

LES UNITÉS GÉOGRAPHIQUES ET LA VEILLE TERRITORIALE : UNE ÉVOLUTION PERMANENTE

Depuis la création de SCORE-Santé il y a vingt ans, le format de la base de données a évolué, de 129 territoires à sa création à 1 481 aujourd'hui. L'exigence de mettre à disposition des séries temporelles d'indicateurs à l'échelle des territoires actuels, a été satisfaite par le développement d'un travail méthodologique spécifique. La structuration et l'infrastructure ont été transformées afin de mettre à disposition des indicateurs de qualité calculés selon des repères méthodologiques cohérents à l'ensemble de la base.

À l'origine : les régions et les départements

Historiquement, SCORE-Santé est une base de données centrée sur les indicateurs régionaux dans la prolongation de la démarche appelée « la Santé observée » pour laquelle un tableau de bord de la santé était produit dans chaque région. Très rapidement, les indicateurs ont également été déclinés au niveau des départements. Depuis, chaque indicateur est présenté à l'échelle régionale, départementale et nationale¹.

2012 : une adaptation à la nouvelle territorialisation de la santé

Les agences régionales de santé (ARS), dans le cadre des premiers projets régionaux de santé, ont défini en 2011 des nouveaux territoires de santé. Afin d'être en cohérence avec ces territoires et au plus près de l'accompagnement des politiques publiques, l'ensemble des indicateurs de SCORE-Santé a été décliné, chaque fois que possible, à cette nouvelle échelle en 2012.

2016 : les nouvelles régions

La Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 a fait évoluer la délimitation des régions françaises, les ramenant à treize en métropole et cinq en Outre-mer. À cette occasion, l'ensemble des indicateurs régionaux de SCORE-Santé a été calculé selon le nouveau découpage.

2017 : les territoires de démocratie sanitaire et des indicateurs exclusivement nationaux

La Loi de modernisation de notre système de santé (LMSS) du 26 janvier 2016 remplace les territoires de santé par ceux de démocratie sanitaire. SCORE-Santé suit cette évolution et propose les indicateurs à ce nouvel échelon de réflexion et d'actions des ARS.

La même année, SCORE-Santé a ouvert un espace dédié aux indicateurs exclusivement nationaux, notamment du champ de l'économie de la santé. Cette évolution s'est faite en collaboration avec l'Irdes (Institut de recherche en économie de la santé), lors du transfert de sa base de données Eco-Santé vers SCORE-Santé.

2018 : les EPCI, premier échelon infra-départemental sur SCORE-Santé

En réponse aux besoins d'information pour les diagnostics locaux de santé, le comité de pilotage de SCORE-Santé a décidé d'étendre la mise à disposition d'indicateurs à l'échelle infra départementale. Le premier échelon retenu est celui des établissements publics de coopération intercommunale (EPCI)². Les premiers indicateurs calculés à cet échelon géographique ont été intégrés sur SCORE-Santé en 2018.

¹ Ce niveau national est décliné pour la France (entière) mais aussi la France hexagonale, ceci afin de présenter une valeur « nationale » dans les cas où les données initiales ne sont pas recueillies dans les régions d'outre-mer.

² En effet, depuis le 1^{er} janvier 2017, à l'exception de quatre communes situées sur des petites îles, l'ensemble des communes françaises appartient à un établissement public de coopération intercommunale (EPCI). Il s'agit de communautés de communes (CC), de communautés d'agglomération (CA), de communautés urbaines (CU) et de métropoles.

Mayotte

Mayotte est devenu le 101^e département français en 2011 et la 5^e région d'Outre-mer. Les données Mayotte sont intégrées sur SCORE-Santé selon leur disponibilité auprès des producteurs.

De la nécessité de disposer des données initiales communales...

La production des indicateurs à ces différentes échelles géographiques repose en effet sur la possibilité de mobiliser et traiter les données initiales communales, à chaque création ou modification de composition d'un territoire.

Le diagramme ci-dessous précise l'emboîtement de différents niveaux géographiques propres aux systèmes d'observation français (non exhaustifs). L'unité de base la plus fine³ mobilisable dans les bases servant de support à SCORE-Santé est la commune, qui permet de constituer tous les autres territoires.

