

suite et de rééducation des établissements publics et privés puis aussi à la psychiatrie, voire à des activités qui restent encore mal mesurées (urgence).

- Mais la réforme la plus attendue est le chaînage des séjours dans le PMSI public, qui à l'instar de ce qui se fait pour le privé et avec un parfait respect des recommandations de la Commission nationale informatique et liberté (Cnil), permettra désormais de caractériser le patient.

- Cependant le PMSI ne saurait être l'outil unique qui répond à tout sur tout. Il doit impérativement s'articuler au mieux avec les autres systèmes existants.

L'assurance maladie qui gère les dépenses de santé voit passer dans son système d'information l'ensemble des données de liquidation soumises au remboursement. Cette masse colossale de données (près d'un milliard de feuilles de soins par an progressivement remplacées par la télétransmission) va s'enrichir des codages des médicaments et de la biologie, déjà opérationnels, demain du codage des actes puis des pathologies. Le système d'information Erasme pourra sous une forme entièrement cryptée relier l'information ambulatoire aux données du PMSI désormais chaînées sur le patient. Ces rapprochements qui devront se faire sous des règles strictes de confidentialité permettront d'affiner les stratégies de soins et de mener une vraie gestion du risque.

La Cnamts publie aussi régulièrement à partir des données de liquidation une analyse des flux interrégionaux de consommation de soins (Pampers) qui aboutit à la reconnaissance de régions importatrices ou exportatrices de soins, ces mouvements pouvant aussi se faire vers des régions de plus ou moins grande cherté (par exemple : le Languedoc-Roussillon est une région qui importe en nombre plus de soins qu'il n'en exporte, mais ses exportations se font majoritairement vers une région plus chère).

Conclusion

L'approche fondée sur les besoins des populations en matière sanitaire est désormais consacrée. Il en résulte une nécessité de connaissance faisant appel à de nombreux outils. Ceux-ci sont en place pour l'essentiel et l'heure est à leur viabilisation et à leur mise en cohérence et notamment dans une plus grande maîtrise des zonages comme outils d'aménagement du territoire. Ils doivent aussi fournir aux décideurs une information pertinente et d'actualité.

Parce que les contraintes économiques ne peuvent être absentes d'un débat sur l'aménagement sanitaire du territoire, mais aussi parce que la variabilité est inhérente aux phénomènes biologiques, il y a lieu de se garder de vouloir amener un trop grand lissage du territoire national parce que des disparités existent. Poser résolument les stratégies, hiérarchiser les priorités, aménager la gradation de l'offre en activant les réseaux d'acteurs sont sûrement plus efficaces pour combattre les inégalités qu'un saupoudrage qui gaspille les moyens. ■

Emmanuel Vigneron

Professeur de géographie et d'aménagement, Université Montpellier III, directeur scientifique du groupe Prospective santé de la Datar

Les bassins de santé concept et construction

Au milieu du XVIII^e siècle, la durée moyenne de vie des Français était de 25 ans. Elle est, aujourd'hui, estimée à un peu plus de 76 ans. Deux siècles et demi auront donc suffi pour multiplier la durée de la vie par trois. Dans le même temps, la mortalité infantile a été réduite de 30 ou 40 fois, fait sans précédent dans l'histoire de l'humanité. Mais ces progrès spectaculaires de la santé, liés à de fascinants progrès techniques, ont aussi leur rançon : ils ont relégué au second plan de nos perceptions collectives la question de l'accès aux soins, source d'inégalités persistantes entre les hommes et les femmes, entre les catégories sociales et professionnelles mais aussi entre les zones géographiques.

L'ignorance ou même le désintérêt pour ces différentes inégalités et la prééminence d'une logique de l'offre dans la planification sanitaire ont également d'autres causes : sources d'informations déficientes, difficultés d'analyse mais aussi conception jacobine et égalitariste de la France et des Français, croyance au caractère inéluctable et généralisé du Progrès et, particulièrement, du progrès des techniques médicales.

