

REPÈRES HAUTS-DE-FRANCE



SANTÉ # TERRITOIRES

N°15 | NOVEMBRE 2019

SANTÉ DE LA POPULATION RÉGIONALE : D'IMPORTANTES DISPARITÉS TERRITORIALES

Les différents diagnostics et analyses récentes montrent que la région des Hauts-de-France est la région de France métropolitaine connaissant l'état de santé le plus préoccupant. Le diagnostic du projet Régional de Santé (PRS) met notamment en évidence des indicateurs de mortalité particulièrement dégradés comparés aux autres régions françaises. Les espérances de vie relevées en 2009-2015 sont au niveau de celles relevées en France dix ans plus tôt.

Les déterminants socio-économiques, en particulier le revenu et l'éducation, expliquent en premier lieu le mauvais état de santé moyen de la population régionale et les fortes inégalités sociales de santé (mais les inégalités territoriales s'expliquent aussi par des effets de structure économique, qui ont un impact direct sur l'état de santé de la population et la qualité de l'environnement de chaque bassin de vie). Des disparités territoriales existent également sur la répartition des professionnels de santé, et notamment les médecins spécialistes. Afin d'atténuer les inégalités d'accès aux soins, des territoires à enjeux sont identifiés.

+ 20 %
de surmortalité
par rapport
aux valeurs nationales



Pour les moins de 65 ans,
une surmortalité :
32 % chez les hommes
25 % chez les femmes



Une espérance de vie
inférieure de **2,6 années**
chez les hommes



76,1 ans
en Hauts-de-France

78,7 ans
en France



Une espérance de vie
inférieure de **1,9 années**
chez les femmes



83,3 ans
en Hauts-de-France

85,2 ans
en France

La densité médicale (activité libérale ou mixte)



Médecins généralistes
90,6 pour **100 000** habitants
contre **91,8** en France



Médecins spécialistes
(spécialistes médicales)
37,7 pour **100 000** habitants
contre **48,8** en France

50 % des séjours hospitaliers des
résidents des Hauts-de-France ont lieu à
moins de **18 minutes** de leur domicile,
toutes spécialités confondues, contre 20
minutes en moyenne nationale

Sources : OR2S, ARS, INSEE

DES INDICATEURS DE SANTÉ PRÉOCCUPANTS

Des surmortalités, générale et prématurée, qui se traduisent par une espérance de vie en retrait

Pour de multiples raisons, techniques, historiques, temporelles, territoriales, économiques, parce que les méthodologies d'analyses sont connues, communes, publiées et enseignées, l'analyse de la mortalité a été et reste encore la principale source d'information exploitée lorsque l'on entend décrire et apprécier l'état de santé d'une population. Il est admis par consensus que plus la mortalité est élevée, plus l'état de santé moyen (pathologies, troubles fonctionnels, bien-être) est problématique.

Les différents diagnostics et analyses récentes montrent que la région Hauts-de-France est la région de France métropolitaine connaissant l'état de santé le plus préoccupant. Le diagnostic du Projet Régional de Santé (PRS) met notamment en évidence des indicateurs de mortalité particulièrement dégradés comparés aux autres régions françaises.

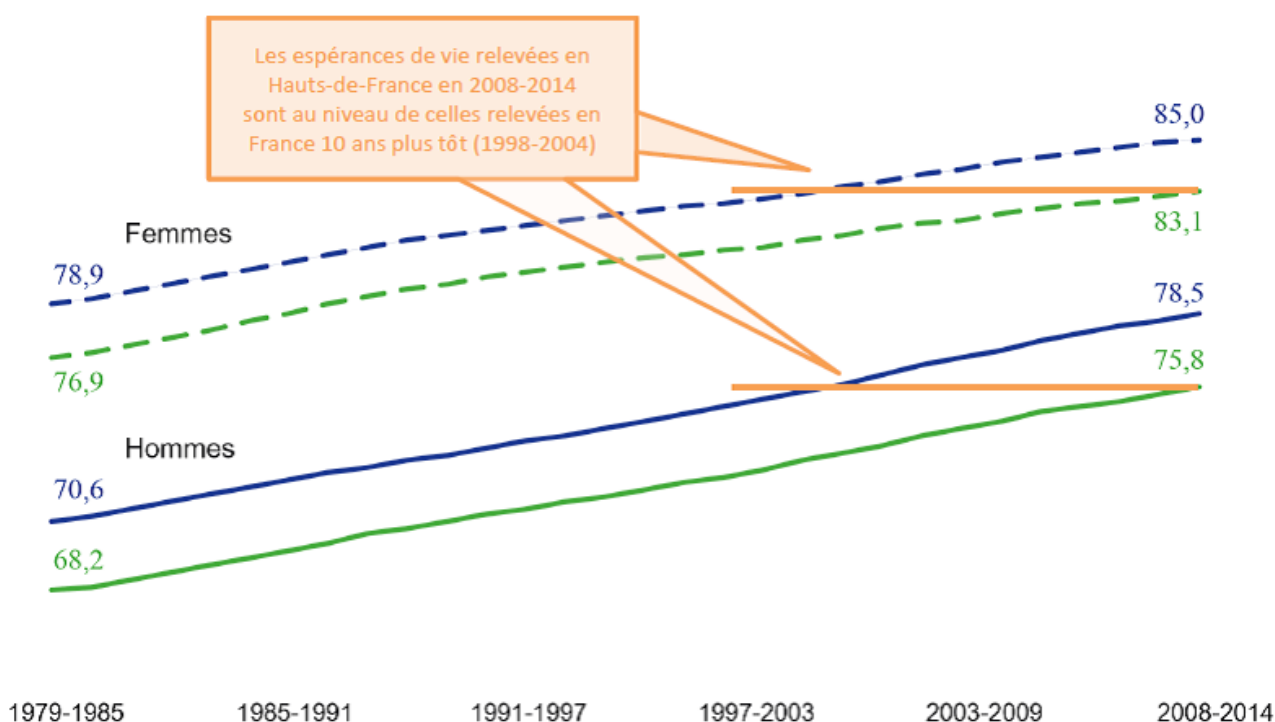
Ainsi, les 53 638 décès (27 362 hommes et 26 276 femmes)

survenus en moyenne annuelle sur la période 2009-2015 parmi la population résidant dans les Hauts-de-France peuvent être comparés à ceux de l'Hexagone et des autres régions. Tant chez les hommes que chez les femmes, la mortalité est supérieure de près de 20 % par rapport aux valeurs nationales. Un différentiel de +13 % est relevé pour les hommes et +16 % chez les femmes avec la région qui devance la Bretagne. Les unités urbaines d'au moins 100 000 habitants enregistrent les écarts les plus importants au regard des niveaux nationaux.

