



maille spatiale considérée. En calculant des densités médicales à partir de sept découpages spatiaux différents (basés sur le découpage administratif – IRIS, groupe d'IRIS adjacents et communes – ou dérivant d'une grille de taille variable, entre 600 et 1 800 mètres de côté), il a été observé que l'influence de la densité médicale sur le recours au FCU était maximale lorsque des zones géographiques de 1 400 mètres de côté et les groupes d'IRIS adjacents étaient considérés, alors qu'aucune corrélation n'était observée avec les autres découpages (plus petits ou plus grands) [71]. Utiliser un découpage sans cesse plus fin lorsqu'on cherche à mettre en relation les caractéristiques d'un territoire avec un indicateur de santé n'est donc pas toujours pertinent. Réfléchir aux inégalités sociales et territoriales de santé conduit à s'interroger sur la définition même du « quartier ». Tantôt pensé comme un espace de proximité et d'opportunités, un lieu de vie, de création de lien social, de diffusion de normes ou un cadre d'action, celui-ci ne peut être défini de façon unique : chaque habitant se le représente différemment et chacun y vit différemment, notamment en fonction de ses caractéristiques sociales et de celles de son environnement. Dans l'analyse des effets de quartiers sur la santé, l'approche basée sur les individus et leurs représentations cognitives de l'espace reste cependant largement inexplorée alors qu'elle semble déterminante – comme d'ailleurs la dimension subjective, voire symbolique, des conditions de vie et des déterminants sociaux individuels de la santé.

Enfin, la territorialisation de la santé risque également de conduire au « spatialisme », cette approche très cri-

tiquée en sciences sociales qui consiste à ne formuler les problèmes qu'en fonction des lieux où ils se manifestent. Cette posture revient alors à confondre problèmes « dans la ville » et problèmes « de la ville » (pour citer J.-P. Garnier) et à ignorer que les structures spatiales résultent de processus politiques et économiques qui se situent souvent à des niveaux supérieurs (régionaux, nationaux, voire mondiaux) mais également à un niveau inférieur : celui des individus et de leurs capacités à mobiliser leur réseau social et les ressources de leur environnement.

Enseignements pour la santé publique

Pour construire, guider ou évaluer des stratégies et des politiques de santé publique territorialisées, les décideurs ont besoin d'une connaissance des situations sociales et sanitaires des populations à l'échelle qui les concerne. Au-delà de constats simplement descriptifs, les chercheurs doivent pouvoir leur fournir des explications sur les processus et les leviers d'action, aussi complexes soient-ils, et la décision devrait en retour, idéalement, en tenir compte. Intégrer les résultats d'une recherche « en mouvement » et, qui plus est, pluridisciplinaire n'est pas la moindre des difficultés, pour les uns comme pour les autres. Bien qu'encore limitées par la disponibilité des données (et des moyens qui y sont consacrés!), les approches qui mobilisent et modélisent des données sociales et sanitaires, objectives et subjectives, à la fois individuelles et agrégées sur différentes mailles territoriales (IRIS, communes, cantons, départements, etc.) connaissent aujourd'hui un certain essor en santé publique. Elles sont, de notre point de vue, particulièrement prometteuses pour répondre à ces besoins. ✚

Le territoire comme élément structurant de l'organisation des soins

**Véronique
Lucas-Gabrielli**

Directrice de
recherche, Irdes

Magali Coldefy

Maître de recherche,
Irdes

La loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, dite loi HPST (2009), a inscrit le « territoire » au cœur de son dispositif. La territorialisation de la santé n'est pourtant pas nouvelle : elle est le fruit d'un long processus dont le point de départ est souvent fixé à la création de la carte sanitaire en 1970, qui a pour objectif de réguler l'offre hospitalière en fixant des indices « de besoin » (en fait, des ratios d'équipements) par secteur et région sanitaires.