La réforme du système de santé, inscrite dans les ordonnances de 1996, dans le prolongement de démarches antérieures comme l'élaboration de schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale en 1992-1993, devrait marquer l'abandon d'une approche par l'offre (les structures) au profit d'une approche centrée sur les besoins et la consommation. C'est du moins ce que disent la Loi et les déclarations politiques qui définissent sans cesse la recherche de la meilleure satisfaction des besoins comme objectif fondamental du système de santé

C'est essentiellement aux Unions régionales des caisses d'assurance maladie (Urcam) et aux agences régionales de l'Hospitalisation (ARH) qu'il revient de porter cette nouvelle approche. D'une certaine manière, elles ont été créées pour avoir une vision « géographique » de la santé, vision également adoptée par les conférences régionales de santé.

Cette logique de besoins, ou de population, doit être considérée comme le résultat de l'enracinement de l'idée de santé publique en France et des efforts de nombreux acteurs. Mais, au-delà des circonstances du moment, propres à l'émergence de cette optique, on peut aussi voir le mouvement d'une balance entre deux pôles : accessibilité d'une part et sécurité-qualité d'autre part. La première pousse à la diffusion, les secondes à la concentration. Tantôt la balance penche d'un côté, tantôt elle penche de l'autre... En dépit de cette vision stoïcienne du balancier, méfiante envers l'idée de progrès, il faut reconnaître cette logique et en apprécier les conséquences. La logique de population pousse non seulement à l'appréciation des besoins de la popula-

Contexte juridique et politique

La notion de bassin de santé [111-113], a été reprise par la circulaire ministérielle du 24 mars 1998 sur l'élaboration des Sros, développée par le secrétaire d'État à la Santé [5] et, finalement, inscrite dans la loi à la faveur d'un vote de l'Assemblée nationale dans sa séance du 4 mai 1999 (amendement Veyret).

L'article L 712-2 du code de la santé publique, deuxième alinéa devient ainsi : « *les zones sanitaires [...] sont définies par voie réglementaire en tenant compte des bassins de santé* ».

L'exposé des motifs de l'amendement dispose en outre que :

- Les procédures rattachées à la planification sanitaire ne permettent pas toujours de prendre en compte la dynamique de l'évolution des besoins de la population et des activités de soins. Souvent, en effet, le cadre de référence (ou « zone sanitaire ») relève d'une logique plus administrative que dynamique et empêche une analyse fine des évolutions.

- Il est donc proposé d'inclure dans

le code de santé publique la notion de « bassin de santé ». Celle-ci devra être précisée par voie réglementaire en tenant compte des études déjà conduites sur la question.

- Il s'agit surtout d'entamer un travail de repérage et de délimitation de ces territoires. Ce travail pourra être conduit sous l'égide des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation en relation avec les autorités régionales. Il devrait surtout permettre d'accompagner les efforts de réorganisation sanitaire en palliant les insuffisances des outils actuels de planification.

Cette notion doit être développée à l'échelle nationale conformément à la loi d'aménagement et de développement durable du territoire (LOADDT), article 14, amendement Veyret qui dispose que « *le schéma de services collectifs sanitaires encourage l'émergence et la délimitation des bassins de santé sur le territoire* ».

En outre l'article 14 de la LOADDT énonce que « le schéma de services collectifs sanitaires a pour but d'assurer

un égal accès en tout point du territoire à des soins de qualité, notamment en veillant au maintien des établissements de proximité.

« Il vise à promouvoir la continuité et la qualité de la prise en charge en tenant compte des besoins de santé de la population, des conditions d'accès aux soins, des exigences de sécurité et d'efficacité.

