

Cent pour cent

BASSE-NORMANDIE

ars
Agence Régionale de Santé
Basse-Normandie

INSEE
BASSE
NORMANDIE

CREAI

ORS
OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE
DE BASSE NORMANDIE

N° 210 / DECEMBRE 2010

Construction des territoires de santé en Basse-Normandie



Plusieurs critères nationaux devaient être pris en compte dans cette démarche :

1. **Compétence globale** : les méthodes envisagées doivent englober l'ensemble du champ de compétences de l'ARS et pas seulement le système de soins ;
2. **Espace de débat public** : le territoire de santé est à envisager comme un espace de consultation démocratique et d'appropriation de la stratégie de l'agence ;
3. **Pratiques spatiales de la population** : la construction des territoires de santé doit s'appuyer sur les habitudes, les comportements, les recours observés ;
4. **Distances d'accès** : la question de l'accessibilité des services doit être intégrée sans que des normes en temps ou distance d'accès ne soient fixées ;
5. **Organisation des espaces de proximité** : des territoires de projet, dépassant au besoin les frontières des territoires de santé, pourront être identifiés ;
6. **Intégration de l'offre de services** : la santé ne résultant pas uniquement de l'offre du système de santé, la question des autres services concourant à la santé globale devra être appréhendée ;
7. **Cohérence avec les autres politiques publiques** : de la même manière, le territoire est également une opportunité de mettre en cohérence les politiques publiques visant le bien-être collectif et portées par d'autres instances publiques (politique de la ville, cohésion sociale...) ;
8. **Capacité d'animation des ARS** : ce critère renvoie au nombre de territoires, dans la mesure où l'agence devra assurer l'animation d'une conférence par territoire.

Le contexte

La loi Hôpital Patients Santé et Territoire (HPST) dispose que "l'Agence Régionale de Santé définit les territoires de santé pertinents pour les activités de santé publique, de soins et d'équipement des établissements de santé, de prise en charge et d'accompagnement médico-social ainsi que pour l'accès aux soins de premier recours" (Art. L. 1434-16 du Code de la Santé publique).

La mise en place des ARS est ainsi une opportunité pour favoriser le décloisonnement entre l'action médico-sociale, sociale et la santé, pour améliorer la qualité et la continuité des interventions auprès des personnes et agir ainsi sur les inégalités de santé.

Dans ce contexte, le territoire de santé est aussi conçu comme un espace de concertation entre professionnels médicaux et sociaux, élus et usagers (dans le cadre des conférences sanitaires de territoire) et constitue un échelon de construction, de mise en œuvre et d'évaluation des projets territoriaux de santé.

Le territoire de santé de l'ARS a donc plusieurs vocations ; il sera le périmètre de référence pour :

- * l'organisation de l'offre de services de santé : prévention et promotion de la santé, soins, accompagnement médico-social ;
- * l'organisation de la démocratie locale incarnée par les conférences de territoire ;
- * la mise en œuvre d'actions, notamment au travers des territoires de proximité, territoires de premiers recours ou territoires de projets qui le composent ;
- * l'observation et l'évaluation.

Pour mener sa réflexion, l'ARS a confié à l'Observatoire régional de santé (ORS) et au Centre régional d'études et d'actions pour l'insertion (CREAI), la mission de piloter un groupe de travail chargé d'évaluer les différentes méthodes de construction de territoires de santé en vue de proposer différentes options argumentées, afin de nourrir le débat et la concertation.

Le découpage départemental, retenu dans d'autres régions, est apparu d'emblée comme une option méritant une analyse approfondie. L'ARS a néanmoins souhaité examiner l'ensemble des options présentant une forte cohérence au regard des huit critères définis au plan national (voir encadré ci-contre), comme des apports

méthodologiques formulés dans le rapport "Territoires et accès aux soins"⁽¹⁾.

La volonté était de dépasser une vision essentiellement médicale de la personne, en s'affranchissant, dans un premier temps, des pratiques spatiales de recours à l'offre de santé, ces recours étant très fortement conditionnés par la répartition actuelle de l'offre (établissements de santé, professionnels libéraux, structures médico-sociales). Cette démarche permettait aussi de promouvoir une analyse situationnelle intégrant les conditions de réalisation de son projet de vie, ses besoins d'accompagnement ou de facilitation de sa vie quotidienne, et ce dans une recherche de cohérence avec les autres politiques publiques (logement/transport/éducation...), gage d'une plus grande efficacité des actions.

