

**LE DIRECTEUR GÉNÉRAL DE L'AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ  
ALSACE, CHAMPAGNE-ARDENNE, LORRAINE**

**CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR**

**Avis de consultation**

**Définition des périmètres géographiques des territoires de démocratie sanitaire  
au sein de la région Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine**

**1. ÉMETTEUR DE L'AVIS DE CONSULTATION**

ARS Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine

3, boulevard Joffre – CS 80071

54036 NANCY CEDEX

**2. OBJET DE LA CONSULTATION**

L'Agence régionale de santé Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine soumet à la procédure de consultation pour avis la proposition de définition du périmètre géographique des territoires de démocratie sanitaire pour la région Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine.

Conformément à l'article R. 1434-29 du code de la santé publique, la proposition de définition des territoires de démocratie sanitaire fait l'objet avant d'être arrêtée par le Directeur général de l'ARS, d'une publication sous forme électronique, à l'adresse suivante :

**<http://www.ars.alsace-champagne-ardenne-lorraine.sante.fr>**

**3. NATURE DES DOCUMENTS PUBLIÉS**

**3.1 - Composition du document**

Le document publié est la proposition de définition du périmètre géographique des territoires de démocratie sanitaire pour la région Alsace, Champagne Ardenne, Lorraine.

**3.2 - Statut du document**

Le périmètre géographique des territoires de démocratie sanitaire seront arrêtés par le Directeur Général de l'ARS après expiration du délai de consultation et après intégration des éventuelles observations, remarques et propositions formulées dans les avis reçus avant son expiration.

**4. AUTORITÉS CONSULTÉES**

Conformément à l'article R.1434-29 du code de la santé publique, les autorités concernées par la présente consultation sont :

- La Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) d'Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine ;
- Le Représentant de l'Etat dans la région Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine ;
- Les Collectivités territoriales concernées de la région Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine.

## 5. DÉLAI DE CONSULTATION

À compter de la présente publication de l'avis de consultation au recueil des actes administratifs de la Préfecture de région, les autorités consultées disposent de deux mois pour transmettre leur avis à l'Agence régionale de santé.

## 6. PROCÉDURE DE TRANSMISSION DES AVIS

La Conférence régionale de la santé et de l'autonomie d'Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine, le représentant de l'État dans la région Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine et les collectivités territoriales concernées de la région Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine transmettent leur avis, dans un délai de deux mois à compter de la présente consultation :

- à l'adresse électronique suivante : **ARS-ACAL-DEMOCRATIE-SANITAIRE@ars.sante.fr**
- ou par courrier adressé à :

Monsieur le Directeur général  
Agence régionale de santé Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine  
Département de la stratégie régionale de santé et de la démocratie en santé  
3 boulevard Joffre  
CS 80071  
54036 NANCY CEDEX

## 7. ADOPTION

Le périmètre géographique des territoires de démocratie sanitaire sera arrêté par le Directeur général de l'Agence Régionale de Santé à l'expiration du délai de consultation.

Le Directeur général  
De l'Agence régionale de santé  
Alsace, Champagne-Ardenne, Lorraine



Claude d'HARCOURT

**Définition du périmètre géographique  
des territoires de démocratie sanitaire  
pour la région Grand-Est  
(Alsace, Champagne Ardenne, Lorraine)**

Avis de consultation – août 2016

## **1. Contexte des propositions de définition du périmètre géographique des territoires de démocratie sanitaire**

### **1.1 Évolution juridique de la territorialisation en santé de 2009 à 2016**

La loi « Hôpital Patient Santé et Territoire » du 21 juillet 2009 avait placé le territoire comme un élément essentiel de l'organisation de l'offre de soins. Ainsi, les Agences régionales de santé ont défini le périmètre géographique des territoires de santé afin de fixer, par territoire de santé, les objectifs de l'offre de soins par activités et équipements matériels lourds, les créations et suppressions d'activités, les transformations, regroupements et coopérations entre les établissements de santé, les missions de service public des établissements de santé et autres structures.