« Il favorise la mise en réseau des établissements de santé assurant le service public hospitalier et le développement de la coopération entre les établissements publics et privés. Il vise également à améliorer la coordination des soins en développant la complémentarité entre la médecine préventive, la médecine hospitalière, la médecine de ville et la prise en charge médico-sociale. »

À ce stade la question est clairement posée à tous de la délimitation des bassins de santé dans leur territoire de compétence. ■

tion mais aussi à l'analyse de ses comportements de consommateur de soins, et finalement à apprécier le degré de satisfaction des besoins. En termes mathématiques simples cela passe par le calcul de taux qui ne sont jamais que le rapport d'un événement (un nombre de lits de chirurgie) à la population concernée par l'événement (la population effectivement susceptible d'être hospitalisée dans ces lits). La logique de population, conduit à se soucier davantage du dénominateur d'un taux : la population concernée, que du numérateur : tel ou tel élément de l'offre. En effet, l'un des problèmes essentiels de l'organisation territoriale des soins provient de la difficulté qu'il y a de circonscrire géographiquement les populations et de pouvoir par là-même assurer qu'elles consomment ici les soins offerts ici. Ce problème, qui n'est rien d'autre que celui de la définition exacte d'un taux et qui concerne toutes les sciences, a souvent été contourné par l'acceptation de limites administratives, départementales par exemple, sans aucune raison objective.

C'est à la résolution de ce problème, source de gaspillages et d'inefficacité potentielle que s'attache la notion de bassin de santé qui vise à la fois à une meilleure accessibilité des personnes au système de santé et à une meilleure adéquation entre l'offre et la demande.

Un découpage géographique adapté aux problèmes sanitaires

La planification en santé commande incontestablement une vision d'ensemble de la satisfaction des besoins de la population et de leur évolution. C'est la raison pour laquelle les approches centrées sur le patient et ses besoins de soins tels qu'ils s'expriment dans un bassin de vie, ou un bassin de santé, sont officiellement recommandées. Qu'est-ce qu'un bassin de vie ou un bassin de santé ? L'hôpital, de même que tout autre offreur de soins public ou privé, se doit de répondre aux besoins de la population et pour cela il doit les connaître. Il ne saurait évidemment assimiler les besoins des malades qu'il reçoit ou qu'il pourrait recevoir à des besoins moyens des Français. Il doit connaître les besoins de « sa » population ne serait-ce que pour en mesurer la différence avec les besoins moyens des Français et y apporter des réponses adaptées.

Un bassin de santé n'est ainsi fondamentalement rien d'autre que le cadre spatial de l'action du professionnel de soins, celui où réside « sa » population et, autour de lui d'autres professionnels de santé avec lesquels il constitue, au moins de fait, un réseau.

Comme l'hôpital représente le sommet de la hiérarchie du système et pour que l'ensemble atteigne une certaine masse critique les bassins de santé sont d'abord

des territoires hospitaliers. Comme l'hôpital n'est pas seul en un point donné du territoire mais qu'il est voisin d'autres établissements de santé publics ou privés et d'autres prestataires de soins, il partage ce cadre d'action avec tout un ensemble d'offres de soins avec lesquels il forme ce qu'on peut appeler un « pôle » sanitaire.

Définition des bassins de santé

Un bassin de santé est une partie de territoire drainée par des flux hiérarchisés et orientés principalement vers un centre, de patients aux caractéristiques et aux comportements géographiques homogènes. Une commune, par exemple, fait partie d'un bassin de santé parce que ses habitants s'adressent préférentiellement aux établissements de ce bassin et que vis-à-vis des autres établissements périphériques les habitants des communes ont un comportement voisin. Les limites d'un bassin de santé sont déterminées par le départ entre les aires d'influence respectives de pôles sanitaires voisins. L'analogie est donc forte avec le bassin hydrographique ou bassin versant et avec la ligne de partage des eaux. C'est aussi ce que l'on appelait dans le français rural classique une « tombée ». On pourrait aussi évoquer si l'on ne craignait l'analogie économique sinon marchande, l'aire de chalandise. La définition d'un bassin de santé repose sur une homogénéité de comportements des populations et non directement sur une disposition des structures de l'offre. Par opposition à d'autres découpages de l'espace sanitaire qui privilégient une approche par les structures, le bassin de santé propose une approche par les comportements. Tels qu'ils ont été définis en 1977 et 1989 en France et le plus souvent, les secteurs sanitaires ne correspondent pas à la réalité des mouvements de la population hospitalisée car ils n'ont pas été définis en référence aux pratiques spatiales des populations. Il en va de même de la délimitation territoriale des caisses primaires d'assurance maladie.

