

Évolutions, mutations attendues de la santé dans les territoires

La recomposition territoriale et ses outils dans les Hauts-de-France

16
6

Gilles Poirier, Marie Rimbault, Gilles Trédez, Charlotte Moreels, Jean-Marc Goudet, Souad Zerhouni, Olivier Lacoste

Évolutions, mutations attendues de la santé dans les territoires

La recomposition territoriale et ses outils dans les Hauts-de-France

Gilles Poirier¹, Marie Raimbault¹, Gilles Trédez¹, Charlotte Moreels², Jean-Marc Goudet³,
Souad Zerhouni⁴, Olivier Lacoste⁵,

ORS Nord-Pas-de-Calais :

¹ Chargé(e) d'études

² Technicienne d'enquête

³ Interne en santé publique

⁴ Responsable du Département de recherche et d'information

⁵ Directeur

Sommaire

En quelques lignes, en quelques phrases.....	7
Remerciements	11
Introduction	13
<i>Méthodologie quantitative - Analyse de données</i>	<i>17</i>
<i>Méthodologie qualitative - Entretiens</i>	<i>18</i>
Approche quantitative et cartographique	21
<i>Données sociodémographiques</i>	<i>29</i>
Population des Hauts-de-France	29
Activité économique	40
<i>État de santé.....</i>	<i>48</i>
Mortalité toutes causes.....	48
Mortalité évitable (dans ses nouvelles définitions).....	54
Cancers	64
Maladies de l'appareil circulatoire	68
Maladies chroniques (non transmissibles)	72
<i>Offre de soins.....</i>	<i>77</i>
Ensemble des professionnels de santé	77
Spécialistes	80
Professionnels de proximité (de premier recours).....	84
Les Groupements hospitaliers de territoire	96
Restitution thématique des entretiens.....	99
<i>Perceptions et état des connaissances</i>	<i>99</i>
Accueil positif de l'étude	99
Perception très hétérogène de l'état de santé	99
Prise de conscience assez généralisée sur la question de la démographie médicale	100
Absence de vision de l'organisation de la santé sur le territoire régional	100
Constat partagé autour du manque d'information et de formation des élus et services des intercommunalités concernant la santé.....	101
Constat partagé autour de la faiblesse et du recul du premier recours	102
Constat partagé autour d'une carence de dépistage précoce	102
Tensions reportées sur les hôpitaux, « réceptacles » des flux de patients et de la pression des acteurs locaux sur les questions de santé	102
Constat autour des difficultés de la démographie médicale hospitalière	103
Les maisons de santé pluridisciplinaires, entre scepticisme et « solution miracle »	104

<i>Actions et expériences</i>	105
Très grande hétérogénéité dans les modes d'action mis en place par les EPCI.....	105
Concurrence néfaste des acteurs entre eux.....	106
... Or, en réalité, la santé se pense souvent à l'échelle du territoire	106
Rôle de pivot (attendu et souvent observé) de l'hôpital dans l'ingénierie locale de santé	107
Diverses stratégies des centres hospitaliers en matière de recrutements de professionnels de santé	107
Faibles interactions entre les acteurs et l'ARS	108
Des collaborations qui fonctionnent	108
<i>Réflexions sur l'ingénierie et l'exercice médical</i>	111
Ingénierie locale : quelle action et à quel périmètre ?.....	111
Santé, développement économique et aménagement du territoire	112
Potentiel d'opportunité et de déstabilisation représenté par l'arrivée des GHT.....	113
Réflexions sur l'avenir de l'exercice des professionnels et des pratiques de patients	113
Analyse typologique des territoires	117
Préconisations et outils	123
<i>Outils à destination des territoires</i>	123
Préconisation : outiller les territoires avec de l'information à valeur ajoutée, mettant en évidence les évolutions et dynamiques de santé des territoires.....	123
Préconisation : valoriser les professionnels de santé sur le terrain et décroisonner l'univers du sanitaire de ceux des usagers et des élus	124
Préconisation : offrir un soutien à l'ingénierie locale de santé	125
Préconisation : aider les territoires à agir, en conscience de leurs forces et faiblesses	125
Bibliographie	127
Table des figures et tableaux	133

Annexes, voir le document suivant :

ANNEXES. Évolutions, mutations attendues de la santé dans les territoires : la recomposition territoriale et ses outils dans les Hauts-de-France.

En quelques lignes, en quelques phrases

L'objectif de l'étude est de proposer des outils contribuant à une évolution favorable de l'état de santé de la population, de l'attractivité et du développement économique des territoires, pour les Hauts-de-France. Avant de formuler des préconisations, l'ORS a conduit une double étude quantitative et qualitative. Elle dresse non seulement un portrait rapide de la situation actuelle mais donne des éléments à 5 ans, à 10 et à 15 ans, notamment en matière d'état de santé et de démographie des professionnels de santé. Elle comprend également le recueil de la perception, du ressenti des acteurs de terrains en matière d'offre de soins et d'ingénierie locale de santé, qu'ils soient élus locaux, personnels des EPCI (collectivités locales), professionnels de santé (de ville, hospitaliers) ou encore responsables hospitaliers non-médecins.

68 personnes rencontrées

L'ORS a conduit 42 entretiens auprès d'acteurs de terrain dans l'ensemble de la région Hauts-de-France, avec une approche semi-directive. Au total, 68 interlocuteurs ont été entendus. Le soin a été pris de quadriller le plus possible la région, avec une diversité en matière de types d'interlocuteurs.

Des indicateurs actuels et jusque 2025

La partie quantitative présente l'analyse des données sur les territoires de la région Hauts-de-France. Ce sont des données sociodémographiques, des données d'état de santé de la population (mortalité) et des données relatives à l'offre de soins. Cette approche, à lire page 19, traite des données d'état (décrivant l'état actuel), mais surtout des données d'évolution et des données de projections à 5, 10 et 15 ans.

- ✓ Le littoral de la région au sud de Boulogne-sur-Mer, ainsi que la zone de contact entre l'Aisne et le département du Nord, sont les deux ensembles territoriaux les plus exposés à un accroissement de la part de personnes âgées.
- ✓ Pour la partie littorale, cette évolution se produirait par une diminution notable de jeunes.
- ✓ Les taux d'activité féminins aujourd'hui particulièrement faibles du Bassin minier se sont accrus plus rapidement qu'ailleurs entre 2007 et 2012.
- ✓ Cette évolution classiquement associée à une amélioration générale de l'état de santé locale, devrait se constater, tout comme devrait s'observer une dégradation relative des indicateurs de santé sur la Baie de Somme.
- ✓ Si les tendances évolutives restent inchangées, la surmortalité régionale perdura, elle se matérialisera encore pour bien des causes ou groupes de décès.
- ✓ Les divergences territoriales pourraient se marquer : Boulogne et Abbeville à l'ouest devraient connaître les améliorations les plus marquées ainsi que de Soissons jusqu'à Cambrai vers le nord, 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 demeureraient en grande difficulté, mais le nord de l'Aisne, exception faite du secteur de Saint-Quentin et le secteur de Montreuil, connaîtrait une dégradation accrue des conditions sanitaires locales.

- ✓ La population de Hauts-de-France subit, dans son ensemble, une mortalité évitable liée à la prévention de 28,5 % supérieure au niveau national.
- ✓ Les secteurs les plus atteints se situent aux deux extrémités du Bassin minier, jusqu'à la frontière belge.
- ✓ Ce sont les secteurs au contact des départements picards, de la Thiérache et du sud du Pas-de-Calais et du nord de l'Aisne, qui connaîtraient les plus fortes dégradations si les impacts de la prévention restent égaux aux effets qu'ils ont produits à ce jour.
- ✓ Les tendances à la polarisation des implantations de médecins spécialistes devraient s'accroître plus encore au profit des principales agglomérations.
- ✓ Pourtant, quelques secteurs seraient à même de limiter leurs pertes à l'inverse des tendances prévisibles. Boulogne-sur-Mer et dans une moindre mesure Hazebrouck en sont deux exemples, mais le plus gros noyau se situe dans le regroupement du centre de la région d'Amiens à Saint-Pol-sur-Ternoise, d'Arras à Péronne.
- ✓ Les autres territoires plus périphériques, surtout sur les confins de l'Aisne, exposés à l'attractivité de Reims, devraient connaître de lourdes régressions d'effectifs.
- ✓ L'offre de soins de proximité appréciée par les effectifs de professionnels suit exactement les mêmes tendances, mais avec des ratios de concentrations moindres.
- ✓ L'évolution récente de ces effectifs est positive dans le département du Nord, lente dans l'ouest de la région au nord de Compiègne. Elle se moyenne ailleurs.
- ✓ Si ces tendances devaient perdurer, l'offre de proximité pourrait mécaniquement être très faible sur le littoral à Montreuil-sur-Mer et Abbeville.
- ✓ Mais s'il l'on prend en compte les moteurs de l'offre de proximité, que sont les médecins généralistes, à ces zones pourraient s'ajouter l'ensemble des territoires de l'Aisne, exception faite de Saint-Quentin et Soissons, et la totalité des territoires de l'Oise.
- ✓ Saint-Quentin et Soissons doivent impérativement préserver, si ce n'est accroître les effectifs si l'on entend assurer à la population de l'Aisne et de la partie est de l'Oise des possibilités de recours à des soins courants.
- ✓ Bon nombre de territoires disposent des atouts leur permettant d'attirer à eux ou de conserver les professionnels de proximité auxquels la population continuera d'accéder.
- ✓ D'autres se trouvent à l'évidence exposés aux risques de perdre les quelques professionnels qui maintiennent encore une offre de soins de proximité convenable.
- ✓ Il existe des territoires pour lesquels l'accès aux soins de premier recours pourrait passer d'ici peu de temps par une accessibilité accrue aux territoires disposants d'une offre.
- ✓ Enfin, la mise en place des Groupements hospitaliers de territoire mérite d'être très vite examinée tant dans les effets de structuration territoriale de l'offre de soins que d'amélioration de l'état de santé et la réponse aux besoins des populations.

Une très forte hétérogénéité en matière d'ingénierie de santé dans les territoires

La synthèse des entretiens est disponible en page 97. Le contenu des entretiens est rapporté en trois thèmes : le niveau de perception et de connaissance des personnes rencontrées, les actions et expériences mises en œuvre dans les territoires et, enfin, les réflexions des interrogés sur l'ingénierie locale et l'exercice médical.

➤ **Concernant le niveau de perception des interrogés, les éléments suivants ressortent :**

- ✓ Une perception très hétérogène de l'état de santé ;
- ✓ Une prise de conscience assez généralisée sur la question de la démographie médicale ;
- ✓ Une absence de vision de l'organisation de la santé sur le territoire régional ;
- ✓ Un constat partagé autour du manque d'information et de formation des élus et services des intercommunalités concernant la santé ;
- ✓ Un constat partagé autour de la faiblesse et du recul du premier recours ;
- ✓ Un constat partagé autour d'une carence de dépistage précoce ;
- ✓ Des tensions reportées sur les hôpitaux, « réceptacles » des flux de patients et de la pression des acteurs locaux sur les questions de santé ;
- ✓ Un constat autour des difficultés de la démographie médicale hospitalière ;
- ✓ Les maisons de santé pluridisciplinaires, entre scepticisme et « solution miracle ».

➤ **Les actions et expériences entreprises dans les territoires mettent en avant :**

- ✓ Une très grande hétérogénéité dans les modes d'action mis en place par les EPCI ;
- ✓ Une concurrence néfaste des acteurs entre eux... or, en réalité, la santé se pense souvent à l'échelle du territoire ;
- ✓ Un rôle de pivot de l'hôpital dans l'ingénierie locale de santé ;
- ✓ Une diversité de stratégies des centres hospitaliers en matière de recrutements de professionnels de santé ;
- ✓ De faibles interactions entre les acteurs et l'ARS ;
- ✓ Des collaborations qui fonctionnent.

➤ **Les réflexions des interrogés portent sur les sujets suivants :**

- ✓ Ingénierie locale : quelle action et à quel périmètre ?
- ✓ Santé, développement économique et aménagement du territoire ;
- ✓ Le potentiel d'opportunité et de déstabilisation représenté par l'arrivée des GHT ;
- ✓ L'avenir de l'exercice des professionnels et des pratiques de patients.

Une typologie de territoires

Une synthèse de l'analyse quantitative (disponible page 115) permet de concevoir une classification des territoires, en fonction de l'état de santé (au regard du niveau de mortalité), du taux d'emploi féminin et de l'offre de soins, pour les données d'état (2012).

L'analyse des données de projection (à horizon 2025) fait émerger quatre groupes de territoires en fonction du nombre estimé de médecins généralistes et de médecins spécialistes en 2025. Les projections montrent que plus la densité de généralistes augmente, plus celle des spécialistes progresse, les uns attirant les autres.

Des préconisations concrètes

Les analyses permettent de formuler les grandes préconisations suivantes pour les territoires :

- ✓ Outiller les territoires avec de l'information à valeur ajoutée, mettant en évidence les évolutions et dynamiques de santé des territoires ;
- ✓ Valoriser les professionnels de santé sur le terrain et décroisonner l'univers du sanitaire de ceux des usagers et des élus ;
- ✓ Offrir un soutien à l'ingénierie locale de santé ;
- ✓ Aider les territoires à agir, en conscience de leurs forces et faiblesses.

Le rapport détaille en page 121 les outils proposés pour chaque « préconisation ».

Remerciements

L'ORS Nord – Pas-de-Calais tient à remercier :

- l'ensemble des acteurs intéressés par cette étude ;
- l'ensemble des structures nous ayant reçus :
 - Le Conseil régional Hauts-de-France
 - la Communauté de communes de Fauquembergues
 - l'Agence d'urbanisme de Creil
 - la Communauté de communes de l'Aire Cantilienne
 - l'Agence d'urbanisme d'Amiens
 - la Communauté urbaine d'Arras
 - le Centre hospitalier de Calais
 - le Conseil départemental de l'Ordre de la Somme
 - la Communauté de communes de Guise
 - le Centre hospitalier de Dunkerque
 - le Centre hospitalier de Laon
 - la Communauté de communes du Chemin des Dames
 - la Communauté d'agglomération de Soissons
 - le Centre hospitalier de Saint-Omer
 - la Communauté de communes des Vertes Collines du Saint Polois
 - la Communauté de communes des 7 Vallées
 - la Communauté de communes de la Thiérache du centre
 - la Communauté d'agglomération de Maubeuge
 - la Communauté de communes du Grand Roye
 - le Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer
 - la Communauté de communes de Desvres Samer
 - la Communauté de communes du Sud-ouest Amiénois
 - la Communauté d'agglomération de Valenciennes Métropole
 - le Centre hospitalier universitaire d'Amiens
 - la Communauté de communes Picardie verte
 - la Communauté d'agglomération de Boulogne-sur-Mer
 - la Communauté de communes du Canton de Charly sur Marne
 - la Communauté de communes du canton d'Hucqueliers
 - la Communauté de Communes Artois-Lys
 - la Communauté de communes du Vexin Thelle
 - la Communauté de communes du Santerre
 - la Communauté de communes du Vimeu Industriel
 - le Centre hospitalier de Doullens
 - la Communauté de communes de la Porte des Vallées
 - la Communauté d'agglomération Artois Comm
 - la Communauté d'agglomération de Saint-Omer
 - la Communauté urbaine de Dunkerque
 - le Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer
 - la Clinique de la Côte d'Opale de Boulogne-sur-Mer
 - la Clinique des Flandres et la Clinique Villette à Dunkerque.

• l'ensemble des personnes avec lesquelles nous avons échangé dans le cadre de notre étude :

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| ○ Philippe Adde | ○ Arnaud Laure |
| ○ Jean-Charles Aisenfarb | ○ Emmanuel Le Bon |
| ○ Isabelle Baroi | ○ Thérèse Le Van |
| ○ Anaïs Baruzier | ○ Marie Lefebvre |
| ○ Laurent Berthe | ○ Elodie Legrand |
| ○ Jérôme Bignon | ○ Bernard Levant |
| ○ Laurence Biville | ○ Aline Louchart |
| ○ Philippe Bonelle | ○ Laurence Manniez |
| ○ Jean-Pierre Bosino | ○ Grégory Marlier |
| ○ Delphine Bossu | ○ Yves Marlier |
| ○ Philippe Boucey | ○ Michel Massart |
| ○ Sebastien Carton | ○ Christophe Masse |
| ○ Jean-Paul Coffinet | ○ Gaëlle Masure |
| ○ Marc Daime | ○ Alain Mequignon |
| ○ Delphine Damay | ○ Philippe Merlaud |
| ○ Bernard Davergne | ○ Maryline Michaut |
| ○ André Debouzy | ○ Didier Michel |
| ○ Aline Delattre | ○ Marie-Françoise Montel |
| ○ Pascal Deray | ○ Benoît Morel |
| ○ Patrick Desreumaux | ○ Yannick Mortain |
| ○ Marc Dezetter | ○ Claude Naivin |
| ○ Alexia Dufour | ○ Isabelle Perrot |
| ○ Rémy Dumont | ○ Thierry Petitprez |
| ○ Pierre Durand | ○ Danielle Portal |
| ○ François-Xavier Favaudon | ○ Pascale Poupinot |
| ○ Henri Foulques | ○ Louise Remond |
| ○ Georges Fourré | ○ Isabelle Riou |
| ○ Thierry Giracca | ○ Francis Ruelle |
| ○ Caroline Golasowski | ○ Gérard Stark |
| ○ Jérôme Grange | ○ José Sueur |
| ○ Pierre Holvoet | ○ Martin Trelcat |
| ○ Jean-Michel Hue | ○ Paul Véron |
| ○ Aurélie Lainé | ○ Olivier Verriez |
| ○ Anne Langellier | ○ Jean-Philippe Vrand |

Introduction

Contexte

La crise sanitaire qui touche la région Hauts-de-France depuis les années 1950 se caractérise par une surmortalité par rapport à la France, observée dans la quasi-totalité des grands groupes de maladies, hommes et femmes confondus. Cette surmortalité témoigne d'un état de santé particulièrement médiocre, et ce, dans la quasi-totalité des territoires des Hauts-de-France. Cet état de fait ne peut être correctement compris s'il n'est pas complété par une analyse de l'évolution dans le temps. En effet, si le handicap et le retard existent, c'est avant tout parce que l'amélioration des indicateurs de santé qui a bénéficié à l'ensemble des Français a été, dans cette région, plus lente, bien plus lente qu'ailleurs. La situation s'est améliorée au cours des dernières décennies. Néanmoins, il reste que la progression de l'état de santé a été de 10 points inférieure à celle de la France métropolitaine, entre la fin des années 1990 et 2014. De plus, cette évolution diverge amplement d'un territoire à l'autre, dans une fourchette allant de plus de 25 points à moins de 40 points par rapport à l'évolution nationale.

Étudier l'état de santé, à un moment donné, est une démarche utile et classique en santé publique. Pour autant, analyser les évolutions de ces états de santé est devenue une démarche indispensable, car c'est ainsi que l'on peut comprendre les dynamiques en cours, qu'il est possible d'anticiper ce que sera, demain, la situation à laquelle la population sera confrontée.

Au-delà de constater des retards affectant les habitants dans certains territoires, il convient d'observer si des rattrapages, par rapport à la France dans le cas qui nous occupe, s'opèrent et, si oui, où et quels en sont les aspects. L'ORS observe explicitement ce phénomène de divergence territoriale depuis 2014¹ après avoir consacré plusieurs années au suivi des dynamiques régionales et locales en cours, en matière de santé. Le retard d'état de santé régional est, avant tout, dû à une évolution différentielle plus lente que le reste de la France. L'état de santé est un résultat, un aboutissement, la cause est une progression ralentie. Tel est le nouveau regard qu'il convient d'avoir sur la santé en région et au plan local.

Des recompositions territoriales sont actuellement en cours. Pour mémoire, la « recomposition territoriale » peut se définir comme étant « *le processus politique par lequel les pouvoirs institutionnels travaillent actuellement en France à modifier leur organisation spatiale* »². Cette recomposition des territoires « *peut être entendue comme la recherche d'un développement harmonieux et équilibré des différentes zones géographiques qui constituent une collectivité territoriale, telle qu'une région ou un département* »³.

¹ Raimbault M, Moreels C, Lacoste O, Goudet JM. *Territoires Divergents, enquête sur l'inégale évolution locale des cancers*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2015 ; 128 p.

² Vanier M. Recomposition territoriale : la voie française. *L'information géographique* 2002 ; 2(66) : 99-112.

³ Herbourg AM, Lallement G, Loubignac P. La recomposition des territoires, un facteur déterminant de l'action régionale. *Revue Géographique de l'Est* [en ligne] 2000 ; 4(40) ; mise en ligne le 27 juillet 2013 : <http://rge.revues.org/4071>

La recomposition territoriale relève notamment de caractéristiques internes propres au territoire considéré et consiste à réduire les écarts de développement et de ressources entre les territoires. La recomposition territoriale est alors considérée comme une « *composante incontournable des politiques territoriales* » et un « *moyen de réduction des inégalités territoriales endogènes* ».

Autrement dit, l'enjeu pour les collectivités est de s'adapter aux mutations locales, qu'elles soient d'ordre politique ou administratif (une fusion de plusieurs collectivités par exemple), sanitaire (dégradation de l'état de santé, diminution du nombre de professionnels de santé...) ou encore social et plus encore d'ordre économique (fermeture d'une entreprise importante qui déstabilise un bassin d'emploi).

Les problématiques de santé se manifestent de façon plus ou moins aiguë, selon la situation et les ressources disponibles dans les territoires. La montée en puissance des maladies chroniques en est un exemple des plus parlants.

L'offre de santé connaît, elle aussi bien sûr, de fortes mutations de fond. Bien connues, celles-ci interviennent plus rapidement que par le passé. L'offre hospitalière publique se structure territorialement, sous la forme de Groupements hospitaliers de territoire (GHT), dont la logique est de parvenir à des recompositions choisies plus que subies.

La tendance de fond de l'offre de santé est au regroupement, à la concentration territoriale. En effet, des pôles d'offres, plus ou moins centralisés (CHRU, CHR, CH, hôpitaux de proximité, maisons ou centres de santé...) ont émergé au cours des dernières décennies. Par endroit, le maillage de ces pôles répond favorablement aux besoins de la population. Dans d'autres territoires, le maillage sanitaire est particulièrement préjudiciable à l'accès aux soins, et ce, pour plusieurs raisons : en l'absence de pôle d'offre de soins et/ou en l'absence de liens entre ces pôles.

La région Hauts-de-France se caractérise par un noyau central (la métropole lilloise) complété de pôles secondaires (les villes du Bassin minier, du Littoral, de l'Amiénois et de la couronne septentrionale de l'agglomération parisienne). Le reste de la région rassemble des zones au maillage plus faible (sud-est et ouest des Hauts-de-France) dont les noyaux sont de moindre intensité. Dans ces territoires, on observe la disparition d'une offre de santé de proximité. Cette disparition étant très préjudiciable à l'accès aux soins de la population, ainsi qu'à l'attractivité et à l'économie des territoires.

Il est communément admis que ces évolutions se poursuivront dans chacun des territoires de la région. Or, il est plus vraisemblable qu'elles s'accélèrent.

Si les tendances nationales ou européennes sont relativement connues d'un public large, les mutations locales sont encore assez peu étudiées. C'est pourquoi, après un rapide bilan de l'état de santé des territoires qui composent la région et l'analyse des évolutions récentes, il semble pertinent d'élaborer des prospectives territoriales. Et ce, via une approche statistique et une approche qualitative, conduite lors d'une enquête de terrain.

Cette démarche propose des outils, à destination des territoires, permettant d'orienter les acteurs des recompositions en cours, toujours dans un but d'amélioration de l'état de santé régional.

Le non-accompagnement de ces recompositions territoriales en matière de santé (notamment via l'aménagement du territoire) pourrait entraîner une « perte de chance » pour les Hauts-de-France, dont l'état de santé est plus contrasté aujourd'hui qu'hier.

Par ailleurs, ne pas agir contribuerait à une moindre ressource économique locale, par atténuation des revenus résidentiels et par limitation des effets induits cumulés, tels que les emplois (directs et induits) de l'activité économique santé⁴.

Cette double étude propose, par la mise en évidence des tendances actuelles et la perception des acteurs de terrain, une somme d'outils adaptés, permettant de mettre en œuvre une démarche accessible, encore jamais engagée.

Par ailleurs, il semble nécessaire que, dès aujourd'hui, les possibles répercussions sanitaires de la crise économique en cours soient suivies et d'apporter des réponses sous la forme d'outils, variés, accessibles et compréhensibles. Cette problématique fait l'objet d'un autre travail de l'ORS⁵.

Objectifs

L'objectif général de l'étude est de définir quels pourraient être, pour les Hauts-de-France, les outils contribuant à une évolution favorable aux populations, à l'attractivité et au développement économique des territoires.

L'ORS s'attache à proposer des outils à destination des territoires de la région. Ces outils ont émergé de l'analyse territoriale et rendent compte des perceptions des acteurs, des enjeux locaux et de leurs propositions. L'étude présente également des recompositions régionales probables et attendues en matière de santé.

Pour atteindre cet objectif, l'ORS a choisi d'associer deux approches, quantitative et cartographique d'une part, qualitative d'autre part.

Concernant l'approche quantitative et cartographique, l'ORS s'est fixé comme objectifs de :

- ✓ Dresser brièvement l'état actuel de la santé des Hauts-de-France, par intercommunalités⁶, en se fondant sur une analyse de l'état de santé, de l'offre de santé et de ses caractéristiques sociodémographiques pour ses aspects les plus significatifs. Complété par une approche des emplois liés à l'activité économique santé ;
- ✓ Produire une analyse de l'évolution, au cours des 5 dernières années, des intercommunalités des Hauts-de-France en se fondant sur une analyse de l'état de santé, de l'offre de santé et de

⁴ ORS Nord - Pas-de-Calais, *Observations inattendues et capricieuses de la santé : Économie et santé*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2009 ; 10 p.

⁵ Poirier G, Baro E, Goudet JM, Fraouti L, Zerhouni S. Mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte consacré aux impacts sanitaires de la crise économique de 2008. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2016 ; 79 p.

⁶ Il est à noter que l'Agence régionale de santé n'a pas retenu l'Intercommunalité comme niveau élémentaire de ses futurs diagnostics territoriaux qui privilégient dans l'ancien Nord - Pas-de-Calais les zones de proximité du précédent Plan régional de santé et, pour l'ancienne Picardie, les arrondissements.

- ses caractéristiques sociodémographiques, pour ses aspects les plus pertinents et significatifs, dont les emplois liés à l'activité économique santé ;
- ✓ Produire une mise en perspective des mutations attendues des Hauts-de-France sur la base de ses intercommunalités, en se fondant sur des projections à 5, 10 et 20 ans de l'état de santé, de l'offre de santé, des mutations sociodémographiques et des recompositions territoriales pour leurs aspects les plus impactant ;
 - ✓ Dresser le bilan des décalages entre, d'une part, état et évolution, et, d'autre part, les mutations attendues.

Quant à l'approche qualitative, il s'est agi :

- ✓ D'estimer la sensibilité et la pertinence des avis des acteurs locaux à l'égard des évolutions (recompositions territoriales) en cours ;
- ✓ De nourrir l'approche prospective de l'avis des acteurs locaux ;
- ✓ D'apprécier les prédispositions des acteurs à se situer dans un cadre évolutif ;
- ✓ D'apprécier les prédispositions des acteurs à se situer dans un cadre prospectif ;
- ✓ De dresser le bilan de la diversité des avis, des perceptions et des sensibilités des acteurs ;
- ✓ D'analyser les décalages ou les convergences entre sources bibliographiques et avis de terrain ;
- ✓ Et enfin, de proposer des outils.

Ce que sera l'étude et ce qu'elle ne sera pas

Cette étude ne vise pas à juger la manière dont chaque territoire/établissement anticipe les évolutions démographiques des professionnels de santé, ni même la façon dont sont gérées les problématiques de santé sur les territoires, dans la mesure où elle ne constitue en rien une évaluation.

Il s'agit d'analyser et de comprendre les dynamiques locales en matière de santé et d'offre de soins, en s'appuyant sur des données chiffrées et qualitatives recueillies auprès des acteurs de terrain, portant ainsi à connaissance des dynamiques positives, potentiellement reproductibles.

Le but de cette étude est d'identifier des outils nécessaires et adaptés aux différents territoires qui composent la région, afin qu'ils puissent appréhender et accompagner aux mieux les recompositions en cours en lien avec la santé, le développement économique et l'aménagement du territoire.

Méthodologie quantitative - Analyse de données

Cette partie vise à fournir et à analyser des données statistiques⁷ sur les territoires de la région Hauts-de-France. Il s'agit de données sociodémographiques, de données concernant l'état de santé de la population (mortalité) et de données relatives à l'offre de soins. Cette approche quantitative traite les données selon trois grands angles de vue.

Le premier s'intéresse à l'état et décrit la situation à un instant T, le second porte sur l'évolution récente et le dernier présente des projections, c'est-à-dire des estimations d'ici quelques années, si l'on poursuit les tendances récentes d'évolution, toutes choses étant égales par ailleurs. Ainsi, au-delà de fournir une photographie du territoire actuel, ces analyses illustrent les différentes dynamiques territoriales en cours.

Concernant les données « d'état », le rapport propose une approche par intercommunalité (EPCI⁸). Toutefois, pour quelques variables, les territoires sont regroupés afin d'apporter plus de stabilité statistique. Ces mêmes regroupements de territoires (voir méthodologie précise ci-après) sont également utilisés pour les évolutions récentes et les projections.

Ces données sont commentées et cartographiées, tous les tableaux de synthèse sont disponibles en annexes.

La méthodologie statistique employée est détaillée au début de la partie relative à l'approche quantitative.

⁷ Les plus récentes disponibles.

⁸ Établissement public de coopération intercommunale.

Méthodologie qualitative - Entretiens

Afin de répondre à ces objectifs, l'ORS a conduit une série d'entretiens auprès d'acteurs de terrain dans l'ensemble de la région Hauts-de-France, avec une approche semi-directive. Après avoir relevé les éléments bibliographiques sur le sujet, un socle de connaissance commun a été mis en place afin de consolider notre guide d'entretien.

C'est avec intérêt que la majorité des acteurs a reçu l'équipe de l'ORS et a accepté de s'entretenir avec elle.

Au total, 42 entretiens d'une heure ou plus ont été réalisés et retranscrits. Dans la mesure où de nombreux entretiens ont été réalisés en présence de plusieurs personnes, 68 interlocuteurs ont été entendus. Le soin a été pris de quadriller le plus possible la région, avec une diversité en matière de types d'interlocuteurs.

Typologie des acteurs rencontrés :

Personnel des services des EPCI	27
Élus (EPCI ou départements)	16
Médecins	4
Personnels hospitaliers non-médecins (directeur, directeur stratégie, attachés territoriaux)	14
Agence d'urbanisme	6
Institutionnels médecins (CNOM, URPS)	1
Total	68

Liste des entités enquêtées :

- Conseil régional Hauts-de-France
- Communauté de communes de Fauquembergues (Pas-de-Calais)
- Agence d'urbanisme de Creil (Oise)
- Communauté de communes de l'Aire Cantilienne (Chantilly, Oise)
- Agence d'urbanisme d'Amiens
- Communauté urbaine d'Arras
- Centre hospitalier de Calais
- Conseil départemental de l'Ordre de la Somme
- Communauté de Communes de Guise (Aisne)
- Centre hospitalier de Dunkerque
- Centre hospitalier de Laon (Aisne)
- Communauté de communes du Chemin des Dames
- Communauté d'agglomération de Soissons (Oise)
- Centre hospitalier de Saint-Omer
- Communauté de communes des Vertes Collines du Saint Polois
- Communauté de communes des 7 Vallées
- Communauté de communes de la Thiérache du centre
- Communauté d'agglomération de Maubeuge
- Communauté de communes du Grand Roye
- Centre hospitalier de l'arrondissement de Montreuil-sur-Mer
- Communauté de communes de Desvres Samer
- Communauté de communes du Sud-ouest Amiénois
- Communauté d'agglomération de Valenciennes Métropole (Nord)
- Centre hospitalier universitaire d'Amiens
- Communauté de communes Picardie verte
- Communauté d'agglomération de Boulogne-sur-Mer
- Communauté de Communes du Canton de Charly sur Marne
- Communauté de Communes du canton d'Hucqueliers
- Communauté de Communes Artois-Lys :
- Communauté de communes du Vexin Thelle
- Communauté de communes du Santerre
- Communauté de communes du Vimeu Industriel
- Centre hospitalier de Doullens
- Communauté de communes de la Porte des Vallées (Pas-de-Calais)
- Communauté d'agglomération Artois Comm (Béthune-Bruay)
- Communauté d'agglomération de Saint-Omer
- Communauté urbaine de Dunkerque
- Centre hospitalier de Boulogne-sur-Mer
- Clinique de la Côte d'Opale (Boulogne-sur-Mer, Calais)
- Clinique des Flandres et Clinique Villette à Dunkerque

Approche quantitative et cartographique

Cette partie a pour objectif de présenter et d'analyser des données statistiques sur les territoires de la région Hauts-de-France. Ce sont des données sociodémographiques, concernant l'état de santé de la population (mortalité) et relatives à l'offre de soins.

Cette approche traite les données selon trois perspectives :

- ✓ la première s'intéresse à l'état et décrit la situation à un instant T ;
- ✓ la seconde porte sur l'évolution récente ;
- ✓ la dernière présente des projections.

Concernant les données « d'état », le rapport propose une approche par intercommunalité (EPCI). Toutefois, pour quelques variables, les territoires sont regroupés afin d'apporter plus de stabilité statistique. Ces mêmes regroupements de territoires (voir méthodologie précise ci-après) sont également utilisés pour les évolutions récentes et les projections.

Ces données sont commentées et cartographiées, tous les tableaux de synthèse sont disponibles en annexes.

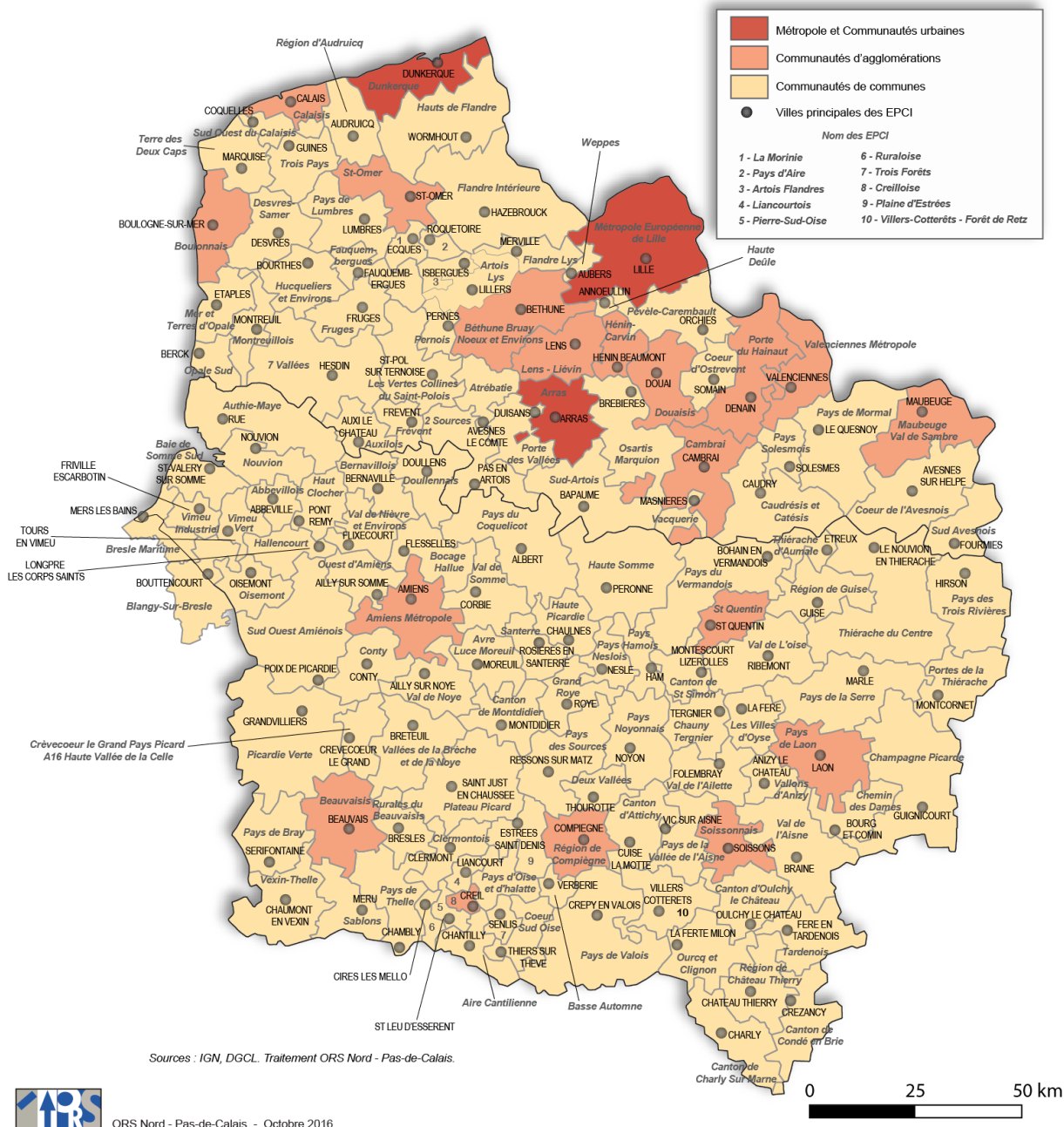
Une territorialisation d'étude adaptée : les territoires d'évaluation et de projection

En 2016, la région des Hauts-de-France comptait 137 EPCI. La majorité d'entre eux compte peu d'habitants (84 % d'entre eux regroupant chacun moins de 1 % de la population régionale). Afin de présenter et de travailler à partir d'effectifs suffisants pour escompter accroître la fiabilité des indicateurs à produire, nous avons été contraints de renoncer aux Intercommunalités. Nous avons procédé à des regroupements de ces territoires, nommés territoires d'évaluation et de projection (TEP), afin de disposer de populations a priori suffisantes, plus propices à des indicateurs plus stables sur le plan statistique.

Ces territoires tiennent compte d'une double contrainte : réunir un poids de population suffisant et respecter une certaine logique de territoires.

Un seuil de population d'au moins 50 000 habitants est en effet nécessaire à l'Insee pour développer des projections de population significatives sur le plan statistique. Les EPCI ont donc été regroupés pour permettre que ce seuil soit atteint, que la cohérence des ensembles territoriaux ne soit pas trop dégradée et faire en sorte que les indicateurs présentés aient, *toute chose étant égale par ailleurs*, une fiabilité accrue si ce n'est plus optimale.

Figure 1 : Intercommunalités des Hauts-de-France (EPCI)



ORS Nord - Pas-de-Calais - Octobre 2016

Pour tenir compte d'une certaine dynamique territoriale, nous nous sommes appuyés également sur les zones d'emploi de l'Insee élaborées à partir des déplacements domicile-travail. Les EPCI ont ainsi été regroupés préférentiellement en fonction de leur appartenance majoritaire à la même zone d'emploi.

Aussi :

- Si un EPCI est inférieur à 50 000 habitants, il est rattaché aux EPCI voisins s'étalant majoritairement sur la même zone d'emploi jusqu'à atteindre le seuil de 50 000 habitants. Même si ce seuil de 50 000 habitants est atteint, les autres EPCI qui appartiennent aussi majoritairement à cette même zone d'emploi sont également ajoutés. Par exemple, le TEP Château-Thierry Picardie-Méridionale, qui dénombre 62 809 habitants en 2012, se compose de quatre Communautés de Communes (CC) de moins de 50 000 habitants, appartenant à la zone d'emploi de Château-Thierry. Ce seuil aurait pu être atteint avec trois EPCI mais aurait exclu du TEP un territoire appartenant à la même zone d'emploi.
- Si un EPCI est supérieur à 50 000 habitants, il est également rattaché aux EPCI s'étalant majoritairement sur la même zone d'emploi. Par exemple, la Métropole Européenne de Lille (plus d'un million d'habitants en 2012) est rattachée à la CC des Weppes et à la CC Pévèle Carembault, qui appartiennent majoritairement à la zone d'emploi de Lille. Ces trois EPCI forment le TEP Lille Nord-Septentrional.

Ainsi, le découpage des intercommunalités est respecté tout autant que la dynamique de fonctionnement des territoires, basée sur les déplacements majoritaires des populations.

La dénomination de chacun des territoires d'étude, qui comprend systématiquement un élément de situation au sein du territoire régional, est présentée dans le tableau et la carte qui suivent.

Tableau 1 : Dénomination des TEP

Toponymie complète	Toponymie des tableaux et cartes	Toponymie des commentaires
Abbeville Picardie-Septentrionale	Abbeville Pic-Septent	Abbeville
Amiens Picardie-Septentrionale	Amiens Pic-Septent	Amiens
Arras Pas-de-Calais-Centre	Arras Pas-de-Calais-Centre	Arras
Beauvais Picardie-Méridionale	Beauvais Pic-Mérid	Beauvais
Berck - Montreuil Pas-de-Calais-Littoral	Berck - Montreuil Pas-de-Calais-Littoral	Berck - Montreuil
Béthune - Bruay Pas-de-Calais-Centre	Béthune - Bruay Pas-de-Calais-Centre	Béthune - Bruay
Boulogne-sur-Mer Pas-de-Calais-Littoral	Boulogne-sur-Mer Pas-de-Calais-Littoral	Boulogne-sur-Mer
Calais Pas-de-Calais-Littoral	Calais Pas-de-Calais-Littoral	Calais
Cambrai Nord-Méridional	Cambrai Nord-Mérid	Cambrai
Château-Thierry Picardie-Méridionale	Château-Thierry Pic-Mérid	Château-Thierry
Compiègne Picardie-Méridionale	Compiègne Pic-Mérid	Compiègne
Douai Nord-Méridionale	Douai Nord-Mérid	Douai
Dunkerque Nord-Septentrional	Dunkerque Nord-Septent	Dunkerque
La Flandre-Lys Nord-Septentrional	La Flandre-Lys Nord-Septent	La Flandre-Lys (Hazebrouck)
La Thiérache Picardie-Septentrionale	La Thiérache Pic-Septent	La Thiérache (Hirson)
La Vallée de la Bresle - Vimeu Picardie-Septentrionale	La Vallée de la Bresle - Vimeu Pic-Septent	La Vallée de la Bresle - Vimeu (Friville-Escarbotin)
Laon Picardie-Méridionale	Laon Pic-Mérid	Laon
Lens - Hénin Pas-de-Calais-Centre	Lens - Hénin Pas-de-Calais-Centre	Lens - Hénin
Lille Nord-Septentrional	Lille Nord-Septent	Lille
Maubeuge Nord-Méridional	Maubeuge Nord-Mérid	Maubeuge
Péronne Picardie-Septentrionale	Péronne Pic-Septent	Péronne
Roissy - Sud Picardie-Méridionale	Roissy - Sud Pic-Mérid	Roissy
Saint-Omer Pas-de-Calais-Littoral	Saint-Omer Pas-de-Calais-Littoral	Saint-Omer
Saint-Quentin Picardie-Septentrionale	Saint-Quentin Pic-Septent	Saint-Quentin
Soissons Picardie-Méridionale	Soissons Pic-Mérid	Soissons
Tergnier Picardie-Méridionale	Tergnier Pic-Mérid	Tergnier
Valenciennes Nord-Méridional	Valenciennes Nord-Mérid	Valenciennes

Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Figure 2 : Recomposition territoriale des intercommunalités : territoires d'évaluation et de projection (TEP)



Comment aller plus loin et formuler des projections ?

Afin d'aller au-delà des seules données d'état et d'évolution, l'ORS a entrepris de réaliser des projections. Pour cela, l'ORS s'est appuyé sur des projections dites « Omphale », commandées à l'Insee-Lille.

✓ Les projections Omphale

La période a été sélectionnée en lien avec les années de recensement, en prenant en compte une extrapolation à 5, puis 10 ans à partir de 2012. Les projections Omphale ont été effectuées pour les décès, les naissances, la structure de la population (structure par âge), les soldes migratoire et naturel.

Les projections démographiques Omphale

Le modèle Omphale 2010 permet de réaliser des projections de population par sexe et âge, à moyen/long terme, sur tout territoire supra-communal de plus de 50 000 habitants. Omphale 2010 permet d'intégrer de nombreuses hypothèses et donc de « balayer le champ des possibles ». Ces hypothèses sont purement démographiques et ne portent que sur la fécondité, la mortalité et les migrations. Les événements exogènes (fermeture/implantation d'usine, évolution du prix du foncier, changement de politiques publiques par exemple) ne sont modélisables qu'à travers leurs effets sur ces composantes.

Une projection n'est pas une prévision : on ne peut pas affecter aux scénarios une quelconque probabilité de réalisation. Une projection est donc une simulation qui :

- ne permet pas de prévoir ce qui va se passer ;
- permet de mesurer exactement ce qui se passerait si certaines hypothèses étaient vérifiées.

Omphale 2010 permet également d'effectuer des projections d'actifs et de ménages, en appliquant des taux par sexe et âge aux populations projetées.

L'évolution de la population résulte de l'interaction entre trois composantes : les naissances, les décès et les migrations. Omphale 2010 propose une modélisation de ces composantes basée sur l'observation récente des comportements. Il mobilise pour cela de l'information issue de l'État civil (naissances et décès) et du recensement (population et lieu de résidence 5 ans auparavant pour les migrations).

Omphale 2010 projette la population avec un pas quinquennal. Une procédure d'annualisation permet ensuite d'obtenir les populations pour les années intermédiaires.

Omphale 2010 nécessite de définir avant la projection un zonage constitué d'un ensemble de zones décrivant une partition d'un ou plusieurs départements. Les populations des 27 TEP sont projetées simultanément. Ces projections réalisées à des échelons géographiques infra-départementaux sont calées sur les projections départementales.

Les projections de population (scénario central) sont élaborées comme suit :

- la fécondité de chaque zone est maintenue à son niveau de 2007 ;
- la mortalité de chaque zone baisse au même rythme qu'en France métropolitaine où l'espérance de vie atteindrait 83,1 ans pour les hommes et 88,8 ans pour les femmes en 2040 ;
- les quotients migratoires entre zones, calculés entre 2000 et 2008, sont maintenus constants sur toute la période de projection. Pour chaque zone du zonage, ils reflètent les échanges de populations avec les autres zones du zonage, d'une part, et avec les départements en dehors du zonage, d'autre part.

