

Le maillage des pôles d'offre

Éléments de la problématique, potentialités régionales et mise en œuvre locale

13
5

Olivier Lacoste, Gilles Poirier, Gilles Trédez
Alexandre Quach

Avec la participation de Marielle Rengot et Madiou Sampil

Le maillage des pôles d'offre

Éléments de la problématique, potentialités régionales et mise en œuvre locale

Olivier Lacoste ¹

Gilles Poirier (statistique) ²
Gilles Trédez (cartographie) ²

Alexandre Quach ³

Marielle Rengot ²
Madiou Sampil ²

¹ Directeur, ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos

² Chargé(e) d'études, ORS Nord – Pas-de-Calais, Loos

³ Interne de santé publique, Faculté de médecine, Université de Lille 2

Sommaire

Le maillage des pôles d'offre, qu'est-ce que c'est ?	9
Pôles d'offre	10
Accès aux soins, maillage	11
Cadre législatif, formes de coopération.....	13
La communauté hospitalière de territoire (CHT)	13
Le groupement de coopération sanitaire (GCS)	14
Les formes d'exercice coordonné	15
Les outils de coopération	17
Aménagements territoriaux, gouvernance	21
Le Plan Régional de Santé (PRS)	22
Le rôle de l'ARS dans les projets de coopération	23
Les pôles tels que l'on peut les matérialiser	25
Mise en évidence des polarisations de l'offre	29
Le Nord – Pas-de-Calais et ses voisins	31
À la recherche de configurations à comparer plutôt que comparables	34
Rhône-Alpes	34
Le cas breton	35
La France de l'ouest & Le centre-est, leurs faibles gravités.....	36
Paris, capitale de rang européen.....	39
Le pourtour méditerranéen français	40
Les crises déjà en place.....	42
Le maillage : Réalités locales et capacité régionale à l'épreuve des faits	45
Opportunités	45
Retour sur les pôles d'offre.	49
Pourquoi et comment mailler ?	52
Le projet territoire de soins numérique de la Gohelle	54
En guise de conclusion : l'évaluation du service rendu à la collectivité.....	55
Annexes.....	57
Annexe 1 - Exemples concrets, diagnostic territorial	59
Annexe 2 - Les pôles d'offre.....	67
Annexe 3 - La Conférence permanente du Bassin minier ses potentiels et la mise en débat des Pôles d'offre.....	73
Annexe 4 - Les propositions stratégiques santé de la CPBM concernant directement PTSN	81
Annexe 5 - Participants au chantier n° 7.....	85

Le maillage des pôles d'offre,

qu'est-ce que c'est ?

L'idée de maillage des pôles d'offre est un concept qui paraît simple mais renferme une réalité plus complexe. L'offre de soins est définie à l'heure actuelle à partir d'indicateurs statiques : l'hôpital public joue un rôle central dans les régions en tant que pourvoyeur principal d'actes médicaux et de maintien de la permanence des soins. Son activité est mesurée classiquement en nombres de lits, un reflet de la taille qui ne prend pas en compte la diversité de son activité. La médecine de ville apparaît, quant à elle, comme garante de l'offre de proximité et crée un relais entre les patients et l'hôpital. Si cette vision dichotomique reste très simpliste et semble avoir été dépassée depuis longtemps par les acteurs du système de santé, les initiatives pour articuler ce dernier semblent encore souvent basées sur la connexion arbitraire d'entités indépendantes. Il est nécessaire de redéfinir les pôles d'offre et de penser à l'importance du maillage qui se tisse entre eux, souvent à l'initiative même des acteurs locaux. Cependant, les données et les publications sont aujourd'hui rares. C'est pourquoi ce premier volet de cette entreprise développée par l'Observatoire Régional de la Santé Nord – Pas-de-Calais est prospectif, explicite, et tente de fonder, d'illustrer la problématique que nous pensons plus que prometteuse. Elle est, à nos yeux, nécessaire à la mise en action complète des intentions de la loi *Hôpital, patients, santé et territoires*.

La volonté de relier les pôles d'offre répond à un besoin essentiel : l'égalité d'accès aux soins. De multiples facteurs sont à l'origine des inégalités d'accès aux soins. Le déséquilibre de la démographie médicale a été souligné depuis 2003 après les rapports du professeur Berland, avec la naissance des déserts médicaux, auxquels n'ont pu remédier depuis les mesures incitatives, et qui ont conduit les gouvernements successifs à engager ou envisager des mesures coercitives dont la mise en place n'est pas exempte de heurts ou de frustrations chez les professionnels de santé (Évaluations de la CNAM). Cette tendance est à mettre en parallèle avec les évolutions de la médecine moderne. Le vieillissement de la population et la prééminence des maladies chroniques ont considérablement accru les besoins des patients, ainsi que les contraintes de leur prise en charge (délais, développement de l'hospitalisation à domicile...). Les associations de patients gagnent en visibilité et sont des acteurs à part entière dans les réflexions attenantes à l'offre de soins.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a offert de nombreux outils pour redessiner l'offre de soins sur l'ensemble du territoire. Elle met l'accent sur les coopérations entre professionnels de santé, l'élargissement des champs de compétence des différentes professions afin d'aider à une meilleure répartition des tâches, et définit des statuts juridiques permettant aux acteurs du système de santé de créer des entités de regroupement adaptées à leurs besoins. Le progrès technologique de ces dernières années a considérablement augmenté les possibilités de coopération et aplani les contraintes géographiques et temporelles. Ces outils ont, depuis, permis l'émergence de nombreux projets locaux dans le Nord – Pas-de-Calais, que nous détaillerons ci-après à titre d'exemples.

Pôles d'offre

La définition d'un pôle d'offre est délicate. L'ORS Nord - Pas-de-Calais s'est employé progressivement à l'explicitier. En effet, l'approche classique par nombre de lits montre sa limite, en cela que si un établissement est de grande taille, la diversité des soins qu'il procure n'y est pas forcément corrélée. Ainsi, 3 Établissements Publics de Santé Mentale (EPSM) dans le Nord - Pas-de-Calais excèdent les 500 lits mais ne constituent que des pôles relatifs à une spécialité. Ils sont en revanche pris en compte si on considère qu'ils sont établis dans une zone où d'autres structures de soins sont développées car ils contribuent à compléter l'offre de soins.

Les atouts qui définissent un pôle comme tel sont donc de plusieurs natures. Dans son ouvrage, *L'avantage métropolitain*, Ludovic Halbert définit trois phénomènes qui donnent à une métropole son statut de pôle économique : « l'effet de profondeur » généré par une main-d'œuvre abondante, qui est donc tributaire de la démographie, mais aussi des mouvements de population sur un territoire donné ; « l'effet de variété » lorsque cette main-d'œuvre peut être exploitée dans des domaines multiples et « l'effet de spécificité/sélectivité » lorsque l'on a la capacité de faire appel à des champs de compétences avancés et particuliers. Si l'on raisonne par rapport à l'offre de soins, Lille -qui sans être une métropole peut s'enorgueillir d'un statut « d'eurocité » à la croisée des grands axes ferroviaires et autoroutiers- réunit par la présence du CHRU, des centres de formation, et de son grand bassin de vie, ces avantages. Elle représente un pôle d'attractivité pour les patients (soins spécialisés, renommée) autant que pour les professionnels de santé (équipements variés, centres de formation, qualité des soins renforcée par la proximité entre les services et la réduction des temps de transfert). Si l'identification de la métropole lilloise comme pôle principal de la région Nord - Pas-de-Calais est évidente, il n'en est pas de même pour les pôles secondaires, voire tertiaires, qui forment ou non le relais entre le pôle principal et une offre de proximité éparpillée.

Par ailleurs, la préséance de la métropole n'est pas due qu'à l'existence d'un pôle « d'excellence » généré par une élite universitaire : un hôpital bénéficiant de moyens financiers et technologiques, ainsi que de spécialistes reconnus, ne peut fonctionner sans le personnel administratif, logistique, la laverie ou les cuisines, et donc sans une offre de main-d'œuvre de proximité. Le concept de « la traîne » regroupe, sous cette appellation dont la sonorité péjorative est liée à une interprétation graphique et non à un ajustement de valeur, les acteurs invisibles mais tout aussi importants qui permettent l'existence d'un pôle. Le développement des pôles d'offre suit donc généralement la tendance démographique et économique d'un territoire, car ils doivent également bénéficier des avantages de « la traîne ». Ainsi se dessine l'attractivité exercée par les grandes villes au détriment des « déserts médicaux » : Devant le besoin technologique accru, les villes qui concentrent le savoir et l'organisation permettent un exercice plus aisé de la médecine, mais aussi l'ensemble des activités dont la production n'est pas directement liée à des ressources fournies par le territoire même. Ce qui est valable pour les grands centres hospitaliers l'est aussi pour les centres de plus petite taille, et pour les médecins libéraux. Un médecin généraliste, premier garant de l'offre de proximité, a également besoin de « la traîne » et reste tributaire de son éloignement relatif aux équipements dont il a besoin pour ses patients (imagerie, biologie), ainsi que de la présence d'autres professionnels de santé (pharmaciens, infirmières libérales, masseurs-kinésithérapeutes...) ou de structures médico-sociales : il doit être relié d'une certaine manière à des pôles plus diversifiés et plus complets. Un indicateur plus pertinent dans la définition d'un pôle serait l'existence d'un certain nombre de professionnels différents, car seule leur synergie peut rendre un pôle viable et attractif.

L'évaluation par les indicateurs statiques trouve quoi qu'il en soit sa limite, car elle ne suffit plus à refléter la réalité du terrain. Si les pôles d'offre existent bien, ils ne suffisent pas à eux seuls à définir l'offre de soins sans tenir compte des transferts humains (de patients ou de personnel), du flux des informations (dossiers médicaux et mise en place du DMP, imagerie partagée, télémédecine...), des coopérations entre établissements et professionnels libéraux, hospitalisation à domicile et médecine de ville, des réseaux de soins... De plus, le maillage tissé entre les pôles ne dépend pas que du paysage sanitaire, mais également des infrastructures en place (routes, transports en commun, équipements) qui conditionnent l'accès aux soins. La proximité géographique ne suffit pas à conditionner le lien entre deux pôles, et le lien entre proximité et accessibilité n'est pas toujours établi (DREES, études et résultats n° 817, octobre 2012). Cette situation est à mettre en parallèle avec les phénomènes qui se développent au niveau national, voire mondial en ces temps de « globalisation » économique : les entreprises ne se répartissent plus en grandes firmes internationales et en PME régionales indépendantes les unes des autres. La répartition moderne a renforcé la prépondérance des grands pôles métropolitains, réservoirs de main-d'œuvre qualifiée et centres des échanges, ce que l'on retrouve dans la tendance au regroupement territorial dans les politiques d'aménagement du paysage sanitaire français. Cependant, ce sont les flux entre chacune de ces entités qui définissent la territorialité et ont cassé l'architecture classique « verticale » (des territoires subordonnés à une capitale forte) au profit de relations plus horizontales (les entreprises apparaissent par un procédé plus linéaire, suivant les réseaux artificiels ou naturels, et les ressources régionales des compétences, l'abondance des services et les carrefours d'information). Le modèle « centre-périphérie » (Krugman 2008) construit suivant cette polarisation n'explique ainsi qu'en partie toute la complexité de l'enchevêtrement d'un territoire. La polarisation de l'offre de soins, sans savoir si elle est inéluctable, est le reflet de la polarisation générale des territoires. Si l'apparition des inégalités semble être une perspective dangereuse de cette tendance, la polarisation répond également à un besoin d'efficacité et est le résultat logique des contraintes démographiques et économiques actuelles qu'il faut prendre en compte dans la réalité du terrain. En comprenant ce phénomène, on peut l'accompagner de manière à maintenir une égalité d'accès aux soins par le développement du réseau entre les pôles. Un raisonnement par l'étude des flux peut permettre de mieux comprendre pour mieux connecter les pôles d'offre. Ce n'est donc pas à partir de pôles disséminés et communicants qu'il faut définir le maillage -ce que P. Veltz appelle la « multilocalisation »- mais à partir des flux eux-mêmes, les pôles n'étant que des repères au sein de cette vision globale.

Accès aux soins, maillage

Dans les perspectives d'aménagement du territoire, le principe d'une bonne gouvernance s'impose. À l'échelle régionale, sa prise en charge est normalement dévolue à l'ARS, qui a le double rôle de coordonner les initiatives émanant de différents acteurs (fédérations hospitalières, professionnels libéraux, caisses d'assurance maladie, collectivités locales et territoriales, syndicats...) et d'impulser une partie des projets à l'aide des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM). En pratique, de nombreuses actions de décloisonnement des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux se font sous l'égide d'acteurs locaux, l'ARS s'assurant de leur bonne cohérence avec les objectifs du Projet Régional de Santé (PRS). Un autre parallèle que l'on aurait pu effectuer lors de notre comparaison avec le développement économique général territorial est que le fonctionnement des entreprises n'est aujourd'hui plus défini par sa production imposée aux consommateurs, mais bien que la production est définie par la demande, qui rythme les innovations et la concurrence. De même, les associations de patients ont acquis un rôle considérable dans l'élaboration des politiques de santé depuis 2002 et on ne peut les oublier lorsque l'on évoque les acteurs impliqués dans la planification sanitaire. L'évolution des modes de participation et l'implication croissante des usagers dans la décision sanitaire ont été constatées dans de nombreuses études (Rapport public 2011 du Conseil d'État : *Consulter autrement, participer effectivement*, Étude du 07/07/2011 sur les modes de participation des citoyens-usagers, Cabinet Planète Publique), et accompagnées de modifications juridiques régulières (Arrêté du 27 mai 2011 relatif à la commission permanente et à la commission spécialisée dans le domaine des

droits des usagers de la Conférence Nationale de Santé instituée par l'article L. 1411-3 du Code de la santé publique, Saisine de la HAS par les associations de patients et d'usagers). La récente étude menée par l'association UFC-Que choisir sur les disparités d'accès aux soins en France montre l'implication du grand public concernant l'aménagement sanitaire territorial et se dote d'outils d'expertise pour faire entendre sa voix. Si tant est que cette étude se base sur des aspects méthodologiques qui pourraient être discutés, elle témoigne d'une inquiétude croissante des patients concernant l'égalité d'accès aux soins et leur sensibilisation au problème des déserts médicaux et des questions de santé publique (UFC-Que choisir, *la fracture sanitaire*, Octobre 2012).

Le maillage passe par la coopération des acteurs, trop rarement décrite et analysée, autant que par la compréhension du territoire. Les expertises ex-ante et ex-post disponibles ont montré que les initiatives devaient être préparées soigneusement (Rapport HAS *Coopération entre professionnels de santé : Conditions de succès et retour sur les expérimentations de 2004 à 2007*) et tenir compte des compétences, des intérêts, de la vision subjective de chacun des acteurs concernant le cloisonnement ou les risques encourus par leur propre profession. La loi HPST n'offrant que des moyens, l'aide à sa compréhension et l'accompagnement des acteurs impliqués dans les changements doit être constant. Sans aller contre la polarisation, le but est de tisser un réseau de soin suffisamment diversifié pour maintenir une égalité d'accès aux soins en tout point. La vision par le maillage et non plus par le pôle comme entité première déstabilise souvent ceux qui craignent de voir disparaître le sens du service public si l'hôpital ne constitue plus le maillon incontournable de l'offre de soins (Rapport *Mission Hôpital Public 2011*). Or sa position n'est pas remise en cause par sa part prise aux travaux de coopération avec d'autres structures.

Le 15 septembre 2012, la DGOS a demandé aux ARS d'effectuer un état des lieux de leurs territoires afin d'évaluer l'efficacité de la permanence des soins et l'identification des zones isolées. La volonté du président de la République d'un accès aux soins urgents en moins de 30 minutes fixe un objectif de délai de prise en charge qui ne dépend pas simplement d'une meilleure répartition géographique des soins : la seule contrainte de temps qui répond aux besoins des usagers du système de soins relève des coopérations, de la rapidité des transferts, des infrastructures, de l'accessibilité des plateaux techniques, des plateformes de permanence téléphonique et des professionnels non médicaux... En bref, de la qualité du maillage. Des concertations nationales pour identifier des solutions sont prévues entre octobre et décembre 2012.

Diverses études ont été menées pour analyser cette offre de soins en se démarquant des notions de densité simple avec toutes les contraintes et les biais dont nous avons parlé. Une alternative intéressante, explorée par l'ARS Haute-Normandie, peut être celle du modèle gravitaire : en modélisant la capacité de prise en charge d'un groupe de professionnels par rapport aux besoins de la population d'une commune grâce à l'identification d'un seuil de distance à l'accès aux soins « acceptable », ce modèle s'affranchit des découpages statiques et met en avant les zones réellement déficitaires en offre de soins et leur besoin en nombre de professionnels de santé (R. Dersy, *La solution du modèle gravitaire*, 2010). En redéfinissant idéalement l'accès aux soins par un temps plutôt qu'une distance, nous pourrions nous inspirer de cette méthodologie pour identifier les pôles d'offre et leur apport aux besoins de la population. Pourtant cette méthode est encore basée sur une vision statique du territoire. Elle ne prend ni en compte les mouvements de population, ni les flux d'information qui perturbent le découpage classique de l'offre de soins. Ce type de modèle doit être amélioré en le couplant à l'analyse des déplacements des patients consécutifs à leurs contraintes professionnelles, leurs rapports à l'attractivité d'un pôle, elle-même définie par de nombreux paramètres sanitaires ou non.

Cadre législatif, formes de coopération

La loi HPST offre de nombreuses opportunités de coopération aux acteurs du système de santé, en fournissant un cadre législatif pour les besoins de chaque situation. Elle fait suite aux réformes précédentes (loi du 31 décembre 1970, ordonnances du 24 avril 1996 et du 4 septembre 2003 notamment) qui plaçaient déjà les actions de coopération au cœur des politiques d'organisation des soins. Nous détaillerons différentes formes et outils de coopération, et leur évolution induite par les potentialités d'HPST.

La communauté hospitalière de territoire (CHT)

La CHT est la forme de droit commun des coopérations hospitalières publiques. Comme son nom l'indique, elle est destinée à faciliter l'association de structures hospitalières réparties sur un territoire plus ou moins vaste par la définition d'une stratégie commune. En vue d'une mutualisation de moyens, d'une recherche de l'amélioration de la qualité ou de la permanence des soins, les objectifs des membres de la CHT sont définis dans une convention par les commissions médicales d'établissements (CME). Innovation de la loi HPST, la CHT n'est pas pourvue de la personnalité morale et n'est pas ouverte aux structures privées ou aux professionnels libéraux. Cette forme de coopération a été pensée afin de fixer l'appartenance et d'harmoniser le secteur hospitalier public au sein d'un territoire donné. Ainsi, il n'est pas possible d'adhérer à plusieurs CHT pour un établissement.

Si cette initiative permet d'optimiser la coopération territoriale, on peut se demander si ses limitations pourraient devenir un frein à des coopérations plus étendues : un territoire étant une notion toute relative, il peut être encourageant de penser que des projets de ce type puissent dépasser la seule échelle locale ou régionale. Par ailleurs, la définition du territoire de santé répond avant tout à l'utilisation de l'espace par ses usagers : certaines filières sont clairement plus dirigées vers les soins de proximité (cancérologie, gérontologie, addictologie...) tandis que celles nécessitant des moyens techniques plus développés mais ne pouvant être disponibles partout correspondent plutôt à de plus larges « bassins de vie » (*Guide méthodologique des coopérations territoriales ANAP*). Les CHT sont souvent créées sous l'impulsion des acteurs de terrain et validées par l'ARS mais peuvent être également initiées directement par les instances administratives, qui sont de fait circonscrites à un découpage administratif précis. Dès lors, comment permettre des coopérations entre établissements situés dans des territoires limitrophes mais non régis par la même administration ? Un autre aspect délicat de la mise en place des CHT est le besoin de gouvernance interne. Il a été identifié que les projets de coopération nécessitent un chef de file pour coordonner l'action de leurs membres (Rapport HAS). Ainsi un des établissements membres doit être désigné siège de la CHT par approbation des deux tiers des conseils de surveillance, ce choix étant potentiellement source de tensions. Il semble donc plus pérenne de favoriser la création des CHT à l'initiative des établissements concernés, sans causer de retard dans la mise en place des coopérations envisagées, notamment grâce à la mise en place de mesures incitatives comme cela a été prévu dans la loi HPST (en 2009, la circulaire n° DHOS/E1/F2/O3/2009/292 avait ainsi réservé pour cette année-là dix millions d'euros sur le budget du fonds pour la modernisation des

établissements publics et privés -FMESPP- aux projets de coopération hospitalière). Cette aide provenant du FMESPP est à l'heure actuelle prévue jusqu'au 31 décembre 2012 dans les textes, ou si l'initiative provient de l'ARS d'effectuer une consultation de tous les acteurs impliqués pour bien identifier les besoins et la délimitation d'un territoire donné ou d'agir uniquement comme régulateur en cas de blocage de la procédure par les membres (Rapport *Mission Hôpital Public 2011*).

-Cas de la CHT Fourmies / Hirson-

Un exemple notable dans le Nord – Pas-de-Calais peut être la CHT du Valenciennois qui regroupe les CH de Valenciennes, Denain, Le Quesnoy et Saint-Amand-les-Eaux, afin d'améliorer l'offre de soins de proximité et la prise en charge en cancérologie sur le territoire du Valenciennois et de réaliser des économies d'échelle (Arrêté du 6 juin 2011). Le siège de la CHT est basé au CH de Valenciennes, mais la prise en charge des patients est donc répartie sur tout le territoire grâce à une mutualisation des moyens logistiques. Si Valenciennes s'impose comme pôle principal, le maillage réalisé de la CHT permet aux flux de patients et de moyens d'être confondus sur l'ensemble du territoire, améliorant l'offre de proximité, les délais et la structure originellement verticale de la prise en charge dans le Valenciennois.

Le groupement de coopération sanitaire (GCS)

Le GCS est une entité dotée de la personnalité morale de droit public ou privé, il peut accueillir en son sein des établissements privés, publics, des professionnels libéraux regroupés en syndicat ou non (mais compter au minimum un établissement de santé), et est ouvert aux secteurs social et médico-social. Le GCS existait préalablement à la loi HPST mais celle-ci a défini cette forme de coopération sous la dénomination de GCS de moyens et a introduit une nouvelle entité : le GCS-établissement de santé.

GCS de moyens

Comme son nom l'indique, le GCS de moyens permet la mutualisation de moyens, qu'ils soient humains, financiers, immobiliers, informatifs ou matériels. Sa capacité à organiser des interventions communes dans de nombreux domaines d'activité, y compris dans la recherche ou l'enseignement à travers les prestations médicales croisées, permet d'améliorer la qualité des soins administrés par ses membres. Une forme particulière du GCS de moyens est le GCS-réseau de santé qui s'appuie sur les membres du réseau pour sa formation, résultant en un puissant outil de coopération ville-hôpital.

GCS-établissement de santé

Le GCS-établissement de santé constitue la nouveauté apportée par la loi HPST : il permet, en vue de la sécurisation de la prise en charge et pour une harmonisation complète de la coopération, d'ériger le GCS en établissement de santé, de lui octroyer des missions d'intérêt général et d'être financé sur le fondement des règles tarifaires des établissements de santé. Le GCS est alors soumis aux régulations relatives aux établissements et se dote de toutes leurs composantes (directeur, conseil de surveillance, directoire, CME...).

De par sa capacité à induire des coopérations bien plus vastes, le GCS a souvent une dépendance par rapport à la notion de territoire plus relative. Ainsi le GCS MATISS regroupe 51 établissements de santé (24 établissements publics, 27 établissements privés), 4 Unions Régionales des Professionnels de Santé, 11 établissements ou structures du champ médico-social, 4 maisons de santé pluri professionnelles et 3 réseaux de santé (Dossier de presse du 26/06/2012) sur toute la région Nord – Pas-de-Calais, avec pour principal objectif l'établissement du DMP au sein de ses membres, un chantier susceptible de permettre une amélioration notable de la prise en charge des patients par une harmonisation des données. Si ce projet est encore en cours de réalisation, il illustre une vision globale du territoire à travers les flux d'information (DMP et téléradiologie...). Pour cet exemple, la notion de pôle s'efface au profit d'un maillage général de la région.

Les GCS peuvent également avoir une composante territoriale plus marquée comme dans le cas du GCS entre le CH de Montreuil et la Fondation Hopale (Berck, Bailleul, Arras, Lens), qui partagent 95 % de leur activité. Ici, le GCS permet la formation d'un pôle mieux doté et organisé sur le littoral où les structures isolées souffrent d'un manque d'attractivité tant vis-à-vis des professionnels de santé que des patients, tout en le reliant à des structures de l'Artois.

Le 20 juin 2012, un GCS a été créé entre le groupe hospitalier Cochin-Broca-Hôtel Dieu (civil) et le Val-de-Grâce (militaire) à Paris. Ce type de coopération n'a pas encore été expérimenté dans le Nord - Pas-de-Calais mais pourrait être une piste intéressante pour de futurs projets.

Les formes de coopération préexistantes à la loi HPST, tels les groupements d'intérêt public (GIP), groupements d'intérêt économique (GIE) et groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS), restent en place et constituent des formes juridiques alternatives pour les projets de coopération. Il est à noter que malgré les différentes formes de développement du GCS, certains projets ont préféré se tourner vers ces options apparemment moins lourdes administrativement, comme c'est le cas du GIP Polyclinique du Bois concernant l'optimisation de la prise en charge en radiologie autour des différents plateaux techniques. Cette préférence pour des formes de coopération non spécifiques au domaine sanitaire soulève peut-être la question d'une simplification des procédures liées à l'élaboration d'un GCS.

Les formes d'exercice coordonné

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP)

Les MSP permettent le regroupement de professionnels de santé (médicaux, paramédicaux, pharmaciens...) au sein d'une structure unique. Définies par la loi de financement de la sécurité sociale du 19 décembre 2007 (Article L. 6323-3 du Code de la santé publique), elles sont dotées de la personnalité morale et concluent avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) en vue de recevoir une aide financière pour leur fonctionnement. La concentration et la diversité de professionnels de santé contribuent à créer des pôles d'offre par l'intermédiaire des professionnels libéraux là où, auparavant, n'existait qu'une offre de proximité, souvent en milieu rural. Elles renforcent l'attractivité de leur territoire et permettent d'offrir une interface concrète de la médecine de ville lors des projets de coopération. Ainsi, le GCS MATISS compte 4 MSP parmi ses membres (Maubeuge, Laventie, Sin-le-Noble et Steenvoorde).

Les maisons de santé pluridisciplinaires et universitaires (MSPU)

Parce que l'attractivité d'un territoire dépend de la présence de professionnels et que ceux-ci sont plus susceptibles de s'y établir s'ils y ont effectué une partie de leur formation (*Éléments pour une prospective de la démographie médicale*, ORS), une forme de MSP particulière a été pensée pour renforcer l'attrait de la médecine de proximité auprès des jeunes médecins et reprise récemment par la voix de médecins généralistes blogueurs (Médecine générale 2.0) : la maison de santé pluridisciplinaire et universitaire. La première structure de ce type a ainsi été inaugurée à Coulommiers en Seine-et-Marne et pourrait être un précédent à l'installation de MSPU dans le Nord - Pas-de-Calais, afin de créer un effet de polarisation dans les régions plus isolées comme le littoral. La MSPU pourrait contribuer notablement au désenclavement de certains déserts médicaux en offrant au futur médecin généraliste la possibilité d'exercer dans de bonnes conditions (diversité des professionnels, disponibilité des équipements, facilitation des transferts et de l'information) dès le début de sa formation d'interne.

La société interprofessionnelle de soins ambulatoires (SISA)

La SISA s'adresse aux professionnels de santé des MSP : elle facilite leur activité en permettant la facturation par la MSP de certains actes réalisés en son sein à l'assurance maladie, mais en garantissant leur exercice libéral. Face à l'augmentation des pathologies chroniques et du vieillissement de la population, le besoin en soins ambulatoires, en lien avec l'HAD, se fait de plus en plus pressant et requiert un cadre d'exercice optimal. Apparue ultérieurement en amélioration de la loi HPST (loi du 10 août 2011), elle apporte un mode de coopération encore plus abouti pour

les professionnels libéraux cherchant à mettre en commun leurs activités (coordination et éducation thérapeutique) et forme un argument supplémentaire pour leur regroupement au sein des MSP (Articles L. 4041-1, L. 4042, L. 4043-2 et R. 4041-1 à R. 4041-5 du Code de la santé publique).