Dès 2010, les Agences régionales de santé d'Alsace, de Lorraine et de Champagne-Ardenne ont respectivement constitué 4 territoires de santé partagés entre les deux départements du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, 4 territoires de santé correspondants aux départements des Vosges, de la Moselle, de la Meurthe-et-Moselle et de la Meuse, et deux territoires de santé couvrant, d'une part, les départements des Ardennes et de la Marne, d'autre part, les départements de l'Aube et de la Haute-Marne. Dix territoires de santé recouvrent actuellement le périmètre géographique de la nouvelle région Grand-Est.

La loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé prévoit que l'agence régionale de santé délimite « **des territoires de démocratie sanitaire** » à l'échelle infrarégionale, de manière à couvrir l'intégralité du territoire de la région » ainsi que « des zones » donnant lieu, d'une part, à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds, d'autre part, à l'application aux laboratoires de biologie médicale des règles de territorialité (article L. 1434-9 du code de la santé publique).

Désormais, ce nouveau cadre juridique de la territorialisation en santé distingue :

- les territoires de démocratie sanitaire faisant l'objet de la consultation ;
- les territoires de répartition de l'offre en santé, appelés zones d'implantations dont le périmètre géographique sera soumis à concertation en 2017 dans le cadre de l'élaboration du futur projet régional de santé de la région Grand-Est.

**Conformément au décret n°2016-1024 du 26 juillet 2016, les territoires de démocratie sanitaire sont définis au plus tard le 31 octobre 2016, après avis du représentant de l'État dans la région, de la conférence régionale de la santé et de l'autonomie et des collectivités territoriales concernées.**

La loi prévoit également que soit constitué « un conseil territorial de santé sur chacun des territoires [de démocratie sanitaire] » (article L. 1434-10 du CSP). Le conseil territorial de santé est composé des différentes catégories d'acteurs du système de santé du territoire (élus des collectivités territoriales,

professionnels de santé, représentants des usagers, représentants de l'Etat et des organismes d'assurance maladie). Il remplacera les actuelles conférences de territoire.

## 1.2 Les missions des conseils territoriaux de santé

Selon les articles L 1434-10, L 3221-2 du code de la santé publique et le décret n°2016-1024 du 26 juillet 2016, les missions du conseil territorial de santé seront les suivantes :

- participer à la réalisation du diagnostic territorial partagé (besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux ; insuffisances en termes d'offre, d'accessibilité, de coordination et de continuité des services sanitaires, sociaux et médico-sociaux ; attention portée aux quartiers prioritaires de la politique de la ville et aux zones de revitalisation rurale) avec l'appui des équipes de soins primaires et des communautés professionnelles territoriales de santé ;
- contribuer à l'élaboration du Projet régional de santé (PRS) ;
- être informé des créations de plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de santé complexes et des signatures de contrats territoriaux et locaux de santé, et contribuer à leur suivi ;
- donner un avis sur le diagnostic territorial partagé et sur le projet territorial de santé mentale ;
- adresser au Directeur général de l'ARS toute proposition pour améliorer la réponse aux besoins de la population sur le territoire, notamment sur l'organisation des parcours de santé ;
- être saisi par le Directeur général de l'ARS sur toute question relevant des missions du conseil ;
- à titre *expérimental* pour certains conseils territoriaux de santé et pour 5 ans, sur autorisation de l'État, être saisi par les usagers dans le cadre d'une médiation, de plaintes, de réclamations : aide aux démarches et à la constitution d'un dossier, information, orientation, expression des griefs auprès des professionnels de santé et établissements, écoute, suivi.

Les avis et les propositions des conseils territoriaux de santé sont transmis à la conférence régionale de santé et de l'autonomie.

Le conseil territorial de santé doit permettre la mise en débat des politiques publiques dans le domaine de la santé et favoriser les partages d'expériences.

## 1.3 Enjeux de la délimitation des territoires de démocratie sanitaire

Le décret précité relatif aux conditions de détermination des territoires et au conseil territorial de santé précise que **le territoire de démocratie sanitaire vise à mettre en cohérence les projets de l'agence régionale de santé, des professionnels et des collectivités territoriales, en prenant en compte l'expression des acteurs du système de santé et notamment celle des usagers.**

Les territoires de démocratie sanitaire doivent ainsi être définis de façon à permettre d'une part, une cohérence d'ensemble et une coordination des politiques de santé infrarégionales et d'autre part, d'élaborer un cadre propice à la participation de l'ensemble des acteurs du système de santé. Ils doivent favoriser :