Poursuite des tendances d'accroissement

L'estimation à 5 et 10 ans des indicateurs provenant des données des recensements s'appuie sur le taux d'évolution annuel intercensitaire calculé entre 2007 et 2012, taux sur lequel nous nous sommes ensuite appuyés afin de prolonger les tendances à 5 et 10 ans (cf. formule ci-dessous). La méthode a été, à peu de chose près, similaire pour estimer l'évolution du nombre de professionnels de santé⁹ ainsi que les taux comparatifs de mortalité¹⁰. Ces estimations reposent donc sur l'hypothèse d'un maintien des tendances passées, ce qui suppose une stabilité des dernières évolutions observées. Ainsi, concernant la démographie médicale, les estimations à 5 et 10 ans de l'évolution des effectifs de professionnels de santé reposent sur l'idée d'une population stable, autrement dit, du maintien au cours des années du nombre d'entrées (installation de nouveaux professionnels) comme du nombre de sorties (départ en retraite, émigration et décès). En effet, ne disposant pas des éléments permettant d'évaluer précisément le nombre d'entrées comme de sorties, il nous a semblé préférable dans ces conditions d'adopter l'hypothèse de stabilité. En résumé, les estimations doivent toujours être interprétées en gardant à l'esprit le maintien des dernières tendances¹¹. Concernant la démographie médicale, nous avons également couplé l'estimation de l'évolution des effectifs de médecins et des professionnels de santé avec l'évolution du nombre d'habitants estimé à partir des projections Omphale. Cela a permis d'estimer les densités de professionnels de santé en 2015, 2020 et 2025 et d'en mesurer l'accroissement.

Calcul des estimations

L'accroissement annuel a se calcule de la manière suivante :

$$a = \sqrt[t]{\left(\frac{P(t)}{P(0)}\right)} - 1$$

Ce taux d'accroissement sert ensuite à estimer les indicateurs n années suivantes

$$P(t + n) = P(t) * (1 + a)^n$$

⁹ Sources : RPPS, Adeli.

¹⁰ Source : CépiDc-Inserm.

¹¹ Tendances 2007-2012 pour le recensement et pour la mortalité, 2012-2015 pour la démographie médicale.

Données sociodémographiques

POPULATION DES HAUTS-DE-FRANCE

Tableau 2 : Population des Hauts-de-France (par TEP)

Territoire	Population 2007	Population 2012	Accroissement de la population entre 2007 et 2012 en %	Nombre d'habitants/km ² en 2007	Nombre d'habitants/km ² en 2012
Abbeville Pic-Septent	69 255	69 807	0,80	69	70
Amiens Pic-Septent	382 767	388 375	1,47	103	105
Arras Pas-de-Calais-Centre	243 252	247 598	1,79	108	110
Beauvais Pic-Mérid	266 238	273 537	2,74	102	105
Berck - Montreuil Pas-de-Calais-Littoral	112 646	112 381	-0,23	85	85
Béthune - Bruay Pas-de-Calais-Centre	313 025	316 136	0,99	406	410
Boulogne-sur-Mer Pas-de-Calais-Littoral	162 314	162 083	-0,14	256	256
Calais Pas-de-Calais-Littoral	153 556	154 334	0,51	259	260
Cambrai Nord-Mérid	158 831	162 211	2,13	176	180
Château-Thierry Pic-Mérid	61 771	62 809	1,68	65	66
Compiègne Pic-Mérid	191 233	192 090	0,45	140	140
Douai Nord-Mérid	224 585	224 557	-0,01	593	592
Dunkerque Nord-Septent	255 935	253 377	-1,00	342	339
La Flandre-Lys Nord-Septent	97 686	101 109	3,50	155	160
La Thiérache Pic-Septent	67 223	66 871	-0,52	48	48
La Vallée de la Bresle - Vimeu Pic-Septent	56 665	55 764	-1,59	100	99
Laon Pic-Mérid	91 338	91 689	0,38	52	52
Lens - Hénin Pas-de-Calais-Centre	370 594	366 823	-1,02	1 054	1 044
Lille Nord-Septent	1 223 997	1 241 580	1,44	1 246	1 264
Maubeuge Nord-Mérid	234 657	232 657	-0,85	167	165
Péronne Pic-Septent	57 194	57 162	-0,06	64	64
Roissy - Sud Pic-Mérid	364 016	370 254	1,71	153	156
Saint Omer Pas-de-Calais-Littoral	123 447	127 218	3,05	152	156
Saint-Quentin Pic-Septent	131 234	131 550	0,24	123	123
Soissons Pic-Mérid	94 904	96 461	1,64	84	85
Tergnier Pic-Mérid	66 396	65 856	-0,81	115	114
Valenciennes Nord-Mérid	347 251	348 809	0,45	551	554
Hauts-de-France	5 922 009	5 973 098	0,86	186	188
France métropolitaine	61 795 007	63 375 971	2,56	114	117

Sources : Insee 2007-2012. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

En 2012, les Hauts-de-France dépassaient les 5,9 millions d'habitants. En 5 ans, la région a gagné un peu plus de 51 000 habitants, soit un accroissement très faible au regard de la France métropolitaine (+0,86 % *versus* +2,56 %). Certains TEP partagent des taux d'accroissement positifs importants, situés autour du niveau national (Flandre-Lys (Hazebrouck), Saint-Omer, Beauvais, Cambrai). D'autres, au contraire, ont connu des baisses plus marquées qu'ailleurs (Dunkerque, Lens-Hénin, La Vallée de la Bresle - Vimeu (Friville-Escarbotin)). La région oppose d'un côté des zones très urbanisées situées au nord (Métropole lilloise et ancien bassin minier), sur la frange littorale nord-est (de Berck à Dunkerque) et au sud-est (zones de Creil, Clermont, Compiègne, Beauvais) et, de l'autre, une majorité du territoire, qui, en dehors de certaines agglomérations (Abbeville, Amiens Péronne, St Quentin Laon, Soissons...), demeure peu densément peuplée.

Population âgée de 0 à 24 ans

Figure 3 : Part de la population âgée de 0 à 24 ans en 2012 (par EPCI)

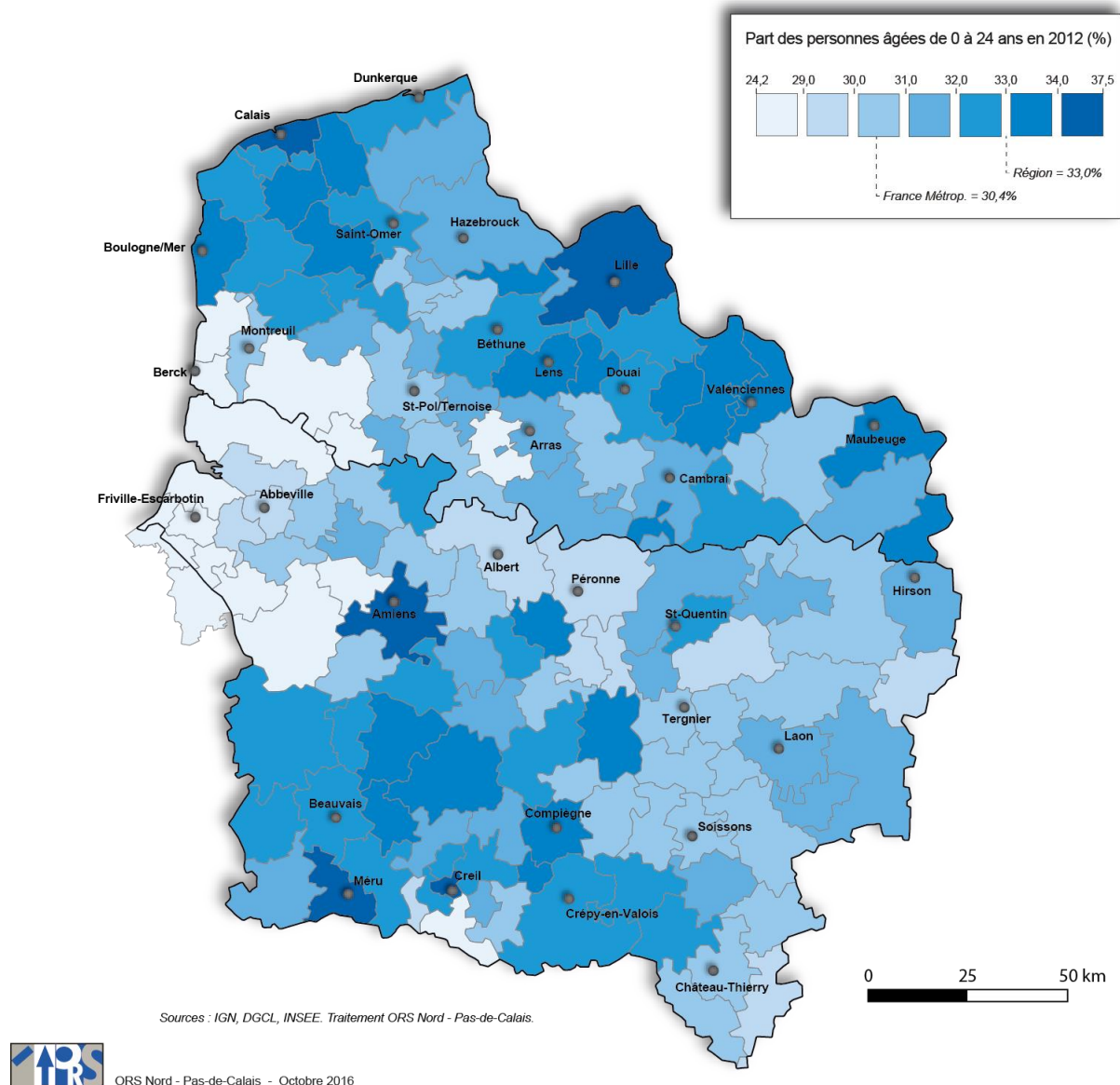


Figure 4 : Évolution de la population âgée de 0 à 24 ans entre 2007 et 2012 (par TEP)

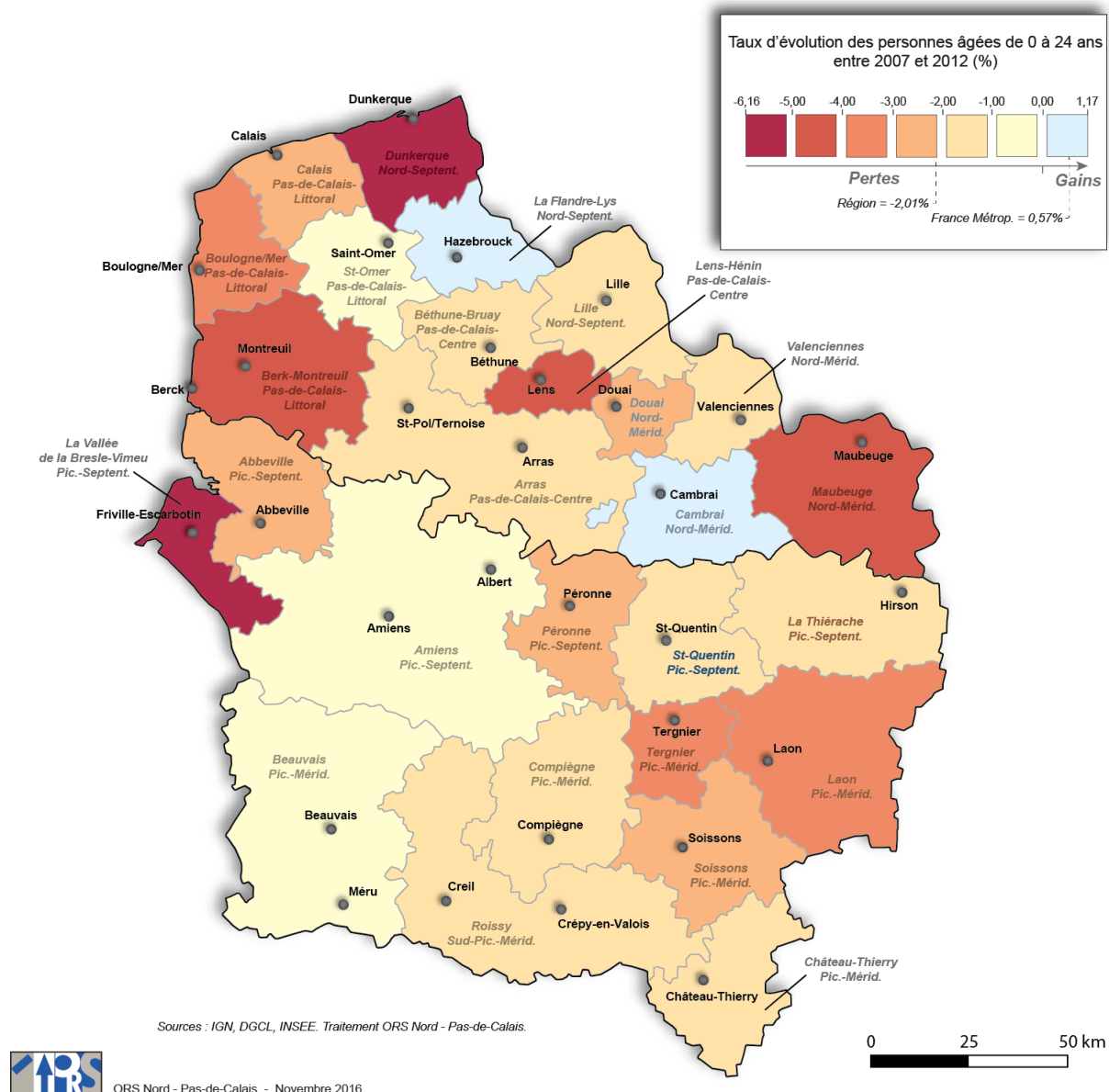
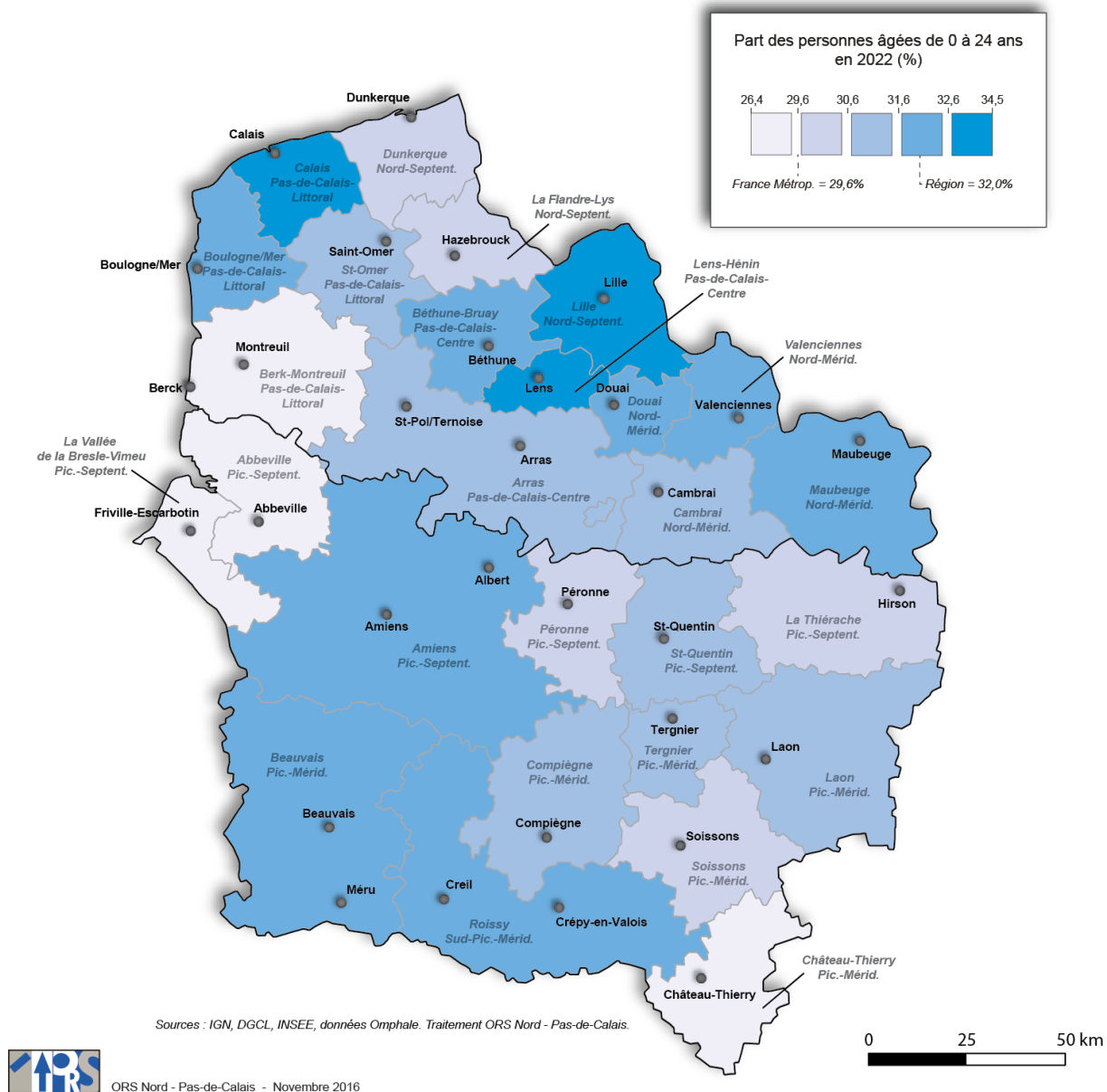


Figure 5 : Part de la population âgée de 0 à 24 ans en 2022 (par TEP)



Les Hauts-de-France bénéficient d'une proportion de moins de 25 ans nettement supérieure à la moyenne nationale (33 % *versus* 30 %). Néanmoins, le poids démographique de cette classe d'âge varie sensiblement au sein de la région. En 2012, c'est dans la partie médiane de la région, notamment sur son littoral (Baie de Somme, Berck), que la part des 0-24 ans est la moins élevée se situant en dessous de la moyenne régionale et nationale. Les 0-24 ans sont proportionnellement plus nombreux au nord de la région avec des valeurs supérieures à la moyenne régionale tout comme au sud-ouest de la région. Les 0-24 ans se concentrent également autour des métropoles régionales (Amiens, Lille) et des principales villes (Calais, Méru, Creil, Valenciennes...).

Entre 2007 et 2012, le nombre de personnes âgées de 0-24 ans a baissé dans pratiquement tous les territoires d'étude et, plus particulièrement les territoires au niveau d'Hazebrouck et de Cambrai ont connu des accroissements positifs.

D'ici 2022, la zone littorale d'Abbeville et de Montreuil devrait conserver la proportion des 0-24 ans la plus faible. La partie sud-ouest de la région (Amiens, Beauvais, Creil...) devrait demeurer dans la moyenne régionale alors que le sud-est ainsi que sa partie médiane, suivant l'axe Cambrai, Arras, St-Pol sur Ternoise, se situeraient en deçà du niveau régional. Les TEP de Lille, Lens-Hénin et Calais conserveront les proportions de jeunes les plus élevées.

Population âgée de 75 ans et plus

Figure 6 : Part de la population âgée de 75 ans et plus en 2012 (par EPCI)

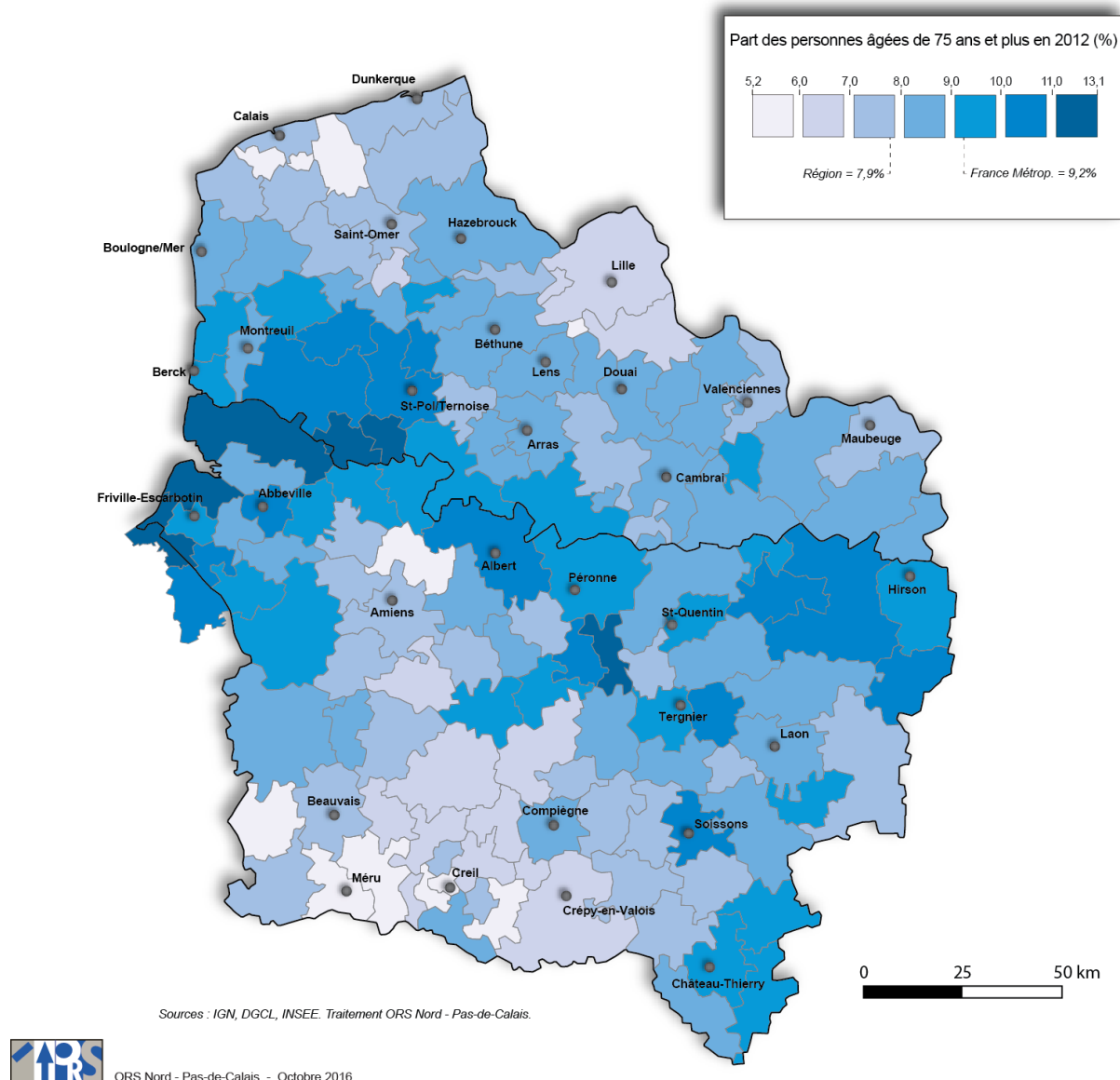


Figure 7 : Évolution de la population âgée de 75 ans et plus entre 2007 et 2012 (par TEP)

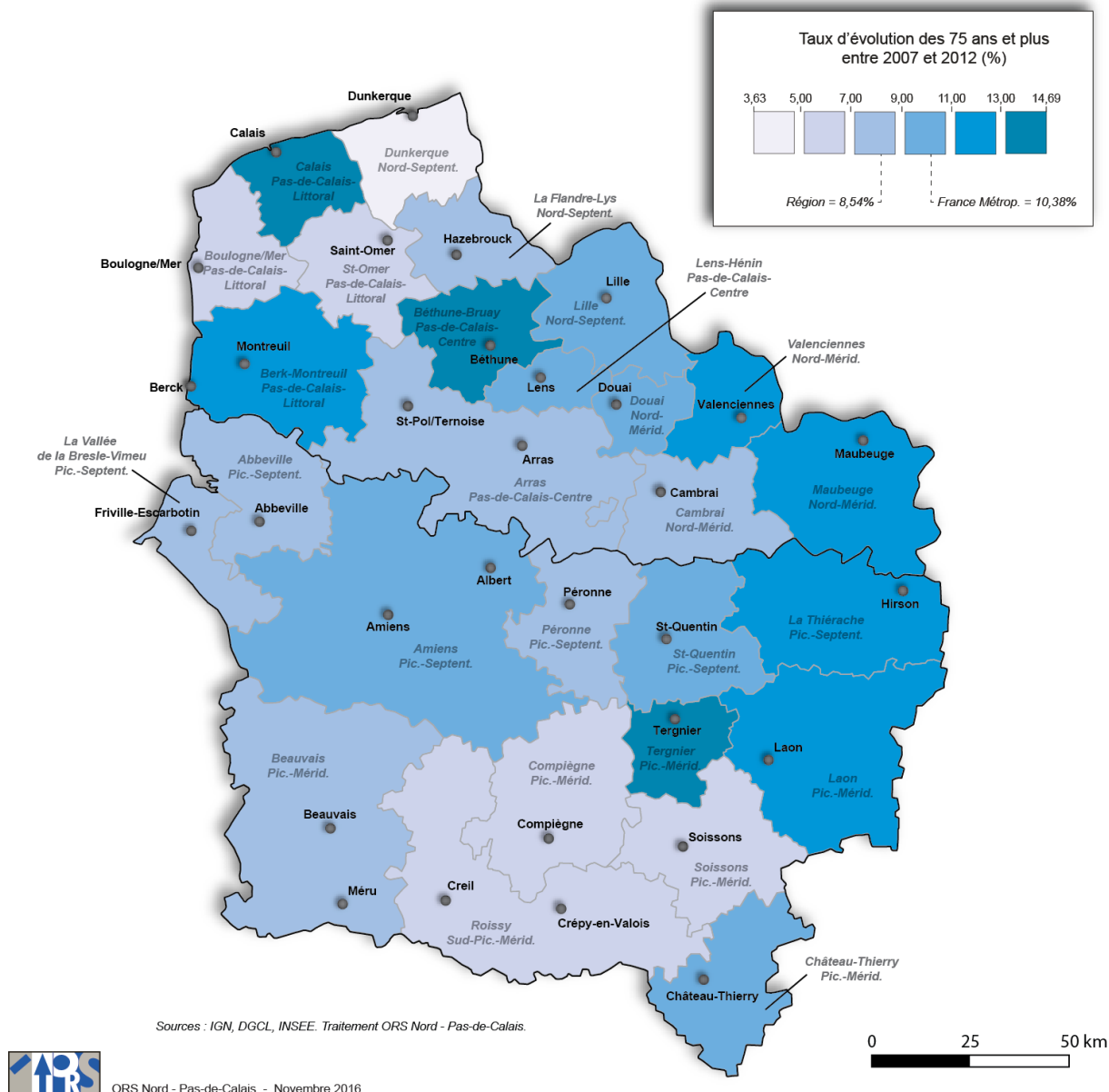
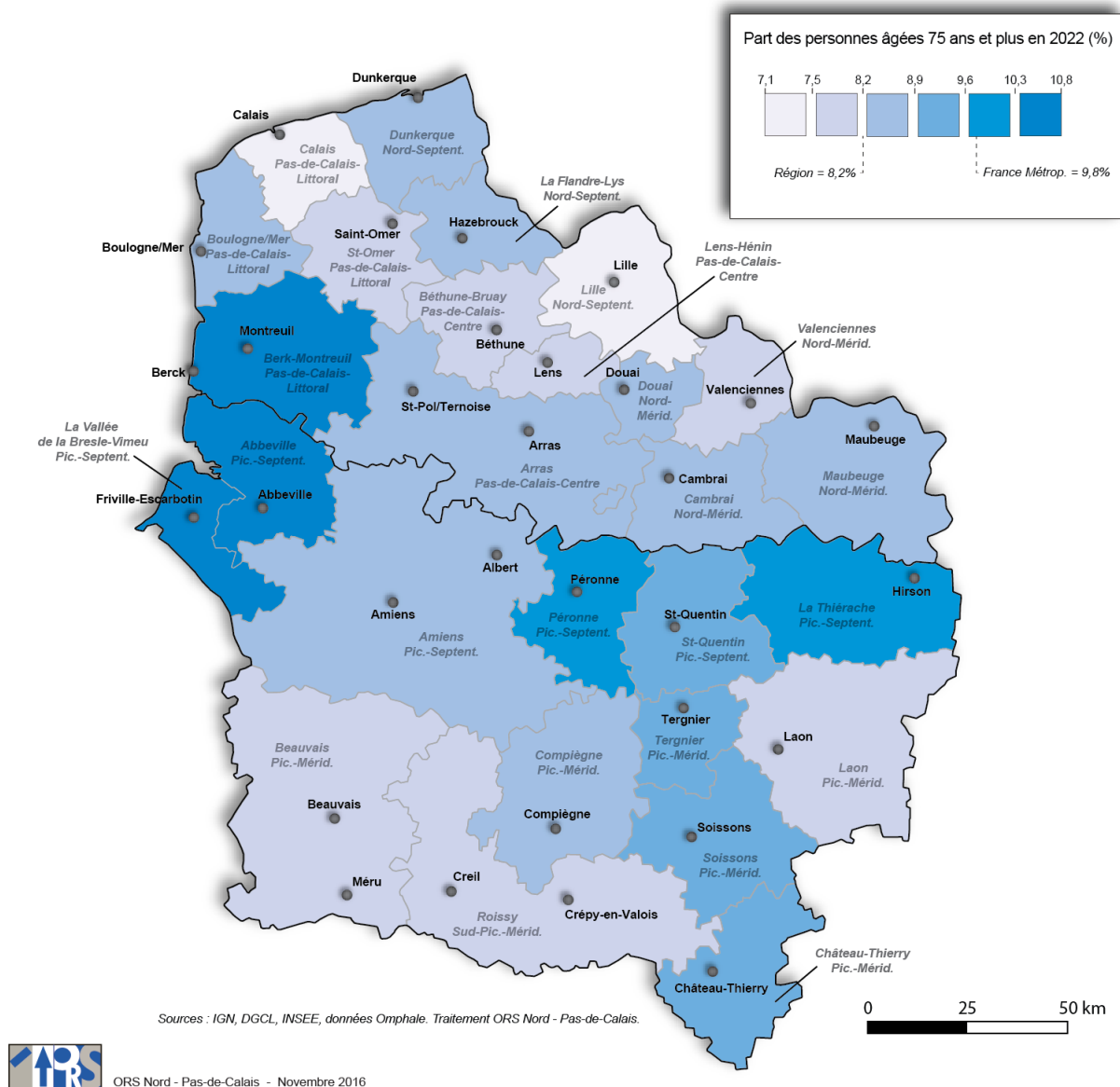


Figure 8 : Part de la population âgée de 75 ans et plus en 2022 (par TEP)



Par rapport à la France métropolitaine, la part des personnes âgées de 75 ans et plus résidant en 2012 dans les Hauts-de-France est proportionnellement moins élevée (7,9 % *versus* 9,2 %).

En 2012, la part des personnes âgées, de 75 ans et plus, la plus faible se localise autour d'Amiens et de Lille, ainsi que dans l'Oise autour des villes de Crépy-en-Valois, de Méru et de Creil. Le nord de la région se situe en deçà de la moyenne régionale dans une zone allant du littoral (Calais Dunkerque) jusqu'à Saint-Omer et autour de la métropole lilloise. Au centre de la région et dans l'Aisne, la part des 75 ans et plus est plus marquée, avoisinant et dépassant le niveau national.

Depuis 2007, la partie nord-est de la région, allant de Valenciennes à Laon/Tergnier, fait partie des zones ayant vu le nombre des 75 ans et plus s'accroître le plus. Les territoires d'étude de Béthune-Bruay, Calais et Berck-Montreuil ont également connu les accroissements les plus marqués. C'est au sud de la région que l'accroissement de cette tranche d'âge a été le plus faible ainsi qu'au Nord, dans les territoires d'étude de Boulogne-sur-Mer, de Saint-Omer et surtout de Dunkerque.

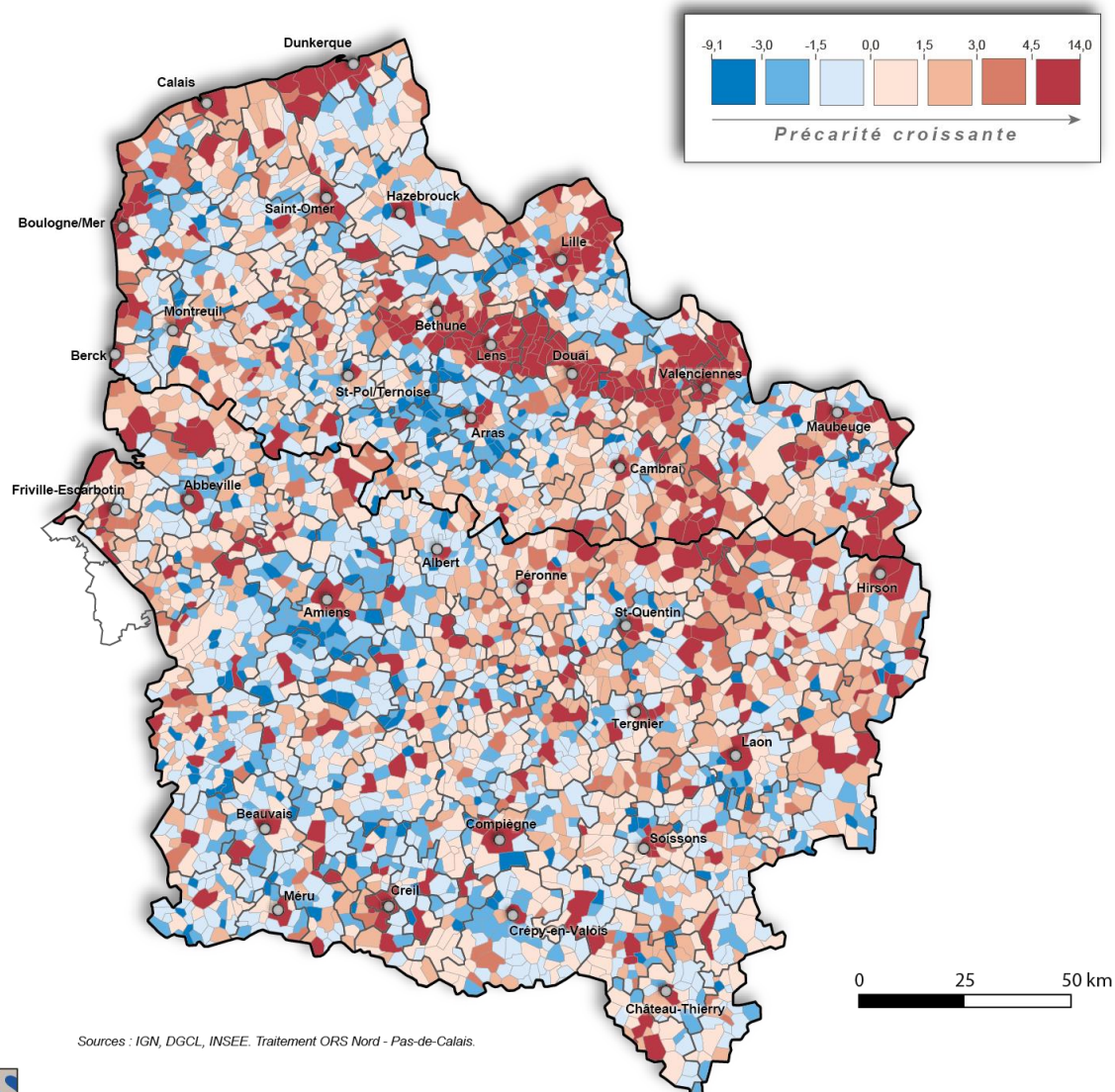
D'ici 2022, c'est sur les zones littorales de la Baie de Somme et de Berck-Montreuil que la part des personnes âgées de 75 ans et plus sera la plus élevée, ainsi que dans les territoires d'étude de Péronne et Hirson. Les TEP de Lille et de Calais seront les zones aux proportions de 75 ans et plus les plus faibles de la région.

À noter en particulier

- Le littoral de la région au sud de Boulogne-sur-Mer, ainsi que la zone de contact entre l'Aisne et le département du Nord, sont les deux ensembles territoriaux les plus exposés à un accroissement de la part de personnes âgées.
- Pour la partie littorale, cette évolution se produirait par une diminution notable de jeunes.

Population et précarité

Figure 9 : Indice de précarité de Townsend, par communes en 2012



La précarité peut s'estimer au travers de divers indicateurs dont les méthodes d'élaboration diffèrent et dont la pertinence varie selon le contexte socio-économique local. Parmi les plus classiques, les indices de Townsend et de Carstairs figurent parmi les plus utilisés.

Tableau 3 : Indice de précarité en 2012 (par TEP)

Territoire	Indice de Townsend	Indice de Carstairs
Abbeville Pic-Septent	-0,99	-1,13
Amiens Pic-Septent	0,77	-0,84
Arras Pas-de-Calais-Centre	-4,33	-3,99
Beauvais Pic-Mérid	-2,21	-1,39
Berck - Montreuil Pas-de-Calais-Littoral	-2,86	-3,61
Béthune - Bruay Pas-de-Calais-Centre	-0,28	-0,40
Boulogne-sur-Mer Pas-de-Calais-Littoral	3,50	1,64
Calais Pas-de-Calais-Littoral	2,51	2,03
Cambrai Nord-Mérid	0,04	1,22
Château-Thierry Pic-Mérid	-2,52	-0,86
Compiègne Pic-Mérid	-1,03	-1,84
Douai Nord-Mérid	3,86	2,94
Dunkerque Nord-Septent	1,07	0,03
La Flandre-Lys Nord-Septent	-7,17	-5,00
La Thiérache Pic-Septent	-0,12	1,81
La Vallée de la Bresle - Vimeu Pic-Septent	-3,56	-0,20
Laon Pic-Mérid	-1,90	-1,80
Lens - Hénin Pas-de-Calais-Centre	7,04	5,40
Lille Nord-Septent	4,17	0,23
Maubeuge Nord-Mérid	1,98	2,28
Péronne Pic-Septent	-2,14	1,02
Roissy - Sud Pic-Mérid	0,08	-0,52
Saint Omer Pas-de-Calais-Littoral	-2,99	-0,85
Saint-Quentin Pic-Septent	2,18	2,10
Soissons Pic-Mérid	-0,48	-0,55
Tergnier Pic-Mérid	-0,41	0,23
Valenciennes Nord-Mérid	4,98	3,92
Hauts-de-France	3,09	3,96

Sources : Insee RP 2012. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Les indices de Townsend et de Carstairs sont des indices de défaveur sociale constitués comme suit :

- L'indice de Townsend est la somme de variables socio-économiques suivantes : la proportion de chômeurs, de ménage sans voiture, de logements surpeuplés et de ménages non propriétaires du logement.
- L'indice de Carstairs est la somme de variables socio-économiques suivantes : la proportion de chômeurs, de ménage sans voiture, de logements surpeuplés, de ménages non propriétaires du logement et de ménages dont le chef de famille est de classe sociale défavorisée.

Dans les deux cas, plus la valeur de l'indice est élevée plus elle décrit une situation moyenne dégradée.

Dans la partie nord de la région apparaissent des zones de précarité bien circonscrites, situées dans l'ancien bassin minier (le long de l'arc de cercle Béthune, Lens, Douai, Valenciennes), au nord-est de la métropole lilloise et sur le pourtour du Littoral, de la baie de Somme jusqu'à Dunkerque. La précarité semble également plus se concentrer dans la partie est du département du nord et nord-est du département de l'Aisne. En revanche la situation est nettement plus favorable autour d'Amiens, d'Arras, au sud de l'Oise et de l'Aisne.

ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE

Population active

Figure 10 : Population active en 2012 (par EPCI)

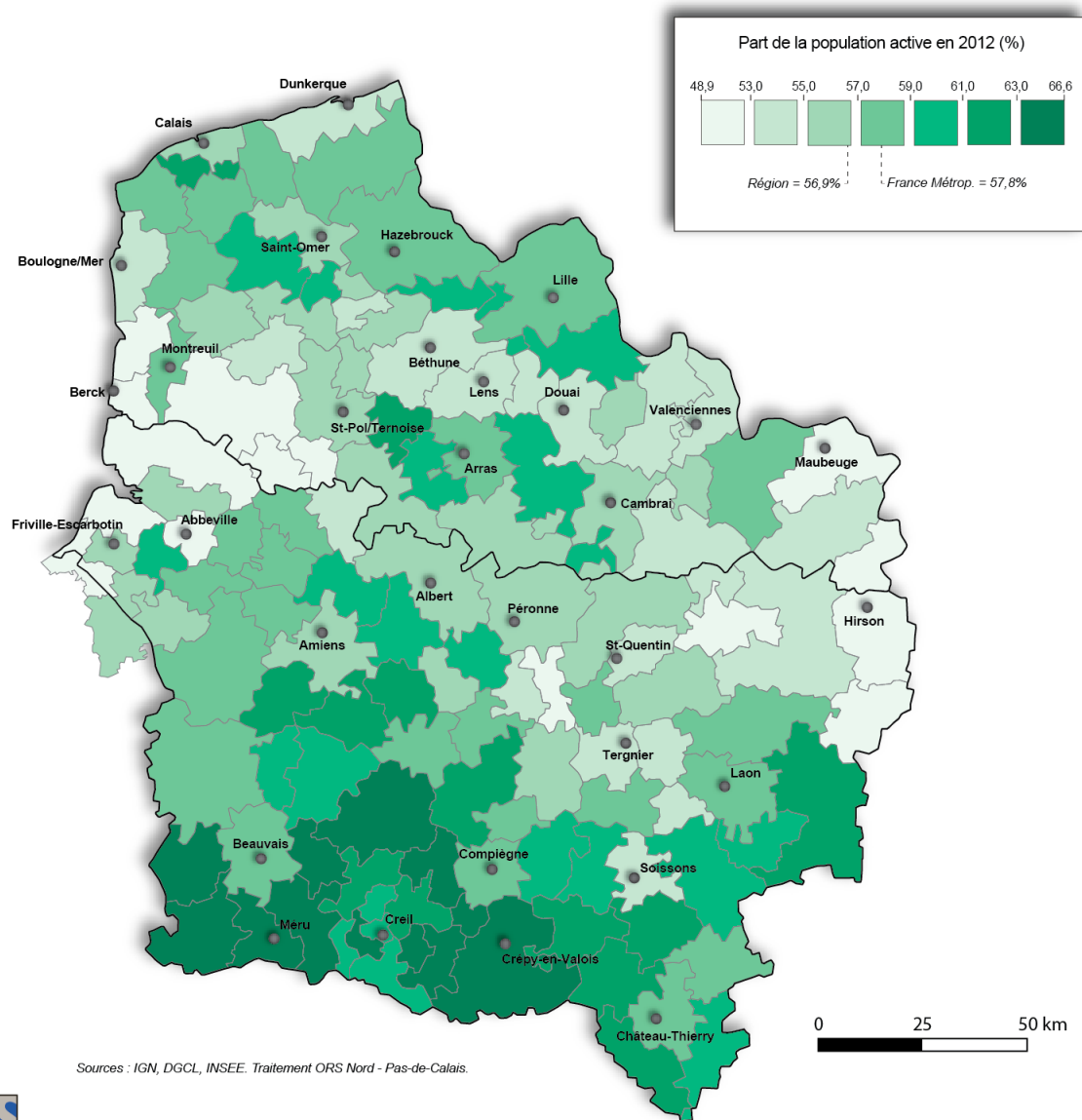
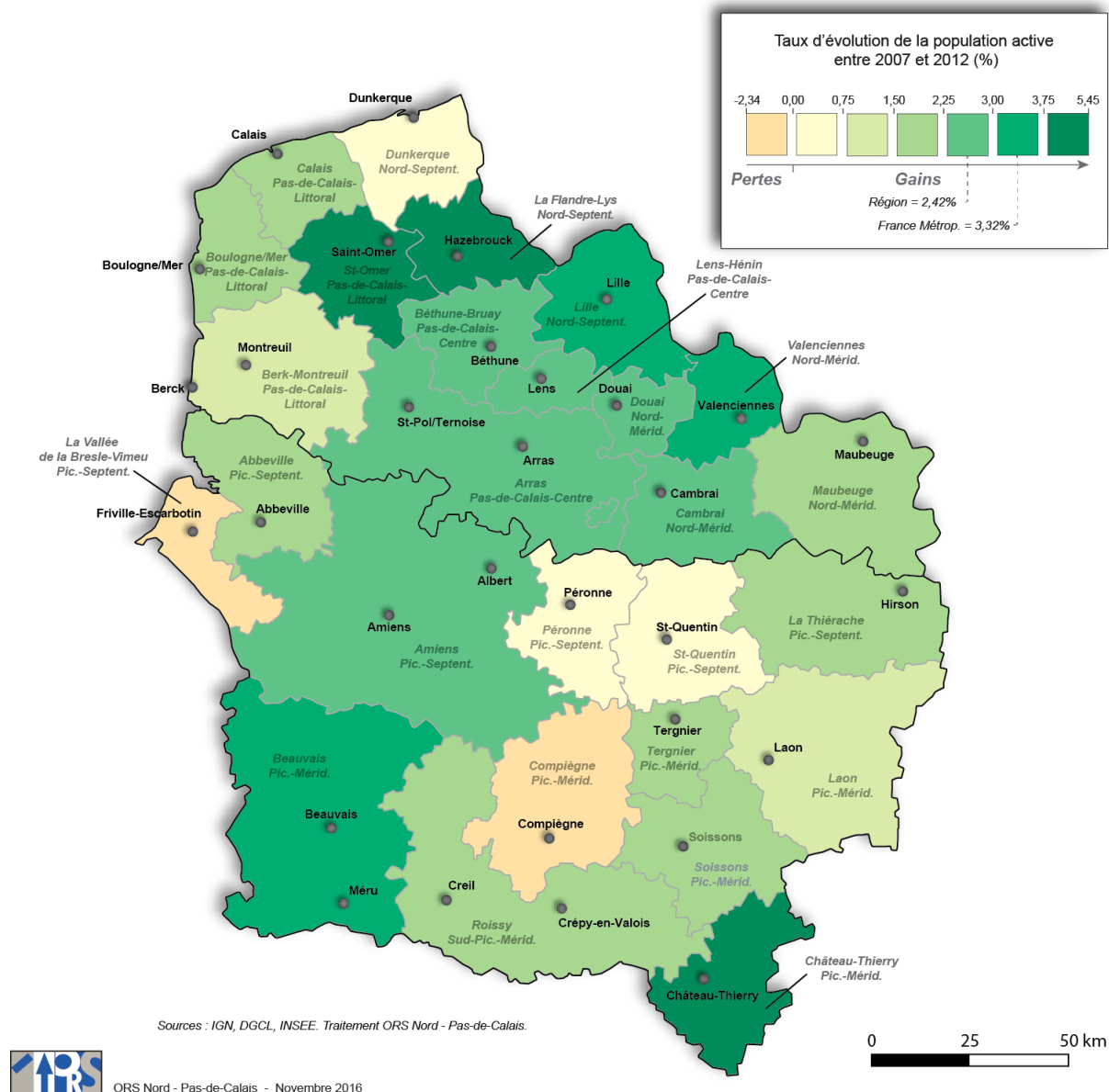


Figure 11 : Évolution de la population active entre 2007 et 2012 (par TEP)



En 2012, la répartition des actifs dans la région est contrastée. C'est dans le sud de la région que les taux d'activité sont les plus élevés, dépassant les niveaux régional et national. L'influence de la région Île-de-France, qui offre de nombreux emplois à des personnes résidant dans l'Oise, explique de telles concentrations d'actifs dans cette partie sud de la région. En effet, les déplacements domicile-travail entre le sud des Hauts-de-France et la région Parisienne sont importants. Ces « navettes domicile-travail » sont sans doute à prendre en compte dans l'accès au système de soins, qui, dans ce secteur géographique, peut tout aussi bien graviter autour du lieu de domicile que du lieu de travail.

