 000 habitants (hors agglomérations de plus de 10 000 habitants).

La nouvelle carte des territoires vécus, disponible sur le site [www.insee.fr](http://www.insee.fr), intitulée " organisation territoriale des emplois et des services (Edition 2002) tient compte de toutes les communes attractives qui comptent pour autant de pôles. On dénombre ainsi 3 010 pôles de services intermédiaires (communes équipées et attractive) auxquels il faut

#### La représentation en oursin appliquée aux services sanitaires

La représentation en oursins n'est pas une méthode de zonage. Elle consiste à représenter les flux qui relient le patient à l'offre de soins. Pour des questions de lisibilité, il est préférable d'utiliser cette méthode pour des bassins polarisés et donc pour des services concentrés et/ou rares, comme un pôle hospitalier, et de représenter les flux de population selon des seuils (10 %, 20 %, 50 %... de la population résidant dans la commune Y se rendent à l'hôpital B) ou les flux majoritaires. Mais les flèches peuvent aussi représenter des chiffres absolus ; leur taille sera fonction de la valeur.

Cette méthode cartographique permet de représenter l'attraction des structures de soins et de localiser les zones blanches, et aussi de voir les concordances avec des territoires de projet comme les pays ; tel est le cas des flux hospitaliers en Bretagne pour les soins de proximité.

La représentation des flux sous formes d'oursins souligne la direction des déplacements patients/hôpital et la polarisation de l'espace par les services de santé. Ainsi elle rend possible la lecture d'une zone d'influence autour d'un pôle et nous donne une idée sur ses limites sans pour autant les figer. Une même commune peut appartenir à différents découpages selon la nature des soins étudiés par exemple. En revanche, elle rend difficilement compte de l'intensité des flux, sauf si on attribue une couleur à une valeur relative ou absolue. Il est parfois intéressant de représenter les flux de patients par des cercles proportionnels.

Cette méthode ne permet pas de lire un niveau de recours aux soins en fonction de l'éloignement. De plus, cette méthode est très dépendante des seuils. (Par exemple, pour une aire d'attraction définie pour les communes qui envoient 50 % de leurs patients vers un pôle, le seuil de 50 % est arbitraire). A noter qu'il est nécessaire de justifier les seuils retenus, et parfois pertinent de tenir compte des " flux marginaux ".

5. Circulaire DH/EO/98 N° 192 du 26 mars 1998.

rajouter 1 044 communes équipées<sup>6</sup> mais non attractives (ce sont généralement ces communes qui sont aussi pôles de proximité). Ces dernières se trouvent le plus souvent dans les banlieues des grandes villes centres ou dans les zones touristiques. Il en résulte des cartes en oursins qui permettent de lire aisément l'attraction des pôles de services et de définir, par exemple, des aires d'influence d'un pôle de service de proximité. (cf. encadré page 58).

### ● UTILISATIONS POSSIBLES DE CETTE MÉTHODE POUR LES SERVICES SANITAIRES

La hiérarchisation des services en gammes peut être reproduite pour les activités médicales afin de hiérarchiser les paniers de soins et donc les structures sanitaires. Cette approche serait utile pour emboîter les divers services de santé, en fonction de leur densité, de leur spécialisation et de leur fréquentation.

Le rapprochement entre l'aire d'influence d'un pôle de service et celle d'un service sanitaire est un moyen pour évaluer l'adéquation entre la localisation des services de santé et les recours aux soins de la population.

6. Communes possédant un nombre conséquent d'équipements mais qui n'attirent aucune commune de manière prédominante

### ● UTILISATIONS PRATIQUES DE CETTE MÉTHODE

#### *Un exemple de planification hospitalière : les secteurs sanitaires de Rhône-Alpes*

Les 11 secteurs sanitaires actuels de la région Rhône-Alpes ont été découpés au moment de l'établissement du premier SROS en 1994. C'est à partir de la méthode des villes et bourgs attractifs de l'INSEE, et donc à partir de l'agrégation des bassins de vie qu'ils ont été définis. D'autres régions, comme l'Alsace, se sont aussi appuyés sur les villes et bourgs attractifs de l'Insee pour définir leurs secteurs sanitaires en 1993-1994.

Chaque secteur sanitaire comprend au moins un pôle de proximité ou de proximité renforcée dont l'attraction s'exerce sur un bassin de vie ou d'équipement (au sens des bourgs attractifs de l'Insee). La carte ci-dessous nous présente les 12 secteurs sanitaires de la région Rhône (celui de Lyon compris). Nous pouvons constater que les découpages des secteurs ne correspondent pas toujours avec les limites départementales. (cf. annexe sur les secteurs sanitaires).

**Carte 11** Les secteurs sanitaires en Rhône-Alpes



Source : ARH Rhône-Alpes, Atlas, 1999.

**Carte 12** Aires d'influence des médecins libéraux en Auvergne

**Atlas de l'Auvergne (DRASS Auvergne et al., décembre 1999) : une méthode d'approche territoriale globale des services de proximité**

A partir de l'inventaire communal, l'Insee a défini quatre gammes d'équipement et une typologie des pôles de services pour l'ensemble du territoire français. Qu'en est-il des services de santé, sont-ils particuliers ou pas ? En utilisant comme fond de carte le découpage en aire d'influence d'un pôle de proximité, Vincent Vallès (Insee Auvergne) montre que le recours aux services de proximité est très proche du recours au médecin généraliste. Ainsi on peut cerner l'aire de chalandise d'un médecin généraliste à partir de l'inventaire communal de l'INSEE, surtout en milieu rural.

La carte 12 est tirée d'un atlas qui propose une série de cartes sur la médecine ambulatoire et ses aires d'influence.

Cette carte est une synthèse des flux de patients réalisée à partir des feuilles de maladie sur un an.

Le *fonds de carte* est celui des aires d'influence d'un pôle de service de proximité réalisé par l'Insee Auvergne à partir de l'inventaire de 1998 et en utilisant le logiciel MIRABEL. Les bassins ainsi constitués représentent la somme des communes qui fréquentent majoritairement la même commune pour les services de proximité.

Les *cercles* nous renseignent sur le nombre d'actes réalisés sur la commune et les oursins relient chaque commune à l'agglomération où a eu lieu le maximum de consultations. Si une commune envoie 35 % de ses patients dans la commune A, 25 % dans la commune B et 40 % dans la commune C, c'est ce dernier flux qui sera retenu pour cartographier l'oursin.

A partir de cette trame, il devient possible d'appliquer différents ratios ou indicateurs pour déterminer des zones sous-équipées en médecins (cf. DRASS Auvergne, Insee Auvergne, Urcam Auvergne, SMRA Auvergne, décembre 1999).

Quelques points importants ressortent de cette étude :

- l'interdépendance des services d'une même gamme. Selon le principe de co-attractivité (le fait que des équipements soient attirés par une même commune), le départ d'un médecin ou la fermeture d'un service a un effet d'entraînement sur les autres équipements. L'approche de l'INSEE peut servir à identifier des zones prioritaires en médecins, par exemple, ou plus généralement des zones fragiles en terme de services.

- à partir de cette trame, il devient possible d'appliquer différents ratios ou indicateurs pour déterminer des zones sous-équipées en médecins (cf. DRASS Auvergne, Insee Auvergne, Urcam Auvergne, SMRA Auvergne, décembre 1999).
- le lien qui existe entre les services médicaux et d'autres types de services.

Il n'est pas évident que cette étude soit reproductible dans n'importe quelle région. Il est nécessaire de tenir compte de la spécificité des régions. La même étude réalisée dans des zones très urbanisées n'aurait pas donné des résultats aussi satisfaisants qu'en Auvergne. Les comportements de recours aux soins sont plus difficiles à évaluer en milieu urbain dense.

A ce sujet, il faut être prudent par rapport aux analyses de données et ne pas se contenter d'une vision consumériste, uniquement basée sur les flux, d'autant plus que ces mouvements de population sont susceptibles de changer. Olivier Lacoste (ORS Nord-Pas-de-Calais) en a fait l'expérience dans la région Nord-Pas-de-Calais lors du découpage des bassins de vie. Il est tout aussi important et utile de mener des analyses épidémiologiques pour avoir une connaissance des besoins de santé.

**Les bassins de proximité :  
approche par les services ou approche politique ?**

L'Insee définit 4 types de zones d'influence en fonction des services et des commerces étudiés.

Pour se rapprocher de la notion de bassin de proximité, l'Insee dispose de deux échelles :

- l'aire d'influence des services de proximité (le service médical retenu est ici le médecin généraliste)
- l'aire d'influence des services intermédiaires (les services sanitaires comprennent l'ensemble de la médecine ambulatoire, du médecin généraliste jusqu'au kinésithérapeute).

Comment rendre compte de la proximité des services de santé ? A quelle échelle ?