- La mise en place d'un espace de débat : le territoire de démocratie sanitaire, support du conseil territorial de santé, doit permettre l'association des acteurs locaux concernés par les problématiques de santé.
- La cohérence entre le territoire retenu et les pratiques socio-spatiales de la population au regard de leur bassin de vie.
- La cohérence avec les autres acteurs œuvrant pour la santé des habitants de la région Grand-Est à différents échelons : les services de l'État, les collectivités territoriales, les professionnels de santé, les associations, les usagers ont à trouver un espace de dialogue et de concertation.
- Un fonctionnement optimal des conseils territoriaux de santé : les crédits alloués à la démocratie sanitaire et les ressources humaines mobilisables en ARS doivent permettre le bon fonctionnement de ces instances.

Au regard de ces divers enjeux, les critères considérés pour établir deux propositions de définition des territoires sont d'ordre populationnel, spatial, politico-administratif et organisationnel.

Le critère populationnel sous-tend que le territoire ait une taille critique suffisante en nombre d'habitants couverts et que des liens entre les acteurs existent sur le territoire afin de créer ou de développer les dynamiques partenariales. Aussi, le territoire doit pouvoir s'appuyer sur un certain nombre de forces vives, d'acteurs à fort potentiel qui ont une bonne connaissance des habitants, des dynamiques du territoire ainsi que des enjeux en santé.

Le critère spatial met en exergue la cohérence des découpages territoriaux afin d'améliorer la lisibilité et la compréhension des différents niveaux de planification ou d'action. Ce critère correspond aussi à la prise en compte des distances et interconnexions entre les territoires. La participation des membres est un prérequis au bon fonctionnement des instances de démocratie sanitaire.

Le critère politico-administratif favorise la coordination et la mise en cohérence des politiques publiques dans le domaine de la santé (santé publique, médico-social, soins de proximité, soins hospitaliers).

Le critère organisationnel prend en compte l'opérationnalité d'un découpage qui permette une efficacité du fonctionnement des instances de démocratie sanitaire.

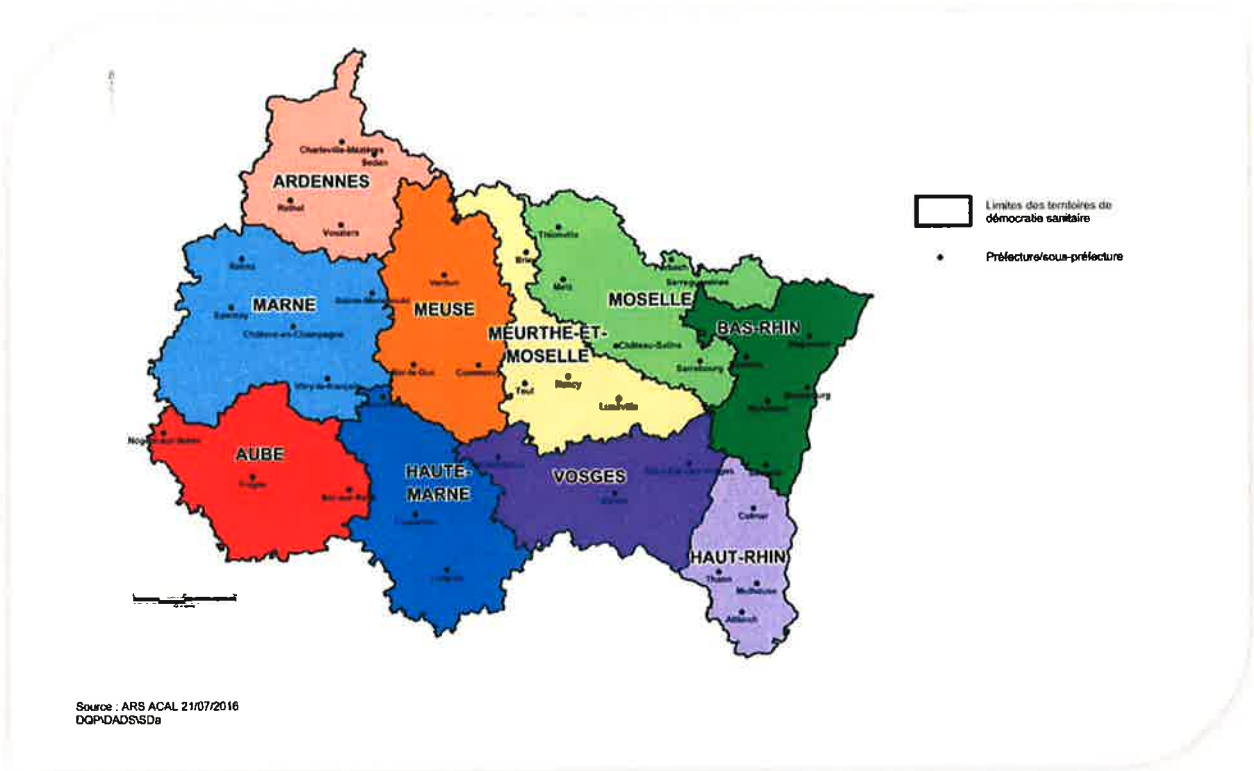
## **2. Propositions de délimitation des territoires de démocratie sanitaire**