La territorialisation croissante de l'action publique en matière sanitaire, c'est-à-dire sa construction à partir des réalités spatiales, s'est imposée de plus en plus à la faveur de multiples facteurs – introduction du PMSI¹

en 1984, constat de disparités de santé réalisé par les observatoires régionaux de santé, implication des géographes dans l'analyse [4]. La territorialisation des politiques de santé, que ce soit à travers la régionalisation ou l'instauration de la carte sanitaire, correspond d'abord à une réponse à la différenciation sociale et territoriale de l'offre de soins et des problèmes de santé [61].

C'est ainsi que les schémas d'organisation des soins (Sros), mis en place en 1994, vont venir compléter la carte sanitaire en identifiant des priorités régionales de santé et en fixant des objectifs qualitatifs adaptés aux spécificités locales, et plus seulement quantitatifs.

dispositif, qui fait partie de la réforme du système de santé français visant la réduction des inégalités de ressources entre les établissements de santé, permet de disposer d'informations quantifiées et standardisées sur l'activité des établissements.

1. Le PMSI (Programme de médicalisation des systèmes d'information), qui existe depuis 1997, permet d'obtenir des données relatives à l'ensemble des hospitalisations, dans le secteur public ou privé. Ce

*Les références entre
crochets renvoient à la
Bibliographie générale
p. 66.*

Jusqu'en 2003, la carte sanitaire et le Sros ont ainsi constitué les véritables outils de répartition de l'offre de soins, ayant pour objet de « *prévoir et susciter les évolutions nécessaires de l'offre de soins, en vue de satisfaire de manière optimale la demande de santé* » (article L. 712-1 du Code de la santé publique).

Le territoire de santé comme espace d'organisation des soins

En 2003, un changement important se produit : avec l'élaboration des Sros de troisième génération (Sros 3), la carte sanitaire est supprimée, faisant des Sros l'outil unique de planification. Le territoire de santé fait son apparition et devient le cadre réglementaire de l'organisation des soins, se substituant à la carte sanitaire jugée trop rigide et technocratique. Ce changement sémantique (du secteur sanitaire au territoire de santé) correspond à une évolution importante de la conception de l'espace dans la planification sanitaire : de simple contenant, le territoire devient un élément structurant de l'organisation des soins. Dans ce nouveau contexte, les régions françaises ont donc été incitées – à travers les agences régionales d'hospitalisation (ARH) notamment – à repenser le territoire des soins et son découpage. Seul devait faire l'objet d'une définition géographique précise le territoire de santé en tant qu'espace d'organisation des soins, sur lequel sont fixés les objectifs quantifiés d'offre de soins (OQOS) et négociés les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM). Le ministre de la Santé demande aux régions « *d'emprunter une voie innovante dans la définition des territoires* » s'affranchissant des traditionnelles limites administratives et tenant compte des réalités locales en considérant les géographies physiques et humaines des territoires et les comportements de la population face à l'offre de soins. Dans cette perspective, il s'agit de mieux comprendre et intégrer les logiques spatiales des comportements de la population, qui ont souvent peu à voir avec les référentiels territoriaux administratifs venant d'en haut – régions, départements, cantons, communes...

La souplesse et la liberté laissées aux régions dans la définition même de ce territoire ont eu pour effet de mettre derrière la notion de « territoire » des réalités, des contenus et des fonctions très variables. La lecture des différents Sros 3 montre que les régions se sont relativement bien emparées des différents outils mis à leur disposition comme la possibilité de créer des niveaux de territoires emboîtés supplémentaires par niveaux de soins², ou bien la possibilité de mobiliser différentes natures de territoires pour organiser la prise en charge des patients : territoires d'organisation, de concertation et d'étude. Beaucoup de régions ont insisté sur l'importance de la consultation au sein de leur réflexion. L'association des usagers, des élus et des professionnels dans la détermination des limites

de territoires participe à l'ambition des territoires de concertation. Malgré cela, certains aspects ont été moins bien traduits dans les réalisations régionales. C'est le cas de la médecine de ville, qui a été plus rarement intégrée dans les réflexions territoriales des régions, tout comme le secteur social et médico-social. Les cloisonnements sont encore importants et la planification reste plus hospitalière que sanitaire. La recherche de cohérence territoriale se fait plutôt par une imposition des limites du territoire du plateau technique et du champ de la médecine, de la chirurgie et de l'obstétrique (MCO), et c'est à la psychiatrie et aux autres disciplines et champs d'activité de s'en accommoder plutôt que de construire en commun un nouveau territoire de santé.

