

## Introduction

---

La territorialisation des problèmes de santé est aujourd'hui un des enjeux des politiques publiques. Cette idée recouvre toutefois des réalités différentes en fonction des interventions envisagées. Plusieurs formes de territorialisation peuvent en effet être distinguées en regard de différentes priorités : accès aux soins, prévention ou éducation à la santé. Dans ce rapport, nous avons privilégié la territorialisation définie par l'ARH pour le SROS 3 en se référant aux 20 territoires de santé et de proximité.

En rassemblant dans un document unique les principaux indicateurs disponibles par territoire de santé de proximité, l'objectif n'est pas de proposer un diagnostic de chacun ces territoires. Un tel diagnostic ne peut en effet se limiter à une approche quantitative par indicateurs construits à partir de données partielles qui ne rendent pas compte, ou alors de manière souvent imparfaite, de toute la complexité de la santé de la population locale et du système de soins. Par contre, les indicateurs proposés permettent d'avoir des points de repère essentiels qui facilitent un premier regard sur le territoire analysé. Certes, cette approche est insuffisante pour quiconque veut réaliser un diagnostic territorial qui appelle d'autres méthodes complémentaires.

L'approche par indicateurs quantitatifs présente des limites techniques dès lors qu'on souhaite l'appliquer à des territoires restreints. L'information est souvent peu disponible à des échelons infrarégionaux ou infra-départementaux. Et lorsqu'elle existe par territoire, elle n'est pas forcément significative en raison du nombre d'habitants sur ces territoires qui induit des indicateurs où les petits nombres limitent la significativité statistique des résultats observés. C'est pourquoi, dans ce document, les taux de mortalité sont à chaque fois indiqués avec des informations complémentaires permettant de connaître le niveau de significativité de l'information produite (voir partie méthodologie).

Un autre découpage territorial aurait pu être adopté. La ville et l'agglomération peuvent, en effet, apparaître comme un territoire pertinent en termes de santé publique parce que c'est là que se trouve concentrée la majorité de la population et que ce sont des territoires qui délimitent un champ d'intervention politique et technique permettant d'imaginer d'autres manières de gérer les facteurs conditionnant la santé. Mais, en même temps, dès lors qu'on veut intervenir sur les déterminants sociaux, la ville et l'agglomération peuvent apparaître comme des territoires trop vastes pour les professionnels de la santé et du social qui interviennent sur des échelles moins importantes comme le quartier. C'est là d'ailleurs l'un des objets des « ateliers santé ville » comme le rappelle la circulaire interministérielle du 4 septembre 2006 relative à l'élaboration et à la mise en œuvre des projets de santé publique dans les territoires de proximité. Mais plus le territoire est restreint et plus les indicateurs quantitatifs de santé risquent de devenir peu pertinents et donc peu opérants.

Quel que soit l'échelon territorial de proximité choisi, les indicateurs quantitatifs présentent des limites et ne peuvent suffire à fonder à eux seuls un diagnostic territorial où l'approche qualitative avec une participation des habitants est tout aussi importante. C'est pourquoi les fiches territoriales présentées ici n'ont qu'un objectif limité : celui de mettre à disposition quelques points de repères construits à partir de données démographiques, socioéconomiques, de mortalité et d'offre de soins disponibles.

Octobre 2006