### **Les territoires de démocratie sanitaire : échelon de mise en débat des politiques publiques de santé**

Afin de garantir une cohérence avec les différences découpages administratifs existants et les politiques publiques menées à différents niveaux, la maille géographique de base retenue pour les deux scénarios proposés à la concertation est le département. Cette maille géographique apparaît la mieux à même de préserver une approche globale de la santé et de répondre aux enjeux de décloisonnement des politiques publiques.

Pour chaque scénario envisagé, des indicateurs de santé publique par territoire de démocratie sanitaire sont présentés en annexes 1 et 2.

## Scénario 1 - Le respect strict du cadre départemental, soit un découpage de la région Grand-Est en 10 territoires de démocratie sanitaire



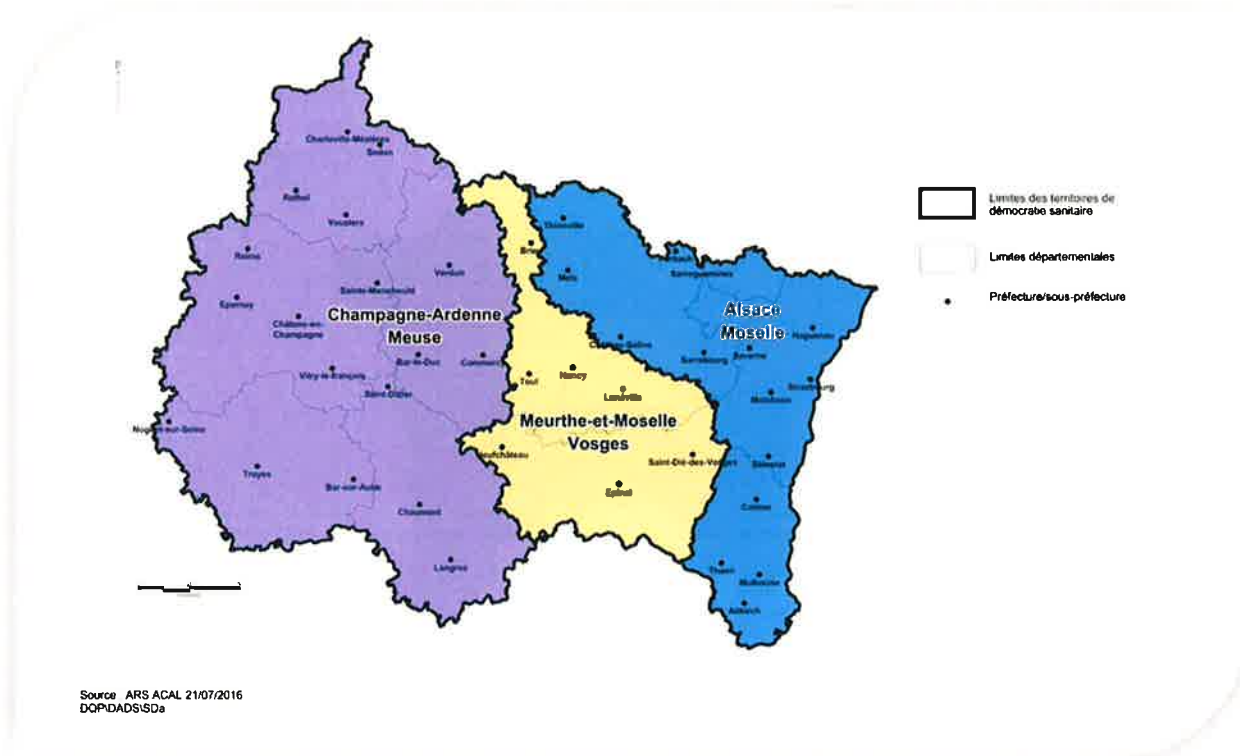
Le scénario 1 présente un découpage en 10 territoires de démocratie sanitaire qui se superposent aux 10 départements de la région Grand-Est (voir annexe 1).