Les taux d'activité demeurent inférieurs à la moyenne régionale au nord, dans l'ancien bassin minier (Béthune, Lens, Douai, Valenciennes), au nord-est de la région (Maubeuge, Hirson) et dans la Baie de Somme. Les zones situées autour de Lille, Arras et Amiens bénéficient de taux d'activité supérieurs à la moyenne régionale.

De 2007 à 2012, l'accroissement du nombre d'actifs a été inférieur à l'accroissement régional moyen du nombre d'actifs dans l'ensemble de la partie est de la région, décrivant un croissant partant de Maubeuge et descendant jusqu'à Creil. Dans ce secteur, les taux d'accroissement y sont pratiquement nuls autour de Péronne et St-Quentin et négatif à Compiègne. Le secteur littoral de la région, partant de Friville-Escarbotin au sud-ouest et montant jusqu'à Dunkerque au nord-ouest, a connu également des niveaux d'accroissements inférieurs à celui de la région et plus particulièrement autour de Friville-Escarbotin et de Dunkerque. L'accroissement des actifs autour d'Amiens, Albert, Arras, Cambrai, Saint-Pol-sur-Ternoise, Béthune, Lens et Douai demeure proche du niveau régional. Enfin, au nord de la région, la partie formant un *croissant* situé entre Saint-Omer et Valenciennes ainsi que dans les secteurs de Beauvais et de Château-Thierry au sud, ont connu des taux d'accroissement supérieurs au niveau national.

Figure 12 : Population active féminine en 2012 (par EPCI)

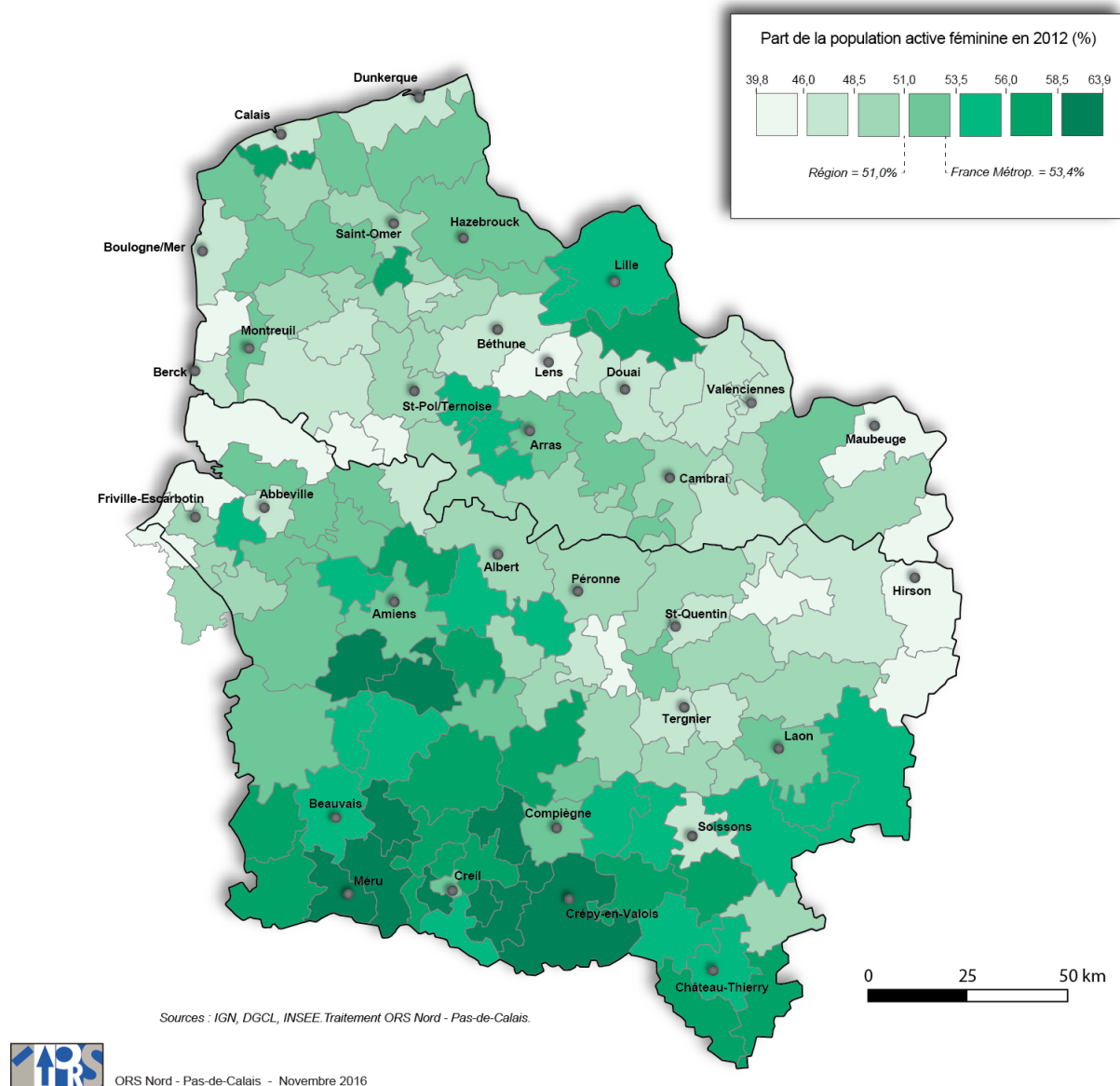
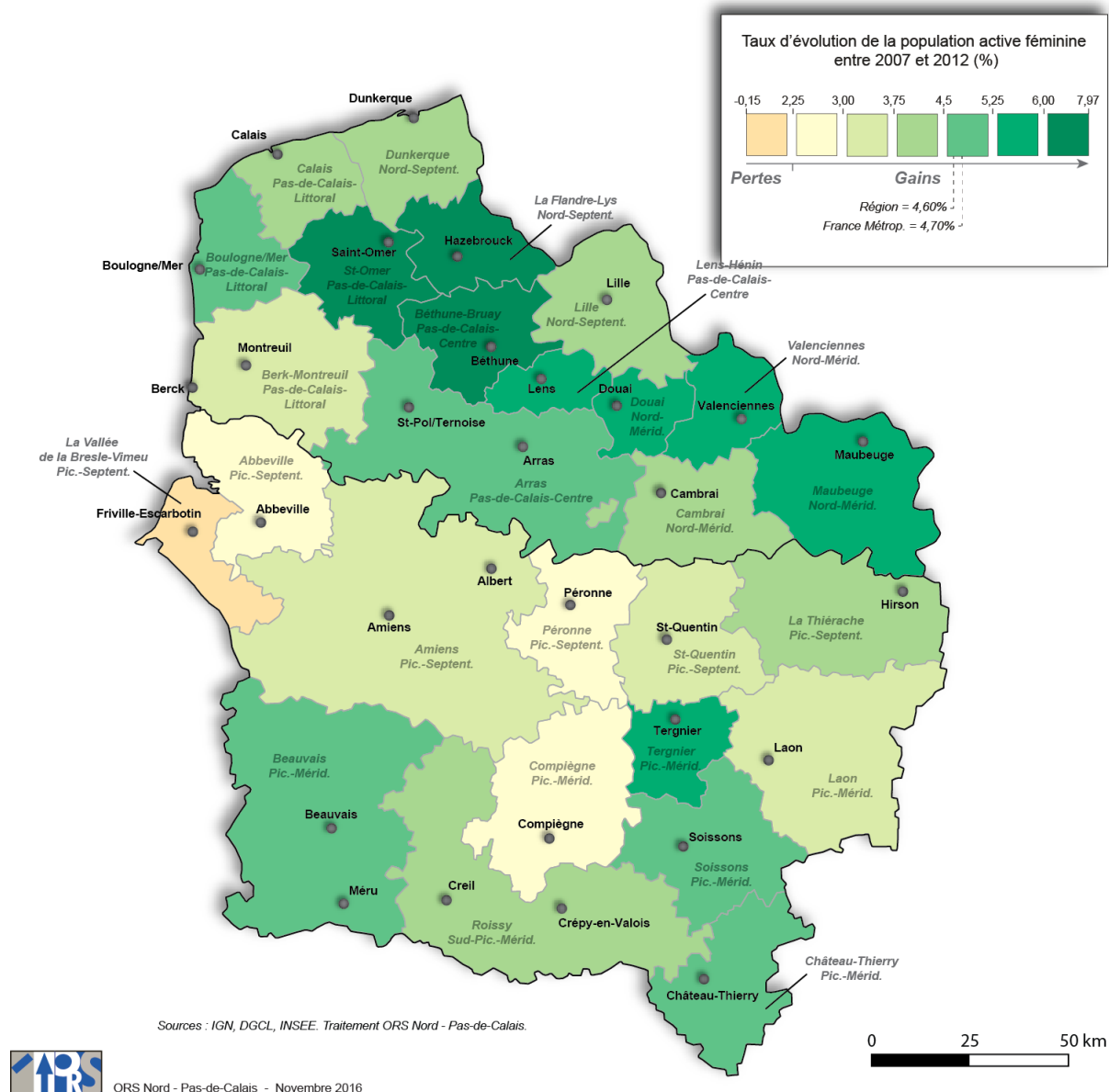


Figure 13 : Évolution de la population active féminine entre 2007 et 2012 (par TEP)



En 2012, la part des femmes actives des Hauts-de-France est de 2,4 points inférieurs à celle de la France métropolitaine (51 % *versus* 53,4 %). Dans les grandes lignes, la répartition spatiale de l'indicateur recoupe de près celle des actifs pris dans leur ensemble. En revanche, au niveau des territoires d'étude, le pourcentage d'accroissement des actives a été généralement plus élevé chez les femmes par rapport à l'ensemble des actifs et montre une répartition spatiale différente. Au nord de la région, d'est en ouest, plusieurs territoires d'étude ont connu des accroissements de la part des femmes actives importants. Ainsi, les territoires situés autour de Saint-Omer, Hazebrouck et Béthune se classent parmi les territoires dont l'accroissement intercensitaire se situe dans la fourchette la plus haute (+6 % à +7,97 %) dépassant très nettement le seuil régional et national. Les territoires incluant Lens, Douai, Valenciennes et Maubeuge se caractérisent aussi par les accroissements les plus marqués de la région. Au sud, seul le TEP de Tergnier a connu des évolutions équivalentes. Il ne faut cependant pas perdre de vue que ces secteurs à forte hausse demeurent en 2012 des territoires où, dans la majorité des cas, la part des femmes actives est inférieure au niveau régional. Toutefois, d'autres TEP (Beauvais, Château-Thierry, Saint-Pol-sur-Ternoise, Arras) combinent à la fois taux d'activité féminin 2012 et taux d'accroissement 2007-2012 supérieurs au seuil régional. À noter que le territoire de la Vallée de la Bresle-Vimeu (Fruville-Escarbotin) a connu l'accroissement le plus faible de la région.

À noter en particulier

- Les taux d'activité féminins aujourd'hui particulièrement faibles du Bassin minier se sont accrus plus rapidement qu'ailleurs entre 2007 et 2012.
- Cette évolution classiquement associée à une amélioration générale de l'état de santé locale, devrait se constater, tout comme devrait s'observer une dégradation relative des indicateurs de santé sur la Baie de Somme.

Secteur économique de la santé humaine

Pour aborder l'impact économique de la santé au sein des territoires, nous nous sommes appuyés sur les données issues du système d'information CLAP (Connaissance Locale de l'Appareil Productif) produit chaque année par L'Insee et qui nous permet de prendre en compte le secteur salarié des emplois de la santé humaine (<https://www.Insee.fr/fr/metadonnees/definition/c1232>).

Figure 14 : Évolution des effectifs de salariés du secteur santé 2008-2013 (par TEP)

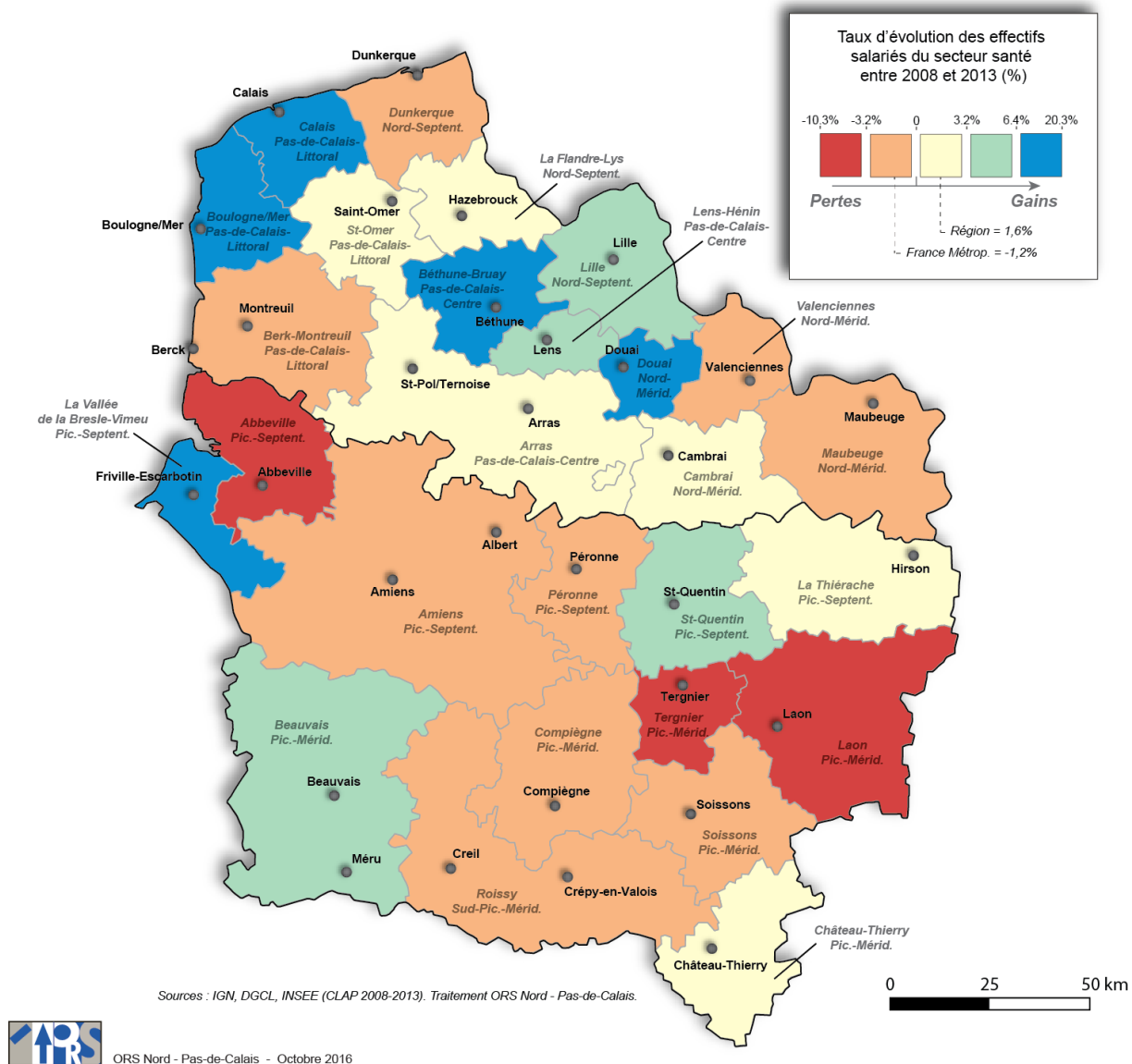


Tableau 4 : Part des salariés du secteur de la santé humaine

Territoire	Effectifs tous secteurs en 2008	Part des emplois de la santé sur l'ensemble des secteurs en 2008	Effectifs tous secteurs en 2013	Part des emplois de la santé sur l'ensemble des secteurs en 2013
Abbeville Pic-Septent	19 780	10,92	19 056	10,83
Amiens Pic-Septent	136 229	9,5	131 908	9,52
Arras Pas-de-Calais-Centre	85 980	5,58	86 953	5,68
Beauvais Pic-Mérid	83 049	5,52	80 196	5,91
Berck - Montreuil Pas-de-Calais-Littoral	32 155	14,1	31 353	14,32
Béthune - Bruay Pas-de-Calais-Centre	80 078	6,57	76 667	7,43
Boulogne-sur-Mer Pas-de-Calais-Littoral	48 762	6,15	47 744	6,74
Calais Pas-de-Calais-Littoral	44 825	5,6	41 742	6,66
Cambrai Nord-Mérid	42 663	7,87	41 621	8,17
Château-Thierry Pic-Mérid	16 262	10,64	15 808	11,28
Compiègne Pic-Mérid	64 540	6,21	61 417	6,33
Douai Nord-Mérid	61 343	6,04	59 806	7,46
Dunkerque Nord-Septent	86 774	4,93	84 476	4,95
La Flandre-Lys Nord-Septent	26 415	7,73	25 605	8,08
La Thiérache Pic-Septent	16 243	7,06	15 575	7,49
La Vallée de la Bresle - Vimeu Pic-Septent	15 931	3,14	14 669	4,1
Laon Pic-Mérid	29 432	5,97	27 424	5,87
Lens - Hénin Pas-de-Calais-Centre	97 609	8,49	96 457	8,92
Lille Nord-Septent	510 310	7,63	507 875	7,92
Maubeuge Nord-Mérid	56 840	8,97	54 784	9,09
Péronne Pic-Septent	17 828	6,14	16 506	6,56
Roissy - Sud Pic-Mérid	99 630	9,12	95 539	9,21
Saint Omer Pas-de-Calais-Littoral	39 059	6,07	38 257	6,22
Saint-Quentin Pic-Septent	40 030	8,68	38 112	9,49
Soissons Pic-Mérid	27 372	13,14	25 204	13,85
Tergnier Pic-Mérid	16 380	12,1	14 731	12,07
Valenciennes Nord-Mérid	111 869	7,88	108 660	8,05
Hauts-de-France	1 907 388	7,61	1 858 145	7,93
France métropolitaine	21 937 068	6,81	22 155 407	6,66

Sources : Insee CLAP (Connaissance Locale de l'Appareil Productif) 2008, 2013. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

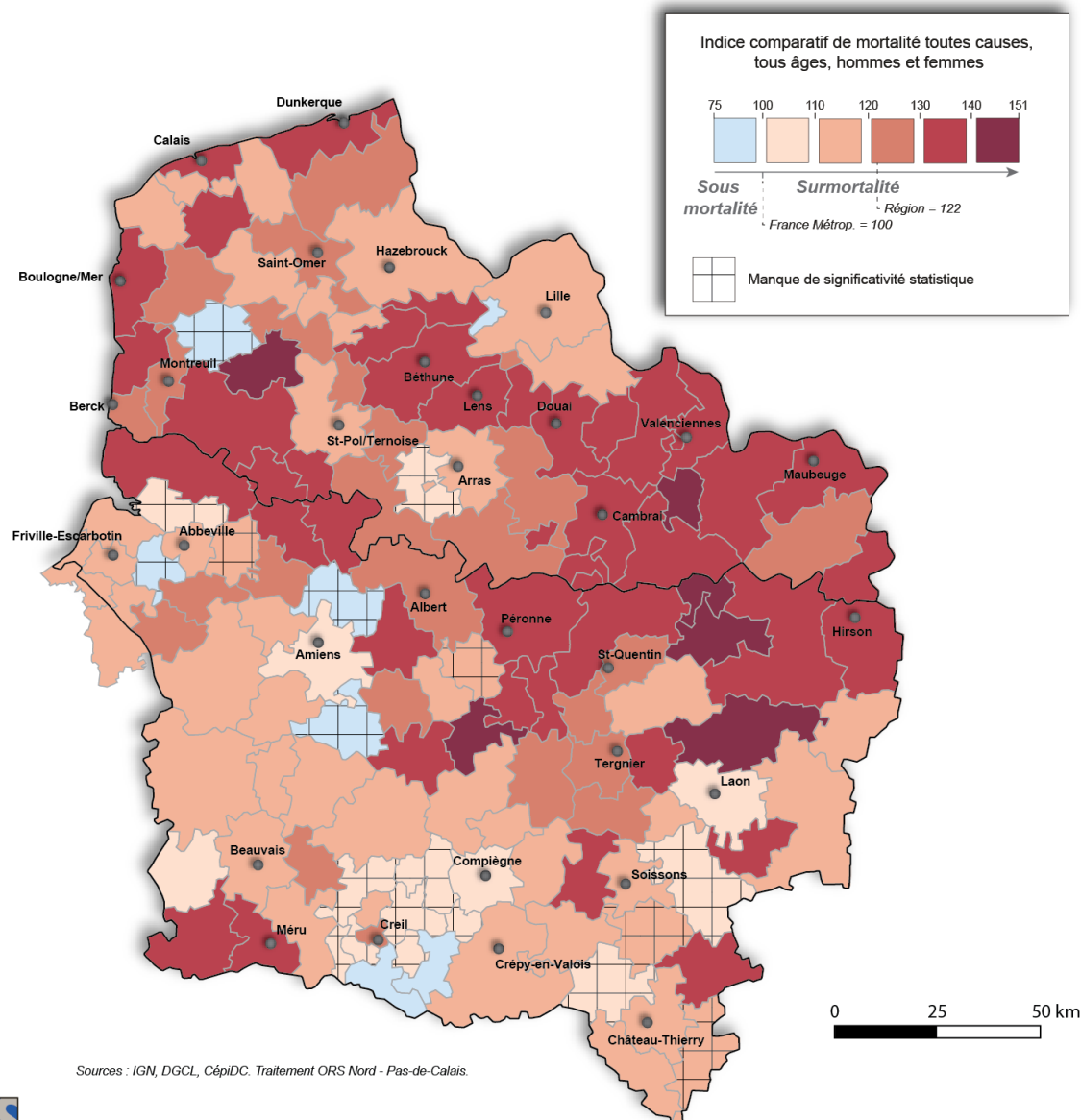
En 2013, les salariés du secteur d'activité économique santé humaine représentaient 7,9 % des emplois de l'ensemble des secteurs économiques, ce qui dépasse d'1,2 point la moyenne nationale (6,7 %). Les territoires d'étude d'Abbeville, Château-Thierry, Tergnier, Soissons et Berck-Montreuil se classent par ordre croissant parmi les territoires de la région disposant proportionnellement du plus grand nombre d'emplois de la santé humaine. La Vallée de la Bresle – Vimeu (Friville-Escarbotin), de Dunkerque, Arras, Laon et Beauvais se classent, au contraire, parmi ceux dont la proportion des emplois de la santé est la moins élevée.

De 2008 à 2013, le nombre de salariés du secteur santé a connu de fortes hausses dans les secteurs de Calais, Boulogne-sur-Mer, Béthune, Douai, La Vallée de la Bresle – Vimeu (Friville-Escarbotin). Lille, Lens, Saint-Quentin et Beauvais ont également connu des accroissements positifs, mais moindres que pour les précédents. A contrario, Tergnier, Laon et Abbeville ont connu une diminution marquée du nombre de salariés du secteur santé.

État de santé

MORTALITÉ TOUTES CAUSES

Figure 15 : Mortalité toutes causes et tous âges, 2010-2013 (par EPCI)



ORS Nord - Pas-de-Calais - Novembre 2016

La surmortalité touche pratiquement l'ensemble des EPCI de la région, mais selon un gradient nord-sud décroissant. Ainsi, la carte des Indices Comparatifs de Mortalité (ICM) par EPCI montre un nord des Hauts-de-France en très nette surmortalité avec des secteurs affichant des niveaux dépassant de +30 % à +40 % le seuil national. Cela concerne l'ancien bassin minier du Nord (*croissant* allant de Béthune à Valenciennes) ainsi que toute la partie est du département du Nord, cette zone continuant de s'étendre au sud de l'Aisne et au sud-est de la Somme. Le littoral régional connaît également des zones de forte surmortalité (Boulogne-sur-Mer, Calais, Dunkerque). Le sud-ouest de l'Oise (Méru) semble également plus touché qu'ailleurs. La surmortalité régionale est moins prononcée dans la zone située sur l'axe partant du nord-ouest de la Somme (Frigy-Escarbotin) et descendant transversalement jusqu'au sud de l'Aisne (Château-Thierry). Dans cet espace, les EPCI d'Amiens, Compiègne et Laon se démarquent par des surmortalités parmi les moins élevées de la région (de 0 et +10 %).

Au nord de la région, la métropole lilloise, l'EPCI d'Hazebrouck et la zone gravitant autour de Saint-Omer connaissent également des niveaux de surmortalité moins marquée, tout comme le territoire situé entre les EPCI de Saint-Pol-sur-Ternoise, d'Arras et d'Albert.

L'analyse de la mortalité tous âges et prématurée par territoire d'étude permet de s'appuyer sur des ICM statistiquement plus « robustes », la contrepartie étant une perte en finesse dans l'analyse spatiale de la mortalité.

Tableau 5 : Mortalité toutes causes, tous âges et prématurée, 2010-2013 (par TEP)

Territoire	Mortalité tous âges					Mortalité prématurée (avant 75 ans ¹)				
	Décès observés	ICM (France=100)			Significativité	Décès prématurés observés	ICM (France=100)			Significativité avant 75 ans
		IC inf	ICM	IC sup			IC inf	ICM	IC sup	
Abbeville Pic-Septent	3 047	110,2	114,2	118,3	***	1 022	115,0	122,4	130,1	***
Amiens Pic-Septent	13 922	114,4	116,3	118,3	***	5 002	117,9	121,2	124,6	***
Arras Pas-de-Calais-Centre	9 289	115,1	117,4	119,9	***	3 393	120,7	124,9	129,2	***
Beauvais Pic-Mérid	8 752	114,6	117,1	119,5	***	3 311	110,4	114,3	118,2	***
Berck - Montreuil Pas-de-Calais-Littoral	5 237	125,2	128,6	132,2	***	1 834	127,9	133,9	140,2	***
Béthune - Bruay Pas-de-Calais-Centre	12 776	128,9	131,2	133,5	***	4 829	137,7	141,7	145,8	***
Boulogne-sur-Mer Pas-de-Calais-Littoral	6 212	122,4	125,5	128,7	***	2 505	136,8	142,3	148,0	***
Calais Pas-de-Calais-Littoral	5 203	121,7	125,1	128,5	***	2 163	130,5	136,2	142,1	***
Cambrai Nord-Mérid	6 866	129,3	132,4	135,6	***	2 547	137,9	143,4	149,1	***
Château-Thierry Pic-Mérid	2 435	109,4	113,9	118,5	***	814	108,7	116,5	124,8	***
Compiègne Pic-Mérid	6 301	108,3	111,0	113,8	***	2 288	106,9	111,4	116,0	***
Douai Nord-Mérid	8 805	125,2	127,8	130,5	***	3 345	137,0	141,8	146,7	***
Dunkerque Nord-Septent	9 132	122,9	125,4	128,0	***	3 891	131,4	135,6	140,0	***
La Flandre-Lys Nord-Septent	3 688	114,7	118,5	122,4	***	1 233	105,8	111,9	118,4	***
La Thiérache Pic-Septent	3 298	132,6	137,2	142,0	***	1 160	142,7	151,3	160,3	***
La Vallée de la Bresle - Vimeu Pic-Septent	2 455	109,7	114,2	118,8	***	862	113,5	121,4	129,8	***
Laon Pic-Mérid	3 478	113,9	117,8	121,7	***	1 244	116,8	123,6	130,7	***
Lens - Hénin Pas-de-Calais-Centre	14 929	134,9	137,1	139,3	***	6 068	156,1	160,1	164,2	***
Lille Nord-Septent	36 182	110,5	111,7	112,8	***	14 278	117,9	119,9	121,8	***
Maubeuge Nord-Mérid	9 266	127,6	130,3	132,9	***	3 660	137,9	142,5	147,2	***
Péronne Pic-Septent	2 626	124,0	128,9	133,9	***	881	126,2	134,9	144,1	***
Roissy - Sud Pic-Mérid	10 790	106,8	108,9	110,9	***	4 216	106,2	109,5	112,8	***
Saint Omer Pas-de-Calais-Littoral	4 397	118,8	122,4	126,1	***	1 670	117,1	122,9	128,9	***
Saint-Quentin Pic-Septent	5 341	121,6	125,0	128,4	***	1 965	127,0	132,8	138,8	***
Soissons Pic-Mérid	3 670	110,2	113,9	117,6	***	1 282	110,1	116,4	122,9	***
Tergnier Pic-Mérid	2 877	122,5	127,1	131,8	***	972	122,4	130,4	138,9	***
Valenciennes Nord-Mérid	13 797	133,2	135,5	137,7	***	5 432	146,5	150,4	154,5	***
Hauts-de-France	214 771		121,6	122,1	***	81 867	128,8	129,7	130,6	***

Sources : Insee, INSERM-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

" *** " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($p < 0,001$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)" ** " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($0,001 < p < 0,01$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)" * " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($0,01 < p < 0,05$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

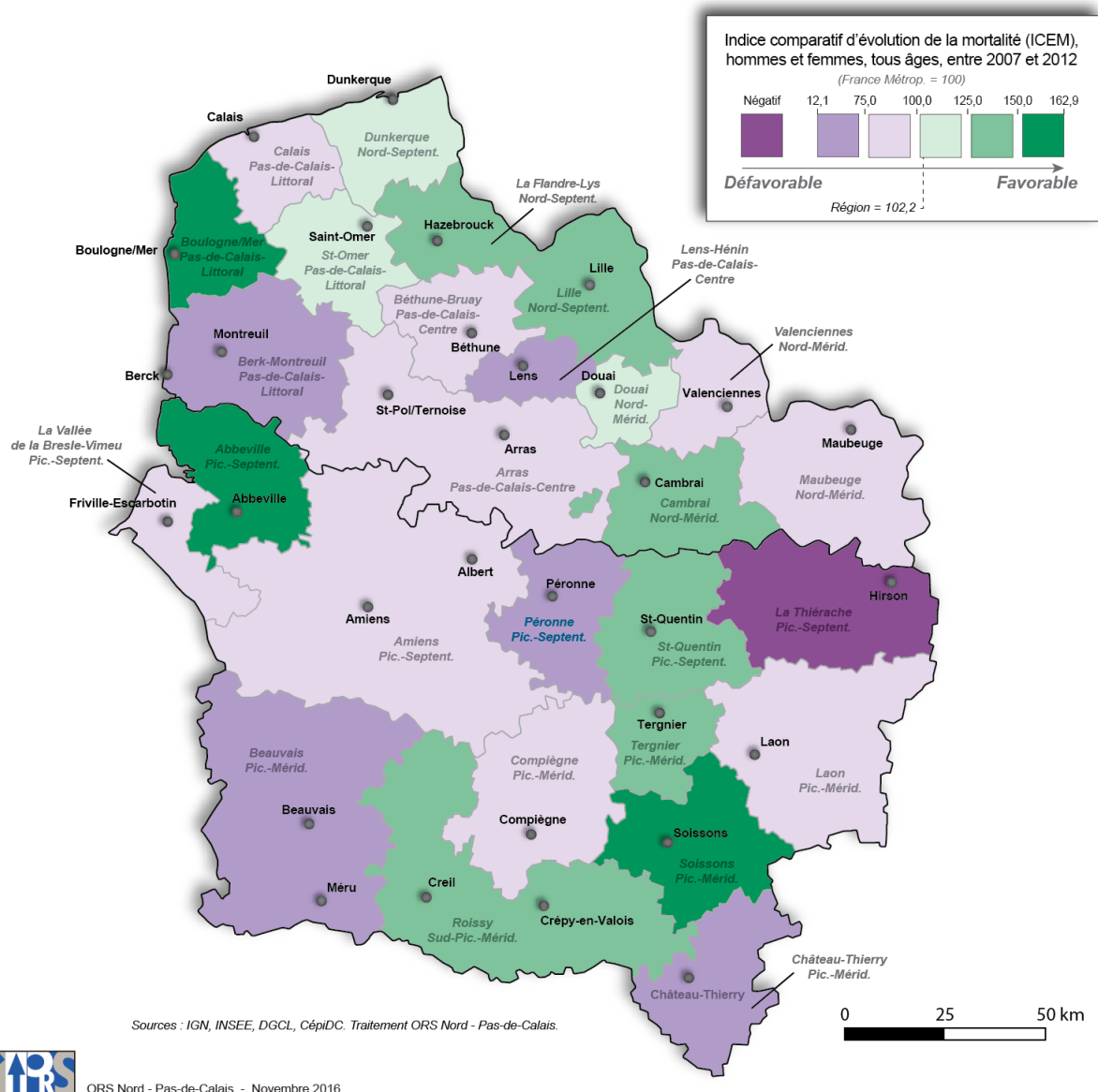
" ns " : ICM non significatif

" - " : Donnée non renseignée ou effectif inférieur ou égal à 10

¹ Selon le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), la limite de 75 ans, de plus en plus utilisée, correspond mieux au progrès de l'espérance de vie (In HCSP. Indicateurs de mortalité "prématurée" et "évitable". Paris : HCSP, 2013; 31 p.).**Comment lire l'Indice Comparatif de Mortalité (ICM) ?**

Concrètement, un ICM de valeur 130 décrit une mortalité supérieure de 30 % à celle de la France métropolitaine tandis qu'un ICM de valeur 80 indique une mortalité inférieure de 20 % à celle de la France métropolitaine. Dans les tableaux, les ICM sont signalés par un ou plusieurs astérisques précisant leur niveau de significativité et par le symbole " ns " pour non significatif lorsqu'ils ne le sont pas.

L'intervalle de confiance est un intervalle qui est supposé contenir, avec un certain degré de confiance, la valeur de l'ICM. Il est utile d'en tenir compte lorsque l'on compare la valeur des ICM de différents territoires. Dans nos tableaux, l'intervalle de confiance a été fixé à 95 % (ou au seuil de risque de 5 %), signifiant ainsi que cet intervalle a 95 % de chance de contenir la valeur de l'ICM que l'on cherche à estimer. La valeur de la borne inférieure de l'intervalle de confiance est indiquée dans la colonne notée "IC inf" et celle de la borne supérieure dans la colonne notée "IC sup".

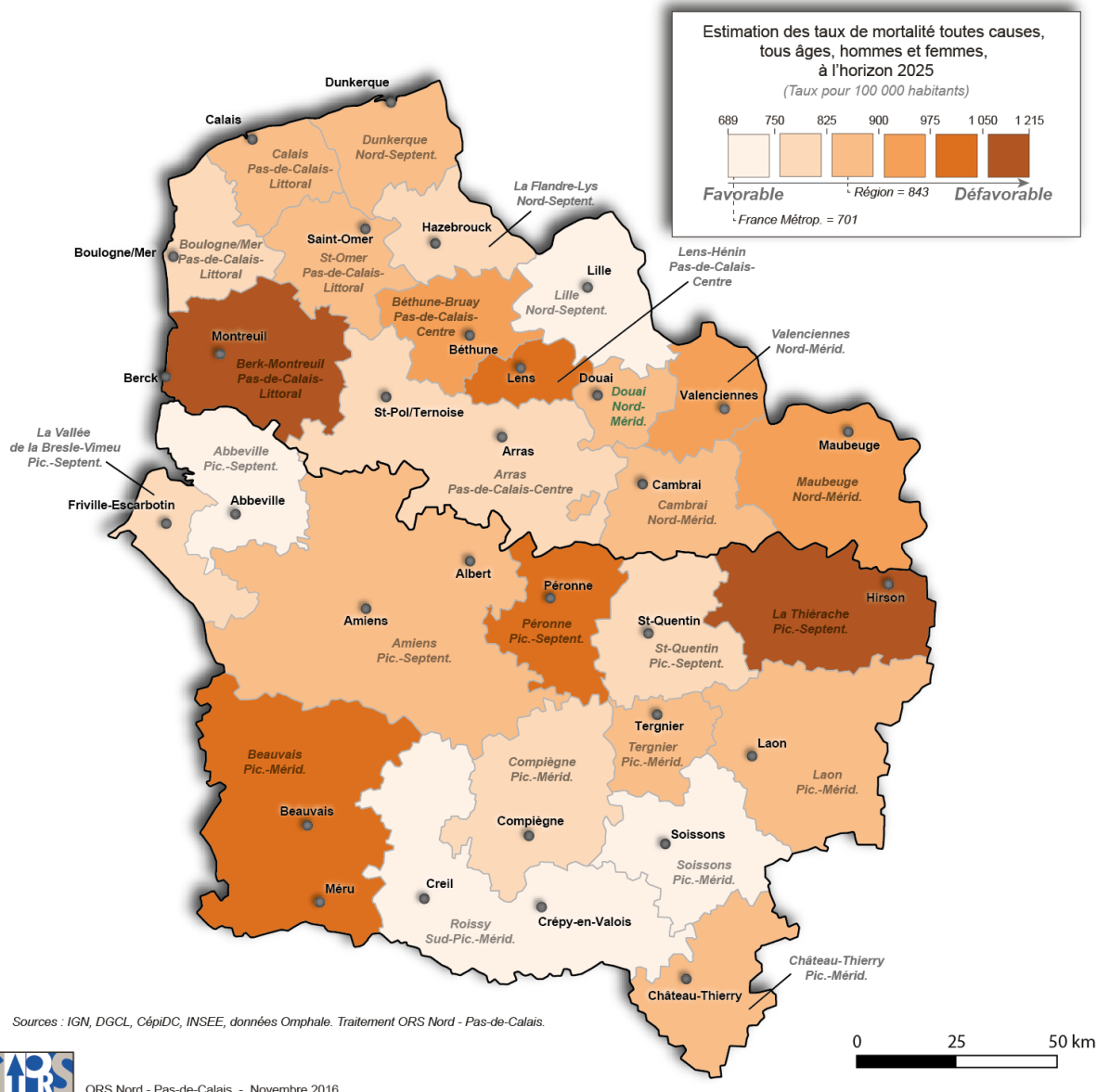
Figure 16 : Évolution de la mortalité (ICEM) toutes causes et tous âges, 2007-2012 (par TEP)**Comment lire l'Indice Comparatif d'Évolution de la Mortalité (ICEM) ?**

Dans un contexte de baisse nationale de la mortalité, un ICEM de valeur 130 indique qu'au sein du territoire, la baisse de la mortalité est 30 % supérieure à celle de la France métropolitaine, ce qui en d'autres termes signifie que cette baisse a été plus rapide que la baisse nationale. En revanche, un ICEM de valeur 80 indique une baisse de mortalité inférieure de 20 % à celle de la France métropolitaine, signifiant qu'elle a été moins rapide que la baisse nationale. Enfin, un ICEM négatif signifie que contrairement à ce que l'on observe au niveau national, la mortalité du territoire pris en compte s'est accrue entre les deux périodes.

Dans les cas plus rares où la mortalité nationale a augmenté entre les deux périodes, un ICEM de valeur 130 indique que le territoire pris en compte a connu une hausse de sa mortalité de 30 % supérieure au niveau national, ce qui en d'autres termes témoigne d'une hausse plus rapide que la hausse nationale. Un ICEM de valeur 80 en revanche indique que la hausse de la mortalité a été 20 % inférieure à celle de la France métropolitaine, ce qui décrit un accroissement de la mortalité plus lent que la tendance nationale. Enfin, un ICEM négatif signifie que la mortalité observée dans le territoire a baissé contrairement à la tendance nationale.

Dans l'étude, toutes les causes de décès présentées s'inscrivent dans un contexte de baisse nationale de la mortalité. C'est donc la première approche que nous avons systématiquement appliquée.

Figure 17 : Taux de mortalité toutes causes et tous âges en 2025 (par TEP)



Comment comprendre les estimations de mortalité à venir ?

Pour élaborer ces estimations, nous sommes repartis de la mortalité standardisée (c'est-à-dire à structures de population comparables) qui a été calculée par taux ayant servi à l'élaboration de l'ICEM entre 2007 et 2012. **Ces taux ont été extrapolés jusqu'en 2025 en prolongeant les tendances constatées entre 2007 et 2012.**

Ces estimations ne sont pas des prédictions. Elles mettent en évidence quels seraient ces taux, les états de santé estimés au travers de la mortalité, territoire par territoire, **si les tendances restent stables, si rien ne change**. Ceci présuppose donc que les populations locales ne connaissent pas de mutations, que les conséquences des changements économiques et sociologiques sur la santé des personnes restent ce qu'ils sont aujourd'hui, que les capacités d'intervention en santé auprès des populations ne connaissent ni accroissement ni dégradation de leurs effets et, enfin, **qu'aucune évolution différentielle n'ait lieu entre territoires des Hauts-de-France, ce qui est hautement improbable**, ou par rapport à l'évolution moyenne nationale. Or, l'avenir n'est pas écrit d'avance.

La totalité des territoires régionaux connaît une surmortalité, tous âges, significative par rapport à la France. Parmi ceux-ci, douze d'entre eux ont un ICM tous âges significativement supérieur à la moyenne régionale, les six ICM tous âges les plus élevés concernant par ordre décroissant les territoires de la Thiérache (Hirson), de Lens-Hénin, Valenciennes, Cambrai, Béthune-Bruay et de Maubeuge. À l'opposé, dix TEP ont des ICM tous âges significativement inférieurs au niveau national, les 6 derniers étant par ordre décroissant les TEP d'Abbeville, Soissons, Château-Thierry, Lille, Compiègne, et Roissy.

La mortalité avant 75 ans modifie peu le classement des territoires régionaux. Dix d'entre eux affichent une mortalité prématurée significativement supérieure à la moyenne régionale (Lens-Hénin, La Thiérache (Hirson), Valenciennes, Cambrai, Maubeuge, Boulogne-sur-Mer pour les 6 premiers) et huit d'entre eux affichent au contraire une mortalité prématurée significativement inférieure au niveau régional (Château-Thierry, Soissons, Beauvais, Flandre-Lys (Hazebrouck), Compiègne, Roissy pour les 6 dernières du classement décroissant de l'ICM).

La carte de L'ICEM tous âges par TEP montre des secteurs géographiques où la baisse de la mortalité a été plus rapide que le rythme national. Il s'agit de Boulogne-sur-Mer, d'Abbeville et de Soissons où les diminutions sont au minimum de 50 % supérieures au niveau national. Ainsi, Boulogne-sur-Mer, qui connaît une surmortalité tous âges élevée (+25 %), a néanmoins bénéficié d'une forte baisse en cinq ans. Au nord de la région, cette diminution plus rapide que celle de l'Hexagone, bien que moins prononcée, se retrouve à Lille, en Flandre-Lys (Hazebrouck), à Cambrai. Même constat dans l'Aisne, pour les territoires d'étude de Saint-Quentin, de Tergnier et au sud de l'Oise au sein du TEP de Roissy. Dans le reste de la région, les TEP ont connu des baisses de mortalité moins rapides qu'en France métropolitaine. Une attention toute particulière devrait être portée au territoire d'étude de la Thiérache (Hirson) qui est le seul territoire à avoir connu un accroissement de sa mortalité. Il fait partie des TEP obtenant les surmortalités tous âges et prématurées les plus élevées de la région.

L'estimation des taux standardisés de mortalité à l'horizon 2025 semble confirmer le maintien de niveaux de mortalité plus élevés que la région dans le nord de la région, plus particulièrement dans l'ancien bassin minier, à Maubeuge et Montreuil ainsi qu'à Beauvais, Péronne et surtout la Thiérache.

MORTALITÉ ÉVITABLE (DANS SES NOUVELLES DÉFINITIONS)

La mortalité évitable englobe les décès qui peuvent être évités, soit par des actions de prévention visant à réduire l'exposition au risque par des changements de comportements individuels (messages préventifs vis-à-vis de la consommation de boissons alcoolisées, de tabac, etc.), soit par des actions organisées par le système de soins, ciblant différentes populations à risque (mise en place du dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus, vaccination, etc.).

Le choix des différentes causes de mortalité évitable liée à la prévention ou au système de soins s'appuie sur les recommandations du Haut Conseil de la Santé Publique¹² qui propose l'utilisation de la liste établie par l'Office for national statistic (ONS) (cf. Annexe 8).