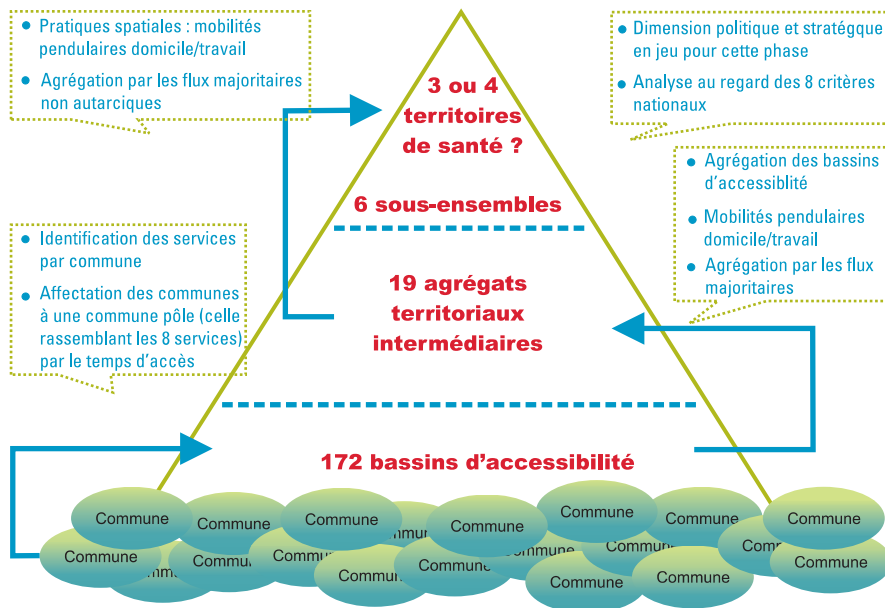
L'objectif fixé était de questionner l'architecture des territoires de concertation de l'ARS, en considérant l'ensemble de son champ de compétences pour proposer un découpage de la région en 3, 4 ou 5 territoires. Il était également souhaité de s'appuyer sur une démarche ascendante partant de territoires élémentaires de petite taille, respectant les habitudes de vie des populations et permettant d'associer problématiques de santé et vie publique locale. Dans ce cadre, l'Insee de Basse-Normandie a naturellement été sollicité pour apporter son expertise à la définition des territoires élémentaires constituant des "communautés de vie".

La construction de communautés de vie

La construction de ces territoires élémentaires, espaces de vie censés refléter les pratiques quotidiennes de leurs populations, s'est appuyée sur plusieurs services et commerces répertoriés dans la Base permanente des équipements (BPE). Les sept équipements de proximité retenus supposent des déplacements réguliers, voire quotidiens, des habitants de la région. Par choix, aucun ne relève du domaine de la santé. La Poste, les boulangeries, écoles élémentaires, boucheries-charcuteries, épiceries-supérettes, salons de coiffure et restaurants ont ainsi constitué le panier des services et commerces s'appuyant le plus sur les habitudes, les comportements et les recours observés de la population.

Ce panier d'équipements a permis d'identifier en Basse-Normandie 172

(1) Territoires et accès aux soins. Polton D., Mauss H., Rapport du groupe de travail, La Documentation Française. 2003