Ce scénario privilégie avant tout les critères de la proximité, avec des territoires peu étendus, et permet la cohérence avec les découpages des politiques publiques locales et départementales, notamment dans les domaines de la dépendance, du handicap, de la prévention et de la promotion de la santé ainsi que des soins de premier recours ou encore de la cohésion sociale, du logement, de l'aménagement urbain et des transports.

Il est proche du découpage en territoires de santé actuels qui a montré des difficultés à faire fonctionner de façon pérenne les 10 conférences de territoires de la région Grand-Est.

Enfin, ce scénario conforte les limites administratives des anciennes régions Alsace, Lorraine et Champagne-Ardenne.

**Scénario 2 – Un regroupement de départements pour prendre en compte les synergies et coopérations en santé existantes ou en devenir notamment dans le cadre des groupements hospitaliers de territoire, soit un découpage de la région Grand-Est novateur en 3 territoires de démocratie sanitaire**



Le scénario 2 présente un découpage en 3 territoires de démocratie sanitaire, articulés autour des trois pôles urbains principaux de la région Grand-Est et regroupant :

- Les départements de Champagne-Ardenne et de la Meuse ;
- Les départements des Vosges et de la Meurthe-et-Moselle ;
- Les départements d'Alsace et de Moselle.

Ce scénario conserve cette volonté de cohérence avec les découpages des politiques publiques locales et départementales.

Il privilégie avant tout :

- le partage d'expériences et l'émulation entre départements présentant des indicateurs de santé similaires (*voir annexe 2*) ;
- le rapprochement de départements dépassant les frontières des anciennes régions permettant de donner une impulsion nouvelle propre à favoriser la création d'une identité Grand-Est.



Il prend en compte les liens existants entre acteurs de santé et ceux en construction, en particulier :

- les liens entre les acteurs de Vitry, Saint-Dizier et Bar-le-Duc (partage de bassins de vie, rapprochement entre établissements) ;
- les liens forts entre les départements de Meurthe-et-Moselle et des Vosges ;
- l'histoire commune des départements de la Moselle, du Bas-Rhin et du Haut-Rhin, de même typologie (urbanité et densités populationnelles élevées), et aux problématiques partagées (régime local d'Alsace-Moselle, coopérations transfrontalières avec l'Allemagne et le Luxembourg, densité médicale plus élevée que la moyenne nationale, ...).

*Voir la figure en annexe 3 qui superpose le découpage du scénario 2 avec celui des groupements hospitaliers de territoire récemment fixé.*

Il s'appuie sur les interconnexions déjà existantes entre les pôles urbains (navettes domicile-travail).

-----

En résumé, ces deux scénarios représentent des options allant d'une territorialisation classique calquée sur les départements à une territorialisation plus novatrice faisant apparaître la notion d'émulation des territoires et de leurs acteurs liés par des problématiques sociodémographiques similaires.

Quel que soit le scénario retenu, il s'agira de territoires de concertation de l'Agence régionale de santé qui n'ont pas d'impact sur les frontières administratives classiques, ni sur le territoire d'action des collectivités territoriales ou des services de l'État.