Trois ans après l'étude menée en Auvergne en 1999, V. Vallès (Insee Auvergne) propose de retenir les bassins des services intermédiaires. En effet, en milieu rural, les bassins de proximité et les bassins intermédiaires sont équivalents. De plus, l'Insee est en mesure de nous fournir des informations fines sur ce type de bassin. Enfin, les bassins dits intermédiaires ont l'avantage de dépasser le niveau communal.

Dans les grandes aires urbaines, le bassin du pôle de service intermédiaire peut se découper en plusieurs bassins de services de proximité (réduit le plus souvent à la seule commune). Dans ce cas, le bassin de proximité est plus petit que le bassin intermédiaire. Ainsi on peut conserver le bassin intermédiaire pour avoir la même unité de mesure. On peut aussi avoir une vision plus fine en s'intéressant aux bassins de proximité, en particulier pour le milieu urbain très dense.

La Datar a défini des communautés de communes, qui sont actuellement au nombre de 2 033. En moyenne, les communes sont regroupées par 10. Ces communautés de communes relèvent d'un projet politique. Elles peuvent être un peu plus étendues que les territoires vécus ; elles comprendraient ainsi 2 bassins intermédiaires dans certains cas.

### *Les autres découpages*

D'autres découpages territoriaux permettent d'étudier les dynamiques spatiales des populations.

La zone d'emploi, créée par l'INSEE, décrit le fonctionnement local du marché du travail. C'est un territoire dans lequel la population réside et travaille à la fois. Elles correspondent donc à une approche économique du territoire. Il existe actuellement 348 zones d'emploi couvrant l'ensemble du territoire métropolitain. La taille des zones varie en fonction de l'aire d'influence des pôles d'emploi autour desquels elles s'organisent. Leur taille est donc très variable.

L'utilisation de ce découpage pour les services sanitaires se résume dans la question suivante : les déplacements liés à l'emploi sont-ils les mêmes que ceux liés au recours aux soins ? Cela semble être le cas dans certaines régions puisque le Centre et la Bretagne (Tardiff, 2000) ont adopté ce découpage pour définir leurs secteurs sanitaires.

Un autre découpage complémentaire, celui du zonage en aires urbaines et en aires d'emploi de l'espace rural (ZAUER), basé également sur les migrations domicile-travail peut être intéressant car il a pour but de donner une définition précise des villes et de leur zone d'influence. Dans cette nomenclature, le territoire de la France métropolitaine est scindé en six types d'espace ; trois à dominante urbaine et trois à dominante rurale. On obtient ainsi une définition précise des différents territoires comme celui des communes multipolarisées (attirées par plusieurs pôles urbains) (fronts éloignés de la périurbanisation) et du rural isolé.

Enfin le zonage IRIS-2000 permet de mieux appréhender la ville. Ce découpage infracommunal a été mis en place par l'Insee<sup>7</sup> à l'occasion du recensement de la population de 1999. Comme l'indique son nom, les IRIS ou " Ilots regroupés pour l'information statistique " sont construits sur l'îlot<sup>8</sup>, unité géographique de base.

Ces zones doivent répondre à plusieurs conditions. La première concerne la taille de la population : le principe retenu par la CNIL est de 2 000 habitants au minimum, à l'except-

7. Ce zonage a été défini en collaboration avec les mairies puis approuvé par la commission nationale informatique et libertés (CNIL).

8. Au niveau infracommunal, l'îlot correspond à un pâté de maisons. C'est la plus petite surface limitée par les voies publiques ou privées, des obstacles naturels (rivières, falaises...) ou des obstacles artificiels (canal, voies ferrées...). L'îlot s'inscrit toujours dans les limites communales ou cantonales.

tion des grands quartiers qui ont eux-mêmes moins de 2 000 habitants. Les autres impératifs sont liés au terrain (morphologie urbaine), au bâti (typologie de l'habitat), au caractère socio-économique de la zone. On obtient ainsi trois types d'IRIS :

Les zones à dominante d'habitat sont les plus fréquentes : habitat collectif, zones résidentielles... Leur population varie de 1 800 à environ 4 000 habitants.

Les zones d'activité regroupant au moins 1 000 salariés : les centres commerciaux, les hôpitaux...

Les zones spécifiques caractérisées par leur étendue (plus de 20 % de la surface communale) : les forêts, les parcs...

Aux vues de notre sujet, ce zonage présente plusieurs intérêts :

- on obtient une typologie fine du tissu urbain construite de manière emboîtée : chaque commune est considérée comme un ensemble de " grands quartier " (quartiers vécus ou institutionnels) et chaque grand quartier comme un ensemble d'IRIS-2000<sup>9</sup> ; le tout reposant sur le regroupement d'îlots.
- on dispose de données plus fines. Le recensement de 1990 ne portait que sur des aires de 5 000 habitants. Le site Internet de l'Insee " www.insee.fr " donne un accès direct au recensement de 1999.

L'accès aux soins et l'état de santé de la population urbaine peut-être étudié à travers cette typologie qui peut mettre en évidence des fractures urbaines.

Exemple d'utilisation : en Alsace, les zonages IRIS 2000 ont été utilisées pour la psychiatrie en milieu urbain (centre-ville et banlieues).

9. Salomon N., octobre 2000.

## 2. Les approches visant à identifier des " zones à risques ou des zones " défavorisées "

### 2.1 Le ciblage de zones présentant des besoins spécifiques

Un terrain d'application récent de ce type d'approche est celui de la démographie des médecins généralistes. Les problèmes d'accès à la médecine de premier recours commencent en effet à se profiler dans certaines zones où les médecins partant à la retraite ne sont pas remplacés, et le phénomène ira sans doute en s'amplifiant avec la baisse des effectifs médicaux.

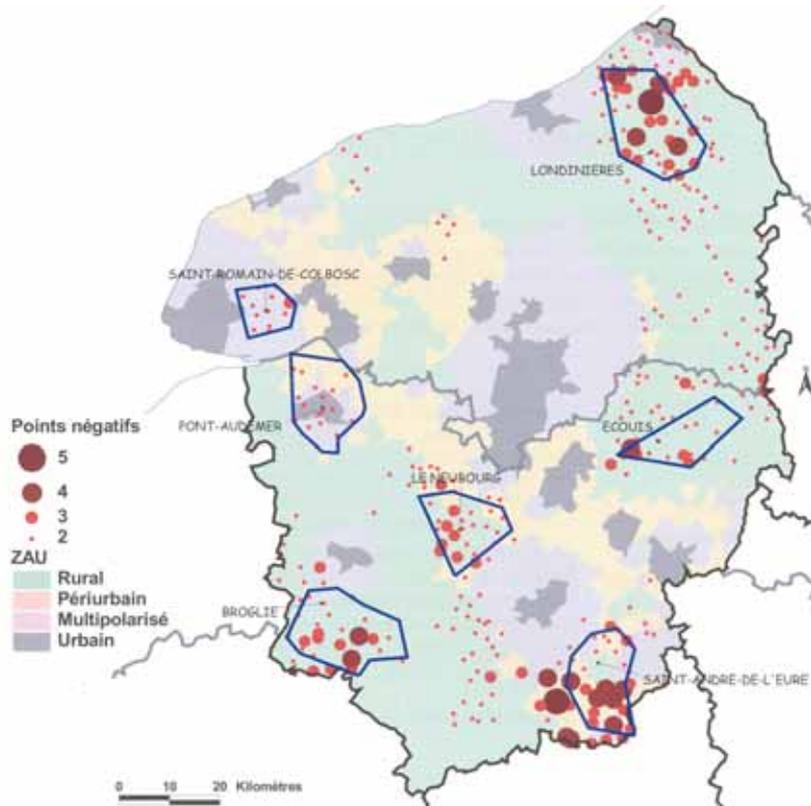
Des travaux ont été lancés dans plusieurs régions par les URCAM pour cerner ces zones à risque, notamment dans le cadre des projets d'aide à l'installation. L'exemple de la démarche menée en Haute-Normandie est présenté ici. Il y a certainement d'autres expériences de ce type, qui pourront venir enrichir une version ultérieure de ce document.

L'étude menée par l'URCAM Haute-Normandie n'a pas pour objectif de mailler l'ensemble d'une région mais plutôt d'extraire les zones en difficulté au regard d'un problème donné. Ainsi 7 " zones sensibles " ont été identifiées ; elles correspondent à des zones déficitaires en démographie médicale libérale. (cf. carte ci-dessous) Plus les points sont négatifs, plus la zone cumule les handicaps. (cf. explications page suivante).

Ces zones ont été élaborées à partir de plusieurs méthodes de zonage.