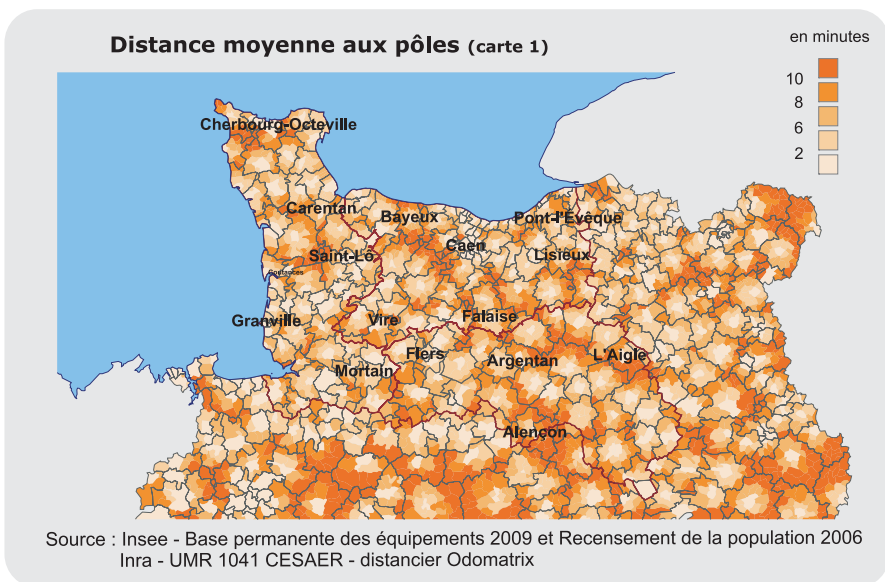


communes offrant l'ensemble de ces sept services sur leur territoire, que nous appellerons pôles d'accessibilité. L'affectation de chaque commune de la région à la commune-pôle la plus proche en temps d'accès a ensuite abouti à une partition du territoire régional en bassins d'accessibilité. Une quarantaine de communes sises en limite régionale sont parfois plus proches de pôles situés en dehors de la région, comme Mamers, dans la Sarthe, Pré en Pail en Mayenne, Beuzeville ou encore Thiberville dans l'Eure. Au total, les 1 812 communes de la région se répartissent sur 186 bassins d'accessibilité.

Le caractère de proximité s'avère bien marqué dans la région (carte 1) : seules 7 % des communes se situent à plus de 10 minutes d'une commune-pôle. Elles

ne représentent cependant que 4 % de la population.

Le temps de trajet maximum entre une commune et un pôle ne s'élève qu'à 14 minutes. L'hypothèse de présence des sept équipements réunis sur une même commune est de fait très forte. En effet, 99 % des Bas-Normands disposent de chacun des commerces et services considérés à moins de 10 minutes de leur domicile. La situation varie selon les équipements. Pour neuf habitants sur dix par exemple, il faut moins de 5 minutes pour s'approvisionner en pain. Et cette distance ne tient pas compte d'un éventuel dépôt de pain chez un autre commerçant. Coiffeur ou restaurant sont également des équipements proches des habitants. Aller dans un bureau de Poste ou faire des emplettes en épicerie-supé-





rette, équipements les moins répandus parmi les sept considérés, nécessite en revanche un trajet relativement plus long : pour 15 % des habitants, il dépasse 5 minutes, sans toutefois excéder le quart d'heure.

Compte tenu de cette proximité des équipements considérés, les bassins d'accessibilité (carte 2) ont été retenus comme territoires élémentaires à agréger sur la base des mobilités pendulaires entre domicile et travail, autre reflet de la vie quotidienne.

Prise en compte des pratiques spatiales

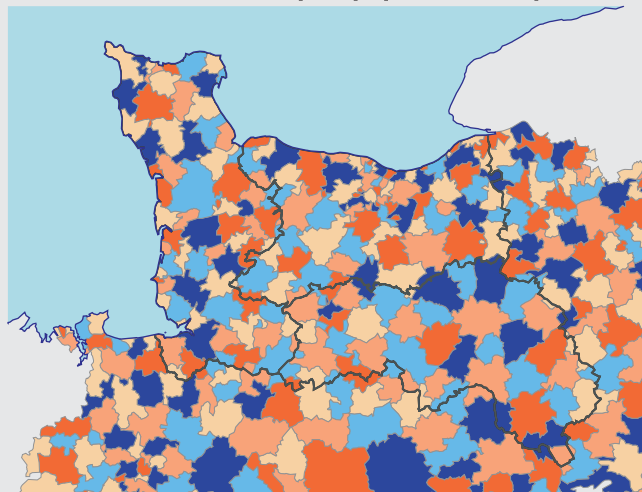
La construction des bassins d'accessibilité achevée, le groupe a souhaité poursuivre ses travaux avec une méthode toujours axée sur des territoires vécus, dont les contours sont conditionnés par les habitudes quotidiennes des habitants. Il a donc procédé à l'agrégation de ces bassins d'accessibilité sur la base des flux majoritaires domicile - travail. Les informations ayant permis ce travail d'agrégation ont été mises à disposition par l'Insee. Elles sont issues du recensement de la population qui identifie entre autres les lieux de travail et la résidence des actifs ; l'analyse de ces données bi-localisées permet d'appréhender les navettes et les comportements de la population d'un territoire en termes de mobilité quotidienne.