Les pôles de santé pluridisciplinaires (PSP)

Les PSP sont définis par le regroupement de plusieurs MSP et de cabinets libéraux périphériques. 18 projets de ce type sont en cours dans le Nord – Pas-de-Calais (données MRS 2008) et pourraient contribuer à la création de réels pôles de santé libéraux. Le processus de regroupement étant beaucoup plus large qu'une seule MSP, il est généralement facilité par la coordination des professionnels libéraux, par l'action de l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) par exemple. Certaines voix ont toutefois remarqué que nombre de ces regroupements avaient des difficultés d'organisation du fait d'un défaut de financement face à l'investissement personnel de leurs membres (article Medscape du 25 novembre 2011). La création des PSP va dans le sens de l'amélioration du maillage des pôles d'offre et de l'optimisation de l'offre de soins sur le territoire, mais pourrait être susceptible de soulever des inquiétudes de la part des professionnels libéraux laissés en exercice indépendant, éclipsés dans leur exercice de proximité par des structures en lien avec l'ARS et bénéficiant d'une plus grande visibilité. Il convient de rassurer les acteurs de tout le territoire, tout en incitant au développement des PSP. (Article L. 6323-4. Créé par la Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 40).

Les centres de santé

Les centres de santé sont des structures de regroupement de professionnels de santé salariés de création plus ancienne, généralement présents en milieu urbain et gérés par des associations ou une collectivité locale. Volontiers qualifiés de « dispensaires », leur activité se rapproche néanmoins de celle des MSP, et ils sont tenus de conclure un CPOM avec l'ARS et d'exposer un projet de santé en vue de recevoir un financement de leur activité. (Article L. 6323-1, D. 6323-1 à D. 6323-10 et R. 6323-23 à R. 6323-25 du Code de la santé publique). On peut imaginer un regroupement futur de cette entité au sein de la même forme juridique que les MSP.

Les réseaux de santé

Les réseaux de santé contribuent par leur présence sur tout le territoire à l'élaboration du maillage entre pôles d'offre et offre de proximité. Par leur position de carrefour entre l'hôpital et la médecine de ville, ils sont le meilleur exemple de coordination entre professionnels médicaux (médecin généraliste avec rôle-pivot, spécialistes, HAD, maisons et centres de santé, services de soins infirmiers à domicile...), médico-sociaux (services d'accompagnement pour adultes handicapés...), sociaux et administratifs, non plus centrés autour de la structure mais autour du patient ou de sa maladie (ensemble du parcours d'un patient de cancérologie, soins palliatifs, addictions...), permettant également aux professionnels de développer une expertise dans le domaine. Le Guide d'évaluation de la HAS d'octobre 2012 a néanmoins montré une efficience variable des quelque 700 réseaux présents en France du fait de la difficulté d'évaluer leurs objectifs et du manque d'indicateurs. Des recommandations concernant le rôle des ARS comme référents des réseaux de soins ont été émises afin de synchroniser leur action avec les objectifs du PRS et mieux appréhender leur position au sein de l'offre de soins.

Autres formes de coopération

D'autres initiatives de coopération entre professionnels se mettent en place progressivement, le plus souvent au sein de filières particulières, contribuant ainsi au renforcement du maillage régional autour d'une activité. L'ARS Nord – Pas-de-Calais a ainsi signé son premier arrêté d'autorisation de protocole de coopération entre ophtalmologistes et orthoptistes le 2 août 2012 dans le but d'optimiser les délais de prise en charge.

Les outils de coopération

Les systèmes d'information

Le développement des systèmes d'information¹ est à présent une priorité dans la modernisation de notre système de soins. La DGOS a lancé le programme *Hôpital Numérique* en novembre 2011 afin de corriger le retard français en matière de systèmes d'information. Mené sur cinq ans, il fixe des objectifs concernant les équipements ainsi que le développement des compétences et l'implication des équipes soignantes face à l'outil numérique. Devant des systèmes d'information trop diversifiés et non connectés entre eux, en ville comme à l'hôpital, la prise en charge souffre du manque de coordination. La FHF a conclu en juin 2012 la signature d'une charte des bonnes pratiques, baptisée BP6, entre les directeurs d'hôpitaux, les CME et les entreprises chargées de l'informatisation des établissements, et ouverte à tous y compris aux praticiens libéraux.

L'Agence des Systèmes d'Information Partagés de Santé (ASIP Santé) a pour rôle, quant à elle, de coordonner et de conseiller les établissements dans l'installation et l'utilisation de ces outils. Les grands chantiers en œuvre sont la mise en place du DMP, la généralisation de la télémédecine et le renouvellement des cartes professionnelles de santé (CPS) sur la base du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS). S'appuyant sur des expériences nationales (la mise en place réussie du dossier partagé des pharmaciens) et internationales (le réseau de données sécurisées du National Health Service -NHS- en Grande-Bretagne, les expériences de dossier partagé en Australie ou au Danemark...), l'ASIP mène la numérisation progressive des services et des cabinets, générant les flux d'information qui forment le maillage du territoire sanitaire. Après des débuts difficiles, l'écoute des professionnels de santé a conduit à une réévaluation des outils numériques pour les rendre accessibles et adaptés à leurs utilisateurs (Rapport 2011 de l'ASIP Santé). La généralisation du DMP en est encore malgré tout à ses débuts, l'ASIP Santé en ayant recensé moins de 200 000 à l'issue du mois d'août 2012, et sa connaissance n'est encore que rarement portée à l'oreille des patients. Les craintes des usagers concernant la sécurité des données, que l'on a pu entendre par exemple par la voix du Collectif Interassociatif Sur la Santé (CISS), s'accompagnent néanmoins d'une réelle espérance de voir une amélioration de la qualité des soins à travers l'e-santé et les expériences de la télémédecine.

La télémédecine

Alors que la conjoncture économique est clairement défavorable, que le nombre de médecins est appelé à diminuer dans les décennies à venir et que l'évolution de la demande de santé sera inéluctablement à la hausse du fait de l'allongement de l'espérance de vie, la télémédecine semble s'imposer d'elle-même comme une des principales variables de l'équation à résoudre.

Le développement du DMP (dossier médical personnel) sera un préambule indispensable à la généralisation de l'échange instantané de données sécurisées entre professionnels de santé. Dans le Nord – Pas-de-Calais, l'objectif vise à ce que 90 à 100 % des professionnels de santé soient prêts à son utilisation en 2016.

Partant du constat qu'un professionnel seul ou une entité juridique seule ne peuvent rien faire, l'usage des TIC (technologies de l'information et de la communication) appliqués à la santé est une entité incontournable de la stratégie d'organisation du territoire et une réponse à la polarisation de l'offre de soins.

C'est le ministère de la Santé qui est à l'impulsion de l'essor de la télémédecine, coordonnée par l'ASIP Santé créée en 2009. Les ARS (Agences Régionales de Santé) pilotent son déploiement au niveau de la région.

Ainsi le Projet Régional de Santé (PRS) 2011-2016 Nord – Pas-de-Calais intègre, pour la première fois, un programme régional de télémédecine à part entière.

¹ Voir annexe 2.

Pour rappel, les cinq priorités nationales de déploiement de la télémédecine sont les suivantes :

- Permanence des soins en imagerie ;
- Prise en charge de l'AVC ;
- Santé des personnes détenues ;
- Prise en charge de maladies chroniques ;
- Soins en structure médico-sociale ou en HAD.

Les principales orientations mises en avant dans le programme national y sont adaptées aux spécificités de la région.

Il prévoit la poursuite du développement de la téléexpertise en imagerie médicale, qui vise une meilleure permanence des soins en imagerie médicale et l'articulation renforcée avec les cabinets de radiologie du secteur libéral. Parmi les objectifs, le programme énonce aussi l'extension de l'application TéléAVC sur l'ensemble du territoire régional, notamment dans les centres hospitaliers du sud de la région ne comportant pas d'unité neuro-vasculaire (UNV).

Le programme régional de télémédecine vise également l'amélioration de l'accès aux soins en milieu carcéral, *via* la téléconsultation et la téléexpertise. Il veut enfin donner sa pleine mesure à la télémédecine appliquée aux maladies chroniques et/ou lors d'une hospitalisation à domicile (HAD), ainsi que pour les personnes vivant en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Malgré son avancée, le Nord – Pas-de-Calais accuse des retards dans la réalisation de certains objectifs fixés par le Volet Télésanté de l'État.

L'émergence d'un dispositif de pilotage régional devrait permettre d'entrer pleinement dans une logique de déploiement et de dépasser le stade des initiatives éparses et isolées.

Dans cette logique, le guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine, que la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a présenté en février 2012, est un atout supplémentaire sur lequel s'appuyer.

Rappel des principaux actes de télémédecine

Le décret 2010-1229 du 19 octobre 2010 définit cinq types d'acte relevant de la télémédecine :

- La **téléconsultation**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de donner une consultation à distance à un patient. Un professionnel de santé peut être présent auprès du patient et, le cas échéant, assister le professionnel médical au cours de la téléconsultation.
Acte requérant **la présence active du patient** (le patient est **acteur** et peut témoigner de la façon dont l'acte a été réalisé).
- La **téléexpertise**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical de solliciter à distance l'avis d'un ou de plusieurs professionnels médicaux en raison de leurs formations ou de leurs compétences particulières, sur la base des informations médicales liées à la prise en charge d'un patient.
- La **télésurveillance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'interpréter à distance les données nécessaires au suivi médical d'un patient et, le cas échéant, de prendre des décisions relatives à la prise en charge de ce patient. L'enregistrement et la transmission des données peuvent être automatisés ou réalisés par le patient lui-même ou par un professionnel de santé.
- La **téléassistance médicale**, qui a pour objet de permettre à un professionnel médical d'assister à distance un autre professionnel de santé au cours de la réalisation d'un acte.
- La **réponse médicale** qui est apportée dans le cadre de la régulation médicale mentionnée à l'article L. 6311-2 et au troisième alinéa de l'article L. 6314-1.

Dans tous les cas, les actes de télémédecine sont **des actes médicaux sous la responsabilité d'un médecin** (professionnel médical).

Selon une enquête publiée le 18 octobre 2012 (BFM, FDA, MFP), la télémédecine serait déjà connue de 75 % des répondants mais 63 % expriment un sentiment de sous-information qui pourrait faire envisager une démarche informative auprès du grand public. Les principales craintes décrites sont une déshumanisation de la médecine, un risque de diagnostic incomplet et une dérive concernant la confidentialité des données. Néanmoins, une bonne image de la télémédecine circule parmi les patients (74 %) et encourage son développement.

L'avantage économique que pourrait représenter le développement de la télémédecine n'est également pas négligeable tant en termes d'économies pour l'assurance maladie que de diminution du reste à charge pour le patient (déplacements pour les consultations en face-à-face...), comme le souligne la réflexion menée par le Conseil National Professionnel de Cardiologie sur les avantages d'une prise en charge de la télésurveillance ambulatoire des porteurs de stimulateurs et défibrillateurs cardiaques (septembre 2012). Cette étude propose une tarification forfaitaire de la télémédecine ambulatoire, qui réduirait d'une centaine d'euros par patient les frais associés aux consultations sur la base du coût maximal annuel.

Aménagements territoriaux,

gouvernance

Appliquée à la santé, la gouvernance est la somme de deux composantes : la « gouvernance sanitaire », qui regroupe les politiques de santé, les régulations et mesures d'encadrement de son système, et la « gouvernance de santé », représentée par les relations entre secteurs sanitaires et externes à la santé, secteurs public et privé et usagers du système de santé. La santé représente un facteur macro-économique majeur et la prise de conscience de cet état de fait implique élus, représentants du monde entrepreneurial et société civile. Au niveau de l'État, le besoin de compétences interministérielles dans la résolution des questions de santé a été souligné² et une nouvelle gouvernance européenne pour la santé se dessine à travers le programme Health 2020 du bureau régional pour l'Europe de l'OMS pour rappeler aux États les enjeux sanitaires de domaines allant des politiques de développement au commerce extérieur et intérieur, à l'agriculture ou aux relations internationales (Kickbusch I, Gleicher D. *Governance for health in the 21st century*. WHO Regional Office for Europe, 2012).

Si l'on examine les aspects de la gouvernance appliquée à l'offre de soins au niveau régional, la place centrale de l'ARS est évidente. Cependant l'essence de la gouvernance territoriale ne peut s'y résumer. Par définition, elle est le fruit des échanges entre l'ensemble des partenaires impliqués dans le processus décisionnaire. Les collectivités territoriales, la Région, les directions d'hôpitaux et les CME, les syndicats et associations, leur mode de fonctionnement et leur rapport avec le cadre institutionnel, l'intensité des échanges et des accords qu'ils tissent entre eux et avec l'ARS, représentante de l'État au niveau régional suivant le principe de subsidiarité, tout cela figure la gouvernance territoriale. La bonne utilisation des outils juridiques, de décision, d'expertise et d'information constitue autant d'atouts qui favorisent une bonne gouvernance.

G.F. Dumont, dans son ouvrage *Diagnostic et gouvernance des territoires*, répertorie des critères d'analyse de la gouvernance qui peuvent être rapportés au domaine de la santé : tout d'abord l'état des relations entre les différents acteurs. On peut dans notre situation raisonner en ne prenant non plus les élus comme référentiel principal mais les ARS qui ont vocation à occuper le rôle de pivot dans l'aménagement du paysage sanitaire par les pouvoirs qui leur ont été conférés lors de leur création par la loi HPST. Nous reviendrons sur les relations que l'ARS entretient avec d'une part les acteurs du système de santé et d'autre part l'État. L'analyse devra également passer par le diagnostic des projets locaux, de la capacité des différents partenaires à travailler en équipe, à élaborer une prospective territoriale, et de l'existence ou non au sein de ces projets d'un chef de file, ou comment l'ARS peut jouer un rôle dans ces processus. Enfin, il faudra examiner sa part dans la mise en œuvre des outils qui peuvent optimiser la gouvernance.

² Cambon L *et al.* Pour une nouvelle loi de santé publique en France au service d'une politique nationale de santé plus égalitaire et plus efficiente. *Santé Publique* 2012 ; 3(24) : 253-261. Lopez A. Structurer la politique nationale de santé, une ambition raisonnable. *Santé Publique* 2012 ; 3(24) : 241-251.

Le Plan Régional de Santé (PRS)

Renouvelé tous les cinq ans, le PRS représente les lignes directrices de l'aménagement de l'offre de soins sur le territoire régional. Un de ses objectifs qui nous intéresse le plus dans le cadre du maillage des pôles est la volonté de « territorialisation des politiques de santé » : le lien au territoire est réellement apparu avec le Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS) de troisième génération, un des trois schémas de recommandation constitutifs du PRS avec le Schéma Régional de Prévention (SRP) et le Schéma Régional d'Organisation Médico-Sociale (SROMS).

L'ARS a ainsi réalisé le découpage du territoire du Nord – Pas-de-Calais sur quatre niveaux afin de permettre l'application du PRS sur des champs plus ou moins fins. Les acteurs de terrain sont liés aux quatre commissions spécialisées de la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) pour articuler les projets locaux avec le PRS. La région forme le premier niveau, dont la gouvernance relève des relations entre l'ARS, le Conseil Régional et les Conseils Généraux pour les relations interdépartementales, ainsi que des relations en amont avec les autres régions ou pays transfrontaliers. Le deuxième niveau est représenté par les quatre territoires de santé : Métropole, Artois, Littoral et Hainaut. Ils sont responsables de la mise en œuvre des schémas régionaux et se découpent eux-mêmes en quinze zones de proximité, soit le troisième niveau qui permet une organisation plus fine. Enfin, le quatrième niveau est constitué par les espaces de projet, dépendant quant à eux de l'initiative des acteurs locaux. Ils correspondent souvent aux Établissements Publics de Coopération Intercommunale (EPCI) ou à divers territoires d'action (prévention, psychiatrie...).

Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM)

Le PRS est l'expression de la volonté d'une prospective régionale. L'ARS joue un rôle-clé au sein de la gouvernance territoriale par la définition des priorités et des schémas qui sont appliqués au travers des territoires de santé. Sa relation en amont avec les autorités de tutelle est assujettie à la signature de CPOM sur quatre ans mais réévalués chaque année en fonction des indicateurs du PRS. Les CPOM sont aussi utilisés pour rythmer les relations d'aval entre l'ARS et les acteurs locaux. Ainsi l'ARS Nord – Pas-de-Calais a-t-elle signé en 2011 avec l'URPS Médecins Libéraux un CPOM de trois ans poursuivant plusieurs objectifs : le développement d'une offre de formation des médecins libéraux, la coopération entre professionnels de santé et l'optimisation du parcours coordonné du patient (pour la prise en charge des pathologies chroniques, tel le diabète, à travers une meilleure éducation thérapeutique au sein des MSP et PSP), l'amélioration de la prise en charge médico-sociale de la maladie d'Alzheimer et du handicap en favorisant le lien avec les récentes Maisons de l'Autonomie, et enfin le développement de la télémédecine entre les urgences et l'ambulatoire.

Les contrats locaux de santé (CLS)

Sur le terrain, le lien avec l'ARS est maintenu à travers les CLS, issus de la loi HPST (Article L. 1434-17 du CSP) et signés avec les collectivités territoriales ou les acteurs locaux dans le but d'inscrire leurs initiatives dans la dynamique désirée par le PRS. Leur finalité principale, la réduction des inégalités territoriales, couvre des domaines purement sanitaires (prévention, organisation des soins, offre médico-sociale, santé mentale, accès aux soins) mais également des champs bien plus vastes (environnement, logement, santé au travail...). Selon les résultats de l'étude d'approfondissement sur les CLS menée en mai 2011 par le réseau français des villes OMS, 5 % des répondants avaient déjà signé un CLS et 73 % étaient en cours de rédaction. S'appuyant sur un état des lieux réalisé le plus souvent par les ORS, les signataires du CLS se fixent des objectifs qualitatifs ou quantitatifs. À Dunkerque, le CLS prévoit des objectifs concernant l'implication des habitants dans les projets de santé (qualitatif) et l'amélioration du taux de participation à une campagne de dépistage (quantitatif). Un des derniers en date, le CLS signé entre l'ARS et la Ville de Calais le 26 décembre 2012 se focalise sur le développement des actions communautaires au sein d'un territoire qui est identifié comme en difficulté et source d'inégalités sociales et d'accès aux soins.

Le plan Télémedecine

Déjà évoqué plus haut, le plan Télémedecine représente un volet important du PRS. Sa mise en œuvre doit également contribuer au travail sur les autres volets prioritaires du PRS : accès aux soins des personnes détenues, amélioration du parcours de soins des malades chroniques, développement de l'HAD et soins aux personnes âgées. Le renforcement des systèmes d'information de santé est fortement mis en avant dans le plan 2011-2016, que ce soit dans l'ambulatoire (évaluation des outils informatiques en lien avec l'URPS Médecins, équipement des MSP-PSP et centres de santé) ou pour les systèmes d'information hospitaliers (SIH). Le programme *Hôpital Numérique* contribue nettement à leur amélioration et l'accent est mis sur le développement du système d'information des Urgences (plan Urgences 2005, programme RAMUR, création de l'Observatoire Régional des Urgences). Les coopérations ne sont pas oubliées puisque le développement des GCS et des CHT s'accompagne de la mise en commun des SIH et du partage d'expériences de leurs membres, un des objectifs du plan Télémedecine. La création du GCS MATISS, qui s'inscrit dans le cadre du programme ÉMERGENCE et bénéficie de l'aide d'ASIP Santé pour le développement d'un système d'information commun, se fait sous l'égide de l'ARS qui évaluera la contribution des membres à l'évolution des systèmes d'information dans le Nord - Pas-de-Calais.

Le rôle de l'ARS dans les projets de coopération

Les projets de coopération sont le fruit de l'action coordonnée de l'ARS et des acteurs de terrain. La *Mission Hôpital Public 2011* a permis de se rapprocher de ces derniers pour mieux identifier leurs besoins, s'agissant notamment de l'aménagement territorial qui, selon l'étude, a fait l'objet d'une véritable prise de conscience au sein des directions hospitalières. Plusieurs voix se sont ainsi élevées concernant les difficultés induites par les formes juridiques de coopération que nous avons décrites précédemment. Ainsi il est reproché à la CHT, originellement destinée à être un symbole de volonté commune de la part de ses membres, d'être trop lâche compte tenu notamment de l'absence de personnalité morale. À l'inverse le GCS, lui, souffrirait d'une lourdeur administrative grevant sa mise en place et créant des inquiétudes, par exemple en ne garantissant pas forcément à ses membres fondateurs une place au cœur des décisions relatives au GCS (du fait de l'existence d'un directeur et d'un directoire propres aux GCS Établissements de santé par exemple). Certains aspects des Syndicats Inter-Hospitaliers (SIH) aujourd'hui disparus pour faire place aux GCS sont regrettés, comme l'usage simple de la pharmacie à usage interne (PUI) de n'importe laquelle de ses membres, sans besoin de création d'une PUI propre ou d'une exigence de transfert d'autorisation. Les deux principales formes de coopération, si elles sont largement adoptées, engendrent donc des difficultés pour leurs membres, sources de tensions entre eux. C'est là que le rôle de gouvernance de l'ARS prend son sens : à long terme, une réflexion sur une adaptation aux exigences de terrain peut être menée tandis qu'à court terme, un travail d'accompagnement des acteurs et de management territorial permet le déblocage de situations difficiles. « Des changements de responsables, une réaction heureuse en phase de crise, une incitation forte de l'agence, la mise en commun des directions, ont en l'occurrence permis de rebondir ». Le soutien des initiatives locales, par une action de coordination souple et l'octroi d'une grande marge de manœuvre aux acteurs locaux, fait partie de la « nouvelle gestion publique ».

Un autre obstacle au bon développement des coopérations qui a été identifié est la tarification à l'activité. Le système mis en place par la T2A rend la perspective de coopération moins attrayante puisque les actes ne sont plus mis au compte de l'établissement qui les a réalisés mais au compte de l'entité créée par fusion avec les autres membres (Rapport d'information n° 703 du Sénat sur la T2A du 25 juillet 2012). L'existence de seuils rend certains services moins rentables lorsqu'ils font partie d'un regroupement d'établissements. Dès lors, pourquoi opter pour la création d'un GCS ? L'ARS trouve encore une place charnière dans ces processus de décisions, pour faire valoir les économies d'échelle réalisées à terme, et pourrait également rechercher des formes de tarification adaptées aux coopérations.

Le développement des formes de coopération hospitalière et l'articulation ville-hôpital sont l'un des chantiers majeurs du SROS. L'ARS doit travailler son image auprès des acteurs locaux, jugée encore souvent « trop réglementaire » malgré l'abrogation par la loi HPST du cadre réglementaire des SROS-PRS. La gouvernance doit être réactive, harmonisant la volonté centrale avec les élans locaux, certains projets se plaignant d'avoir été retardés par les hésitations des autorités sanitaires, d'autres de l'inaccessibilité des directeurs généraux des ARS, dont la position très renforcée les confirme comme une interface incontournable aux prises de décision (*Mission Hôpital Public 2011*). Affirmer le dialogue avec les établissements pour expliquer et améliorer les objectifs du PRS est essentiel. Ainsi, le 25 juin 2012, la Fédération Hospitalière de France (FHF) a exprimé ses interrogations quant à son adéquation avec l'amélioration de l'égalité de l'accès aux soins en demandant un moratoire sur les PRS. La création d'une instance opérationnelle de dialogue sans contraintes réglementaires siégeant auprès du DG ARS est par ailleurs prévue dans le SROS III avec pour but le pilotage des activités hospitalières (*Guide méthodologique d'élaboration du SROS-PRS, Version 2.1, août 2011*).

Les pôles tels que l'on peut les matérialiser

*Le territoire -c'est-à-dire les régions, les villes, les banlieues- ne constitue pas une
« dimension » du réel, mais le réel lui-même.*

Laurent Davezies. *La crise qui vient. La nouvelle fracture territoriale*, Seuil, 2012.

Notre analyse des pôles d'offre tels que l'on peut les matérialiser à partir des données disponibles repose tout à la fois sur le constat combien problématique de l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire, et ce tant aux échelles nationales que régionales ou locales, et d'autre part sur le renforcement que nous avons décrit lors d'études précédentes³ des processus de concentration de ces mêmes professionnels de santé, exposés et acteurs du *Crunch*.

Selon notre thèse, qui ne reste peut-être qu'une hypothèse, la triple conjonction de l'évolution de la pratique médicale et des autres professions, leur sur-spécialisation croissante, l'accroissement de la mobilité quotidienne des professions de santé qui disjoint lieu d'exercice et lieu de résidence, la propension générale de la population à se déplacer pour se rendre sur son lieu d'activité, sont autant de facteurs initiaux alimentant cette concentration. Et pourtant si le *Crunch* reste méconnu dans son fonctionnement, ses effets sont constatés et décrits par le terme rebattu de désertification médicale.

Si les regroupements de professionnels de santé ont pu être recherchés et encouragés par les Schémas Régionaux d'Organisation des Soins et sont évoqués pour telle ou telle spécialité médicale, les effets de la concentration ont touché et touchent actuellement l'ensemble des professions, qu'il s'agisse des professions de l'offre de proximité⁴ telle qu'elle est définie explicitement dans la loi du 21 juillet 2009, *Hôpital, patients, santé et territoires*, ou des autres professions que nous baptisons *Professions de Pôle*⁵. Selon nous, selon nos observations l'un et l'autre groupe sont indissociablement liés dans leurs pratiques, dans leurs activités, dans leurs implantations, et par conséquent dans leurs concentrations. Les impératifs de leurs besoins écologiques sont très proches, ils nous semblent même *symbiotiques*.

De plus en plus et de plus en plus rapidement, un professionnel de santé recherche un lieu d'exercice lui permettant de bénéficier de bonnes *conditions de pratiques*, c'est-à-dire un lieu où d'autres collègues exerçant la même profession se trouveront en *quantité* à ses yeux *suffisante*, et où il trouvera à proximité d'autres métiers que le sien, eux aussi exercés par un nombre de professionnels satisfaisant. Ainsi, si le cardiologue est en fait un *rythmologue*, il privilégiera d'autant plus un lieu, un cadre d'exercice où se trouveront d'autres médecins de la même spécialité mais aussi bien d'autres professions. Quant au médecin généraliste, il présentera lui aussi la propension à venir s'installer là où se trouve une offre en professionnels de santé solide, ce qui générera à son tour d'autres effets de concentration sur d'autres professions. À une autre échelle,

³ 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.

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.

Poirier G, Sampil M, Trédez G. *Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord - Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2010 ; 70 p.

Trédez G, Lacoste O. *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.

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*. Rapport réalisé pour le Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2007, 186 p.

Lacoste O, Brosh S, Cascales J. *Atlas des professions de santé du Nord - Pas-de-Calais*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2005, 186 p.

Majed B, Marque G. *Les Technologies de l'Information et de la Communication et la santé*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2003, 92 p.

Poirier G, Lacoste O, Brosh S. *Médecins et territoires. Première contribution à l'observation des professions de santé et à l'identification des zones difficiles*. Rapport réalisé pour la DRASS du Nord - Pas-de-Calais. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2003, 232 p.

Lacoste O, Spinosi L, Schepens C. *Distance, proximité, accessibilité, attraction et recours de la population vis-à-vis du système de soins. Rhcp2s 3^e extraction*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2002, 48 p.

⁴ Médecins généralistes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, opticiens-lunetiers et pédicures-podologues.

⁵ Ensemble des professions de santé figurant au Code de la santé publique à l'exclusion des médecins généralistes, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, opticiens-lunetiers et pédicures-podologues.

dans d'autres milieux et pour d'autres intentions, les *Maisons de Santé Pluridisciplinaires* ne sont que la reproduction délocalisée en zone rurale de cette recherche de *bonnes conditions d'exercice*.

Élaboration des bassins de vie 2012 par l'INSEE

La refonte du zonage du territoire français en bassins de vie (et parallèlement en zones d'emploi⁶) a été recommandée en 2009 par le groupe de travail Statistiques locales et nouvelles tendances de localisation des populations et des activités sur le territoire du Conseil national de l'information statistique en 2009.

Il constatait, entre autres, le besoin exprimé par de nombreux utilisateurs de la statistique publique d'identifier les points de polarisation des emplois, de la population et des équipements au sein des territoires concernés par des projets d'aménagement (dont la santé). Cette nomenclature revue devait rendre compte des mutations structurelles du territoire : élargissement de l'influence des villes, imbrication de « l'urbain » et du « rural » et polycentrisme urbain. Ces bassins de vie devaient constituer une partition cohérente de l'ensemble du territoire, représentative des aires de vie de la quotidienneté.

Ces bassins de vie ont été élaborés au plan national et ont été soumis à la validation dans les Directions régionales de l'INSEE. Celles-ci ont pu parfois apporter des corrections à la base nationale, soit par création de pôles supplémentaires, soit par réaffectation de communes d'un bassin de vie à l'autre.

La source première utilisée a été la base permanente des équipements.

La base permanente des équipements (BPE) est réalisée par l'INSEE annuellement, avec comme date de référence le 1^{er} janvier, depuis 2007.