En raison de l'organisation hiérarchique de l'offre de soins, un bassin de santé est, à la limite, toujours emboîté dans des bassins de dimensions supérieures et englobe toujours des bassins d'échelles inférieures. Néanmoins on ne parlera pas du bassin de santé organisé autour de tel ou tel cabinet de médecine libérale ou de telle ou telle clinique. On parlera dans ce cas d'aire d'attraction ou de recrutement. Dans la pratique on parlera de bassin de santé dès lors que la population sera suffisamment nombreuse tout en restant la plus homogène possible sous le rapport de ses caractéristiques ou besoins de santé. On parlera de bassin de santé dès lors qu'un réseau de santé pourra se mettre en place ou existera déjà. Dès lors un bassin de santé comportera en général au moins un pôle de niveau II dans la hiérarchie hospitalière, soit au moins un centre hospitalier d'au moins 150 à 200 lits. Sur cette base, on peut observer en France environ 200 bassins de santé.

Comment délimiter des bassins de santé ?

L'identification de bassins de santé et de pôles de soins peut se faire de plusieurs manières :

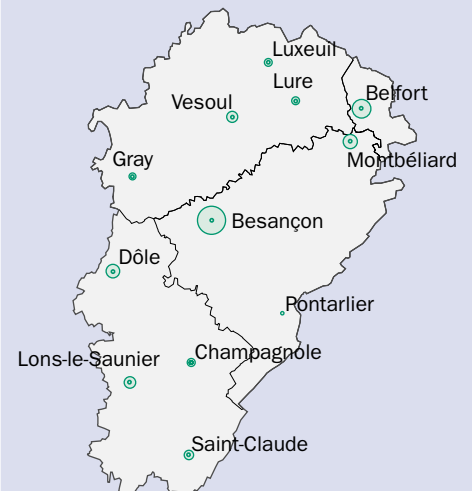
- Elle peut se fonder sur l'expression de la perception des acteurs par le biais de l'enquête sociologique. Scientifiquement cependant, rien ne peut permettre de mesurer le degré d'objectivité d'une telle démarche. Qui a été interrogé et par qui ? et son caractère consensuel est difficile à atteindre pour cette raison même. On aurait tort toutefois de mésestimer l'enquête tant l'expérience, surtout si elle est collective, ne peut être négligée, et de même il convient au moins de s'interroger sur le degré de précision d'analyses qui la démentiraient complètement. Dans tous les cas, l'expérience des acteurs constitue au moins un référentiel et il convient au moins de les associer à la validation des résultats de l'analyse scientifique.

- On peut aussi procéder par analogie avec les lois physiques de l'attraction universelle et déterminer des aires d'attraction. La distance est dans l'univers un puissant facteur explicatif de l'attraction des masses les unes sur les autres et ce que l'on sait de l'attraction hospitalière ne déroge pas à cette règle. Le résultat est mathématiquement très satisfaisant, mais il peut dérouter par son caractère déterministe laplacien. L'expérience montre toutefois qu'une telle approche suscite des débats dont la nature éloigne des préoccupations initiales et finalement l'analyse perd en justification sociale ce qu'elle gagne peut-être en justification scientifique.

- On peut enfin, dans une perspective de planification populationnelle, souhaiter intégrer à la détermination des « bassins » et « pôles » de santé la vision et la pratique qu'en ont les principaux acteurs, à savoir les

Étapes de la construction de bassins

1. Distribution et masse des pôles hospitaliers



hospitalisés eux-mêmes et ceux qui les adressent ici plutôt que là : leurs médecins. L'intérêt d'une telle démarche est évidemment de donner de l'espace hospitalier une vision non technocratique et de permettre pour employer une formule à la mode « une expression citoyenne ». Son risque est évidemment d'entériner les choix de la population comme des choix justifiés et rationnels. Il y a peut-être là un danger que l'on ne peut négliger. Cependant, la Constitution affirmant la liberté fondamentale d'aller et venir des citoyens de la République, il peut aussi paraître conséquent d'accepter ces choix. Il est préférable de souscrire à cette conception plutôt qu'à une autre.