Pour les seuls moins de 65 ans, la surmortalité par rapport à la France est de 32 % chez les hommes (8 710 décès annuels moyens en 2009-2015) et de 25 % chez les femmes (un peu plus de 4 000 décès annuels). L'écart est de l'ordre de 15 % avec la région qui arrive juste après, la Normandie, pour l'un et l'autre des genres.

Ces surmortalités générales et prématurées se traduisent par une espérance de vie en 2009-2015 de 2,6 ans inférieure à celle de la France chez les hommes (76,1 ans contre 78,7 ans) et de 1,9 ans chez les femmes (83,3 ans contre 85,2 ans). Les espérances de vie relevées en Hauts-de-France en 2009-2015 sont au niveau de celles relevées en France dix ans plus tôt.

Graphique 1 - Évolution de l'espérance de vie à la naissance



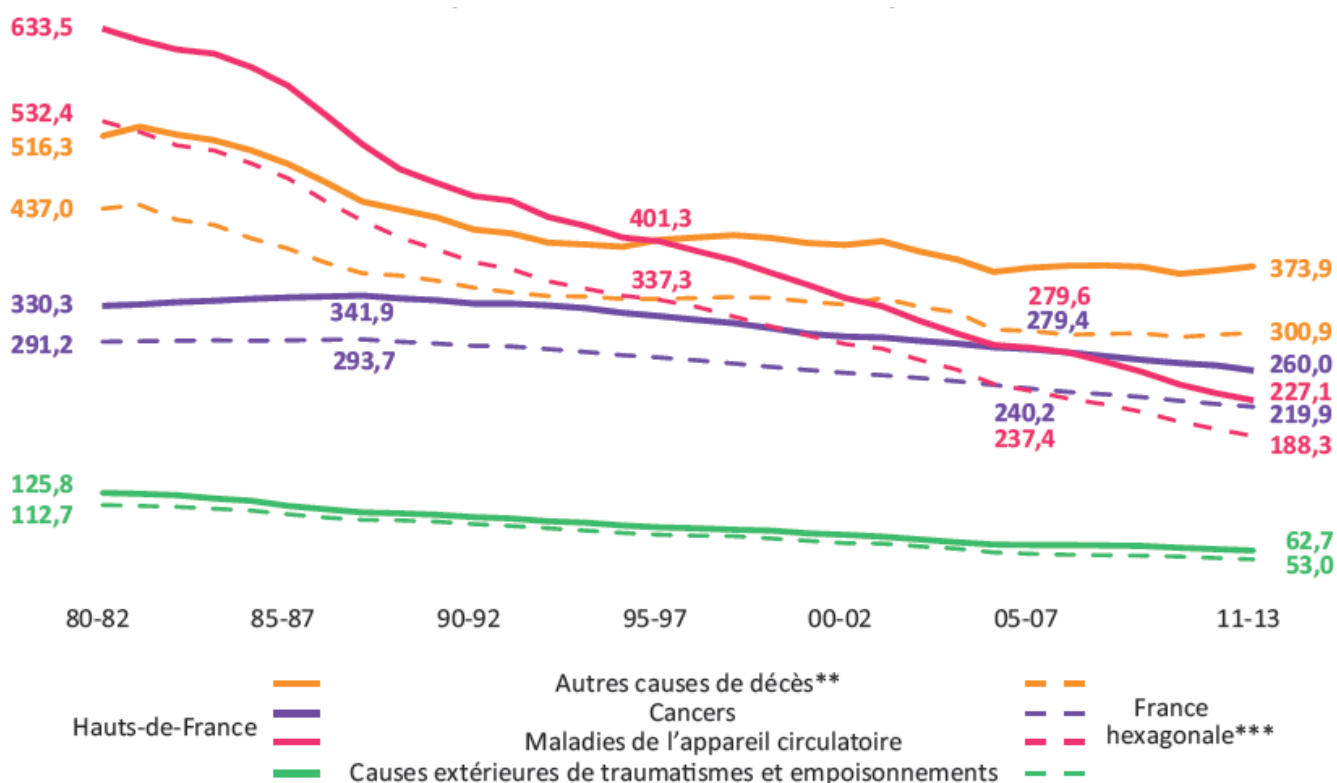
Source : OR2S – Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France

Un différentiel qui demeure avec le niveau national

Si la mortalité générale fait apparaître les Hauts-de-France comme fragilisés quant à l'état de santé de la population, l'analyse des causes a pour objet de prioriser les axes d'actions.

La surmortalité est une constante de ces trente dernières années, que ce soit pour les grandes causes de décès (cancers, maladies cardiovasculaires et causes extérieures de traumatismes et empoisonnements) ou pour les autres causes considérées dans leur globalité.

Graphique 2 - Évolution de la mortalité pour les principales causes de décès



* taux standardisés sur l'âge, lissés sur trois ans

** ensemble sauf cancers, maladies de l'appareil circulatoire et causes extérieures de traumatismes et empoisonnements. Les causes inconnues ou non précisées sont comptabilisées dans ce groupe ; la part parmi l'ensemble des décès augmente ces dernières années, dépassant les 2 % en 2009, étant de 2,8 % en 2011, 3,5 % en 2012 et 4,4 % en 2013 pour la région (en France, les pourcentages sont supérieurs d'un point)

*** hors Corse de 1979-1981 à 1982-1984, sans influence sur les comparaisons temporelles

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

Source : OR2S – Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France

En effet, les courbes nationales de mortalité sont toujours situées en dessous des courbes régionales. Depuis, le milieu de la première décennie des années 2000, le cancer est devenu la première cause de mortalité en France comme dans les Hauts-de-France. Les courbes de mortalité par cancers de la région et du niveau national ne convergent pas pour autant, ce qui signifie que le différentiel de mortalité avec la France ne se réduit pas, voire s'accroît. Cela concerne l'ensemble des causes de décès (cancers, maladies cardiovasculaires...).