Élaborée à partir de différentes sources administratives actualisées chaque année, cette base répertorie un large éventail d'équipements et de services rendus à la population. La BPE couvre les domaines des services, marchands ou non, des commerces, de la santé (équipements dans le domaine des établissements de santé) et de l'action sociale, de l'enseignement, du tourisme, du sport et des loisirs. Elle est alimentée par diverses sources administratives⁷ dont de notables proviennent de la DREES, c'est-à-dire du ministère de la Santé.

⁶ Les zones d'emploi ont été retenues par l'Agence Régionale de Santé Nord – Pas-de-Calais comme l'élément territorial de référence à la mise en place de ses zones de proximité.

⁷ Les différentes sources de la BPE :

A - Six répertoires :

- **ADELI** (Automatisation des listes : enregistrement des diplômes des professionnels de santé, du social et des psychologues), géré par la Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) du ministère de la Santé ;

- **RPPS** (Répertoire Partagé des Professionnels de Santé), géré par les conseils de l'ordre des professions réglementées ;

- **FINESS** (Fichier National des Établissements Sanitaires et Sociaux), également géré par la DREES du ministère de la Santé ;

- **RAMSESE** (Répertoire Académique et Ministériel Sur les Établissements du Système Éducatif), géré par la Direction de l'Évaluation, de la Prospective et de la Performance (DEPP) du ministère en charge de l'Éducation ;

- **SIRENE** (Système Informatique pour le Répertoire des ENtreprises et leurs Établissements), géré par l'INSEE ;

- Recensement des Équipements Sportifs, espaces et sites de pratique (RES), réalisé par le ministère des Sports concernant les équipements sportifs et de loisirs.

B - Divers fichiers administratifs centralisés :

- les services ouverts au public de la Gendarmerie nationale tels que les brigades territoriales de proximité ;

- les fichiers servant de base de sondages aux enquêtes de l'INSEE sur la fréquentation dans l'hôtellerie et dans l'hôtellerie de plein air ;

- les services de police tels que les commissariats ou les antennes de police ;

- les établissements de l'enseignement agricole tels que les lycées agricoles ou les centres d'apprentis agricoles ;

- les principaux tribunaux gérés par le ministère de la Justice et des Libertés ;

- les points contacts postaux gérés par La Poste ;

- les théâtres, avec et sans label, issus de la base de données du CNT (Centre National du Théâtre).

En 2012, quatre nouvelles sources alimentent cette base. Il s'agit :

- des établissements de Pôle Emploi provenant de la base de données des lieux de délivrance des services de Pôle Emploi ;

- des stations-services émanant de la base de données du site gouvernemental des prix des carburants du ministère de l'Économie et des Finances (MINEFI) ;

- des aéroports extraits de la base de données de la Direction Générale de l'Aviation Civile (DGAC) ;

- des gares issues de la base de données de la SNCF.

Pour les sources MINEFI, DGAC et SNCF, le Commissariat général au développement durable - Service de l'observation et des statistiques (ministère de l'Écologie, du Développement durable et de l'Énergie) collecte les données et les transmet à l'INSEE pour intégration dans la BPE.

Pour la santé, les équipements retenus sont :

- Centre lutte cancer ;
- Urgences ;
- Maternité ;
- Centre de santé ;
- Structures psychiatriques en ambulatoire ;
- Centre de médecine préventive ;
- Dialyse ;
- Hospitalisation à domicile ;
- Pharmacie ;
- Laboratoire d'analyses médicales ;
- Ambulance ;
- Transfusion sanguine ;
- Établissement thermal ;
- Établissement de lutte contre l'alcoolisme ;
- Établissement santé court séjour ;
- Établissement santé moyen séjour ;
- Établissement santé long séjour ;
- Établissement psychiatrique.

À ces établissements s'ajoute la présence identifiée de professionnels de santé via le fichier RPPS ou le fichier ADELI.

Pour toutes les communes de 10 000 habitants ou plus est examinée la coprésence de ces équipements (sanitaires et non sanitaires).

Dans le cas des bassins de vie, ce sont 31 équipements intermédiaires⁸ qui ont été retenus comme panier d'équipements de référence.

La localisation fine des 31 équipements et de la population, au niveau de la commune, permet de calculer des distances (entre communes équipées et non équipées, par exemple.). On étudie la concentration spatiale des équipements, en mettant en rapport les équipements et leurs utilisateurs potentiels (puisque'il n'existe pas de données se rapportant aux flux de fréquentation des différents équipements). On détermine par la suite pour chaque équipement quelle est la commune équipée la plus proche (en temps d'accès⁹ et non pas en kilomètres), ce qui génère une base d'accessibilité aux équipements, en supposant que tous les habitants d'une commune y ont recours dans la commune la plus proche (méthode ANABEL¹⁰).

Ainsi, pour chaque commune, on estime que la commune la plus fréquentée sera celle qui est majoritairement fréquentée pour l'ensemble des équipements. Pour être Pôle, une commune doit posséder au moins 50 % des équipements de la gamme, soit au minimum 16 équipements.

Par la suite on détermine des pôles de services intermédiaires (31 équipements) et leurs zones d'influence, ce qui constitue les bassins de vie.

Des territoires locaux contemporains fort bien adaptés à la proximité :

On arrive ainsi à la délimitation de 1 644 bassins de vie en France métropolitaine, dont les extensions spatiales (voire carte 1) laissent bien entrevoir une géographie de la proximité plus contemporaine des possibilités de déplacements de la population française que ne le sont les cantons. Leurs surfaces s'étendent en zone de montagne (Alpes, Pyrénées, Jura) et dans les espaces de faibles densités de population (Landes, Berry, Bourgogne médiane et sud de Champagne-Ardenne, par exemple).

La seule anomalie apparente et pourtant notoire est le bassin de vie de Paris, le plus étendu de tous, qui recouvre plus d'un tiers de l'Île-de-France.

46 dans le seul Nord – Pas-de-Calais :

Dans le département du Nord, ces bassins de vie sont ceux de :

Annœullin, Arleux, Armentières, Avesnes-sur-Helpe, Bavay, Bergues, Bourbourg, Cambrai, Cassel, Le Cateau-Cambrésis, Caudry, Cysoing, Douai – Lens, Dunkerque, Flines-lez-Râches, Fourmies, Hazebrouck, Hondschoote, Landrecies, Lille, Marchiennes, Maubeuge, Orchies, Pont-à-Marcq, Le Quesnoy, Saint-Amand-les-Eaux, Solesmes, Steenvoorde, Templeuve, Valenciennes, Wavrin et Wormhout.

Dans le département du Pas-de-Calais :

Ardres, Arras, Aubigny-en-Artois, Audruicq, Auxi-le-Château, Avesnes-le-Comte, Bapaume, Berck, Béthune, Boulogne-sur-Mer, Calais, Desvres, Éperlecques – Watten et Frévent.

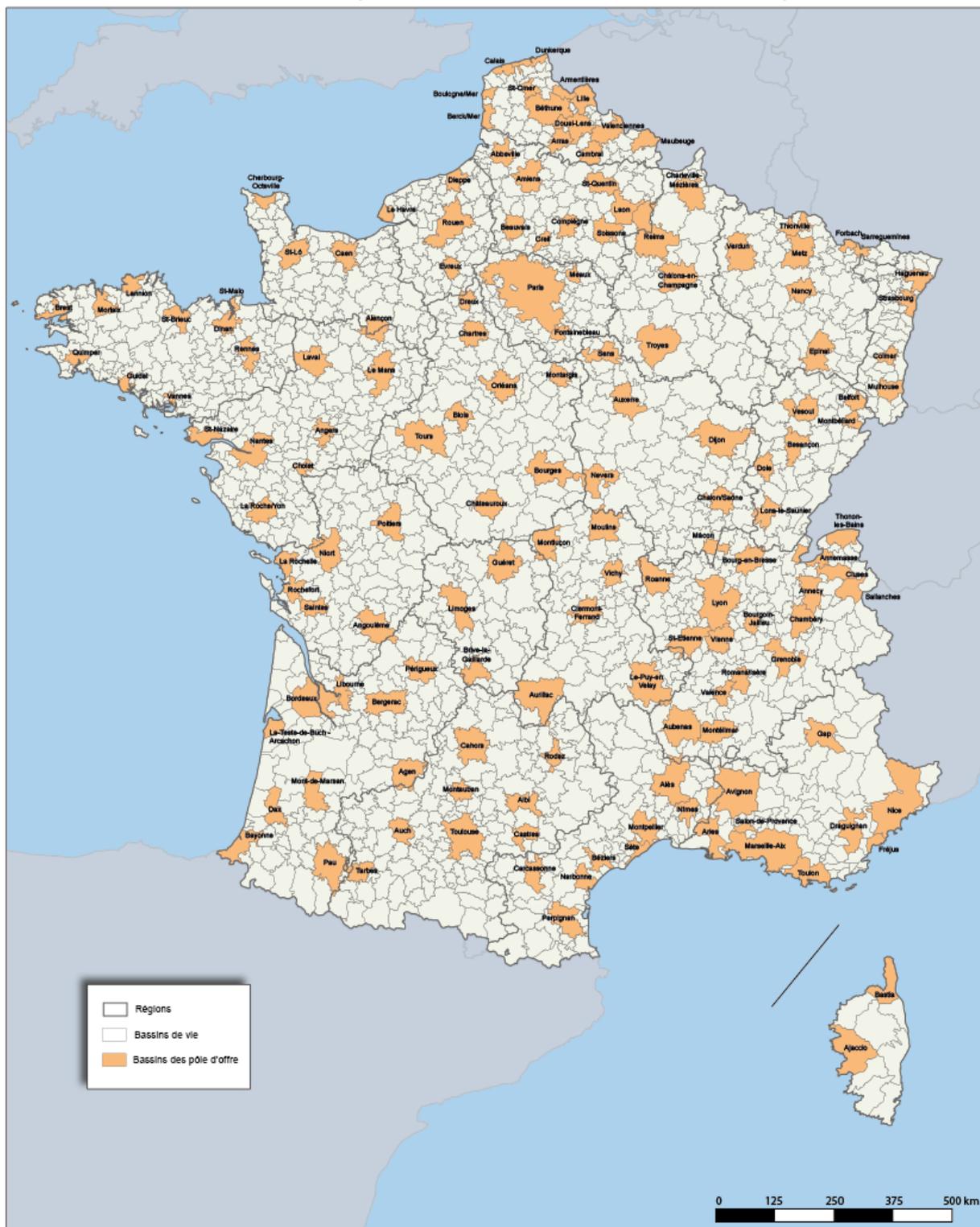
Aucune anomalie flagrante n'est à signaler.

⁸ Trésorerie, pompes funèbres, contrôle technique automobile, écoles de conduite, vétérinaire, blanchisserie-teinturerie, police ou gendarmerie, supermarché, librairie, magasin de vêtements, équipements du foyer, chaussures, électroménager, meubles, articles de sports-loisirs, bijouterie, droguerie-quincaillerie-bricolage, crèche, collège, opticien, orthophoniste, pédicure-podologue, laboratoire d'analyses médicales, ambulance, maison de retraite, service de soins à domicile, service d'aide pour personnes âgées, piscine, piste d'athlétisme, piste de roller-skate-vélo bicross, salle ou terrain de sport spécialisé.

⁹ En heures creuses par la route.

¹⁰ La méthode ANABEL permet enfin d'agréger par itérations successives les communes et de dessiner le périmètre des bassins de vie.

Carte 1 : Les Bassins de vie 2012 définis par l'INSEE et les Pôles d'offre de la France métropolitaine



Source : INSEE

Mise en évidence des polarisations de l'offre

Si les données disponibles qui seront susceptibles de décrire, de suivre et d'évaluer les relations maillées entre Pôles n'en sont qu'à leurs premiers balbutiements d'émergence de leurs nécessités, il reste fort heureusement possible de conduire une analyse descriptive -en cela il est certain qu'une analyse fonctionnelle de leurs liens matériels et immatériels sera la suite logique de l'implémentation d'HPST- des Pôles d'offre présents sur le territoire, dans le Nord - Pas-de-Calais comme dans toute autre région.

Quels sont donc les bassins de vie, tels que l'INSEE a pu les mettre à jour, qui maillent l'offre de soins et de santé ? Quelles sont la fréquence et la répartition de l'offre de santé polarisée ? Quels équilibres entre centres peuvent assurer le maintien d'une offre de proximité et contrebalancer les effets de la métropolisation ?

Sur 100 bassins fréquentés couramment par les Français, moins de 10 atteignent une masse critique susceptible de polariser les flux. En effet, nous avons identifié 153 bassins de vie à même de correspondre à nos critères (voir liste en annexes). Ceci signifie donc qu'en moyenne en France 9 bassins de vie sur 10 bénéficient des forces gravitaires des pôles d'offre.

Figure 1 : Tableau récapitulatif des pôles d'offre identifiés

Région	Pôles d'offre						
	Pôles des grandes métropoles	Grands pôles	Sous Total	Pôles intermédiaires	Pôles secondaires	Sous Total	TOTAL
Alsace	1	2	3	1	-	1	4
Aquitaine	1	2	3	3	4	7	10
Auvergne	-	1	1	3	2	5	6
Basse-Normandie	-	1	1	1	2	3	4
Bourgogne	-	1	1	2	3	5	6
Bretagne	1	5	6	1	3	4	10
Centre	-	2	2	3	3	6	8
Champagne-Ardenne	-	2	2	-	2	2	4
Corse	-	-	-	1	1	1	1
Franche-Comté	-	1	1	2	3	5	6
Haute-Normandie	1	1	2	-	2	2	4
Languedoc-Roussillon	1	3	4	4	-	4	8
Limousin	-	1	1	1	1	2	3
Lorraine	1	1	2	2	3	5	7
Midi-Pyrénées	1	-	1	2	5	7	8
Nord - Pas-de-Calais	1	4	5	6	2	8	13
Pays de la Loire	1	4	5	2	-	2	7
Picardie	-	1	1	3	4	7	8
Poitou-Charentes	-	4	4	-	2	2	6
Provence-Alpes-Côte d'Azur	3	1	4	3	2	5	9
Rhône-Alpes	2	5	7	6	4	10	17
Île-de-France	1	-	1	1	1	2	3
Total	15	42	57	47	49	96	153

Sources : Fichiers RPPS & ADELI

Méthode d'élaboration des Pôles d'offre

Le découpage territorial que nous avons retenu est la délimitation des bassins de vie, publiée par l'INSEE en 2012.

Il ne pouvait être question de retenir la commune ou le canton, dont le recours expose à des problèmes de contiguïtés dans l'offre, ne se prêtant pas du tout à la prise en compte de leur accessibilité de la part de la population et par conséquent au recours aux services et aux professionnels de santé (ce point est en effet l'une des difficultés majeures rencontrées dans l'efficience des différentes zones prioritaires des professions de santé (médecins généralistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes)).

Par ailleurs les zones d'emploi, revues elles aussi en 2012, sont trop étendues et se fondent essentiellement sur les déplacements quotidiens des actifs et pas sur les pôles de recours aux services. Il ne pouvait aussi être question de recourir à un découpage *ad hoc* du territoire du Nord – Pas-de-Calais puisque cela nous aurait conduits à l'impossibilité de comparer la présence et la répartition des Pôles d'offre que nous aurions pu identifier à d'autres situations régionales ou locales observables en France métropolitaine.

En cela la caractérisation de la présence et de la constitution des Pôles d'offre du Nord – Pas-de-Calais aurait été considérablement réduite par l'impossibilité de recourir à l'approche de type *Nous et les autres* ou *Ici et ailleurs*¹¹.

Pour chaque bassin de vie de France métropolitaine ont été sommés les effectifs totaux de professionnels de santé présents dans les deux fichiers RPPS (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes et sages-femmes) et ADELI (pour l'ensemble des autres professions non répertoriées dans RPPS). *Professionnels de proximité* et *professionnels de pôles* ont été distingués. Par la suite des seuils clivants et rigoureux ont été recherchés afin d'obtenir une typologie observée -et non pas produite par une analyse statistique- qui permettrait d'individualiser les sites pivots évoqués de l'organisation des soins du Nord – Pas-de-Calais.

Cette nomenclature a été appliquée à l'ensemble des bassins de vie français afin de mettre en évidence, par comparaison, l'éventuelle spécificité régionale (qui est apparue).

Type de rang 1 : les pôles des grandes métropoles (9,8 % des pôles). Ce sont ceux qui ont plus de 10 000 professionnels de santé, c'est-à-dire une capacité gravitaire maximale. Il s'en dénombre 15 au total c'est-à-dire moins qu'il n'existe de régions. 10 d'entre elles en sont dépourvues : Auvergne, Basse-Normandie, Bourgogne, Centre, Champagne-Ardenne, Corse, Franche-Comté, Limousin, Picardie, et Poitou-Charentes. À l'inverse d'autres bénéficient de 2 voire 3 pôles de type 1. Ce sont Provence-Alpes-Côte d'Azur et Rhône-Alpes. Le Nord – Pas-de-Calais, quant à lui, en compte un, Lille.

Type de rang 2 : les grands pôles (27,4 % des pôles). Les grands pôles comptent entre 10 000 et 3 000 professionnels de santé. Il en existe 42. Leur répartition est très inégale. Corse, Midi-Pyrénées, et Île-de-France n'en comptent aucun. Il en existe 4 dans le Nord – Pas-de-Calais, tous regroupés dans l'espace urbain central, l'aire métropolitaine de Lille.

Pôles de type 1 et 2 (37,2 % des pôles) constituent les corps maillants et structurants de la galaxie de l'offre de santé. Une seule région, fort peu peuplée, n'en compte aucun, la Corse, 8 n'en comptent qu'1, et 8 autres en ont 4 ou plus. Le Nord – Pas-de-Calais se place parmi celles-ci.

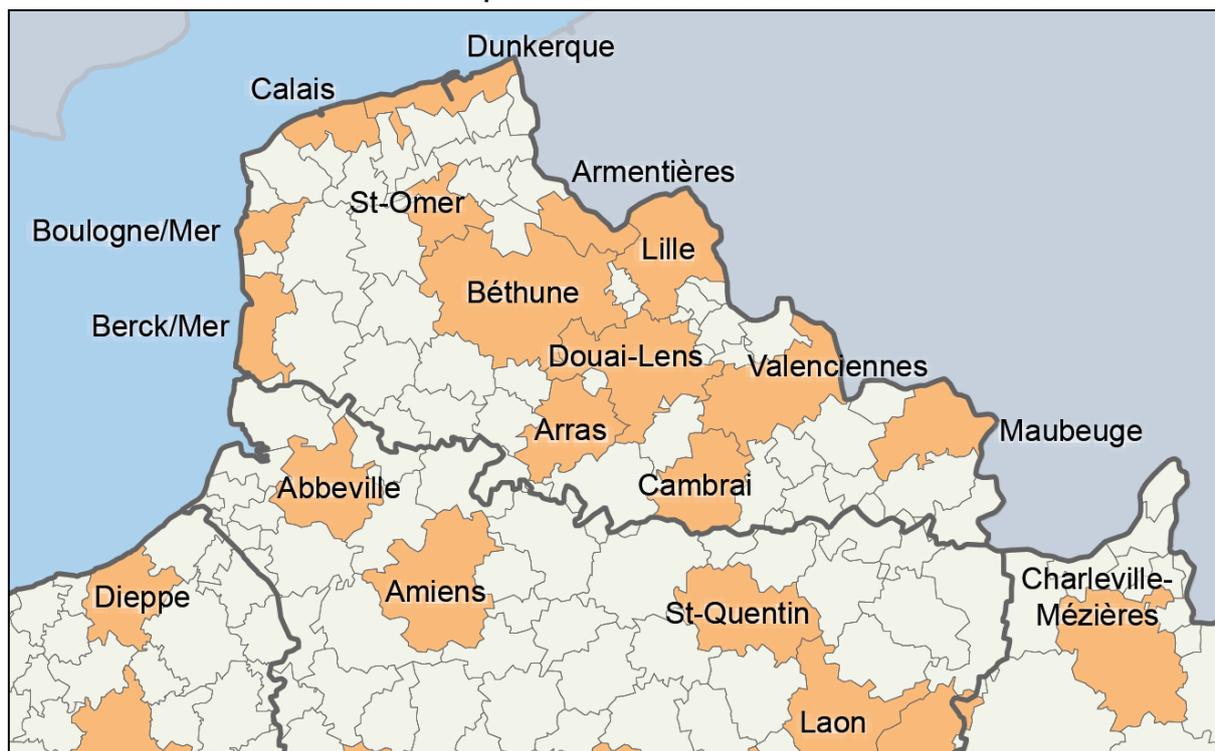
Type de rang 3 : les pôles intermédiaires (30,7 % des pôles). Ils sont définis par plusieurs critères qui ne tiennent plus seulement à des effets de masse critique. Ils comptent certes entre 3 000 et 1 500 professionnels de santé, mais afin de valoriser leurs fonctions polarisantes, ils doivent compter au moins 20 % de professionnels de pôles, c'est-à-dire ne pas être constitués de plus de 80 % de professionnels de proximité. De plus, compte tenu de la localisation très souvent extra-urbaine des EPSM, et de leur faible capacité polarisante, la part des infirmiers en psychiatrie ne doit pas y dépasser 20 % de l'ensemble des professionnels de santé. On en dénombre 47 au total. Champagne-Ardenne, Haute-Normandie et Poitou-Charentes n'en ont aucun. La majorité des régions n'en possède que de 1 à 3. Rhône-Alpes et Nord – Pas-de-Calais en comptent 6 chacun.

Type de rang 4 : les pôles secondaires (32,0 % des pôles). Ils comptent plus de 1 000 professionnels de santé sans atteindre la masse des 1 500. De nouveau, la présence de l'offre en psychiatrie a été minimisée, les infirmiers en psychiatrie ayant été exclus du décompte. Ces pôles secondaires se situent donc entre l'offre de proximité et l'offre polarisée. On ne peut leur prêter de véritables capacités maillantes, leur force de gravité potentielle est tenue et ne s'étend probablement pas au-delà de l'immédiate proximité. Il est probable que les *effets tunnel* y soient intenses, et ce pour que l'attraction de pôles éloignés et même très éloignés puisse s'y exercer avec force. Ce sont les plus nombreux, ils sont 49, bien qu'ils ne représentent que moins d'un tiers du total.

¹¹ Poirier G, Midelet A, Trédez G, Lacoste O. *Nous et les autres : spécificités et évolution des territoires du Nord - Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord-Pas-de-Calais, 2010 ; 160 p.

Lacoste O, Poirier G, Rengot M, Sampil M, Trédez G, Ben Hadj Yahia MB, Fontant P, Giovannelli J, Poisson T, Ould-Kaci K. *Ici et ailleurs : nouveaux indicateurs de santé du Nord - Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord-Pas-de-Calais, 2010 ; 205 p.

Carte 1 bis : Les Bassins de vie 2012 définis par l'INSEE et les Pôles d'offre dans la France du nord



Source : INSEE

Le Nord – Pas-de-Calais et ses voisins

Au total 13 bassins de vie accèdent au rang de pôles d'offre, une fois notre nomenclature appliquée. 13 pôles d'offre, c'est certes moins que les 17 pôles de Rhône-Alpes mais c'est surtout bien plus que la structuration moyenne de l'ensemble des régions françaises. Ceci signifie donc, et le constat est d'importance, que le Nord – Pas-de-Calais dispose, bénéficie d'une structuration presque sans équivalent et qui laisse augurer de moindres risques, de plus notables opportunités que bien d'autres régions.

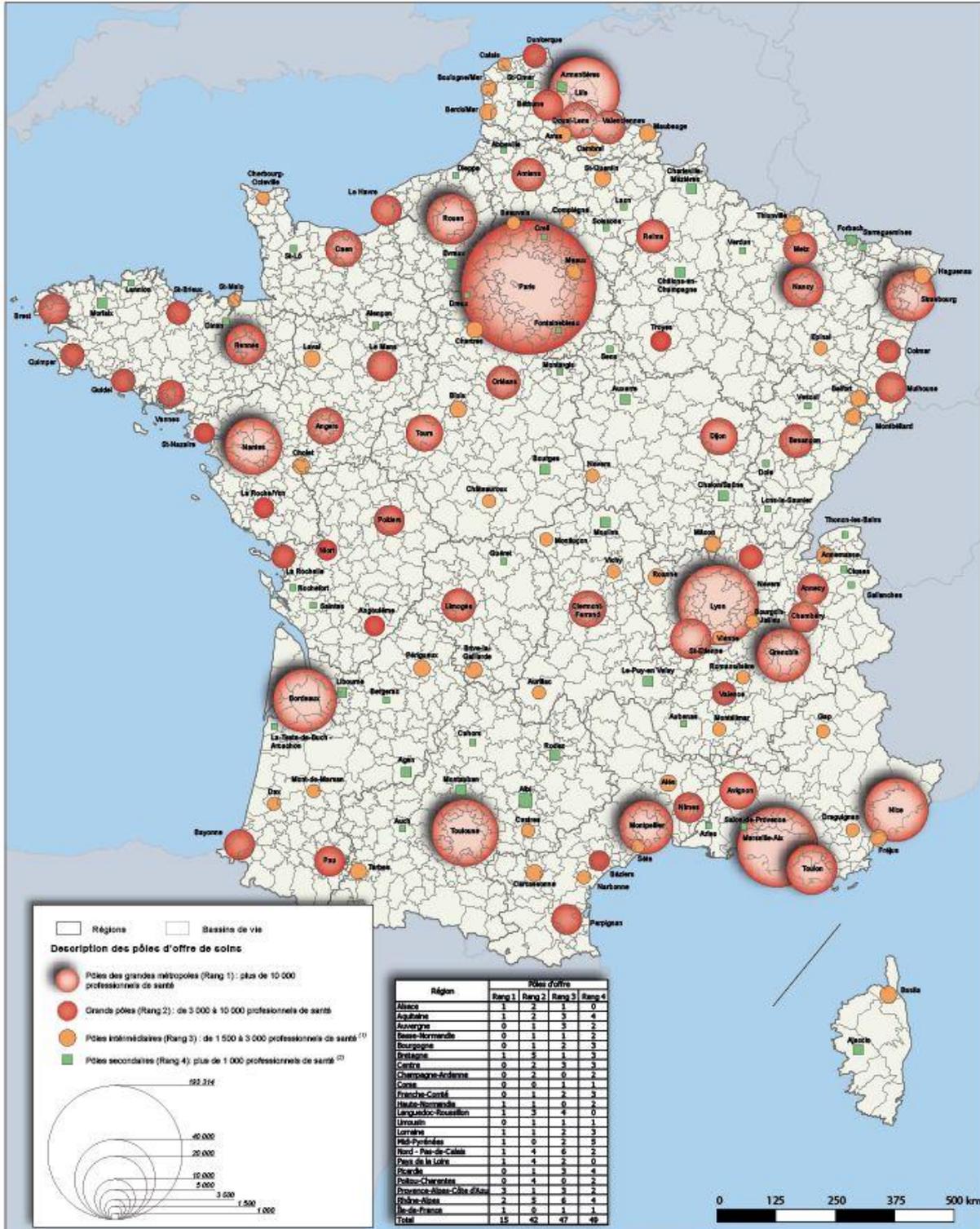
À quoi cela peut-il être dû ? Il est certain que l'ampleur du fait urbain régional y est pour beaucoup. Ceci se constate sur les cartes puisque ce sont les bassins de vie les plus ruraux qui n'accèdent pas au rang de pôles. Cependant les espaces périurbains, tel l'espace interstitiel entre Lille, Douai-Lens et Valenciennes, ne sont pas pôles, fussent-ils secondaires. Si le Nord – Pas-de-Calais a manqué un temps de grandes agglomérations disposant d'une ville-centre solidement établie et incontestée -en cela Lille ne ressemblait pas à Bordeaux ou Strasbourg ou Toulouse-, la survenue de l'ère de la métropolisation et de la mobilité a pu pallier ce qui pouvait être un handicap. C'est donc bien aux effets des agglomérations urbaines, plus qu'aux jeux des grandes villes, que l'on doit assurément l'existence de pôles forts et nombreux.

De plus, il convient de rappeler que depuis le Schéma Régional d'Organisation des Soins de troisième génération (SROS 3) initié par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, l'offre de soins n'a cessé de se regrouper, se concentrer et donc se polariser depuis les périphéries vers des centres multiples, avant toute chose en direction des 13 pôles de Lille, Douai-Lens, Valenciennes, Béthune, Dunkerque, Arras, Berck, Maubeuge, Boulogne-sur-Mer, Calais, Cambrai, Armentières et Saint-Omer.

Certes, nous avons établi notre nomenclature à partir de nos observations, de notre connaissance du terrain, mais il est nécessaire d'accompagner celle-ci de la recherche de points de comparaison, d'autres configurations d'offre, susceptibles d'être comparées dans leurs similitudes et dans leurs différences.