Les **polygones de Thiessen** ont été utilisés pour représenter l'aire théorique d'influence d'un ou de plusieurs omnipraticiens localisés dans une même commune, afin de distinguer les zones où l'accès aux soins est le plus difficile. A ces polygones ont été reportés la densité de population puis le nombre de généralistes pour 10 000 habitants. La juxtaposition de ces données permet d'identifier des zones mal desservies et qui présentent une sous-densité médicale.

**Carte 13** L'émergence de sept " zones sensibles " en Haute-Normandie



Source : Urcam Haute-Normandie, janvier 2002, Démographie médicale, enjeu de santé publique.

Il s'agissait ensuite de délimiter les aires d'influence des médecins afin de localiser les zones marquées par un déficit ou un excédent d'offre. L'échelle communale n'a pas été retenue, car de nombreuses communes sont dépourvues de médecins, ni l'échelle cantonale qui ne correspond pas aux pratiques spatiales des populations. La région a donc été quadrillée par un système de mailles de 20 km sur 20 km qui se décalent progressivement sur les communes. Au sein de chaque maille, l'offre locale a été comparée à la demande de soins (mesurée en nombre de consultations et de visites). Cette technique a permis de ne pas se borner aux limites administratives et de replacer chaque commune dans un environnement plus large. Ex : dans la maille n°1, la commune A se situe au centre, alors que dans la maille 2, elle se situe dans le coin inférieur gauche.

Enfin plusieurs cartes ont été réalisées à l'échelle communale : la carte portant sur l'estimation du niveau de consommation de soins généralistes, la carte des plus de 60 ans... D'autres variables comme la catégorie socio-professionnelle, la présence de médecins spécialiste ou encore la mobilité ont été étudiées.

Il résulte de ces approches la carte des " zones sensibles " découpées à partir des zones en aires urbaines (ZAU). Trois types d'espaces sont concernés :

- le rural faiblement peuplé caractérisé par une faible densité, peu d'équipements de services, une mauvaise desserte et un taux de personnes âgées élevé.
- les pôles d'attraction correspondent à des gros bourgs implantés en milieu rural. Ils sont caractérisés par une zone de chalandise très étendue et sont souvent les seuls relais pour l'accès aux soins. La distance et la forte demande en coins de la population sont les deux problèmes auxquels sont confrontés les médecins de cette zone.
- les zones saturées caractérisées par une sous-densité médicale qui entraîne une saturation de l'offre existante.

Cette analyse géographique et statistique a été complétée par une étude qualitative. Chaque zone a été analysée d'une manière plus qualitative à l'aide de deux enquêtes, l'une ayant été réalisée auprès d'un échantillon de 8 000 familles, l'autre s'adressant à 25 médecins généralistes. L'objectif est de cerner les points de vue et attentes des patients et des médecins dans les 7 zones identifiées, afin de proposer des solutions adéquates.

Cette étude a été suivie de préconisations sur le bon usage des visites, sur l'éducation à la santé des patients, sur le développement des maisons médicales, autant de mesures

nécessaires pour améliorer la pratique médicale dans cette région.

## 2.2 Les typologies de zones

### ● PRINCIPE

A la différence de la démarche décrite précédemment, qui est sélective dans le ciblage de zones particulières, l'idée est ici de décrire l'ensemble du tissu régional dans sa diversité territoriale.

Les études de ce type procèdent par analyses multivariées, le but étant est de rechercher pour l'ensemble des unités géographiques les similitudes et les interrelations entre caractéristiques sociales, démographiques et indicateurs de santé (approchés en général par l'indice comparatif de mortalité ou la mortalité prématurée). Il serait très ambitieux et peut-être illusoire de trouver par ce moyen les " déterminants " géographiques de la santé, mais cette méthode permet de repérer des zones où se produit un cumul d'inégalités, c'est à dire la présence simultanée de mauvais indicateurs de mortalité, de consommations ou d'accès aux soins avec les caractéristiques sociales qui leur sont associées. Il s'agit alors de dresser un tableau de bord, dans lequel une conjonction de facteurs joue le rôle de " marqueur " des besoins de santé, même si la causalité comme déterminant n'est pas entièrement démontrée.

### ● MÉTHODE

Ces études n'opèrent pas de découpage spécifique, mais se fondent sur un découpage préexistant, qui peut être le canton, la zone d'emploi, voire le bassin de santé.

Le choix de l'échelle d'analyse est très important car il est intéressant d'avoir une description fine de l'espace, mais pour des unités suffisamment peuplées pour que les variables soient significatives. L'échelle choisie dans de nombreuses études est l'échelle cantonale, afin d'avoir une photographie fine du territoire, et une population suffisante pour la signification des données recueillies (il y a environ 4 000 cantons en France, la population moyenne y est de 15 000 personnes). La commune est une échelle trop petite, car beaucoup de communes sont très peu peuplées, ce qui rend les données d'environnement peu significatives. Les zones d'emploi regroupent une population beaucoup plus importante (170 000 personnes en moyenne).

### Méthodes : analyses multivariées et classifications

La première étape est de constituer un tableau de bord où sont rassemblés les indicateurs retenus. En général ceux-ci concernent la composition socio-économique, l'offre de soins, la consommation médicale, l'accessibilité, la mortalité comparative, la mortalité prématurée.

Ensuite une analyse en composantes principales (ACP) sur l'ensemble des variables est menée afin de mieux comprendre les liens entre consommation, offre de soins, caractéristiques socio-économiques des zones géographiques et indicateurs de mortalité comparative.

Chaque analyse conduit ensuite à des typologies de zones par le biais d'une classification ascendante hiérarchique (CAH). Cette méthode permet de regrouper les zones ayant un même profil et des caractéristiques proches (pour les variables de la base de données). On peut donc espérer trouver des types de zones " favorisées " parce qu'elles présentent de " bons " indicateurs d'accès aux soins ou de mortalité comparative, ou à l'inverse des zones " défavorisées " parce qu'elles présentent de " mauvais " indicateurs d'offre de soins ou de mortalité au regard de ces trois critères.

Remarque : le recours aux méthodes d'analyse multivariées n'est pas une nécessité. Dans le cas où il y aurait un nombre très restreint d'indicateurs, les méthodes classiques de cartographie suffisent pour déterminer la conjonction d'indices défavorables (cf. Pampalon R., Raymond G., 2000).

#### ● UTILISATION

Il s'agit d'un outil de connaissance, qui n'est pas directement relié à une utilisation opérationnelle, mais il pourrait fonder des politiques (par exemple des programmes ou des allocations de ressources différenciées dans les zones défavorisées).

#### ● DES EXEMPLES D'APPLICATION

On trouvera en bibliographie des exemples d'études effectuées selon cette méthode (Fnors 2001, Ors de Champagne Ardenne 2001, Ors Picardie 2002, Typologie des zones d'emploi en France, CreDES 1998, liste non limitative). Nous nous limiterons ici à quelques exemples.

Typologie faite pour la Franche-Comté dans le cadre " Santé et milieu rural " pour trois régions (Urcam de

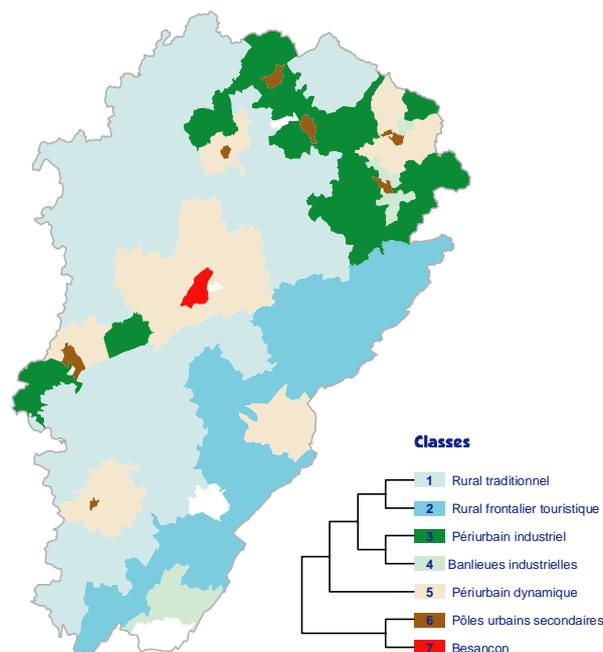
Franche Comté, Languedoc Roussillon, Aquitaine, CreDES, 2002).

L'échelle retenue est celle du canton. Comme dans d'autres études de ce type, on retrouve la hiérarchie urbaine classique qui va du rural isolé aux métropoles régionales en passant par leurs banlieues et les pôles urbains secondaires. Les classifications traduisent donc d'abord le continuum urbain rural avec la composition socio-économique cantonale (on trouve cette hiérarchie pour la Franche-Comté).

Les cartes obtenues sont très différentes des cartes de " bassins ", car les types obtenus ne sont pas connexes. Ainsi la typologie de la Franche-Comté est très différente de la carte des bassins de santé. Ceci lié au fait que ces typologies ne sont pas spécifiquement hospitalières ou même sanitaires mais intègrent toute une série d'indicateurs.