La grande variabilité du nombre d'habitants entre les bassins conduisait toutefois à des regroupements de tailles très variables : faibles effectifs de travailleurs sur certains bassins, flux très dispersés ou extra régionaux... Afin d'agréger ces territoires de façon cohérente, les flux domicile-travail autarciques (au sein d'un même bassin) ont donc été exclus de l'analyse. Un seuil de population pour les bassins d'accessibilité a également permis de ne considérer que des territoires rassemblant un nombre d'emplois jugé significatif. Cette étape a permis d'aboutir à un découpage de la Basse-Normandie en 19 territoires baptisés "territoires intermédiaires".

Plusieurs scénarios envisagés

Par un processus itératif, ces territoires intermédiaires ont été de nouveau agrégés sur la base des flux majoritaires domicile - travail. Cette opération a conduit à un nouveau découpage en 6 sous-ensembles (carte 3).

Les bassins d'accessibilité aux sept équipements de proximité (carte 2)



Source : Insee - Base permanente des équipements 2009 et Recensement de la population 2006
Inra - UMR 1041 CESAER - distancier Odomatrix

Les flux de recours aux services de santé, en particulier les séjours hospitaliers de médecine, chirurgie et obstétrique ont ensuite été analysés. Cependant, ces flux sont très majoritairement autarciques ou convergent vers la zone de Caen lorsqu'ils ne tendent pas vers des établissements extra régionaux.

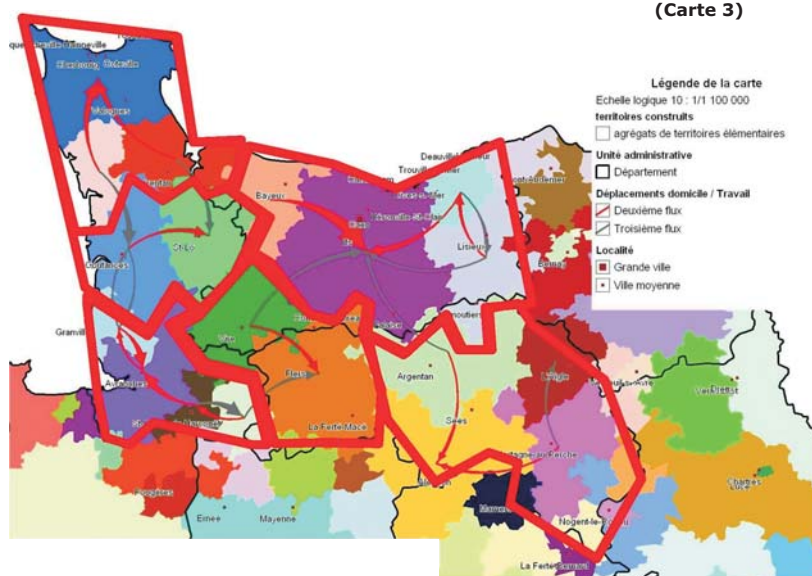
A ce stade des travaux, l'utilisation de méthodes purement statistiques (flux domicile-travail, flux hospitaliers) ne permettait pas de proposer, par une nouvelle agrégation un ou plusieurs scénarios à 3 ou 4 territoires de santé.

D'autres critères de regroupement ont alors été étudiés toujours en référence aux éléments de cadrage nationaux.

Deux options de regroupement ont été proposées et analysées en termes de risques et d'opportunités :

Option 1 (carte 4) : s'appuyer sur le découpage en territoires de santé défini par le Schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) de 3^{ème} génération sur la base des flux hospitaliers de court séjour. L'un des quatre territoires proposés était à cheval sur 3 départements posant la question de l'articulation avec les autres politiques publiques.

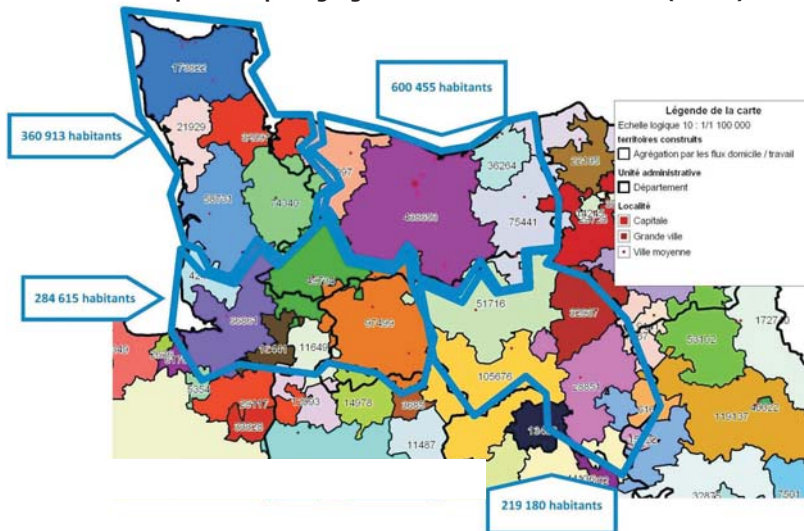
(Carte 3)