Évitable par des actions de prévention**Tableau 6 : Mortalité évitable liée à la prévention, 2010-2013 (par TEP)**

Territoire	Mortalité évitable liée à la prévention				
	Décès observés	ICM (France=100)			Significativité
		IC inf	ICM	IC sup	
Abbeville Pic-Septent	591	112,7	122,4	132,7	***
Amiens Pic-Septent	2 761	113,6	117,9	122,4	***
Arras Pas-de-Calais-Centre	1 959	121,5	127,0	132,8	***
Beauvais Pic-Mérid	1 805	107,2	112,3	117,6	***
Berck - Montreuil Pas-de-Calais-Littoral	1 088	131,9	140,1	148,6	***
Béthune - Bruay Pas-de-Calais-Centre	2 764	138,2	143,5	149,0	***
Boulogne-sur-Mer Pas-de-Calais-Littoral	1 398	133,8	141,1	148,7	***
Calais Pas-de-Calais-Littoral	1 250	133,7	141,5	149,5	***
Cambrai Nord-Mérid	1 428	134,6	141,9	149,4	***
Château-Thierry Pic-Mérid	462	104,7	115,0	126,0	**
Compiègne Pic-Mérid	1 285	105,3	111,3	117,6	***
Douai Nord-Mérid	1 789	127,4	133,5	139,8	***
Dunkerque Nord-Septent	2 083	126,6	132,2	138,0	***
La Flandre-Lys Nord-Septent	725	108,4	116,7	125,5	***
La Thiérache Pic-Septent	603	126,0	136,7	148,1	***
La Vallée de la Bresle - Vimeu Pic-Septent	457	103,0	113,1	123,9	*
Laon Pic-Mérid	664	107,4	116,0	125,2	***
Lens - Hénin Pas-de-Calais-Centre	3 330	150,1	155,4	160,7	***
Lille Nord-Septent	8 139	119,2	121,8	124,5	***
Maubeuge Nord-Mérid	2 029	134,9	141,0	147,3	***
Péronne Pic-Septent	493	119,9	131,3	143,4	***
Roissy - Sud Pic-Mérid	2 133	95,7	99,9	104,3	ns
Saint Omer Pas-de-Calais-Littoral	985	122,3	130,3	138,7	***
Saint-Quentin Pic-Septent	1 056	118,9	126,4	134,3	***
Soissons Pic-Mérid	732	108,8	117,1	125,9	***
Tergnier Pic-Mérid	563	121,3	131,9	143,3	***
Valenciennes Nord-Mérid	3 078	146,2	151,5	157,0	***
Hauts-de-France	45 650	127,4	128,5	129,7	***

Sources : Insee, INSERM-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

" *** " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($p < 0,001$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

" ** " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($0,001 < p < 0,01$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

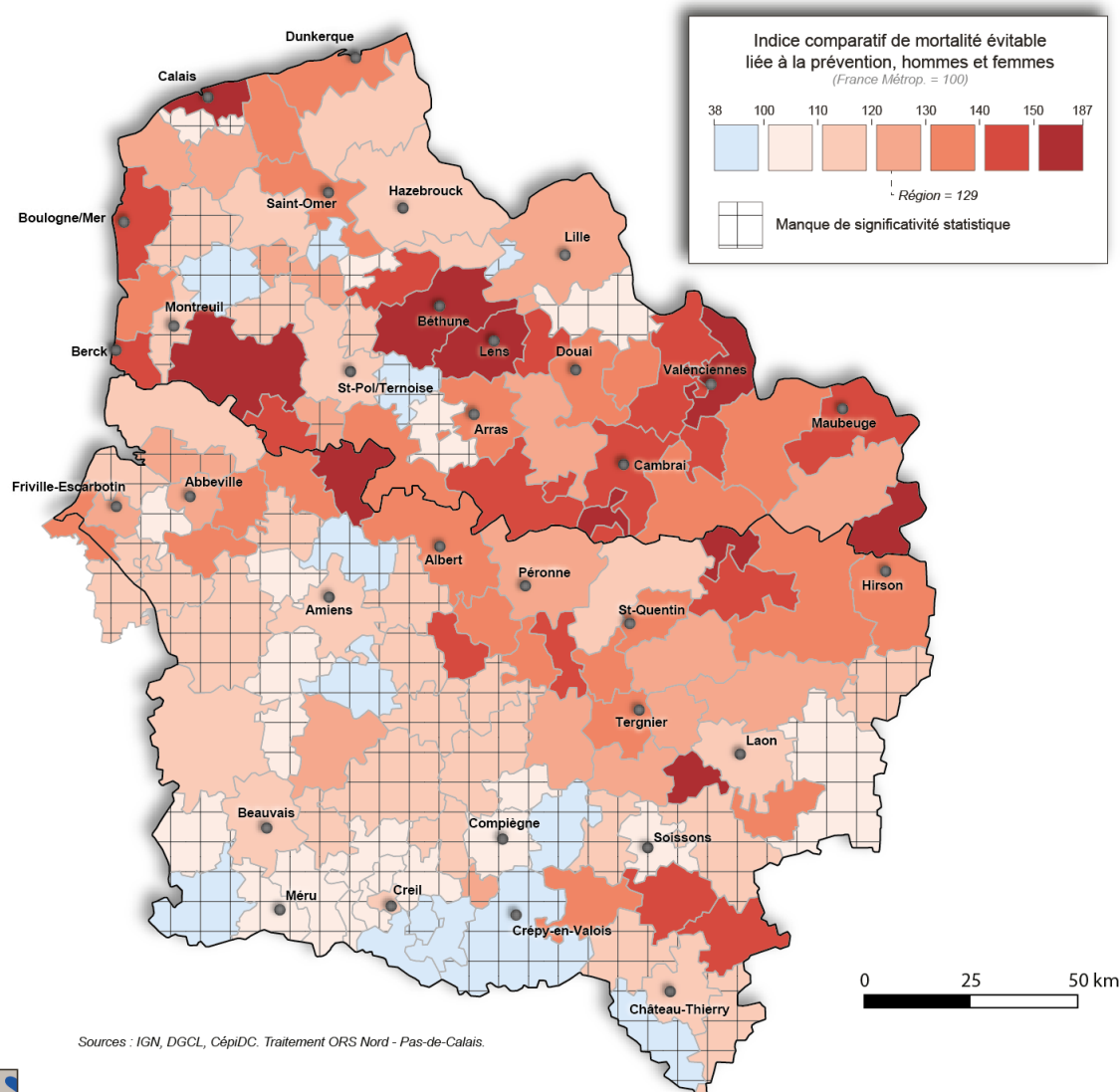
" * " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($0,01 < p < 0,05$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

" ns " : ICM non significatif

" - " : Donnée non renseignée ou effectif inférieur ou égal à 10

¹² HCSP. Indicateurs de mortalité "prématurée" et "évitable". Paris : HCSP, 2013; 31 p.

Figure 18 : Mortalité évitable liée à la prévention, 2010-2013 (par EPCI)



ORS Nord - Pas-de-Calais - Décembre 2016

Figure 19 : Évolution de la mortalité évitable liée à la prévention, 2007-2012 (par TEP)

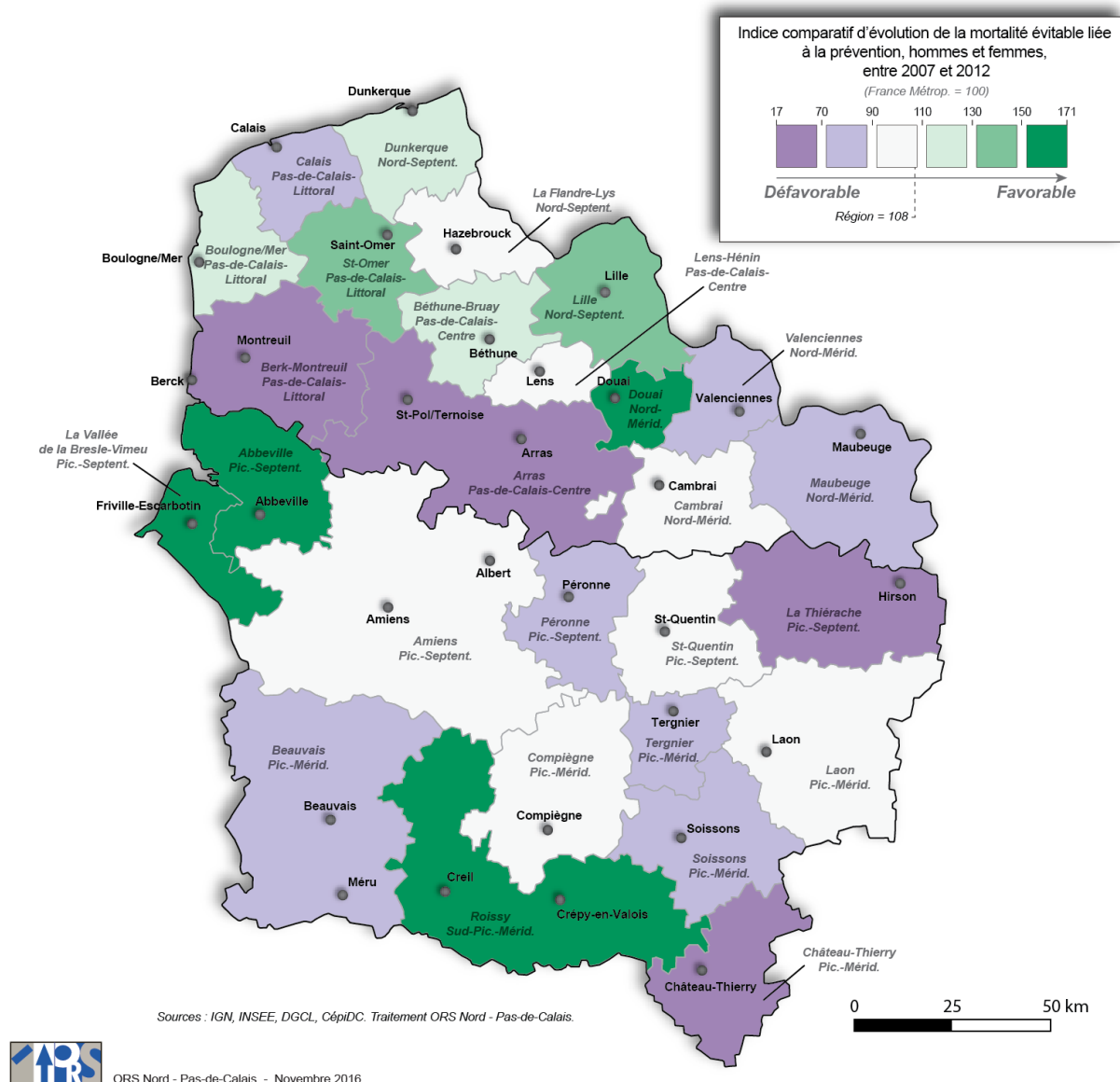
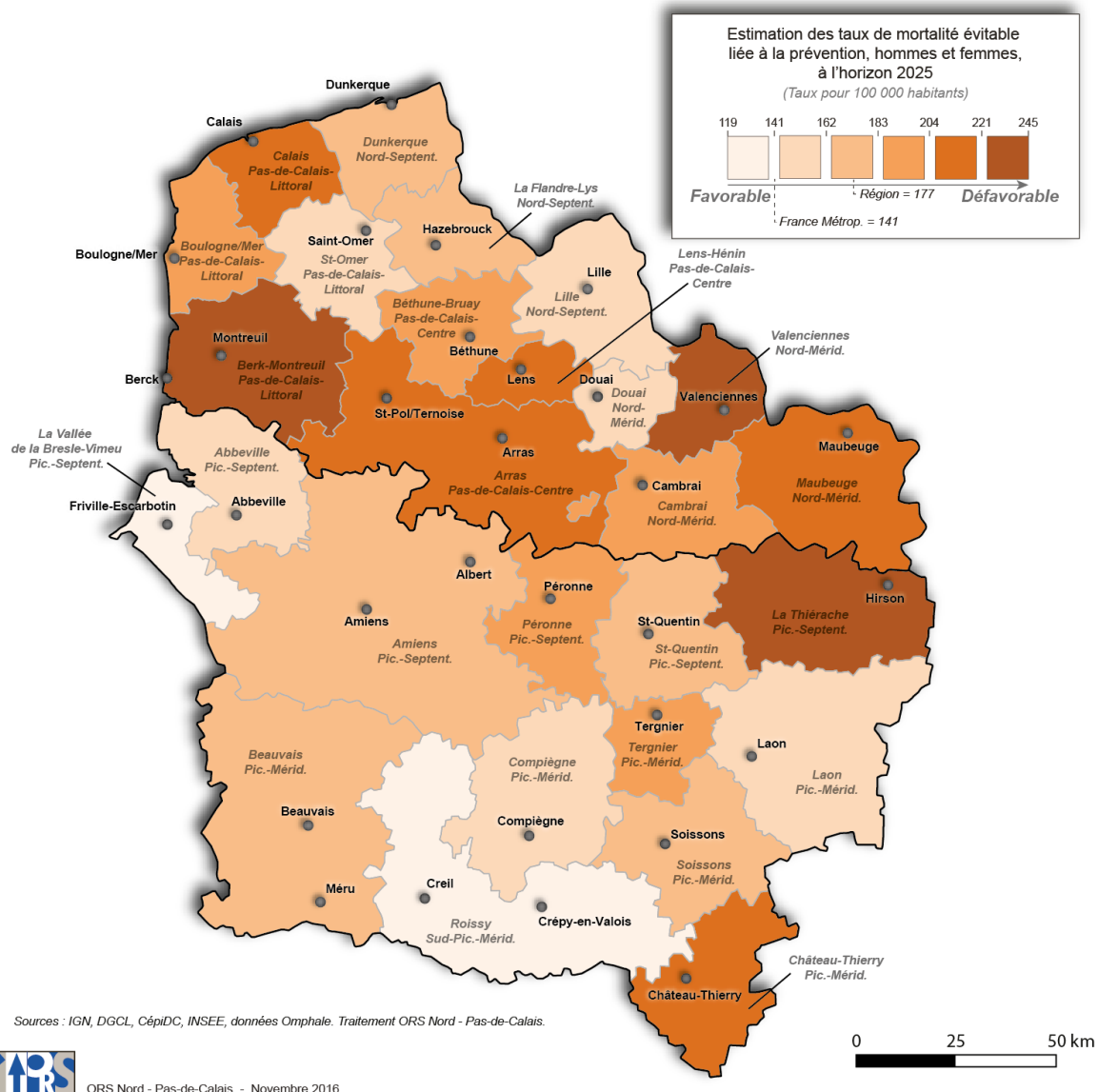


Figure 20 : Estimation des taux de mortalité évitable liée à la prévention en 2025 (par TEP)



L'analyse de la mortalité évitable liée à la prévention est difficilement envisageable à l'échelle des EPCI, en raison du nombre important d'entre eux dont la valeur de l'ICM n'est pas significativement différente de la mortalité nationale. Ce manque de significativité statistique des résultats nous a conduits à procéder à l'analyse de la mortalité directement par TEP.

Les Hauts-de-France connaissent en moyenne une mortalité évitable liée à la prévention de 28,5 % supérieure au niveau national. Néanmoins, la distribution spatiale montre des situations plus complexes.

Ainsi, sur les 27 territoires d'étude, 8 se caractérisent par des ICM dont la valeur dépasse significativement celle de la région. Ils se situent tous dans le département du Nord et du Pas-de-Calais avec des valeurs comprises dans une fourchette de surmortalité allant de +55,4 % pour la plus élevée (Lens-Hénin) à +40 % pour la moins élevée (Berk-Montreuil). Toujours parmi les moins bien classés se trouvent également, par ordre décroissant, Valenciennes, Béthune-Bruay, Cambrai, Calais, Boulogne-sur-Mer et Maubeuge.

9 territoires d'étude sur 27 affichent des surmortalités significativement inférieures à la moyenne régionale, auxquels il faut ajouter Roissy dont le niveau de mortalité avoisine le niveau national (ICM=99,9).

Parmi les 9 autres territoires, la valeur la plus basse de l'ICM se localise à Compiègne (+11,3 % par rapport à la France) et la plus haute est à Lille (+21,8 %). Entre ces deux bornes, on peut citer également par ordre décroissant les TEP d'Amiens, Soissons, Flandre-Lys (Hazebrouck), Laon, Château-Thierry, Vallée de la Bresle - Vimeu (Frigville-Escarbotin), Beauvais.

Entre 2007 et 2012, sur le plan régional, l'évolution de la mortalité évitable liée à la prévention s'est faite à une vitesse très légèrement supérieure à celle de la France métropolitaine (107,9). Cependant, elle n'a pas évolué au même rythme dans les différents territoires. La majorité des TEP a connu des baisses de mortalité inférieures au niveau national. Cela est particulièrement sensible dans les TEP suivant l'axe médian transversal partant de Montreuil et descendant jusqu'à la Thiérache (Hirson). La décroissance a été également moins rapide à Château-Thierry. Bien évidemment les situations ne sont pas les mêmes et dépendent du niveau de mortalité de chaque territoire. Ainsi, la situation apparaît beaucoup plus défavorable dans la Thiérache qui, comme nous l'avons vu, connaît une surmortalité nettement supérieure à celle de la région qu'à Château-Thierry qui affiche, en 2012, une surmortalité moins élevée que celle de la région. Ceci dit, au-delà de ces spécificités, il faut garder à l'esprit qu'à l'exception de Roissy, les autres territoires sont en surmortalité par rapport à l'Hexagone et que des baisses moins rapides risquent à terme d'accroître les écarts de mortalité par rapport à la France.

Néanmoins, plusieurs territoires d'étude correspondent à des baisses de mortalité plus rapide qu'en France métropolitaine. C'est le cas au nord des Hauts-de-France où plusieurs TEP semblent avoir bénéficié de baisse plus marquée, notamment à Douai, Lille et Saint-Omer, et à des degrés moindres Boulogne-sur-Mer, Béthune-Bruay et Dunkerque. Au sud de la région, Roissy s'inscrit également dans une tendance de baisse, de même que la Vallée de la Bresle-Vimeu (Frigville-Escarbotin) et d'Abbeville au niveau de la baie de Somme.

La projection des taux par territoire d'étude à l'horizon 2025 semble maintenir les départements du Nord et du Pas-de-Calais ainsi que le nord-est de l'Aisne (la Thiérache) en forte surmortalité.

Évitable par des actions sur le système de soins**Tableau 7 : Mortalité évitable liée au système de soins, 2010-2013 (par TEP)**

Territoire	Mortalité évitable liée au système de soins				
	Décès observés	ICM (France=100)			Significativité
		IC inf	ICM	IC sup	
Abbeville Pic-Septent	203	85,9	99,1	113,7	ns
Amiens Pic-Septent	1 240	116,4	123,1	130,2	***
Arras Pas-de-Calais-Centre	865	121,7	130,2	139,2	***
Beauvais Pic-Mérid	842	111,4	119,3	127,7	***
Berck - Montreuil Pas-de-Calais-Littoral	470	127,6	140,0	153,2	***
Béthune - Bruay Pas-de-Calais-Centre	1 195	135,3	143,3	151,7	***
Boulogne-sur-Mer Pas-de-Calais-Littoral	605	129,5	140,5	152,2	***
Calais Pas-de-Calais-Littoral	555	131,6	143,3	155,7	***
Cambrai Nord-Mérid	608	128,9	139,8	151,3	***
Château-Thierry Pic-Mérid	180	90,6	105,4	122,0	ns
Compiègne Pic-Mérid	554	101,6	110,6	120,2	*
Douai Nord-Mérid	809	130,7	140,2	150,2	***
Dunkerque Nord-Septent	905	120,9	129,1	137,8	***
La Flandre-Lys Nord-Septent	317	105,0	117,6	131,3	**
La Thiérache Pic-Septent	249	116,3	132,2	149,6	***
La Vallée de la Bresle - Vimeu Pic-Septent	193	95,8	110,8	127,6	ns
Laon Pic-Mérid	295	106,5	119,8	134,3	**
Lens - Hénin Pas-de-Calais-Centre	1 459	149,4	157,4	165,7	***
Lille Nord-Septent	3 604	120,1	124,1	128,3	***
Maubeuge Nord-Mérid	951	141,9	151,4	161,3	***
Péronne Pic-Septent	229	124,9	142,8	162,6	***
Roissy - Sud Pic-Mérid	1 031	103,1	109,7	116,6	**
Saint Omer Pas-de-Calais-Littoral	408	111,3	123,0	135,5	***
Saint-Quentin Pic-Septent	443	111,1	122,2	134,2	***
Soissons Pic-Mérid	326	108,2	121,0	134,8	***
Tergnier Pic-Mérid	245	118,1	134,4	152,3	***
Valenciennes Nord-Mérid	1 407	150,9	159,1	167,6	***
Hauts-de-France	20 188	129,1	130,9	132,7	***

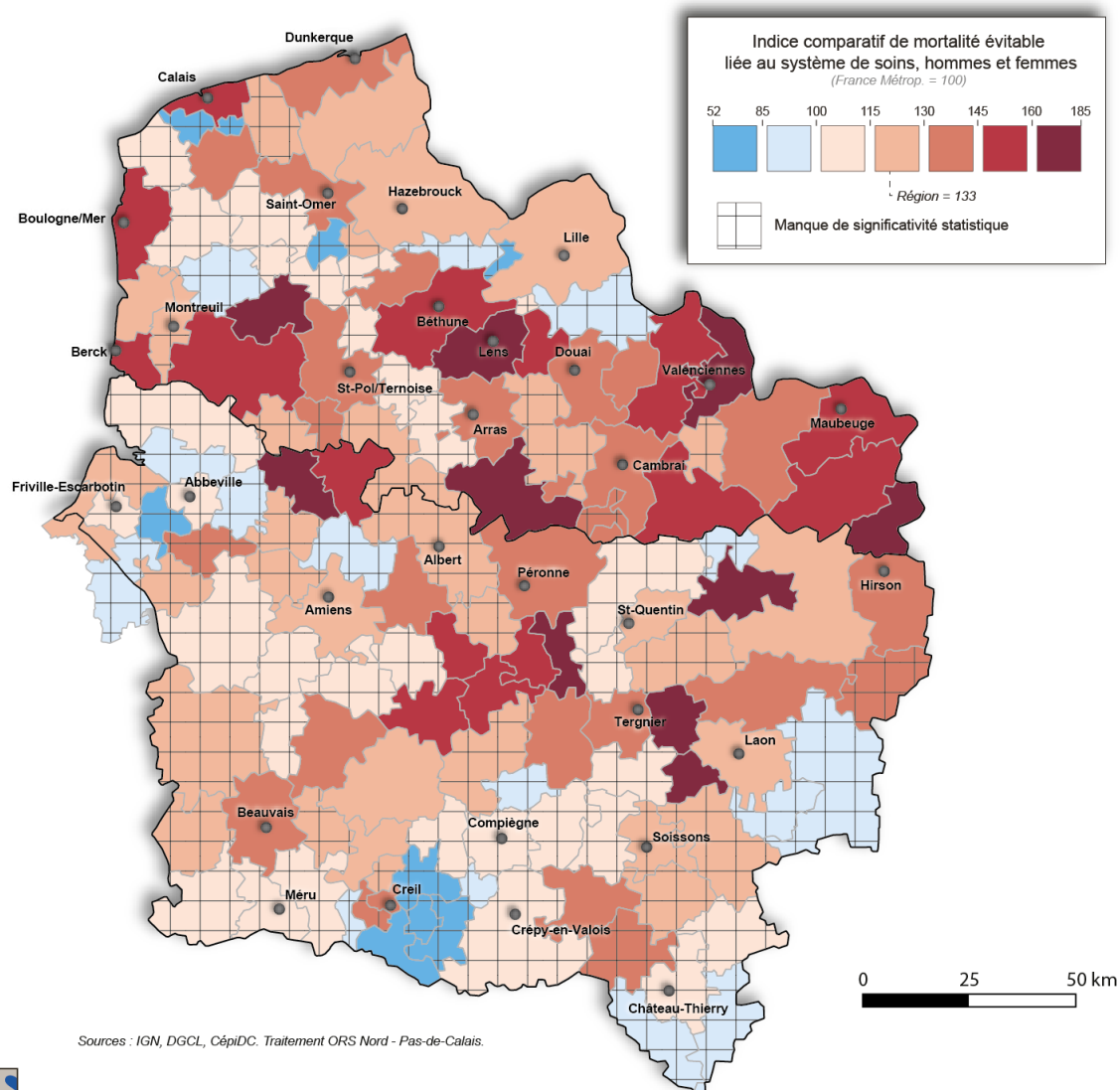
Sources : Insee, INSERM-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

" *** " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($p < 0,001$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)" * * " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($0,001 < p < 0,01$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)" * " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($0,01 < p < 0,05$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

" ns " : ICM non significatif

" - " : Donnée non renseignée ou effectif inférieur ou égal à 10

Figure 21 : Mortalité évitable liée au système de soins, 2010-2013 (par EPCI)



ORS Nord - Pas-de-Calais - Décembre 2016

Figure 22 : Évolution de la mortalité évitable liée au système de soins, 2007-2012 (par TEP)

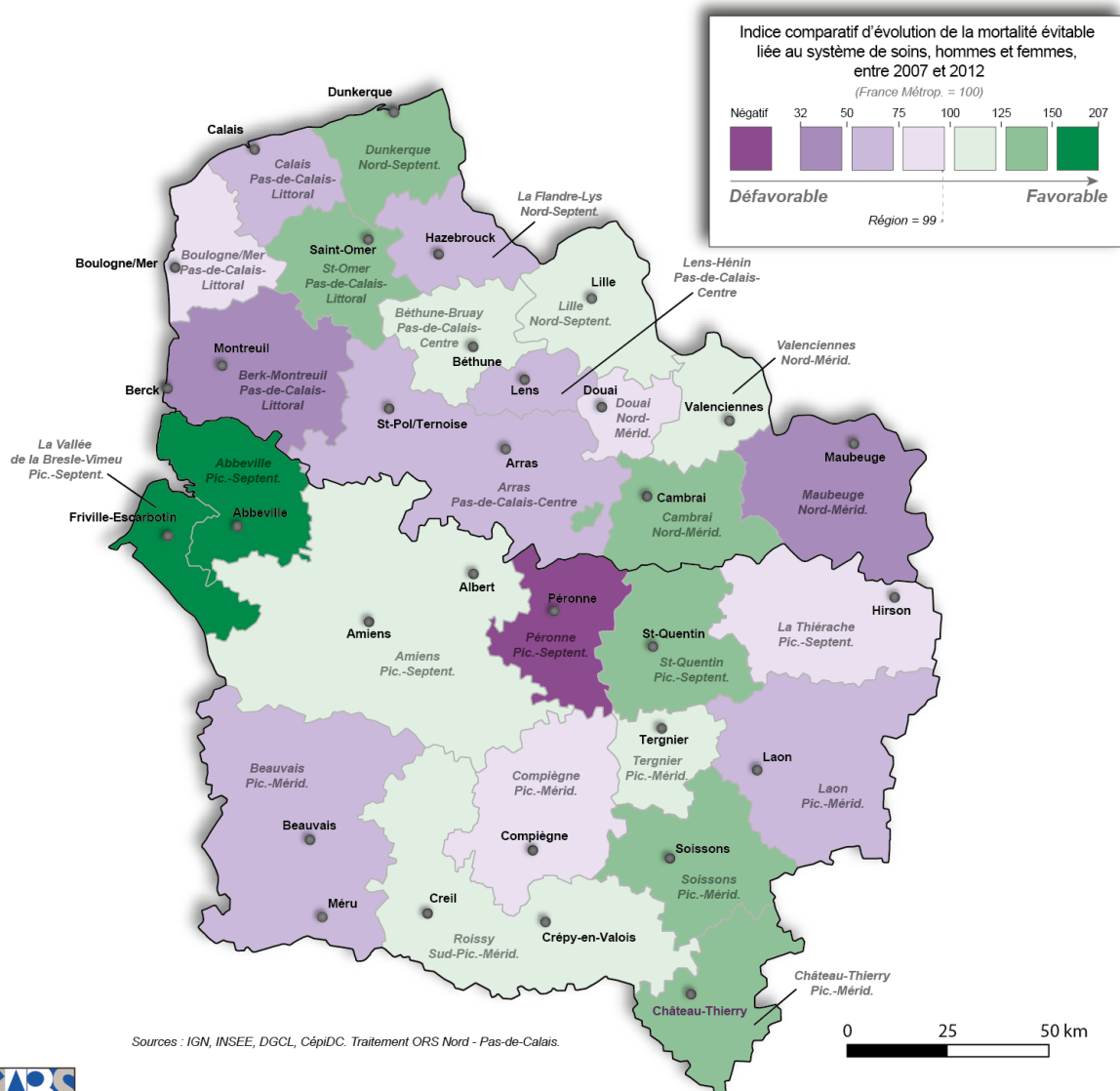
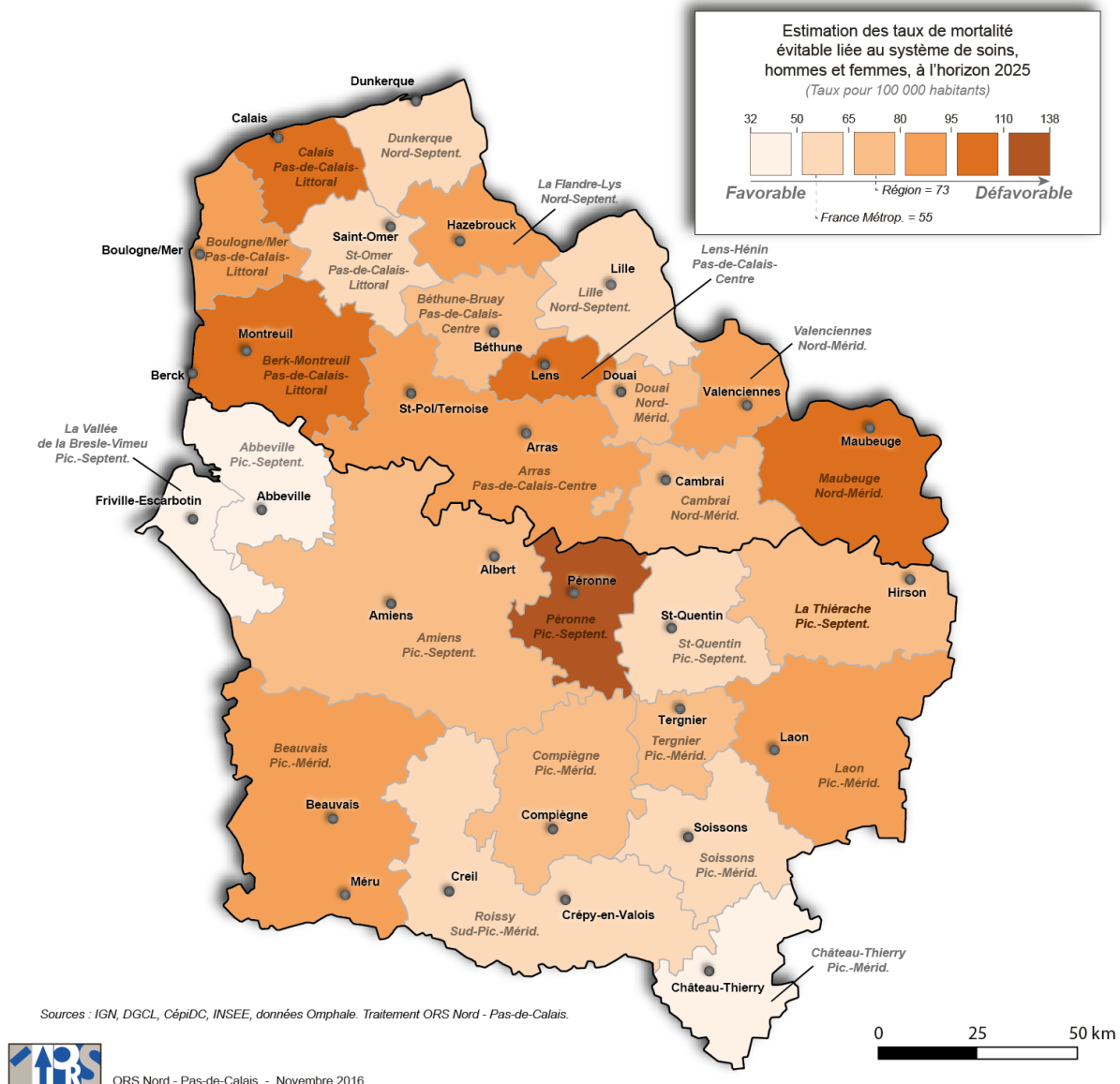


Figure 23 : Taux de mortalité évitable liée au système de soins en 2025 (par TEP)



En 2012, on constate dans la région Hauts-de-France une mortalité évitable liée au système de soins de 30,9 % supérieure au niveau national.

Compte tenu du faible nombre d'EPCI dont les ICM sont statistiquement significatifs, nous n'avons pas pu analyser la carte de leur répartition spatiale.

L'analyse spatiale n'est pas non plus aisée. En effet, en raison d'un faible nombre de décès, les territoires de La Vallée de la Bresle - Vimeu, Abbeville et Château-Thierry obtiennent des ICM non significatifs par rapport à la mortalité de la France métropolitaine et, de ce fait, n'ont pu être pris en compte dans l'analyse. En dehors de ces territoires, la surmortalité par rapport à la France métropolitaine caractérise la totalité des TEP. Cette surmortalité dépasse significativement le niveau régional dans les TEP de Valenciennes, Lens-Hénin, Maubeuge, Béthune-Bruay où les ICM affichent des surmortalités comprises entre 43,3 % (Béthune-Bruay) et 59,1 % (Valenciennes).

Les TEP de Lille, Beauvais, Compiègne et Roissy partagent des surmortalités significativement inférieures au niveau régional, qui se situent dans une fourchette allant pour la plus élevée de +24 % (Lille) à +9 % (Roissy) pour la plus faible.

La carte des ICEM doit également être analysée avec beaucoup de prudence. Ainsi, douze TEP ne dépassent pas 500 décès cumulés sur 4 ans, ce qui semble peu pour assurer une stabilité statistique des taux comparatifs de mortalité servant au calcul de cet indicateur (Château-Thierry, Vallée de la Bresle, Abbeville, Péronne, Tergnier, La Thiérache, Laon, La Flandre-Lys, Soissons, Saint-Omer, Saint-Quentin, Berck-Montreuil). Pour cette raison nous avons préféré écarter ces TEP de l'analyse.

Plusieurs zones ont bénéficié entre 2007 et 2012 de baisse de la mortalité évitable liée au système de soin, plus importante que la baisse nationale. Ainsi, les TEP de Dunkerque et Cambrai ont au minimum dépassé de 25 % à 50 % le rythme national. Toujours au nord de la région, cette diminution plus rapide s'observe à un degré moindre aussi à Lille, Valenciennes et Béthune-Bruay. Cela est également vrai au sud d'Amiens et de Roissy. A contrario, plusieurs territoires correspondent à des baisses de mortalité moins rapides que la France métropolitaine. C'est le cas sur la frange littorale de la région à Boulogne-sur-Mer et Calais. Toujours au nord Douai, Lens, Arras et plus encore Maubeuge se situent aussi en dessous du rythme de baisse nationale. Enfin, au sud des Hauts-de-France, Compiègne et Beauvais ont connu des baisses moins fortes que celle de l'Hexagone.

À l'horizon 2025, dans l'hypothèse où les tendances évolutives 2007-2012 des taux se maintiendraient, plusieurs territoires dépasseraient le niveau régional (TEP de Calais, Boulogne, Lens-Hénin, Valenciennes, Maubeuge, Beauvais). Les taux comparatifs demeureraient proches du niveau régional à Amiens, Compiègne et Béthune, ils seraient plutôt en deçà du seuil régional à Lille, Dunkerque et Roissy.

CANCERS

Tableau 8 : Mortalité par cancer, 2010-2013 (par TEP)

Territoire	Mortalité tous âges				Signifi- cativité
	Décès observés	ICM (France=100)			
		IC inf	ICM	IC sup	
Abbeville Pic-Septent	813	100,8	108,1	115,8	*
Amiens Pic-Septent	3 868	110,2	113,7	117,4	***
Arras Pas-de-Calais-Centre	2 536	107,2	111,5	115,9	***
Beauvais Pic-Mérid	2 481	108,1	112,5	117,0	***
Berck - Montreuil Pas-de-Calais-Littoral	1 437	116,1	122,3	128,8	***
Béthune - Bruay Pas-de-Calais-Centre	3 635	124,7	128,8	133,1	***
Boulogne-sur-Mer Pas-de-Calais-Littoral	1 868	124,1	129,9	135,9	***
Calais Pas-de-Calais-Littoral	1 473	114,5	120,6	126,9	***
Cambrai Nord-Mérid	1 798	113,6	119,1	124,7	***
Château-Thierry Pic-Mérid	655	101,4	109,7	118,4	*
Compiègne Pic-Mérid	1 797	104,3	109,3	114,5	***
Douai Nord-Mérid	2 443	117,5	122,3	127,2	***
Dunkerque Nord-Septent	2 722	119,2	123,8	128,5	***
La Flandre-Lys Nord-Septent	980	102,3	109,0	116,1	**
La Thiérache Pic-Septent	816	111,8	119,9	128,4	***
La Vallée de la Bresle - Vimeu Pic-Septent	708	105,9	114,1	122,9	***
Laon Pic-Mérid	936	103,8	110,8	118,1	**
Lens - Hénin Pas-de-Calais-Centre	4 262	129,6	133,5	137,6	***
Lille Nord-Septent	10 797	113,4	115,5	117,7	***
Maubeuge Nord-Mérid	2 477	113,8	118,4	123,2	***
Péronne Pic-Septent	685	109,3	117,9	127,1	***
Roissy - Sud Pic-Mérid	3 153	104,3	108,1	111,9	***
Saint Omer Pas-de-Calais-Littoral	1 229	108,8	115,1	121,8	***
Saint-Quentin Pic-Septent	1 488	113,3	119,3	125,5	***
Soissons Pic-Mérid	1 036	104,4	111,1	118,0	***
Tergnier Pic-Mérid	755	108,4	116,6	125,2	***
Valenciennes Nord-Mérid	3 799	123,3	127,3	131,4	***
Hauts-de-France	60 647	117,3	118,2	119,2	***

Sources : Insee, INSERM-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

" *** " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($p < 0,001$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

" ** " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($0,001 < p < 0,01$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

" * " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($0,01 < p < 0,05$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

" ns " : ICM non significatif

" - " : Donnée non renseignée ou effectif inférieur ou égal à 10

Figure 24 : Évolution de la mortalité (ICEM) par cancer, 2007-2012 (par TEP)

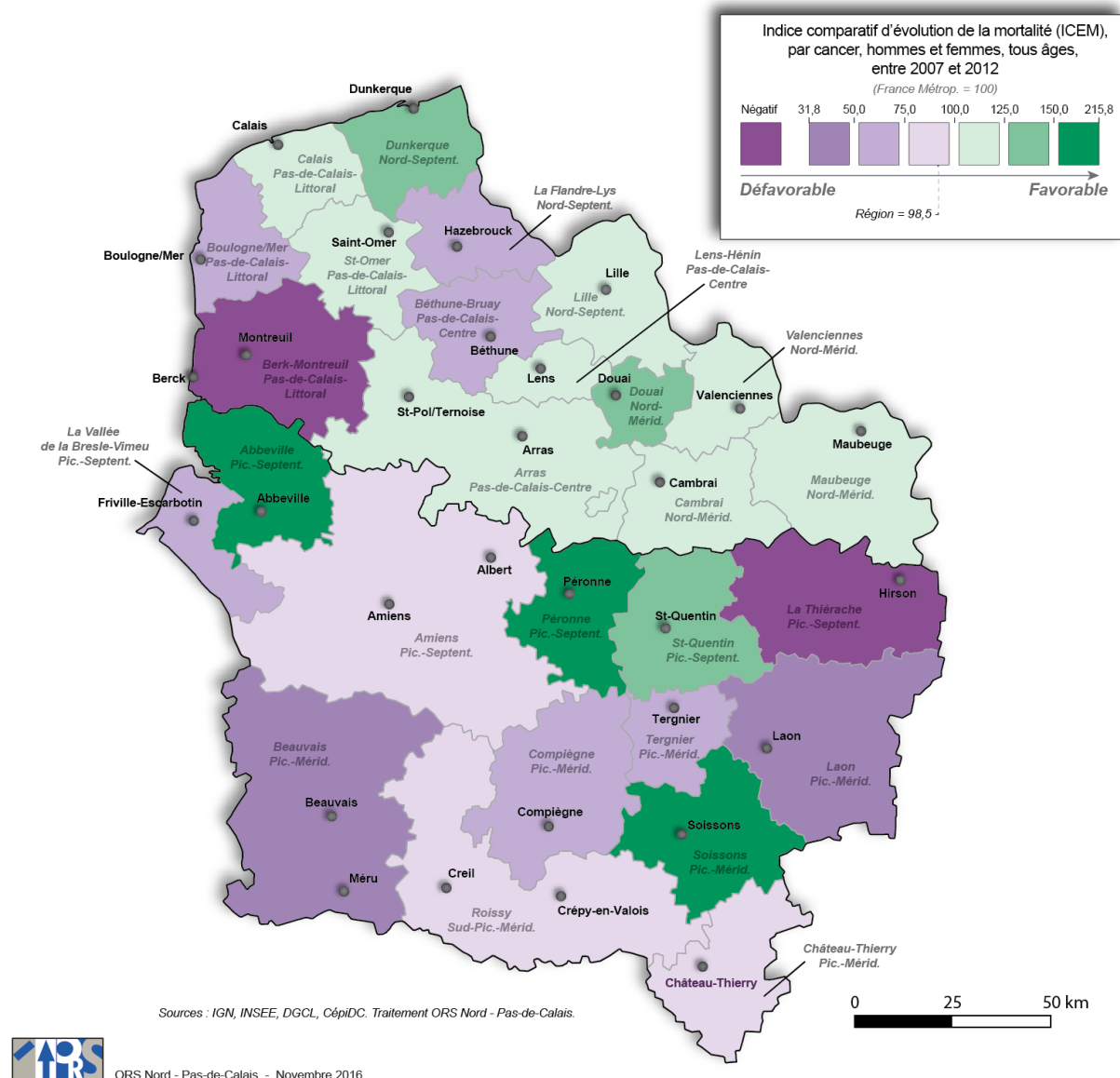
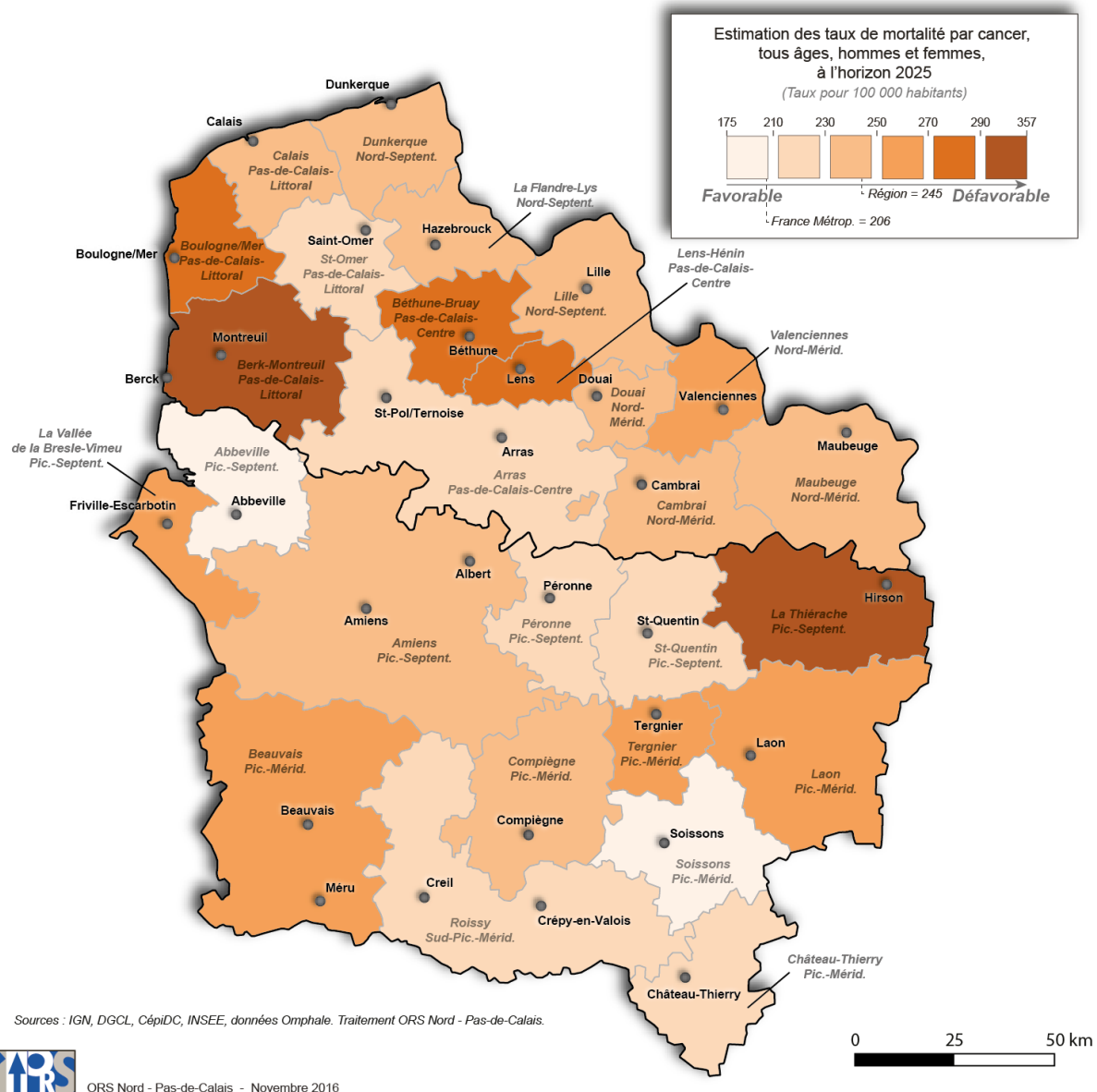


Figure 25 : Taux de mortalité par cancer en 2025 (par TEP)



Dans les Hauts-de-France, la mortalité par cancer excède de 18,2 % le niveau que nous devrions avoir si notre niveau de mortalité était le même que celui de la France métropolitaine. Sur le plan local, les ICM montrent une importante variabilité spatiale. À ce titre, les départements du Nord et du Pas-de-Calais sont particulièrement concernés par cette surmortalité. Ainsi, sur les 12 territoires dont les valeurs de l'ICM dépassent celle de la région, 10 appartiennent à ces départements et pour 5 d'entre eux, cet écart par rapport à la région est significatif (Lens-Hénin, Boulogne-sur-Mer, Béthune-Bruay, Valenciennes, Dunkerque). Seize territoires d'étude se classent en dessous du seuil régional et parmi eux Beauvais, Flandre-Lys (Hazebrouck), Arras, Abbeville, Compiègne et Roissy se démarquent par des surmortalités significativement inférieures à la région. À noter que ces surmortalités sont particulièrement faibles à Roissy, Compiègne et Abbeville où elles se situent autour de 9 %. Le nord de la région, particulièrement touché par la mortalité par cancer, semble avoir connu cependant, entre 2007 et 2012, des baisses de mortalité légèrement plus rapide que la baisse nationale. Cette baisse a été notamment plus rapide à Douai et Dunkerque. Dans les départements de l'Oise, de la Somme et de l'Aisne les territoires correspondent plutôt à des baisses plus lentes qu'en France métropolitaine, notamment dans les TEP de Beauvais, Laon et surtout de la Thiérache qui a connu au contraire une augmentation de sa mortalité par cancer, tout comme Berck-Montreuil dans le Pas-de-Calais. Inversement, Abbeville, Péronne, Saint-Quentin et Soissons ont connu des baisses sensiblement plus fortes que la tendance nationale.