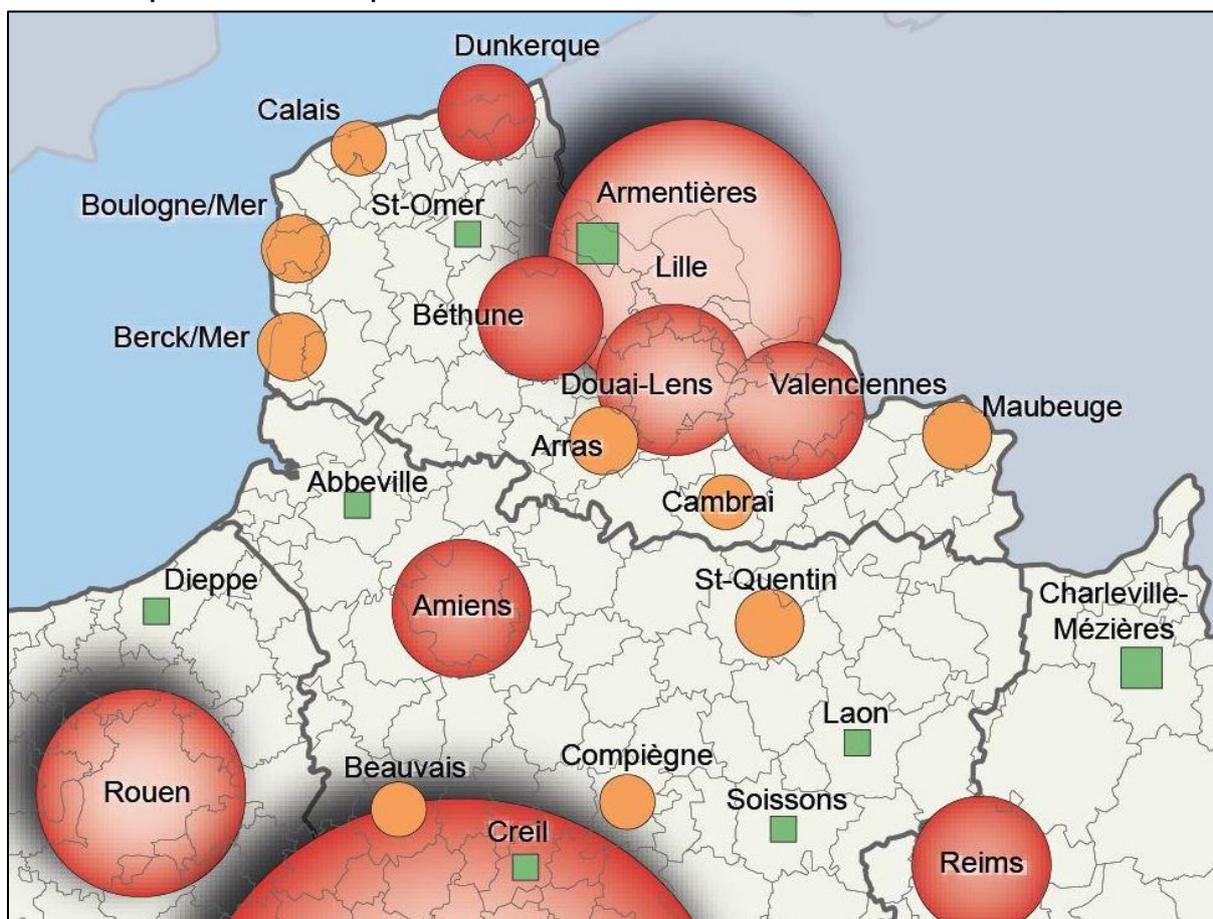
L'analyse en santé publique exige que les points de comparaison soient fondés, justifiés, sinon la banalité s'instaure, les difficultés perdurent et l'anticipation ou la réorganisation ne se conduisent pas, ou plus regrettable encore, ne se conçoivent pas.

Carte 2 : Les 153 pôles d'offre de la France métropolitaine



Sources : Fichiers RPPS & ADELI

Carte 3 : Les pôles de la France septentrionale



Sources : Fichiers RPPS & ADELI

Le système régional actuel s'ancre sur le pôle lillois dont la *masse* atteint plus de 25 000 professionnels de santé, ce qui le place au quatrième rang des pôles de la France métropolitaine (derrière Paris, Marseille-Aix-en-Provence et Lyon). Cette masse, qui lui confère une force de gravité structurante puissante, est similaire à celle de Toulouse, supérieure à celle de Bordeaux, Nantes, Montpellier ou Rennes.

Mais ce système régional d'offre comprend aussi les 4 pôles de type 2, dont celui de Dunkerque dont la masse gravitaire (un peu moins de 3 200 professionnels contre près de 8 200 pour Douai-Lens et 25 000 à Lille) est sensiblement excentrée en dehors de l'aire métropolitaine de Lille, de la *Métropole*. Ce deuxième cercle décroît en intensité mais assure très probablement un rôle de relais à une polarisation, centrée sur Lille mais qui est *de facto* multipolaire. La région Nord - Pas-de-Calais n'apparaît donc pas sous-polarisée, bien au contraire. Le troisième cercle enfin, constitué des pôles de Maubeuge, Cambrai, Arras et des 3 agglomérations du littoral du Pas-de-Calais, est une constellation de sites périphériques dont l'éloignement n'est pas, en règle générale, très important. Cependant, les deux confins du sud du département du Nord et de celui du Pas-de-Calais où la polarisation a peu d'influence, réduite par l'effet de la distance, ne trouvent sans doute pas les moyens de se régénérer. Quant aux sites limitrophes de Saint-Quentin et surtout de Charleville-Mézières et d'Abbeville, leur potentiel polarisant ne peut qu'être faible, en raison de leurs éloignements et de leur relative modestie.

À la recherche de configurations à comparer plutôt que comparables

Chaque géographie régionale des pôles est tout à la fois la résultante de diverses configurations territoriales issues du semis de population, de la répartition des aires urbaines, des voies de communications, des effets frontières, etc., et des dynamiques sanitaires et extra-sanitaires s'étant produites sur des temps *courts* ou *moyens*¹². Mais si les possibilités de maintenir et préserver et développer les maillages entre pôles dépendent entre autres de ces géographies, il est nécessaire d'en comprendre les diversités.

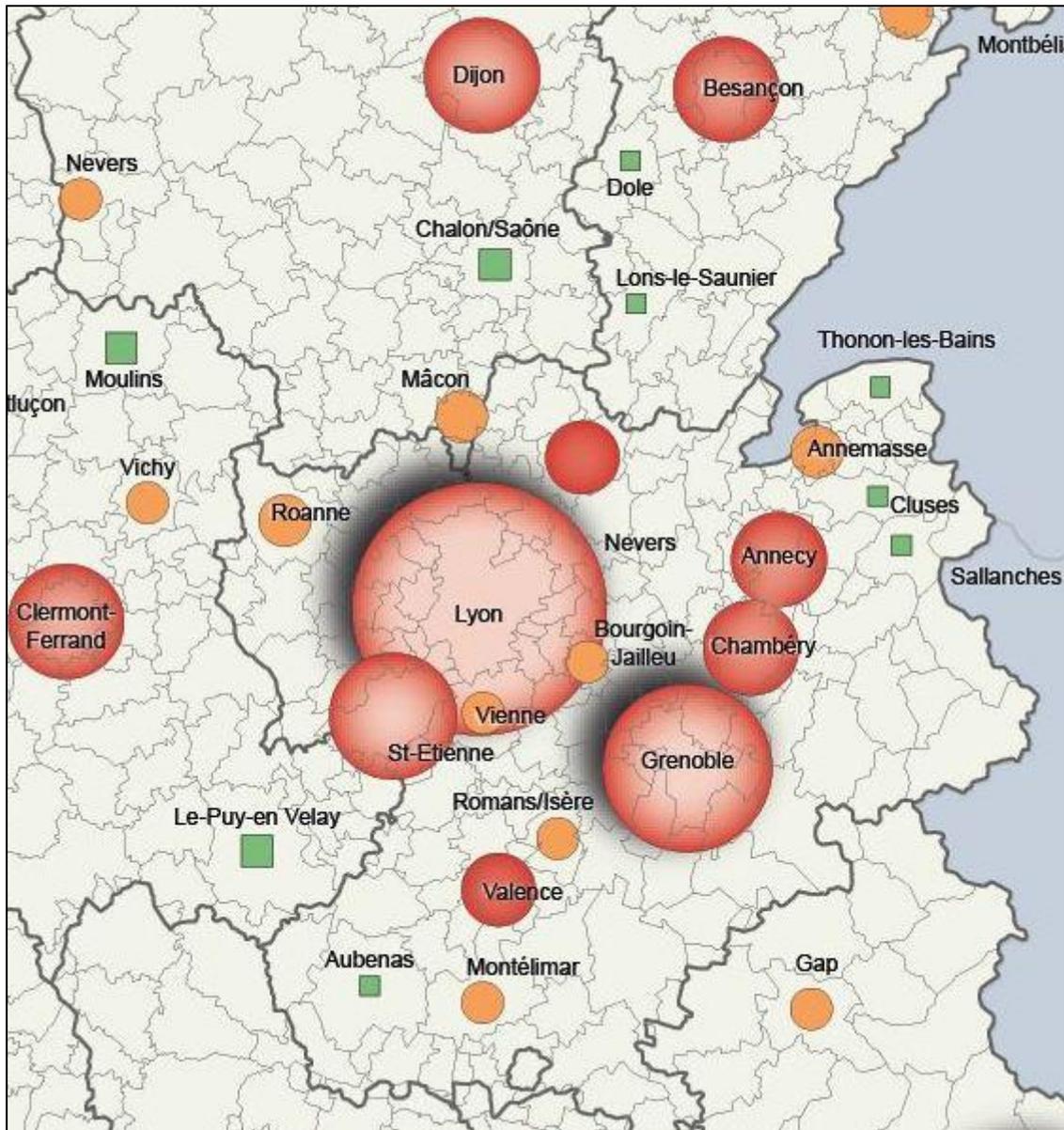
C'est pourquoi, nous avons procédé à l'examen de 8 configurations régionales ou transrégionales susceptibles de mieux faire prendre conscience de *l'ensemble organisé*, de la disposition relative propre au Nord – Pas-de-Calais.

RHÔNE-ALPES

Le système rhônalpin ressemble à celui du Nord – Pas-de-Calais. Son pôle d'offre central, Lyon, est d'une densité nettement plus forte que celle de Lille. On y compte plus de 35 000 professionnels de santé. Le deuxième pôle, Grenoble, est du même poids relatif que son homologue nordiste. Saint-Étienne tient la même place que Valenciennes. L'alignement Valence/Grenoble/Chambéry/Annecy s'apparente à celui du bassin minier sans toutefois lui être contigu. Les pôles intermédiaires de type 3 ne sont pas périphériques mais interstitiels entre les lignes Saint-Étienne/Bourg-en-Bresse et l'alignement Valence/Annecy. Seuls les pôles intermédiaires au nord, de Roanne, Mâcon et Annemasse, sont périphériques à la région, en direction des régions limitrophes de l'Auvergne, de la Bourgogne et de la Franche-Comté. L'effet frontière au long de la Suisse et de l'Italie en la présence des Alpes induit le maintien sans effet de *Crunch* pour les pôles secondaires de Thonon-les-Bains, Cluses et Sallanches. En revanche il semblerait logique que le *Crunch* affecte au profit de Valence, sur le temps moyen, les pôles d'Aubenas, Montélimar, et de Gap situé en région Provence-Alpes-Côte d'Azur.

¹² Les temps courts se mesurent en années ou par période de trois à cinq ans, les temps moyens en décennies. En cela ils se distinguent des temps longs, tels que les évoquait Fernand Braudel, qui se mesurent en siècles.

Carte 4 : Rhône-Alpes et ses périphéries



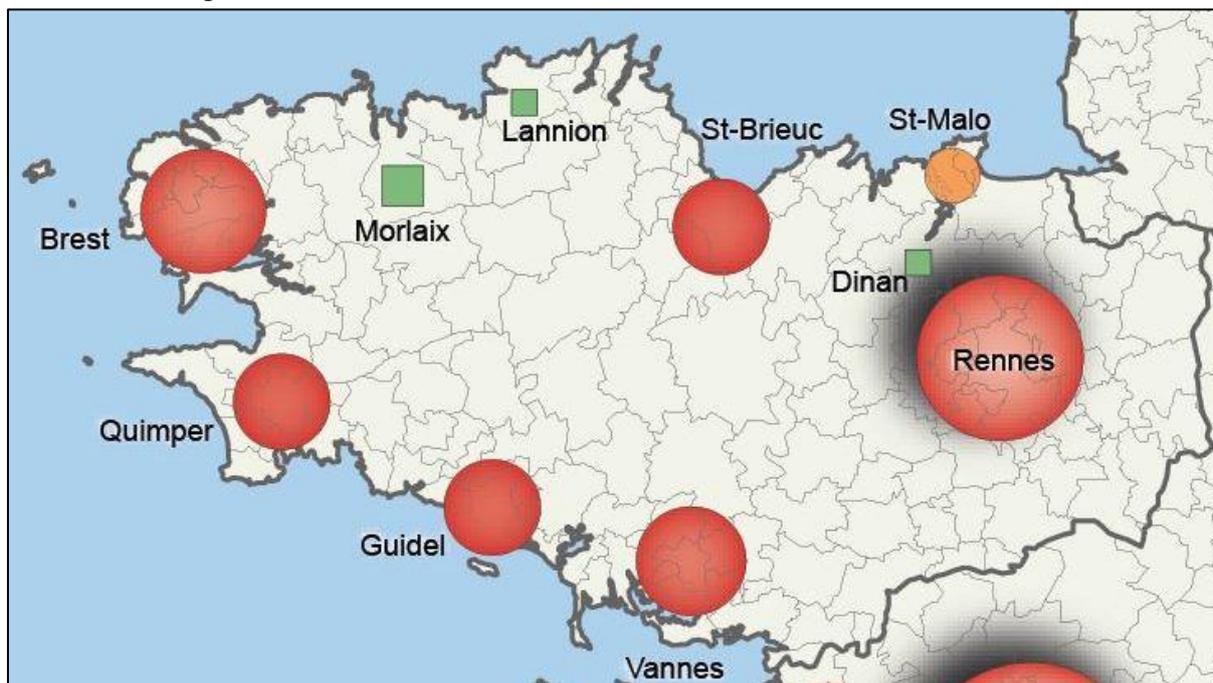
Sources : Fichiers RPPS & ADELI

LE CAS BRETON

Le système breton, à la différence des deux précédents, ne présente pas de pôle central marqué. Certes Rennes accède dans notre nomenclature au rang de type 1, celui des pôles de grandes métropoles. Pour autant Brest, son second, a une masse relative élevée qui atteint près des deux tiers (5 800 professionnels contre 10 350 seulement à Rennes). Vannes, le troisième pôle au sud, compte 4 000 professionnels. Le système polaire breton est en fait un système circulaire qui, exception faite de la capitale régionale, favorise le littoral. On retrouve dans cette géographie la grande opposition classique entre la *Bretagne des terres*, l'*Argoat*, et la *Bretagne maritime*, l'*Armor*. L'aménagement territorial sanitaire breton porte bien les marques de la répartition des grands foyers démographiques, mais il porte aussi les traces d'aménagement du territoire structuré depuis les années 1970 sur des agglomérations devenues aujourd'hui les centres de leurs Pays. Cette réalité politique locale a été régulièrement réutilisée lors des différents schémas régionaux d'organisation sanitaire.

Le maillage breton existe, il se constate.

Carte 5 : Le maillage breton



Sources : Fichiers RPPS & ADELI

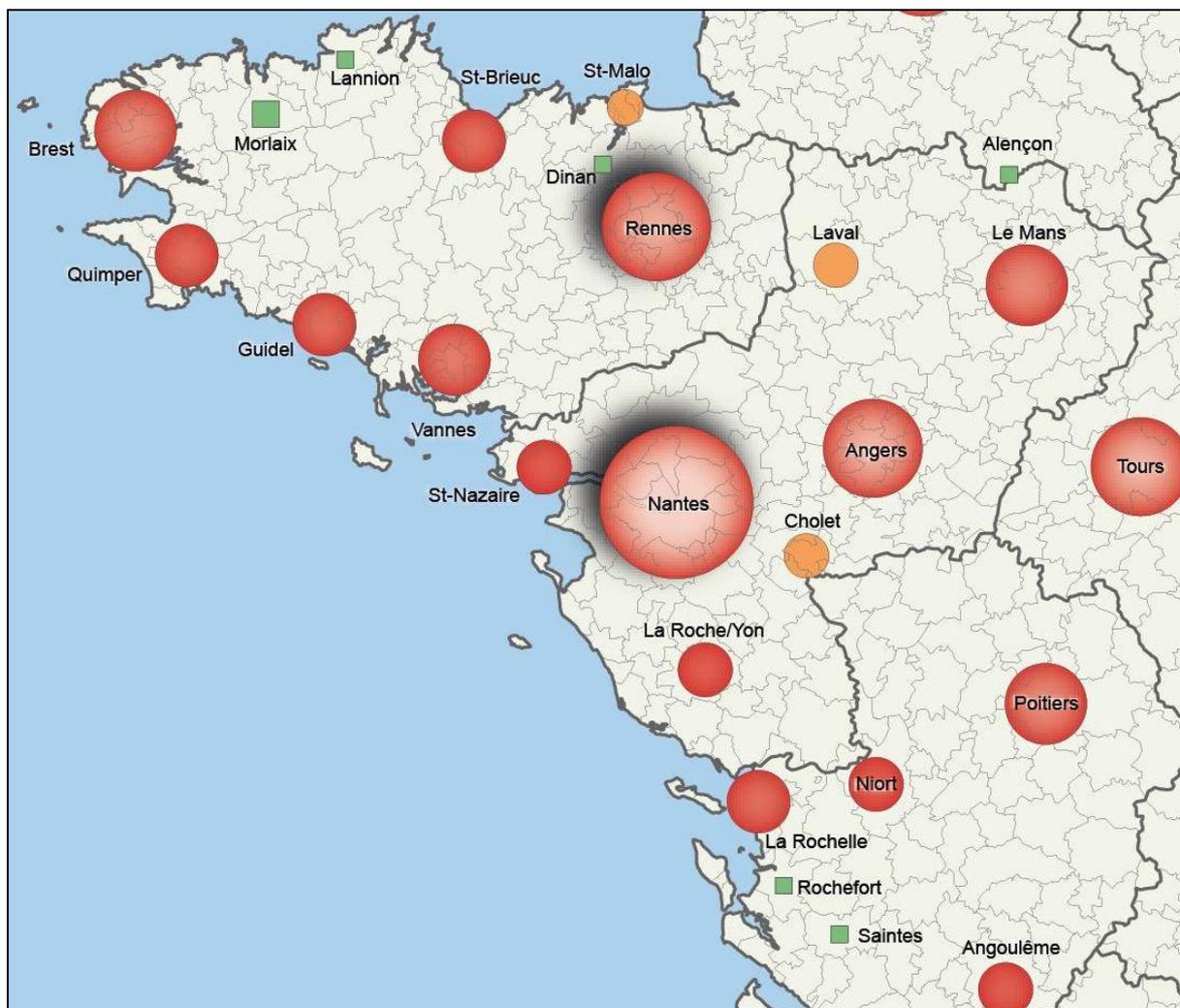
LA FRANCE DE L'OUEST & LE CENTRE-EST, LEURS FAIBLES GRAVITÉS

Il est utile d'examiner la réalité actuelle des pôles et de leur structuration, maillée ou non, à d'autres échelles que régionales. Si l'approche adoptée lors de notre enquête sur des exemples territoriaux locaux du Nord - Pas-de-Calais n'a pas permis de conclure (voir annexes), l'échelle transrégionale est, dans le cas de la France de l'ouest, fort utile. Outre le cas breton, les Pays de la Loire et le Poitou-Charentes présentent deux situations, deux configurations régionales dissemblables mais pourtant liées.

Nantes, pourtant en situation littorale, est un solide pôle de type 1, d'une masse critique de deux fois supérieure à son second, Angers. La périphérie nantaise ne ressemble pas à celle de Lille ou de Lyon, faute de masses critiques suffisantes sans doute tant en population générale qu'en professionnels de santé. Cette configuration peu structurée et maillée en apparence s'étend et s'accroît au sud, en Poitou-Charentes. La modestie des pôles qui débute à l'ouest avec La Roche-sur-Yon se développe vers le sud et surtout vers l'est. Une vaste zone peu polarisée s'étend en fait depuis le sud de Nantes et le nord de Bordeaux, et couvre en écharpe la France médiane, la France du centre (voir carte 7) jusque Dijon, Besançon, Belfort, au nord de Lyon, et se développe au sud vers Limoges, Clermont-Ferrand, Périgueux, Cahors, Rodez (voir carte 2).

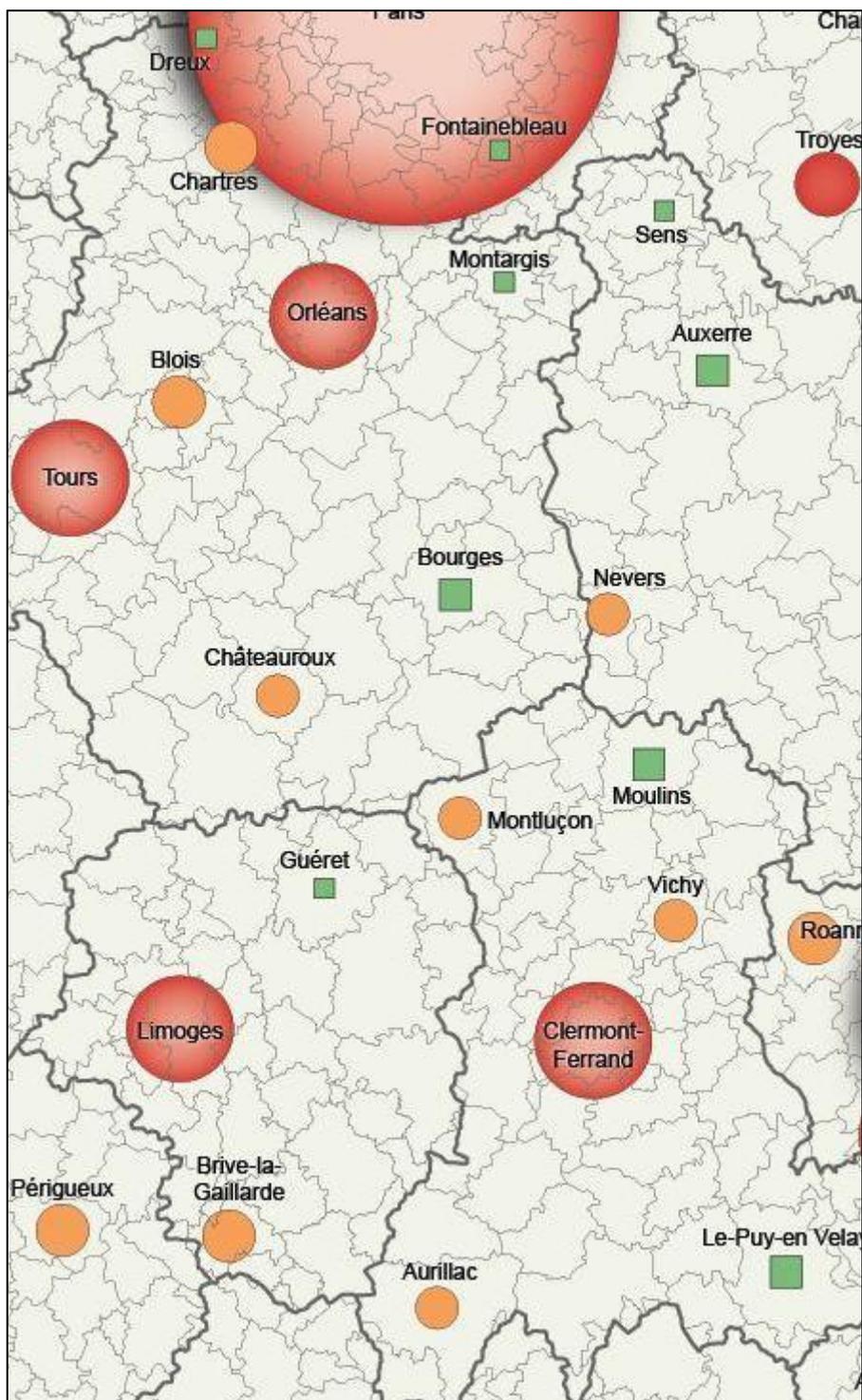
Cette France faiblement maillée par ces pôles intermédiaires et secondaires est aussi la France de la *désertification médicale*, la zone de développement de la faible présence des professionnels de santé. On ne peut donc qu'être tenté de proposer l'interprétation initiale qui est la nôtre. Le faible maillage induit par des pôles d'offre de faible capacité induit en nappe la raréfaction sans cesse accélérée de l'offre de proximité.

Carte 6 : La France de l'ouest



Sources : Fichiers RPPS & ADELI

Carte 7 : La France du centre



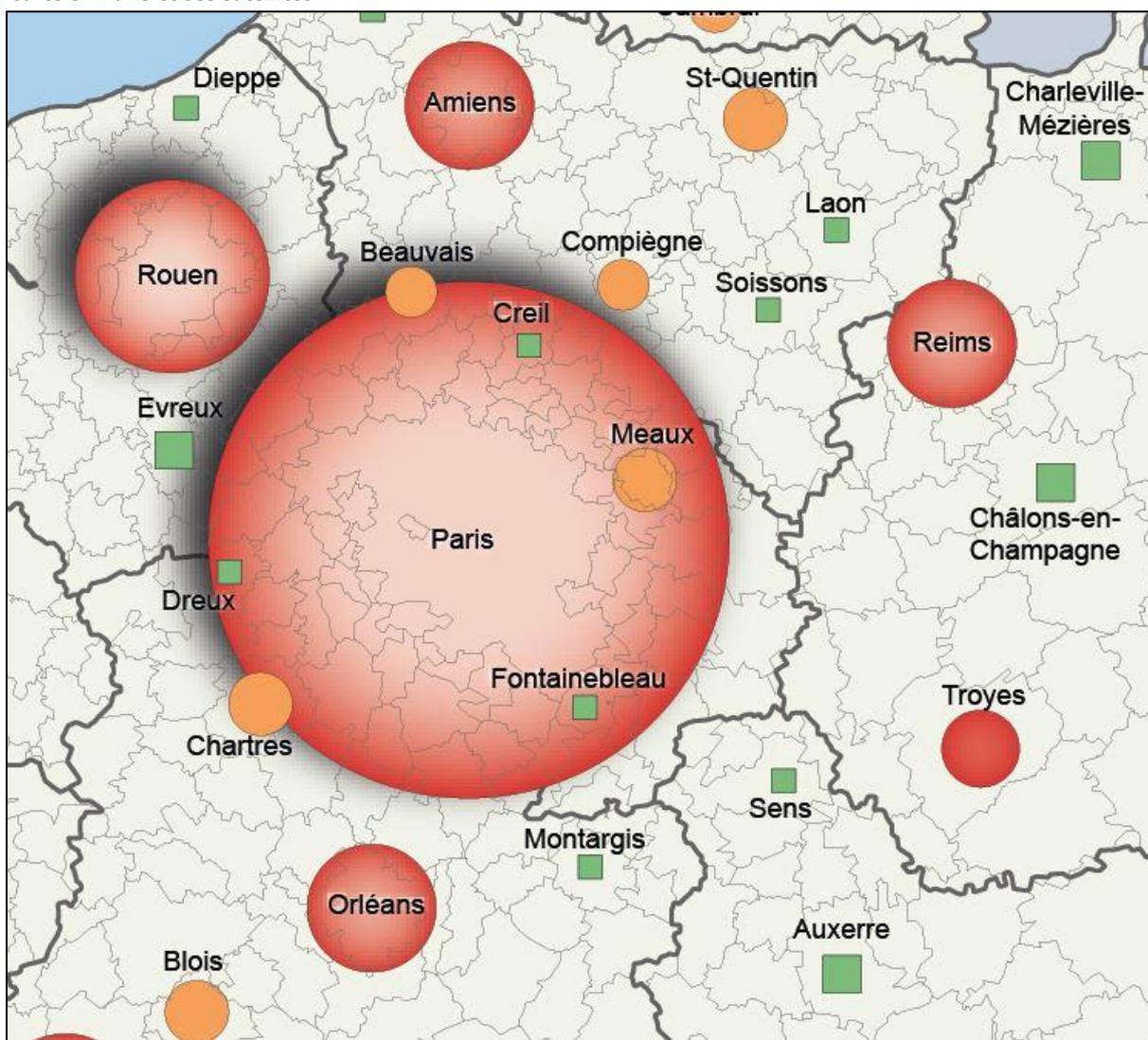
Sources : Fichiers RPPS & ADELI

PARIS, CAPITALE DE RANG EUROPÉEN

À l'opposé de cette France de l'accès difficile à l'offre de santé se trouve, bien sûr, Paris et sa région, l'Île-de-France. Là ne subsistent, après application de notre nomenclature, que 3 pôles parmi la cinquantaine de bassins de vie identifiés par l'INSEE. Meaux à l'est n'accède qu'au rang de pôle intermédiaire, et Fontainebleau au sud n'est qu'un pôle secondaire. Leurs effectifs atteignent tout juste 2 000 professionnels de santé pour le premier et un peu plus de 1 000 pour le second. L'écart avec les 193 314 professionnels de santé du bassin de vie de Paris qui s'étend sur toute la petite couronne et au-delà est considérable. Il ne s'agit pas d'un cas de maillage mais d'une situation monopolistique qui ne se rencontre que dans le cas de métropole nationale, ou d'agglomérations du même rang.