Pour les cancers, sur la période 2011-2013, le différentiel avec la France (+22 % chez les hommes et +14 % chez les femmes) apparaît même plus marqué qu'il ne l'a été par le passé. Il est plus élevé dans les unités urbaines de 100 000 habitants ou plus : +28 % chez les hommes et +17 % chez les femmes. Par localisation, cela concerne notamment le cancer colorectal (écart multiplié par trois en trente ans chez les hommes), le cancer de la prostate (même facteur multiplicatif pour l'écart), le cancer du sein chez les femmes (multiplié par deux) et le cancer des voies aéro-digestives supérieures (VADS ; surplus de mortalité par

rapport à la France de près de 60 % chez les hommes et de 45 % chez les femmes en 2011-2013).

Pour le cancer de la trachée, des bronches et du poumon, une sous-mortalité chez les femmes des Hauts-de-France par rapport à l'ensemble des Françaises est observée depuis une vingtaine d'années, comprise entre 13 % et 18 %. Chez les hommes, la surmortalité aurait tendance à se réduire légèrement : après avoir dépassé les 30 % pendant de très nombreuses années avant le milieu des années quatre-vingt-dix, elle est de l'ordre de 27 % en 2011-2013.

Concernant les maladies cardiovasculaires, l'écart avec la France s'est moins accru ces dernières années que pour les cancers. Il franchit toutefois, depuis le milieu de la première décennie des années 2000, les +20 %. Ce niveau de surmortalité est retrouvé, quel que soit le genre, pour les causes de l'appareil circulatoire que sont les cardiopathies ischémiques et les accidents vasculaires cérébraux (hormis pour les hommes), mais sans évolution sensible au cours de ces trente dernières années.

Une densité de professionnels de santé en retrait

Un peu plus de 7 500 médecins généralistes sont dénombrés au 1er janvier 2016 dans les Hauts-de-France, 71,8 % ayant une activité libérale (5 424). La densité de médecins libéraux relevée en région (90,6 pour 100 000 habitants) est proche de celle de la France métropolitaine (91,8 pour 100 000 habitants).

L'Assurance maladie a remboursé un peu plus de 500 millions d'euros de consultations et visites aux médecins généralistes en 2015 pour des personnes domiciliées dans la région, soit en moyenne 87 € par habitant (standardisé sur l'âge) contre 82 € en France entière.

Concernant les actes moyens par habitant (standardisé sur l'âge), 4,8 sont dénombrés dans les Hauts-de-France (contre 4,3 en France entière), davantage pour les femmes (5,3) que les hommes (4,3).

L'anticipation du départ en retraite des professionnels de santé à travers leur répartition par âge est indispensable pour identifier les futurs besoins : avec 51,3 % de médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans et plus, les Hauts-de-France se situent

légèrement en deçà du niveau hexagonal (53,2 %).

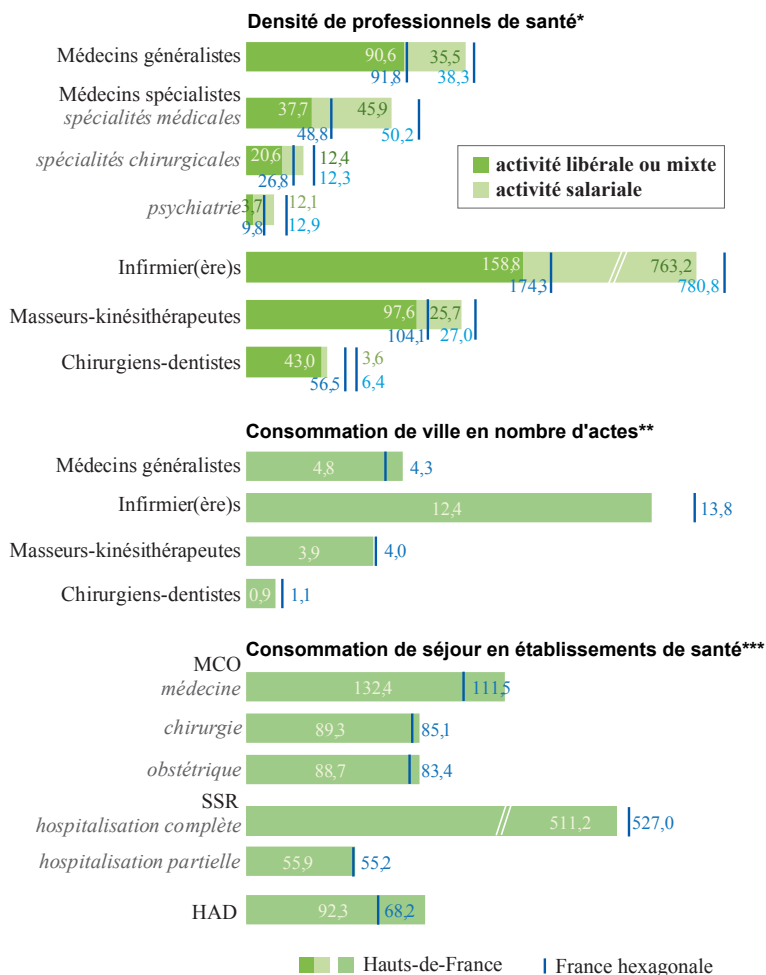
Si la région affiche une densité de médecins généralistes libéraux proche de la moyenne nationale, il n'en va pas de même pour les autres professionnels de santé.

La région est en effet moins bien dotée pour l'offre libérale de pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes, infirmier(ère)s et sages-femmes, affichant au 1er janvier 2016 des densités inférieures de 5 % à 30 % à celles de la France Métropolitaine. Les densités régionales des chirurgiens-dentistes et des médecins spécialistes libéraux sont particulièrement faibles, inférieures respectivement de 24 % et 27 % à celles de la France.

Parmi les régions métropolitaines, les Hauts-de-France affichent la densité de médecins spécialistes la plus faible et la troisième plus basse pour les chirurgiens-dentistes. Le déficit est particulièrement criant en psychiatrie (plus faible densité des régions) et pour les spécialités chirurgicales (quasi à égalité avec Centre-Val de Loire qui présente la plus faible densité).