D'ici 2025, la mortalité par cancer devrait continuer à dépasser le seuil national dans la majorité des territoires. Plusieurs d'entre eux afficheraient des taux comparatifs de mortalité bien au-dessus de la moyenne régionale (Berck-Montreuil, La Thiérache, Boulogne-sur-Mer, Béthune-Bruay, Lens, Valenciennes).

MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE**Tableau 9 : Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, 2010-2013 (par TEP)**

Territoire	Mortalité tous âges				
	Décès observés	ICM (France=100)			Significativité
		IC inf	ICM	IC sup	
Abbeville Pic-Septent	747	101,1	108,8	116,9	*
Amiens Pic-Septent	3 429	110,1	113,9	117,8	***
Arras Pas-de-Calais-Centre	2 565	124,3	129,2	134,4	***
Beauvais Pic-Mérid	2 264	119,4	124,5	129,7	***
Berck - Montreuil Pas-de-Calais-Littoral	1 360	125,0	131,9	139,2	***
Béthune - Bruay Pas-de-Calais-Centre	3 229	128,4	133,0	137,6	***
Boulogne-sur-Mer Pas-de-Calais-Littoral	1 624	125,5	131,9	138,4	***
Calais Pas-de-Calais-Littoral	1 389	129,7	136,8	144,2	***
Cambrai Nord-Mérid	1 800	132,5	138,9	145,4	***
Château-Thierry Pic-Mérid	576	96,9	105,3	114,3	ns
Compiègne Pic-Mérid	1 578	106,6	112,1	117,7	***
Douai Nord-Mérid	2 178	121,6	126,9	132,3	***
Dunkerque Nord-Septent	2 274	124,0	129,2	134,7	***
La Flandre-Lys Nord-Septent	963	116,5	124,2	132,3	***
La Thiérache Pic-Septent	874	133,1	142,4	152,1	***
La Vallée de la Bresle - Vimeu Pic-Septent	606	102,3	110,9	120,1	*
Laon Pic-Mérid	879	110,6	118,2	126,3	***
Lens - Hénin Pas-de-Calais-Centre	3 550	127,5	131,8	136,2	***
Lille Nord-Septent	8 472	104,1	106,4	108,6	***
Maubeuge Nord-Mérid	2 431	132,8	138,2	143,8	***
Péronne Pic-Septent	661	117,9	127,4	137,5	***
Roissy - Sud Pic-Mérid	2 495	99,6	103,6	107,7	ns
Saint Omer Pas-de-Calais-Littoral	1 176	126,9	134,5	142,4	***
Saint-Quentin Pic-Septent	1 211	107,1	113,4	120,0	***
Soissons Pic-Mérid	840	96,9	103,8	111,0	ns
Tergnier Pic-Mérid	752	121,9	131,1	140,8	***
Valenciennes Nord-Mérid	3 293	126,5	130,9	135,5	***
Hauts-de-France	53 216	120,5	121,5	122,5	***

Sources : Insee, INSERM-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

" *** " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($p < 0,001$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)" ** " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($0,001 < p < 0,01$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)" * " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($0,01 < p < 0,05$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

" ns " : ICM non significatif

" - " : Donnée non renseignée ou effectif inférieur ou égal à 10

Figure 26 : Évolution de la mortalité (ICEM) par maladies de l'appareil circulatoire entre 2007-2012 (par TEP)

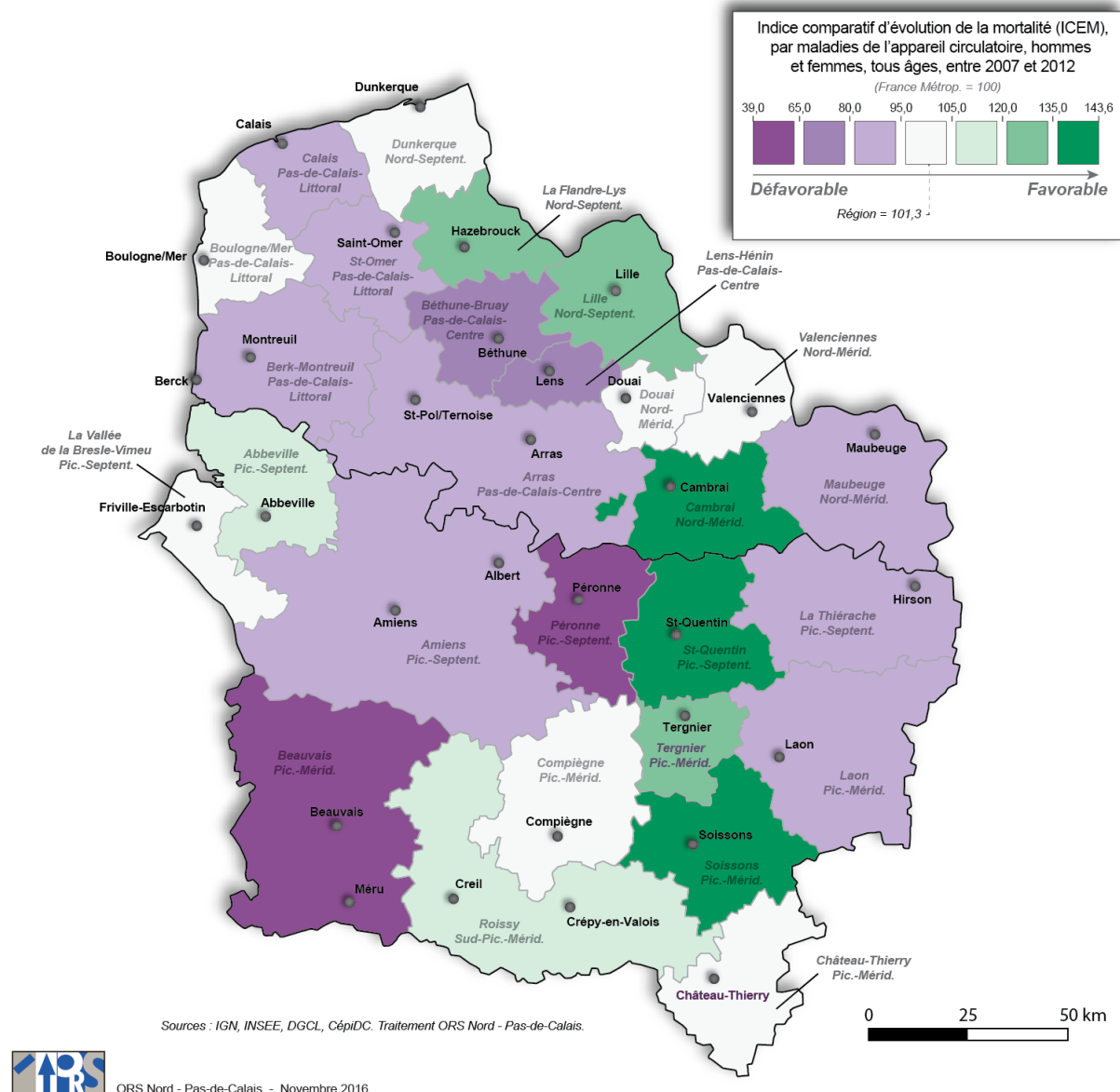
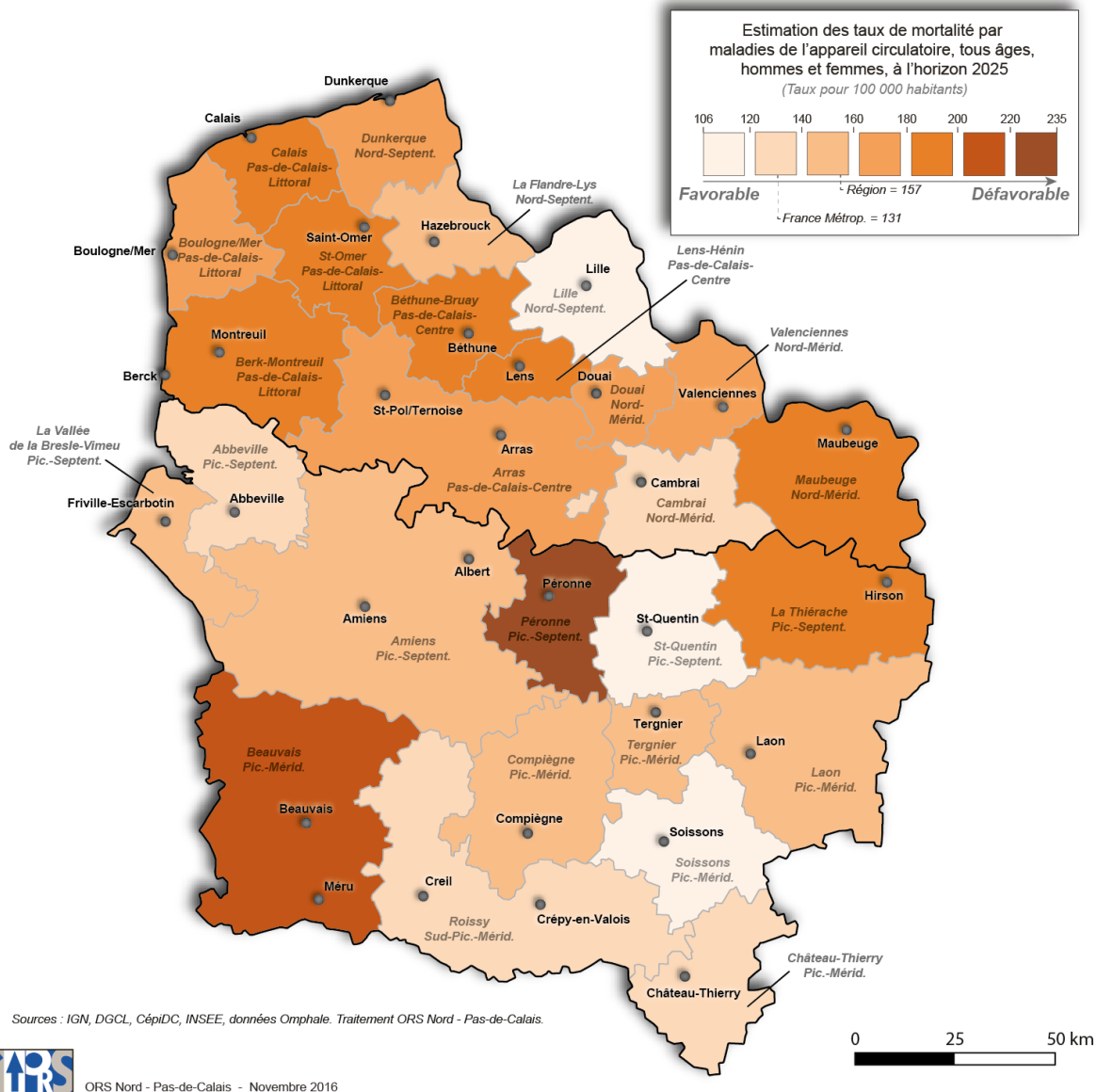


Figure 27 : Taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en 2025 (par TEP)



Les habitants des Hauts-de-France sont touchés par une mortalité par maladies de l'appareil circulatoire dépassant de 21 % le niveau national. Toutefois, cette surmortalité touche tout particulièrement le nord de la région. En effet, sur 17 TEP, dont les ICM sont supérieurs à celui de la région, treize sont localisés dans les départements du Nord et du Pas-de-Calais. Parmi eux, Cambrai, Maubeuge, Calais, Saint-Omer, Béthune-Bruay, Berck-Montreuil, Boulogne-sur-Mer, Lens-Hénin, Valenciennes, Arras et Dunkerque partagent tous des surmortalités significativement supérieures à la région. Cambrai, Maubeuge et Calais se situent en tête de classement. Néanmoins, c'est au nord de l'Aisne, dans le territoire de la Thiérache, que la surmortalité par maladies de l'appareil circulatoire atteint le niveau le plus élevé de la région (+42,3 %).

Hormis Lille, les territoires dont l'ICM est inférieur à celui de la région sont localisés dans les trois autres départements. La majorité d'entre eux connaissent des niveaux de surmortalité significativement moins élevés que la région (TEP de Saint-Quentin, Compiègne, La Vallée de la Bresle – Vimeu, Abbeville, Lille, Château-Thierry, Soissons, Roissy). Au sud de l'Aisne et de l'Oise, la mortalité rejoint pratiquement le niveau national avec des surmortalités d'à peine 3 à 5 % supérieures au niveau national (Château-Thierry, Soissons, Roissy). Plus surprenant dans le nord des Hauts-de-France, Lille se démarque franchement avec également une mortalité supérieure de seulement 6 % au niveau national.

La carte de l'évolution de la mortalité de 2007 à 2012 montre des secteurs qui ont bénéficié de baisses plus prononcées que celle de la France métropolitaine. Ainsi, Lille, dont la mortalité rappelons-le rejoint pratiquement le niveau national, a bénéficié d'une diminution de sa mortalité plus rapide qu'en France. Au sud de la région, les TEP de Roissy et de Soissons, dont les niveaux de mortalité avoisinent le niveau national, ont également profité de baisses plus rapides. En revanche, pour les TEP de Cambrai, Saint-Quentin, Tergnier, La Flandre-Lys, les baisses pourtant supérieures au rythme national n'ont pas permis encore de réduire l'écart avec la mortalité nationale. Le reste de la région a au contraire connu des baisses plus lentes, notamment à Beauvais, Péronne, Béthune et Lens. Ces évolutions plus lentes pourraient contribuer à creuser l'écart dans des secteurs où la surmortalité est particulièrement élevée, notamment dans la Thiérache. Dans l'hypothèse du maintien des tendances évolutives 2007-2012 de la mortalité au sein des différents territoires des Hauts-de-France, d'ici 2025 le nord de la région conserverait des taux comparatifs de mortalité globalement supérieurs à la moyenne régionale. En raison du maintien de baisses, plus rapides que celles de la France métropolitaine, Lille, Saint-Quentin et Soissons pourraient voir leur niveau de mortalité passer en dessous du niveau national. Au contraire, du fait de baisses plus lentes, Beauvais et Péronne pourraient obtenir les taux comparatifs de mortalité parmi les plus élevés de la région.

MALADIES CHRONIQUES (NON TRANSMISSIBLES)**Tableau 10 : Mortalité par maladies chroniques, 2010-2013 (par TEP)**

Territoire	Mortalité tous âges					Mortalité prématurée (avant 75 ans ¹)				
	Décès observés	ICM (France=100)			Significativité	Décès prématurés observés	ICM (France=100)			Significativité avant 75 ans
		IC inf	ICM	IC sup			IC inf	ICM	IC sup	
Abbeville Pic-Septent	2 340	106,2	110,7	115,2	***	760	108,6	116,7	125,3	***
Amiens Pic-Septent	10 909	113,8	115,9	118,1	***	3 835	117,5	121,3	125,2	***
Arras Pas-de-Calais-Centre	7 580	118,7	121,4	124,2	***	2 705	124,6	129,4	134,4	***
Beauvais Pic-Mérid	6 956	115,8	118,5	121,4	***	2 596	112,8	117,3	121,9	***
Berck - Montreuil Pas-de-Calais-Littoral	4 185	125,7	129,6	133,6	***	1 468	130,3	137,3	144,5	***
Béthune - Bruay Pas-de-Calais-Centre	10 357	132,2	134,7	137,4	***	3 926	145,4	150,0	154,8	***
Boulogne-sur-Mer Pas-de-Calais-Littoral	5 155	128,5	132,0	135,7	***	2 086	147,5	154,1	160,8	***
Calais Pas-de-Calais-Littoral	4 292	127,5	131,4	135,4	***	1 766	139,3	146,1	153,0	***
Cambrai Nord-Mérid	5 564	132,0	135,5	139,1	***	1 986	138,9	145,2	151,7	***
Château-Thierry Pic-Mérid	1 941	110,2	115,3	120,5	***	632	108,4	117,3	126,8	***
Compiègne Pic-Mérid	5 043	109,8	112,9	116,1	***	1 777	107,7	112,9	118,3	***
Douai Nord-Mérid	6 995	125,6	128,6	131,7	***	2 652	141,3	146,9	152,6	***
Dunkerque Nord-Septent	7 419	126,2	129,1	132,1	***	3 153	137,5	142,5	147,5	***
La Flandre-Lys Nord-Septent	2 976	117,1	121,4	125,9	***	987	109,5	116,7	124,2	***
La Thiérache Pic-Septent	2 614	132,3	137,5	142,8	***	863	135,6	145,1	155,2	***
La Vallée de la Bresle - Vimeu Pic-Septent	1 928	108,0	112,9	118,1	***	680	113,1	122,1	131,7	***
Laon Pic-Mérid	2 824	116,8	121,2	125,7	***	991	120,2	128,0	136,3	***
Lens - Hénin Pas-de-Calais-Centre	12 191	139,2	141,7	144,2	***	4 972	167,0	171,8	176,6	***
Lille Nord-Septent	29 027	113,1	114,5	115,8	***	11 370	124,3	126,6	129,0	***
Maubeuge Nord-Mérid	7 475	129,9	132,9	136,0	***	2 922	142,4	147,7	153,1	***
Péronne Pic-Septent	2 064	122,4	127,9	133,5	***	670	122,7	132,5	142,9	***
Roissy - Sud Pic-Mérid	8 343	105,1	107,4	109,7	***	3 233	106,5	110,2	114,1	***
Saint Omer Pas-de-Calais-Littoral	3 605	123,3	127,4	131,6	***	1 336	121,7	128,5	135,6	***
Saint-Quentin Pic-Septent	4 250	121,8	125,5	129,4	***	1 503	124,8	131,4	138,2	***
Soissons Pic-Mérid	2 909	109,9	114,1	118,3	***	1 022	112,7	119,9	127,5	***
Tergnier Pic-Mérid	2 248	120,3	125,4	130,7	***	765	123,5	132,7	142,4	***
Valenciennes Nord-Mérid	11 068	135,1	137,7	140,3	***	4 398	154,8	159,5	164,3	***
Hauts-de-France	172 258		123,8	124,4	***	65 054	133,7	134,7	135,7	***

Sources : Insee, INSERM-CépiDc. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

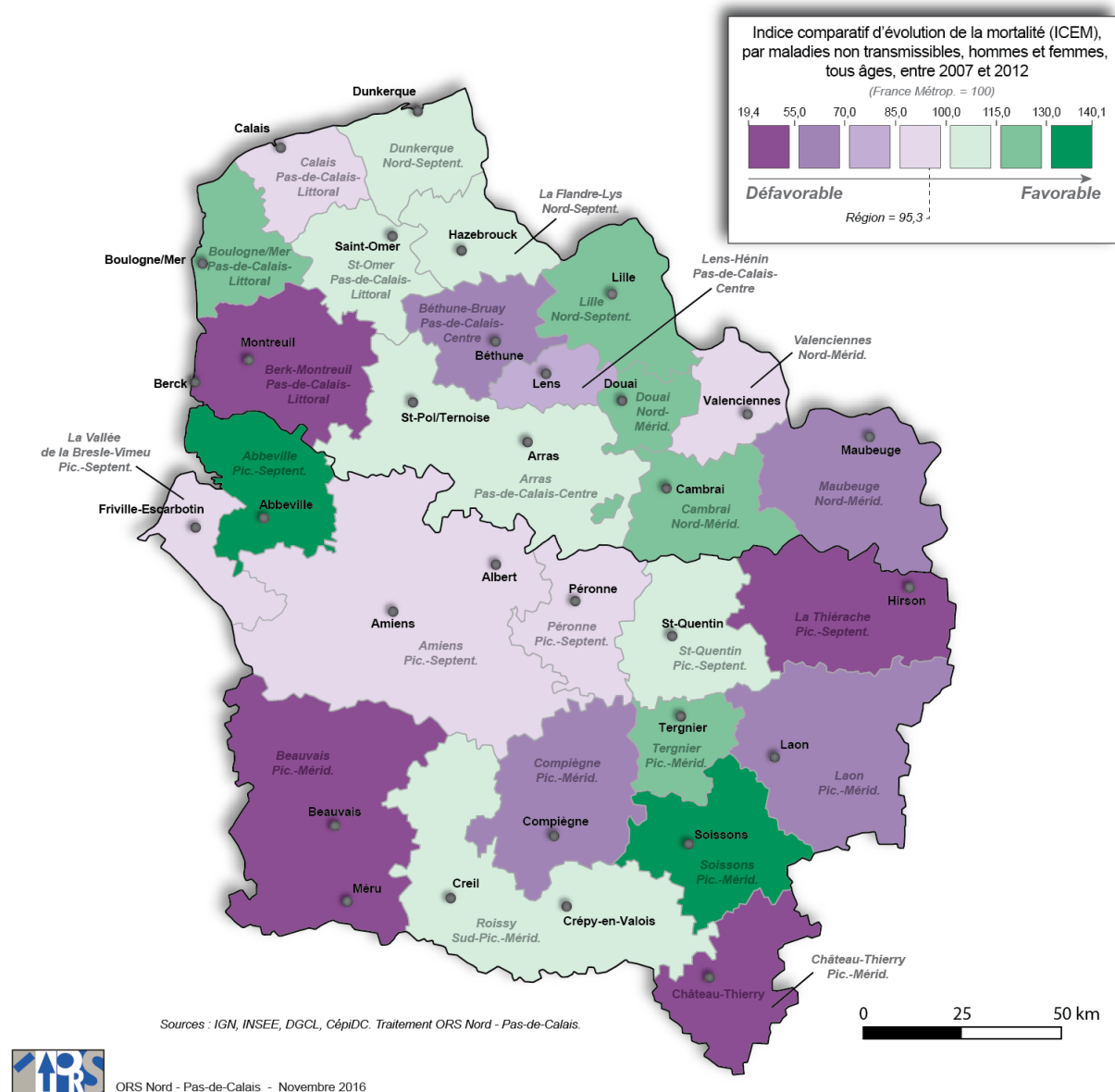
" *** " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($p < 0,001$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)" ** " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($0,001 < p < 0,01$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)" * " : ICM (Indice Comparatif de Mortalité) significatif ($0,01 < p < 0,05$) par rapport à la mortalité nationale (France métropolitaine)

" ns " : ICM non significatif

" - " : Donnée non renseignée ou effectif inférieur ou égal à 10

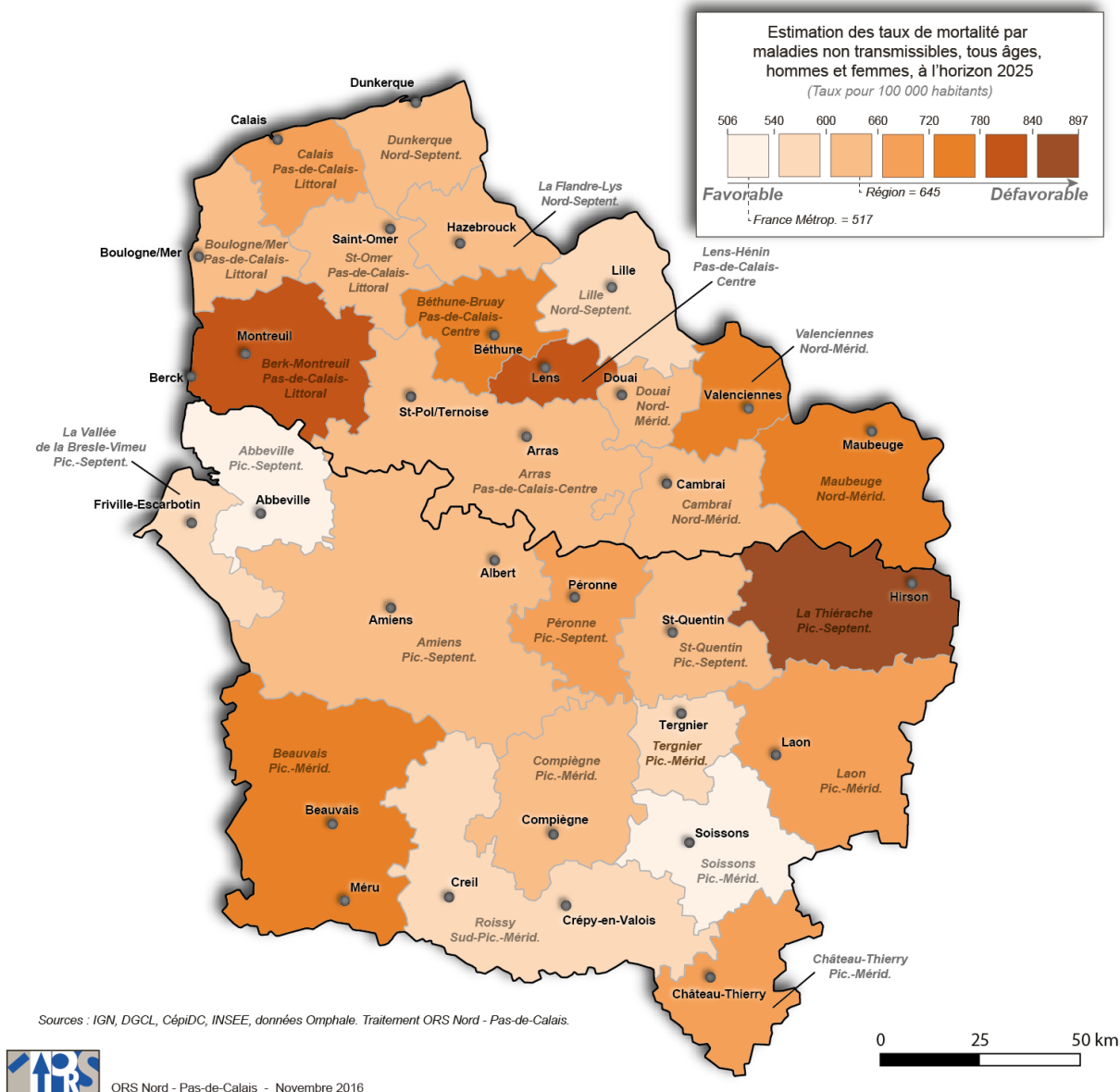
¹ Selon le Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP), la limite de 75 ans, de plus en plus utilisée, correspond mieux au progrès de l'espérance de vie (In HCSP. Indicateurs de mortalité "prématurée" et "évitable". Paris : HCSP, 2013; 31 p.).

Figure 28 : Évolution de la mortalité (ICEM) par maladies chroniques, 2007-2012 (par TEP)



Maladies chroniques = maladies non transmissibles (WHO, Genève, novembre 2013).

Figure 29 : Taux de mortalité par maladies chroniques en 2025 (par TEP)



Maladies chroniques = maladies non transmissibles (WHO, Genève, novembre 2013).

La population des Hauts-de-France connaît une mortalité tous âges par maladies chroniques dépassant de 23,8 % le niveau national. La répartition de l'ICM par territoire d'étude fait ressortir un nord de la région particulièrement touché, avec notamment, classés par ICM décroissant, Lens-Hénin, Valenciennes, Cambrai, Béthune-Bruay, Maubeuge, Boulogne-sur-Mer, Calais, Berck-Montreuil, Dunkerque et Douai qui se démarquent tous par des surmortalités significativement supérieures à la moyenne régionale comprises entre 28,6 % (Douai) et 41,6 % (Lens-Hénin). Au nord du département de l'Aisne figure également la Thiérache, qui se situe au 3^e rang du classement (+42,8 %). Beauvais, Amiens, Château-Thierry, Lille, Soissons, la Vallée de la Bresle - Vimeu, Compiègne, Abbeville et Roissy obtiennent des ICM significativement plus bas que la valeur régionale, Roissy au sud de l'Oise obtient à nouveau l'ICM le moins élevé de la région.

Concernant la mortalité prématurée par maladies chroniques, la région voit l'écart par rapport à la France métropolitaine se creuser davantage pour atteindre +34,7 %. On retrouve une partie nord de la région particulièrement en surmortalité avec des niveaux très élevés à Lens-Hénin (+72 %), Valenciennes (+59,5 %), Boulogne-sur-Mer (+54,1 %) ou encore Béthune-Bruay (+50,1 %). En revanche, toujours au nord, les TEP de Lille et de La Flandre-Lys se démarquent par des surmortalités significativement inférieures au niveau régional (+26,6 % et +16,7 % respectivement). Au sud de l'Oise, Compiègne et Roissy obtiennent les ICM les moins élevés de la région. Toujours inférieurs au niveau régional se classent également la Vallée de la Bresle - Vimeu, Amiens, Soissons, Château-Thierry, Beauvais et Abbeville.

De 2007 à 2012, les ICEM tous âges font ressortir des secteurs où la mortalité a diminué plus rapidement qu'en France métropolitaine. C'est le cas notamment à Soissons et Abbeville où la baisse de la mortalité tous âges par maladies chroniques a dépassé d'au moins 30 % celle de la France métropolitaine. Ces secteurs, où la surmortalité moins prononcée demeure inférieure au niveau régional, semblent donc connaître une amélioration. Au nord de la région, les TEP de Lille, Douai, Cambrai et Boulogne-sur-Mer ont connu également des baisses de mortalité de 15 à 30 % supérieures au niveau national. Néanmoins, malgré ces baisses, Douai, Cambrai et Boulogne-sur-Mer restent des secteurs de forte surmortalité dépassant le niveau régional. En revanche, Béthune-Bruay, Lens-Hénin, Maubeuge et Montreuil, dont les surmortalités sont élevées, ont connu des baisses moins rapides que la baisse nationale, ce qui pourrait contribuer à accroître la surmortalité par rapport à la France métropolitaine. Le même constat peut être fait dans la Thiérache, qui connaît à la fois une forte surmortalité et une baisse moins rapide de sa mortalité. La diminution a été également moins rapide à Beauvais, Compiègne, Château-Thierry et Laon. Toutefois, la surmortalité est moins élevée dans ces secteurs.

En 2025, dans l'hypothèse d'un maintien des taux d'accroissement négatifs de la mortalité par maladies chroniques, les zones d'Abbeville et de Soissons verraient leurs taux comparatifs de mortalité tendre vers le niveau national. De façon moins marquée, ce serait également le cas de Lille, Roissy et de la Vallée de la Bresle - Vimeu. En revanche, Lens-Hénin garderait des taux nettement supérieurs à la moyenne régionale tout comme la zone de Montreuil et surtout de la Thiérache. Les taux comparatifs de mortalité continueront de dépasser le niveau régional à Calais, Béthune-Bruay, Valenciennes, Maubeuge et Beauvais. Dans le reste des Hauts-de-France, la mortalité demeurerait proche ou un peu supérieure au niveau régional (Amiens, Compiègne, Arras...).

À noter en particulier

- Si les tendances évolutives restent inchangées, la surmortalité régionale perdura, elle se matérialisera encore pour bien des causes ou groupes de décès.
- Les *divergences territoriales* pourraient se marquer : Boulogne et Abbeville à l'ouest devraient connaître les améliorations les plus marquées ainsi que Soissons jusqu'à Cambrai vers le nord, 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 de Montreuil, connaîtrait une dégradation accrue des conditions sanitaires locales.
- La population de Hauts-de-France subit, dans son ensemble, une mortalité évitable liée à la prévention de 28,5 % supérieure au niveau national
- Les secteurs les plus atteints se situent aux deux extrémités du Bassin minier, jusqu'à la frontière belge.
- Ce sont les secteurs au contact des départements picards, de la Thiérache, du sud du Pas-de-Calais et du nord de l'Aisne qui connaîtraient les plus fortes dégradations si les impacts de la prévention restent égaux aux effets qu'ils ont produits à ce jour.

Offre de soins

ENSEMBLE DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Tableau 11 : Évolution de l'ensemble des professionnels de santé (par TEP)

Territoire	Ensemble des professionnels de santé				Ensemble des professionnels de santé âgés de 55 ans et plus				
	Nombre total en 2012	Nombre total en 2015	Taux d'accroissement 2012-2015 (effectif en %)	Nombre pour 100 000 habitants en 2015 (RGP 2012)	Nombre en 2012	Nombre en 2015	Taux d'accroissement 2012-2015 (effectif en %)	% en 2012	% en 2015
Abbeville Pic-Septent	1 311	1 455	10,98	2 084,32	249	337	35,34	18,99	23,16
Amiens Pic-Septent	7 411	8 396	13,29	2 161,83	1 543	2 039	32,15	20,82	24,29
Arras Pas-de-Calais-Centre	3 370	3 831	13,68	1 547,27	652	836	28,22	19,35	21,82
Beauvais Pic-Mérid	2 628	2 965	12,82	1 083,95	567	725	27,87	21,58	24,45
Berck - Montreuil Pas-de-Calais-Littoral	2 600	2 848	9,54	2 534,24	484	587	21,28	18,62	20,61
Béthune - Bruay Pas-de-Calais-Centre	4 118	4 565	10,85	1 444,00	756	928	22,75	18,36	20,33
Boulogne-sur-Mer Pas-de-Calais-Littoral	2 415	2 755	14,08	1 699,75	442	609	37,78	18,30	22,11
Calais Pas-de-Calais-Littoral	2 032	2 328	14,57	1 508,42	372	459	23,39	18,31	19,72
Cambrai Nord-Mérid	2 524	2 895	14,70	1 784,71	521	672	28,98	20,64	23,21
Château-Thierry Pic-Mérid	984	1 099	11,69	1 749,75	197	265	34,52	20,02	24,11
Compiègne Pic-Mérid	2 460	2 862	16,34	1 489,93	485	639	31,75	19,72	22,33
Douai Nord-Mérid	3 194	3 632	13,71	1 617,41	631	835	32,33	19,76	22,99
Dunkerque Nord-Septent	3 539	4 083	15,37	1 611,43	687	908	32,17	19,41	22,24
La Flandre-Lys Nord-Septent	1 655	1 876	13,35	1 855,42	398	502	26,13	24,05	26,76
La Thiérache Pic-Septent	598	665	11,20	994,45	146	193	32,19	24,41	29,02
La Vallée de la Bresle - Vimeu Pic-Septent	326	373	14,42	668,89	90	105	16,67	27,61	28,15
Laon Pic-Mérid	1 259	1 397	10,96	1 523,63	309	364	17,80	24,54	26,06
Lens - Hénin Pas-de-Calais-Centre	5 623	6 245	11,06	1 702,46	951	1 197	25,87	16,91	19,17
Lille Nord-Septent	28 249	33 301	17,88	2 682,15	5 434	7 376	35,74	19,24	22,15
Maubeuge Nord-Mérid	3 384	3 946	16,61	1 696,06	716	926	29,33	21,16	23,47
Péronne Pic-Septent	582	674	15,81	1 179,10	128	186	45,31	21,99	27,60
Roissy - Sud Pic-Mérid	4 707	5 183	10,11	1 399,85	1 018	1 347	32,32	21,63	25,99
Saint Omer Pas-de-Calais-Littoral	1 551	1 753	13,02	1 377,95	278	350	25,90	17,92	19,97
Saint-Quentin Pic-Septent	2 218	2 529	14,02	1 922,46	516	670	29,84	23,26	26,49
Soissons Pic-Mérid	2 174	2 336	7,45	2 421,70	568	734	29,23	26,13	31,42
Tergnier Pic-Mérid	899	977	8,68	1 483,54	215	283	31,63	23,92	28,97
Valenciennes Nord-Mérid	6 083	6 979	14,73	2 000,81	1 001	1 346	34,47	16,46	19,29
Hauts-de-France	97 894	111 948	14,36	1 874,20	19 354	25 418	31,33	19,77	22,71
France métropolitaine	1 117 524	1 285 654	15,04	2 028,61	279 735	355 502	27,09	25,03	27,65

Sources : Adeli, RPPS, Insee. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Tableau 12 : Estimations de la densité des professionnels de santé en 2020 et 2025 (par TEP)

Territoire	Estimation du nombre de professionnels de santé pour 100 000 habitants					Estimation du nombre de professionnels de santé âgés de 55 ans et plus pour 100 000 habitants				
	En 2020	En 2025	Accroissement entre 2015 et 2025 (en %)	Accroissement entre 2015 et 2020 (en %)	Accroissement entre 2020 et 2025 (en %)	En 2020	En 2025	Accroissement entre 2015 et 2025 (en %)	Accroissement entre 2015 et 2020 (en %)	Accroissement entre 2020 et 2025 (en %)
Abbeville Pic-Septent	2 344,1	2 646,1	29,8	14,9	12,9	668,9	862,0	82,5	41,6	28,9
Amiens Pic-Septent	2 518,7	2 895,4	35,6	17,9	15,0	719,1	915,4	76,5	38,6	27,3
Arras Pas-de-Calais-Centre	1 794,0	2 065,8	35,9	18,1	15,2	445,7	557,8	68,2	34,4	25,1
Beauvais Pic-Mérid	1 230,7	1 398,0	31,8	16,1	13,6	344,9	428,0	65,1	33,0	24,1
Berck - Montreuil Pas-de-Calais-Littoral	2 773,7	3 090,8	25,9	13,0	11,4	645,2	782,5	54,6	27,5	21,3
Béthune - Bruay Pas-de-Calais-Centre	1 632,7	1 842,5	29,6	14,9	12,9	373,5	456,8	58,1	29,3	22,3
Boulogne-sur-Mer Pas-de-Calais-Littoral	2 024,0	2 365,2	40,5	20,2	16,9	540,7	709,1	90,5	45,3	31,1
Calais Pas-de-Calais-Littoral	1 808,1	2 120,9	41,7	20,8	17,3	387,1	479,2	62,4	31,1	23,8
Cambrai Nord-Mérid	2 165,7	2 536,1	41,3	20,7	17,1	569,4	721,4	73,2	36,7	26,7
Château-Thierry Pic-Mérid	1 950,3	2 196,3	29,2	14,8	12,6	571,7	728,5	77,8	39,5	27,4
Compiègne Pic-Mérid	1 754,2	2 057,9	42,4	21,4	17,3	444,8	564,4	74,9	37,9	26,9
Douai Nord-Mérid	1 937,2	2 262,0	40,2	20,1	16,8	521,8	673,0	81,5	40,7	29,0
Dunkerque Nord-Septent	2 029,6	2 445,5	49,9	24,4	20,5	519,2	682,1	88,0	43,1	31,4
La Flandre-Lys Nord-Septent	2 188,5	2 518,2	35,5	17,8	15,1	658,5	818,0	64,5	32,5	24,2
La Thiérache Pic-Septent	1 183,2	1 367,7	36,4	18,0	15,6	413,4	538,3	85,1	42,1	30,2
La Vallée de la Bresle - Vimeu Pic-Septent	786,6	921,6	41,4	20,7	17,2	226,6	269,7	47,0	23,5	19,0
Laon Pic-Mérid	1 706,0	1 926,9	29,9	15,0	12,9	477,8	567,9	46,9	23,6	18,9
Lens - Hénin Pas-de-Calais-Centre	1 975,5	2 265,2	34,2	17,0	14,7	436,0	549,3	69,7	34,7	26,0
Lille Nord-Septent	3 288,0	3 914,7	47,5	23,9	19,1	836,4	1 081,3	83,9	42,3	29,3
Maubeuge Nord-Mérid	2 098,1	2 518,5	49,4	24,4	20,0	548,3	703,7	77,9	38,6	28,3
Péronne Pic-Septent	1 414,7	1 667,1	43,7	21,9	17,8	483,3	644,9	101,4	51,0	33,4
Roissy - Sud Pic-Mérid	1 573,5	1 762,0	27,4	13,8	12,0	499,0	636,0	76,9	38,8	27,5
Saint Omer Pas-de-Calais-Littoral	1 621,1	1 866,9	35,7	17,8	15,2	364,6	454,0	65,2	32,7	24,5
Saint-Quentin Pic-Septent	2 383,6	2 817,5	44,0	21,8	18,2	724,8	935,0	80,4	39,8	29,0
Soissons Pic-Mérid	2 681,6	2 945,4	21,7	10,8	9,8	1 040,0	1 318,4	73,4	36,8	26,8
Tergnier Pic-Mérid	1 623,0	1 801,2	24,7	12,4	11,0	581,1	742,1	77,4	38,9	27,7
Valenciennes Nord-Mérid	2 412,9	2 835,2	42,4	21,1	17,5	547,1	710,1	84,9	42,4	29,8
Hauts-de-France	2 226,4	2 596,0	39,9	20,0	16,6	584,3	746,0	77,1	38,7	27,7
France métropolitaine	2 373,9	2 743,7	37,7	19,1	15,6	730,4	903,7	64,0	32,5	23,7

Sources : Adeli, RPPS, Insee-Données Omphale. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

La meilleure estimation, parce que les biais sont moindres, de l'offre de soins potentielle, de sa présence est de tenir compte des effectifs de professions de santé, de la démographie des professions de santé.

En 2015, les Hauts-de-France totalisaient près de 112 000 professionnels de santé, dont 30 % d'entre eux qui exerçaient à Lille. Globalement, la région dispose de 1 874 professionnels de santé pour 100 000 habitants. Les TEP de Lille, Berck-Montreuil, Soissons, Amiens, Abbeville, Valenciennes et Saint-Quentin dépassent ce niveau de densité régionale et les cinq premiers, de ce classement, le niveau national. Les territoires d'étude de Saint-Omer, Péronne, Beauvais, La Thiérache, La Vallée de la Bresle - Vimeu obtiennent les densités de professionnels de santé les moins élevées.

Lille, Maubeuge, Compiègne, Péronne et Dunkerque ont connu entre 2012 et 2015 les accroissements d'effectifs les plus importants, dépassant ainsi le taux d'accroissement national (+15 %).

Entre 2015 et 2025, les densités pourraient s'accroître le plus dans les territoires de Dunkerque, Maubeuge, Lille, Saint-Quentin, avec des accroissements dépassant 44 % et s'accroître le moins dans les TEP de Roissy, Berck-Montreuil, Tergnier, Soissons avec des accroissements compris entre +27,4 % et +21,7 %.

Globalement, les Hauts-de-France détiennent en 2015 une proportion de professionnels de santé âgés, de 55 ans et plus, nettement moins élevée qu'en France métropolitaine (22,7 % *versus* 27,7 %). C'est au nord de la région que se localisent la majorité des territoires d'étude dont la part de 55 ans et plus est inférieure au niveau régional, notamment à Saint-Omer, Calais, Valenciennes ou Lens-Hénin où cette proportion descend autour de 19 %. Pour douze TEP, la part des 55 ans et plus est comprise entre la valeur régionale et nationale. Les TEP de Soissons, La Thiérache (Hirson), Tergnier et La Vallée de la Bresle - Vimeu (Friville-Escarbotin) ont la structure par âge de la part des 55 ans et plus dépassant dans tous les cas le seuil national.

Par rapport à 2012, on constate que leur part des 55 ans et plus s'est accrue pratiquement au même rythme en France métropolitaine qu'en région (+2,9 *versus* +2,6 points). Néanmoins, 11 TEP ont connu un accroissement de cette proportion supérieure au seuil national (+2,9 points). Parmi eux, on peut citer les TEP de Péronne, Soissons et Tergnier dont l'accroissement de la part des 55 ans et plus, entre 2012 et 2015, a dépassé 5 points. À l'opposé, Béthune-Bruay, Laon, Calais, La Vallée de la Bresle - Vimeu (Friville-Escarbotin), pour ne citer qu'eux, sont les secteurs où l'accroissement de la part des 55 ans et plus a été le moins marqué. De 2015 à 2025, les densités des professionnels de santé âgés de 55 ans et plus pourraient s'accroître le plus dans les TEP de Péronne, Boulogne-sur-Mer, Dunkerque, La Thiérache (Hirson). À l'opposé, du classement décroissant des taux d'accroissement, Calais, Béthune-Bruay, Berck-Montreuil, La Vallée de la Bresle - Vimeu (Friville-Escarbotin), Laon pourraient connaître les accroissements les moins importants, tous étant en deçà de la valeur nationale.