En cela le cas de Paris et de l'Île-de-France ne doit pas être comparé avec d'autres régions mais bien avec ses homologues britannique, allemande, espagnole ou italienne.

Carte 8 : Paris et ses satellites



Sources : Fichiers RPPS & ADELI

LE POURTOUR MÉDITERRANÉEN FRANÇAIS

Depuis Perpignan jusque Nice se déploient les deux grands systèmes méditerranéens du Languedoc-Roussillon et de Provence-Alpes-Côte d'Azur. Le premier compte avec Montpellier 1 pôle de type 1 de grande métropole et 3 pôles de type 2 que sont, par ordre croissant, Béziers, Perpignan et Nîmes. La polarisation montpelliéraine pourrait sembler établie puisqu'à ses périphéries, Sète, Alès et plus loin, Narbonne, n'accèdent dans notre nomenclature qu'au rang de pôle intermédiaire et que la région ne compte aucun pôle secondaire.

Cependant, le système du Languedoc-Roussillon ne fonctionne pas isolément comme celui du Nord – Pas-de-Calais. Au nord-est, sur le delta du Rhône, se trouve son articulation avec Provence-Alpes-Côte d'Azur. Nîmes, second pôle languedocien, est à faible distance, moins d'une heure par la route, d'Avignon et jouxte pratiquement le pôle secondaire d'Alès.

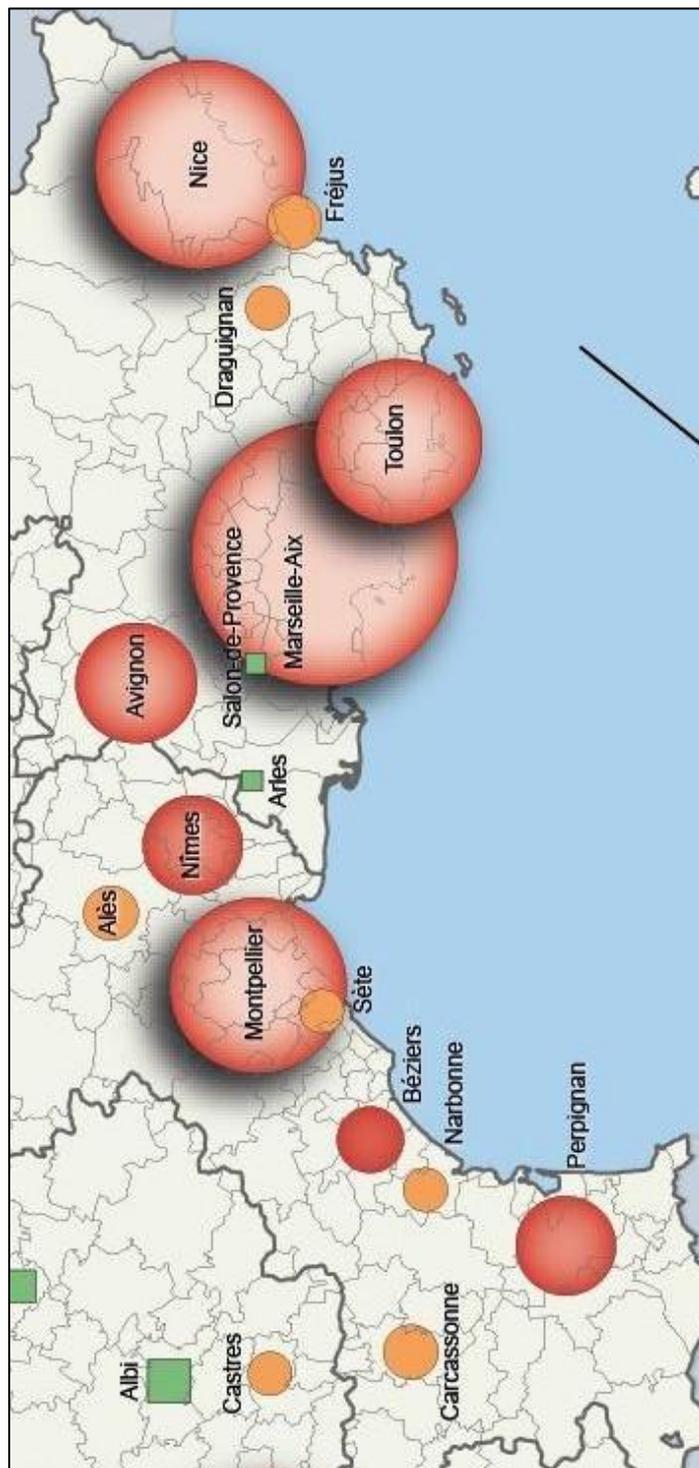
Mais c'est par la présence de ses 3 pôles de type 1 de grande métropole que le système *Paca* se singularise de tous les autres. Sa polarisation est plurielle mais forte, ce que lui permet d'ailleurs l'abondance de sa démographie en professionnels de santé.

Marseille-Aix-en-Provence est à lui seul le deuxième pôle d'offre français après Paris, avec près de 40 000 professionnels de santé. Derrière lui, Nice en compte près de moitié moins ce qui le place pourtant au septième rang du classement de France métropolitaine. Toulon, enfin, est à la douzième place française mais au troisième rang de sa région et juste derrière Montpellier si l'on étend le regard aux deux régions.

Restent les pôles de type 3 et 4. Les premiers, Gap que nous avons déjà évoqué et Draguignan, semblent persister, protégés par un certain éloignement avec des temps d'accessibilité par la route probablement au-delà d'une heure.

Quant aux 2 pôles secondaires d'Arles et Salon-de-Provence, situés dans le triangle que constituent Nîmes, Avignon et Marseille-Aix, leur présence s'explique a priori mal, faute d'étude de terrain.

Carte 9 : Le littoral méditerranéen



Sources : Fichiers RPPS & ADELI

LES CRISES DÉJÀ EN PLACE

Passons enfin à l'observation de deux situations ressemblantes dans deux régions éloignées l'une de l'autre et de poids démographiques très dissemblables.

La Basse-Normandie, pourtant protégée de l'influence parisienne par son éloignement, faiblement exposée à l'attraction gravitaire du pôle rennais assez modeste, ne compte après application de notre nomenclature que 4 pôles, dont le premier n'est que de type 2. Caen, avec un peu plus de 7 400 professionnels, a une masse de trois fois supérieure à son second, Cherbourg-Octeville, qui dépasse tout juste les 1 800 professionnels, soit autant que Calais ou Cambrai. Les 2 seuls autres pôles sont bien modestes : il s'agit de Saint-Lô et Alençon aux confins de la région à la limite des Pays de la Loire.

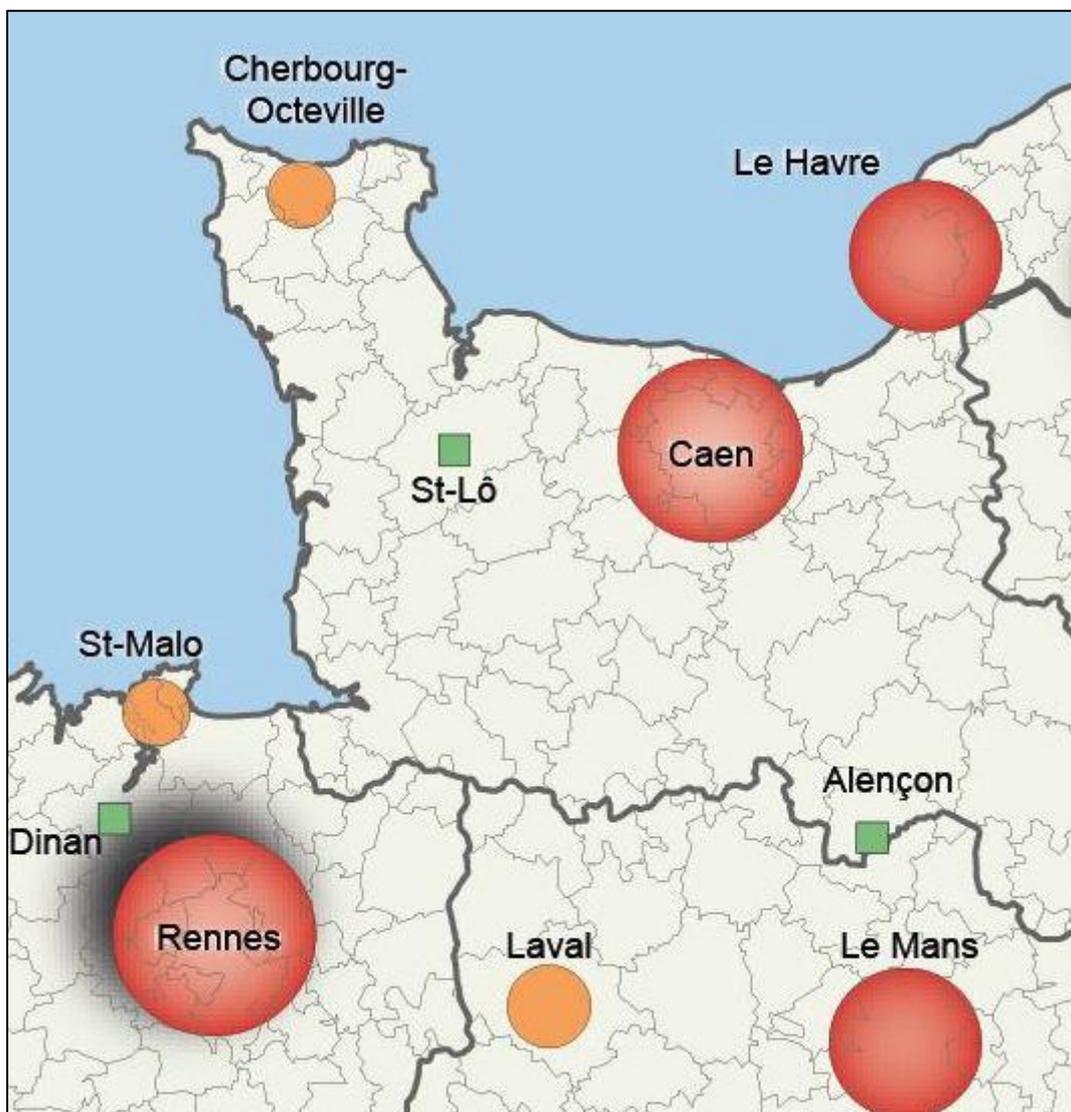
La situation bas-normande semble bien être celle d'une forte crise de l'offre de santé due à sa dépression. L'évolution récente du réseau de transport autoroutier régional et transrégional a probablement tout à la fois accéléré les fuites de recours vers les pôles périphériques, vers Le Havre, Rennes ou Le Mans, et plus sûrement encore accru le *Crunch* vers Caen par vidange, soutirage de l'offre. Mais privé de pôles avec lesquels il se trouve maillé, Caen semble porter les traces d'une faiblesse de ses capacités de développement, ce qui est très problématique. La situation bas-normande est manifestement une situation à risque. La *désertification médicale* y est aiguë et croissante *parce que* le maillage y est insuffisant.

Passons du nord-ouest au sud-ouest de la France. Midi-Pyrénées compte 8 pôles, à l'instar du Languedoc-Roussillon, ce qui pourrait sembler satisfaisant, et ce d'autant plus que la densité moyenne régionale en professionnels de santé et en professionnels de pôles pourrait être considérée comme enviable dans le Nord - Pas-de-Calais. Mais examinons la carte et l'application de notre nomenclature. Que pouvons-nous constater ? Le système de Midi-Pyrénées est très anormalement déséquilibré et macro céphalique. Toulouse, avec plus de 24 000 professionnels à elle seule, compte plus de dix fois la masse d'offre de son second, Tarbes. Albi, qui compte un peu plus de professionnels que Tarbes, n'accède qu'au rang de pôle secondaire, faute de professionnels de pôles en quantité suffisante. À l'opposé de ce qui s'observe en Nord - Pas-de-Calais, la périphérie de la capitale régionale n'est pas dotée de pôles solides, elle est bien au contraire, et sur un très vaste rayon, soit composée de très petits pôles secondaires (Auch, Montauban, Albi, Cahors et Rodez) exposés au risque d'être phagocytés, soit de pôles intermédiaires réfugiés aux confins de leur région. Le contraste entre cette situation de *Crunch* extrême et les relatifs équilibres apparents d'Aquitaine et Languedoc-Roussillon est aussi l'un des points marquants qu'il faut relever.

Midi-Pyrénées et sa capitale Toulouse doivent constituer les contre-exemples de ce que peut devenir un système régional non maillé exposé aux effets des déplacements, de l'accroissement de la mobilité, et de l'évolution des attentes et besoins contemporains des professionnels de santé, lorsque ceux-ci ne sont pas entendus et accompagnés.

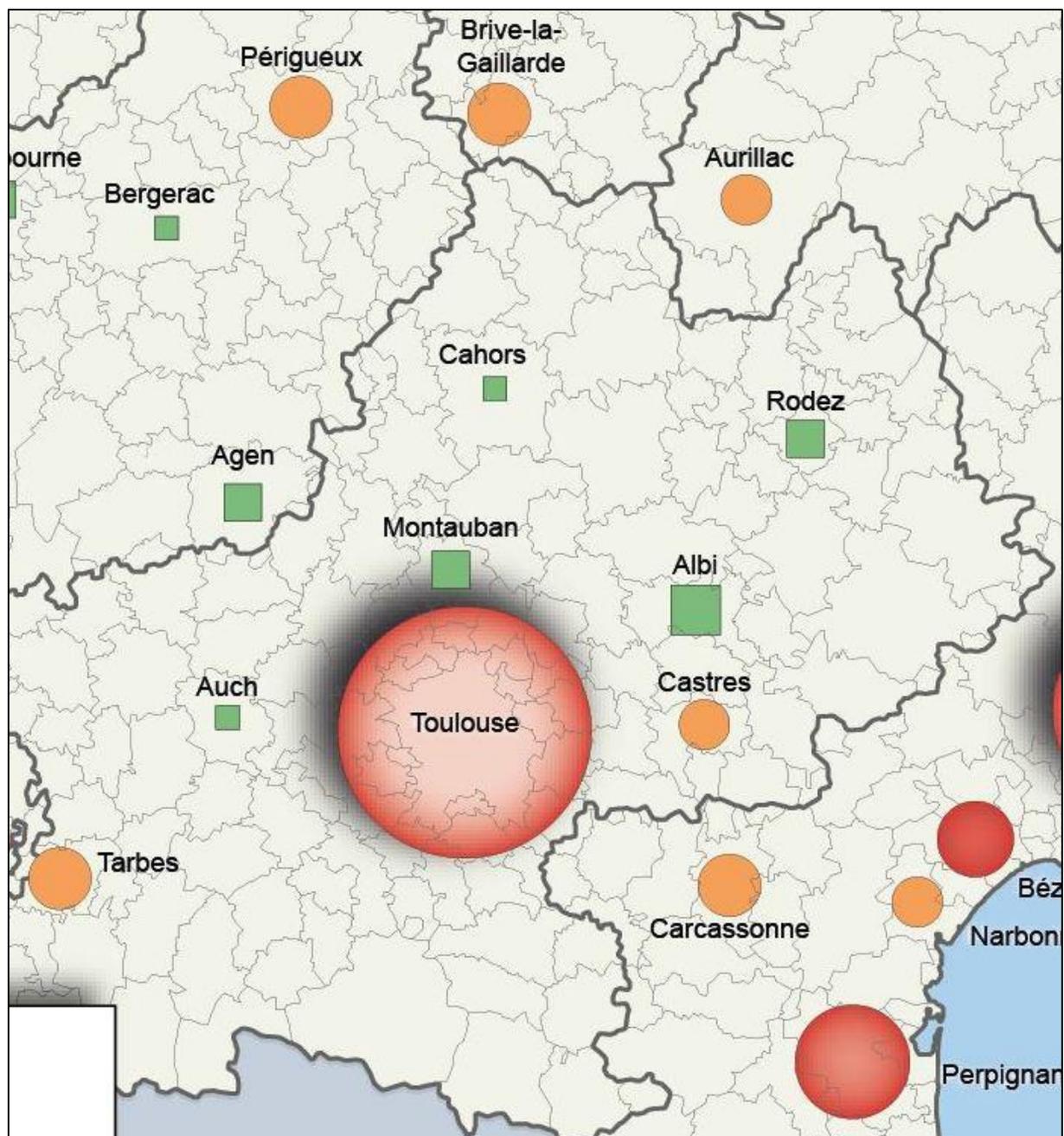
Carte 10 : Les grands Crunch

Carte 10a : Le Crunch bas-normand



Sources : Fichiers RPPS & ADELI

Carte 10b : Le Crunch toulousain



Sources : Fichiers RPPS & ADELI

Le maillage :

Réalités locales et capacité régionale

à l'épreuve des faits

La quarantaine de pages qui précède, les éléments de la problématique et les prémices de la mise en évidence des potentialités n'étaient qu'une étape. Cette étude a été conçue pour se poursuivre au plus près des acteurs. En effet, lors de la première phase la perception des acteurs (*voir Annexes*) nous est apparue en décalage par rapport aux enjeux. Il est vraisemblable que ceux-ci ne disposaient pas, alors, des éléments nécessaires à leur juste appréciation de cette question relevant fondamentalement de la transversalité du système de santé à l'échelle locale et de la mise en relation de ces échelons locaux.

Cette constatation a d'ailleurs été faite dès octobre 2011, pour la période 2006-2011, lors de la rédaction de l'annexe télésanté du Schéma régional de l'Offre de Soins, publié par l'Agence régionale de santé : *Les acteurs régionaux ont, de fait, tendance à cantonner leurs initiatives et leurs projets dans leur environnement proche, ou à n'associer que les acteurs de même nature ou de même statut. Ce n'est pas le manque d'initiatives ou de projets qui caractérise la région Nord - Pas-de-Calais, mais leur émiettement et leur cloisonnement.*

Opportunités

Au cours du printemps et de l'été 2013 de nouveaux éléments, ont amplement modifié la donne. Certains étaient issus du ministère de la santé –publication des éléments de la Stratégie nationale de santé, fin septembre- d'autres provenaient d'entités nationales –publication des deux tomes du rapport *L'évaluation socioéconomique des investissements publics* par le Commissariat général à la stratégie et à la prospective, début octobre. À ceci est venue s'ajouter *La feuille de route du Gouvernement sur le numérique* en février. Tous ces points ont, selon nous, largement modifié la donne de ce qu'il était possible de conduire d'une part et d'autre part, le contexte général de la problématique.

IRRUPTION DE L'INTENTION MAILLANTE PTSN

Ainsi a été annoncé début 2013 le Projet Territoire de Soins Numérique -PTSN- auquel l'Agence régionale de santé Nord – Pas-de-Calais a choisi de déposer sa candidature.

C'est le périmètre couvert par les deux Communautés d'agglomération de Lens-Liévin et de Hénin-Carvin qui fut retenu par le Directeur général de l'ARS.

Les trois grandes intentions du PTSN étant :

1. *D'organiser notre système de santé pour assurer à chaque usager la bonne prise en charge, par le bon professionnel, dans la bonne structure, au bon moment ;*
2. *De reconnaître que l'ensemble des acteurs de santé partage sur un territoire donné la responsabilité de l'état de santé de la population ;*
3. *D'appeler au sein des territoires, toutes les structures, tous les professionnels, y compris libéraux à coopérer concrètement et efficacement pour garantir la meilleure organisation des parcours de soins et assurer la qualité de la prise en charge des patients, de positionner dorénavant l'hôpital comme un contributeur à la santé d'un territoire.*

Par ailleurs l'appel à projet de PTSN exposait que : *les technologies numériques constituent un levier majeur en termes d'organisation, d'information des patients et de collaboration des professionnels et organismes de santé pour permettre l'émergence d'une offre de soins cohérente et coordonnée à l'échelle d'un territoire. C'est pourquoi les pouvoirs publics investissent dans le développement de systèmes d'information ambitieux, cohérents et interopérables.*

Organiser, implicitement à l'échelle locale, le système de santé renvoyait à nos yeux au concept de *système local de prise en charge*¹³, établi et testé à propos des cancers mais extensible à l'ensemble de l'offre de santé, que nous avons exposé six ans auparavant.

Reconnaître que l'ensemble des acteurs de santé, et non pas profession par profession, segment par segment, partage sur un territoire donné la responsabilité de l'état de santé de la population allait aussi dans le sens de nos analyses territorialisées de l'offre de santé, offre estimée au travers de la démographie des professionnels¹⁴.

¹³ 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 ; 63 p. et annexes.

Poirier G, Sampil M, Trédez G. *Les systèmes territoriaux de prise en charge des cancers en Nord - Pas-de-Calais*. Loos : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2010 ; 70 p.

¹⁴ 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.

Trédez G, Lacoste O. *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.

Cascales J, Lacoste O. *Les polarisations urbaines en médecine de ville spécialisée. L'attraction spatiale en Cardiologie et ORL dans le Nord - Pas-de-Calais en 1999*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2002, 50 p.

Enfin, pour ne pas dire surtout appeler au sein des territoires, toutes les structures, tous les professionnels, y compris libéraux à coopérer concrètement et efficacement pour garantir la meilleure organisation des parcours de soins et assurer la qualité de la prise en charge des patients,... allait à l'évidence totalement dans le sens de l'étude qui était la nôtre puisque presque explicitement il était question de traiter de **Pôles d'offre** et de leur **maillage** via les outils du numérique. Mais cette fois avec l'approche différente suggérée par l'appel à projet de ce qui avait précédé¹⁵, une innovation était donc potentiellement susceptible d'être conçue. Pour une part, car l'autre part relevait d'un hasard pour le moins heureux, l'analyse conçue en 2012 et menée en 2013 qui se fondait sur la matérialisation de Pôles, pôles qu'il fallait organiser un par un puis entre eux afin d'assurer la prise en charge des patients.

RÉÉDITION DE LA CONFÉRENCE PERMANENTE DU BASSIN MINIER

Concomitamment et indépendamment la Mission Bassin Minier¹⁶ –MBM- décidait en mars 2013 de se lancer dans la relance de la *Conférence permanente du Bassin minier*¹⁷ qui avait déjà été conduite en 1996-1998 avec succès et dans laquelle l'Observatoire régional de la santé s'était déjà investi. *L'air du temps* était décidément favorable puisque la mobilisation de participants, investis dans les différents ateliers, devait contribuer à nourrir les échanges et à mettre en place de nouveaux éléments de diagnostic partagé de la situation du Bassin minier.

C'est donc à compter de mai 2013 que l'ORS, l'ARS et la Mission Bassin minier se sont associés. Ont pu ainsi se conjuguer les intentions du Projet régional de santé, la dynamique des Contrats locaux de santé, l'expertise de l'ORS, l'ingénierie de la Mission Bassin minier et sa capacité à concevoir la gouvernance territoriale.

Dans ce contexte, il devenait possible de faire connaître les analyses des forces et faiblesses, les dynamiques positives en cours sur le territoire du Bassin minier, notamment en termes d'amélioration sensible de l'état de santé des populations, de diversité de l'offre de soins avec la présence de nombreux **pôles d'offre** replacés et décrits dans leur contexte national, régional et local.

UN ÉTAT D'INNOVATION

En cela l'analyse du maillage des Pôles d'offre a trouvé le contexte favorable à son exposé, son développement, l'opportunité d'observer la sensibilité des acteurs et des différentes parties prenantes réunies lors de séances communes de travail.

¹⁵ Schéma régional de l'offre de soins. Annexe système d'information de santé/télémedecine/télesanté, décembre 2011 ; Programme 2011-2016 Systèmes d'information –Télémedecine-Télesanté. Octobre 2011.

¹⁶ Elle intègre des représentants des différentes structures qui contribuent à son fonctionnement : État, Région, Départements, structures intercommunales, Association des communes minières ; et des membres associés : Caisse des Dépôts et Consignations, Parc Naturel Régional Scarpe-Escaut).

¹⁷ Voir Annexes.

Nous avons conscience que ce faisant, profitant d'une opportunité liée à la dynamique locale, qu'il a été possible qu'une véritable **innovation**¹⁸ procédurale et de gouvernance s'instaure et que le Bassin minier ait pu fort heureusement correspondre au *terrain* de son application.

Innover, comme l'écrit Norbert Alter *suppose toujours le risque de transgresser les règles sociales, que celles-ci participent du registre de la gestion ou des coutumes professionnels*. Le Bassin minier, dont la Mission Bassin minier a su, ces dernières années, être porteur de dynamiques et de projets innovants eux aussi tout à fait remarquables. Faut-il rappeler comme le fait d'ailleurs la réponse de l'ARS Nord – Pas-de-Calais dans sa réponse à l'appel à projet TSN, la création du Louvre-Lens, le classement du Bassin minier au patrimoine de l'UNESCO, le site du 9/9bis de Oignies... et sa volonté d'inscrire la santé dans toutes les politiques de développement et d'aménagement du Bassin minier.

L'un de nos premiers constats, produit à l'issue de cette étude et de l'observation des processus que nous avons pu analyser, est bien que le maillage des Pôles d'offre relève du processus d'innovation. S'il fallait inventer, nommer, formuler des réalités sous forme de termes ou concepts comme l'a fait l'ORS au cours des dernières années (*Crunch, Système locaux de prise en charge, Pôles d'offre* et pôles de différents types) il convenait de le mettre en situation. Faute de mise en situation, ces apports ne pouvaient trouver leur utilité et trouver leur utilité sociale.

Cette mise en situation peut *a priori* être conduite dans deux cas différents. Soit elle peut être menée au sein d'institutions, au moins nationales, examinant les conditions de faisabilité par la mise en débat dans des cercles experts (Commissariat général à la stratégie et à la prospective, Datar, HAS, DGOS, IRDES, Équipe de recherche universitaire, etc.). Soit elle peut trouver à se concevoir par la pratique, sur le terrain dans des contextes socialement favorables à l'innovation. Outre le fait que le Bassin minier, et la population qui y vit, se trouve exposée à une situation de crise sanitaire durable qui exige, de l'avis de tous, que de nouveaux modes de faire se mettent en œuvre, nous avons constaté que l'état d'innovation porté par la *Conférence permanente du Bassin minier* et l'action de l'Agence régionale de santé a été le gage de l'utilisation de cette innovation.

Quant aux résultats qui ne manqueront pas d'être atteints ils relèveront, selon nous, de l'évaluation du service rendu à la collectivité¹⁹ –SERC- et ce, d'autant plus que TSN entend étendre son périmètre au bout de quelques années, d'abord à la totalité du Bassin minier puis à toute la région Nord – Pas-de-Calais.

¹⁸ On entend par innovation une invention, volontaire ou non qui est utilisée, qui trouve son utilité sociale dans le sens exposé par Norbert Alter.

Alter N. *L'innovation ordinaire*. Paris : Presses universitaires de France, 2000 ; 276 p.

¹⁹ Haute Autorité de Santé : Service rendu à la collectivité (SERC) : comment prendre en compte, en pratique, les dimensions autres que médicales ? Table ronde 17.

Les dimensions sociales prennent place parmi d'autres dimensions extra-médicales et revêtent des aspects pluriels : des aspects inter et intra-professionnels, des aspects « patients » (présence d'associations de patients, expériences subjectives des patients), des aspects organisationnels (conditions d'usage de certaines technologies de santé), des aspects institutionnels (pluralité des tutelles, rôle de l'Assurance Maladie...), des aspects relatifs aux inégalités de santé (sociales, géographiques...) et, enfin, des aspects relatifs aux « processus d'innovation », qui ne doivent pas être considérés comme des phénomènes linéaires, en terme d'impact par exemple. [...]

En l'absence de prise en compte explicite, les aspects sociaux sont introduits dans les discussions entre experts, mais de manière relativement implicite. Sans être d'une qualité métrologique comparable à celle de l'évaluation médicale, l'objectivation des aspects sociaux est parfois indispensable pour sortir de l'implicite. Pour les aspects sociaux, l'alternative n'est donc pas une alternative entre une démarche métrologiquement parfaite et des données dites de moins bonne qualité ; elle est une alternative entre une prise en compte implicite des arguments sociaux en l'absence d'objectivation, et une prise en compte explicite après objectivation des enjeux. http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2008-07/cr_tr17_rencontres_2007.pdf

Retour sur les pôles d'offre.

Le second volet de cette étude a donc pu bénéficier du contexte innovant post-HPST consécutif à l'instauration de la loi *Hôpital, patient santé et territoire* que nous avons décrit. En revanche, rien ne pouvait laisser présager que le contexte local soit aussi favorable à l'observation et à l'analyse du processus de conception de maillage.