Les classifications réalisées permettent de définir des zones que l'on peut qualifier de " défavorisées " quand les indicateurs de mortalité comparative ou prématurée sont élevés (caractères associés ou non à de faibles consommations). Pour notre exemple, ces classes sont les suivantes en Franche Comté : une classe " rurale industrielle ", une classe " industrielle ", une classe constituée de " pôles secondaires " car des indicateurs de mauvaise accessibilité ou de faibles densités de professionnels ne sont pas suffisants pour qualifier un canton comme défavorisé.

**Carte 14** Typologie socio-économique de la Franche-Comté



Source : Urcam Aquitaine, Urcam de Franche-Comté, Urcam de Languedoc-Roussillon, MSA, CREDES, 2001, " Santé et milieu rural - une démarche exploratoire ".

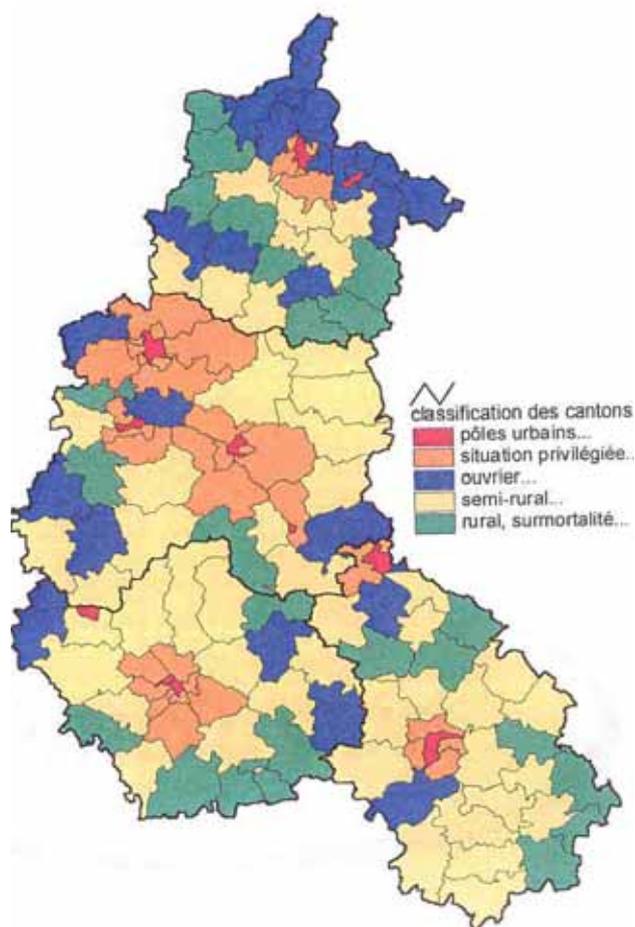
Il faut à propos de cette étude souligner le rôle important des indicateurs de " besoins " pour déterminer les zones " défavorisées ". Une classification ne fournit pas un résultat absolu, mais une aide à l'interprétation et une synthèse des variables analysées : " une classification ne peut pas être vraie ou fausse, ou probable ou improbable, mais seulement profitable ou non profitable " (Lance, 1965).

● **TYOLOGIE DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE SES DÉTERMINANTS EN CHAMPAGNE-ARDENNE (ORS CHAMPAGNE-ARDENNE, 2002)**

Le principe et la méthode sont les mêmes. Après avoir établi des typologies de cantons pour chacun des grands thèmes retenus (déterminants socio-démographiques, personnes âgées, offre de soins, mortalité), l'analyse globale sur l'ensemble des indicateurs permet de dégager 5 types de cantons :

- les villes-centres avec une offre de soins importante et une surmortalité prématurée,
- les cantons périurbains à situation sociale, économique et sanitaire privilégiée,
- les cantons ouvriers à surmortalité préoccupante,
- les cantons semi-ruraux à situation sociale moyenne et en sous-mortalité,
- les cantons ruraux isolés, avec une population âgée importante et en situation de sur-mortalité, et de localiser ces cantons (cf. carte ci-contre).

**Carte 15** Typologie socio-démographique de la Champagne-Ardenne par cantons

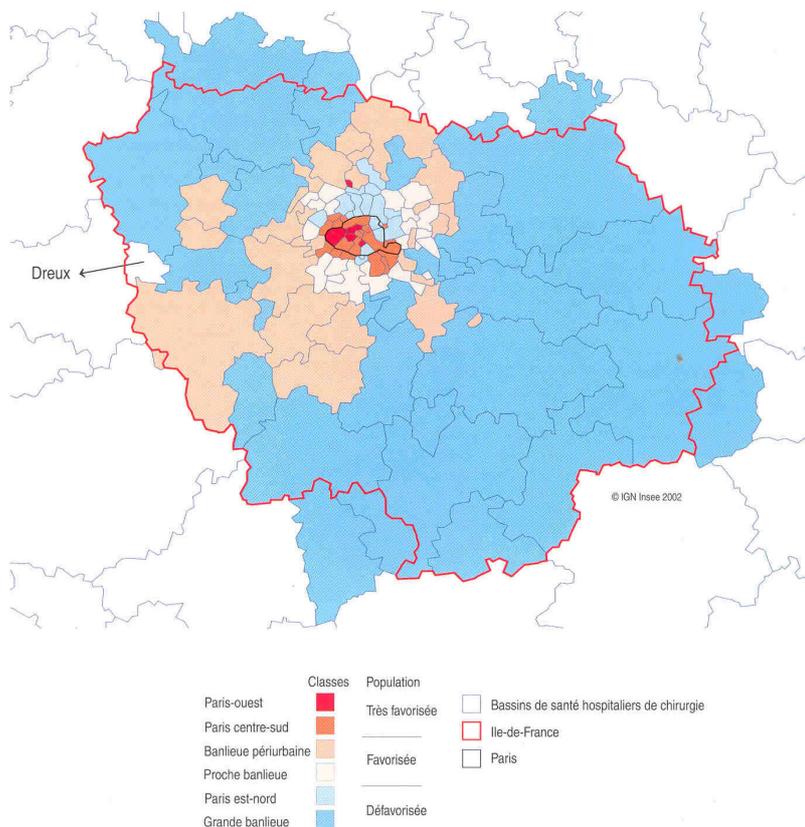


Source : ORS Champagne-Ardenne, janvier 2002

### ● TYPOLOGIE DES BASSINS DE SANTÉ EN ILE-DE-FRANCE (MACÉ, 2001)

Cette étude déjà évoquée dans la partie précédente est mentionnée ici car elle présente la particularité d'associer une délimitation de zones (bassins d'hospitalisation), puis une analyse typologique des bassins ainsi délimités. La hiérarchie spatiale obtenue est sans surprise (de Paris centre à la grande couronne).

**Carte 16** Typologie des populations des bassins hospitaliers de chirurgie



Source : Macé J.-M., mars-avril 2002, " Une méthode pour définir des " bassins d'hospitalisation " en Ile-de-France ", INSEE.

## **Annexe 3**

**Quelques expériences régionales  
de découpage territorial  
dans le cadre des SROS**

## 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/évitables)
- 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 opération 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-

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.

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

## 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
Montbrisson 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. Jandeau - 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.

## **Annexe 4**

**Un exemple de démarche  
territoriale en partenariat :  
le ciblage de zones  
à la démographie médicale  
sensible en Basse-Normandie**

*Jean-Pierre Ketterer*

## Un exemple de démarche territoriale en partenariat : le ciblage de zones à la démographie médicale sensible en Basse-Normandie

La démarche mise en œuvre afin de cibler des zones pertinentes pour des actions de démographie médicale s'est appuyée sur :

- une analyse technique, sur la base de données statistiques, permettant une première sélection de zones potentiellement éligibles pour des actions,
- les perceptions des généralistes de terrain exerçant dans ces zones et les concertations organisés par l'union régionale des médecins libéraux.

**Première étape** : préselection de zones " fragiles " sur la base de données statistiques

L'URCAM a réalisé un pré-ciblage de zones " fragiles " à partir des systèmes d'informations de l'Assurance Maladie.