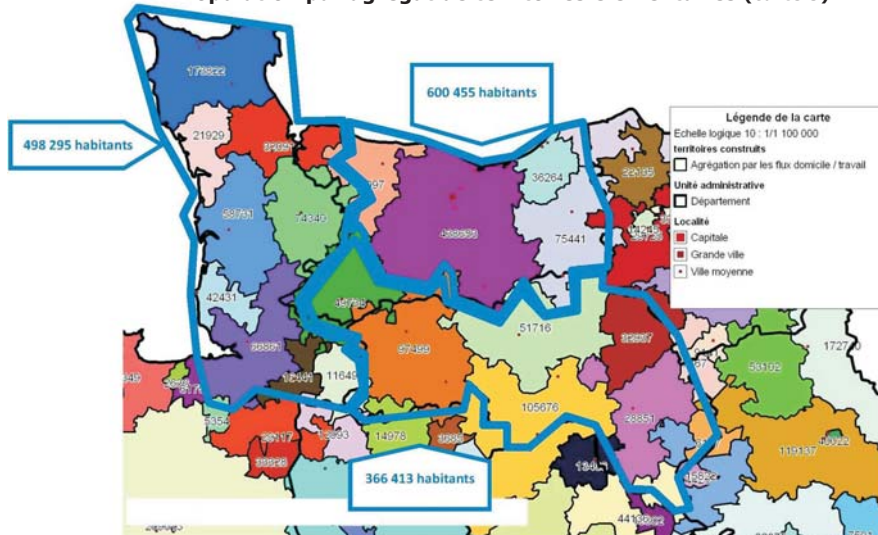
Option 2 (carte 5) : faciliter l'animation des futures conférences de territoire (nombre minimum de conférences) et prendre en compte le plus possible les découpages administratifs forts (département).

Le département est apparu, au cours des échanges, comme une réalité forte : il constitue un territoire de référence pour le secteur médico-social et pour les dimensions de la santé globale qui ne sont pas directement de la compétence de l'ARS (organisation de l'Etat). A ce titre, il apparaît comme un espace privilégié d'articulation des politiques publiques. Le département est également un lieu d'expression démocratique et un niveau de décision politique. Il constitue de plus un zonage standard en termes d'observation (données facilement disponibles à cette échelle).

Population par agrégat de territoires élémentaires (carte 4)



Population par agrégat de territoires élémentaires (carte 5)



DIRECTION REGIONALE DE L'INSEE DE BASSE-NORMANDIE

93, rue de Geôle
14052 CAEN CEDEX 4
Tél. : 02.31.15.11.00
Fax : 02.31.15.11.80

www.insee.fr/basse-normandie

Directrice de la publication :
Maryse CHODORGE

Service études et diffusion :
Julien BECHTEL

Rédacteur en Chef :
Didier BERTHELOT

Composition PAO :
Marie-Isabelle LARDET
Françoise LEROND

Credit photos :
Comité régional du tourisme ; Chambre régionale d'agriculture ; Comité départemental du tourisme de la Manche

Attaché de presse :
Philippe LEMARCHAND
02.31.15.11.14

© INSEE 2010

L'arrêté définissant les territoires de santé

L'intégralité des travaux a été restituée à la Conférence régionale de santé et de l'autonomie lors de sa séance plénière du 9 juillet 2010. Une proposition, s'inspirant de la seconde option présentée, a ensuite été soumise à la concertation au cours de la période estivale.

Les membres de la CRSA ont été invités à formuler leurs avis par écrit. Le Directeur général de l'Agence régionale de santé a pris en compte l'ensemble des positions ainsi exprimées.

La très grande proximité de l'option présentée avec le découpage départemental a finalement conduit à retenir le département comme Territoire de santé pour la Basse-Normandie (arrêté du 23 septembre 2010 relatif à la définition des territoires de santé de la Basse-Normandie).

**Malika Aïssani-Delaunay
et Valérie Desquesne
ARS**

**Pascale Després
ORS**

**Edith Navellou
Insee**