Méthode de délimitation des bassins de santé

La délimitation des bassins de santé repose sur l'analyse d'une information décrivant les flux de patients de leur domicile à leur lieu de soins. Cette information est aujourd'hui disponible dans les PMSI des établissements. Le géocodage de ceux-ci, encore imparfait, doit être conforté. L'exhaustivité n'est d'ailleurs absolument pas nécessaire pour un tel objet : des sondages conviennent bien. La délimitation des bassins de santé peut aussi se fonder sur l'analyse de données d'enquête (comme les enquêtes du Groupe d'animation et d'impulsion nationales (Gain) de la Cnamts, les affections de longue durée, ALD, lesquelles donnent lieu à une prise en charge à 100% et sont consignées sur des bordereaux spéciaux) ou sur d'autres enregistrements comme l'état-civil pour les naissances et les décès puisque les uns et les autres ont aujourd'hui très majoritairement lieu en milieu hospitalier.

L'analyse d'un tableau (une matrice) décrivant la fréquentation de chaque pôle hospitalier j pour chaque

secteur d'habitat i est la condition sine qua non de la prise en compte concrète et objective de la pratique spatiale des personnes hospitalisées. Le caractère lourd et fastidieux de ces tableaux conduit également souvent à n'en tirer qu'une part limitée de l'information qu'ils contiennent pourtant. Le plus souvent ce sera en ne retenant que la destination majoritaire ou attirant plus de 50 % d'un lieu donné. Il n'y a aucune justification théorique à ce genre de seuil qui peut en outre conduire à réunir des situations très disparates. Il convient plutôt de s'attacher à la reconnaissance de familles de profils de comportements... À la décharge des situations passées on considérera l'état de la micro-informatique au début de la décennie... mais on devra alors accepter que son état présent rend inacceptable... l'absence de calcul.

L'analyse des données est la solution statistique adaptée à l'exploration et à la représentation de l'information contenue dans ce genre de tableau origine/destination. Dans le cas d'une détermination des bassins de santé on pourra avoir recours à :

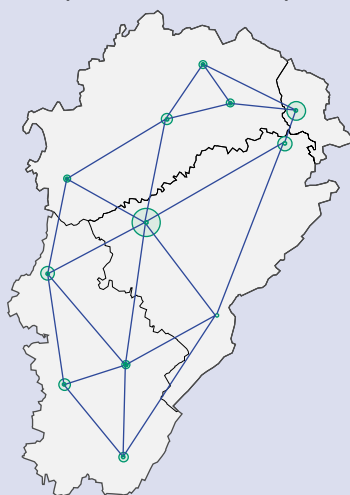
- l'analyse des correspondances ou l'analyse des proximités pour la détermination des pôles hospitaliers,
- la classification hiérarchique ascendante pour la détermination de la hiérarchisation du dispositif et de ses emboîtements successifs.
- les nuées dynamiques, à partir des pôles fixés par l'analyse des correspondances pour la détermination des limites des bassins.