Aussi, plutôt que de conduire une analyse fonctionnelle²⁰ des relations que les différentes parties prenantes du territoire, celles dont l'action principale relevait d'une activité de santé mais aussi des autres, analyse qui d'ailleurs s'est avérée ne pas observer autre chose que des propos relatifs à des réalisations conduites par nos interlocuteurs dans environnement géographique ou professionnel proche, nous avons accompagné l'analyse fonctionnelle de ce qui émergeait au travers de PTSN, sur le territoire.

AU MOINS TROIS LOGIQUES FONCTIONNELLES

Lors de nos entretiens et de nos travaux est apparu l'enjeu du service rendu au territoire, à ses acteurs et à sa population. Nous avons identifié trois logiques fonctionnelles.

La première est celle de l'offre de santé, c'est la plus immédiate. Sa finalité n'est pas, sur le fond sur le recours aux possibilités du numérique. Les possibilités du numérique explosent, chacun le sait mais le numérique n'est que le moyen privilégié aujourd'hui. En cela et nous l'avons évoqué plus haut²¹, le projet PTSN et bien au-delà des constats et des intentions exposés par les schémas et programmes télémédecine, télésanté, système d'information de 2011. C'est bien d'organisation, qu'il s'agit et d'organisation exemplaire permettant au territoire de devenir un territoire d'excellence en la matière.

En cela PTSN se conçoit comme un schéma associant largement les différentes parties prenantes dans la prise en charge coordonnée et l'optimisation du parcours du patient. Or, il est considéré comme acquis que l'organisation concrète des systèmes de santé est l'une des clefs les plus patentes de l'amélioration de l'état de santé des populations, de l'efficacité du système, de l'adhésion des acteurs représentant les usagers et les patients. Implicitement PTSN propose d'implémenter à l'échelle locale un projet, une organisation d'excellence, qui classiquement n'est décrite qu'à l'occasion de comparaisons internationales entre systèmes nationaux de santé.

²⁰ On entend par analyse des logiques fonctionnelles l'analyse des fonctions explicites et implicites offertes par un produit, un projet, pour satisfaire les besoins de son utilisateur.

²¹ Schéma régional de l'offre de soins. Annexe système d'information de santé/télémédecine/télésanté, décembre 2011 ; Programme 2011-2016 Systèmes d'information –Télémédecine-Télésanté. Octobre 2011.

L'autre logique fonctionnelle que nous avons pu observer est celle de la dynamique territoriale. Tel qu'il a été reçu dès son annonce PTSN a été aussi vécu comme une opportunité supplémentaire de nourrir et d'accélérer par une approche croisée les actions conçues *consensuellement* comme incontournables dans les thématiques les plus prégnantes du territoire de l'ensemble du Bassin minier²². Si celle-ci n'est pas immédiate dans le projet, l'étendue des impacts attendus joue, à brève échéance, dans le moyen terme proche²³.

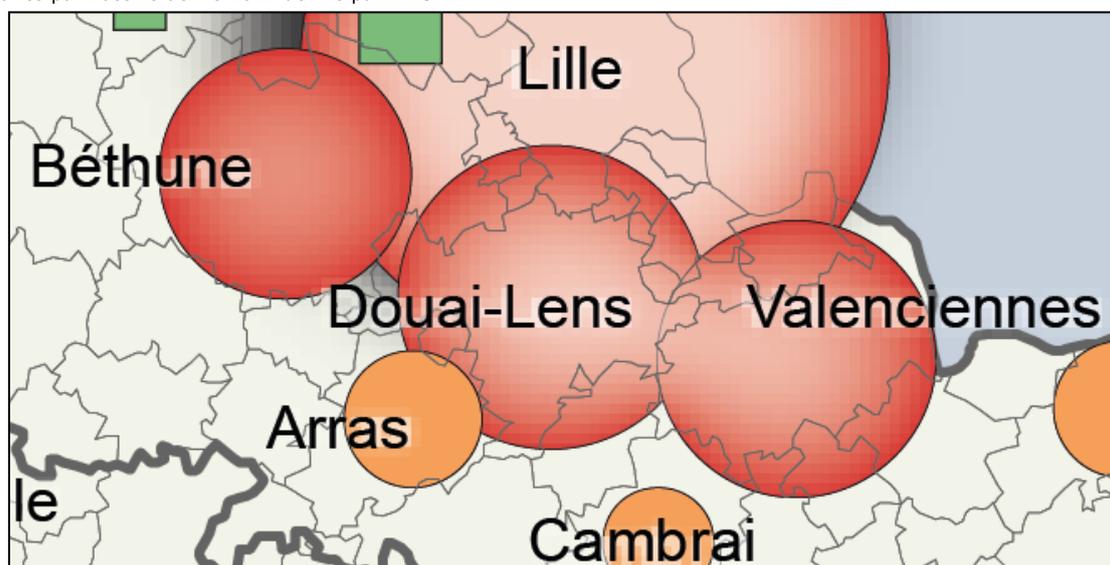
Enfin, la dernière est celle de la gouvernance, de la démocratie locale²⁴. Elle impacte directement la gestion des risques et des opportunités propres au territoire que les différentes parties prenantes seront en mesure et en état de réaliser.

ÉTAT CONSTATÉ DU TERRITOIRE AVANT PTSN

Aussi le maillage potentiellement généré par PTSN et l'organisation qu'il recherche trouve dans le Bassin minier les ressources préexistantes de trois *grands Pôles d'offre*²⁵, selon la nomenclature que nous avons mis en place, solides s'appuyant vers le sud sur la proximité de deux Pôles intermédiaires²⁶. Leur permanence jusqu'à aujourd'hui tient en partie à des logiques internes, certes encore peu organisées mais aussi à la proximité du Pôle lillois qui n'a pas exercé à ce jour les effets délétères de *Crunch* que l'on aurait pu redouter. À l'état actuel de la structuration des Pôles du Nord – Pas-de-Calais la proximité de Lille a probablement conforté et entretenu par effet de maillage spontané le maintien de la structuration de l'offre de santé du Bassin minier.

Carte 110 : Les Pôles d'offre du Bassin minier présentés dans la phase préalable de PTSN

Identifiés par Bassins de vie 2012 définis par l'INSEE



Sources : Fichier RPPS & Adeli. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.

²² A savoir :

1. Créer la destination touristique « Bassin minier, Patrimoine mondial » ;
2. Faire de l'habitat minier le laboratoire du logement du XXI^e siècle ;
3. Faire du Bassin minier un territoire de référence de la troisième révolution industrielle ;
4. Renforcer la recherche dans les clusters ;
5. Structurer une offre de soins performante ;
6. Conforter les modes de transports alternatifs ;
7. Adapter les cartes de formation en relation avec les dynamiques territoriales.

²³ Les effets attendus devant devenir perceptibles dans les 3 à 5 ans suivants la mise en place.

²⁴ Voir le chapitre Maîtrise d'ouvrage et gouvernance du Livre blanc acte II. 100 propositions pour accompagner la mutation du Bassin minier, décembre 2013, pages 79 à 84.

²⁵ Béthune, Douai-Lens et Valenciennes.

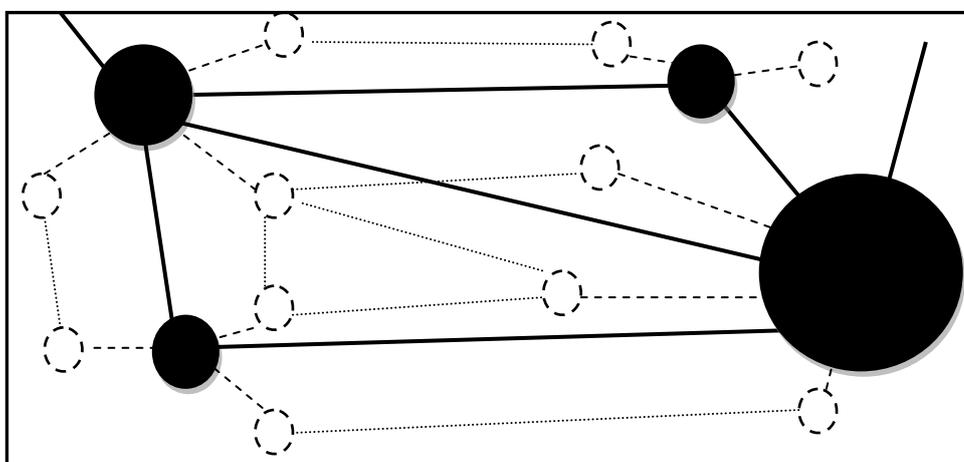
²⁶ Arras et Cambrai.

En cela la proximité de ces Pôles a plus que vraisemblablement limité les effets de *Crunch* de l'offre de santé de proximité²⁷ vers la métropole régionale. N'oublions pas que notre analyse se fonde sur les effets de fixation des pôles exercés sur l'offre moins spécialisée dans son environnement immédiat. Ainsi s'explique que les zones déficitaires et sous dotées identifiées par l'ARS au cours des derniers mois se situent surtout au-delà de l'*aire métropolitaine de Lille*²⁸, vers la périphérie de la région. Trop loin et dépourvu de maillage fixant, les territoires perdent leur offre de santé de proximité, ainsi se créent les *déserts médicaux* que les médias évoquent. En cela le maillage des Pôles du Bassin minier entre eux, avec la Métropole et avec le reste de la région a bien été compris comme étant le moyen de renforcer le rôle de charnière entre Lille et sa périphérie. En cela les risques d'*hypermétropolisation* sont potentiellement évitables.

Un Pôle d'offre se conçoit comme un tout qui comprend la totalité de la diversité de segments d'offre de santé (soins courant ou spécialisés, prévention et soins, structures et effectifs en personnel, masse critique et organisation). Il existe aussi en vertu des atouts et faiblesse du territoire dans lequel il se trouve et, sous un autre angle, d'où il est né.

Ces atouts territoriaux sont aujourd'hui et *de facto* considérables. L'évidence est là et a été constatée. Nous sommes en présence de milieux urbains et même hyper-urbains dont l'intensité des problèmes sanitaires auxquels la population est exposée ne doit pas faire oublier que la Ville, et la Ville dense est le milieu que l'offre de santé recherche pour s'implanter. Quant au maillage il existe mais territorialement. L'examen des migrations journalières entre les domiciles et le travail le démontre. Il existe de plus en plus de mobilités au sein du Bassin minier. Elles s'effectuent par les moyens de transports individuels, empruntant la Rocade minière. En revanche, les autres modes de liaisons sont rares ou inexistants. C'est bien là que le numérique et de développement de modes de transports alternatifs pourraient trouver leurs places. L'accessibilité, sous quelque forme que ce soit, par vélo ou par Gigabit crée le lien, la cohésion.

Schéma : Pôles d'offre et maillage



²⁷ Aussi appelée offre de premier recours.

²⁸ L'Aire métropolitaine inclut des agglomérations : Françaises de Lille, Valenciennes, Douai, Cambrai, Maubeuge, Lens, Béthune et Arras ; Belges, de Ieper (Ypres), Kortrijk (Courtrai) et Roeselare (Roulers), Tournai, Mouscron et Ath.

Pourquoi et comment mailler ?

Pour mailler des Pôles entre eux cela nécessite au préalable que ces Pôles existent dans leurs masses critiques et la diversité de leurs offres. Cela nécessite aussi, si l'on entend que le maillage soit le plus efficient possible que le plus possible d'éléments présents dans chacun des pôles aient des relations, formelles ou informelles avec les autres.

QUELLES ÉCHELLES ?

En d'autre terme, le maillage des pôles d'offre doit considérer quelle organisation in situ serait la plus optimale possible. Entre parties prenantes d'un même Pôle considéré comme un tout, il existe quelques relations entre acteurs de la santé et acteurs du territoire, que ceux-ci soient élus, acteurs économiques, usagers ou habitants. L'analyse n'est pas nouvelle, elle a été exposée par Michel Maffesoli²⁹ : *le lieu fait lien*.

Se pose la question de savoir de quel lieu il s'agit exactement et quelles doivent être les échelles auxquelles le maillage doit être recherché. Si la question du maillage entre Pôles ne posait pas au premier regard de grandes interrogations, il reste à savoir considérer d'où à où, du quartier à la commune, de la commune à l'intercommunalité, de l'intercommunalité au territoire –le Bassin minier- en l'occurrence, le maillage *in situ* doit être pensé. Ce faisant le maillage entre Pôle englobera des espaces internes à chaque Pôles qui auront été pensés et n'auront pas été mise de côtés.

QUELLES FONCTIONS ?

Le premier point d'un maillage à concevoir repose sur l'échange d'informations relevant de l'organisation de l'offre de santé. Disposer entre acteurs d'un état clair et établi en temps réel de la disponibilité de l'offre existante à un instant donné permettrait d'accroître l'efficienne performance de l'offre sur le territoire considéré. L'appréciation des besoins, si aléatoire dans son approche actuelle s'en trouverait facilitée par la mise en évidence à court terme de la demande adressée aux différents offreurs et la qualification de la nature de la demande.

L'amélioration de la réponse apportée à la demande du patient, de l'utilisateur ou de quelque professionnel que ce soit pourrait ainsi être atteinte par réduction des délais d'attente dans l'obtention d'une réponse.

Par ailleurs, il est certain que les activités de télémédecine, de téléconsultation ou télésurveillance trouvent fort logiquement leurs places dans les fonctions potentiellement accessibles devant être examinées. Le lien maintenu avec des patients retournés à leur domicile, après avoir bénéficié d'une intervention comme le prévoit le développement de la chirurgie ambulatoire, pourrait être précieux, en lien ou non avec les structures d'HAD ou les professionnels de ville. Les situations de prévention d'une hospitalisation peuvent elles aussi relever de ces dispositifs à créer.

C'est dans l'information échangée vers et entre professionnels de santé, professionnels du social et du médicosocial que les plus grands bénéfices sont sans doute à attendre. Contribuer à ce qu'ils se situent dans un ensemble, comme membre d'une collectivité soignante ne peut qu'être bénéfique

²⁹ Maffesoli M. *Notes sur la postmodernité : le lieu fait lien*. Paris : Félin, 2003 ; 136 p.

et est, selon nous, stratégiquement essentielle parce qu'elle acte et promeut transversalité et coordination. L'échange d'information peut porter de plus l'orientation d'un patient ou la prise de rendez-vous chez un autre professionnel au décours d'une consultation par exemple.

Enfin, il est certain que les besoins d'information et l'attente de cette information de la part de l'utilisateur et du patient sont considérables³⁰ et ce d'autant plus si l'on entend que l'utilisateur s'approprie son parcours de soins. À ceci peuvent s'adjoindre les impératifs de l'éducation thérapeutique et de l'éducation du patient.

SUR QUELLES PRIORITÉS DE SANTÉ, SUR QUELLES POPULATIONS ?

La finalité d'une mise en réseau maillée serait à terme de couvrir la totalité des besoins de santé susceptibles d'être prises en compte ou en charge dans le périmètre des Pôles existants. Il reste qu'il sera nécessaire que des choix s'opèrent, que des priorités soient définies. Mais pour ce qui est des priorités de la stratégie nationale de santé et des priorités retenues dans le Nord – Pas-de-Calais rien ne s'oppose à ce que : les cancers, la santé des jeunes, la lutte contre les addictions, la santé mentale, la petite enfance et la naissance, la lutte contre les inégalités sociales puissent faire valoir leur besoins, sachant que la lutte contre les inégalités territoriales est de facto couverte. Pour autant il conviendra de ne pas en escamoter les nécessités.

QUELS TYPES DE PRISE EN CHARGE ET QUELS MÉTIERS ?

La prévention et la promotion de la santé feront l'objet des premières. Toutefois, il conviendra d'adapter les contenus et de les concevoir ou de les adapter avec les parties prenantes locales concernées. C'est plus encore sur les possibilités d'intégration du curatif et du préventif que les gains attendus sont les plus élevés.

Plus accessible il devrait être possible assez facilement d'adapter le dépistage à ces nouveaux usages. L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap³¹ trouveront là, de nouvelles possibilités.

NUMÉRIQUE ?

Nous l'avons déjà exposé, le fait est bien connu, les applications du numérique sont de plus en plus nombreuses dans tous les champs de la vie sociale et quotidienne et leur application, qui fut un temps assez lente, est devenue fulgurante au cours des toutes dernières années.

Aussi, les nouveaux services qui pourraient être offerts aux acteurs et à la population pourront à l'évidence s'appuyer sur les solutions et technologies des terminaux mobiles (Smartphones), de possibilités de stockage et de traitement de serveurs informatiques distants (Cloud Computing), et de l'analyse de bases de données massives (Big Data) soit dans une intention de recherche soit à l'issue d'une concertation information auprès des usagers. Les impacts sur les projets de la Silver économie ne sont plus potentiels tellement ils apparaissent certains et attendus.

³⁰ Lebas-Lacoste E, Lacoste O, Zerhouni S, Brosh S. *L'information et la communication d'un système de santé régional destinées à la population*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2005 ; 122 p.

Majed B, Marque G. *Les Technologies de l'Information et de la Communication et la santé*. Lille : ORS Nord - Pas-de-Calais, 2003 ; 92 p.

³¹ UDAPEI du Nord. *Le livre blanc sur l'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap mental*. Lille : UDAPEI, 2013 ; 18 p.

Poirier G, Sampil M, col. *L'accès aux soins et à la prévention des personnes en situation de handicap mental. Enquête épidémiologique descriptive sur un échantillon représentatif au sein des APEI « Papillons Blancs du Nord »*. Loos : ORS Nord - Pas-de-calais, 2012 ; 96 p.

Au-delà des effets de mode et de l'air du temps il nous semble incontournable de parvenir à une intégration des solutions et des services existants tels que prévus dans le Plan Hôpital numérique³². Parvenir à une interopérabilité ou plutôt à des solutions communicantes entre systèmes d'information hospitaliers est, à nos yeux, l'un des points technique essentiels à la pérennisation et au développement du projet. Fort des obstacles que représentent la mise en place du Dossier médical personnel et l'inertie générée par l'hétérogénéité des SIH existants, il faudra avoir recours à des systèmes d'information innovants, évolutifs, collaboratifs les plus ouverts possible aux acteurs du territoire et de la santé, intégrant la diversité de offres de santé aux professionnels et à la population et susceptibles de véhiculer des services nouveaux conçus en fonction des besoins et de l'organisation recherchée.

Le projet territoire de soins numérique de la Gohelle

Le projet Territoire de soin numérique de la Gohelle, qui annonce dans son intitulé la future entité hospitalière en cours de conception, a été adressé à la Direction générale de l'offre de soins – DGOS.

Même s'il n'a pas pu bénéficier de l'accompagnement optimum lors de sa conception, entre autres avec les différentes collectivités locales et les associations d'usager, et la population elle-même, il associe dans sa conception les professionnels de premiers recours, les établissements de santé et du médico-social, les structures de prévention.

Il comprend trois grands volets :

1. Un volet numérique recherchant la coordination entre professionnels dans le parcours effectif des patients. Il entend mettre en place un système d'information susceptible d'être opérationnel en cas de questions aiguës relevant du parcours, pour les cas complexes, les personnes âgées, les poly pathologies et les maladies chroniques dont les cancers. Une cellule d'appui et de coordination est prévue afin de parvenir à une dé-segmentation hôpital/ville la mise en place de plans personnalisés de soins.
2. Le deuxième volet porte sur des thématiques de santé publique, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique. Il comprendra aussi les besoins d'information et de conseil en matière de liens entre santé et environnement. Il sera principalement destiné aux usagers.
3. Le dernier volet concerne les personnes handicapées, leur accès coordonnés aux soins et à la prévention.

Seize autres projets déposés par des ARS de France métropolitaine et deux provenant de l'outre-mer seront examinés par la DGOS et l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux – Anap.

Fin mai 2014, cinq projets parmi les dix-neuf déposés seront retenus. Rappelons le, de nouveau, Territoire de soins numériques prévoit d'étendre son périmètre au bout de quelques années d'abord à la totalité du Bassin minier, puis à toute la région Nord – Pas-de-Calais.

³² Le programme Hôpital numérique insiste sur la modernisation des systèmes d'information de santé devenus un enjeu majeur de la politique d'amélioration de l'organisation des soins.
Direction générale de l'offre de soins. *Programme Hôpital numérique. La politique relative aux systèmes d'information hospitaliers 2012-2017*. 2013, 15 p.

En guise de conclusion :

l'évaluation du service rendu à la collectivité

Quelle que soit l'issue de l'appel à projet, Territoire de soins numérique aura permis d'initier le mariage de la recherche d'une nouvelle organisation de santé avec les impératifs de maîtrise d'ouvrage et de gouvernance sur le territoire.

La question de fond est donc l'alliance plutôt que l'opposition entre organisation de la santé et aménagement du territoire. L'un et l'autre trouvent à se conjuguer dans l'optique du *Maillage des Pôles d'offre* mais la question ne doit pas se limiter à cela.

Sont aussi en jeu la prise en compte des attentes et des besoins de la population, les réponses aux demandes latentes ou exprimées relevant pour le premier de la démocratie sanitaire, directe ou indirecte, de la gouvernance territoriale locale.

Il serait totalement erroné d'opposer à ceci l'évaluation économique du projet. Bien au contraire puisqu'il s'agit d'organisation devant bénéficier à terme à la population, il serait possible de conduire l'évaluation d'efficacité du projet dans le sens où l'entend par exemple la Haute Autorité de Santé³³ et d'un thème majeur et durable de santé, d'une réponse à apporter à la demande sociale.

À court terme, c'est-à-dire d'ici fin mai 2014, une fois que la sélection finale des projets aura été faite, il sera possible de dresser un premier bilan de la capacité régionale et locale à s'investir dans la recherche d'un nouveau type d'organisation. La Gohelle, le Bassin minier et le Nord – Pas-de-Calais sont ainsi exposés à une mise en concurrence territoriale distale salutaire. Seize autres régions métropolitaines ont déposé une réponse. Parmi celles-ci il semblerait que trois autres concernent eux aussi des territoires hyper-urbains. S'il n'est pas possible de connaître avec assez de détail les intentions de ces concurrents, le projet déposé par l'Île-de-France concerne cependant une population d'un poids similaire : 370 000 habitants théoriquement censés pouvoir être bénéficiaires.

³³ Haute Autorité de Santé. *Projet stratégique 2013 -2016*. 2013, 62 p.

Aussi s'il s'avère que Territoire de Soins numérique bénéficie à la Gohelle, serait-il potentiellement possible de conduire une évaluation comparative de l'impact, de l'efficacité du projet. Celle-ci pourra englober l'évaluation de l'implémentation, du maillage entre les acteurs. Potentiellement, puisque relevant d'un appel d'offre national, l'évaluation des résultats atteints sera pour une fois, possible. Pour une fois il devrait être possible d'évaluer la part prise par TSN dans l'amélioration de l'état de santé, dans la satisfaction des patients, dans l'efficacité du système nouvellement implanté.

Il sera assurément nécessaire de déployer beaucoup de pédagogie pour faire reconnaître et comprendre la vision transversale du besoin de la collectivité. L'essentiel n'est pas l'outil mais l'intention, la capacité à mettre en œuvre une innovation collective.

Annexes

Annexe 1

Exemples concrets,

diagnostic territorial

Marielle Rengot

Personnes rencontrées en 2013

Monsieur Fabrice Leburgue, Directeur des Centres Hospitaliers de Seclin et Carvin ;

Monsieur Pascal Forcioli, Directeur Général de l'AHNAC et Administrateur du GCS MATISS ;

Madame Carmen Sole, FHF ;

Monsieur Didier Delmotte, FHF ;

Madame Dominique Picault, CHRU de Lille ;

Monsieur le Pr Benoît Vallet, CHRU de Lille ;

Monsieur Delmer, Polyclinique du Bois ;

Madame le Dr Isabelle Lambert, Polyclinique du Bois ;

Monsieur le Dr Alban Bailliez, Polyclinique du Bois ;

Madame Marie-Pierre Bongiovanni, Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois ;

Monsieur le Dr Philippe Paradis, Centre Hospitalier de Sambre-Avesnois ;

Madame le Dr Isabelle Girard-Butaz, Centre Hospitalier de Valenciennes ;

Monsieur le Dr Laurent Verniest, MSP de Steenvoorde.

Leviers essentiels de la restructuration de l'offre de soins hospitalière

La fusion, le regroupement ou la collaboration entre établissements de santé sont des leviers essentiels à une restructuration de l'offre hospitalière sur un territoire.

Ces regroupements ont pour vocation d'optimiser les fonctions supports à l'offre de soins que sont : la logistique, le dossier médical personnel (DMP), ou encore les systèmes d'information hospitaliers (SIH). Mais avant tout, il s'agit d'outils de coopération stratégique qui recomposent l'offre de soins et réalisent une projection des ressources en s'appuyant sur les points forts et les faiblesses du territoire.

Les communautés hospitalières de territoire (CHT) et les groupements de coopération sanitaire (GCS) sont des possibilités offertes par la loi HPST afin de favoriser ces collaborations, voire des fusions. Ces organisations ont pour objectifs d'articuler et de valoriser les points forts des uns, mis au service de l'ensemble du groupement.

Les ARS sont incitatrices de ces regroupements. Si ces regroupements entraînent des nouveaux protocoles de soins, ceux-ci sont soumis à autorisation des ARS et validation par la Haute Autorité de Santé (HAS). Certains acteurs souhaiteraient un accompagnement à la mise en place de ces nouvelles pratiques qui ne sont pas anodines tant dans les gestions financières des établissements que dans la pratique médicale.

En effet, les centres hospitaliers doivent trouver une motivation, un intérêt à agir, car ces collaborations ne sont pas « naturelles ». D'autant que la tarification à l'activité pousse chaque établissement à générer de l'activité avec le double objectif d'attractivité : médicale et patientèle ce qui, dans une logique comptable, n'encline donc pas à « partager » l'activité.

Les CHT entre établissements publics sembleraient plus aisées à mettre en place. Cependant, elles sont d'autant plus « fragiles » que ces collaborations de travail et financières doivent être positives pour chacun. Il ne s'agit pas, en voulant mutualiser et optimiser l'offre sanitaire sur un territoire, de le faire au profit de l'un ou de l'autre établissement. D'un point de vue humain, il n'est pas toujours facile pour les praticiens de réorienter leur pratique, d'en abandonner une partie, voire de la mettre en collaboration avec un établissement de plus grande taille.

Quant aux CHT public / privé, souvent vécues comme plus simples à mettre en place étant davantage régies par un cadre juridique strict, elles font parfois avancer plus efficacement le groupement.

Ces collaborations ne peuvent se contenter d'une signature. L'accord doit s'appuyer sur un projet médical solide, mûrement réfléchi entre les professionnels de santé s'il veut remplir ses objectifs.

Fédération Hospitalière de France

En Nord – Pas-de-Calais, au 1^{er} septembre 2012, deux CHT ont été approuvées par l'ARS :

- ✓ *La communauté hospitalière de territoire du Valenciennois*, signée le 21 juin 2011, comprenant les établissements de Denain, Le Quesnoy, Saint-Amand-les-Eaux et Valenciennes.

Cette convention couvre l'ensemble du territoire du Valenciennois, soit 444 500 habitants, avec comme objectifs :

- l'amélioration des flux de patients ;
- l'augmentation de la réactivité de l'offre de soins publique en cancérologie ;
- la mutualisation en matière logistique des moyens (matériels et humains).

- ✓ *La communauté hospitalière de territoire Flandre-Lys*, signée le 15 décembre 2011, regroupe les centres hospitaliers d'Armentières, Bailleul et Hazebrouck.

Cette CHT entérine un partenariat médical inter-établissements déjà existant, avec comme objectifs :

- la permanence des soins ;
- le maillage territorial ;
- la consolidation des partenariats existants.

De nombreuses autres CHT sont en réflexion :

- ✓ Dunkerque-Calais-Saint-Omer ;
- ✓ Boulogne-Montreuil ;
- ✓ Versant Nord-Est de la Métropole Lilloise ;
- ✓ Artois ;
- ✓ Cateau-Cambrésis ;
- ✓ Sambre-Avesnois ;
- ✓ Thiérache.

En matière de GCS, le 11 juillet 2012, l'ARS a signé la convention du groupement du Centre Hospitalier de Lens et de l'AHNAC, avec comme objet :

- Faciliter, améliorer ou développer l'activité de ses membres, notamment par la mise en place d'actions communes.

CHRU

Seul Centre Hospitalier Universitaire de la région Nord – Pas-de-Calais, le CHRU de Lille s'appuie en premier lieu sur ces missions essentielles que sont l'enseignement et la recherche clinique. Cependant dans une démarche collaborative d'une CHT ou d'un GCS, même si les compétences dans de nombreux champs sanitaires sont plus présentes au CHR du fait de sa masse critique de praticiens plus importants qu'un centre hospitalier de proximité, le CHR ne peut distribuer des compétences sans partage de l'activité, il faut introduire la notion de coopération durable, sans doute difficilement compatible avec une logique de T2A là encore.