Toujours concernant les médecins spécialistes, l'offre salariée ne comble pas la sous-dotation que connaît la région, la ramenant à un niveau encore éloigné de la France (-18 %).

AUTOUR DE L'OFFRE DE SOINS



* pour 100 000 personnes, au 1er janvier 2016

** nombre d'actes moyens par habitant, standardisé sur l'âge, des professionnels de santé libéraux en 2015 ; en consultations et visites pour les médecins généralistes

*** taux standardisés sur l'âge pour 1 000 personnes (hormis pour l'obstétrique, rapporté aux femmes de 15-49 ans), en 2015

Sources : Adeli 2016, Cnamts - Sniiram, ARS des Hauts-de-France, Drees / Asip-Santé - RPPS 2016, Insee, PMSI HAD, MCO et SSR - Atih - Exploitation OR2S

Source : OR2S – Diagnostic territorialisé des Hauts-de-France

DES INÉGALITÉS TERRITORIALES DE SANTÉ : IDENTIFICATION DE TERRITOIRES À ENJEUX À PARTIR DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Artois-Douaisis et du Hainaut-Cambrésis, identifiés dans le cadre du SRADDET se distinguent du reste du territoire régional

par une surmortalité importante, notamment chez les moins de 65 ans (surmortalité supérieure à 45% par rapport à la moyenne nationale). L'espace Aisne Nord – Est Somme se distingue également par une surmortalité tous âges.

Pour ces 3 espaces de dialogue, l'espérance de vie est inférieure d'au moins un an à la moyenne régionale.

Territoire	Population	Espérance de vie	Espérance de vie hommes	Espérance de vie femmes
Hauts-de-France	6 009 976	79,8	76,1	83,3
Espace de dialogue infra-régional n°1 Littoral Nord	844 209	79,5	75,7	83,3
Espace de dialogue infra-régional n°2 Métropole européenne de Lille élargie	1 259 598	80,8	77,2	84
Espace de dialogue infra-régional n°3 Artois-Douaisis	1 077 844	78,9	75	82,7
Espace de dialogue infra-régional n°4 Hainaut-Cambrésis	745 435	78,6	74,8	82,4
Espace de dialogue infra-régional n°5 Littoral Sud	276 393	79,5	75,7	83,4
Espace de dialogue infra-régional n°6 Oise	821 552	80,8	77,6	84
Espace de dialogue infra-régional n°7 Sud de l'Aisne	261 862	80,4	76,9	83,9
Espace de dialogue infra-régional n°8 Aisne Nord - Est Somme	343 410	78,9	75,3	82,5
Espace de dialogue infra-régional n°9 Grand Amiénois élargi	379 673	80,3	76,8	83,6

Source : OR2S



Maison de la santé, Fourmies, photo prise par Michael Lachant

Carte 1 - Différentiel de mortalité en regard de la France métropolitaine à l'échelle des 9 espaces de dialogues 2009-2015



Les territoires ayant les situations les plus préoccupantes sont situés dans le Hainaut, en Sambre Avesnois Thiérache, ainsi qu'au sud de Lille avec une zone allant de Béthune - Bruay jusqu'au Valenciennois, correspondant notamment au territoire de contractualisation de l'Engagement pour le Renouveau du Bassin Minier (ERBM) : le différentiel de mortalité avec la France est supérieure à 25 %.

Des territoires du rural isolé sont également caractérisés par des indicateurs de surmortalité particulièrement élevés, à l'exemple du territoire des Sept Vallées ou la Communauté de Communes du Chemin des Dames.

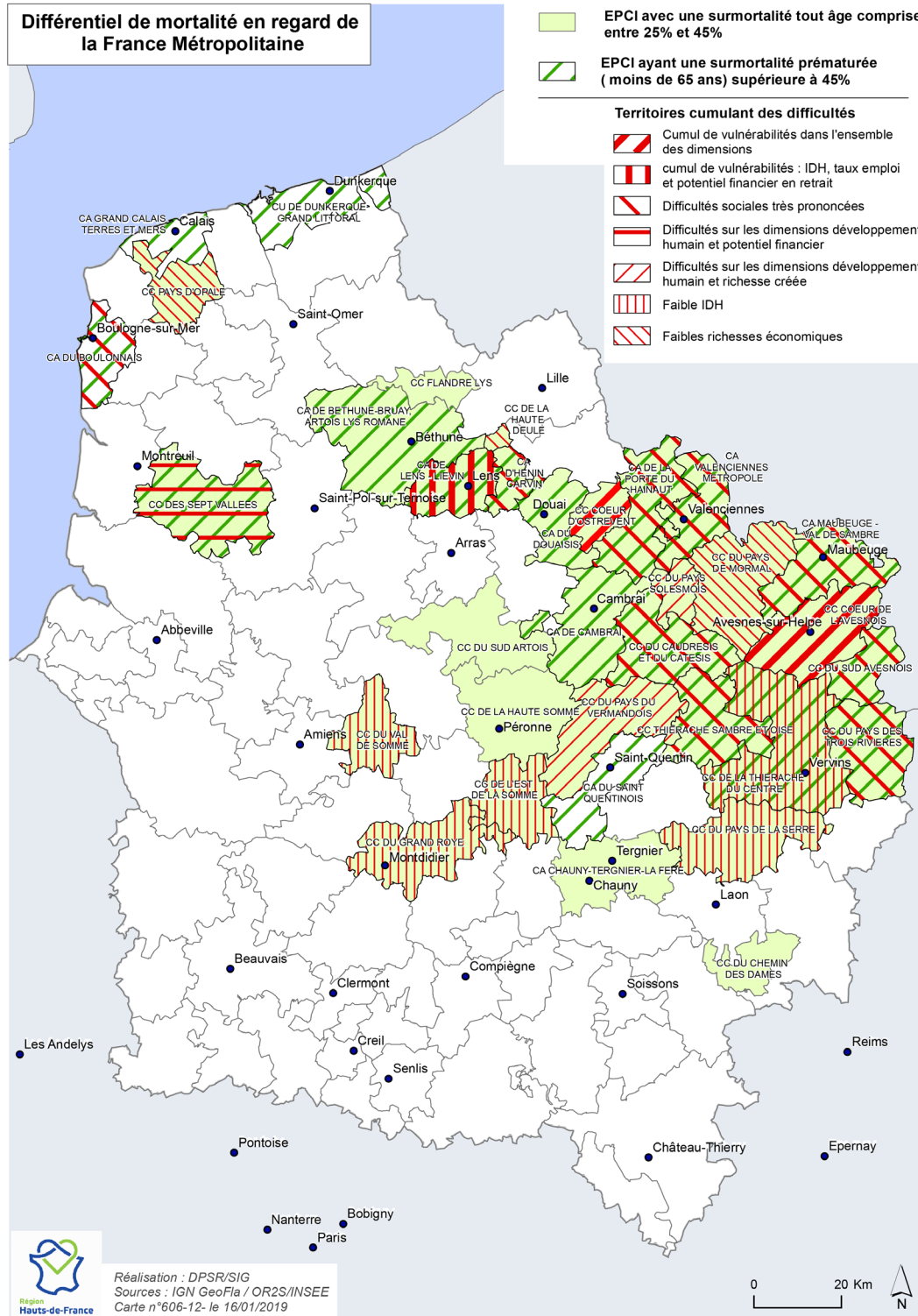
19 EPCI de la région se différencient du reste du territoire avec une surmortalité par rapport au national allant de 25 % à 45 %. Concernant la mortalité prématurée, ces inégalités sont renforcées avec 18 EPCI connaissant une surmortalité prématurée supérieure à 45 %.