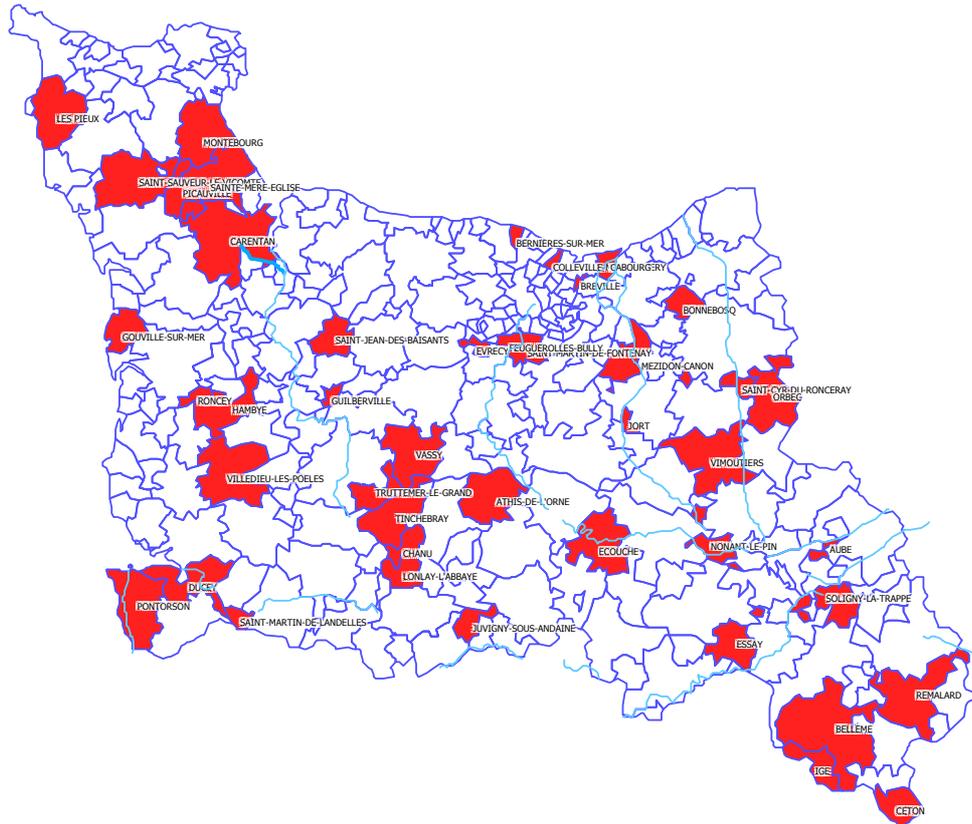
Les critères retenus par le groupe de travail étaient le volume d'actes, le nombre de jours travaillés, l'âge des généralistes en exercice, la densité de population...

Pour réaliser ce ciblage, 268 zones de recours aux généralistes ont été créées, (cf. document joint). Pour ces 268 zones les indicateurs suivants ont été calculés :

- Densité médicale
- Activité semestrielle moyenne
- Activité quotidienne moyenne
- Nombre de jours travaillés par semaine
- Nombre de jours de gardes par semaine
- Poids des plus de 55 ans
- Évolution population (entre recensements 1990 et 1999).

Un sous-groupe de travail s'est ensuite réuni pour déterminer les critères de sélection des zones " fragiles " prioritaires.

Quatre critères ont été retenus : l'activité semestrielle moyenne supérieure à la moyenne, activité hebdomadaire supérieure à la moyenne, nombre de jours de garde hebdomadaire supérieur à 1, densité inférieure à la moyenne.



En appliquant ces critères 44 zones " fragiles " ont donc été ciblées comme prioritaires.

L'observation de la répartition des zones de recours amène à s'intéresser à des " paquets " tels que :

- 1<sup>er</sup> paquet (en Manche) : Roncey, Hambye, Villedieu (11 généralistes).
- 2<sup>e</sup> paquet (réparti de part et d'autre de la limite départementale entre le Calvados et l'Orne) : Vassy, Truttener le Grand, Juvigny Sous Andaine, Chanu, Lonlay l'abbaye, Tinchebray, Athis de l'Orne (16 généralistes).
- 3<sup>e</sup> paquet (sud-Orne) : Remalard, Ige, Ceton, Bellême (9 généralistes).
- 4<sup>e</sup> paquet (en Manche) : Picauville, Saint Mère Église, Montebourg, Saint Sauveur Le Vicomte, Carentan (25 généralistes).

Soit : 61 généralistes sur les 136 des zones ciblées

**Deuxième étape** : confrontation avec les acteurs de terrain et choix définitif après concertation organisée par l'URML

A partir de ces résultats, L'URML a interrogé les généralistes exerçant dans les deux premiers " paquets ", les questions principales étant :

- Éprouvez-vous certaines difficultés à pratiquer convenablement votre activité ?
- Quelles sont ces difficultés ?
- Comment qualifiez-vous votre situation générale en tant que médecin libéral en milieu rural ?
- Le nombre et la répartition des médecins libéraux vous semblent-ils satisfaisant ?
- Pensez-vous changer de lieu d'exercice ?
- Envisagez-vous d'arrêter votre activité de médecin généraliste libéral en campagne ?
- Si une aide se développe sur votre secteur, de quoi auriez-vous besoin ?

L'interrogation de 16 médecins des deux premiers paquets ne semble pas confirmer les résultats du ciblage sur les bases statistiques. Le ressenti des généralistes exerçant dans ces zones est globalement satisfaisant, les principales difficultés rencontrées étant liées à l'activité de gardes et aux remplacements.

Il est donc nécessaire d'élargir la méthode statistique de priorisation en y intégrant la " connaissance du terrain ".

Après avoir interrogé les généralistes " ciblés ", la commission démographique (URML) a convié à une réunion les principaux médecins concernés, ainsi que les représentants des conseils de l'ordre départementaux.

Au cours de cette réunion, les zones suivantes ont été ciblées comme prioritaires :

Dans la Manche :

- Sainte-Mère-Église
- Dans le Calvados
- Trévières
- Balleroy
- Dans l'Orne
- Pervençères
- Rémalard
- Le Theil-sur-Huisne

Zones secondaires dans la Manche :

- Périers
- Saint-Sauveur-Lendelin
- Marigny
- Dans le Calvados
- Falaise Nord
- Dans l'Orne
- Athis-de-l'Orne
- Juvigny-sous-Andaine

A partir du ciblage statistique, du sondage de l'URML et du ciblage réalisé par sa commission démographie, ainsi que de la capacité à se mobiliser connue des professionnels concernés 5 zones prioritaires ont été proposées :

Manche :

- Zone de Montebourg, Sainte-Mère-Église, Saint-Sauveur-le-Vicomte, Picauville,
- Zone de Périers, Marigny, Saint-Sauveur-Lendelin.

Calvados :

- Zone de Balleroy, Trévières (sous réserve que le ciblage soit cohérent avec les missions de l'Assurance Maladie).

Orne :

- Zone de Rémalard, le Theil sur Huisne et Bellême ;
- Zone de Athis de l'Orne.

Afin de " coller " au mieux aux réalités du terrain, les zones de rencontre du groupe de travail pour proposer un accompagnement aux professionnels concernés sont définies sur la base des secteurs de gardes, les professionnels du même secteur ayant l'habitude de travailler ensemble.

Aujourd'hui, les rencontres dans les zones expérimentales sont organisées et animées conjointement entre l'URCAM et l'URML. Des projets de maison de garde sont souvent évoqués.

Un travail partenarial avec le conseil général de la Manche a été initié suite à une intervention auprès de la commission " développement du territoire ". Les zones de recours et leurs propriétés, de par leur construction même, sont devenues des outils d'aide à la décision quant à la pertinence de l'installation de maisons médicales.

# **Annexe 5**

## **Réflexions sur la place de l'hôpital local**

*Alain Corvez*

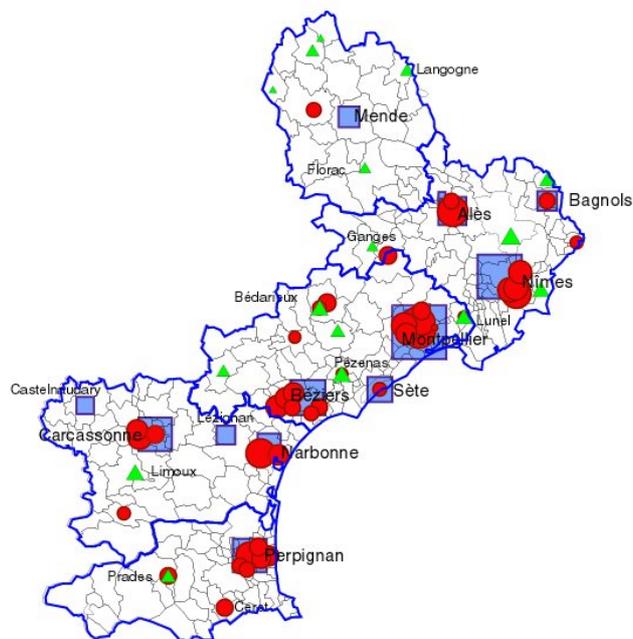
## Réflexions sur la place de l'hôpital local

### LE CONSTAT

#### Un maillage utile

Plusieurs régions françaises se sont intéressées depuis plusieurs années à l'apport que pourraient constituer les hôpitaux locaux dans le renforcement d'une offre de proximité. Dans ces régions en effet le constat était souvent fait que ces structures se répartissaient dans un maillage régulier du territoire qui couplé avec une articulation étroite avec la médecine de ville permettait de réfléchir à un aménagement plus harmonieux des soins de santé primaires en même temps qu'à une inter-relation plus aisée avec les structures de recours et les plateaux techniques.