Les territoires de santé repensés dans le cadre d'une approche globale de la prise en charge de la santé des populations

Il faut attendre la loi HPST du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires pour que les outils d'une telle complémentarité soient effectifs. Les nouvelles agences régionales de santé (ARS) concentrent les pouvoirs des ARH, des directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales (Drass et Ddass), des missions régionales de santé (MRS), des unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam), des groupements régionaux de santé publique (GRSP), des caisses régionales d'assurance maladie (Cram), et sont chargées de définir et mettre en œuvre la politique de santé à l'échelle régionale centrée sur quatre objectifs : démocratie sanitaire, réduction des inégalités de santé sociales et territoriales, rationalisation et coordination de l'offre sanitaire au sens large. Elles voient ainsi leur champ d'intervention élargi : outre l'hôpital, sont désormais inclus les soins de ville et les activités médico-sociales.

À leur tour, les ARS sont chargées de définir de nouveaux territoires de santé. Dans ce nouveau cadre, le Sros subit deux évolutions majeures : Il devient l'outil opérationnel de mise en œuvre du plan régional de santé (PRS) et voit son champ d'application étendu à l'offre de soins ambulatoires. Par ailleurs, le Sros-PRS doit dorénavant être élaboré en cohérence, voire, dans le cadre d'une approche intégrée, avec les deux autres schémas régionaux relatifs à la prévention (SRP) et à l'organisation médico-sociale (Sroms).

Cette reconfiguration réalisée dans un temps relativement court s'est opérée par un choix plus fréquent des régions pour un découpage départemental des territoires de santé et qui, dans l'esprit, va à l'encontre des principes définis en 2003 qui consistaient à s'affranchir des frontières administratives puisque seize régions sur vingt-six ont choisi le découpage départemental ou le regroupement de départements pour définir leurs territoires de santé. Huit régions métropolitaines ont par ailleurs choisi des territoires de santé ne recoupant

2. Pour plus d'informations sur la graduation des soins, voir [20].



pas les limites départementales ou leur agrégation. L'objectif poursuivi est parfois le même que celui des régions ayant choisi le département comme territoire de santé puisqu'elles ont opté pour des territoires correspondant à des regroupements d'intercommunalités ou des regroupements d'arrondissements permettant de favoriser une cohérence globale de l'intervention publique en prenant en compte « les territoires développés par les autres acteurs publics dans l'exercice de leurs compétences et en particulier ceux promus par les collectivités territoriales » (arrêté du 26 octobre 2010 portant définition des territoires de santé en Poitou-Charentes).

Ces choix correspondent à la volonté d'articuler l'action de l'agence régionale de santé avec celle des collectivités territoriales et des autres acteurs (secteur associatif, professionnels de santé...) intervenant dans ses champs de compétence. Par exemple, il est ainsi plus facile d'établir le schéma régional d'organisation médico-sociale (Sroms) au regard des schémas départementaux relatifs aux personnes handicapées ou en perte d'autonomie arrêtés par les conseils généraux de la région. Ces derniers sont en effet impliqués à plusieurs titres : dans l'action médico-sociale avec des compétences légales sur le champ de la protection maternelle et infantile (PMI), de la gérontologie et du handicap et de santé publique (vaccinations, lutte contre la tuberculose, éducation sanitaire et promotion de la santé), mais aussi en matière de lutte contre les exclusions ou de participation aux contrats urbains de cohésion sociale (Cucs).