Les territoires de l'Ouest, allant de Beauvais à l'Arrageois, ainsi que Soissons, sont dans une situation intermédiaire en regard des autres territoires, mais affichent des taux tout de même de l'ordre de 15 % supérieurs à celui de la France.

Les disparités territoriales observées pour la mortalité tous âges sont globalement retrouvées chez les moins de 65 ans. Cependant, le différentiel avec le niveau national est une fois et demie plus important chez ces derniers que tous âges ; pour Lens - Hénin, ce rapport est proche de deux.

Des territoires situés le long de la Côte d'Opale enregistrent une forte surmortalité prématurée (+45%), en particulier chez les hommes : la Communauté d'Agglomération du Boulonnais, la Communauté d'Agglomération du Grand Calais, Terres et Mers et la Communauté Urbaine de Dunkerque Grand Littoral.

Carte 2 - Différentiel de mortalité en regard de la France métropolitaine



Les déterminants socio-économiques, en particulier le revenu et l'éducation, à un niveau particulièrement faibles dans la région, expliquent en premier lieu le mauvais état de santé de la population régionale et les fortes inégalités sociales de santé.

Ils ont en effet des conséquences directes sur les conditions et habitudes de vie et de travail, ainsi que l'image subjective qu'un individu a de lui-même, de sa place dans la société et de son avenir, qui ont un impact important sur sa santé mentale et son bien-être.

Les territoires du Bassin Minier et une partie importante des intercommunalités de la Sambre Avesnois Thiérache cumulent les vulnérabilités socio-économiques : faible indice de développement humain, taux d'emploi et potentiel financier des collectivités très en retrait. On peut notamment citer dans le Bassin Minier la Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin ou la Communauté de Communes de Cœur d'Ostrevent.

Des territoires ruraux isolés comme la Communauté de Communes des Sept Vallées ou la Communauté de Communes du Vermandois connaissant une surmortalité importante cumulent également les difficultés socio-économiques.

Profil socio-économique des intercommunalités

Pour établir le profil socio-économique des intercommunalités, 4 indicateurs sont retenus :

- ❑ L'indice de développement (IDH-4) : l'IDH-4 est un indicateur composite formé de 3 sous-indices correspondant aux 3 dimensions retenues : santé, éducation et niveau de vie. Il correspond à une moyenne arithmétique de ces 3 sous-indices.
- ❑ Le potentiel financier de la collectivité : il est égal au potentiel fiscal, auquel est ajoutée la dotation forfaitaire de la DGF provenant de l'État, perçue par la commune l'année précédente. Ce potentiel financier permet ainsi de prendre en compte l'ensemble des ressources stables d'une collectivité. En effet, outre la capacité de la collectivité à mobiliser des ressources fiscales (potentiel fiscal) s'ajoute la richesse tirée par ces collectivités de certaines dotations versées par l'État.
- ❑ La richesse économique du territoire : l'analyse des richesses économiques produites sur le territoire permet de caractériser de quelle manière l'EPCI est un territoire créateur et émetteur. Le niveau de la richesse dégagée par les établissements implantés sur le territoire permet d'apprécier le volume d'activité de l'EPCI.
- ❑ Le taux d'emploi des 20-64 ans : cet indicateur représente la part des personnes ayant un emploi parmi les personnes âgées de 20 à 64 ans.

Les inégalités territoriales de santé dans la région s'expliquent aussi par des effets de structure économique, qui ont un impact direct sur l'état de santé de la population et la qualité de l'environnement de chaque bassin de vie.

Chaque bassin ayant ses spécificités en matière de pathologies et de caractéristiques sociales, les politiques des collectivités locales de prévention santé, de logement, de reconversion économique et de limitation des pollutions peuvent avoir un impact important sur l'état de santé de la population.

La région connaît une forte pollution de l'air, des sols et de l'eau qui favorise le développement de maladies chroniques graves : broncho-pneumopathies, asthme, maladies cardio-vasculaires... Plus de 6 500 décès par an seraient en lien avec la pollution atmosphérique, ce qui représente 13 % de la mortalité régionale, ainsi qu'une perte d'espérance de vie de 16 mois. Si la valeur recommandée par l'OMS était respectée, ce nombre diminuerait de moitié.

Cette situation est liée à la forte industrialisation de la région, aux friches industrielles polluées et aux sites SEVESO, mais également au trafic routier (notamment international) et à la forte utilisation de nitrates et de pesticides par les activités agricoles dans l'ensemble de la région.

UNE IDENTIFICATION DE TERRITOIRES À ENJEUX POUR L'OFFRE DE SOINS

Deux approches complémentaires sont ici retenues afin d'aborder les inégalités d'accès aux soins. Elles mettent en avant des géographies très différentes.

La première approche repose sur une méthodologie nationale, concertée entre le Ministère, la caisse nationale d'Assurance maladie et les Agences régionales de santé (ARS), qui a été définie afin de permettre aux ARS d'identifier les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou par des difficultés dans l'accès aux soins.