CH de Seclin

Dans le cadre d'une réorganisation territoriale du versant Sud/Sud-ouest de la Métropole lilloise, le Centre Hospitalier de Seclin a renoncé à la chirurgie ORL au vu de sa collaboration avec le CHRU de Lille et du Centre Oscar Lambret, recours régionaux en la matière.

Cette cession d'activité s'est faite au profit d'un projet de santé non chirurgical en développant notamment sur les soins de suite en réparation ORL. Ce type d'offre n'existe au niveau national qu'à Seclin et Marseille. Le besoin en soins de suite ORL est réel : 50 patients en bénéficient. Actuellement le délai de prise en charge est de plus de 6 mois.

Dans une logique de réorganisation ce choix semble tout à fait salubre, d'une part pour la cohérence de la réorganisation sur ce versant de territoire, profitable d'autre part aux patients qui bénéficient d'une nouvelle offre en soins de suite.

Par cette coopération entre le CH de Seclin et le COL, cette offre de soins de suite pourrait être doublée voire triplée au vu du besoin...

Avec le CHRU et le COL, le Centre Hospitalier de Seclin a signé un protocole de groupement de coopération sanitaire. La proximité avec la CHRU ayant une attractivité chirurgicale importante, le bloc opératoire de Seclin semblait surdimensionné sur certains segments de chirurgie.

Un arrêté de l'ARS entérine le mode de gouvernance entre ces trois établissements, met en place une mini-CME adaptée qui peut à peu s'élargir. Cette gouvernance et collaboration étroite permettent le partage des coûts et des recettes, ne pénalisant pas ainsi les recettes d'un hôpital de plus faible recours dans le domaine de la chirurgie. La comptabilité de ce GCS est réalisée par le CH de Seclin.

Ce GCS permet également à des médecins libéraux de s'associer et de travailler avec le CH de Seclin, notamment dans le domaine de l'imagerie, développant ainsi une collaboration ville/hôpital et public/privé.

Ce regroupement remplit déjà largement un des objectifs qui est de réduire le délai de recours chirurgical pour les patients de Seclin et des alentours, celui-ci étant à ce jour d'un mois.

Relation Ville / Hôpital

La relation ville / hôpital est prolongée par une collaboration entre certains praticiens hospitaliers en relation avec les médecins de ville, alimentant ainsi une filière spécifique.

Le CH de Seclin est moteur dans le projet de maison de promotion de santé, initié sur le territoire de Seclin-Carvin, dont l'objectif est la prévention et la promotion de la santé sur ce territoire.

L'hôpital joue également le rôle de recours « pré-urgences » dans la proximité et d'aiguillage si nécessaire vers des hôpitaux mieux adaptés.

Télé médecine

Le CH de Seclin a investi près de 650 000 euros, dont 50 % subventionnés par l'ARS dans la télé médecine. Ce programme partage des images entre les Centres Hospitaliers de Carvin-Loos-Haubourdin pour un diagnostic partagé. Ce programme couvre également un programme de télé-expertise avec le CHU.

Télémédecine et imagerie en région Nord – Pas-de-Calais

Dans une période économique difficile, alors que le nombre de médecins diminue, la demande de santé risque de s'accroître du fait du vieillissement de la population et de l'augmentation des maladies chroniques.

Face à cette équation particulièrement compliquée à résoudre, la télémédecine se présente comme une possibilité d'amélioration et d'évolution de notre système de soins afin de le rendre plus efficace.

Au cœur des évolutions technologiques de l'image et d'internet, la télémédecine bouleverse profondément la manière de faire de la médecine. Face à cette révolution qui attend le monde médical, professionnels et usagers sont en droit de questionner le bien-fondé et les problèmes que soulève la télémédecine en termes éthiques, économiques et juridiques.

La législation qui encadre ces nouveaux modes de consultations médicale est balbutiante et tente de répondre aux enjeux essentiels que sont le suivi du patient, l'organisation et la coordination des soins mais aussi la réalisation d'actes à distance.

Pour répondre aux enjeux de santé publique clairement identifiés dans la région, le Nord – Pas-de-Calais s'est positionné sur ce domaine.³⁴

Projet MATISS

Le 25 juillet 2012, l'Agence Régionale de Santé Nord – Pas-de-Calais entérine un GCS dont l'objectif est le développement des systèmes d'information de santé et la télémédecine, dans lequel le développement du DMP en région Nord – Pas-de-Calais prend toute sa place.

Le GCS MATISS (maîtriser l'apport des systèmes d'information en santé et médico-social) regroupe plus de 70 établissements et structures sanitaires ou médico-sociales.

51 établissements de santé (24 établissements publics, 27 établissements privés), 4 Unions Régionales des Professionnels de Santé, 11 établissements ou structures du champ médico-social, 4 maisons de santé pluri professionnelles et 3 réseaux de santé constituent les membres fondateurs du GCS.

Ce projet MATISS est central dans le programme régional de développement de la télémédecine pour les années 2011-2016. En effet il veut *dépasser le stade du développement isolé des systèmes d'information, et engager de façon durable* :

- Le partage et l'échange d'informations
- L'usage des TIC pour renforcer la coordination des soins
- Une meilleure articulation entre acteurs sanitaires et médico-sociaux.

Le GCS MATISS se voit confier par ses membres la maîtrise d'ouvrage de projets collectifs, structurants d'intérêt général ainsi que des missions d'études, d'évaluation ou d'expertise dans le domaine des systèmes d'information partagés de santé, de la télémédecine et de la télésanté.

Durant l'été 2012, MATISS définit son programme de travail, rencontres l'ensemble des partenaires membres afin de recueillir leur opinion, besoins et suggestions sur les différents systèmes d'information au niveau sanitaire, hospitalier et médico-sociale. Les URPS jouent un rôle important de sensibilisation des professionnels de santé notamment du monde libéral.

DMP : un outil patient essentiel au partage de l'information de santé

Afin de développer le DMP le rôle des médecins généralistes est essentiel dans la sensibilisation à ce DMP auprès de leurs patients qui doivent faire la demande d'ouverture de leur dossier. Il est admis que les médecins libéraux souvent surchargés, ne sont pas promoteurs du DMP auprès de leur patientèle.

En région Picardie, le DMP s'est fortement développé à partir d'un travail mené auprès du réseau régional des urgences. Les services des urgences sont devenus les plus grands contributeurs d'ouverture du DMP.

L'exemple du dossier pharmacie peut servir de base de travail à un dossier partagé régionalisé. En effet, les pharmaciens d'officines s'appuient sur ce dossier pour un meilleur usage de la dispensation de médicaments.

³⁴ La région Nord - Pas-de-Calais à l'heure de la télémédecine. NSEO 2012 ; 2 : 4 p.

Télé AVC Valenciennes

La synthèse des recommandations de la HAS de mai 2009 insiste sur la notion de prise en charge précoce de toute personne présentant des signes évocateurs d'AVC. L'examen clinique préalable à une thrombolyse doit être effectué dans un délai maximum de 4h30.

Recommandations HAS

L'AVC est une urgence absolue :

- Tout déficit neurologique brutal transitoire ou prolongé impose l'appel immédiat du Samu Centre 15 ;
- Le médecin régulateur doit proposer en priorité tout patient ayant des signes évocateurs d'un AVC à une UNV ;
- Les patients ayant des signes évocateurs d'un AVC doivent avoir très rapidement une imagerie cérébrale, autant que possible par IRM ;
- La thrombolyse doit être effectuée le plus tôt possible.

Au sein du Centre Hospitalier de Lens, les patients n'avaient pas accès à l'IRM en l'absence de permanence de radiologues. Sur le CH de Valenciennes, le manque de radiologues de nuit ne permettait pas de pratiquer l'IRM en urgence. Dans ces hôpitaux, il n'existait pas de permanence de neurologues de jour comme de nuit.

La situation de la démographie médicale présentait des carences de prise en charge entre Arras, Douai et Maubeuge, ce qui a poussé l'ARS et deux neurologues préoccupés par la question à travailler à la structuration de la filière de prise en charge pour faire évoluer la permanence des soins sur Lens et Valenciennes.

L'objectif poursuivi est de mobiliser les moyens médicaux 24h/24 tant en radiologie qu'en neurologie pour un bassin de patients de près de 2 millions d'habitants.

La structuration de la filière sur ce territoire permet aujourd'hui de mutualiser les moyennes médicales 24h/24 pour tous les patients du CH d' Arras, Douai et Maubeuge. Cette nouvelle coopération permet de donner un égal accès aux soins à l'ensemble de la population de ce bassin.

Ce travail de coopération inter-hospitaliers, permet aujourd'hui de mettre en application la 4^e recommandation de l'HAS « la thrombolyse doit s'effectuer le têt possible ». Pour arriver à ce résultat les neurologues s'appuient : d'une part sur la formation des urgentistes et des radiologues à la thrombolyse, et d'autre part sur la télé-médecine qui permet une télé-expertise rapide, toujours bien vécue par les patients nullement impressionnés par ce type de consultation.

Seul Valenciennes avait un système de garde UNV, ce processus à permis la création d'une UNV sur le CH de Maubeuge, de présenter à chaque garde : un neurologue et un radiologue, avec deux autres praticiens prêts à une consultation en télé-expertise.

Le nombre de praticiens « regroupés » dans la filière est important :

- 15 neurologues et 15 radiologues, plus les infirmières et urgentistes formés à l'examen clinique avec caméra, cette organisation permet de remplir les recommandations d'examen précoce et donc de traitement rapide afin de sauver un maximum de vie.

La mise en œuvre de ce programme de téléAVC, a demandé près de 3 ans d'investissement entre l'écriture du projet et le travail très précis d'élaboration du protocole commun.

Ce travail préparatoire et sa mise en œuvre ont tissé des relations de confiance entre les professionnels de santé et point essentiel lié au partage de protocole, l'augmentation des thrombolyse, et de facto, l'augmentation du nombre de vies sauvées.

La prise en charge précoce *via* la téléAVC et la télé expertise est une mutation importante pour la neurologie.

Imagerie spécialisée : Polyclinique du Bois

L'organisation de l'imagerie se calque sur le besoin en imagerie des patients. L'imagerie standard se réalise dans la proximité du patient, en revanche l'imagerie plus spécialisée peut s'organiser sur rayonnement plus large.

Les difficultés de démographie médicale n'épargnent pas les radiologues contraints pour l'imagerie classique à un meilleur maillage en proximité. L'activité radiologique tend à croître et à déconcentrer les activités lourdes par une forte tendance aux regroupements. Les techniques d'imagerie se perfectionnent et entraînent des coûts importants d'investissement tels que les mammographies numériques qui requièrent un coût important à l'installation de ces appareils. Ceci de facto demande des plateaux techniques regroupés utilisés par plusieurs équipes.

Ces regroupements sont, pour les moments, assez inégaux en région nord – Pas-de-Calais, pourtant essentiels à un accès aux soins radiologiques.

La radiographie spécialisée, exige du matériel lourd (Scanner, IRM, scintigraphie, TEP, et médecine nucléaire) et requiert compétence et performance. La Région Nord – Pas-de-Calais est d'ailleurs en passe de rattraper son retard en la matière, en nombre d'équipements lourds et par voie de conséquences, dans la diminution des délais de rendez vous.

Au cœur de cette radiologie spécialisée, la radiologie interventionnelle demande des plateaux techniques complets et diversifiés.

La polyclinique Du Bois, aurait besoin de doubler son équipement, notamment d'acquérir un second scanner, mais également d'enrichir l'équipe soignante de 2 cardiologues et de 5 radiologues afin de répondre à la demande. En effet, la polyclinique participe à la permanence des soins en radiologie (24h/24) répondant ainsi à la politique de l'ARS en radiologie.

Les plateaux techniques complets demandent également une adaptation aux besoins des patients notamment pour les IRM ciblés : nourrissons, personnes obèses, ou encore les personnes handicapés. La polyclinique Du Bois offre également la chirurgie de l'obésité.

Cette politique volontariste en matière d'imagerie permet, un accès aux soins large car l'offre est en secteur 1, une rapidité de prise en charge, une diminution des hospitalisations.

Le besoin prégnant en praticiens se situe au niveau des compétences hyperspécialisées en radiologie interventionnelle : maîtrise de la technique mais aussi des compétences radiologie/oncologie où il est recommandé d'avoir des compétences également touchant au diagnostic et du suivi des cancers.

Le recrutement de la patientèle est à 90 % externe (médecine de ville : 50 % médecins généralités et 50 % médecins spécialistes).

Les coopérations

Quant aux coopérations elles sont nombreuses : le Centre Oscar Lambret pour les patients atteints de cancers, le GHICL, en carence de praticiens dans ce domaine, hôpital Saint-Vincent pour l'IRM, mais également un GIE métropole Sud avec le centre hospitalier de Seclin.

Pour le moment, les radiologues de la polyclinique Du Bois ne s'engagent pas dans la téléconsultation, en privilégiant le contact direct avec le patient. Cependant, grâce au site de HPM, le SIH permet du transfère d'images afin d'effectuer des bilans radiologiques, pour les patients hospitalisés et développe un partenariat avec Oncomel.

Les coopérations entre professionnels de santé au sein des maisons pluridisciplinaires de santé sont inscrites dans le cahier des charges. La proximité des différents professionnels de santé et leur souhait de renouveler leur pratique médicale, associés au nouveau système d'information partagé permettent des innovations en matière de coopérations.

« Au cœur des territoires les Maisons de santé Pluridisciplinaires fédèrent un projet de santé au service d'une optimisation de l'offre de santé à la population. L'objectif de la maison de santé est d'aboutir à une meilleure prise en charge de la personne par un parcours de santé coordonné, adapté aux besoins d'une population. Déjà en 2008, la loi de financement de la sécurité sociale donne une définition des maisons de santé : « elles assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales. Les MS sont constituées entre professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. »

Les enjeux d'un décloisonnement touchent toutes les thématiques du médico-social : l'aide à la personne, le handicap, la petite enfance, ou encore la réinsertion. Dans le domaine psychique les ARS mettent en place une commission régionale de concertation en santé mentale à l'instar de la commission régionale de coordination médico-sociale qui a pour mission l'articulation des différentes structures.

La loi HPST met donc en place les éléments d'une *dé-segmentation* des secteurs de santé. L'esprit de la loi doit permettre aux acteurs de terrain d'avancer dans cet objectif.

En ce qui concerne les maisons de santé, comme nous l'avons vu, les différents cahiers des charges (ARS et CR) énoncent clairement l'objectif de promotion de la santé, les acteurs doivent s'en saisir au même titre que de l'objectif du projet médical concerté, ce qui donne tout son sens au projet de santé publique auquel aspirent les professionnels de santé au sein des maisons et pôles de santé pluridisciplinaires.

Par leur caractère pluridisciplinaire et leur implantation territoriale, les maisons et pôles de santé réunissent toutes les conditions pour créer voire, inventer ces partenariats forts et innovants, tout en consolidant l'existant, également par un partenariat avec les villes, les associations, l'ensemble du secteur médico-social. »³⁵

Centre de Santé de Steenvoorde

Coopérations internes

Au sein de la maison pluridisciplinaire de santé de Steenvoorde, des coopérations se réalisent autour de trois actes principaux : la vaccination, les accueils non programmés et un programme en cours de validation HAS sur la sensibilisation et l'amélioration des dépistages BPCO.

Pour la vaccination, la coopération existe entre les médecins généralistes de la MSP et les infirmières. Il s'agit à la fois de favoriser le recours à la vaccination par les infirmières, lors de plages horaires dédiés (une matinée et fin d'après-midi). Les médecins continuent toutefois de vacciner notamment en début d'hiver.

Les accueils non programmés sont assurés par un médecin, un masseur kinésithérapeute ou une infirmière qui jugent de l'urgence et orientent le patient. Il s'agit d'un partage des tâches autour de la régulation. Dans la grande majorité le patient est orienté vers le médecin généraliste dans 2 % des cas, l'orientation se fait vers l'hôpital.

Il existe une traçabilité de ces accueils non programmés dans un registre spécifique.

Un « protocole structuré » soumis à validation de l'ARS et autorisation de l'HAS, sur la sensibilisation et l'amélioration du dépistage BPCO.

Ce travail de réflexion a été motivé par la sous évaluation et dans le manque de diagnostics de cette affection en région Nord – Pas-de-Calais. Les masseurs kinésithérapeutes réalisent une mesure du souffle, impriment les résultats, ceux-ci sont intégrés au dossier du patient. Toute anomalie repérée fait l'objet d'une orientation vers le médecin.

Les professionnels de santé du centre médical de Steenvoorde ont mis en place un échange de données entre médecins, pharmaciens, masseurs-kinésithérapeutes et infirmières, tous et toutes sensibilisés au dépistage BPCO.

Le centre médical de Steenvoorde, assure également de coopérations professionnelles autour du thème du cancer avec l'ADCN, le sevrage tabagique, le dépistage de la rétinopathie et l'éducation thérapeutique du patient : diabète et maladies respiratoires.

³⁵ Rengot M. *Contribution au débat régional. Maisons et Pôles de santé*. Loos : ORS Nord – Pas-de-Calais, 2011 ; 81 p.

Maillage externe

Le préalable à un travail partenarial territorial est la connaissance du tissu médico-social, soutenue par une véritable ouverture vers les acteurs de santé, qui le plus souvent, travaillent « les uns à côté des autres » et non pas en relation.

La MSP de Steenvoorde engage des partenariats à différents niveaux et par thématiques :

Avec le CLIC ce travail collaboratif à un double objectif : la santé des personnes de plus de 60 ans, et la santé des personnes handicapés (qui parfois sont les mêmes). Ces patients ont un besoin de prise en charge pluri professionnels dont le pivot reste le médecin traitant.

Ce partenariat est l'amorce de la mise en œuvre d'un réseau médico-social.

La réflexion est ouverte sur la mise en place d'un système d'information partagé CLIC/MSP.

La MSP est membre du Comité Local d'accompagnement au Dépistage du Cancer, (CLAD des Flandres). De ce partenariat découle des permanences de l'ERC de Dunkerque à Steenvoorde ainsi que des permanences d'esthétique.

Le maillage externe est largement facilité par la présence d'un coordinateur au sein de la MSP de Steenvoorde, qui assure un lien plus fluide entre les professionnels de santé et les acteurs du territoire. Le profile de poste du coordinateur inclus les réunions internes su centre médical, le développement des projets vers la communauté de communes, le développement du projet de santé de la MSP en lien avec le module 3 sur les nouveaux modes de rémunérations et également la vie associative en tissant des partenariats autour de nombreux dossiers ayant trait à la prévention.

Annexe 2

Les pôles d'offre

Les 15 pôles des grandes métropoles

Figure 1

Bassin de vie	Région
Strasbourg	Alsace
Bordeaux	Aquitaine
Rennes	Bretagne
Rouen	Haute-Normandie
Paris	Île-de-France
Montpellier	Languedoc-Roussillon
Nancy	Lorraine
Toulouse	Midi-Pyrénées
Lille	Nord - Pas-de-Calais
Nantes	Pays de la Loire
Marseille - Aix-en-Provence	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Nice	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Toulon	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Lyon	Rhône-Alpes
Grenoble	Rhône-Alpes

Les 42 Grands pôles

Figure 2

Bassin de vie	Région
Mulhouse	Alsace
Colmar	Alsace
Bayonne	Aquitaine
Pau	Aquitaine
Clermont-Ferrand	Auvergne
Caen	Basse-Normandie
Dijon	Bourgogne
Brest	Bretagne
Vannes	Bretagne
Quimper	Bretagne
Guidel	Bretagne
Saint-Brieuc	Bretagne
Tours	Centre
Orléans	Centre
Reims	Champagne-Ardenne
Troyes	Champagne-Ardenne
Besançon	Franche-Comté
Le Havre	Haute-Normandie
Nîmes	Languedoc-Roussillon
Perpignan	Languedoc-Roussillon
Béziers	Languedoc-Roussillon
Limoges	Limousin
Metz	Lorraine
Douai - Lens	Nord - Pas-de-Calais
Valenciennes	Nord - Pas-de-Calais
Béthune	Nord - Pas-de-Calais
Dunkerque	Nord - Pas-de-Calais
Angers	Pays de la Loire
Le Mans	Pays de la Loire
Saint-Nazaire	Pays de la Loire
La Roche-sur-Yon	Pays de la Loire
Amiens	Picardie
Poitiers	Poitou-Charentes
La Rochelle	Poitou-Charentes
Niort	Poitou-Charentes
Angoulême	Poitou-Charentes
Avignon	Provence-Alpes-Côte d'Azur
Saint-Étienne	Rhône-Alpes
Chambéry	Rhône-Alpes
Annecy	Rhône-Alpes
Valence	Rhône-Alpes
Bourg-en-Bresse	Rhône-Alpes

Inventaire des pôles d'offre par région

Figure 3

Bassin de vie	Région	Type de Pole	Professionnels de santé Effectif total
Strasbourg	Alsace	Type 1 : P-GM	12896
Mulhouse	Alsace	Type 2 : GP	5265
Colmar	Alsace	Type 2 : GP	3657
Haguenau	Alsace	Type 3 : Pi	2119
Bordeaux	Aquitaine	Type 1 : P-GM	21431
Bayonne	Aquitaine	Type 2 : GP	5825
Pau	Aquitaine	Type 2 : GP	4885
Périgueux	Aquitaine	Type 3 : Pi	2190
Dax	Aquitaine	Type 3 : Pi	1798
Mont-de-Marsan	Aquitaine	Type 3 : Pi	1786
Agen	Aquitaine	Type 4 : Ps	2608
Libourne	Aquitaine	Type 4 : Ps	1944
Bergerac	Aquitaine	Type 4 : Ps	1229
La Teste-de-Buch - Arcachon	Aquitaine	Type 4 : Ps	1034
Clermont-Ferrand	Auvergne	Type 2 : GP	8606
Vichy	Auvergne	Type 3 : Pi	1781
Aurillac	Auvergne	Type 3 : Pi	1752
Montluçon	Auvergne	Type 3 : Pi	1637
Le Puy-en-Velay	Auvergne	Type 4 : Ps	2217
Moulins	Auvergne	Type 4 : Ps	1806
Caen	Basse-Normandie	Type 2 : GP	7744
Cherbourg-Octeville	Basse-Normandie	Type 3 : Pi	1825
Alençon	Basse-Normandie	Type 4 : Ps	1539
Saint-Lô	Basse-Normandie	Type 4 : Ps	1452
Dijon	Bourgogne	Type 2 : GP	8099
Mâcon	Bourgogne	Type 3 : Pi	1999
Nevers	Bourgogne	Type 3 : Pi	1812
Chalon-sur-Saône	Bourgogne	Type 4 : Ps	2525
Auxerre	Bourgogne	Type 4 : Ps	2159
Sens	Bourgogne	Type 4 : Ps	1059
Rennes	Bretagne	Type 1 : P-GM	10358
Brest	Bretagne	Type 2 : GP	5829
Vannes	Bretagne	Type 2 : GP	4079
Quimper	Bretagne	Type 2 : GP	3397
Guidel	Bretagne	Type 2 : GP	3292
Saint-Brieuc	Bretagne	Type 2 : GP	3185
Saint-Malo	Bretagne	Type 3 : Pi	1743
Morlaix	Bretagne	Type 4 : Ps	1853
Dinan	Bretagne	Type 4 : Ps	1351
Lannion	Bretagne	Type 4 : Ps	1169
Tours	Centre	Type 2 : GP	8967
Orléans	Centre	Type 2 : GP	6058
Chartres	Centre	Type 3 : Pi	2411
Blois	Centre	Type 3 : Pi	2265
Châteauroux	Centre	Type 3 : Pi	1686
Bourges	Centre	Type 4 : Ps	2644
Dreux	Centre	Type 4 : Ps	1286
Montargis	Centre	Type 4 : Ps	1176
Reims	Champagne-Ardenne	Type 2 : GP	6347
Troyes	Champagne-Ardenne	Type 2 : GP	3016
Charleville-Mézières	Champagne-Ardenne	Type 4 : Ps	2637
Châlons-en-Champagne	Champagne-Ardenne	Type 4 : Ps	1878
Bastia	Corse	Type 3 : Pi	1879
Ajaccio	Corse	Type 4 : Ps	2141

Le maillage des pôles d'offre
Éléments de la problématique, potentialités régionales et mise en œuvre locale

Annexes

Bassin de vie	Région	Type de Pole	Prodeffionnels de santé Effectif total
Besançon	Franche-Comté	Type 2 : GP	6350
Belfort	Franche-Comté	Type 3 : Pi	2052
Montbéliard	Franche-Comté	Type 3 : Pi	1901
Dole	Franche-Comté	Type 4 : Ps	1590
Vesoul	Franche-Comté	Type 4 : Ps	1398
Lons-le-Saunier	Franche-Comté	Type 4 : Ps	1107
Rouen	Haute-Normandie	Type 1 : P-GM	12075
Le Havre	Haute-Normandie	Type 2 : GP	4696
Évreux	Haute-Normandie	Type 4 : Ps	2274
Dieppe	Haute-Normandie	Type 4 : Ps	1407
Paris	Île-de-France	Type 1 : P-GM	193314
Meaux	Île-de-France	Type 3 : Pi	2041
Fontainebleau	Île-de-France	Type 4 : Ps	1122
Montpellier	Languedoc-Roussillon	Type 1 : P-GM	14351
Nîmes	Languedoc-Roussillon	Type 2 : GP	5804
Perpignan	Languedoc-Roussillon	Type 2 : GP	5331
Béziers	Languedoc-Roussillon	Type 2 : GP	3001
Alès	Languedoc-Roussillon	Type 3 : Pi	2243
Carcassonne	Languedoc-Roussillon	Type 3 : Pi	2074
Narbonne	Languedoc-Roussillon	Type 3 : Pi	1799
Sète	Languedoc-Roussillon	Type 3 : Pi	1768
Limoges	Limousin	Type 2 : GP	6386
Brive-la-Gaillarde	Limousin	Type 3 : Pi	2075
Guéret	Limousin	Type 4 : Ps	1251
Nancy	Lorraine	Type 1 : P-GM	10356
Metz	Lorraine	Type 2 : GP	7242
Thionville	Lorraine	Type 3 : Pi	2961
Épinal	Lorraine	Type 3 : Pi	1849
Sarreguemines	Lorraine	Type 4 : Ps	1549
Forbach	Lorraine	Type 4 : Ps	1496
Verdun	Lorraine	Type 4 : Ps	1197
Toulouse	Midi-Pyrénées	Type 1 : P-GM	24067
Tarbes	Midi-Pyrénées	Type 3 : Pi	2369
Castres	Midi-Pyrénées	Type 3 : Pi	1590
Albi	Midi-Pyrénées	Type 4 : Ps	2919
Montauban	Midi-Pyrénées	Type 4 : Ps	2422
Rodez	Midi-Pyrénées	Type 4 : Ps	2290
Auch	Midi-Pyrénées	Type 4 : Ps	1450
Cahors	Midi-Pyrénées	Type 4 : Ps	1103
Lille	Nord - Pas-de-Calais	Type 1 : P-GM	25131
Douai - Lens	Nord - Pas-de-Calais	Type 2 : GP	8178
Valenciennes	Nord - Pas-de-Calais	Type 2 : GP	6192
Béthune	Nord - Pas-de-Calais	Type 2 : GP	4768
Dunkerque	Nord - Pas-de-Calais	Type 2 : GP	3197
Arras	Nord - Pas-de-Calais	Type 3 : Pi	2380
Berck	Nord - Pas-de-Calais	Type 3 : Pi	2139
Maubeuge	Nord - Pas-de-Calais	Type 3 : Pi	2082
Boulogne-sur-Mer	Nord - Pas-de-Calais	Type 3 : Pi	2028
Calais	Nord - Pas-de-Calais	Type 3 : Pi	1784
Cambrai	Nord - Pas-de-Calais	Type 3 : Pi	1768
Armentières	Nord - Pas-de-Calais	Type 4 : Ps	2995
Saint-Omer	Nord - Pas-de-Calais	Type 4 : Ps	1256

Le maillage des pôles d'offre
Éléments de la problématique, potentialités régionales et mise en œuvre locale

Annexes

Bassin de vie	Région	Type de Pole	Professionnels de santé Effectif total
Nantes	Pays de la Loire	Type 1 : P-GM	14876
Angers	Pays de la Loire	Type 2 : GP	7711
Le Mans	Pays de la Loire	Type 2 : GP	5607
Saint-Nazaire	Pays de la Loire	Type 2 : GP	3167
La Roche-sur-Yon	Pays de la Loire	Type 2 : GP	3099
Laval	Pays de la Loire	Type 3 : Pi	2166
Cholet	Pays de la Loire	Type 4 : Ps	1986
Amiens	Picardie	Type 2 : GP	5908
Saint-Quentin	Picardie	Type 3 : Pi	2019
Compiègne	Picardie	Type 3 : Pi	1841
Beauvais	Picardie	Type 3 : Pi	1805
Creil	Picardie	Type 4 : Ps	1414
Soissons	Picardie	Type 4 : Ps	1329
Abbeville	Picardie	Type 4 : Ps	1185
Laon	Picardie	Type 4 : Ps	1105
Poitiers	Poitou-Charentes	Type 2 : GP	5508
La Rochelle	Poitou-Charentes	Type 2 : GP	3708
Niort	Poitou-Charentes	Type 2 : GP	3137
Angoulême	Poitou-Charentes	Type 2 : GP	3081
Saintes	Poitou-Charentes	Type 4 : Ps	1405
Rochefort	Poitou-Charentes	Type 4 : Ps	1087
Marseille - Aix-en-Provence	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Type 1 : P-GM	39532
Nice	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Type 1 : P-GM	20682
Toulon	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Type 1 : P-GM	12368
Avignon	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Type 2 : GP	9447
Fréjus	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Type 3 : Pi	2068
Gap	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Type 3 : Pi	1688
Draguignan	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Type 3 : Pi	1515
Arles	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Type 4 : Ps	1331
Salon-de-Provence	Provence-Alpes-Côte d'Azur	Type 4 : Ps	1103
Lyon	Rhône-Alpes	Type 1 : P-GM	37509
Grenoble	Rhône-Alpes	Type 1 : P-GM	13275
Saint-Étienne	Rhône-Alpes	Type 2 : GP	9462
Chambéry	Rhône-Alpes	Type 2 : GP	5320
Annecy	Rhône-Alpes	Type 2 : GP	4819
Valence	Rhône-Alpes	Type 2 : GP	3516
Bourg-en-Bresse	Rhône-Alpes	Type 2 : GP	3197
Annemasse	Rhône-Alpes	Type 3 : Pi	2720
Roanne	Rhône-Alpes	Type 3 : Pi	2018
Vienne	Rhône-Alpes	Type 3 : Pi	1850
Montélimar	Rhône-Alpes	Type 3 : Pi	1713
Romans-sur-Isère	Rhône-Alpes	Type 3 : Pi	1709
Bourgoin-Jallieu	Rhône-Alpes	Type 3 : Pi	1606
Thonon-les-Bains	Rhône-Alpes	Type 4 : Ps	1374
Aubenas	Rhône-Alpes	Type 4 : Ps	1341
Cluses	Rhône-Alpes	Type 4 : Ps	1223
Sallanches	Rhône-Alpes	Type 4 : Ps	1108

Annexe 3

La Conférence permanente du Bassin minier ses potentiels et la mise en débat des Pôles d'offre

(Source : Mission Bassin minier)

Note de présentation de la Mission Bassin minier Nord-Pas-de-Calais

Créée par décision du CIADT le 15 décembre 1998 (Comité Interministériel pour l'Aménagement et le Développement du Territoire), la Mission Bassin minier (MBM) est une structure d'ingénierie partenariale rassemblant l'État (dont un représentant de l'Agence Régionale de Santé), le Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais, les Conseils généraux du Nord et du Pas-de-Calais, l'Association des communes minières du Nord - Pas-de-Calais et, depuis 2002, les principaux EPCI (Établissements Publics de Coopération Intercommunale) du Bassin minier. Son statut est celui d'une association « Loi 1901 ». Elle a été officiellement mise en place en mai 2000. Son Conseil d'administration est présidé par M. Gilbert ROLOS, ancien maire de Sallaumines. Son périmètre d'intervention porte sur le Bassin minier qui compte en 2014 plus d'un million d'habitants.