L'exemple du Languedoc Roussillon est intéressant car il montre comment les hôpitaux locaux (triangle vert) viennent compléter harmonieusement le maillage des hôpitaux publics (carré bleu) et des cliniques privées (cercle rouge)



Cartographie Alain Corvez 1999 d'après données SAE

## Pour autant, leur couverture inhomogène du territoire français pose question

L'idée de faire de l'hôpital local la solution en matière de structure de proximité, pour aussi satisfaisante qu'elle puisse paraître se heurte toutefois à un certain nombre de difficultés :

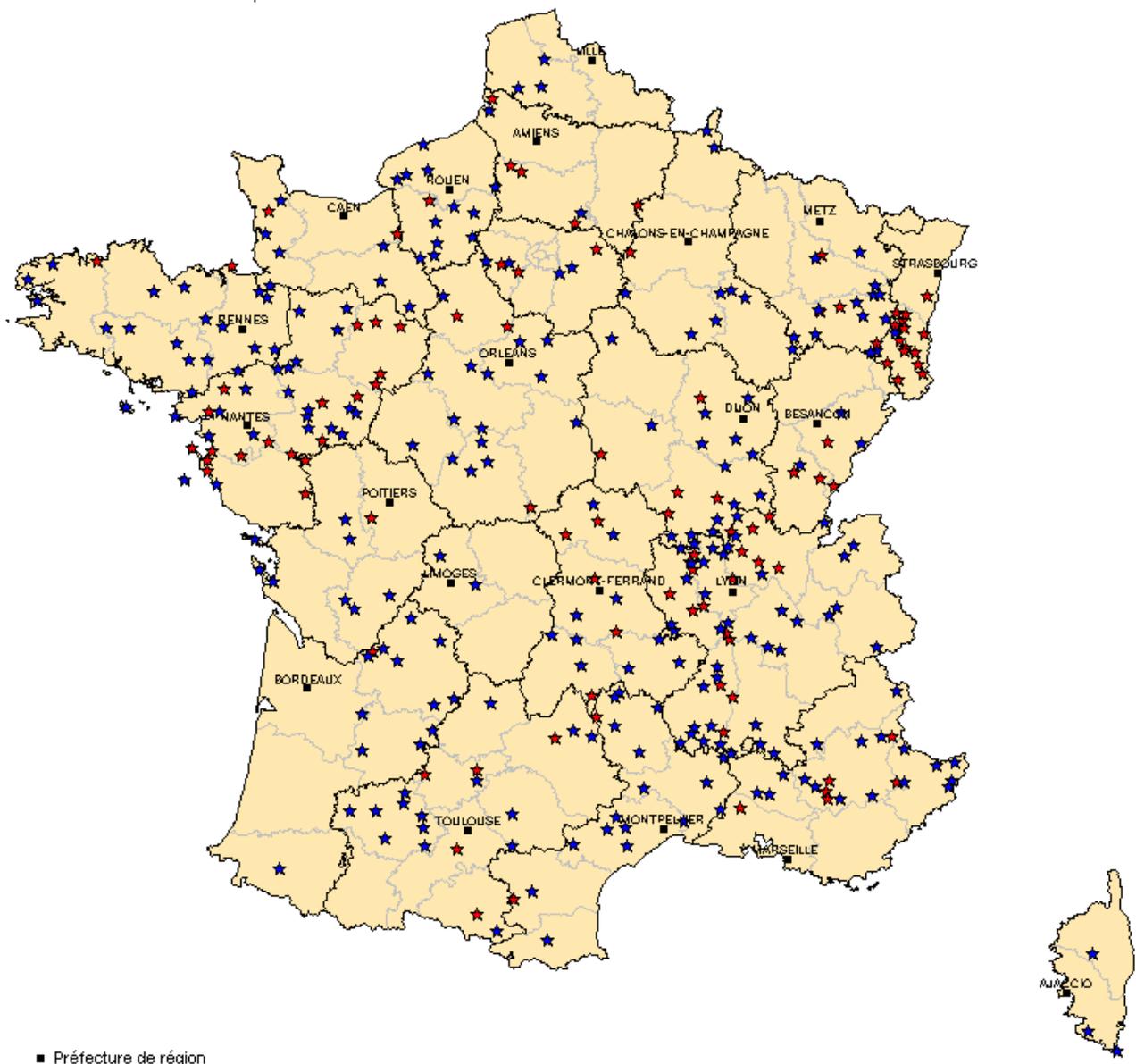
## On ne retrouve pas sur l'ensemble du territoire français le maillage décrit dans certaines régions

La carte ci-dessous, publiée par la DHOS en mars 2002, lors du séminaire consacré aux hôpitaux locaux montre de manière explicite le caractère inhomogène de leur implantation en France. Cette constatation amène à se poser deux questions : le concept est-il généralisable; existe-t-il d'autres structururations remarquables de l'offre dans les zones géographiques non pourvues en hôpitaux locaux et quelles leçons peut-on en tirer ?

### Localisation des 350 hôpitaux locaux en métropole

HL avec Médecine (247)  
 ★ + 2 en Martinique  
 + 2 en Guadeloupe

HL sans Médecine (103)  
 ★ + 1 en Martinique  
 (soit 29 Pourcent)



Source : SAE 99-DHOS/03/Eric Faure.

D'autre part, même lorsqu'ils existent, les hôpitaux locaux ne sont pas de qualité égale. Des efforts doivent être poursuivis pour améliorer leur service rendu à la population, ce qui doit passer notamment par une meilleure implication des praticiens appelés à y exercer, un accroissement de leurs effectifs para-médicaux et une coopération renforcée de tous avec les autres établissements de santé du secteur sanitaire.

#### *Personne ne songerait pourtant aujourd'hui à s'en passer :*

- La population le réclame
- Le vieillissement raccourcit les périmètres de déplacement
- L'évolution des thérapeutiques induira un transfert vers l'ambulatorio, l'hôpital général ou les CHU n'intervenant que pour des séjours de plus en plus courts sur des compétences de plus en plus pointues. L'organisation de la médecine d'amont et sa capacité à gérer les flux de retour doit être envisagée.

#### *Pour autant des précautions s'imposent :*

- Les logiques de concentration prédominent (démographie, compétences, technologies).
- La disponibilité des professionnels sur le terrain pose déjà problème.
- La mobilité change aujourd'hui les rapports à la distance.

#### *Ce qui ne se discute pas :*

- La sécurité, une exigence réaffirmée,
- La qualité de la réponse qui doit s'évaluer,
- La perte de chance qui ne peut être tolérée.

## **A QUEL CAHIER DES CHARGES PEUT-ON ENVISAGER DE RÉPONDRE ?**

### **Des modes d'exercices mixtes pour les médecins**

Quelle que soit le type de structure de proximité, le maître mot reste celui de la pluri-disciplinarité : les professionnels de santé doivent faire de la structure le lieu de leur coordination d'exercice.

Il faut impérativement, ne serait-ce que pour des impératifs de sécurité, mais aussi pour des objectifs de qualité que les articulations s'opèrent parfaitement entre le milieu d'aval des soins de santé primaires et le milieu d'amont de la médecine hospitalière de recours.

Il n'est pas de structure de proximité qui n'articule aujourd'hui le volet sanitaire sans le volet social.

## **Quelle répartition spatiale ?**

Un maillage régulier autour de bassins de quotidienneté, contenant une population suffisamment dense (10 à 12 000 habitants) semble nécessaire si l'on veut faire jouer à cette structure un rôle d'animation suffisamment porteur et si l'on veut s'assurer d'une présence effective des professionnels de santé et dans une perspective suffisamment pérenne.

Il est bien évident que ces structures ont autant à être à vocation urbaine que rurale

Quand ils sont en place, les établissements privés peuvent s'intégrer au dispositif et disposer pour cela de financements au titre de mission d'intérêt public.

## **L'HÔPITAL LOCAL PEUT-IL S'INSCRIRE DANS CETTE AMBITION POLITIQUE ?**

A n'en pas douter l'hôpital local est susceptible d'évoluer pour remplir le rôle de proximité qu'une partie de la population attend.

## **Une nécessaire redéfinition des missions**

Les recherches de diversification sont à l'évidence la meilleure façon de tirer partie d'une implantation locale et de faire venir sur le site des professionnels de santé qui ne pourraient y trouver des conditions d'installation propices. Ces consultations avancées (cancérologie, suivi de grossesse...) permettent de répondre correctement à des besoins basiques des populations et ménagent ainsi les structures hospitalières des villes souvent saturées.