Arguments en faveur des bassins de santé

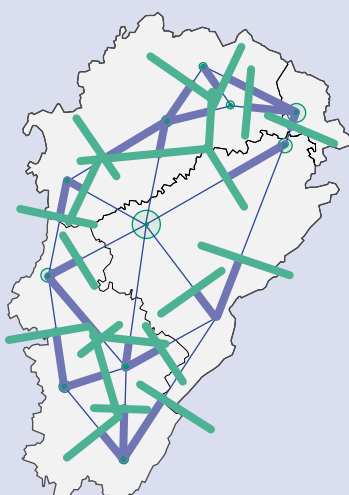
Au-delà des arguments juridiques qui s'imposent désormais aux acteurs de santé toute une série d'argu-

de santé théoriques

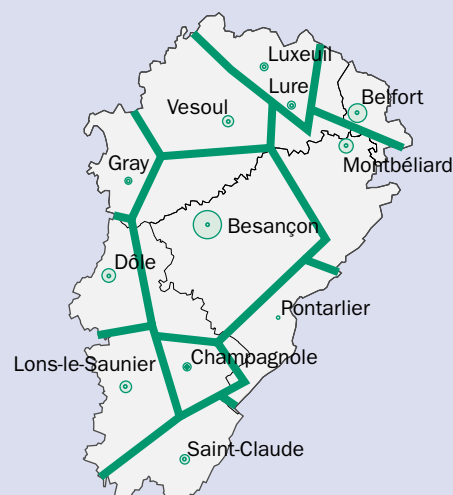
2. Graphe des relations entre pôles hospitaliers



3. Construction des limites

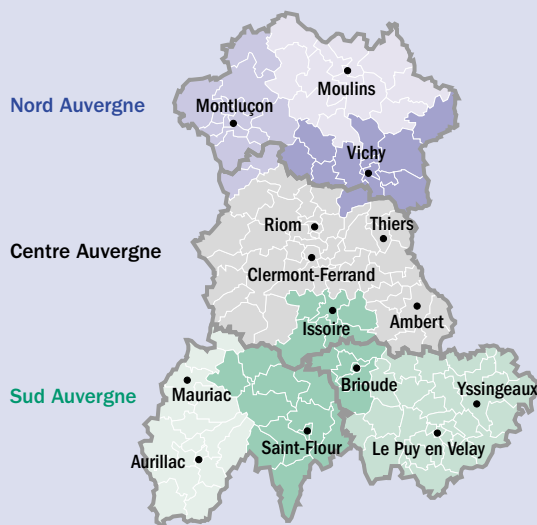


4. Délimitation



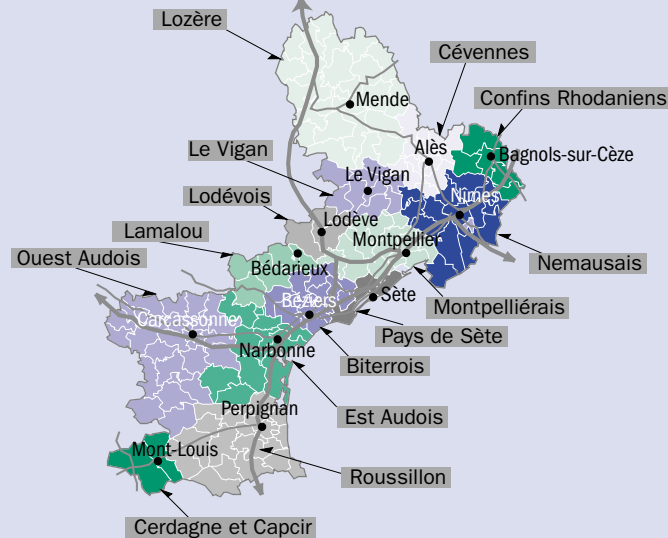
Exemples de bassins de santé

Les bassins de santé de l'Auvergne



Sources :
Enquête PMSI/
Exploitation
Geos.
© Geos/ARH
Auvergne
© Geos/ARH
Languedoc-
Roussillon

Les bassins de santé du Languedoc-Roussillon



ments moins conjoncturels existe en faveur d'une telle démarche :

Arguments mathématiques

La confrontation de « bassins théoriques », résultant seulement du calcul, aux bassins de santé tels qu'ils sont déterminés par l'analyse des comportements d'hospitalisation des populations est étonnante. En effet, le calcul montre qu'une loi simple, celle de l'attraction universelle de Newton, est susceptible d'expliquer le phénomène de l'attraction hospitalière avec un haut degré de probabilité...