SPÉCIALISTES

Figure 30 : Densité des médecins spécialistes en 2015 (par EPCI)

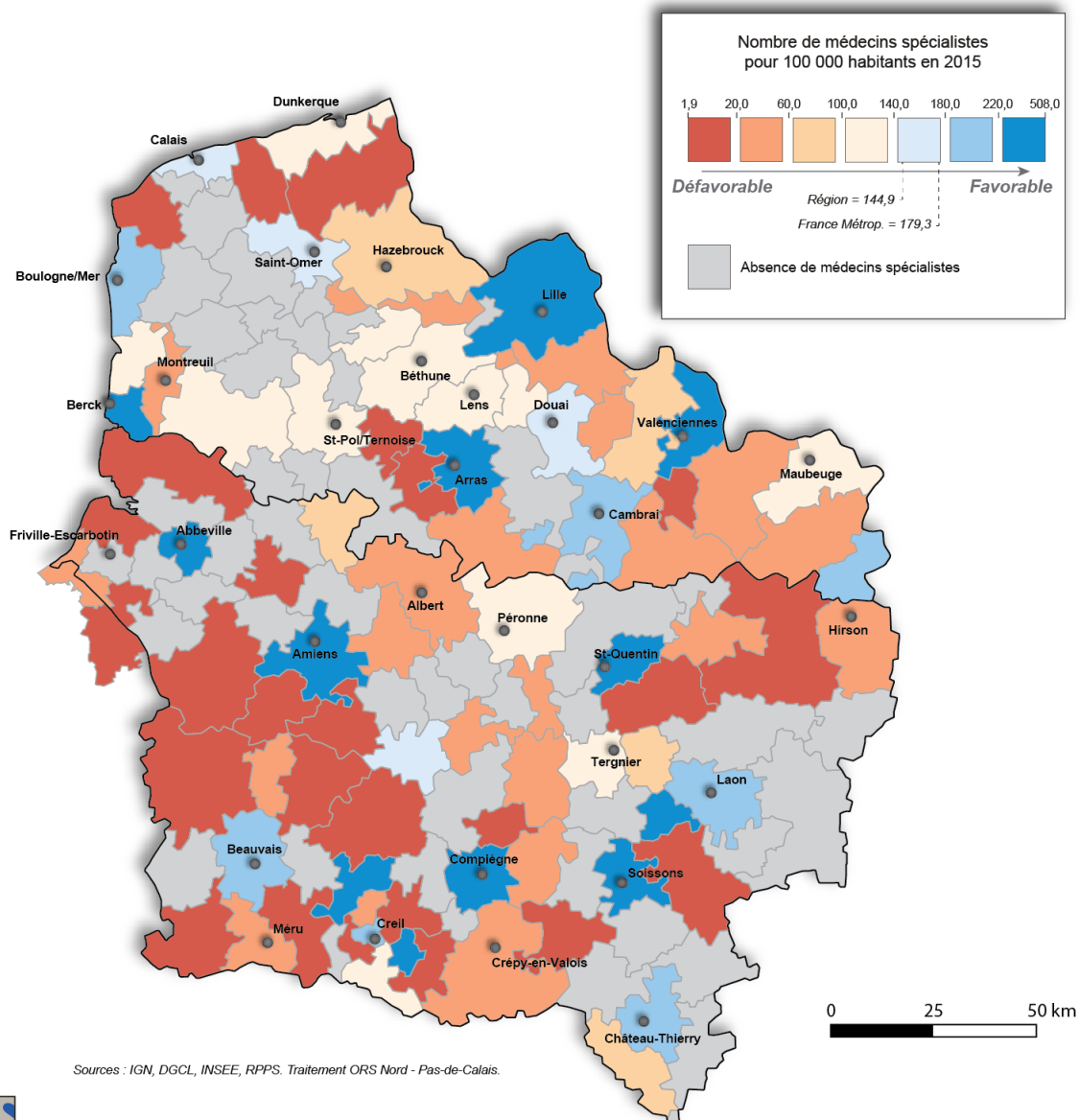


Figure 31 : Évolution des effectifs de médecins spécialistes entre 2012 et 2015 (par TEP)

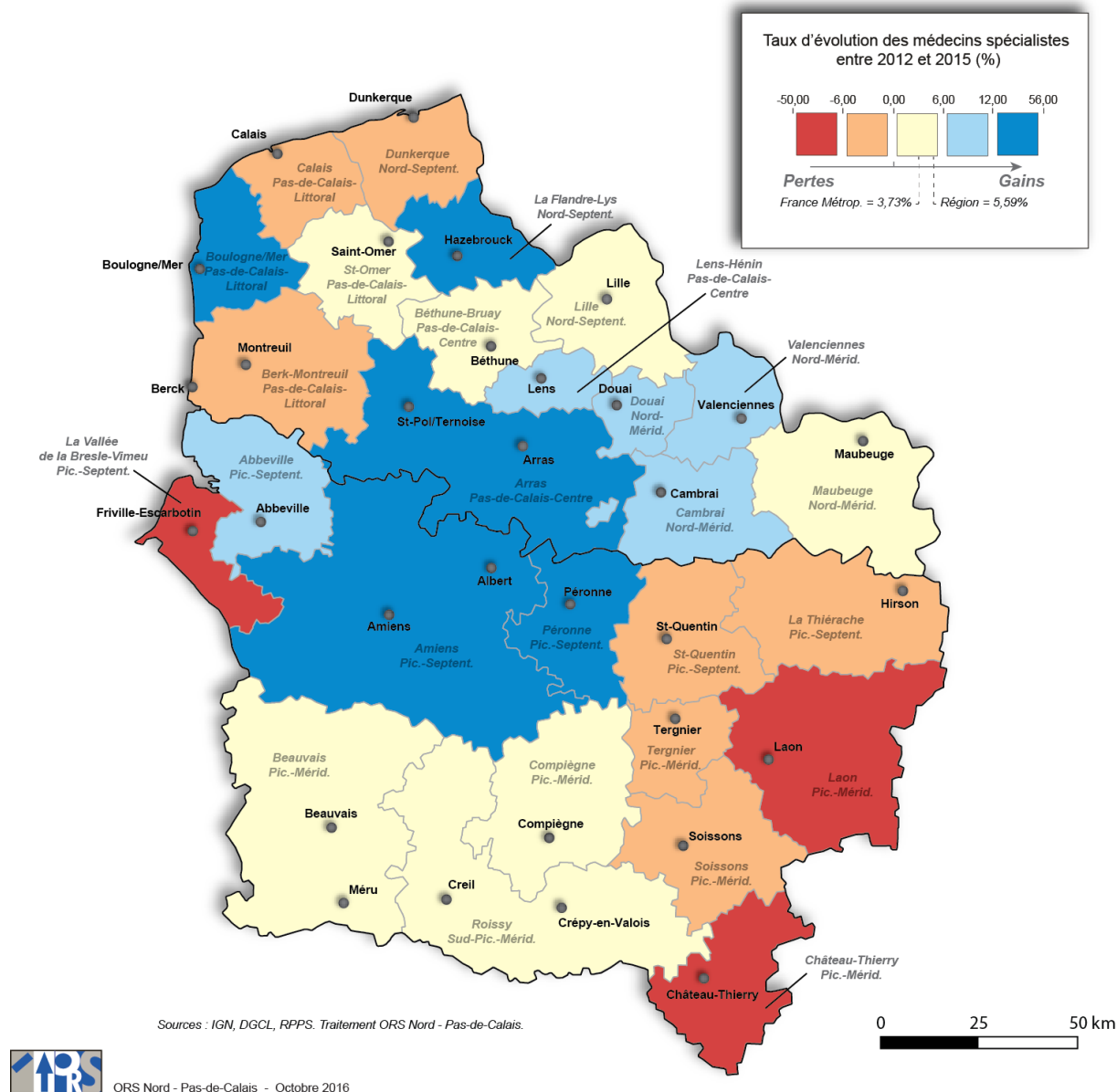
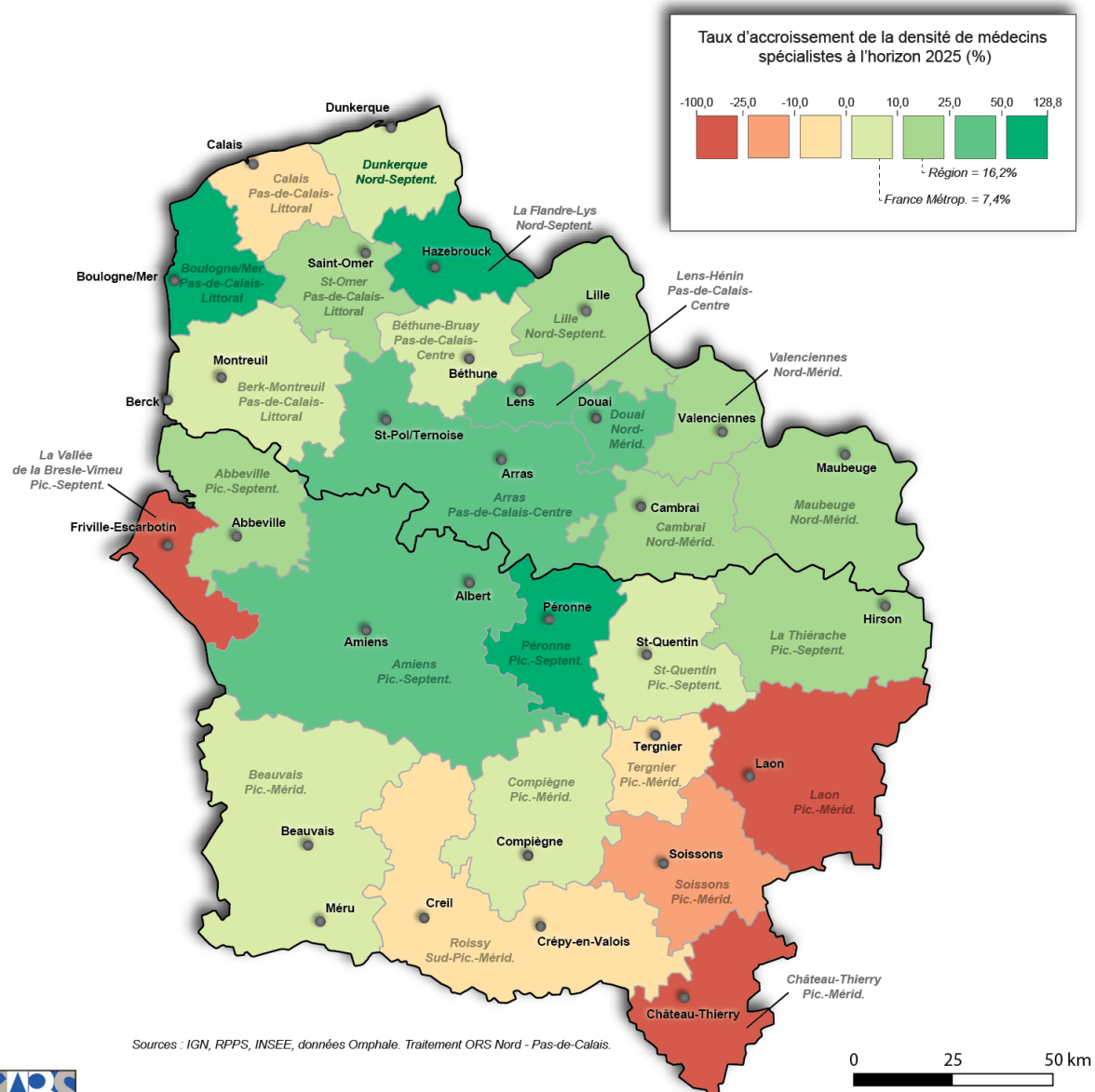


Figure 32 : Taux d'accroissement de la densité de médecins spécialistes en 2025 (par TEP)



Globalement, la région comptait en 2015, 34 spécialistes pour 100 000 habitants de moins qu'en France métropolitaine. La carte des densités de spécialistes dévoile une répartition spatiale relativement hétérogène. Les densités les plus élevées se situent autour de grandes villes pourvues d'établissements hospitaliers et de structures (Lille, Valenciennes, Arras, Berck, Abbeville, Amiens, Saint-Quentin...). Certains secteurs géographiques se caractérisent par des densités très inférieures au niveau régional. C'est le cas notamment à l'est du département du Nord entre Cambrai et Maubeuge, au sud-est de l'Aisne et sur le Littoral au Nord autour de Dunkerque et au Sud au niveau de la baie de Somme. La zone sud-ouest située en dessous d'Amiens connaît également de faibles densités ainsi que pour plusieurs EPCI situés au sud de l'Oise.

Entre 2012 et 2015, l'accroissement des spécialistes a été plus prononcé en région qu'en France métropolitaine (+5,6 % *versus* +3,7 %). Toutefois, certains secteurs géographiques ont connu une baisse du nombre de leurs spécialistes qui touchent la presque totalité du département de l'Aisne et certaines zones littorales (TEP de Dunkerque, Calais, Montreuil, Friville-Escarbotin). L'Oise se situe dans une fourchette allant de la stabilité à un accroissement pouvant atteindre 6 %, situation également partagée par des TEP situés dans le Nord et le Pas-de-Calais (Lille, Saint Omer, Béthune Maubeuge). Enfin, la Somme et la partie sud du Pas-de-Calais (Saint-Pol-sur-Ternoise, Arras) ont bénéficié, tout comme Boulogne-sur-Mer et Hazebrouck, des accroissements régionaux les plus forts. À l'horizon 2025, les densités devraient continuer de progresser dans la majorité des territoires d'étude. Néanmoins, les territoires se situant dans le sud de l'Aisne (Tergnier, Laon, Soissons et Château-Thierry), à l'ouest de la Somme (Friville-Escarbotin) et à Calais sur le littoral pourraient connaître une baisse de leur densité de spécialistes.

PROFESSIONNELS DE PROXIMITÉ (DE PREMIER RECOURS)

Ensemble des professionnels de proximité

Figure 33 : Densité des professionnels de proximité en 2015 (par EPCI)

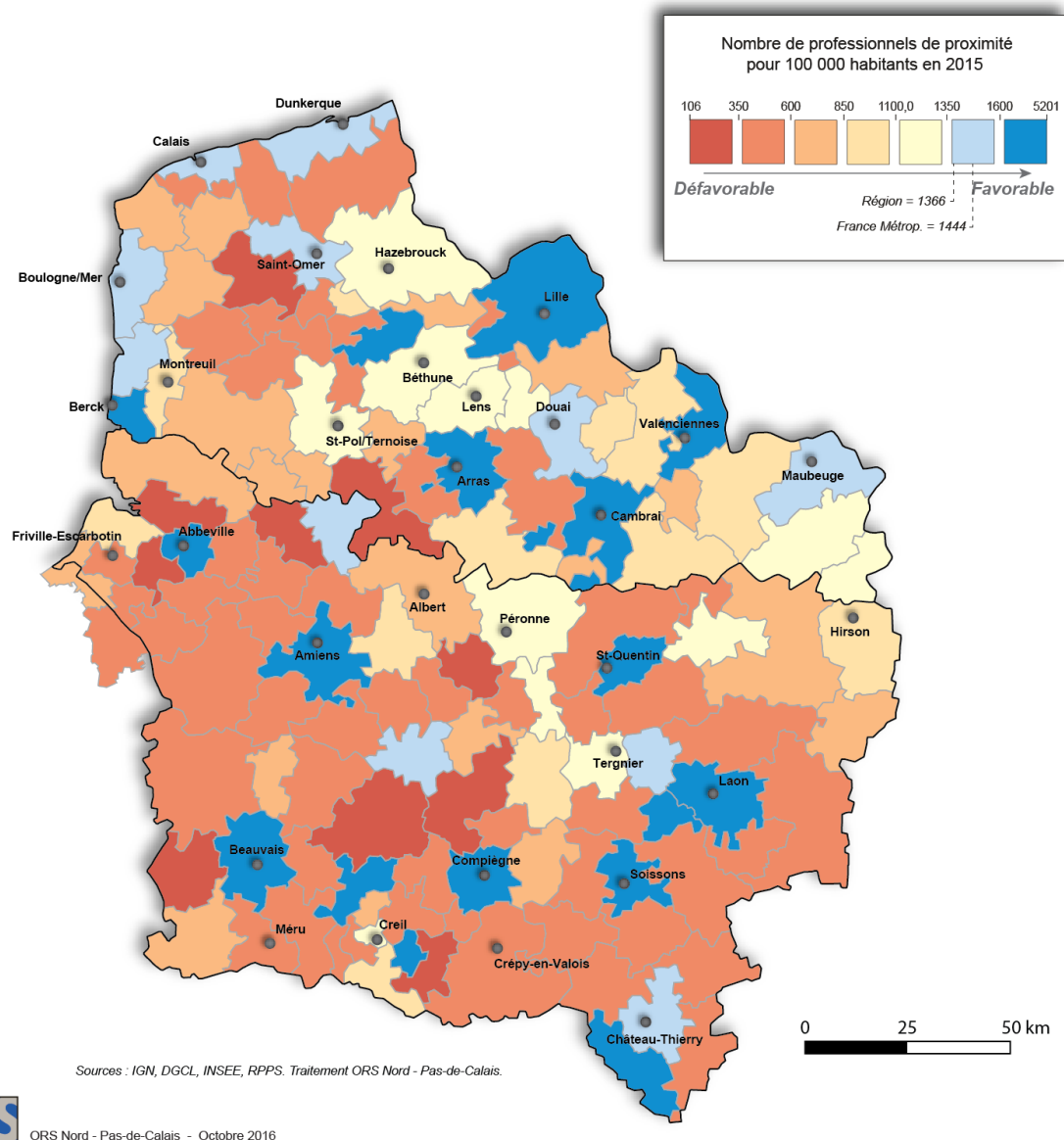


Figure 34 : Évolution des effectifs de professionnels de proximité entre 2012 et 2015 (par TEP)

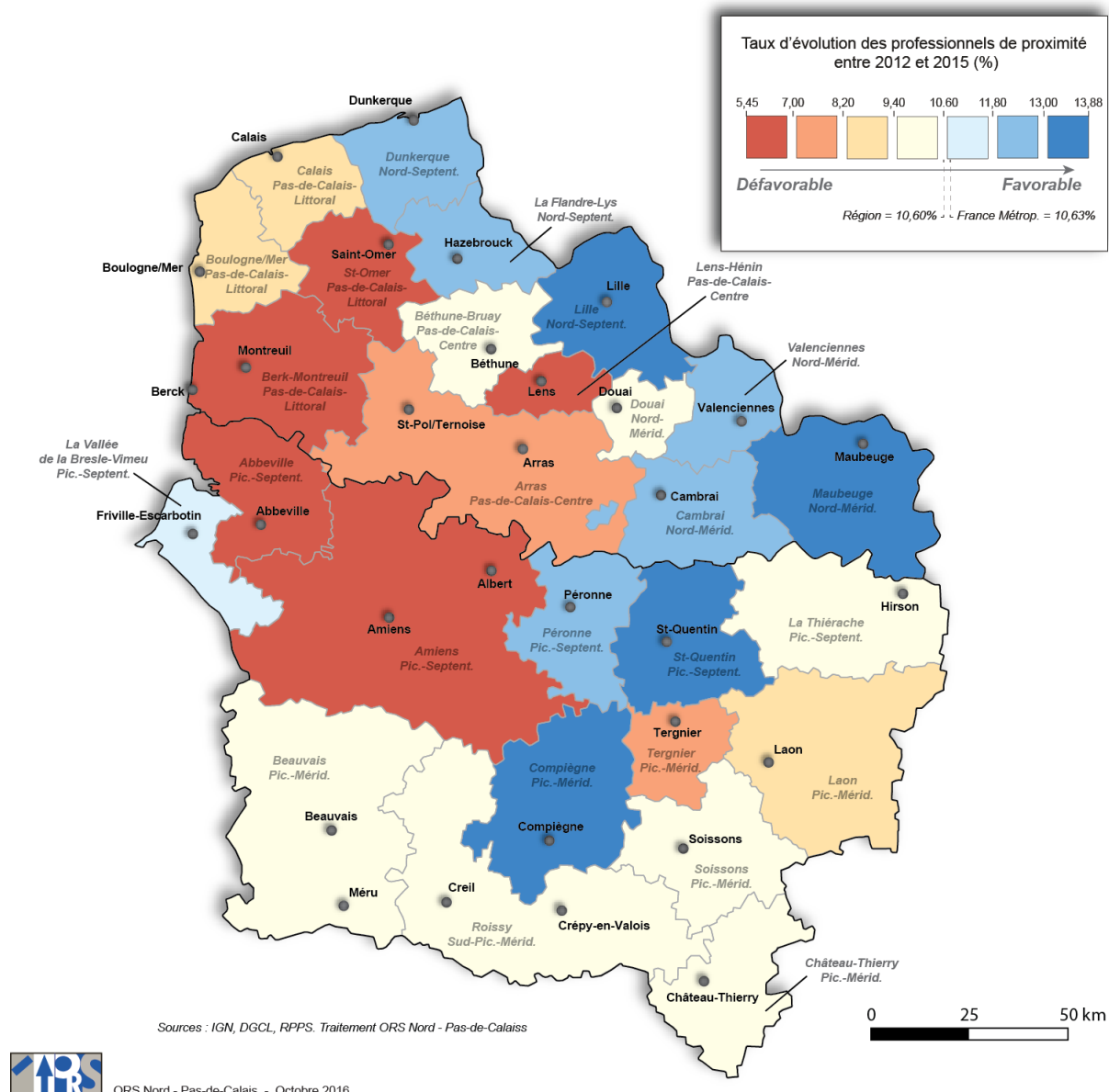


Figure 35 : Taux d'accroissement de la densité de professionnels de santé de proximité en 2025 (par TEP)

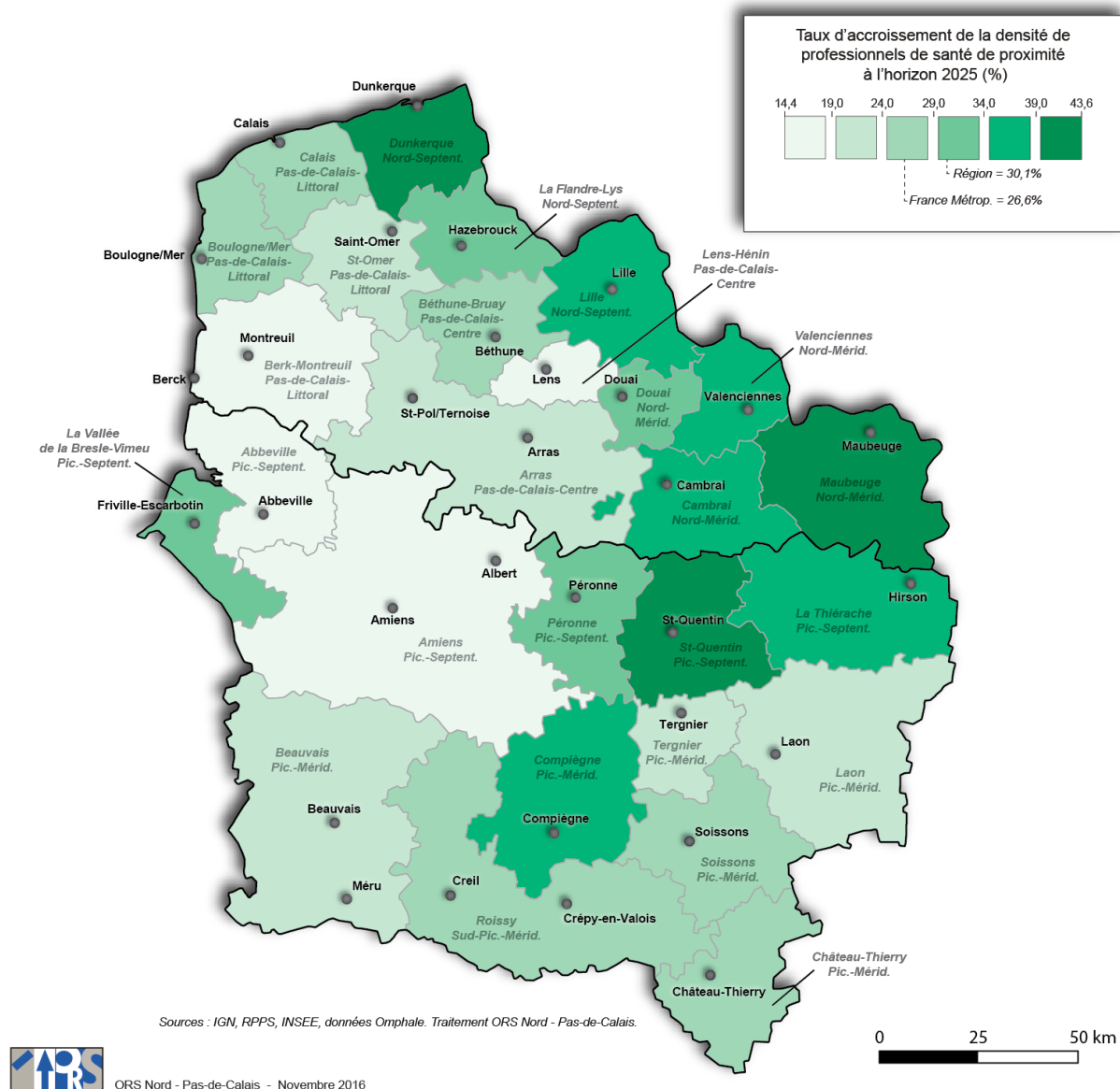


Figure 36 : Part des professionnels de proximité âgés de 55 ans et plus en 2015 (par EPCI)

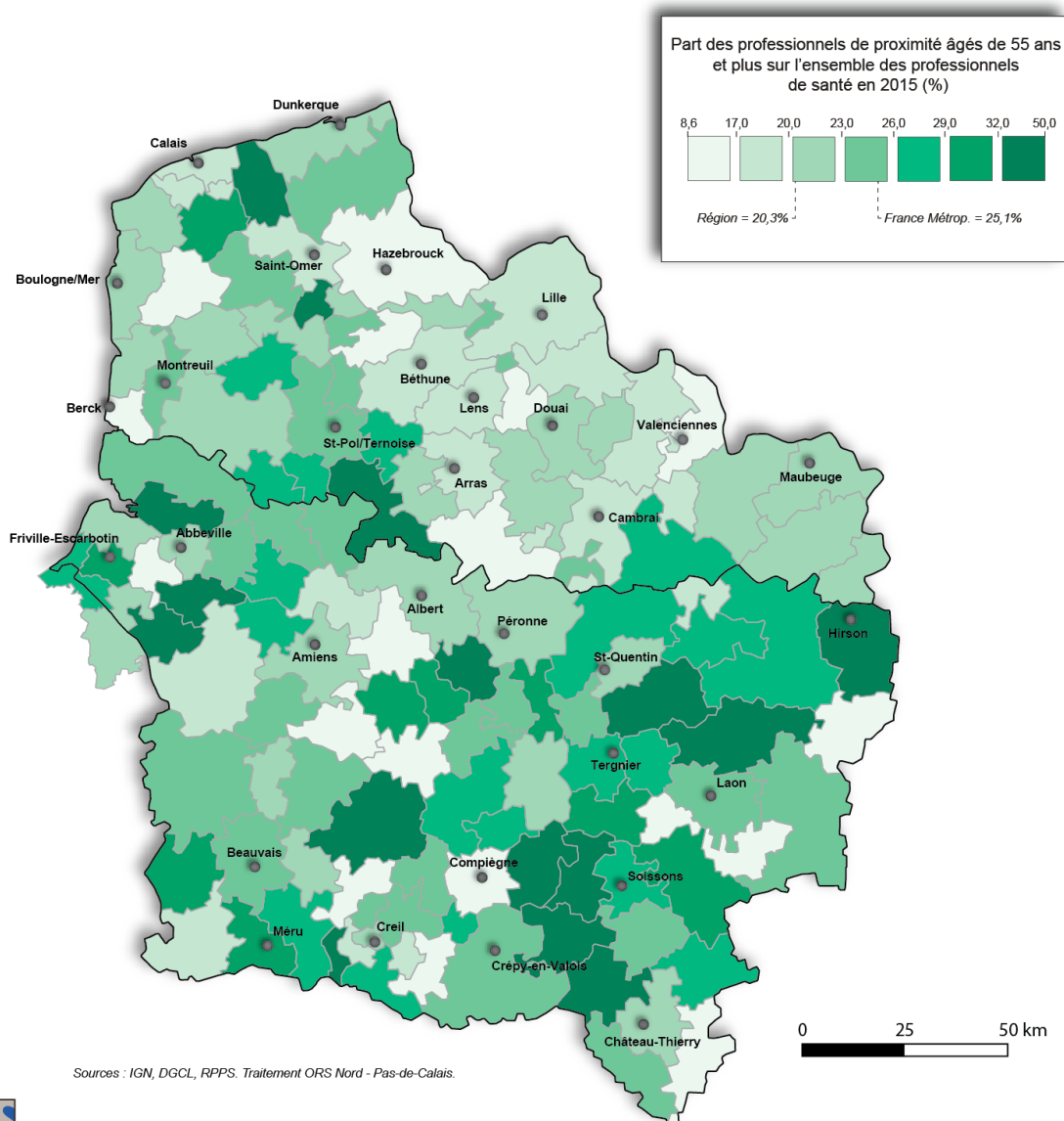
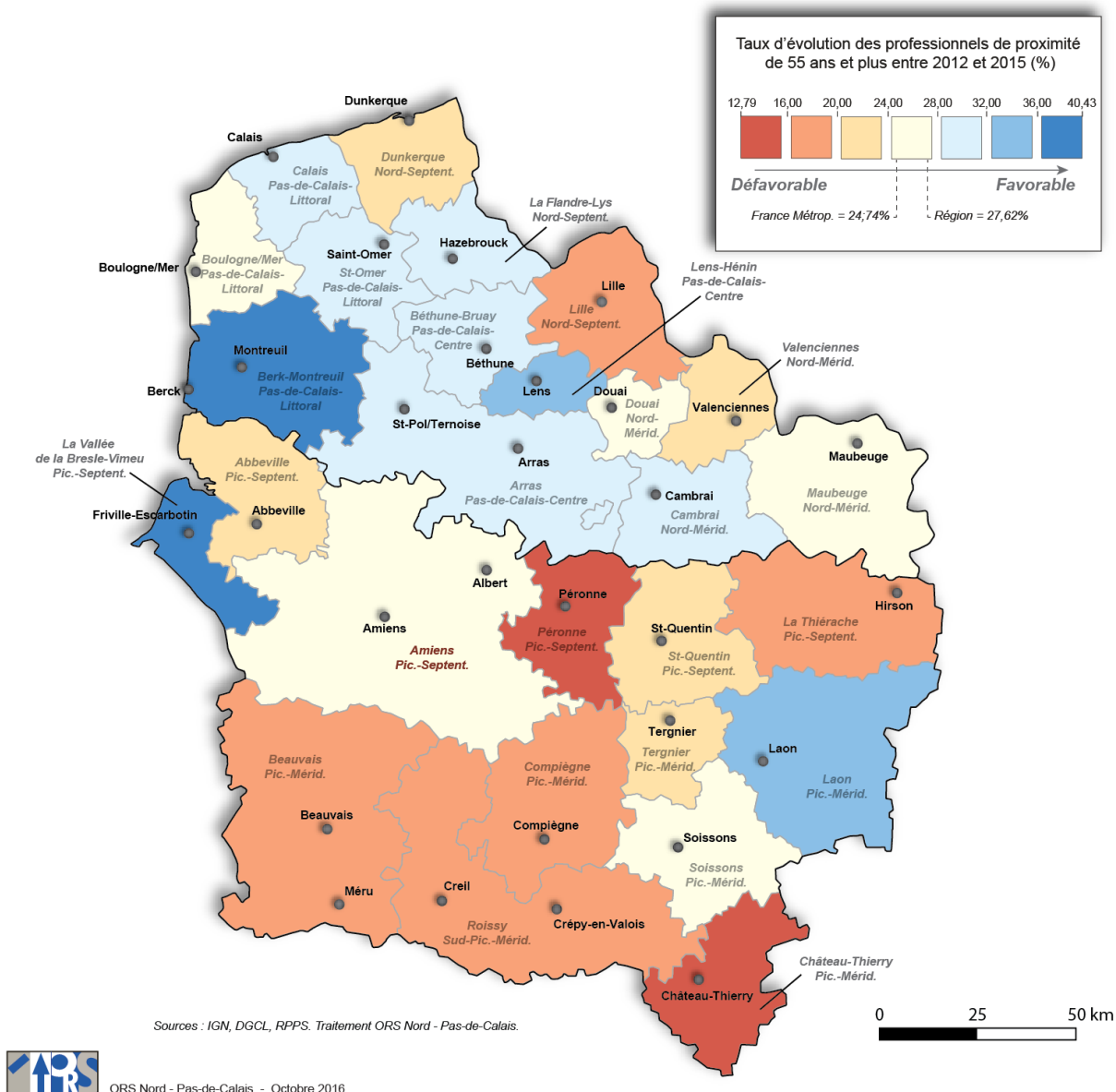


Figure 37 : Évolution des effectifs de professionnels de proximité âgés de 55 ans et plus entre 2012 et 2015 (par TEP)



Les professionnels de proximité regroupent les médecins généralistes, les infirmiers (hors secteur psychiatrique), les masseurs-kinésithérapeutes, les pharmaciens, les opticiens-lunetiers, les chirurgiens-dentistes et les pédicures-podologues.

En 2015, la région compte un nombre de professionnels de proximité pour 100 000 habitants inférieur au niveau national (1 366 *versus* 1 444 pour 100 000 habitants). Leur répartition régionale fait ressortir les territoires proches des agglomérations les plus importantes (Lille, Arras, Amiens, Saint-Quentin, Laon, Soissons, Compiègne, Beauvais, Abbeville...) et qui atteignent les densités les plus élevées de la région. Hormis ces secteurs très localisés, le département du Nord ainsi que la moitié est du Pas-de-Calais bénéficie globalement d'un nombre de professionnels de proximité par habitant plus élevé qu'ailleurs. Les zones les moins denses se répartissent davantage dans la Somme, dans l'Aisne, mais aussi dans la partie médiane du département du Pas-de-Calais.

De 2012 à 2015, l'ensemble des territoires a connu un accroissement positif du nombre de professionnels de proximité et le taux d'accroissement régional se confond pratiquement avec celui de l'Hexagone. Les territoires ayant connu les accroissements d'effectif les plus importants, dépassant le niveau régional, se concentrent dans le département du Nord (Dunkerque, Hazebrouck, Lille, Valenciennes, Cambrai, Maubeuge). Au sud de Cambrai les taux élevés se poursuivent suivant un axe nord-sud à Péronne, Saint-Quentin et Compiègne. En revanche, les taux d'accroissement sont restés bien en dessous du seuil régional dans la Somme et le Pas-de-Calais. D'ici 2025, l'évolution des densités de professionnels de proximité devrait se faire le plus sentir dans les TEP du Nord ainsi qu'au sud de l'Aisne et au nord-est de la Somme et de l'Oise (Péronne, Compiègne).

Globalement en 2015, la région a une proportion de professionnels de proximité, âgés de 55 ans et plus, pratiquement de 5 points inférieure au niveau national. La part des professionnels de proximité âgés de 55 ans et plus demeure la plus faible au centre du département du Nord et du Pas-de-Calais. En revanche, l'Aisne semble concentrer davantage de territoires où la part de ces professionnels se situe dans les fourchettes les plus élevées.

C'est à Montreuil, Friville-Escarbotin, Laon et Lens que l'accroissement 2012-2015 du nombre de professionnels de proximité, âgés de 55 ans et plus, a été le plus élevé.

Le département de l'Oise ainsi que Lille, Hirson et surtout Péronne et Château-Thierry ont connu pour leur part les taux d'accroissement les moins élevés.

Médecins généralistes

Figure 38 : Densité des médecins généralistes en 2015 (par EPCI)

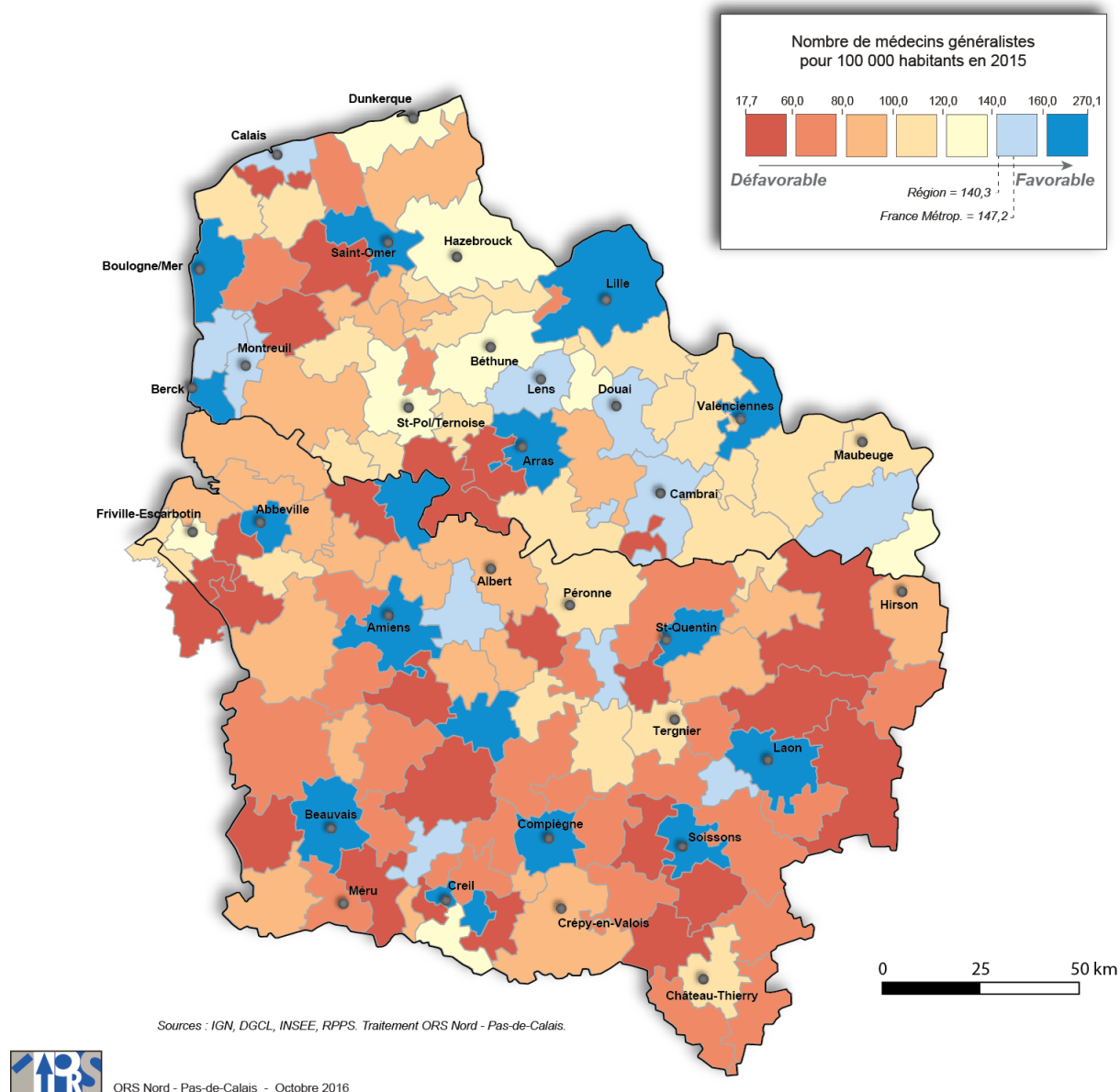
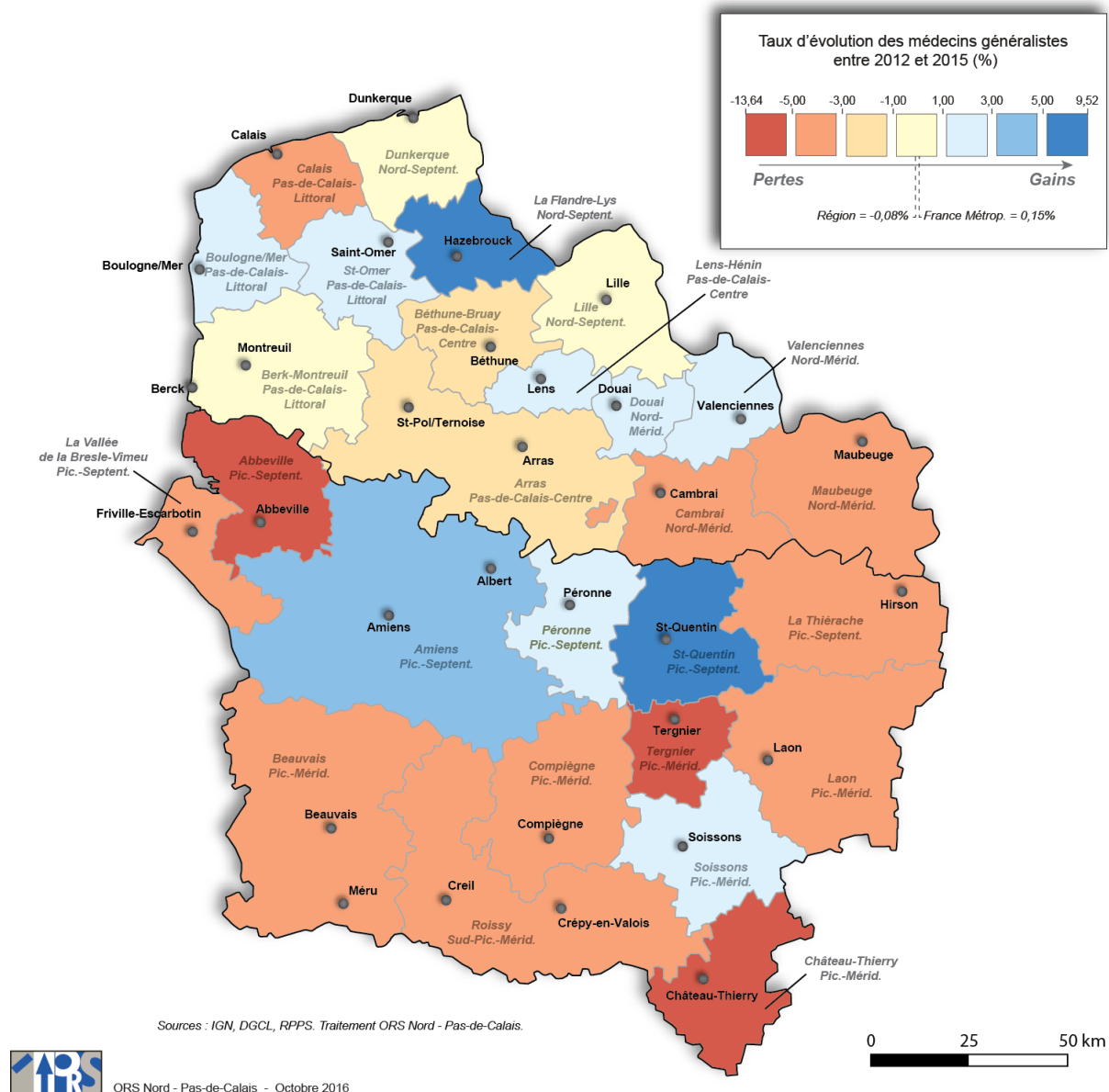


Figure 39 : Évolution des effectifs de médecins généralistes entre 2012 et 2015 (par TEP)



La densité régionale 2015 des médecins généralistes demeure très proche de celle de la France métropolitaine (140 *versus* 147 pour 100 000 habitants). Les zones les plus densément loties en médecins généralistes se situent autour des principales villes de la région (Lille, Valenciennes, Amiens, Laon, Saint-Quentin, Beauvais, Creil, etc.). Il reste que la majorité des territoires de la région connaissent des densités inférieures à la moyenne régionale marquant ainsi une forte concentration des médecins généralistes dans les villes. C'est dans la partie sud de la région (c'est-à-dire dans la Somme, l'Oise et l'Aisne) que les territoires aux densités les plus faibles sont le plus représentés. Le Nord et le Pas-de-Calais semblent connaître une meilleure desserte, notamment dans les secteurs de Lens, Douai Cambrai, Montreuil, Calais et au sud de Maubeuge. En termes d'accroissement 2012-2015, la carte témoigne d'une répartition spatiale tranchée. L'ensemble des territoires de l'Oise a connu une baisse d'effectifs. Dans l'Aisne, hormis les TEP de Saint-Quentin et de Soissons, les autres TEP ont également des taux d'accroissement négatifs, notamment à Tergnier et Château-Thierry. Dans La Somme, les TEP de Péronne et d'Amiens ont connu un accroissement supérieur à la moyenne régionale, mais l'étendue du TEP d'Amiens peut masquer des situations locales plus contrastées. Les départements du Nord et du Pas-de-Calais connaissent des situations plus variées avec des zones de relative stabilité (Lille, Montreuil, Dunkerque) ou de faibles baisses (Béthune, Saint-Pol-sur-Ternoise, Arras), des secteurs où les taux d'accroissement témoignent de baisse plus marquée (Maubeuge, Cambrai et Calais), et enfin des TEP où le nombre de généralistes s'est accru (Lens, Douai, Valenciennes, Boulogne, Saint-Omer et plus encore la Flandre-Lys (Hazebrouck)).

La carte de l'évolution des densités d'ici 2025 recoupe la carte d'évolution des effectifs de 2012 à 2015. Les densités baisseront à l'est de l'Oise (Creil, Compiègne, Crépy-en-Valois), dans la majeure partie des TEP de l'Aisne, notamment dans ceux de Tergnier et de Château-Thierry. Même constat dans l'est du Nord (Cambrai et Maubeuge) ainsi que de façon plus isolée de Béthune. Les territoires situés autour de la Baie de Somme pourraient également connaître des baisses importantes. À l'opposé, au sud de la Somme, les TEP d'Amiens, de Péronne et surtout de Saint-Quentin dans l'Aisne verraient leur densité s'accroître. Enfin, plus isolément, la Flandre-Lys (Hazebrouck) et Soissons demeurerait dans une dynamique d'accroissement.

Figure 44 : Les faibles masses critiques de médecins généralistes

EPCI à faible masse critique en médecins généralistes en 2015
(10 médecins généralistes ou moins)



Sources : IGN, DGCL, RPPS. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.



ORS Nord - Pas-de-Calais - Décembre 2016

Les masses critiques de l'offre de proximité : les médecins généralistes

L'offre de soins de premier recours ne peut exister que lorsque plusieurs médecins généralistes se trouvent présents, exercent à proximité les uns des autres. Ces concentrations spontanées ou recherchées par la mise en place, par exemple, de maisons pluridisciplinaires ne peuvent perdurer en deçà d'un nombre minimum de généralistes. *En vie réelle*, les masses critiques médicales sont déterminantes pour attirer ou limiter les départs au cours de la vie professionnelle et ceci se constate en médecine générale et, de là, dans la possibilité que trouve l'offre de soins de premier recours de perdurer dans tel ou tel territoire.

Bien que les Intercommunalités aient été amenées à modifier leur périmètre dès le début de l'année 2017, nous avons tenu à illustrer cet enjeu en isolant sur une carte (voir liste en annexes) les Communautés de Communes qui, en 2015, ne comptaient que 10 médecins généralistes ou moins. Outre quelques isolats peu problématiques, puisque situés à proximité d'agglomérations dispensant une offre solide et accessible à peu de distance, il est à remarquer que les faibles masses critiques se regroupent en grappes, entre Boulogne-sur-Mer et Béthune, entre Abbeville et Amiens, au sud et à l'est d'Amiens, au sud et à l'ouest de Soissons, et à l'est de Saint-Quentin. Ces grappes méritent une vigilance entière. Les Intercommunalités qui les composent pourraient fort utilement convenir entre elles d'une gestion mutualisée des risques en recherchant des procédés leur permettant ensemble de recouvrer une masse critique suffisante, soit d'accroître l'accessibilité de leurs habitants aux pôles d'offre de soins de proximité qui, solidement établis, sont moins exposés. Cette mutualisation exige que des ententes se formalisent, mais aussi qu'une partie de ces EPCI entérine qu'il est trop tard désormais pour espérer recouvrer un nombre de généralistes garantissant la pérennité de l'offre de proximité sur leur propre territoire. En d'autres termes, l'évolution attendue des concentrations de médecins généralistes sur les territoires de la région implique de regarder la réalité en fonction de trois situations types.