**Annexe 1 : Carte d'identité des territoires de démocratie sanitaire selon le scénario 1 à dix territoires**

Territoire DS / Département	08	51	10	52	55	54	88	57	67	68	Grand-Est
Population - Insee 2012	282 778	568 750	305 606	182 136	192 800	733 266	377 282	1 046 468	1 104 667	755 202	<b>5 548 955</b>
Part des PA de 75 ans et plus	9,3%	8,5%	10,0%	11,2%	10,3%	8,8%	10,6%	8,5%	7,9%	8,5%	<b>8,8%</b>
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (% population totale)	10,1%	6,7%	7,8%	6,2%	6,3%	6,9%	6,6%	5,5%	5,2%	5,3%	<b>6,2%</b>
Espérance de vie à la naissance 2011-2013	83,0	84,2	84,3	84,2	84,1	84,3	83,8	83,7	84,6	84,3	<b>84,1</b>
FEMMES											
Espérance de vie à la naissance 2011-2013	76,8	77,7	77,4	77,3	77,1	78,0	76,8	77,8	78,9	79,0	<b>78,1</b>
HOMMES											
Taux comparatif de mortalité par cancer 2011-2013	257,5	247,7	239,9	234,8	245,3	242,5	249,9	249,0	234,4	226,5	<b>241,2</b>
Taux comparatif de mortalité par maladies neurologiques 2011-2013	46,0	46,7	50,9	52,7	56,9	45,2	48,5	48,5	38,9	42,8	<b>45,9</b>
Taux comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires 2011-2013	235,2	189,2	196,7	198,4	220,9	191,1	213,3	218,3	211,8	211,4	<b>207,6</b>
Densité de médecins généralistes	93	108	84	94	90	118	98	95	127	99	<b>106</b>
Densité de médecins spécialistes	44	85	66	59	46	103	56	72	121	85	<b>85</b>
Dépense de santé moyenne par habitant en 2015 en € *	1 736	1 975	1 787	2 015	1 919	2 071	1 744	1 737	2 007	1 706	<b>1 874</b>

\* Dépenses de soins de ville du régime général (hors FIQCS) et les versements aux ESMS relevant de l'objectif général de dépenses (OGD).

**Annexe 2 : Carte d'identité des territoires de démocratie sanitaire selon le scénario 2 à trois territoires**

Territoires DS / Département(s)	TDS1	08	10	51	52	55	TDS2	54	88	TDS3	57	67	68	Grand Est
Population - Insee 2012	<b>1 532 070</b>	282 778	305 606	568 750	182 136	192 800	<b>1 110 548</b>	733 266	377 282	<b>2 906 337</b>	1 046 468	1 104 667	755 202	<b>5 548 955</b>
Part des PA de 75 ans et plus	<b>9,5%</b>	9,3%	10,0%	8,5%	11,2%	10,3%	<b>9,4%</b>	8,8%	10,6%	<b>8,3%</b>	8,5%	7,9%	8,5%	<b>8,8%</b>
Taux de bénéficiaires de la CMU-C (% population totale)	<b>7,5%</b>	10,1%	7,8%	6,7%	6,2%	6,3%	<b>6,8%</b>	6,9%	6,6%	<b>5,3%</b>	5,5%	5,2%	5,3%	<b>6,2%</b>
Espérance de vie à la naissance 2011-2013 FEMMES	<b>84,0</b>	83,0	84,3	84,2	84,2	84,1	<b>84,2</b>	84,3	83,8	<b>84,2</b>	83,7	84,6	84,3	<b>84,1</b>
Espérance de vie à la naissance 2011-2013 HOMMES	<b>77,4</b>	76,8	77,4	77,7	77,3	77,1	<b>77,6</b>	78,0	76,8	<b>78,6</b>	77,8	78,9	79,0	<b>78,1</b>
Taux comparatif de mortalité par cancer 2011-2013	<b>245,7</b>	257,5	239,9	247,7	234,8	245,3	<b>244,9</b>	242,5	249,9	<b>237,7</b>	249,0	234,4	226,5	<b>241,2</b>
Taux comparatif de mortalité par maladies neurologiques 2011-2013	<b>49,6</b>	46,0	50,9	46,7	52,7	56,9	<b>46,5</b>	45,2	48,5	<b>43,4</b>	48,5	38,9	42,8	<b>45,9</b>
Taux comparatif de mortalité par maladies cardiovasculaires 2011-2013	<b>204,2</b>	235,2	196,7	189,2	198,4	220,9	<b>199,7</b>	191,1	213,3	<b>214,1</b>	218,3	211,8	211,4	<b>207,6</b>
Densité de médecins généralistes	<b>97</b>	93	84	108	94	90	<b>111</b>	118	98	<b>108</b>	95	127	99	<b>106</b>
Densité de médecins spécialistes	<b>66</b>	44	66	85	59	46	<b>87</b>	103	56	<b>94</b>	72	121	85	<b>85</b>
Dépense de santé moyenne par habitant en 2015 en € *	<b>1 891</b>	1 736	1 787	1 975	2 015	1 919	<b>1 959</b>	2 071	1 744	<b>1 832</b>	1 737	2 007	1 706	<b>1 874</b>

\* Dépenses de soins de ville du régime général (hors FIQCS) et les versements aux ESMS relevant de l'objectif général de dépenses (OGD).