Arguments d'actualité

Les cartes que l'on peut réaliser à partir des sources d'enquête passées (du type des enquêtes Gain chirurgie de la Cnamts) se superposent parfaitement avec celles que l'on peut dresser à partir des récentes données PMSI. C'est un argument puissant en faveur de la méthodologie proposée et en faveur de la réalité et de la stabilité dans le temps du découpage proposé. De même les contours des bassins de santé dessinés à partir de l'analyse du comportement des patients se superposent avec d'autres découpages anciens et traditionnels, comme ceux de ces « pays » centrés sur de petites villes, que l'on nomme aujourd'hui « bassins de vie ».

Arguments pratiques

Dans la perspective d'une approche des problèmes de santé centrée sur les besoins de la population, le bassin de santé est actuellement le découpage le plus adéquat dans la mesure où il est le résultat d'un découpage issu directement et uniquement du comportement géographique des patients. Par définition un bassin de santé est drainé par plusieurs établissements de soins :

c'est une entité géographique qui permet de dépasser le jeu de tel ou tel établissement pour aller vers la recherche de synergies et de complémentarités. Il part de l'idée que la santé n'est pas un marché et qu'il y a des limites éthiques au jeu de la concurrence. À une échelle supérieure, par construction, le bassin de santé est le résultat d'une partition emboîtée du territoire qui de ce fait permet la reconnaissance et l'organisation de réseaux de prise en charge gradués. Il convient également de souligner que le bassin de santé est le découpage qui minimise au mieux les fuites et attractions, ce qui est un atout en termes de justification d'allocation de ressources. Enfin, on pourra considérer que les bassins de santé constituent la base géographique indispensable à l'élaboration d'un système d'information géographique ou SIG, enfin vraiment utile à la prise de décision en santé publique.

Arguments de convergence

Quelle que soit la méthode employée, les résultats sont généralement cohérents. Cette cohérence est un gage précieux d'acceptabilité. Les contours que révèlent les analyses doivent en effet être secondairement soumis à une décision de nature politique — à une appropriation sociale — qui ne relève pas de l'analyse proprement dite même si ses arguments facilitent cette nécessaire appropriation.

En guise de conclusion...

La notion de bassin de santé parce qu'elle part des comportements et des besoins des usagers alors que d'autres découpages partaient de la répartition actuelle de l'offre conforte le passage d'une logique d'institu-

tions à une logique de services de santé. C'est là au demeurant la spécificité du géographe de la santé par rapport à d'autres acteurs du champ sanitaire. Son objet d'étude, l'espace, le conduit à mesurer d'abord des besoins, puis à apprécier le niveau de réponse de l'offre. Ce qui peut paraître banal... Mais qui ne l'est pas toujours tant il est commode de partir de l'offre. Au plan philosophique ce n'est rien d'autre qu'une perspective humaniste et une volonté de faire vivre la devise de la République.

Au plan pratique, cette logique de services de santé définis à partir d'une mesure locale des besoins de la population débouche sur le concept opérationnel de « commande publique ». Elle pourrait reposer sur une définition du besoin de santé par types de territoires : rural isolé, zones périurbaines, villes de taille différentes, types de quartiers. ■

Peut-on déterminer les besoins locaux de santé ?

Peut-on déterminer les besoins locaux de santé ? Notre réponse est oui et, de façon liminaire, nous complèterons cette affirmation en précisant qu'il s'agit en la matière, d'une réelle obligation. Pourtant, il n'existe pas de formule mathématique ou de modèle permettant d'aboutir à un résultat fiable et consensuel correspondant à un questionnement aussi flou. Par ailleurs, l'intégration de l'approche spatiale aux raisonnements de santé publique présente encore aujourd'hui quelques obstacles techniques et culturels, ayant leurs origines dans l'histoire épistémologique et sociologique des disciplines et des professionnels appelés à intervenir dans le champ de l'analyse des faits de santé.