C'est en revenant à chaque fois aux données sources que SCORE-Santé a pu s'adapter à ces changements successifs tout en continuant à mettre à disposition des séries historiques longues. Le développement de sa puissance de calcul permet aujourd'hui d'assurer cette adaptation aux évolutions des territoires, soutenue par une veille territoriale continue.

... et d'avoir une veille intensifiée sur les unités géographiques

La veille sur la composition et l'évolution des territoires est un axe de notre travail de production.

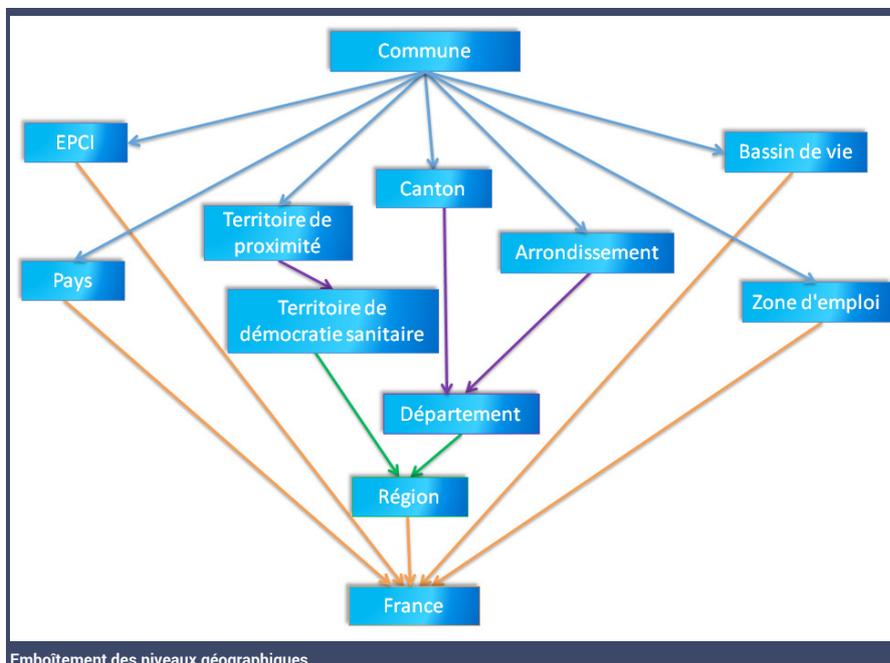
Un autre axe est imposé par les transformations en cours des communes elles-mêmes.

En effet, les communes de France, longtemps stables, connaissent aujourd'hui un mouvement de réorganisation, notamment parmi celles de petite taille. Ainsi, chaque année, le nombre de communes évolue en raison de fusions ou de scissions. À titre d'exemple, au 1^{er} janvier 2018, le nombre de communes est passé de 35 414 à 35 357 : 36 nouvelles communes ont été créées regroupant 93 communes anciennes.

Le suivi de ce phénomène doit bien sûr être constant mais il impose, dès lors que l'on souhaite produire des indicateurs homogènes sur une période s'étendant sur l'amont et l'aval de la fusion, de disposer d'une infrastructure de calcul capable de prendre en compte ces changements.

La première infrastructure de calcul est l'établissement et la mise à jour d'une nomenclature de « communes stables » dans le temps, qui prend en compte les fusions et scissions communales.

Il en est de même pour les EPCI où la veille sur leur composition communale est incontournable car susceptible d'évoluer. À titre illustratif, entre les 1^{ers} janvier 2017 et 2018, près de 10 % des EPCI ont connu une évolution (création, modification de la composition communale) et leur nombre est passé de 1 265 à 1 257. Chaque mise à jour des indicateurs de la base SCORE-Santé nécessite de calculer la totalité des indicateurs selon la nouvelle composition communale des EPCI, et cela rétrospectivement pour alimenter les séries historiques.



³ Il existe des données infra-communales, produites par l'Insee. Les plus connues sont les IRIS d'habitat découpant en quartiers les communes d'au moins 10 000 habitants et la plupart des communes de 5 000 à 10 000 habitants ; il y a 15 500 IRIS en France au 1^{er} janvier 2018. Actuellement, l'Insee produit la majorité des données du recensement de population à cette échelle.