**Annexe 3 : Scénario 2 avec en fond de couleur les limites géographiques des 12 groupements hospitaliers de territoire fixés par arrêté du Directeur général de l'ARS en date du 1<sup>er</sup> juillet 2016.**



***Précisions de lecture :***

- Les traits noirs épais correspondent à la délimitation des territoires de démocratie sanitaire du scénario 2
- Les traits noirs fins marquent la délimitation administrative des départements.
- En couleur, sont représentés les 12 groupements hospitaliers de territoire sur le périmètre de la région Grand-Est. À noter que le GHT 4 est partagé avec la région Bourgogne – Franche-Comté (non représenté sur la carte).

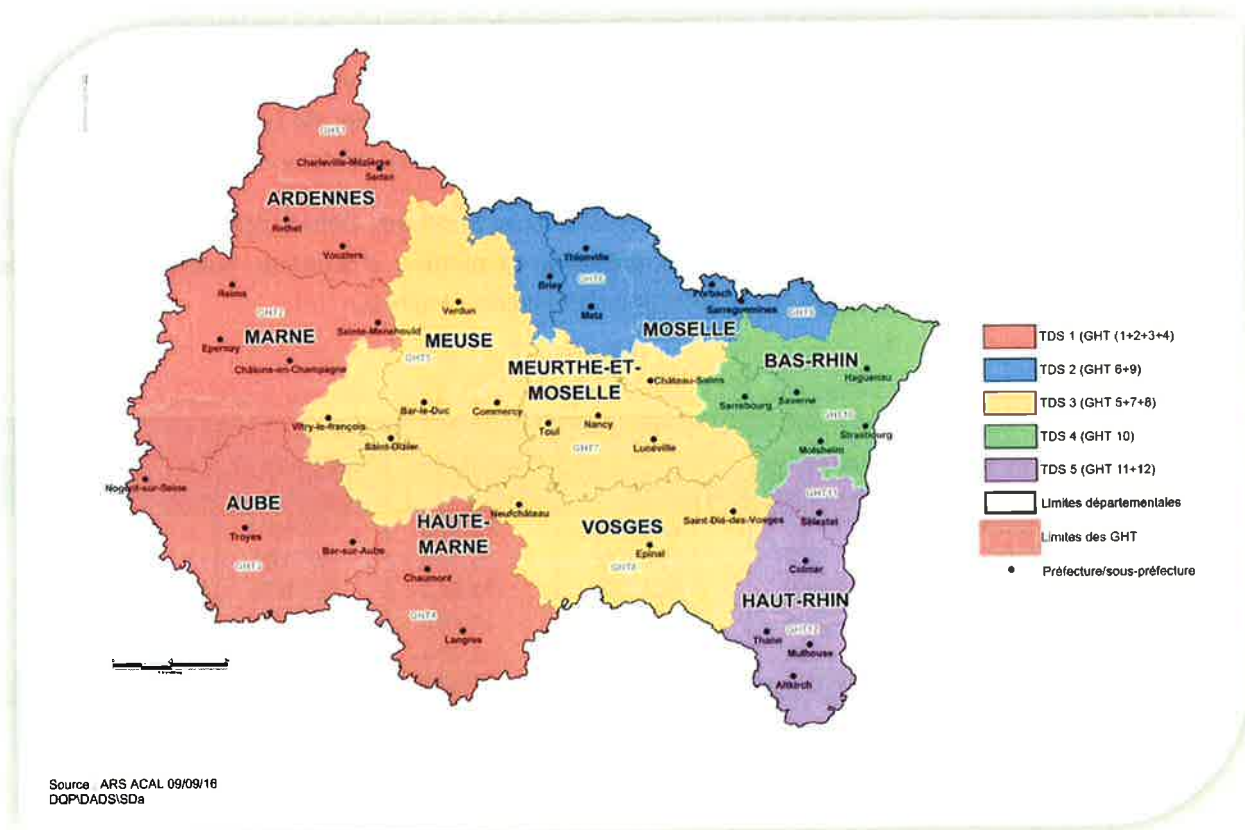
## Définition du périmètre géographique des territoires de démocratie sanitaire pour la région Grand Est (Alsace, Champagne Ardenne, Lorraine)