La seconde approche s'appuie sur une récente étude de l'INSEE sur l'accessibilité à l'hôpital. 29 spécialités sont retenues dans la construction de l'indicateur synthétique¹.

Un zonage retenu par l'ARS pour identifier une offre de soins insuffisante

Deux types de zones sont identifiables :

❑ **Les zones d'intervention prioritaires (ZIP)** représentent les territoires caractérisés par un faible niveau d'accessibilité aux soins ainsi que des territoires potentiellement fragiles. Les médecins s'y installant bénéficient de l'ensemble des mesures d'aides applicables à la profession : dispositifs conventionnels d'aide au maintien et à l'installation, mesures du plan national d'accès aux soins, exonérations fiscales sur les revenus de la permanence des soins ambulatoires ainsi que des aides des collectivités territoriales.

❑ **Les zones d'actions complémentaires (ZAC)** constituent des territoires moins impactés par le manque de médecins, mais qui nécessitent de mettre en œuvre des moyens pour éviter que la situation ne se détériore. Les médecins qui s'y installent bénéficient des dispositifs du plan national d'accès aux soins ainsi que des aides des collectivités territoriales.

La méthodologie nationale fixe la maille territoriale de référence, attribuée à chaque région la part des territoires pouvant être ciblés comme les plus fragiles et établit automatiquement la qualification de certains territoires au regard d'un indicateur d'accessibilité potentielle localisée (APL) à un médecin (exprimé en nombre de consultations accessibles par an et par habitant).

¹ INSEE Analyses Hauts-de-France N°80 [2018], « Un temps d'accès à l'hôpital le plus faible de France »

L'indicateur d'accessibilité potentielle localisée

Cet indicateur local, disponible au niveau de chaque commune, tient compte de l'offre et de la demande issue des communes environnantes. L'APL met en évidence des disparités d'offre de soins qu'un indicateur usuel de densité, calculé sur des mailles beaucoup plus larges (bassins de vie, départements...), aura tendance à masquer. Il est calculé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en considérant notamment :

- ❑ l'activité de chaque praticien, mesurée par le nombre de consultations ou visites effectuées par le praticien ;
- ❑ le temps d'accès au praticien selon une fonction décroissante entre 0 et 20 minutes ;
- ❑ la consommation de soins par classe d'âge pour tenir compte des besoins différenciés en offre de soins.

Pour tenir compte des éventuels départs à la retraite et de la réduction de l'offre de soins qui s'ensuivrait, le champ des professionnels de santé considéré est défini en appliquant une borne d'âge à partir de laquelle les médecins ne sont plus comptabilisés dans l'offre de soins prise en compte dans le calcul de l'indicateur APL.

L'ARS Hauts-de-France expérimente un zonage mieux adapté à la réalité de terrain régionale

Une fois ces prérequis nationaux connus, l'ARS Hauts-de-France a souhaité pouvoir déroger, à titre expérimental, aux modalités de fixation des ZIP et des ZAC, pour tenir compte des circonstances locales. Cette capacité de dérogation est cependant limitée, l'ARS devant impérativement respecter le pourcentage de ZIP et de ZAC assigné à la région.

C'est dans cette perspective que l'ARS a associé les représentants des médecins généralistes de la région pour inclure des critères complémentaires, permettant d'affiner les analyses et de mieux appréhender la réalité de chaque territoire : la densité de médecins, les dynamiques d'installation et de départs, la patientèle moyenne de chaque médecin, etc. Une attention particulière a aussi été apportée par l'ARS à l'état de santé de la population et aux territoires les plus défavorisés socialement.

Une phase de concertation a été ouverte suite à ces travaux et avant la finalisation du zonage. Ce travail d'observation de terrain et de concertation a permis de proposer un zonage mieux adapté à la réalité de terrain observée en région : près de la moitié des zones proposées aujourd'hui n'étaient pas identifiées comme telles par la méthodologie nationale.

Au final, la population couverte par le nouveau zonage s'élève à 2 454 327 habitants.

Les ZIP concernent 543 communes, les ZAC englobent quant à elles 1 630 communes. 2 173 communes ont été identifiées comme sous-dotées et bénéficieront ainsi de moyens pour lutter contre les difficultés de démographie médicale (contre 1419 actuellement)².

On retrouve notamment dans les ZIP des territoires ruraux comme Auxi-le-Château et Bapaume ainsi qu'une grande partie du territoire du Pacte Sambre-Avesnois-Thiérache.

Une approche complémentaire à partir de l'accessibilité aux hôpitaux

En 2013, la moitié des séjours hospitaliers des résidents des Hauts-de-France a eu lieu à moins de 18 minutes de leur domicile, toutes spécialités confondues contre 20 minutes en moyenne nationale. Les habitants de la région bénéficient ainsi d'un temps d'accès à l'hôpital le plus faible de France métropolitaine, mais cependant proche de ce que connaissent les habitants de Corse, Provence-Alpes-Côte-d'Azur, Grand Est et Île-de-France. Près d'un quart des séjours hospitaliers s'effectue dans la commune de résidence des patients et moins de 20 % des séjours ont lieu

à plus de 30 minutes de leur domicile.

Des disparités existent cependant entre les différents territoires de la région. Les patients de la Somme, de l'Oise et de l'Aisne sont plus éloignés des services hospitaliers que ceux du Nord et du Pas-de-Calais. Leurs temps de trajet médians sont respectivement de 27, 26, 25 minutes contre 19 et 18 minutes. Cet écart entre départements se vérifie pour la majorité des spécialités, en particulier celles correspondant aux interventions les plus fréquentes (chirurgie orthopédique, endoscopies digestives, pédiatrie médicale et cardiologie).

Le plus souvent, l'écart se creuse pour les interventions plus rares comme certaines spécialités de chirurgie avec, dans ce cas, un avantage de la Somme sur l'Oise et l'Aisne. Cette situation s'explique par la présence du centre hospitalier universitaire (CHU) d'Amiens qui offre une gamme de soins plus diversifiée. Pour accéder à des spécialités rares, la plupart des habitants de l'Aisne et de l'Oise doivent par contre se déplacer en dehors du département. Ainsi, la moitié des actes de chirurgie vasculaire a lieu à plus de 50 minutes du domicile des patients de ces deux départements et seulement à moins de 30 minutes de ceux de la Somme. Les interventions de chirurgie thoracique et cardiaque se font pour la moitié d'entre elles à plus d'une heure du domicile des patients de l'Oise et de l'Aisne, contre respectivement moins de 32 et 37 minutes pour ceux de la Somme.