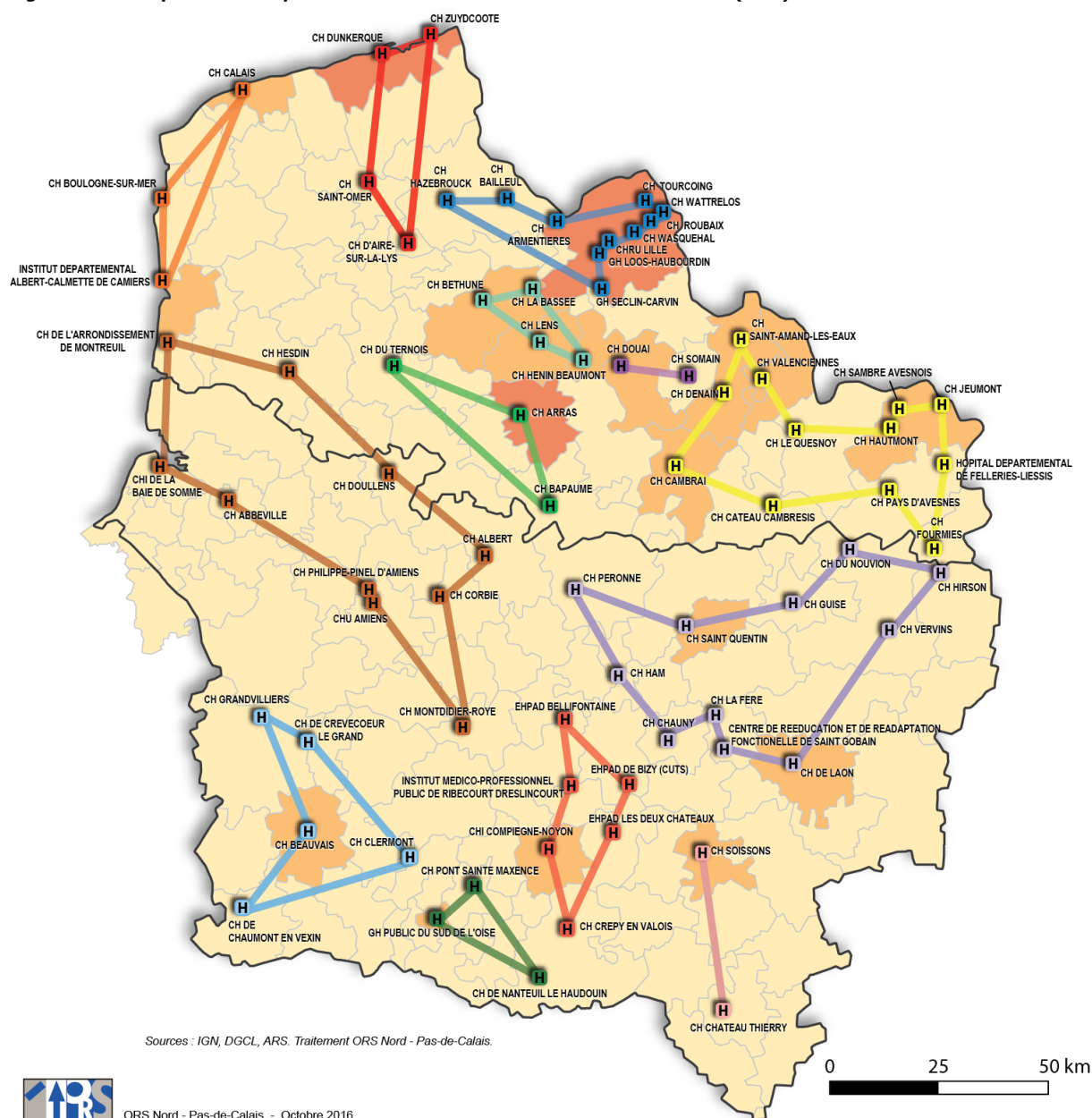
1. Bon nombre de territoires disposent des atouts leur permettant d'attirer à eux ou de conserver les professionnels de proximité auxquels la population, toute chose étant égale par ailleurs¹³, continuera d'accéder.
2. D'autres se trouvent à l'évidence exposés aux risques de perdre les quelques professionnels qui maintiennent encore, mais pour combien de temps, des masses critiques de généralistes et, de là, une offre de soins de proximité convenable.
3. Pour le dernier groupe, il est peut-être temps d'admettre que l'accès aux soins de premier recours passera par une accessibilité accrue aux territoires disposants d'une offre, mais que celle-ci, toute chose étant égale par ailleurs¹⁴, ne reviendra pas... avant plusieurs décennies.

¹³ C'est-à-dire en faisant abstraction des inégalités sociales, des inégalités d'accès aux quartiers dotés de professionnels de santé, etc.

¹⁴ C'est-à-dire compte tenu des mesures d'installations actuellement en cours sur l'ensemble du territoire national, etc.

LES GROUPEMENTS HOSPITALIERS DE TERRITOIRE

Figure 41 : Groupements Hospitaliers de Territoire dans les Hauts-de-France (GHT)



Comme toutes les autres régions de France, les Hauts-de-France disposent sur le territoire de Groupements hospitaliers de territoire (GHT). Les 14 GHT créés doivent, certes, rationaliser les modes de gestion des établissements publics qui les composent, mais assurer *de facto* sur les territoires qu'ils couvriront un maillage structurant similaire aux processus déjà décrits en 2014, dans les travaux de l'ORS sous le terme de *maillage des pôles d'offre*¹⁵. S'il faut attendre juillet 2017 pour que les filières de soins aient été définies dans les Projets médicaux partagés des différents GHT, il

¹⁵ Lacoste O, Poirier G, Trédez G, Quach A, Rengot M, Sampil M. *Le maillage des pôles d'offre : éléments de la problématique, potentialités régionales et mise en œuvre locale*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 85 p.

est certain que ces groupements pourraient tenir un rôle loin d'être négligeable dans la structuration directe et indirecte de l'amélioration de l'état de santé des populations des territoires et, dans les réponses, aux besoins de santé. Ce potentiel mérite d'être pris en compte par l'ensemble des institutions et acteurs territoriaux, quels qu'ils soient. Ceci concerne aussi les Intercommunalités tout autant que les acteurs de la santé¹⁶.

À noter en particulier

- Les tendances à la polarisation des implantations de médecins spécialistes devraient s'accroître plus encore au profit des principales agglomérations.
- Pourtant, quelques secteurs seraient à même de limiter leurs pertes à l'inverse des tendances prévisibles. Boulogne-sur-Mer et, dans une moindre mesure, Hazebrouck en sont deux exemples, mais le plus gros noyau se situe dans le regroupement du centre de la région d'Amiens à Saint-Pol-sur-Ternoise, d'Arras à Péronne.
- Les autres territoires plus périphériques, surtout sur les confins de l'Aisne, exposés à l'attractivité de Reims, devraient connaître de lourdes régressions d'effectifs.
- L'offre de soins de proximité, appréciée par les effectifs de professionnels, suit exactement les mêmes tendances, mais avec des ratios de concentrations moindres.
- L'évolution récente de ces effectifs est positive dans le département du Nord, lente dans l'ouest de la région au nord de Compiègne. Elle se moyenne ailleurs.
- Si ces tendances devaient perdurer, l'offre de proximité pourrait mécaniquement être très faible sur le littoral à Montreuil-sur-Mer et Abbeville.
- Mais s'il l'on prend en compte les moteurs de l'offre de proximité, que sont les médecins généralistes, à ces zones pourraient s'ajouter l'ensemble des territoires de l'Aisne, exception faite de Saint-Quentin et Soissons, et la totalité des territoires de l'Oise.
- Saint-Quentin et Soissons doivent impérativement préserver, si ce n'est accroître les effectifs si l'on entend assurer à la population de l'Aisne et de la partie est de l'Oise des possibilités de recours à des soins courants.
- Bon nombre de territoires disposent des atouts leur permettant d'attirer à eux ou de conserver les professionnels de proximité auxquels la population continuera d'accéder.
- D'autres se trouvent à l'évidence exposés aux risques de perdre les quelques professionnels qui maintiennent, encore, une offre de soins de proximité convenable.
- Il existe des territoires pour lesquels l'accès aux soins de premier recours pourrait passer d'ici peu de temps par une accessibilité accrue aux territoires disposants d'une offre.
- Enfin, la mise en place des GHT mérite d'être très vite examinée tant dans les effets de structuration territoriale de l'offre de soins, que d'amélioration de l'état de santé et de réponse aux besoins des populations.

¹⁶ Ce point est probablement l'un des plus importants à prendre en compte par les territoires eux-mêmes, et ce, dès les prochains mois.

Restitution thématique des entretiens

Perceptions et état des connaissances

ACCUEIL POSITIF DE L'ÉTUDE

L'étude a reçu un accueil positif. Le protocole de l'étude prévoyait entre 40 et 50 entretiens. Cet objectif a été atteint sans difficulté. Les délais entre la prise de contact et les rendez-vous ont souvent été très courts. Pour mémoire, environ 160 personnes ont été contactées, et plus d'une cinquantaine de personnes ont répondu spontanément positivement, et ce, dans les 15 jours qui ont suivi la sollicitation. Des relances ont été effectuées afin d'assurer une répartition géographique et fonctionnelle optimale, mais le calage des entretiens s'est globalement passé de façon fluide et relativement rapide. Ce sont les contraintes d'agendas des différents acteurs qui ont pesé, mais les réponses positives sont intervenues rapidement.

Sur le fond, le sujet de l'étude a ainsi été jugé pertinent. Lors de la conduite des entretiens, la quasi-totalité des acteurs s'est dite « très intéressée » par la démarche, notamment dans son aspect analyse de l'ingénierie locale de santé. Les éléments d'analyse des données quantitatives de l'état de santé et de démographie médicale sont importants pour les acteurs locaux. L'analyse de l'ingénierie locale de santé et la perspective d'outils opérationnels les a intéressés encore davantage. Le partage d'expériences et la perspective de solutions pratiques pour 2017 ont motivé nombre de participants.

PERCEPTION TRÈS HÉTÉROGÈNE DE L'ÉTAT DE SANTÉ

L'un des objectifs de l'étude était de mesurer le niveau de connaissance et de perception de l'état de santé de leur population par les acteurs locaux, et ce, dans une dimension triple : état de santé actuel, évolution récente de cet état de santé et perspectives à 5 ou 10 ans. Premier enseignement, on observe une très forte hétérogénéité en matière de connaissance entre les territoires. De manière générale, les acteurs, et notamment ceux œuvrant en EPCI, ont une connaissance très vague de l'état de santé de leur territoire. En revanche, ils sont nombreux à relater les difficultés sanitaires de la région et citent assez spontanément la surmortalité, les grossesses précoces, les addictions, les cancers, l'obésité, les maladies cardiovasculaires et les maladies chroniques. Mais rares sont les acteurs qui savent placer leur territoire sur une échelle régionale ou nationale. Quelques élus ou directeurs généraux des services (DGS) de collectivités ont fait exception, en citant précisément les enjeux de santé publique de leurs territoires, le plus souvent, les élus exercent des professions médicales ou paramédicales et montrent un intérêt spécifique pour ces questions. Les personnels hospitaliers ont tout naturellement une vision plus précise des enjeux de santé des territoires, néanmoins sans savoir forcément se placer par rapport à ses voisins.

Autrement dit, sans mesurer nécessairement le degré de gravité des enjeux. Une grande majorité des acteurs rencontrés décrit une stagnation ou une dégradation de l'état de santé, tout en évoquant qu'ils manquaient d'informations fiables pour conforter leur ressenti. Rares sont ceux qui ont une vision de l'évolution de l'état de santé. Le plus souvent, ce qui facilite la transition avec le sujet suivant, lorsque la question de l'évolution de l'état de santé se posait, les personnes interrogées témoignaient de leur inquiétude vis-à-vis de la raréfaction des professionnels de santé, et, par voie de conséquence, de leur interrogation face à l'évolution de la santé des populations.

PRISE DE CONSCIENCE ASSEZ GÉNÉRALISÉE SUR LA QUESTION DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE

De manière générale, les interrogés ont une connaissance assez précise des enjeux de démographie médicale. Quasiment la totalité des acteurs de collectivités (qu'ils soient élus ou techniciens) sait dresser un panorama relativement détaillé du nombre de professionnels de santé présents sur leurs territoires. Ces acteurs évoquent en premier lieu le nombre de médecins généralistes, mais beaucoup savent aussi citer le nombre de spécialistes installés. Ils ont très souvent une vision précise des départs à la retraite prévus dans les années à venir et ont ainsi une idée des projections en matière de démographie médicale. Et ce, notamment lorsque les communes s'appuient sur les collectivités lorsqu'elles se retrouvent confrontées à la perte de leurs professionnels.

Les personnels hospitaliers ont, assez naturellement, une vision très précise de la démographie des professionnels de santé de leurs établissements, que ce soit à l'instant T ou d'ici quelques années. Et ils connaissent souvent assez bien la situation en matière de médecine de ville.

Sur le fond, la quasi-totalité des EPCI décrit une situation difficile, avec une perte des médecins généralistes et une raréfaction des spécialistes. À noter que le protocole de l'étude a volontairement exclu la métropole lilloise, connue pour concentrer l'offre de soins et une forte centralisation des institutions politiques. Sans généraliser le propos, les territoires les plus ruraux, qui ne disposent pas d'un centre hospitalier, ou qui disposent d'un petit centre de proximité, sont souvent ceux qui déclarent rencontrer les plus grandes difficultés à maintenir et surtout à attirer des professionnels de santé. Pourtant, la prise de conscience de la raréfaction des professionnels de santé date souvent déjà de plusieurs années, voire d'une dizaine d'années dans certains territoires.

ABSENCE DE VISION DE L'ORGANISATION DE LA SANTÉ SUR LE TERRITOIRE RÉGIONAL

Un certain nombre d'acteurs de collectivités rapportent avoir des difficultés à « *élaborer un projet de santé pour le territoire* ». Autrement dit, à définir des priorités de santé publique, à organiser la présence de l'offre de soins sur le territoire et à mettre en œuvre des politiques publiques ou actions en matière de santé. « *Nous connaissons des difficultés à composer une offre de soins, aux vues de la multiplicité des échelons territoriaux concernés et des problèmes de démographie médicale* ».

Et pour cause, nombre d'entre eux disent ne pas percevoir de vision de la santé du territoire émanant des institutions supérieures (État, collectivités). Si les acteurs locaux font état de certaines politiques nationales de santé publique, ils se disent souvent démunis devant les actions à mettre en œuvre. Les élus, comme les personnels hospitaliers, témoignent, chacun de leur côté, d'une forme de solitude dans la gestion de la problématique « santé », que ce soit en matière de politiques publiques de santé ou de gestion de la raréfaction des professionnels de santé.

Ils décrivent également des barrières administratives liées aux frontières des collectivités. Face à la désertification médicale notamment, les acteurs ne perçoivent pas de vision globale de l'État ou de l'échelon de collectivité supérieur, type département ou région. Les acteurs disent ne pas avoir connaissance d'un éventuel schéma d'organisation de la présence médicale sur les territoires. À savoir, pourquoi un centre hospitalier serait-il renforcé plutôt qu'un autre ? Y a-t-il une cartographie régionale de l'implantation des maisons de santé pluridisciplinaires ? Un éventuel rattachement de ces maisons à un centre hospitalier ? L'organisation des soins sur le territoire à l'échelle locale semble plutôt être le fruit des volontés et des partenariats locaux et des personnes, laissant émerger des « trous » là où la volonté ou le mode d'action tend à manquer. L'arrivée des groupements hospitaliers de territoire apporte un début de réponse à ces interrogations, tout en laissant de nombreuses questions en suspens.

CONSTAT PARTAGÉ AUTOUR DU MANQUE D'INFORMATION ET DE FORMATION DES ÉLUS ET SERVICES DES INTERCOMMUNALITÉS CONCERNANT LA SANTÉ

Le domaine de la santé est un domaine très transversal qui entre dans le champ de compétence des collectivités de diverses manières : les communes et leurs groupements peuvent avoir un rôle non négligeable en matière de prévention. L'action des communes ou des EPCI, lorsqu'elle existe, s'appuie souvent sur des centres communaux ou intercommunaux d'action sociale (CCAS, CIAS). Les départements ont en charge des politiques (handicap, personnes âgées...) qui présentent des liens évidents avec la santé. Ils interviennent également dans la restauration scolaire, au niveau des collèges. Ils sont en outre parties prenantes des politiques qui, à l'instar de l'insertion, participent à la protection de la santé publique. Les régions sont impliquées du fait de leur rôle en matière de recherche (qui les conduit à participer à l'innovation en matière de santé), d'aménagement du territoire (développement des transports...), de formation (en particulier, via les schémas régionaux des formations sanitaires et sociales), d'éducation (restauration dans les lycées). Mais aucune collectivité locale n'a expressément la compétence de la santé. Autrement dit, pour de nombreux élus et DGS, la santé a longtemps été le « *problème de tout le monde et de personne* ». Avec pour corolaire un manque d'information et de formation des élus en la matière. Nombre d'entre eux se disent conscients des questions de santé, sans savoir comment intervenir, faute de compétence et par conséquent se sentant illégitimes. Pour preuve, de nombreux EPCI ont fait état d'études et d'audits en matière de démographie médicale, mais beaucoup disent s'être arrêtés après cette étape, ne sachant pas comment intervenir, quelle action mettre en œuvre, avec quels interlocuteurs et pour quels résultats. Rares sont les EPCI qui ont des équipes constituées en matière de santé, quand tel est le cas, elles travaillent souvent dans le champ de la prévention.

CONSTAT PARTAGÉ AUTOUR DE LA FAIBLESSE ET DU RECU DU PREMIER RECOURS¹⁷

Près des trois quarts des acteurs rencontrés regrettent un très fort recul du premier recours. Dans certains territoires, seuls deux ou trois médecins généralistes restent disponibles pour des communautés de communes de 15 000 habitants. Le cas n'est pas rare. Le schéma est souvent le même : les médecins généralistes se sont raréfiés dans les cinq dernières années, des départs à la retraite se profilent, sans que des remplaçants ou jeunes médecins soient venus s'installer. Le centre hospitalier concentre alors l'offre restante, impliquant une mobilité des populations. À noter que le phénomène tend à s'aggraver, pour différentes raisons : le vieillissement de la population et des besoins de santé croissants, mais aussi la hausse de la démographie. Certains territoires ruraux, attractifs en matière d'immobilier et de qualité de vie, voient par exemple leur population augmenter, notamment grâce à l'arrivée de familles, mais se voient confrontés à des difficultés encore accrues en matière de démographie médicale, ne pouvant répondre aux besoins de ces nouveaux entrants. Les interrogés évoquent la mobilité, souvent forcée, mais effective de ces populations. Certains ayant gardé leurs généralistes dans leurs anciens territoires, d'autres se déplaçant vers des pôles d'offres plus importants. La situation nous a été notamment rapportée dans l'Oise ou au sud de la côte d'Opale. La faiblesse du premier recours est également rapportée dans des agglomérations, mais de façon moins aiguë, les services d'urgence (hôpital, maison médicale de garde...) palliant ces déficits. Par ailleurs, nos interlocuteurs ont également relaté la situation parfois catastrophique concernant la démographie des spécialistes.

CONSTAT PARTAGÉ AUTOUR D'UNE CARENCE DE DÉPISTAGE PRÉCOCE

Dans un certain nombre de territoires, souvent ceux où le premier recours est le plus faible, des carences de dépistage nous ont été rapportées. Logiquement, les patients ont recours à l'automédication de façon régulière pour des situations du quotidien, avec pour conséquence un moindre suivi. Du fait de la carence de médecins, de nombreux patients n'ont simplement pas de médecin généraliste référent, et ne sont pas dans un parcours de soins régulier et homogène. Ils « zappent » d'un médecin à l'autre, au gré des rendez-vous obtenus, parfois en ville, parfois aux urgences. Avec pour conséquence un manque de suivi, une moindre efficacité des messages de prévention et parfois des retards de dépistages.

TENSIONS REPORTÉES SUR LES HÔPITAUX, « RÉCEPTACLES » DES FLUX DE PATIENTS ET DE LA PRESSION DES ACTEURS LOCAUX SUR LES QUESTIONS DE SANTÉ

Phénomène déjà largement connu, mais confirmé lors de l'étude, de nombreux centres hospitaliers se disent être le réceptacle des flux de patients du territoire, arrivant souvent directement à l'hôpital, faute d'offre de soins de premier recours. Les personnels des centres hospitaliers rencontrés sont nombreux à évoquer des difficultés quant à la permanence des soins.

¹⁷ Le premier recours contribue à l'offre de soins ambulatoire en assurant aux patients : la prévention, le dépistage, le diagnostic, le traitement, l'orientation et le suivi ainsi que l'éducation pour la santé. Cela évoque ici essentiellement le rôle du médecin généraliste, pivot du premier recours.

Certains disent assumer seuls (sans les établissements privés) cette permanence des soins. Ces mêmes médecins dénoncent des « *urgences asphyxiées par de la médecine de consultation* ». Dans divers territoires, des maisons médicales de gardes (MMG) ont été créées à cet effet. Installées à proximité des centres hospitaliers, elles sont parfois inutilisées, les patients préférant aller aux urgences pour ne pas avancer les frais de consultations de la MMG. Un certain nombre de centres hospitaliers décrivent un cercle vicieux : ils assurent la permanence des soins, ce qui engorge encore davantage les urgences, et tend encore les besoins de médecins hospitaliers.

Pour mémoire, la permanence des soins est définie comme une mission de service public inscrite dans la loi. Elle se caractérise par un dispositif permettant de garantir l'accès de la population à un médecin, pour des soins non programmés, lorsque les cabinets médicaux sont fermés – la nuit, les week-ends et les jours fériés.

Face à ces difficultés, l'implication des collectivités et élus locaux est relatée comme variable. Dans certains territoires ruraux, les centres hospitaliers parlent d'élus passifs et inactifs « *Ici, ce sont de petites communes. Dans les grandes villes, il y a des problématiques de quartier. Ici le sanitaire n'est pas leur préoccupation. Les communes n'y sont pas indifférentes, mais cela n'est pas leur sujet* ». À l'inverse, dans divers territoires, les élus des communautés de communes(CC) ont investi très fortement le centre hospitalier, qui concentre l'offre de santé, et est ainsi facilement identifiable. Les présidents de CC ont été jusqu'à peu présidents des conseils de surveillance des centres hospitaliers de leur territoire, ce qui a pu, par endroit, contribuer à créer des liens.

CONSTAT AUTOUR DES DIFFICULTÉS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE HOSPITALIÈRE

Encore une fois, les situations sont variables et souvent corrélées à la taille du centre hospitalier, à ses activités et à ses éventuels partenariats. Néanmoins, les interrogés rapportent quasiment tous une pénurie nationale dans un certain nombre de spécialités, comme l'imagerie, la cardiologie ou l'anesthésie.

Autre phénomène, on observe que plus le centre hospitalier est éloigné du CHRU de Lille (et/ou du CHR d'Amiens) plus les difficultés augmentent. Et ce, pour des raisons d'accessibilité géographique du CH et d'attractivité des territoires pour des internes ou des jeunes médecins, davantage soucieux de leur qualité de vie que les générations précédentes.

Les centres hospitaliers de certains territoires, notamment ruraux, souffrent aussi du manque de perspectives professionnelles pour les conjoints des potentiels recrues. Les CH des territoires les moins attractifs économiquement sont souvent « disqualifiés » avant même que les postes ne soient envisagés, car ces territoires n'offrent pas d'emploi pour le conjoint.

Les centres hospitaliers qui souffrent le moins sont ceux qui sont rattachés à un CHR et qui bénéficient ainsi souvent d'un flux d'interne venant renforcer les rangs des effectifs du CH. Les centres hospitaliers ayant des plateaux techniques disent arriver à maintenir leurs effectifs, voire à attirer des médecins. À titre d'exemple, le CH de Valenciennes dispose d'un plateau technique réputé, Boulogne-sur-Mer bientôt d'un nouvel internat, Calais d'une maternité de niveau 3. Le CH de Doullens, rattaché au CHR d'Amiens semble faire exception en matière de difficultés de démographie médicale hospitalière.

En effet, il s'agit d'un des rares CH à ne pas déplorer de problèmes de recrutements ou de fidélisation de médecins. À titre d'exemple, 80 % des médecins du CH, y compris des chefs de cliniques, sont d'anciens internes du CHR d'Amiens. Les CH les plus en difficultés sont ceux qui ne disposent pas de ces arguments. Certains sont dans des difficultés chroniques qu'ils pallient via du recours à des intérimaires et/ou des médecins étrangers. Avec parfois des difficultés de suivi, du fait du turnover des médecins et des difficultés de compréhension de la part des patients, du fait d'une maîtrise de la langue encore faible. Les praticiens hospitaliers sont nombreux à déplorer la concurrence des cliniques et des médecins spécialistes libéraux.

LES MAISONS DE SANTÉ PLURIDISCIPLINAIRES, ENTRE SCEPTICISME ET « SOLUTION MIRACLE »

Comme toutes les innovations, le concept de maison de santé pluridisciplinaire (MSP) a son cycle de vie, composé de différentes phases : la découverte, le déploiement ou généralisation, puis une forme de stagnation voire de déclin. Les entretiens réalisés ont permis de mettre en évidence un profond décalage entre les niveaux de maturité des EPCI vis-à-vis des maisons de santé.

Certaines collectivités en ignorent encore le fonctionnement, découvrent les différentes options et les processus de labélisation et de financement (ARS, région...). D'autres en ont créé il y a une dizaine d'années déjà et sont arrivés à une phase d'évaluation du dispositif. Nous verrons dans le point suivant quelles différentes modalités de mises en œuvre ont été relevées. En termes de perception, schématiquement, dans les territoires les plus isolés, souvent les plus « aux abois » en matière de démographie médicale, la MSP apparaît comme une solution « miracle ». Et ce, le plus souvent car la MSP est la seule solution envisagée, et qu'elle se matérialise physiquement, ce qui constitue une forme de « preuve » d'action pour des élus, soucieux d'offrir une solution concrète à la population. Pour autant, d'autres types et d'autres modèles que ces MSP labellisées nous ont été présentés.

Actions et expériences

TRÈS GRANDE HÉTÉROGÉNÉITÉ DANS LES MODES D'ACTION MIS EN PLACE PAR LES EPCI

Les entretiens réalisés ont permis de mettre en évidence une très forte hétérogénéité d'actions mises en œuvre par les EPCI.

En témoignent les modalités d'implications rencontrées :

- ✓ Absence totale d'action avec ou sans prise de conscience ;
- ✓ Concentration de l'action en matière de prévention (cancer, nutrition, activité physique), dans l'espoir que des patients en meilleure santé auront moins besoin de médecins ;
- ✓ Soutien au projet de MSP (organisation de réunions, concertation d'acteurs) ;
- ✓ Financement de MSP (allant de la simple participation à des financements jusqu'à 80 % du projet) ;
- ✓ Soutien au centre hospitalier local (allant du soutien politique au financement) ;
- ✓ Rédaction d'un projet de santé ;
- ✓ Signature d'un Contrat Local de Santé (CLS) avec l'ARS (parfois le CLS est conçu localement, via une ingénierie locale créée à l'occasion de la réflexion ; parfois, il « descend » de l'ARS déjà rédigé) ;
- ✓ Actions en faveur de la mobilité : organisation et financement d'un système de Transport à la demande (TAD), implication du CCAS dans l'aide au déplacement des personnes âgées et à mobilité réduite ;
- ✓ Actions sur l'attractivité du territoire (promotion du territoire).

Au-delà des modes d'action, le niveau d'hétérogénéité varie naturellement aussi : certains territoires mettent en œuvre une de ses modalités, d'autres deux ou trois et quelques-uns la totalité.

La vision des élus et des services des EPCI sur l'exercice de la médecine et la question du financement des maisons de santé s'est avérée relativement « clivante ». En effet, certains élus, face à la pénurie de professionnels de santé, vont jusqu'à financer très lourdement des projets de maison de santé et à financer tout ou partie du salaire des médecins y exerçant. À titre d'exemple, une communauté de communes va jusqu'à financer l'intégralité du salaire d'un médecin pendant deux ans, afin d'assurer une présence médicale ; une autre encore s'engage à les aider financièrement en contrepartie de leur présence sur le territoire jusqu'à l'arrivée d'une maison de santé. D'autres DGS, lorsqu'ils évoquent les projets de MSP, dénoncent une forme « d'abus de bien social » dès lors qu'il y a un financement d'un local ou d'un secrétariat de médecins. Le recul vis-à-vis de la tension créée par la pénurie de médecins est très variable selon les territoires. Dans quelques rares cas, ce sont les professionnels de santé qui ont pris « à bras-le-corps » le problème et ont, de manière plus ou moins anticipée, « organisé » l'offre de soins en créant notamment des maisons de santé.

On l'a vu, les collectivités n'ont pas la compétence santé directe. En conséquence, la mise en œuvre de projets liés à la santé est très « personne dépendant ». Selon la personnalité et le profil des acteurs en présence, le niveau d'actions mises en œuvre est très variable. Phénomène qui concourt à un très fort écart de mise en œuvre de projets selon les territoires. Et ce, avec par endroit un cercle vicieux (ou vertueux à l'inverse) : absence de compétence santé par la collectivité, manque de ressources disponibles, prises de conscience, mais faibles expériences et sentiment d'impuissance, le tout conduisant à l'inaction. Une situation rencontrée dans quelques territoires, mais assez rarement en réalité. À l'inverse, dans un certain nombre de territoires ruraux et de surcroît éloignés d'un pôle d'offre de soins important, la solitude des acteurs les pousse à agir. Une forme d'énergie du désespoir, le fait de ne rien attendre de personne enjoint des collectivités à agir. Ce sont souvent ces territoires qui financent des projets, parfois quitte à ce que cela « coûte » à la collectivité. *« Si nous n'agissons pas, personne ne le fera pour nous ».*

CONCURRENCE NÉFASTE DES ACTEURS ENTRE EUX...

Un grand nombre de petites et moyennes communautés de communes dénonce un phénomène limitant en matière de conduite de projet, à savoir la concurrence néfaste des communes entre elles en matière de démographie médicale. De nombreux élus, soucieux de satisfaire leur population, ou leur électorat, insistent encore pour que des professionnels de santé s'implantent dans leur commune, plutôt que dans la commune voisine. Or, cette concurrence mène de nombreux projets à l'échec, devant l'absence de consensus et d'émulation conjointe. La course à la maison de santé pluridisciplinaire est courante et souvent regrettée, sans que des solutions soient identifiées pour dépasser le sujet.

À noter aussi que, si la majorité des maisons de santé travaille en lien avec une structure hospitalière dans un but commun d'amélioration de l'accessibilité aux soins, cela n'est pas le cas dans tous les territoires. Quelques interlocuteurs évoquent la « concurrence frontale » de certaines maisons de santé avec l'hôpital, tendant à se transformer en hôpital de proximité, ou encore devenant une filière d'adressage vers le privé. Et ce, sans assurer la permanence des soins.

Par ailleurs, certains acteurs soulignent la concurrence entre médecins libéraux et hospitaliers, notamment lors du déploiement de consultations avancées sur le territoire. En effet, la présence de spécialistes hospitaliers en ville est parfois perçue comme un « empiètement » de l'hôpital sur la médecine de ville, qui, dans certains cas, s'oppose à la mise en place de ces consultations.

... OR, EN RÉALITÉ, LA SANTÉ SE PENSE SOUVENT À L'ÉCHELLE DU TERRITOIRE

Dans les faits, la concertation et la mise en commun de moyens (humains et financiers) ont lieu au niveau de la communauté de communes, à minima. En effet, les centres hospitaliers ont un périmètre d'attractivité qui dépasse celui de la commune, les maisons de santé pluridisciplinaires également. L'échelon auquel la réflexion a lieu aujourd'hui est souvent celui de l'intercommunalité. Que ce soit dans les milieux ruraux, avec des communautés de communes regroupant plusieurs dizaines de communes ou dans les grandes agglomérations urbaines (pour mémoire, la Métropole européenne de Lille regroupe environ 90 communes).

Les acteurs locaux sont conscients qu'en dépit de la concurrence, le consensus politique et la mise en réseau d'acteurs sont éminemment indispensables. La santé se pense à l'échelon supra communal. Ce qui suppose une ingénierie locale de santé, rendue parfois difficile par des querelles de chapelles et des frontières multipliées par le « mille-feuille administratif ». Les entretiens ont permis d'observer que lorsque la situation devient « grave », notamment en matière de démographie médicale, le consensus est parfois plus facilement obtenu.

RÔLE DE PIVOT (ATTENDU ET SOUVENT OBSERVÉ) DE L'HÔPITAL DANS L'INGÉNIERIE LOCALE DE SANTÉ

Dans un certain nombre de cas observés, le centre hospitalier tient une place centrale dans l'organisation de la santé sur le territoire local, et ce, souvent lorsque l'offre de professionnels de santé se raréfie véritablement. Le centre hospitalier vient à concentrer l'offre de santé restante sur le territoire et à constituer le point de référence pour les patients, même en l'absence d'un service d'urgence. Le CH est alors identifié par les élus et constitue le cœur de la dynamique locale de santé. Il fait office de vitrine de l'offre de soins pour attirer des professionnels de santé. Dans ces territoires, le CH est souvent un des plus gros employeurs. Quand la collaboration fonctionne entre les élus et le CH, c'est souvent parce que les élus ont compris ce rôle de pivot que peut tenir l'hôpital. « *Nous avons conscience que ce n'est pas le territoire qui remontera l'hôpital, mais bien l'inverse* », a ainsi résumé un élu. Un CH dynamique maintient une offre de professionnels de santé libéraux (médecins et paramédicaux) de proximité et assure une certaine vitalité économique.

À l'inverse, nous avons pu remarquer que lorsqu'il n'y a pas de relation élu/centre hospitalier, c'est souvent qu'il n'y a pas ou peu d'action engagée en matière de santé.

DIVERSES STRATÉGIES DES CENTRES HOSPITALIERS EN MATIÈRE DE RECRUTEMENTS DE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Dans un contexte de raréfaction des internes en médecine, de nouvelles recrues et de concurrence des établissements entre eux, les entretiens ont fait émerger un certain nombre de stratégies ou de modes opératoires :

- ✓ L'absence de stratégie et le recrutement relativement au jour le jour de médecins intérimaires ou étrangers en l'absence d'attractivité du CH sur certaines spécialités ;
- ✓ Des collaborations avec la faculté de médecine de l'Institut Catholique de Lille, privée. Des CH financent la formation d'internes, qui travaillent à mi-temps chez eux. Certains se félicitent de les fidéliser par la suite. Ceux-là même regrettent de ne plus figurer « dans le radar » de la faculté de médecine de Lille, qui n'enverrait plus d'interne dans ces établissements ;
- ✓ Des collaborations avec le CHU local, à l'instar du CH de Doullens, accolé au CHR d'Amiens ;
- ✓ Le développement d'exercices multimodaux entre le CH et la ville. Certains CH, conscients de leur relative moindre attractivité en termes de technicité d'exercice, à l'instar du CH de Laon (absence de plateau technique), proposent des recrutements à mi-temps au centre hospitalier et à mi-temps en ville en libéral. Dans certains territoires, hors des grands pôles urbains, ce mécanisme a l'avantage d'être attractif pour des médecins en milieu de carrière, cherchant une

- qualité de vie et d'exercice et une rémunération plus intéressante que celle offerte par l'hospitalier seul ;
- ✓ D'autres collaborations entre libéraux et hôpitaux ont été rapportées, comme la mise à disposition du plateau technique de l'hôpital à des médecins libéraux en contrepartie d'un investissement de leur part au sein de l'hôpital ;
 - ✓ Le recrutement d'internes classique via les CHR : les CH disposant des spécialités les plus pointues (maternité de niveau 3, plateau technique en cardiologie par exemple) disent ne pas avoir de difficulté à attirer des spécialistes.

FAIBLES INTERACTIONS ENTRE LES ACTEURS ET L'ARS

De façon assez récurrente, les interrogés ont déclaré avoir assez peu d'interactions avec l'Agence Régionale de Santé, et ce pour différentes raisons :

- ✓ De nombreux acteurs d'EPCI ne pensent pas à contacter l'ARS dans le cadre de leurs actions de santé (projet de MSP ou autre), tout simplement, car ils n'ont pas connaissance des missions de l'ARS dans le domaine ;
- ✓ Certains EPCI regrettent un manque de retour de l'ARS (suite à des courriers ou prises de contact successives) ;
- ✓ Certains acteurs considèrent les procédures type labélisation de maisons de santé complexes et longues, et abandonnent parfois par manque de ressources. Le plus souvent, ce sont des médecins qui se disent découragés et les acteurs des collectivités reprennent le flambeau de la conduite de projet ;
- ✓ Des contrats locaux de santé sont parfois considérés comme déjà figés lorsqu'ils sont proposés par l'ARS aux communautés de communes. « *Tout a été misé sur le contrat local de santé, mais la qualité du partenariat n'a absolument pas été priorisée et il s'agit d'une coquille vide* » ;
- ✓ À l'inverse, dans un certain nombre de territoires, les CLS ont constitué un vrai catalyseur de la volonté locale, et ont permis la constitution de groupes de travail dans le domaine de la santé ainsi que de traiter des thématiques jusqu'alors non abordées ;
- ✓ Un certain nombre de médecins libéraux et de médecins hospitaliers accueillent avec réserve les orientations de l'ARS.

DES COLLABORATIONS QUI FONCTIONNENT

Exemple de l'association Innovation Santé Autonomie (ISA)

Les élus et techniciens d'une communauté de communes (Sud-Ouest Amiénois en l'occurrence) ont vanté les mérites d'une association (Innovation Santé Autonomie, implantée à Poix-de-Picardie).

D'après les acteurs locaux, cette association, créée il y a sept ans à l'initiative de la communauté de communes, réussit à fédérer l'ensemble des acteurs autour d'un projet local de santé.

- ✓ Elle constitue un laboratoire d'idées ;
- ✓ travaille au développement de la médecine de proximité ;
- ✓ réalise la gestion de projet des maisons de santé, en réponse à la pénurie de médecins ;
- ✓ travaille dans l'accompagnement des aidants ;
- ✓ propose des ateliers santé ;
- ✓ a signé et suit la mise en œuvre d'un CLS ;
- ✓ a mis en place un partenariat étroit avec les médecins de ville, notamment en matière de prévention.

Soutien à l'ingénierie en santé de la part de la MSA

Dans une petite communauté de communes (CC de 24 communes et 8 000 habitants), la MSA (Mutualité sociale agricole, régime de protection sociale agricole) a joué un rôle capital dans la gestion des projets de santé. L'équipe de la communauté de communes a conduit des projets afin de promouvoir le territoire, dans le but d'attirer des professionnels de santé pendant des années. Devant le manque de ressources (4 personnes au total seulement travaillent à la communauté de communes) la CC ne parvenait pas à constituer un groupe de travail local sur la santé. L'intervention régulière et appuyée de la MSA localement a permis la constitution d'un réseau d'acteurs et la mise en route d'un projet de maison pluridisciplinaire de santé.

Réflexions sur l'ingénierie et l'exercice médical

INGÉNIERIE LOCALE : QUELLE ACTION ET À QUEL PÉRIMÈTRE ?

De nombreux acteurs rencontrés s'interrogent sur le type d'action à mettre en œuvre, mais surtout sur le périmètre dans lequel organiser la concertation autour d'un projet de santé. Différents points de vue et réflexions coexistent.

L'échelle de la commune ou de l'intercommunalité de taille modeste : l'atout efficacité

Certains sont partisans d'une échelle relativement réduite, une petite communauté de communes par exemple, avec un exécutif à taille humaine. Ce format présente l'avantage de concentrer la réflexion et la conception des programmes dans un seul ou quelques cerveaux, permettant souvent une rapidité de réflexion et de prise de décision bénéfique. Autre avantage, la proximité des élus avec leurs administrés, impliquant généralement une bonne connaissance des problématiques de terrain et pouvant favoriser leur investissement.

Citons par exemple la mise en place de projets favorisée par cette échelle, comme la mutuelle intercommunale au sein de la Communauté de Communes de Desvres-Samer. Simplement, ce schéma rend particulièrement vulnérable la collectivité, au sens où, en cas d'absence de volonté de la ou les quelques personnes aux affaires, rien ne se passe. Ce schéma est par ailleurs exigeant pour les élus et équipes des collectivités en matière d'acquisition des compétences et de disponibilité. Rares sont les petites collectivités qui peuvent « s'offrir » un chargé de mission santé.

Une plus grande échelle, un territoire plus capable : davantage de moyens, mais un nécessaire consensus

Certains acteurs sont déjà habitués à travailler à l'échelle de plusieurs communautés de communes (en vue des fusions d'intercommunalités qui prennent effet début 2017). À partir d'une certaine échelle, la conduite de projets, santé ou autres, nécessite une mutualisation de la réflexion, une véritable transversalité et un consensus, parfois difficile à obtenir. Différentes « petites » communautés de communes ont fait part de leurs difficultés à se projeter dans le cadre de ces fusions à venir. Elles craignent de perdre en efficacité et en réactivité, et de voir la qualité de leur contact avec leurs administrés s'amenuiser. À l'inverse, ces interrogés ont conscience qu'ils auront sans doute l'opportunité de développer des compétences qu'ils n'ont pas actuellement (transport, handicap...). « *Au niveau de l'État, le sens de l'histoire est de pousser les compétences vers les intercommunalités* ». Les agglomérations et les communautés urbaines connaissent déjà cet enjeu de transversalité et de consensus qu'ils gèrent avec plus ou moins de facilités.

L'attente d'un schéma directeur

Pour certains, il faut « absolument valoriser la dimension intercommunale », seul moyen d'éviter la concurrence entre communes, notamment pour la mise en place de maisons de santé. *« On ne pense pas à ce que l'intercommunalité pourrait apporter au niveau santé. On pense spontanément au maire. Mais les élus ont un gros manque de connaissance de ce que l'on peut faire ».*

De nombreux acteurs « réclament » un schéma directeur qui donne un diagnostic de chaque territoire et indique « simplement » comment les différentes collectivités peuvent intervenir. Ils évoquent un outil qui comprendrait un diagnostic territorial, sur l'offre de soins et la démographie médicale, et notamment l'univers libéral, qui soit approprié par les élus, et qui précise des recommandations d'actions sur des zones spécifiques.

« Il manque une prise en main, et une ingénierie qui gratte »

« Le rendu ne doit pas être complexe, car sinon ce n'est pas approprié par les élus. Mais souvent ce n'est pas approprié, car on n'y a pas participé »

« L'échelon régional apparaît comme étant le bon échelon pour traiter la problématique de la santé pour deux raisons : car les conseils régionaux ont en main les dispositifs d'aide économique et parce que les agences de santé sont maintenant régionalisées »

Par ailleurs, des interrogés rappellent qu'ils ont conscience de la nécessité de concentrer les efforts sur les zones les plus en difficultés, et des effets néfastes du saupoudrage. Et ce, malgré les contraintes liées à l'obtention de consensus locaux.

Enfin, dans la réflexion autour de cette gouvernance de la santé, la question du rôle à tenir par les récents pôles métropolitains revient régulièrement.

SANTÉ, DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE ET AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

La santé devrait être « l'affaire de tous »

De nombreux acteurs rencontrés s'interrogent également sur la place que doit occuper la réflexion sur la santé dans la collectivité, que la compétence santé existe ou non au sein des entités. Une grande majorité des acteurs considère que la santé doit être transversale et qu'elle pourrait relever de l'aménagement du territoire et/ou du développement économique. En effet, la « gravité » de la situation en matière de démographie des professionnels de santé, conjuguée aux effets de la crise économique, fait « remonter » le sujet de la santé chez les élus et DGS. Ils sont nombreux à penser que la présence et l'attraction de médecins et le développement économique sont interdépendants. Les élus ont souvent conscience également qu'il faut travailler en parallèle sur le développement des infrastructures (économiques, sportives, culturelles...) et l'accueil des familles (logements, crèches, écoles...). Pour être attractif, idéalement le territoire doit être pourvoyeur d'emplois, notamment pour les conjoints, et/ou faciliter l'accès à un bassin d'emploi. *« Le secteur santé est clé pour l'attractivité des territoires. S'il n'y a pas d'offre de santé, il n'y aura pas d'activité économique. L'enjeu est de pouvoir jouer sur la « qualité de l'exercice » ».* Spontanément, nombreux sont les interrogés qui insistent sur la nécessaire implication des élus et des services dans la gestion de la santé. *« La santé ne peut plus être seulement l'affaire des médecins ».*

Tout en précisant que la démarche doit émaner également d'une volonté commune des professionnels de santé et ne peut pas simplement être « au bon vouloir » des élus locaux. Différents interrogés regrettent la difficulté à mettre en place un réseau d'acteurs et à faire interagir des professionnels d'univers différents (médecins libéraux, médecins hospitaliers, élus, personnels des services de collectivités, professions paramédicales).

Systématisation et professionnalisation

En l'absence de compétence santé (à proprement parler) pour les collectivités, le niveau de projets d'actions en matière de santé est très variable. La conduite de projet est par ailleurs, comme déjà évoquée, très « personne dépendante ». Conscients de ces contraintes, de nombreux acteurs évoquent une nécessaire systématisation de la réflexion autour de la santé. En d'autres termes, la réflexion sur la santé et la mise en œuvre de politiques associées devraient être sanctuarisées. Ce qui peut passer par le rattachement « officiel » de la santé à une compétence régaliennne de la collectivité, par son inscription dans les priorités de cette même collectivité. Et aussi par la professionnalisation de la fonction, ce qui suppose à la fois le recrutement et la formation de personnel.

POTENTIEL D'OPPORTUNITÉ ET DE DÉSTABILISATION REPRÉSENTÉ PAR L'ARRIVÉE DES GHT

Les groupements hospitaliers de territoire (GHT) ont été évoqués par quelques interrogés, le plus souvent assez rapidement. Phénomène logique puisque lors de la conduite de notre enquête, ceux-ci n'en étaient qu'à la phase de constitution. En effet, du côté des EPCI, les élus et services sont encore relativement dans l'attente sur le sujet. Certains voient l'arrivée des GHT comme une opportunité, celle de voir émerger une mise en réseau d'acteurs. D'autres sont plutôt sceptiques et sans attentes. La grande majorité en ignore encore l'existence.