Complément à l'avis de consultation publié au recueil des actes  
 administratifs du 16 août 2016 – septembre 2016

Suite à la publication, le 16 août dernier, de l'avis de consultation relatif au périmètre géographique des territoires de démocratie sanitaire de la région Grand Est, des observations/propositions ont été formulées par des partenaires de l'Agence régionale de santé. Elles conduisent à proposer un troisième scénario qui vient compléter les deux scénarios faisant l'objet de l'avis de consultation du 16 août.

### Complément au paragraphe « 2. Propositions de délimitation des territoires de démocratie sanitaire » de l'avis de consultation du 16 août 2016

**Scénario 3 – Des territoires de démocratie sanitaire favorisant la cohérence avec le périmètre géographique des groupements hospitaliers de territoire (GHT), soit un découpage de la région Grand Est en 5 territoires de démocratie sanitaire, constitués par regroupements de GHT**



Les scénarios 1 et 2 de l'avis de consultation du 16 août ont été élaborés en prenant comme référence la maille géographique des départements.

Le nouveau scénario 3, proposé à la concertation, présente un découpage en 5 territoires de démocratie sanitaire, constitués sur la base des périmètres géographiques des 12 groupements hospitaliers de territoire (GHT) :

- Territoire de démocratie sanitaire 1 : regroupement des GHT 1, 2, 3 et 4, couvrant en majorité les départements de Champagne Ardenne ;
- Territoire de démocratie sanitaire 2 : regroupement des GHT 6 et 9, couvrant pour partie la Meurthe et Moselle et la Moselle ;
- Territoire de démocratie sanitaire 3 : regroupement des GHT 5, 7 et 8, couvrant les départements de la Meuse, des Vosges et pour partie la Meurthe et Moselle, la Moselle, la Marne et la Haute Marne;
- Territoire de démocratie sanitaire 4 : correspondant au GHT 10, couvrant en majorité le Bas- Rhin et une partie de la Moselle ;
- Territoire de démocratie sanitaire 5 : regroupement des GHT 11 et 12, couvrant le Haut-Rhin et une partie du Bas-Rhin.

Le regroupement des territoires de GHT tient compte des flux de population observés entre les GHT quant à la prise en charge en hospitalisation complète de médecine, de chirurgie et d'obstétrique.

Cette proposition doit, d'une part, encourager les établissements de santé membres du GHT à s'ouvrir davantage au secteur médico-social, à la médecine de ville et au secteur de la prévention, d'autre part, favoriser les échanges et la diversité des expertises au sein du territoire de démocratie sanitaire.

Elle permet également une cohérence entre les différents territoires définis par l'Agence régionale de santé, dans une logique d'emboîtement, et présente un nombre d'habitants homogène entre les 5 territoires de démocratie sanitaire (cf données populationnelles ci-après).

Territoire de démocratie sanitaire	Composition GHT	Nombre de communes	Population	Superficie (km <sup>2</sup> )	Population 75 ans et plus	Part 75 ans et plus	Densité population
TDS1	GHT 1+2+3+4	1 730	1 223 656	22 826	113 447	9,3%	53,6
TDS2	GHT 6+9	629	1 118 532	5 386	97 123	8,7%	207,7
TDS3	GHT 5+7+8	1 830	1 282 524	19 948	121 872	9,5%	64,3
TDS4	GHT 10	544	1 040 155	4 880	83 372	8,0%	213,1
TDS5	GHT 11+12	462	884 088	4 393	74 559	8,4%	201,3
<b>Grand Est</b>		<b>5 195</b>	<b>5 548 955</b>	<b>57 433</b>	<b>490 373</b>	<b>8,8%</b>	<b>96,6</b>