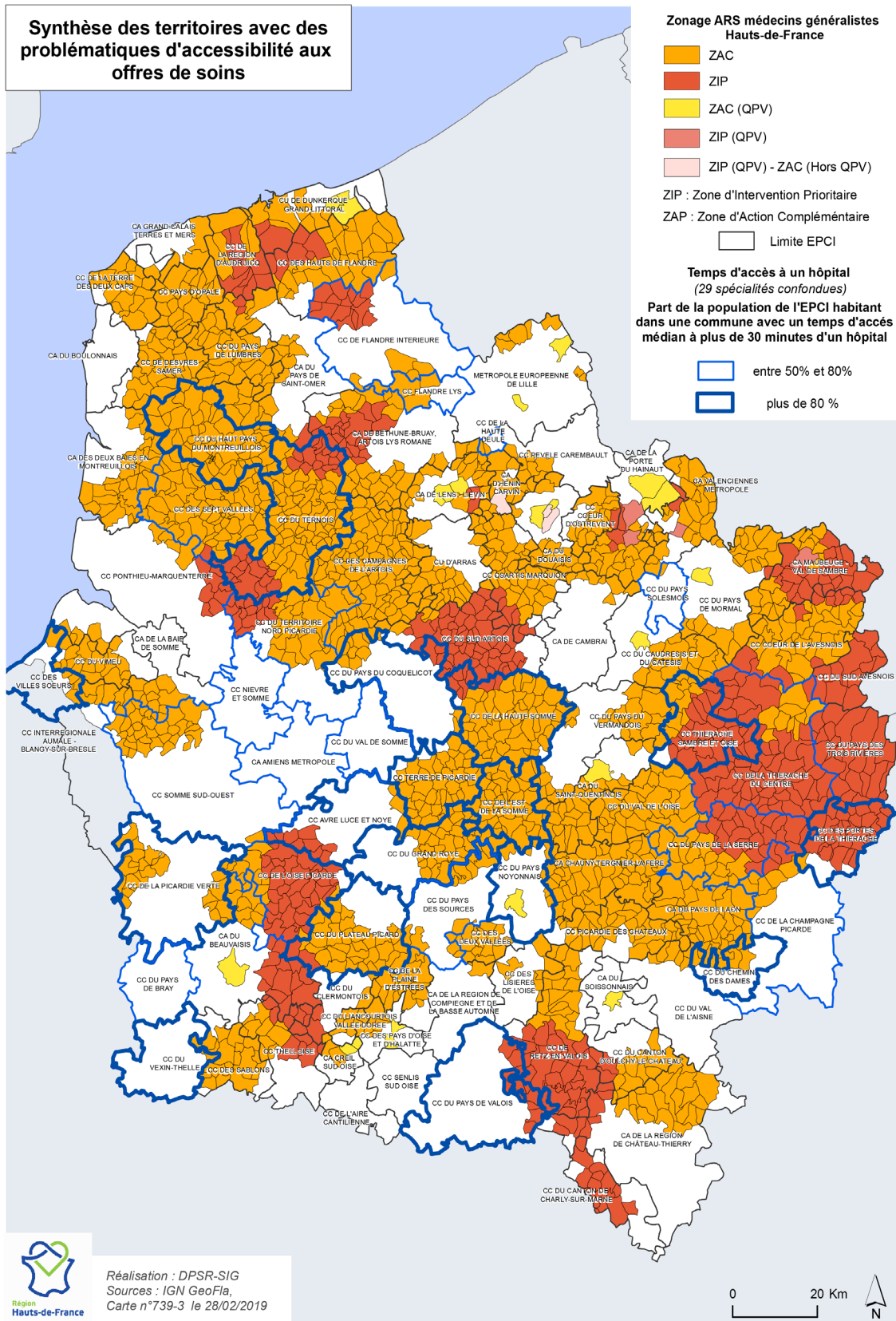
Au sein des départements, dans les territoires les moins bien lotis, le temps d'accès médian à l'hôpital peut dépasser 45 minutes. Les zones concernées se situent au Nord-Est de l'Aisne et aux frontières Nord et Sud de la Somme. Dans le Nord, les temps les plus longs oscillent entre 30 et 45 minutes. L'éloignement de ces territoires par rapport aux communes dotées d'une large offre hospitalière explique en partie l'allongement du temps de trajet.

Le croisement des deux zonages fait apparaître des territoires à enjeux importants d'accessibilité à l'offre de soins : la Thiérache, notamment la Communauté de Communes de la Thiérache du Centre ou la Communauté de Communes du pays des Trois Rivières, le sud du Ternois et le nord-est du Beauvaisis avec notamment la Communauté de Communes de l'Oise Picarde.

² Le zonage sera évalué chaque année afin d'analyser l'évolution de la situation des territoires et des besoins des habitants. Des travaux de révision sont en cours pour définir une nouvelle carte régionale avec introduction d'une nouvelle zone « la zone d'aménagement régional », ZAR.

Les travaux de détermination des zonages des autres professions sont d'ores et déjà enclenchés, notamment pour les professions d'orthophonistes et de masseurs kinésithérapeutes.

Carte 4 - Synthèse des territoires avec des problématiques d'accessibilité aux offres de soins



Exemple de lecture :

CC des portes de la Thiérache :

L'ensemble des communes est classé en zones d'intervention prioritaire (ZIP) ;
Par ailleurs, plus de 80 % de la population de l'EPCI habite dans une commune avec un temps d'accès médian supérieur à 30 minutes (29 spécialités confondues)

DES TENDANCES SIGNIFICATIVES ET DE NOUVEAUX DÉFIS QUI IMPACTENT L'ORGANISATION DES SOINS

L'évolution des systèmes de santé en France et en Europe ces 15 dernières années, ainsi que le plan « Ma santé 2022 » montrent des tendances assez cohérentes en matière d'organisation des soins :

□ une nouvelle organisation du système de santé est définie autour d'un maillage territorial pour une meilleure prise en charge pluriprofessionnelle du patient. Il s'agit d'un regroupement des hopitaux autour des Groupements Hospitaliers de Territoires (GHT), avec des liens plus étroits entre médecine de ville et hopitaux pour le virage ambulatoire, mais aussi de nouvelles formes de coordination : les Maisons de santé pluriprofessionnelles, les centres de santé, et les Communautés Professionnelles Territoriales de Santé (CPTS). Si le maillage territorial est plus fin, le patient sera mieux orienté et son parcours mieux organisé sur son territoire. Pour fluidifier les parcours, la prise en charge interprofessionnelle (sanitaire, médico-sociale et sociale) est désormais indispensable.