Cela marque une évolution de la conception du territoire dans les politiques de santé. Le territoire, ici, n'est plus seulement une réponse à la différenciation territoriale et sociale de l'offre de soins et des problèmes de santé. Le territoire doit permettre d'intégrer les différents facteurs économiques, sociaux, les différents acteurs et politiques qui interagissent pour réduire les inégalités de santé. Avec la loi HPST, les questions de santé ne sont plus considérées comme un problème qui relèverait des seuls professionnels du champ sanitaire, et le territoire apparaît comme le lieu d'intervention et d'action sur les déterminants sociaux de la santé.

Le dispositif actuel réserve ainsi une place aux collectivités territoriales dans la politique régionale de santé à double titre. D'une part, les collectivités territoriales participent à diverses instances de l'ARS : la conférence régionale de santé (avec des conseillers régionaux et généraux, des élus des établissements publics de coopération intercommunale – EPCI – et des élus municipaux), les commissions de coordination (avec des élus locaux) et la conférence de territoire (élus municipaux). Par ailleurs, une contractualisation plus fine peut être instaurée entre l'ARS et les collectivités territoriales, notamment avec les communes, qui bien que ne disposant pas de compétences légales spécifiques ont développé dans le cadre de la clause

de compétence générale des actions de façon plus ou moins importante. De manière spécifique, elles se sont saisies des questions relatives aux inégalités sociales et territoriales entre quartiers avec les ateliers santé ville, dispositif obligatoire dans tous les contrats urbains de cohésion sociale (Cucs) signés entre l'État et la ville. Désormais, la loi prévoit aussi que « la mise en œuvre des PRS peut faire l'objet d'un contrat local de santé (CLS) conclu avec les collectivités territoriales portant sur la promotion de la santé, la prévention, les politiques de soins et l'accompagnement médico-social ». Le déploiement de cet outil est important puisque 70 CLS fonctionnaient en 2012 et plus de 250 sont prévus d'ici la fin de l'année 2013. C'est un dispositif souple dont le périmètre et la mise en place au niveau local sont fortement conditionnés par le contexte local (problèmes de santé spécifiques et engagement des partenaires). Il pose encore de nombreuses questions en termes de périmètre, de pilotage et de pertinence de définition du territoire concerné, notamment en milieu rural (pays, intercommunalités et communes), ou encore celle « du traitement équitable de tous les territoires pour une couverture nationale égalitaire » [67].

Jusqu'à présent, la planification sanitaire était très hospitalo-centrée. L'un des enjeux majeurs de la loi HPST de 2009 est maintenant de définir des territoires de santé pour des activités à la fois de santé publique, de soins hospitaliers, de prise en charge et d'accompagnement médico-social, ainsi que d'accès aux soins de premier recours et d'articuler les interventions. C'est la raison pour laquelle de nombreuses ARS ont redéfini leurs territoires de santé en utilisant le découpage départemental ou les regroupements d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) afin de pouvoir mieux traiter l'aspect transversal de la prise en charge de la santé des populations. On voit aussi se développer des territoires de natures diverses : des territoires de projet dont la logique est différente du territoire de santé car il ne s'agit pas d'un maillage systématique du territoire par le haut mais d'une démarche ascendante appuyée sur l'initiative d'acteurs locaux, des territoires d'animation, ou bien encore de contractualisation avec les contrats locaux de santé qui permettent de mieux articuler le projet régional de santé et les démarches locales de santé existantes.

On passe ainsi d'une représentation de la santé fondée sur la mesure des maladies et le soin à un modèle global. Les nombreux déterminants de la santé nécessitent d'agir dans différents domaines et de sortir du champ strictement sanitaire. L'approche territoriale permet cela car, comme l'écrivent les auteurs du récent ouvrage collectif *Fonder les sciences du territoire* [8] : « plus les processus sont complexes et les actions diversifiées, plus l'appui sur le territoire se révèle utile ». 🧩