Faire progresser le questionnement afin d'en élucider les objectifs

Pour répondre à la question ici posée, la première nécessité est de disposer, au préalable, d'une interrogation claire, précise et explicite. Celle-ci doit s'élaborer conjointement entre « techniciens-experts » et « demandeurs-décideurs ».

Trop souvent en effet, acteurs, responsables, représentants de la collectivité formulent ce questionnement en des termes peu clairs, en n'explicitant pas leurs intentions. En cela, la détermination de besoins de santé ne peut s'engager qu'au prix d'un questionnement rapporté à l'émetteur d'origine dans le cadre d'une très étroite collaboration.

Quels sont les besoins à découvrir ? Sont-ils globaux, spécifiques, courants ou rares ? De quelle population s'agit-il ? La population générale ? Les individus d'un sexe ou de l'autre ? De quels âges ? Convient-il de ne porter attention qu'à la population atteinte de telle ou

telle affection ou vers l'ensemble des habitants vivant localement ? Cherche-t-on à apprécier un ou des besoins globaux, somme toute relativement abstraits ? Ou s'agit-il de préciser quels peuvent être les besoins relatifs à telle ou telle technique ? Des besoins relevant de telle structure ou susceptibles d'être couverts par des réseaux d'acteurs ? Quel est ce « local » retenu comme cadre de réflexion ? Dans quel contexte régional se situe-t-il ? Ces besoins sont-ils immédiats, contemporains ou doivent-ils être estimés à court, moyen ou long terme ?

L'accompagnement de la demande est, à l'évidence, la première étape de la détermination des besoins. Avant d'aborder des étapes plus aisées car plus techniques, il convient de bien connaître les motifs de la demande, d'avoir procédé à la détermination de la finalité de la démarche. Est-elle demandée dans le cadre d'une répartition de moyens budgétaires, humains, techniques ou d'infrastructures ? Sera-t-elle menée afin de réaliser des arbitrages entre des demandes provenant d'acteurs locaux ou, au contraire, doit-elle être utilisée par les « demandeurs-décideurs », dans le cadre d'une analyse prospective accompagnant la recherche de l'expression locale de projets innovants et adaptés aux situations locales ? De quels délais dispose-t-on ? À quelle échéance veut-on atteindre des résultats ? Cette deuxième étape suit la phase d'explicitation de la demande. Elle recouvre les trois aspects fondamentaux de la démarche de détermination.

Déterminer, selon la définition du dictionnaire *Le Robert*, consiste en effet non seulement à « délimiter avec précision » les besoins, mais aussi à « entraîner la décision » des « demandeurs-décideurs » ; enfin cette action devrait être susceptible « d'être la cause, ou d'être à l'origine » d'un positionnement confirmé ou renouvelé des « demandeurs-décideurs ».

Quel local ?

Qu'est-ce que le local ? Dans le contexte d'une réflexion portant sur les relations entre santé publique et aménagement du territoire, ce point nous semble capital. Pour divers motifs, la dimension territoriale est restée durablement étrangère à la réflexion de santé publique [12]. Souvent, les « demandeurs-décideurs » s'adressent aux « techniciens-experts » afin que ceux-ci leur précisent quel est l'espace unique à partir duquel il convient de fonder leur approche territoriale. Ici encore, la réponse à apporter n'est certainement pas unique, elle dépend de la question initialement posée et des objectifs finaux.

Deux attitudes sont possibles et bénéficient de degrés de légitimités comparables, pourvu que quelques règles soient respectées. Il est tout à fait envisageable de retenir une entité administrative préexistante (arrondissement, canton, aire urbaine, zone d'emploi...) ou un secteur géographique *ad hoc* dont, le plus souvent, la délimitation aura été fondée sur des critères descriptifs du milieu (facteurs démographiques, sociaux,

Olivier Lacoste
Directeur
de l'Observatoire
régional de la santé
Nord-Pas-de-Calais
Jean-Louis Salomez
Professeur
de santé publique
CHR de Lille,
Président
de l'observatoire
régional de la santé
Nord-Pas-de-Calais