□ un parcours de soin plus personnalisé pour les patients : mise en place de la plate-forme régionale PREDICE coordonnant l'ensemble des prises en charge du patient, mise en place du dossier médical partagé, accompagnement pluridisciplinaire, meilleure prévention, prise en compte du bien-être et de la santé mentale, éducation thérapeutique du patient pour améliorer le quotidien à domicile etc., avec les inconvénients d'un système aussi plus informatisé et qui demandera une responsabilisation plus grande des patients.

Si les tendances évolutives restent inchangées, la surmortalité régionale va perdurer et se matérialisera encore pour bien des causes de décès.

Les divergences territoriales pourraient se marquer : Boulogne et Abbeville à l'ouest devraient connaître les améliorations les

plus marquées, ainsi que Soissons jusque Cambrai vers le nord et Creil vers l'ouest. Lille devrait connaître une progression similaire.

Ces divergences pourraient, d'ici 2025, façonner une autre géographie. Lille s'approcherait de l'état de santé moyen de la France métropolitaine, le Bassin Minier et la Sambre demeurerait en grande difficulté, mais le nord de l'Aisne, exception faite du secteur de Saint-Quentin et le Montreuillois, connaîtrait une dégradation accrue des conditions sanitaires locales.

Dans ce contexte, les défis à venir sont nombreux :

□ l'accès aux soins des plus démunis reste compliqué d'autant plus dans un contexte de raréfaction des ressources publiques ;

□ la diffusion d'une culture de la télémédecine en premier recours qui peut engendrer des craintes chez les patients, notamment parmi les plus défavorisés ou éloignés du numérique générant un sentiment de « laissés pour compte » ;

□ le renforcement de la capacité des territoires à assurer une offre de santé adaptée pour lutter contre les inégalités infrarégionales : l'un des objectifs du SRADDET vise à conforter des services de l'indispensable, comme la santé, afin de contribuer entre autres à désenclaver des territoires en difficulté par des solutions, des expérimentations, un accompagnement spécifique et des réponses adaptées. De plus, la présence de maisons de services joue un rôle crucial dans l'économie locale et la qualité de vie des citoyens, en contribuant notamment à créer de l'emploi, à stabiliser les populations et à donner un caractère attractif aux territoires. Cette « exigence de proximité » doit être mieux définie pour répondre aux enjeux liés à la santé : meilleure organisation du système de santé local, amélioration de l'offre de soins de premiers recours, promotion de la e-santé, coordination entre les acteurs, suivi du patient sur son lieu de vie.



Face à ces défis, de nombreuses opportunités existent :

☐ la tertiarisation de l'économie régionale pourrait limiter le développement de certaines pathologies d'origine professionnelle, dont cancers, même si le tertiaire pourrait causer aussi d'autres pathologies (en particulier psycho-sociaux) et que la tendance à «l'ubérisation» des économies occidentales, qui touche également notre région, fragilise la couverture sociale et la stabilité financière de nombreux travailleurs ;

☐ le développement d'une médecine des 4P : prédictive, personnalisée, préventive et participative. Celle-ci permet d'anticiper les maladies (prédictives), de se centrer vers le patient (personnalisée), de prendre des mesures correctives avant le développement d'une maladie (préemptive), et d'indiquer au patient un mode de vie adapté (participation). Cette nouvelle manière de pratiquer la médecine a pour but de responsabiliser les patients, en les rendant eux-mêmes acteurs de la santé. Ce phénomène aura de forts impacts sur la pratique clinique et l'industrie de la santé. Il sera en effet possible d'identifier les risques en amont, et de traiter une maladie avant que ses signes cliniques n'apparaissent ;

☐ la transition numérique est porteuse de transformations politiques et sociales dans les territoires : le numérique bouleverse les jeux d'acteurs, renouvelle la représentation, la connaissance, le pilotage et les usages du territoire, et

rend possibles de nouveaux services et une nouvelle offre de soins. Mais les finalités du numérique ne sont pas écrites d'avance. À cet égard, l'usage des données, en particulier des données de santé, constitue un enjeu important. Elles peuvent favoriser le décroisement des politiques sectorielles, les progrès en épidémiologie, la mobilisation collective et le débat démocratique. Mais elles font aussi surgir le risque d'une société de la transparence absolue, multipliant les dispositifs de contrôle des pratiques individuelles et privatisant les bénéfices de l'exploitation des données ;

☐ les modes de collecte de données relatives à la santé se multiplient : au-delà des fichiers de la Sécurité sociale et du dossier médical partagé, de nombreuses applications et objets connectés contribuent à la collecte. Quels enjeux soulèvent cette collecte de données ? Comment ces données peuvent-elles aider à renouveler le dialogue entre patients et médecins dans le cadre du parcours de soins du patient ? En quoi peuvent-elles susciter des actions collectives de prévention ? Autant de sujets à suivre et à débattre dans un secteur marqué par de nombreuses mutations.

Rédacteur : gregory.marlier@hautsdefrance.fr

(Agence Hauts-de-France 2020-2040) - Service Observatoire et Prospective

Coordinatrice de publication :

sylvie.delbart@hautsdefrance.fr - (Agence Hauts-de-France 2020-2040)

Retrouvons-nous sur



[regionhautsdefrance](https://www.facebook.com/regionhautsdefrance)



[@hautsdefrance](https://twitter.com/@hautsdefrance)



[regionhdf](https://www.snapchat.com/add/regionhdf)



[region_hautsdefrance](https://www.instagram.com/region_hautsdefrance)

www.hautsdefrance.fr