Dans l'univers hospitalier, les sentiments sont également variables. Certains voient dans les GHT la possibilité de rompre un isolement peu propice à l'élaboration de stratégie (que ce soit de recrutement de médecins ou d'organisation). D'autres, à l'opposé, craignent de voir disparaître des partenariats et fonctionnements offrant un équilibre organisationnel et financier aux diverses parties. *« Il faudrait profiter de la constitution des GHT pour créer des ponts entre les établissements d'un territoire et des échanges entre praticiens d'une même discipline. Cela pourrait motiver un candidat qui se sentirait seul dans sa spécialité, dans son centre hospitalier ».*

RÉFLEXIONS SUR L'AVENIR DE L'EXERCICE DES PROFESSIONNELS ET DES PRATIQUES DE PATIENTS

L'essentiel des interrogés ont conscience des profondes mutations qui s'opèrent dans le monde médical, que ce soit l'émergence du salariat des médecins, la moindre attractivité de la médecine générale, la montée du travail en équipe et la féminisation de la profession. Nombre d'acteurs rencontrés ont également conscience que la démographie médicale ne sera plus jamais ce qu'elle était. Autrement dit, que les professionnels de santé se raréfient et se concentrent et que, face à ces évolutions, la société doit s'adapter, se recomposer. Cette adaptation passe par une réflexion sur l'exercice médical, sur les pratiques des patients et, de ce fait, sur leur mobilité.

S'adapter aux évolutions d'exercice de la médecine

Les médecins et autres interlocuteurs rencontrés ont évoqué un certain nombre de sujets sur lesquels il est selon eux nécessaire d'agir :

- ✓ Repenser la liberté d'installation des médecins, notamment des jeunes (avec par exemple, l'idée d'inciter les jeunes médecins à exercer un minimum d'années dans un hôpital de la région où ils ont effectué leur internat) ;
- ✓ Promouvoir et faciliter le double exercice (libéral et hospitalier) ;
- ✓ Recréer à la faculté de médecine de Lille un internat régional, afin d'éviter la fuite de jeunes internes nordistes et de leur donner envie d'exercer dans la région, en les encourageant à découvrir leur territoire ;
- ✓ Mesurer et tenter de comprendre le recul de la médecine générale ;
- ✓ Travailler contre les idées reçues, notamment en matière de moindre réputation de certains territoires à l'intérieur de la région.

Certains misent sur le recrutement et l'accompagnement au long cours des internes pour consolider leurs équipes futures, avec une volonté de créer « une véritable communauté médicale » et de les fidéliser.

Plus profondément, une priorité émerge des discussions, celle de « structurer » l'offre de soins. Le terme étant très utilisé, il est nécessaire de définir dans quel cadre et pour servir quel objectif.

- ✓ Structurer l'offre, selon la densité de population

En effet, les acteurs s'accordent sur l'idée que tous les services et spécialités ne pourront pas ou plus être disponibles partout, dans chaque gros bourg. D'autant plus aux vues de la surspécialisation de la médecine actuelle.

Un prisme est de structurer l'offre de soins en fonction de la densité de la population. À titre d'exemple : les CHRU dans les métropoles, auxquels sont rattachés des CH dans des agglomérations, auxquels sont « rattachées » des maisons de santé dans les territoires ruraux, avec des consultations avancées de spécialistes en cas de carence de médecins libéraux.

- ✓ Structurer l'offre, par activité

Un autre prisme est de penser la structuration par type d'activité, pour les établissements hospitaliers. Différents interlocuteurs évoquent une répartition comme suit :

- Une offre de soins concentrée pour les soins dits « aigus », qui nécessite des équipements et compétences pointues. Ces soins n'étant habituellement pas courants pour le patient, ils peuvent requérir de sa part une certaine mobilité ;
- Une offre de soins de proximité pour tout ce qui relève des maladies chroniques.

✓ Structurer l'offre, à l'intérieur de l'hôpital

À l'intérieur de l'hôpital lui-même, la tendance est à la structuration des équipes, afin de créer des cercles vertueux : un petit noyau de médecin crée une équipe volontaire dans une spécialité. Celle-ci monte un projet, obtient des équipements, puis une labélisation, propose un service de pointe, se crée une certaine réputation, devient attractive, recrute des internes, noue des partenariats avec des centres hospitaliers voisins...

Connaître et partager les facteurs de réussite des structures pluridisciplinaires de santé

L'expérience le montre, certains projets de maisons de santé ne fonctionnent pas, ce qui est dommageable à différents titres : aux vues du moindre service rendu pour la collectivité et des coûts engagés.

L'expérience, précisément, permet d'établir des facteurs de succès. Certains acteurs de terrain ont conscience de ces éléments, d'autres les ignorent et sont confrontés à des échecs qui auraient pu être évités. Il est aujourd'hui établi que, pour qu'un projet de maison de santé aboutisse, il faut qu'il parte de la volonté des professionnels de santé existants. Et de leur volonté de s'inscrire dans un projet collectif, puis de réfléchir au périmètre du territoire à couvrir. L'expérience montre aussi qu'un binôme élu/médecin est indispensable, afin de piloter au plus près le projet.

Une étude de l'ORS Nord - Pas-de-Calais, réalisée début 2016, sur les maisons de santé¹⁸ (qui sont subventionnées par la Région) a permis de mettre en évidence ces facteurs, et ainsi l'importance :

- ✓ d'une coordination et d'une cohésion entre professionnels de santé qui nécessitent un partage des pratiques et des valeurs communes pour définir le projet de santé ;
- ✓ d'un projet de santé centré autour des thématiques de prévention et/ou promotion de la santé, en accord avec les attentes de la population ;
- ✓ de partenariats avec les associations professionnelles de santé publique, les universités (pour être un terrain de stage), etc. ;
- ✓ d'une équipe pluridisciplinaire variée et adaptée aux besoins du territoire ;
- ✓ d'une bonne connaissance des dispositifs institutionnels en matière juridique et financière (ingénierie) pour le montage des maisons de santé ;
- ✓ de disposer d'une personne spécialement dédiée à la coordination du projet ;
- ✓ d'une volonté conjointe émanant des professionnels, mais aussi des élus politiques.

Travailler autour de la mobilité et de l'accessibilité (des patients et des médecins)

La question de la mobilité des patients revient régulièrement dans les questionnements, voire suscite l'inquiétude des élus et DGS de collectivités locales. Car, s'ils déclarent que les habitants sont le plus souvent mobiles, très souvent ils évoquent une partie de la population, personnes âgées isolées ou à mobilité réduite pour lesquelles le déplacement et l'accès aux soins sont difficiles. Le plus souvent, la situation est encore tenable, mais les élus se projettent à cinq ans et anticipent la fin des visites à domicile par les généralistes ainsi que les difficultés induites pour les patients les plus isolés.

¹⁸ Moreels C, Trédez G, Goudet JM, Lacoste O. Analyse territoriale et fonctionnelle de l'impact des maisons de santé. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2016 ; 47 p.

Des pistes de solutions sont déjà mises en œuvre ou en réflexion : des services de transport à la demande existent, certains CCAS réalisent du transport de personnes. Mais elles posent inexorablement des questions de financement et d'échelle de territoire.

La question de la mobilité des médecins a souvent été citée lors des entretiens, surtout dans le milieu hospitalier. En effet, l'idée de faciliter l'installation de recrues sur un territoire qu'ils ne connaissent pas est importante. En effet, au-delà des difficultés liées à l'attractivité des postes proposés, de nombreux personnels de centres hospitaliers évoquent les questions pratiques de déménagement, ou de mobilité quotidienne des médecins. L'idée d'une aide au logement sous la forme d'une incitation financière a été évoquée. Certaines collectivités réfléchissent aussi à la construction de logements dédiés, qui seraient disponibles rapidement et sans engagement pour une période de six mois environ. Et ce, pour laisser à un candidat l'opportunité de tester un poste et un territoire, sans devoir s'engager fermement tout de suite.

Analyse typologique des territoires

L'analyse synthétique des données statistiques permet de faire émerger quatre groupes de territoire, et ce, pour les données d'état, d'évolution et les données de projection.

Par « analyse synthétique », nous entendons l'analyse d'un ensemble de variables disponibles par territoire. Par exemple, pour l'analyse synthétique des données d'état ci-après, nous avons sélectionné à la fois des données d'état de santé, appréciées au regard de la mortalité, des données relatives à l'offre de soins et des données sociodémographiques.

Données « d'état » (centrées sur 2012)

La formalisation de ces données sous une matrice Bertin permet de mettre en évidence une convergence entre le taux d'activité féminin et les données d'état de santé. À l'inverse, on observe que le niveau d'offre de soins et celui de l'état de santé ne sont pas liés.

Territoires	Mortalité*						Emploi	Précarité	Offre de soins			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Beauvais												
La Vallée de la Bresle - Vimeu												
Château-Thierry												
Roissy - Sud												
Compiègne												
Abbeville												
La Flandre-Lys												
Arras												
Laon												
Amiens												
Saint Omer												
Lille												
Soissons												
Saint-Quentin												
Péronne												
Berck - Montreuil												
Tergnier												
Cambrai												
Calais												
Dunkerque												
La Thiérache												
Douai												
Maubeuge												
Boulogne-sur-Mer												
Béthune - Bruay												
Lens - Hénin												
Valenciennes												

* Correspond à l'Indice Comparatif de Mortalité (ICM, ici 2010-2013 et hommes/femmes confondus)

Sources : INSEE, CLAP 2013, INSERM-CépiDc, Adeli, RPPS. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

	Valeur très faible
	Valeur faible
	Valeur moyenne
	Valeur élevée

NB : concernant le taux d'activité féminin, le code couleur a été entièrement inversé afin de faciliter la compréhension.

- 1 Maladies non transmissibles, prématurée
- 2 Evitable liée au système de soins
- 3 Tumeurs malignes, prématurée
- 4 Evitable liée à la prévention
- 5 Toutes causes, prématurée
- 6 Appareil circulatoire, prématurée
- 7 Taux d'activité féminin 2012 : nombre de femmes ayant un emploi pour 100 femmes de 15 ans ou plus
- 8 Indice de Townsend 2012
- 9 Professionnels de proximité pour 100 000 hab. en 2015 (données RGP 2012)
- 10 Médecins généralistes pour 100 000 hab. en 2015 (données RGP 2012)
- 11 Spécialistes pour 100 000 hab. en 2015 (données RGP 2012)
- 12 Part des professionnels de santé 55 ans et + en 2015 (données RGP 2012)

Par ailleurs, cette matrice fait émerger quatre groupes de territoire¹⁹ avec des caractéristiques communes :

- des territoires « jaune », pour lesquels la mortalité est relativement faible. Et le plus souvent, cette faible mortalité est liée à un taux d'activité féminin élevé :
 - ✓ Abbeville
 - ✓ Beauvais
 - ✓ Château-Thierry
 - ✓ Compiègne
 - ✓ La Flandre-Lys
 - ✓ La Vallée de la Bresle – Vimeu
 - ✓ Roissy
- des territoires « rose », pour lesquels la mortalité est un peu moins faible. Dans la moitié des cas, on note que cette faible mortalité correspond à un taux d'activité féminin relativement élevé :
 - ✓ Amiens
 - ✓ Arras
 - ✓ Laon
 - ✓ Lille
 - ✓ Saint-Omer
 - ✓ Soissons
- des territoires « vert », pour lesquels la mortalité est plus forte et le taux d'activité féminin moins élevé :
 - ✓ Berck-Montreuil
 - ✓ Calais
 - ✓ Cambrai
 - ✓ Douai
 - ✓ Dunkerque
 - ✓ La Thiérache
 - ✓ Péronne
 - ✓ Saint-Quentin
 - ✓ Tergnier
- des territoires « bleu », pour lesquels la mortalité est encore plus forte et le taux d'activité féminin faible :
 - ✓ Béthune-Bruay
 - ✓ Boulogne-sur-Mer
 - ✓ Lens-Hénin
 - ✓ Maubeuge
 - ✓ Valenciennes

Un classement des territoires en fonction du niveau d'état de santé est disponible en annexes.

¹⁹ La constitution des groupes repose sur la méthodologie dite de « discrétisation sur les groupes observés ».

Classification des territoires selon la synthèse globale des indicateurs (mortalité, taux d'emploi féminin et offre de soins)

Territoire	Mortalité & Tx act féminin / offre de soins en 2015
La Thiérache	- -
Tergnier	- -
Péronne	- -
Calais	- -
Béthune - Bruay	- -
Maubeuge	- -
Vallée de la Bresle - Vimeu	+ -
Roissy	+ -
Beauvais	+ -
Compiègne	+ -
Château-Thierry	+ -
Laon	+ -
Saint-Omer	+ -
Dunkerque	- +
Douai	- +
Cambrai	- +
Saint-Quentin	- +
Berck - Montreuil	- +
Boulogne-sur-Mer	- +
Lens - Hénin	- +
Valenciennes	- +
La Flandre-Lys	+ +
Abbeville	+ +
Arras	+ +
Soissons	+ +
Lille	+ +
Amiens	+ +

Source : ORS Nord - Pas-de-Calais.

Données « d'évolution »

L'analyse des données fait émerger une forte hétérogénéité entre les territoires de la région et à l'intérieur de ces territoires entre les différentes variables (offre de soins, état de santé, données sociodémographiques). Ce qui ne permet pas de constituer de groupes de territoires.

Données de « projection »

Le tableau ci-dessous fait émerger quatre groupes de territoires en fonction du nombre estimé de médecins généralistes et de médecins spécialistes en 2025 (toutes choses étant égales par ailleurs).

Les territoires « jaune » étant les moins dotés, les « bleu » les plus dotés.

Le tableau ci-dessous montre bien que plus la densité de généralistes augmente, plus celle des spécialistes progresse, les uns attirant les autres.

Territoires	Offre de soins	
	Estimation du nombre de médecins généralistes pour 100 00 hab. en 2025	Estimation du nombre de médecins spécialistes pour 100 000 hab. en 2025
Tergnier	Jaune	Jaune
La Vallée de la Bresle - Vimeu		
La Thiérache		
Château-Thierry		
Béthune - Bruay		
Roissy		Rose
Abbeville	Rose	Bleu
Saint-Omer		Jaune
Laon		Rose
Beauvais		
Calais		
Compiègne		
Cambrai		
Maubeuge		
Péronne	Vert	Vert
Soissons		Rose
Dunkerque		Bleu
Lens - Hénin		
Douai		
Berck - Montreuil		
La Flandre-Lys	Bleu	Vert
Saint-Quentin		Bleu
Amiens		
Lille		
Boulogne-sur-Mer		
Valenciennes		

Sources : Adeli, RPPS, Insee-Données Omphale. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Territoires	Estimation du taux de mortalité évitable liée à la prévention en 2025	Estimation du taux de mortalité évitable liée au système de soins en 2025
Dunkerque		
Arras		
Valenciennes		
Cambrai		
La Thiérache		
Calais		
Beauvais		
Douai		
Maubeuge		
Laon		
Péronne		
Saint-Quentin		
La Vallée de la Bresle - Vimeu		
Amiens		
Abbeville		
Roissy		
Tergnier		
Soissons		
Compiègne		
Château-Thierry		
Boulogne-sur-Mer		
Saint-Omer		
Lens - Hénin		
Lille		
La Flandre-Lys		
Béthune - Bruay		
Berck - Montreuil		
Hauts de France		
France métropolitaine		

Sources : Insee RGP, CépiDc-Inserm. Traitement ORS Nord - Pas-de-Calais.

Préconisations et outils

Outils à destination des territoires

PRÉCONISATION : OUTILLER LES TERRITOIRES²⁰ AVEC DE L'INFORMATION À VALEUR AJOUTÉE, METTANT EN ÉVIDENCE LES ÉVOLUTIONS ET DYNAMIQUES DE SANTÉ DES TERRITOIRES

Objectif : fournir des données accessibles, mobilisables et mobilisatrices sur les territoires

- Outil opérationnel : mise à disposition d'indicateurs d'évolution et accompagnement portant sur la prospective de l'état de santé des habitants et de la démographie territoriale des professions de santé. Ces données et ces éléments de prospective accessibles permettront à chaque entité (qui en fera la demande) de comprendre comment elle se situe, en matière d'état de santé et de démographie médicale. Ceci permettra aux parties prenantes territoriales intéressées de percevoir comment la situation évolue dans le temps, comment le territoire se situe par rapport aux autres (et par rapport à la moyenne française) et quelles situations peuvent être atteintes en quelques années. C'est en comprenant les dynamiques, d'amélioration ou de régression, que les acteurs locaux auront un diagnostic précis, essentiel pour agir et mettre en place des actions adaptées visant à atteindre de nouvelles situations réalistes, mais plus satisfaisantes. Dans la forme, les indicateurs pourront être envoyés via une newsletter électronique et être consultables sur un site Internet. L'accompagnement se fera quant à lui *sur le terrain*.
- Outil opérationnel : mise à disposition d'un « mode opératoire » relatif à l'offre de soins et au parcours de soins. L'objectif est de répertorier l'ensemble de l'offre sanitaire disponible sur un territoire et de rappeler les modalités de recours aux différents services et établissements (exemple : liste des professionnels de proximité, des maisons de santé pluridisciplinaires et/ou des maisons médicales de garde, rappel du rôle du 15 et de la régulation...). L'outil, conçu pour les usagers, pourra être mis à disposition de l'ensemble des acteurs en faisant la demande. Les acteurs des EPCI et élus locaux sont nombreux à reconnaître ne pas avoir de vision précise de l'offre disponible et souhaiter une forme d'« annuaire local » de l'offre de santé.

²⁰ Agents économiques, élus locaux, agents des collectivités.

- Une cartographie des établissements de soins pourra être mise à disposition. Celle-ci fera figurer les établissements hospitaliers centraux, les établissements dits « de proximité », répertorier les lieux de consultations avancées de spécialistes, ainsi que l'ensemble des professionnels de proximité. Cette cartographie reposera sur un outil informatique, un back-office (plateforme de type SIRSE²¹) répertoriant l'ensemble des données.

PRÉCONISATION : VALORISER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ SUR LE TERRAIN ET DÉCLOISONNER L'UNIVERS DU SANITAIRE DE CEUX DES USAGERS ET DES ÉLUS

- Outil « Bienveillance ». L'objectif : valoriser le travail des professionnels de santé de proximité, afin de susciter des vocations et de décroiser l'univers des professionnels de santé de ceux des usagers et des élus locaux. Concrètement, il s'agit de communiquer via un indicateur statistique, par exemple, sur le nombre de vies « sauvées » ou les années de vie en bonne santé gagnées en raison de la présence des professionnels de santé. La communication de ces informations auprès des professionnels de santé aiderait à revaloriser le métier des professionnels de proximité à l'échelle locale. La diffusion de ces indicateurs peut se faire sous la forme d'une newsletter ou une mise à disposition sur un site Internet. Les données ayant vocation à être communiquées via les acteurs locaux.
- Fidéliser les professionnels de santé dès leurs formations initiales. Afin d'attirer ou de garder des professionnels de santé, il est important de capter ces professionnels au moment de leurs formations (au moment de leurs stages, qu'ils soient internes en médecine, infirmiers, sages-femmes...). En effet, l'expérience montre que le lieu de l'internat, du stage, du début d'exercice des professionnels de santé est souvent primordial dans le choix de leur installation. Une démarche de prise de conscience du rôle des acteurs locaux en la matière pourra être mise en œuvre.
- Proposer aux futurs professionnels de santé des conditions d'installations intéressantes. Parmi les facteurs d'implantation des professionnels de santé, au-delà du projet professionnel, les conditions de vie sont éminemment importantes. Proposer aux professionnels de santé, éventuellement intéressés par un poste dans un établissement de santé, une aide à l'installation personnelle peut constituer un élément déclencheur. Il peut s'agir d'un accès facilité à un logement, d'accompagnement du conjoint ou d'aide à l'installation de la famille.

²¹ Développé depuis plusieurs années par l'Observatoire régional de la santé Provence-Alpes-Côte d'Azur et, depuis 2016, par la Fédération régionale de recherche en santé mentale Hauts-de-France. <http://www.orspaca.org/sirse.php>

PRÉCONISATION : OFFRIR UN SOUTIEN À L'INGÉNIERIE LOCALE DE SANTÉ

- Outil opérationnel : accompagnement des territoires, via la mise en place de groupes de travail locaux, visant à créer des réseaux locaux de santé autonomes et pérennes.

L'objectif : faire émerger et/ou renforcer l'ingénierie locale de santé en prenant appui sur le premier outil évoqué : *mise à disposition d'indicateurs d'évolution...* Pour ce faire, il s'agit de constituer et animer des groupes de travail rassemblant les acteurs locaux intervenant dans le domaine de la santé : les professionnels de santé de proximité (médecins généralistes, masseurs-kinésithérapeutes, sages-femmes, infirmiers), les professionnels de santé hospitaliers (publics et privés), les élus locaux, les acteurs du médico-social et du social (EHPAD, CCAS...).

Ces groupes de travail pourraient avoir notamment pour missions :

- de souligner l'importance du portage politique afin de faire émerger des changements locaux ;
- de décloisonner l'univers des élus, des professionnels de santé de ville et des établissements hospitaliers ;
- d'intégrer la santé de façon transversale dans des projets d'aménagement du territoire, de développement économique et de transport et de mobilité ;
- d'élaborer les solutions adaptées aux problématiques locales (travail sur la mobilité, implantation d'un établissement pluri professionnel de santé, signature de partenariats) ;
- de « refaire » des EPCI un maillon essentiel de l'ingénierie locale de santé, pour l'ensemble des acteurs intervenant dans le secteur ;
- de formuler des situations locales raisonnables accessibles en quelques années compatibles avec l'état de départ initial.

Bien entendu, chaque groupe de travail s'attèlera aux enjeux du territoire en question, précisément en fonction du diagnostic fourni par les indicateurs du territoire, que ce soit en matière d'état de santé ou de démographie médicale.

PRÉCONISATION : AIDER LES TERRITOIRES À AGIR, EN CONSCIENCE DE LEURS FORCES ET FAIBLESSES

La conduite des deux volets de l'étude, quantitatif et qualitatif, a fait émerger trois grands types de territoires :

- Les territoires dits « denses » en offre de santé, pour lesquels le nombre de professionnels de santé est tel que l'accès aux soins n'est « pas » problématique.
- Les territoires dits « à consolider », qui se caractérisent par une offre de soins de taille suffisante, « critique », malgré une raréfaction croissante des professionnels de santé. Pour certains, le nombre de ces professionnels de santé et d'établissements permet encore de maintenir une certaine offre, mais la majorité rencontre des difficultés à attirer de nouveaux professionnels.
- Les territoires « sous dotés », qui, schématiquement, à titre d'exemple, rassemble moins de 5 professionnels de santé de proximité.

Cette typologie doit permettre une adaptation des outils aux spécificités des territoires.

Sans rentrer dans le détail de l'objet des éventuels groupes de travail et du « conseil » personnalisé aux territoires, des préconisations générales peuvent être introduites.

Pour les territoires, dit « denses » en offre de santé, la préconisation serait de poursuivre et maintenir le niveau de service de santé, et d'assumer ses responsabilités de « chef de groupes ».

Pour les territoires où l'offre de santé tend à se raréfier tout en restant relativement dense, il semble important de mettre en œuvre toutes les solutions visant à maintenir un seuil critique de professionnels de santé. Dans ces territoires, le conseil peut porter notamment sur le choix de l'implantation d'un établissement pluri professionnel de santé, et ce, en ayant recours au public ou au privé²².

Pour les territoires déjà dépourvus de professionnels de santé, il semble important que les efforts soient portés sur le renforcement de la mobilité et de l'accessibilité, de la solidarité entre EPCI, et sur la signature de partenariats entre territoires voisins. Le principe serait de multiplier les partenariats entre les professionnels de santé « restants » et ceux exerçant dans les zones les plus proches, afin de « mailler » et « relier » ces territoires les moins dotés.

²² Une fiche pratique et méthodologique indiquant notamment les facteurs clés de succès de l'implantation des structures pluri professionnelles de santé pourra être rédigée.

Bibliographie

Approche quantitative

Bigot R, Croutte P, Daudey E, Hoibian S, Miller J. *L'évolution du bien-être en France depuis 30 ans*. Cahier de recherche n° 298. CREDOC 2012 ; 158 p.

Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee Première* 2010 ; 1320 : 1-4.

Blanpain N. *L'espérance de vie par catégorie sociale et par diplôme. Méthode et principaux résultats*. Document de travail. Série des Document de Travail de la Direction des statistiques démographiques et sociales, n° F1602, 2016 ; 55 p.

Becuwe B, Werquin B. Cinq zones d'emploi gagnantes au jeu des navettes domicile-travail. *Insee Analyses Nord-Pas-de-Calais-Picardie* 2016 ; 14 : 1-4.

Bounaud V, Pubert M, Bouffard B. *Évolution des principaux indicateurs sanitaires et sociaux dans le Pays Sud Charente entre 2007 et 2015*. Saint-Benoit : ORS Poitou-Charentes, 2016 ; 8 p.

Centre National de Gestion (CNG). *Tome II : études statistiques complémentaires. Quatrième partie. Estimation des effectifs. Des sorties et des entrées dans le corps de praticiens hospitaliers (PH) temps plein à l'horizon 2030*. Projection 2015. Paris : CNG, 2016 ; 217 p.

Costemalle V. *Catégorie sociale d'après les déclarations annuelles de données sociales et catégorie sociale d'après le recensement : quels effets sur les espérances de vie par catégorie sociale ? Comparaison entre les déclarations annuelles de données sociales et les recensements de la population. Comparaison de méthodes d'estimation des espérances de vie*. Série des documents de travail n° F1603. Paris : Insee, 2016 ; 51 p

Cour des Comptes Chambres régionales et territoriales des comptes. *La carte des syndicats intercommunaux (SIVU, SIVOM et SMF) : une rationalisation à poursuivre. Annexes : monographies départementales*. Paris : Cours des Comptes, 2016 ; p. 161-176.

Cours des comptes. *Sécurité sociale 2015. Chapitre V : Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant*. Cour des Comptes 2015, 187-216.

D2DPE. *La communauté d'agglomération de la Porte du Hainaut*. Lille : Région Nord-Pas-de-Calais, 2014 ; 33 p.

Daubaire A, Hublau I. Projections de population pour le Nord - Pas-de-Calais : stabilité régionale, essor de la métropole lilloise. *Pages de Profils* 2008 ; 39 : 1-8.

Direction du Développement Durable, de la prospective et de l'Évaluation (D2DPE). *Un indicateur de développement humain à l'échelle des territoires du Nord - Pas-de-Calais*. Notes D2DPE 2009 ; 25 : 1-27.

Dumont GF. *Populations et territoire de France en 2030 : le scénario d'un futur choisi*. Paris L'Harmattan, 2008 ; 222 p.

Evrard A. *Nouvelles projections démographiques à l'horizon 2030*. Document de travail. Insee Picardie, 2008 ; 8 p.

Evrard A. Plus de 2 millions de Picards en 2040. *Insee Picardie Analyses* 2010 ; 49 : 1-4.

France Stratégie. *Dynamiques et inégalités territoriales : enjeux*. Paris : France Stratégie, 2016 ; 8 p.

Geay C, de Lagasnerie G. Projection des dépenses de santé à l'horizon 2060, le modèle PROMEDE. *Les cahiers de la DG Trésor* 2013 ; 08 : 39 p.

Guilbert P, Demeulemeester R, Fouchard A, dir. *Prospective santé 2030 - prévention 2010 : rapport final*. Paris : INPES, 2010.

HCSP. *Indicateurs de mortalité "prématurée" et "évitable"*. Paris : HCSP, 2013; 31 p.

Insee Champagne-Ardenne, CESER de Champagne-Ardenne. *Équipements de proximité et accessibilité en Champagne-Ardenne*. Insee, 2015 ; 208 p.

Insee. *Trente ans de vie économique et sociale*. Insee Référence. Paris : Insee, 2014 ; 160 p.

- Blanchet D, le Gallo F. Retour vers le futur : trente ans de projections démographiques. p. 33-42.
- Cabannes PY. Trois décennies d'évolutions du marché du travail. p. 55-67.
- Fiches thématiques. Population et territoires. p. 69-83. [Population, fécondité/mortalité, ménages, géographies de la population, environnement, régions françaises, France dans l'UE].
- Fiches thématiques. Emploi et revenus. p.85-97. [Population active, emploi/chômage, caractéristiques des emplois, revenu, pauvreté, protection sociale]
- Fiches thématiques. Conditions de vie et société. p. 99-115. [Consommation, logement, éducation, offre de soins, santé-causes de décès, culture]
- Fiches thématiques. Système productif. p. 133-147. [Entreprises, agriculture, industrie manufacturière, commerce, services marchands, énergie, recherche et développement].

Insee Picardie, ARS Picardie. D'ici 2020, un médecin généraliste sur deux sera à remplacer. *Insee Picardie Analyses* 2014 ; 85 : 1-6.

Insee Picardie, Conseil régional de Picardie, Préfecture de Picardie, Conseil économique et social de Picardie. *La structure de la population picarde se rapproche de celle de la France*. In *Picardie : Diagnostic et perspectives*. Insee, 2006 ; p. 29-33.

Jamme J. Première région de France pour les déplacements domicile-travail. *Insee Analyses Nord-Pas-de-Calais-Picardie* 2016 ; 18 : 1-4.

Lacoste O, Dupont J, Poirier G, Trédez G. *Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord - Pas-de-Calais. Analyse des états symbiotiques locaux des professionnels de santé*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2007 ; 186 p.

Lacoste O, Poirier G, Trédez G, Quach A, Rengot M, Sampil M. *Le maillage des pôles d'offre : éléments de la problématique, potentialités régionales et mise en œuvre locale*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 85 p.

Lahousse P, Piédanna V. *L'outil statistique en géographie. Tome 2 : l'analyse bivariable*. Paris : Armand Colin, 1999 ; 96 p.

Le Garrec MA. 60 ans de dépenses de santé : une rétroprojection²³ des Comptes de la santé de 1950 à 2010. *Études et résultats* 2013 ; 831 : 1-8.

Lejeune F, Vilain E. Temps d'accès aux services : la densité de population avantage la région Nord-Pas-de-Calais-Picardie. *Insee Analyses Nord-Pas-de-Calais-Picardie* 2016 ; 1 : 1-4.

Léon O, Godefroy P. Projections régionales de population à l'horizon 2030. Fortes croissances au Sud et à l'Ouest. *Insee Première* 2006 ; 1111 : 1-4.

Léon O. La population des régions en 2040 : les écarts de croissance démographique pourraient se resserrer. *Insee Première* 2010 ; 1326 : 1-4.

²³ Lors d'un changement de système, recalcule des données des années antérieures selon les concepts et dans les nomenclatures du nouveau système.

Léon O. Les projections régionales de population 2005-2030. Concentration au Sud et à l'Ouest et intensité variable du vieillissement : le double impact des migrations. *Économie et statistique* 2008 ; 408 : 137-152.

Leroy L. 25 ans de dynamiques économiques en Nord-Pas-de-Calais-Picardie. *Insee Analyses Nord-Pas-de-Calais-Picardie* 2016 ; 20 : 1-4.

Lucas-Gabrielli V, Pierre A, Com-Ruelle L, Coldefy M. *Pratiques spatiales d'accès aux soins*. Paris : IRDES, 2016 ; 97 p.

Mazuy M, Barbieri M, Breton D, d'Albis H. L'évolution démographique récente de la France et ses tendances depuis 70 ans. *Population* 2015 ; 3(70) : 417-486.

ORS Nord - Pas-de-Calais. Observations inattendues et capricieuses de la santé. *L'économie et la santé*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2009 ; 10 p.

ORS Nord - Pas-de-Calais. Observations inattendues et capricieuses de la santé. *Les temps de la santé*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2010 ; 19 p.

Ould-Kaci K, Lacoste O, Rengot M, Sampil M, Castel-Tallet Ma, Poirier G, Trédez G, Dumesnil C. *Éléments pour une prospective régionale des professionnels de santé*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2011 ; 132 p.

Pasdieu Y, Roussel R. *L'inflexion des dépenses de santé dans les pays durement touchés par la crise nuit à l'accès aux soins*. In France portrait social éditions 2015. Paris : Insee, 2015 ; 25-36.

Poirier G, Lacoste O. *Divergences des évolutions territoriales de l'offre de santé*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2014 ; 68 p.

Poirier G, Trédez G, Lacoste O. *Agrégats, polarisation et crunch chez les professionnels de santé : effets territoriaux des migrations contemporaines*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2012 ; 72 p.

Raimbault M, Moreels C, Lacoste O, Goudet JM. *Territoires divergents : Enquête sur l'inégale évolution locale des cancers*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2015 ; 128 p.

Trédez G, Lacoste O, Brosh S. *Accessibilité des professionnels de santé : une approche régionale de l'offre de soins et de son éloignement*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2008 ; 130 p.

Approche qualitative

Barthe L, Lima S. L'émergence d'une politique locale de santé dans les territoires ruraux : enjeux et limites. *Sciences et sociétés* 2012 ; 86 : 50-69.

Bavous JJ, Chapuis R, Delmer S, Mannone V, Passegué S, Volpoët P. *Introduction à l'analyse spatiale*. Paris : Armand Colin, 1998 ; 96 p.

Beaujeu-Garnier J. L'avenir scientifique de la géographie : David Harveu, Explanation in geography. *Annales de Géographie* 1971 ; 440(80) : 451.

Blanpain N, Chardon O. Projections de population à l'horizon 2060 : un tiers de la population âgé de plus de 60 ans. *Insee Première* 2010 ; 1320 : 1-4.

Blanpain N. *L'espérance de vie par catégorie sociale et par diplôme. Méthode et principaux résultats*. Document de travail. Série des Document de Travail de la Direction des statistiques démographiques et sociales n° F1602, 2016 ; 55 p.

Boulaud V, Pubert M, Bouffard B. *Évolution des principaux indicateurs sanitaires et sociaux dans le Pays Sud Charente entre 2007 et 2015*. Saint-Benoît : ORS Poitou-Charentes, 2016 ; 8 p.

Centre National de Gestion (CNG). *Tome II : études statistiques complémentaires. Quatrième partie. Estimation des effectifs. Des sorties et des entrées dans le corps de praticiens hospitaliers (PH) temps plein à l'horizon 2030. Projection 2015.* Paris : CNG, 2016 ; 217 p.

Cour des Comptes Chambres régionales et territoriales des comptes. *La carte des syndicats intercommunaux (SIVU, SIVOM et SMF) : une rationalisation à poursuivre. Annexes : monographies départementales.* Paris : Cours des Comptes, 2016 ; p. 161-176.

DATAR. *Quelle France rurale pour 2020 ? Contribution à une nouvelle politique de développement durable.* Paris : La Documentation française, 2003 ; 64 p.

Davezies L. *La crise et nos territoires : premiers impacts.* Les notes territoriales de l'AdCF. Paris : Assemblée des Communautés de France, 2010 ; 93 p.

Davezies L. *La crise qui vient. La nouvelle fracture territoriale.* Paris : Seuil, 2012 ; 112.

Davezies L. *Le nouvel égoïsme territorial : le grand malaise des nations.* Paris Seuil, 2015.

Davezies L. *La république et ses territoires : la circulation des richesses.* Paris : Seuil, 2008 ; 110 p.

Delas A. *L'hôpital public, un nouvel acteur territorial entre aménagement sanitaire et rivalités stratégiques* par Aurélien Delas. *Hérodote* 2011 ; 143 : 89-119.

Déplaud MO. *De l'erreur en politique : le cas de la régulation démographique du corps médical en France (1980-2005).* In Chauviré C, Ogien A, Quéré L, dir. *Dynamique de l'erreur.* Paris : Éditions La Découverte, 2009 ; p. 253-270.

Déplaud MO. *Une fiction d'institution : les besoins de santé de la population.* In Gilbert C, et Henry E, dir. *Comment se construisent les problèmes de santé publique.* Paris : Éditions de EHESS, 2009 ; p. 335-361.

Direction du Développement Durable, de la prospective et de l'Évaluation (D2DPE). *Un indicateur de développement humain à l'échelle des territoires du Nord - Pas-de-Calais. Notes D2DPE* 2009 ; 25 : 1-27.

Dumont GF. *Populations et territoire de France en 2030 : le scénario d'un futur choisi.* Paris : L'Harmattan, 2008 ; 222 p.

Estèbe P. *L'égalité des territoires, une passion française.* Paris : PUF, 2015 ; 88 p.

Evrard A. *Nouvelles projections démographiques à l'horizon 2030.* Document de travail. Insee Picardie, 2008 ; 8 p.

Fleuret S. *Construction locale de la santé : quels sont les facteurs de réussite des projets locaux de santé communautaire ? (Géo)politique et Santé* 2015 [en ligne] ; 26(2). Disponible sur : <http://espacepolitique.revues.org/3459>.

France Stratégie. *Dynamiques et inégalités territoriales : enjeux.* Paris : France Stratégie, 2016 ; 8 p.

Giblin B, Lacoste Y, dir. *Santé publique et territoire.* *Hérodote* 2011 ; 143 : 220 p.

Guilbert P, Demeulemeester R, Fouchard A, dir. *Prospective santé 2030 - prévention 2010 : rapport final.* Paris : INPES, 2010.

Guilluy C. *Atlas des fractures françaises : les fractures françaises dans la recomposition sociale et territoriale.* Paris : L'Harmattan, 2000 ; 181 p.

Guilluy C. *Fractures françaises.* Paris : François Bourin Editeur, 2010 ; 195 p.

Guilluy C. *La France périphérique : comment on a sacrifié les classes populaires.* Paris : Flammarion, 2014 ; 185 p.

Harang-Cissé M, Demare-Lécossais A. Du soin à la prévention, l'action d'une collectivité territoriale pour la santé publique : l'exemple de la Communauté de l'agglomération havraise. *Hérodote* 2011 ; 143 : 51-64.

Harvey D. *Géographie de la domination*. Paris : les Prairies Ordinaires, 2008 ; 118 p.

Haut Conseil du financement de la protection sociale. *Rapport sur l'impact de la protection sociale et de son financement sur la distribution des revenus*. Paris : HCFi-PS, 2015 ; 288 p.

Herbourg AM, Lallement G, Loubignac P. La recomposition des territoires, un facteur déterminant de l'action régionale. *Revue géographique de l'Est* 2000 [en ligne] ; 4(40) : 8 p. Disponible sur : <https://rge.revues.org/4071>.

Lacoste O, Sampil M, Rengot M, Trédez G, Ould-Kaci K, Ben Hadj Yahia Mb, Giovanelli J. *Enquête sur le besoins locaux de santé*. Loos : ORS Nord-Pas-de-Calais, 2010 ; 57 p.

Lacoste O. Hommes et structures de la santé. De l'importance du terrain à l'heure de la mise en place de la loi HPST. *Hérodote* 2011 ; 143 : 33-50.

Lacour C, Delemarre A. *40 ans d'aménagement du territoire*. Paris : La Documentation française, 2008 ; 162 p.

Moreels C, Trédez G, Goudet JM, Lacoste O. *Analyse territoriale et fonctionnelle de l'impact des maisons de santé*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2016 ; 47 p.

ORS Nord - Pas-de-Calais. *Observations inattendues et capricieuses de la santé : Économie et santé*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2009 ; 10 p.

Poirier G, Baro E, Goudet JM, Fraouti L, Zerhouni S. *Mise en place d'un dispositif de veille et d'alerte consacré aux impacts sanitaires de la crise économique de 2008*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2016 ; 79 p.

Raimbault M, Moreels C, Lacoste O, Goudet JM. *Territoires Divergents, enquête sur l'inégale évolution locale des cancers*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2015 ; 128 p.

Vanier M. Recomposition territoriale : la voie française. *L'information géographique* 2002 ; 2(66) : 99-112. Disponible sur : http://www.persee.fr/doc/ingeo_0020-0093_2002_num_66_2_2800.

Pasdieu Y, Roussel R. *L'inflexion des dépenses de santé dans les pays durement touchés par la crise nuit à l'accès aux soins*. In France portrait social éditions 2015. Paris : Insee, 2015 ; 25-36.

Pecqueur B. *Le développement local : mode ou modèle ?* Paris : Syros-Alternatives, 1989 ; 140 p.

Picard M. *Aménagement du territoire et établissement de santé*. Conseil économique et sociale. Notes d'Iéna n° 175 ; 2004.

Tenand M. Hausse des dépenses de santé. Quel rôle joue le vieillissement démographique ? *Médecines/sciences* 2016 ; 2(32) : 204-210.

Vanier M. *Le pouvoir des territoires. Essai sur l'intercommunalité*. Paris : Economica, 2008 ; 160 p.

Veltz P, Davezies L, dir. *Nord - Pas-de-Calais, 1975-2005 : le grand tournant*. La Tour d'Aigues : Éditions de l'aube, 2004 ; 169 p.

Veltz P. *Des lieux et des liens : politiques du territoire à l'heure de la mondialisation*. La Tour d'Aigues : Éditions de l'aube, 2002 ; 153 p.

Veltz P. *Mondialisation, villes et territoires : l'économie d'archipel*. Paris : PUF, 1996 ; 288 p.

Table des figures et tableaux

Figure 1 : Intercommunalités des Hauts-de-France (EPCI)	22
Figure 2 : Recomposition territoriale des intercommunalités : territoires d'évaluation et de projection (TEP)	25
Figure 3 : Part de la population âgée de 0 à 24 ans en 2012 (par EPCI)	30
Figure 4 : Évolution de la population âgée de 0 à 24 ans entre 2007 et 2012 (par TEP)	31
Figure 5 : Part de la population âgée de 0 à 24 ans en 2022 (par TEP)	32
Figure 6 : Part de la population âgée de 75 ans et plus en 2012 (par EPCI)	34
Figure 7 : Évolution de la population âgée de 75 ans et plus entre 2007 et 2012 (par TEP)	35
Figure 8 : Part de la population âgée de 75 ans et plus en 2022 (par TEP)	36
Figure 9 : Indice de précarité de Townsend, par communes en 2012	38
Figure 10 : Population active en 2012 (par EPCI)	40
Figure 11 : Évolution de la population active entre 2007 et 2012 (par TEP)	41
Figure 12 : Population active féminine en 2012 (par EPCI)	43
Figure 13 : Évolution de la population active féminine entre 2007 et 2012 (par TEP)	44
Figure 14 : Évolution des effectifs de salariés du secteur santé 2008-2013 (par TEP)	46
Figure 15 : Mortalité toutes causes et tous âges, 2010-2013 (par EPCI)	48
Figure 16 : Évolution de la mortalité (ICEM) toutes causes et tous âges, 2007-2012 (par TEP)	51
Figure 17 : Taux de mortalité toutes causes et tous âges en 2025 (par TEP)	52
Figure 18 : Mortalité évitable liée à la prévention, 2010-2013 (par EPCI)	55
Figure 19 : Évolution de la mortalité évitable liée à la prévention, 2007-2012 (par TEP)	56
Figure 20 : Estimation des taux de mortalité évitable liée à la prévention en 2025 (par TEP)	57
Figure 21 : Mortalité évitable liée au système de soins, 2010-2013 (par EPCI)	60
Figure 22 : Évolution de la mortalité évitable liée au système de soins, 2007-2012 (par TEP)	61
Figure 23 : Taux de mortalité évitable liée au système de soins en 2025 (par TEP)	62
Figure 24 : Évolution de la mortalité (ICEM) par cancer, 2007-2012 (par TEP)	65
Figure 25 : Taux de mortalité par cancer en 2025 (par TEP)	66
Figure 26 : Évolution de la mortalité (ICEM) par maladies de l'appareil circulatoire entre 2007-2012 (par TEP)	69
Figure 27 : Taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en 2025 (par TEP)	70
Figure 28 : Évolution de la mortalité (ICEM) par maladies chroniques, 2007-2012 (par TEP)	73
Figure 29 : Taux de mortalité par maladies chroniques en 2025 (par TEP)	74
Figure 30 : Densité des médecins spécialistes en 2015 (par EPCI)	80
Figure 31 : Évolution des effectifs de médecins spécialistes entre 2012 et 2015 (par TEP)	81
Figure 32 : Taux d'accroissement de la densité de médecins spécialistes en 2025 (par TEP)	82

Figure 33 : Densité des professionnels de proximité en 2015 (par EPCI).....	84
Figure 34 : Évolution des effectifs de professionnels de proximité entre 2012 et 2015 (par TEP).....	85
Figure 35 : Taux d'accroissement de la densité de professionnels de santé de proximité en 2025 (par TEP).....	86
Figure 36 : Part des professionnels de proximité âgés de 55 ans et plus en 2015 (par EPCI)	87
Figure 37 : Évolution des effectifs de professionnels de proximité âgés de 55 ans et plus entre 2012 et 2015 (par TEP).....	88
Figure 38 : Densité des médecins généralistes en 2015 (par EPCI)	90
Figure 39 : Évolution des effectifs de médecins généralistes entre 2012 et 2015 (par TEP)	91
Figure 40 : Taux d'accroissement de la densité des médecins généralistes, en 2025 (par TEP)	92
Figure 41 : Groupements Hospitaliers de Territoire dans les Hauts-de-France (GHT)	96
Tableau 1 : Dénomination des TEP.....	24
Tableau 2 : Population des Hauts-de-France (par TEP)	29
Tableau 3 : Indice de précarité en 2012 (par TEP)	39
Tableau 4 : Part des salariés du secteur de la santé humaine	47
Tableau 5 : Mortalité toutes causes, tous âges et prématurée, 2010-2013 (par TEP).....	50
Tableau 6 : Mortalité évitable liée à la prévention, 2010-2013 (par TEP)	54
Tableau 7 : Mortalité évitable liée au système de soins, 2010-2013 (par TEP).....	59
Tableau 8 : Mortalité par cancer, 2010-2013 (par TEP)	64
Tableau 9 : Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire, 2010-2013 (par TEP).....	68
Tableau 10 : Mortalité par maladies chroniques, 2010-2013 (par TEP)	72
Tableau 11 : Évolution de l'ensemble des professionnels de santé (par TEP)	77
Tableau 12 : Estimations de la densité des professionnels de santé en 2020 et 2025 (par TEP)	78

ISBN : 978-2-914512-82-4

Janvier 2017

Rapport réalisé avec le soutien de la Région des Hauts-de-France



Observatoire Régional de la Santé Nord - Pas-de-Calais

1 rue du Professeur Calmette
Campus Pasteur de Lille
59000 Lille
Tél. : +33 (0)3 20 15 49 20
Fax : +33 (0)3 20 15 10 46
www.orsnpdc.org