## **Un hôpital local acteur de projet de son bassin d'activité**

Les travaux menés ces dernières années par Tom Ricketts<sup>1</sup> en Caroline du Nord et sur l'ensemble des territoires ruraux américains ont montré que les hôpitaux locaux méritaient leur place dans le système de soins, mais que

1. *Rural Health in the United States - Oxford University Press 1999.*

cette place était surtout gagnée par le rôle qu'ils prenaient dans l'animation en santé de leur zone géographique de desserte (prévention, solutions de prises en charge diversifiées, palette de services)

## **CONCLUSION**

Le véritable enjeu est bien de faire de ces hôpitaux locaux des acteurs territoriaux à part entière, en les incitant à jouer un rôle plus important d'animation dans leur territoire. Le rôle des professionnels n'y est plus dès lors limité à leur intervention dans l'établissement mais devient désormais celui d'animateurs du projet de vie du bassin où ils vivent. Cela peut concourir à rendre attractif ces territoires pour l'installation de nos jeunes confrères.

## **Annexe 6**

**Exemple d'organisation  
de soins de proximité  
à partir d'une opération  
de restructuration hospitalière**

*Alain Corvez*

## Un exemple d'organisation de soins de proximité à partir d'une opération de restructuration hospitalière

L'ARH Aquitaine a conduit ses dernières années une opération de recomposition hospitalière particulièrement intéressante et exemplaire entre les deux villes de Marmande (20 000 habitants - 3ème ville du département) et Tonneins (9 300 habitants), siège de l'ancienne Manufacture Royale des Tabacs, implantée depuis le XVIIIème siècle en bordure de la Garonne. Les deux villes ne sont distantes que de 17 Km.

L'originalité de l'opération tient en ce qu'en regroupant les moyens des deux centres hospitaliers généraux (avec déplacement de toute l'activité maternité et chirurgie sur Marmande), l'Agence Régionale de l'Hospitalisation a souhaité garder sur le site de Tonneins une capacité suffisante en lits de médecine ainsi qu'un pôle de radiologie courante. Les deux établissements s'articulent dans le cadre d'un syndicat inter-hospitalier (SIH).

Adossé à ce pôle hospitalier, la MSA a pu greffer son réseau gérontologique qui est lui même en relation avec une

unité de dépistage de la maladie d'Alzheimer. Un centre d'évaluation géronto-psychosociale permet de fixer avec les familles les meilleures stratégies de prise en charge pour leurs aînés. Le service de soins infirmiers à domicile est lui même coordonné à partir de ce site. A noter par ailleurs que les gynécologues de Marmande viennent assurer dans des locaux dédiés des consultations avancées pour les femmes dont les grossesses ne posent pas de problèmes.

Ainsi, pour la plus grande satisfaction de la population se trouve réalisée une véritable offre de proximité, intégrant parfaitement les professionnels de santé libéraux et s'articulant avec les structures hospitalières de recours de Marmande, Agen ou même Bordeaux. Un réseau de soins palliatifs viendra bientôt enrichir les possibilités de prise en charge.

# **Annexe 7**

**Le contenu du bassin de proximité  
pour les personnes âgées**

## Le contenu du bassin de proximité pour les personnes âgées

Les personnes âgées sont fréquemment atteintes de poly-pathologies et sont très vulnérables à toute rupture avec leur environnement habituel ; celle-ci est source de dé-compensation, tant au plan physique que psychique. Il convient donc de privilégier, chaque fois que possible le maintien à domicile qui s'inscrit dans une prise en charge de proximité adaptée (1). Dans ce cadre, le médecin généraliste est le premier interlocuteur. Il joue un rôle essentiel et peut être aidé ou soutenu dans sa prise en charge par une évaluation gériatrique réalisée par une consultation avancée, par un service de soins infirmiers à domicile (SSIAD), ou encore par une structure d'hospitalisation à domicile. Les auxiliaires de vie sociale constituent également un appui majeur en vue du maintien à domicile de la personne âgée dépendante. Les centres locaux d'information et de coordination et les réseaux permettent de coordonner au mieux l'ensemble de ces prestations. Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible (2) l'hôpital local, lorsqu'il existe, constitue un premier maillon de proximité pour des soins hospitaliers et l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes un lieu d'accueil pour une prise en charge médicalisée de la dépendance.

### 1. La personne âgée à domicile

Le médecin généraliste joue un rôle capital dans la prise en charge des personnes âgées. Il constitue en effet le premier niveau de recours aux soins de la personne âgée ; sa proximité, sa bonne connaissance du milieu de vie, sa capacité de suivi au long cours en font un acteur privilégié de la prise en charge gériatrique.

Cependant, lorsqu'un bilan global est nécessaire, le médecin généraliste peut adresser son patient à une consultation gériatrique avancée. Ces consultations sont des réponses de proximité, situées notamment au sein des hôpitaux locaux, qui offrent à la personne âgée un bilan médico-psycho-social. Elles permettent ainsi :

- de repérer les incapacités potentielles à brève échéance ;
- de proposer un ajustement des traitements en cours ;
- d'anticiper les limites du maintien à domicile ;
- de programmer, si nécessaire, une hospitalisation adaptée.

Le maintien à domicile s'appuie également sur des services ou structures médico-sociales, sociales ou sanitaires présents dans le bassin de proximité des personnes âgées. Il s'agit notamment :

- des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), qui assurent, sur prescription médicale, des prestations de soins infirmiers techniques ou de base et relationnels aux personnes âgées malades ou dépendantes ;
- des services d'auxiliaires de vie sociale, qui interviennent au domicile des personnes fragiles, dépendantes ou en difficultés sociales pour les épauler ou les assister dans l'accomplissement des tâches et activités de la vie quotidienne y compris les loisirs ;
- des structures d'hospitalisation à domicile, qui permettent de dispenser au domicile du patient des soins techniques complexes lorsque les conditions médicales et familiales sont réunies. Elles offrent un relais adéquat à l'hospitalisation à temps plein et limitent ainsi les ruptures avec l'environnement.

Les centres locaux d'information et de coordination (CLIC) informent la personne âgée et son entourage sur l'offre de services tant sanitaire, que médico-sociale ou sociale au sein du bassin de proximité. C'est la mission essentielle d'un CLIC labellisé niveau 1. Le CLIC labellisé niveau 2 assure en plus une évaluation des besoins et élabore un plan d'aide personnalisé. Quant au CLIC labellisé niveau 3, il prolonge le niveau 2 en ayant pour mission la mise en œuvre, le suivi et l'adaptation du plan d'aide personnalisé. Il peut ainsi être le support d'un réseau de soins gériatriques.

L'existence d'un tel réseau facilite l'articulation de l'ensemble des intervenants auprès de la personne âgée au sein du bassin de proximité. Il trouve sa place en amont et en aval de l'hospitalisation et permet, dans certain cas, de l'éviter. Il facilite une prise en charge pluridisciplinaire, indispensable pour les personnes âgées, et généralement coordonnée par le médecin généraliste.

## **2. Le maintien à domicile n'est plus possible**

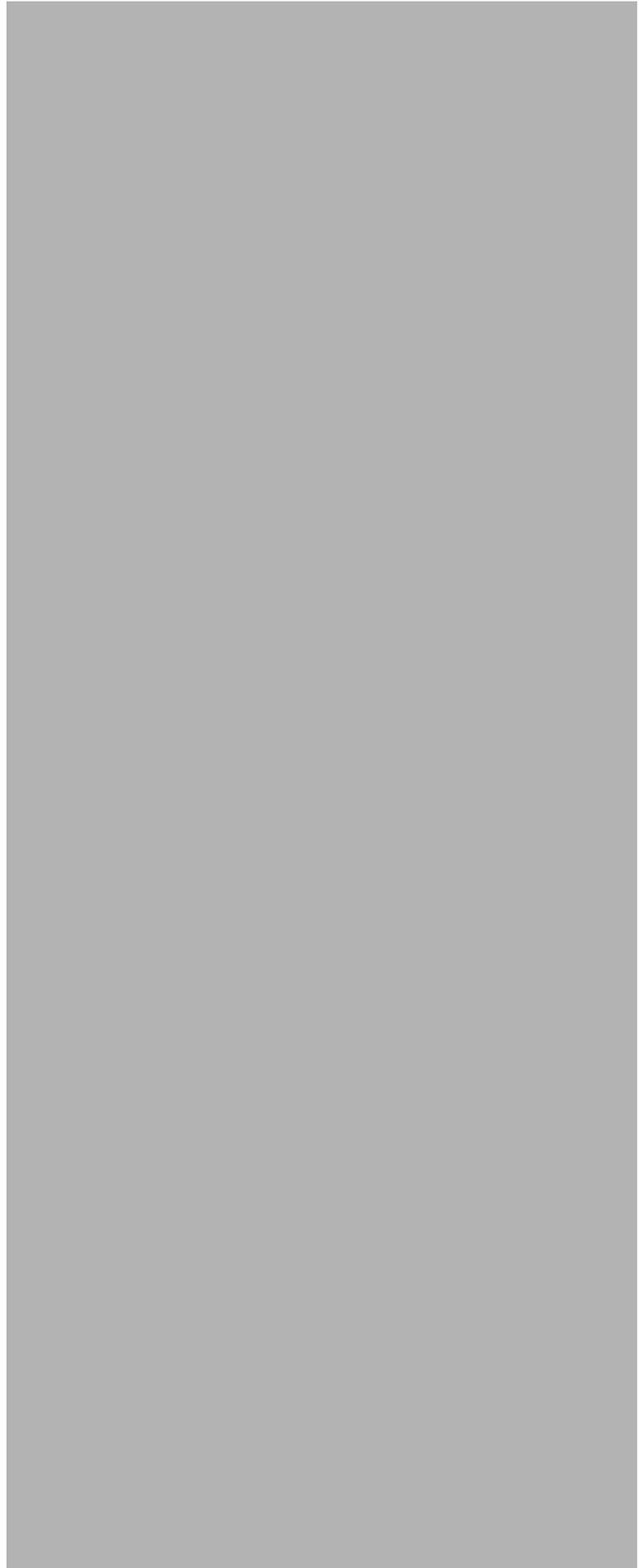
Lorsque le maintien à domicile n'est plus possible pour des raisons sanitaires, le recours à l'hospitalisation est alors indiqué et la personne âgée doit pouvoir être hospitalisée dans le ressort de son bassin de proximité chaque fois que son état de santé ne nécessite pas le recours à un plateau technique plus diversifié.

L'hôpital local, lorsqu'il existe, constitue le premier maillon des soins hospitaliers de proximité pour les per-

sonnes âgées, pour des soins de courte durée, à l'occasion d'une affection aiguë qui ne relève pas d'un service de spécialité d'organe ou pour des soins plus prolongés lorsqu'une phase de réadaptation est nécessaire. Il permet également d'assurer les suites d'une hospitalisation réalisée dans un établissement de santé disposant d'un plateau technique plus développé. Il trouve ainsi toute sa place dans une organisation graduée des soins, formalisée par une convention de coopération avec des centres hospitaliers. Il peut être le support de consultations avancées de gériatrie et d'autres spécialités, et de services de soins infirmiers à domicile. En tout état de cause, il est le garant d'un lien ville-hôpital, notamment grâce à l'intervention du médecin traitant en son sein.

Enfin, lorsque le maintien à domicile n'est plus possible du fait de la dépendance, les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) permettent une prise en charge médicalisée qui doit également s'inscrire dans la proximité. Ceux-ci peuvent également être rattachés à un hôpital local.

# **Bibliographie**



**ARH Rhône-Alpes**, Schéma régional et carte sanitaire, 1999-2004, Lyon, 84 pages.

**Alain Corvez et al.**, 1998, " Les bassins de santé, fondements territoriaux de l'étude et de l'organisation sanitaires. Identification et délimitation appliquées au Languedoc-Roussillon ", in Allocation de ressources et géographie des soins (Actes du Ve colloque de géographie et socio-économie de la santé. Paris, avril 1998), CreDES, 6 pages.

**Benoît J-M., Benoît PAGES, Pucci D.**, mai 2002, La France à 20 minutes (et plus), Paris, Éditions Belin, 271 pages.

**CCMSA, CreDES, les Urcam Aquitaine, Languedoc-Roussillon et Franche-Comté**, avril 2002, Santé et milieu rural : une démarche exploratoire menée par trois URCAM, 89 pages.

**CNEH**, décembre 2001, Santé et territoires, in Technologie et santé, n° 45, 100 pages.

**DRASS Auvergne, Insee Auvergne, Urcam Auvergne, SMRA Auvergne**, décembre 1999, Atlas de l'Auvergne, Dossier d'information médicale d'Auvergne, n° spécial, 14 pages.

**FNORS**, juillet 2001, Inégalités cantonales en matière de santé, Paris, Coll. " Les études du réseau des ORS ", 69 pages.

**Le Fur P., Paris V., Picard H., Polton D.**, 2000, Les trajectoires des patients en Ile de France : l'accès aux plateaux technique, CREDES, Biblio n° 1304 et 1304 bis.

**Gestions hospitalières**, juin/juillet 2001, Géographie, Hôpital et santé, n° 407.

**Gestions hospitalières**, juin/juillet 2002, Un territoire pour la santé, n° 417.

**Inspection générale des affaires sociales**, 2002, Politiques Sociales de l'État et territoires - Rapport annuel 2002, La documentation française, 309 pages.

**Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F.**, 2001, " Déserts médicaux ou zones défavorisées ? Démographie médicale et indicateurs de besoins. " In "Technologie et Santé", 2001/12, n°45, pp. 32-38.

**Lacoste O., Spinosi L.**, avril 2002, Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins, ORS Nord - Pas-de-Calais, 73 pages.

**Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F., Vigneron E.**, avril 1998, Une typologie des paysages socio-sanitaires en France, CREDES, Série analyses, 95 pages.

**Macé J-M.**, mars-avril 2002, " Une méthode pour définir des " bassins d'hospitalisation " en Ile-de-France ", in Ile-de-France à la page, INSEE, n° 209.

**Macé J-M.**, décembre 2001, " Pour une redéfinition du zonage du secteur sanitaire ", in Technologie et Santé, CNEH, n° 45, pp. 76-83.

**ORS Champagne-Ardenne**, janvier 2002, Contrat de Plan Etat-Région 2000-2006, Les inégalités infra-régionales en Champagne-Ardenne, 85 pages.

**Pampalon R., Raymond G.**, 2000 " Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien être au Québec " Maladies chroniques au Canada 21(3) : 113 122.

**Salomon N.**, octobre 2000, Amiens, Beauvais, Saint-Quentin : une observation infracommunale à travers l'IRIS-2000, Insee Picardie relais, N° 86.

**Tardif L.**, juillet 2002, " Hospitalisation et territoires en Bretagne ", in Octant, n° 90, 7 pages.

**Tonnellier F.**, Quelques méthodes de délimitations des bassins de santé : bassins de population, espaces de soins, zones d'attraction, Colloque d'Ajaccio à venir.

**Tonnellier F., Vigneron E.**, février 1999, Géographie de la santé en France, Paris, PUF, Que sais-je ? n° 3435, 127 pages.

**Toussaint J-M.**, 2001, " Ouvertures de nouvelles structures de soins, la modélisation géographique comme solution " in Gestion Hospitalière, n° 407, pp. 408-410.

**Urcam Franche-Comté, Urcam Aquitaine, Urcam Languedoc-Roussillon, CCMSA, CreDES** (V. Lucas-Gabrielli, F. Tonnellier), septembre 2002, Santé et milieu rural - une démarche exploratoire menée par trois Urcam, CREDES n° 1394 bis, 90 pages.

**Urcam Haute-Normandie**, janvier 2002, Démographie médicale, enjeu de santé publique, 64 pages.

**Vallès V.**, 1998, Inventaire communal 1998, Insee Auvergne, coll. Insee Synthèses, n°52.

**Vallès V.**, novembre 2002, Organisation territoriale de l'emploi et des services, Insee Auvergne, coll. Insee première, n° 870, 4 pages.

**Vignerot E.**, décembre 1999, " Les bassins de santé, concept et construction ", in Actualité et dossier de santé publique, HCSP, n° 29, pp. 38-43.

**Vignerot E.**, avril 2000, Les bassins de santé ambulatoires en Bretagne, Urcam Bretagne, 100 pages.

#### **Sites Internet :**

<http://perso.wanadoo.fr/arhra>

[www.arh5962.fr](http://www.arh5962.fr)

[www.arh-auvergne.fr](http://www.arh-auvergne.fr)

[www.arh-bretagne.fr](http://www.arh-bretagne.fr)

[www.arh-bourgogne.fr](http://www.arh-bourgogne.fr)

[www.credes.fr](http://www.credes.fr)

[www.datar.gouv.fr](http://www.datar.gouv.fr)

[www.fnors.org](http://www.fnors.org)

[www.haute-normandie.assurance-maladie.fr](http://www.haute-normandie.assurance-maladie.fr)

[www.ign.fr](http://www.ign.fr)

[www.insee.fr](http://www.insee.fr)

[www.legifrance.gouv.fr](http://www.legifrance.gouv.fr)

[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)

[www.sante.gouv.fr/drees/drees.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/drees.htm)

[www.dime.ap-hop-Paris.fr](http://www.dime.ap-hop-Paris.fr) : classification OAP élaborées par le COTRIM d'Ile-de-France