Ses missions ont été cadrées initialement dans le volet territorial de l'après-mine du Contrat de Plan État-Région 2000-2006. Les deux axes majeurs de ce volet étaient la restructuration urbaine, sociale et écologique du territoire (incluant une prise en compte du patrimoine minier) et le renforcement de l'ingénierie des projets, conditions toutes nécessaires pour l'aménagement et le développement des territoires composant le Bassin minier.

Dès 2000, les chantiers fondateurs de la MBM ont été :

- l'urbanisme et l'habitat minier, avec l'achèvement des rénovations des cités minières et l'assistance technique à l'élaboration des politiques urbaines ;
- la Trame verte et bleue, avec la conception d'un schéma et la mise en œuvre sur les territoires d'itinéraires ;
- les grands projets de développement, avec la valorisation des grands sites miniers et une forte mobilisation dès 2002 sur le dossier du Louvre-Lens, tant sur les questions d'insertion urbaine que de développement économique, en appui aux collectivités locales ; dossier qui a abouti le 6 décembre 2012 à l'ouverture du musée ;
- la santé, en participant notamment à l'élaboration du volet « habitat » du Programme Régional d'Actions en Santé – Environnement (saturnisme infantile, intoxications au monoxyde de carbone, etc.) et le recensement et qualification des œuvres sanitaires et sociales de la Sécurité Sociale dans les Mines ;
- la valorisation de la mémoire et du patrimoine minier, et en particulier l'appui à la conduite du dossier de candidature du Bassin minier Nord- Pas-de-Calais à l'UNESCO ;

- les séquelles minières, en appui juridique, technique et scientifique auprès des collectivités locales dans la négociation des procédures de sortie de concession minière ;
- les Programmes Européens (INTERREG, RESCUE) ;
- la Conférence Permanente du Bassin Minier.

Ces chantiers thématiques ont été appuyés par une production cartographique en régie et une communication auprès des acteurs (publication de guides techniques notamment).

L'adhésion effective des Communautés d'agglomération et de communes du Bassin minier à la MBM dès 2002, l'élaboration du SRADT (Schéma Régional d'Aménagement et de Développement du Territoire) et sa déclinaison en grands schémas thématiques, la candidature du bassin minier à l'UNESCO ont eu un impact fort sur les chantiers de la MBM qui ont évolué pour répondre aux nouvelles demandes, en concordance avec l'ingénierie émergente d'agglomération puis des SCOT (Schéma de COhérence Territoriale). La montée en charge des enjeux liés à l'aire métropolitaine de Lille a fait évoluer le positionnement de la MBM, identifiée comme outil au service de l'animation technique de la démarche de coopération, aux côtés de l'Agence de Développement et d'Urbanisme de Lille-Métropole.

La MBM a donc développé de nouveaux chantiers :

- la coopération avec la métropole lilloise, dans le cadre de l'aire métropolitaine de Lille ;
- les transports et les déplacements, et en particulier l'articulation entre les différents moyens de transport en commun à l'échelle de l'aire métropolitaine de Lille ;
- l'observation avec les analyses socio-économiques et démographiques, l'urbanisme commercial ;
- l'urbanisme durable, avec l'appui notamment à la réalisation d'éco-quartiers et au développement de nouveaux modes de faire dans la rénovation des logements miniers en lien avec le « Grenelle » de l'environnement.

Créée pour une durée initiale de 7 ans, la MBM a été pérennisée en décembre 2006 par ses partenaires. La reconnaissance de son action par les acteurs locaux se marque par la décision des communautés d'agglomération d'apporter leur contribution financière à la MBM en 2006. Les orientations de la MBM ont intégré les évolutions du Contrat de Projet 2007-2013 : la stratégie globale européenne 2007-2013, combinant les priorités dites de « Lisbonne » (innovation et compétitivité, croissance, emploi) et de « Göteborg » (Développement durable), les fonds territoriaux spécifiques portés par le Conseil régional, etc.

Dans un souci d'articuler au mieux les dispositifs et les crédits, la MBM a développé son soutien en matière d'ingénierie financière au service du montage d'études et des projets structurants des territoires. À partir de 2009, la MBM est mandatée pour travailler à une échelle d'intervention nouvelle : celle d'Euralens, correspondant à la dynamique territoriale nouvelle, suscitée par l'arrivée du musée du Louvre-Lens sur le territoire. La nécessaire optimisation des impacts urbains, sociaux, culturels et économiques du Musée a motivé la création de l'association Euralens par les collectivités locales et les acteurs économiques. La MBM intervient en appui d'Euralens. Déjà très investie sur les enjeux urbains (Plan Directeur Urbain et Paysager d'Euralens, puis la Chaîne des Parcs), la MBM apporte son concours quotidien aux « 5 clusters Euralens » : "Euralogistic" ; "Sport & Bien-être" ; "Métiers d'art et du patrimoine" ; "Eco-construction et efficacité énergétique" ; "Numérique culturel". Elle est également très impliquée dans l'évaluation des impacts du Musée.

Le 30 juin 2012, après 10 années de travail partenarial entre l'association "Bassin Minier Uni" porteuse de la candidature "UNESCO" et la MBM, le Bassin minier Nord - Pas-de-Calais est inscrit sur la prestigieuse liste du patrimoine mondial de l'UNESCO au titre des « Paysages Culturels Évolutifs ». La MBM est désignée comme structure porteuse de la gestion du label et fusionne avec BMU. La mise en œuvre du Plan de gestion peut donc être appliquée par la Mission qui engage des chantiers neufs liés à la communication, à la médiation et au tourisme et consolide les chantiers existants liés à la protection, la planification et l'aménagement liés aux sites et problématiques "UNESCO".

L'année 2013 est consacrée à la relance de la Conférence Permanente du Bassin Minier qui a sondé les forces vives du territoire sur l'avenir de celui-ci au travers de 7 chantiers stratégiques : "la Trame verte et bleue", "l'urbanisme durable et l'aménagement du territoire", "les transports et la mobilité", "la santé", "le patrimoine au quotidien", "la formation et l'économie" et "la maîtrise d'ouvrage et la gouvernance". Cette démarche collaborative d'analyse et de débat a abouti à la production du *Livre blanc Acte II : 100 propositions pour accompagner la mutation du Bassin minier*. Dès janvier 2014, la MBM a saisi l'ensemble des décideurs et des financeurs du Contrat de Plan État/Région afin d'engager une phase d'appropriation du *Livre blanc* et d'examiner la faisabilité technique et financière de ses 100 propositions. S'ajoutant aux perspectives et projets directement liés au plan de gestion "UNESCO", ces propositions sont venues alimenter la proposition de volet territorial "Bassin minier, territoire vulnérable" du futur Contrat de Plan 2014-2020, qu'a rédigé la MBM pour le compte de l'État.

Le périmètre d'intervention souple et son caractère partenarial font de la MBM un outil pertinent pour poser les diagnostics et les enjeux à plusieurs échelles qui continuent de se conjuguer : l'échelle "Bassin Minier", échelle de la cohésion et de l'héritage, l'échelle métropolitaine, territoire de référence des études et diagnostics et l'échelle "infra Bassin minier" que représente Euralens. La MBM est donc un lieu d'expertise sur les enjeux clés qui conditionnent l'attractivité globale des territoires et dont la portée dépasse celle d'une agence d'urbanisme classique. Sans se substituer aux décideurs, elle a produit au fil des années une gouvernance technique au service de portage d'études et de projets.

Dans le cadre de ses statuts et à la demande des membres de son Conseil d'administration, la MBM privilégie l'assistance technique auprès des différents maîtres d'ouvrage et des structures qui la composent. Son action est toujours articulée à l'ingénierie existante. Toutefois, agissant dans la subsidiarité, elle peut être maître d'ouvrage d'études si les partenaires le souhaitent. L'évolution du contexte l'amène souvent à jouer un rôle de médiation entre les acteurs.

Les modes d'intervention et prestations de la MBM font l'objet de conventions d'objectifs signées avec chacun de ses partenaires financiers. La convention 2014-2020 est à l'heure actuelle en cours de discussion. Elle est le fruit d'un dialogue constant sur la stratégie d'intervention de la MBM pour les années à venir, afin qu'elle corresponde aux orientations souhaitées par ses financeurs.

Stratégie de la Mission Bassin Minier : Inscrire la santé dans toutes les politiques de développement et d'aménagement du Bassin minier Nord-Pas-de-Calais

Dès 2000, à la création de la Mission Bassin Minier, la santé a fait partie de ses chantiers fondateurs. Elle a notamment participé :

- à l'animation d'un groupe de travail spécifique sur l'alcoologie, celui-ci s'articulant avec les travaux du Programme Régional de Santé « conduites de consommation à risque » ; ce groupe de travail a particulièrement nourri une étude sur l'accompagnement des enfants de patients alcooliques ;
- à l'élaboration du volet « habitat » du Programme Régional d'Actions en Santé-Environnement (saturnisme infantile, intoxications au monoxyde de carbone, logements insalubres), puis à l'instruction des projets au sein du groupe régional ;
- concernant l'enjeu de l'optimisation du réseau des œuvres sanitaires et sociales de la Sécurité Sociale dans les Mines, elle a établi la carte globale et actualisée des œuvres du régime minier. La MBM a également réalisé un relevé descriptif et cartographique des bâtiments.

Cette étape franchie et avec la fin du dispositif "PRS", la MBM, outil d'aménagement du territoire, n'a pas engagé un nouveau chantier spécifique dans le domaine de la santé, dans le cadre du Contrat de Plan État-Région 2007-2013. Cependant, elle a poursuivi ses contacts avec l'Observatoire Régional de la Santé Nord-Pas-de-Calais qui l'a associée, en 2003, à une étude sur l'évolution des besoins et de l'offre de soins de la population du Bassin minier aux échéances 2010 et 2020 au regard du vieillissement démographique.

En outre, elle s'est servie de son inventaire du patrimoine bâti du régime minier pour identifier les bâtiments les plus remarquables qui sont venus rejoindre la liste des 353 éléments composant le "paysage culturel évolutif" du Bassin minier, inscrit à l'UNESCO depuis le 30 juin 2012.

En 2013, la relance de la Conférence Permanente du Bassin Minier (CPBM) a permis de replacer au cœur des réflexions de la MBM les questions de santé puisqu'un atelier spécifique, présidé par le délégué territorial de l'Agence Régionale de Santé et animé par le directeur de l'Observatoire Régional de la Santé, a été dédié à cette thématique. La mobilisation des acteurs aux différents ateliers a contribué à nourrir les échanges et à mettre en place de nouveaux éléments de diagnostic partagé de la situation du Bassin minier. Dans un contexte de renforcement affirmé du poids de la métropole lilloise (phénomène de métropolisation), ce diagnostic a souligné les dynamiques positives en cours sur les territoires, notamment en termes d'amélioration sensible de l'état de santé des populations, de diversité de l'offre de soins avec la présence de nombreux pôles d'offre, de potentiels de développement autour des métiers de la santé en lien notamment avec le vieillissement de la population... Il a aussi révélé un creusement des inégalités territoriales de santé, des difficultés d'accès aux soins et des retards en matière de prévention, en particulier des plus précaires, ou encore la nécessité de renforcer les coopérations entre territoires et entre professionnels face aux difficultés sociales existantes.

Sur la base de ce large diagnostic les débats ont permis de formuler un certain nombre de propositions qui ont pris place dans le *Livre blanc Acte II : 100 propositions pour accompagner la mutation du Bassin minier*. Au travers des différentes propositions reposant sur des pratiques et modes de faire innovants, existants parfois, souvent à repenser mais également à inventer, l'ambition de la CPBM et de la MBM, qui a porté la démarche, est d'appréhender la santé comme un enjeu de développement des territoires du Bassin minier. L'objectif est donc d'inscrire la problématique de la santé dans une réflexion plus large, plus globale, touchant à toutes les composantes territoriales ; l'économie, les transports et déplacements, l'environnement, l'habitat et l'urbanisme...

En effet, si les politiques en faveur de la santé impliquent évidemment de travailler sur le système de prévention et de soins, il est indispensable qu'elles soient intégrées dans l'ensemble des politiques de développement et d'aménagement des territoires, d'autant plus quand ces espaces doivent faire face à des inégalités sociales importantes. Cette approche transversale des enjeux en matière de santé doit participer in fine à l'amélioration du quotidien et du bien-être des populations, à la réduction des disparités tout en favorisant l'attractivité des territoires.

Sans avoir pour ambition de dresser une liste exhaustive des démarches transversales impliquant le domaine de la santé, des premières pistes de travail sur lesquelles se positionnent aujourd'hui la MBM sont d'ores et déjà identifiées :

- la réalisation, en partenariat avec les EPCI du territoire, d'itinéraires relevant de la Trame verte et bleue du Bassin minier, supports d'actions de lutte contre l'obésité et les maladies cardio-vasculaires ;
- l'aménagement de jardins ouvriers, très présents dans la culture populaire du Bassin minier, supports d'une démarche à la fois d'amélioration de la santé par l'alimentation et de resocialisation de l'individu autour de la valorisation du travail notamment, en lien avec le patrimoine minier inscrit sur la liste du patrimoine mondial de l'UNESCO ;
- la réhabilitation thermique des logements miniers et l'amélioration de l'état de santé des occupants, et en particulier des enfants (prévention des maladies respiratoires infantiles) ;
- le cluster « senior » et le vieillissement de la population (cf. note de présentation des clusters Euralens) ;
- les transports/déplacements et la question de l'accessibilité des équipements de santé, en particulier pour les plus précaires, ceci en partenariat avec les Autorités Organisatrices des Transports présentes sur les territoires du Bassin minier ;
- la culture, avec notamment l'implantation du Louvre-Lens et l'inscription du Bassin minier à l'UNESCO, et le lien avec le bien-être de la population ;
- etc.

Ces pistes de travail peuvent faire écho au Programme Territoire de Soins Numérique dans le cadre du parcours de soins des patients et de la coordination entre acteurs, en favorisant par exemple le développement d'outils numériques dédiés.

Le schéma directeur du très haut-débit en Nord - Pas-de-Calais

- **Repères**

Maître d'ouvrage : Conseil Général du Nord, Conseil Général du Pas-de-Calais, Conseil Régional Nord - Pas-de-Calais, Préfecture de Région.

Lancement de l'initiative : 2009

Territoire concerné : Région Nord – Pas-de-Calais

- **Le schéma Directeur du Très Haut-Débit en Nord – Pas-de-Calais**

Le développement des services et innovations numériques nécessite une connexion à l'Internet de plus en plus performante. Compte tenu des difficultés déjà rencontrées avec le réseau téléphonique (ADSL), un saut technologique est donc nécessaire via le recours à la fibre optique pour répondre à ces nouveaux usages. Dans ce contexte, l'accessibilité numérique devient ainsi un enjeu majeur d'aménagement du territoire, un facteur d'attractivité et de compétitivité des territoires, un outil au service des politiques publiques, ainsi qu'un enjeu de société et de cohésion sociale, et ce pour les familles, les entreprises et les services publics.

Garantir l'aménagement numérique du territoire et la réduction de la fracture numérique, face à de tels enjeux, nécessite une action publique coordonnée et une politique volontariste, au-delà des programmes de modernisation des installations engagés par les principaux opérateurs de télécommunications ; l'accès au très haut-débit devant être une possibilité proposée à tous, quel que soit l'endroit où il est situé et sa situation sociale et économique.

C'est pourquoi, un schéma directeur du très haut-débit en Nord – Pas-de-Calais a été mis en place. Il traduit la volonté politique d'engager le territoire du Nord – Pas-de-Calais dans une révolution technologique majeure, d'échelle internationale, qui concernera la totalité de la population, des entreprises et des établissements publics en leur permettant de bénéficier des retombées de nouveaux services que les réseaux optiques vont pouvoir supporter, et ce, pour le quart, voire, le demi-siècle prochain. Ce schéma reflète une ambition en matière d'aménagement du territoire qui est au service d'une stratégie de développement des services et usages destinés, par exemple, à l'amélioration du fonctionnement des administrations par l'utilisation des TIC, à l'éducation et à la formation initiales, à l'enseignement supérieur et à la recherche, aux transports mais aussi à la santé.

- **Apport potentiel du Schéma Directeur du Très Haut-Débit en Nord – Pas-de-Calais au Programme Territoire de Soins Numérique**

Il s'agit, au-delà des ressources en ingénierie de Télécom déjà présentes sur les territoires, de mobiliser le potentiel des Technologies de l'Information et des Communications pour créer les conditions permettant la mise en place d'outils numériques destinés à moderniser l'offre de soins et faciliter notamment le parcours de soins des patients, la coordination des différents acteurs et l'innovation autour du développement des terminaux multimédias et de la télémédecine. À ce titre, ce schéma du Très Haut-Débit en région et sa réalisation s'imposent comme un préalable indispensable à la mise en place du Programme Territoire de Soins Numérique, programme pour lequel une réponse favorable au projet d'expérimentation sur le territoire des agglomérations de Lens-Liévin / Hénin-Carvin pourrait modifier les calendriers du schéma et accélérer le déploiement de la fibre optique sur la zone.

Les espaces publics numériques (EPN) Louvre-Lens

- **Repères**

Maître d'ouvrage : Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin (CALL)

Autres partenaires : Conseil régional Nord - Pas-de-Calais, Éducation Nationale et Caisse des Dépôts et Consignations (CDC)

Lancement de l'initiative : La convention entre les différents partenaires a été signée en novembre 2011. À ce jour, 6 EPN Louvre-Lens ont été inaugurés.

- **Objectif des EPN Louvre-Lens**

Dans le cadre de l'arrivée du Louvre à Lens, la Communauté d'Agglomération de Lens-Liévin prévoit de déployer un réseau d'espaces Cyber-base® sur son territoire, appelés Espaces Publics Numériques (EPN) Louvre-Lens. Cyber-base® est un label français d'espace public numérique, géré par la Caisse des Dépôts et Consignations : l'espace numérique doit être porté par une structure publique pérenne, telle qu'une collectivité locale, et géré par une équipe d'animateurs professionnels. Sa principale mission est la sensibilisation et l'initiation de tous les publics aux usages de l'Internet. Cet espace est également un outil au service du développement du territoire, capable de soutenir des projets locaux sur diverses thématiques, en cohérence avec les politiques publiques locales. En outre, cet espace poursuit, sur le territoire de la CALL, un deuxième objectif : développer l'appétence de la population à se rendre au musée du Louvre-Lens.

Ces équipements, hébergés à terme dans 18 écoles primaires du territoire, s'adressent en premier lieu au public scolaire mais restent accessibles au grand public en dehors du temps scolaire. Le portail www.cyber-base.org offre la possibilité d'accéder à diverses ressources numériques (base de données encyclopédiques, soutien scolaire, orientation professionnelle...).

- **Apport potentiel des EPN Louvre-Lens au Programme Territoire de Soins Numérique**

Ce projet, en facilitant l'appropriation des outils numériques de dernière génération par le plus grand nombre, présente un intérêt majeur en termes d'éducation à la santé et de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé. En effet, ces EPN, s'adaptant aux besoins des publics, aux réalités locales et aux priorités de la collectivité, peuvent intégrer des ressources sur la prévention en matière de santé tant à destination des jeunes que des autres publics mais également permettre aux populations les plus défavorisées d'accéder, à titre d'exemple, à des informations relatives à leur parcours de soins.

Annexe 4

Les propositions stratégiques santé de la CPBM *concernant directement PTSN*

(Source : Le Livre Blanc : Acte II. 100 propositions pour accompagner la mutation du Bassin minier.)

OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 5

Faire bénéficier les territoires d'une expérimentation nationale en matière de soin numérique

Dans la partie centrale du Bassin minier, territoires des Communauté d'Agglomérations de Lens-Liévin et d'Hénin-Carvin, la stratégie initiée (par l'Agence Régionale de Santé) en matière de santé implique de pouvoir organiser leur développement en y intégrant la dynamique initiée autour du Programme Territoire de Soins Numérique (PTSN).

Action n° 84

Préparer la mise en place optimale du Programme Territoire de Soins Numérique

Les territoires de Lens-Liévin / Hénin-Carvin ont été retenus avec deux autres territoires en France pour bénéficier d'une expérimentation nationale, le Programme Territoire de Soins Numérique, sur proposition de l'ARS. Ce programme, qui concerne le milieu médical, a pour objectifs de :

- Constituer des territoires d'excellence pour l'utilisation des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC) en santé / médicosocial ;
- Favoriser l'innovation en NTIC santé ;
- Renforcer la coordination et la transversalité des acteurs sanitaires et médicosociaux du territoire dans une logique de parcours ;
- Produire des systèmes d'information modernes, innovants, collaboratifs et évolutifs.

Le développement d'un certain nombre d'outils informatiques dans une logique de coordination des acteurs de la santé est considéré comme une véritable révolution dans l'organisation du parcours de soins du patient. Toutefois, cette innovation technologique dépasse très largement le domaine de la santé puisqu'elle concerne tous les niveaux de la prise en charge du patient.

Cela signifie que les acteurs du territoire, n'appartenant pas au champ de la santé, doivent se mobiliser pour créer les conditions afin de faire du PTSN un moteur de développement territorial. De nombreuses passerelles existent d'ores et déjà, le « Cluster Senior » par exemple, qu'il convient de renforcer. Il est nécessaire de créer les lieux de rencontre entre les porteurs du PTSN et les acteurs économiques du territoire afin d'engager des actions innovantes et la constitution de nouveaux partenariats.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 2

Renforcer la coopération en matière d'offre de soins

L'offre de soins et de santé du Bassin minier a résisté à l'hypermétropolisation qui a engendré dans des contextes bien moins urbains, ailleurs dans d'autres régions, la désertification médicale. Pour autant cette offre est fragile et déséquilibrée et ne peut demeurer en l'état. Elle doit impérativement trouver à se mailler sur la totalité de son territoire à la limite de l'Aire Métropolitaine de Lille en relais vers les sites arrageois et cambrésiens.

Action n° 70 Structuration hospitalière et mise en réseau des 3 pôles de Béthune-Lens-Douai-Valenciennes

Afin d'améliorer et consolider l'offre de soins à l'échelle du Bassin minier, il faut au plus vite mettre en cohérence l'armature des trois pôles de Béthune, Lens-Douai et Valenciennes dont la structure fondamentale tient à la présence des grands établissements hospitaliers qui s'y trouvent. Ceux-ci ont les capacités et les activités suffisantes pour déployer des activités de formation, d'enseignement et de recherche et pourraient s'investir dans le développement d'une ingénierie, toutes choses qu'ils n'ont pas trouvé moyen d'assurer jusqu'à présent.

Ce maillage doit se diffuser à partir des établissements mais ne doit pas se limiter à eux seuls. On ne peut que concevoir un système maillé d'offre intégrant l'offre de proximité ainsi que l'offre médicosociale. Les possibilités sont grandes. Les ressources techniques et la performance de la connaissance opérationnelle sont très élevées. Ces possibilités de maillage font appel aux ressources numériques, aux innovations organisationnelles, à l'intégration assumée et promue du sanitaire dans le développement local et régional, et la préservation de l'état de santé de la population sous une forme qui lui soit adaptée et accessible.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 1

Poursuivre les démarches de connaissance des enjeux en matière de santé dans le Bassin minier

Il s'agit ici d'accentuer les démarches de connaissance des enjeux de la santé dans le Bassin minier afin de développer et renforcer les coopérations transversales entre acteurs de la santé et du champ médico-social (au travers des contrats locaux de santé par exemple). L'objectif est également d'inscrire les problématiques de santé dans leur environnement territorial plus global afin de prendre en compte les enjeux économiques, sociaux, environnementaux du territoire et développer la notion de parcours.

Action n° 68 Renforcer les coopérations en matière d'observation entre les acteurs de la santé et ceux des territoires

La santé est une composante majeure de ce qui fait un territoire, de ce qui caractérise sa population. À ce titre, elle doit être intégrée dans chacune des réflexions et actions que les acteurs de l'aménagement du territoire engagent. En retour, le domaine de la santé doit également s'ouvrir à ces mêmes acteurs et tenir compte des dynamiques territoriales. Les acteurs de la santé ont besoin de comprendre le territoire dans lequel ils évoluent, tout comme les acteurs de l'aménagement ont besoin de connaître les orientations, les projets en matière de santé.

C'est pourquoi il est proposé de renforcer les partenariats et coopérations entre les acteurs de la santé et ceux des territoires en matière d'observation. Dans ce cadre, un rapprochement des outils d'observation de l'Agence Régionale de Santé, de l'Observatoire Régional de la Santé et de la Mission Bassin Minier a déjà été amorcé dans le cadre de la CPBM. Ce partenariat demande, dans une seconde phase, à être consolidé et élargi à d'autres acteurs.

OBJECTIF STRATÉGIQUE N° 4

Inscrire la problématique de la santé dans toutes les politiques de développement et d'aménagement du Bassin minier.

L'objectif est d'inscrire la problématique de la santé dans une réflexion plus large, plus globale, touchant à d'autres composantes territoriales ; l'économie, les transports et déplacements, l'environnement, l'habitat et l'urbanisme...

En effet, si les politiques en faveur de la santé impliquent évidemment de travailler sur le système de prévention et de soins, il est indispensable qu'elles soient intégrées dans l'ensemble des politiques de développement et d'aménagement des territoires, d'autant plus quand ces espaces doivent faire face à des inégalités sociales importantes.

Cette approche transversale des enjeux en matière de santé doit participer à l'amélioration du quotidien des populations, à la réduction des disparités tout en favorisant l'attractivité des territoires.

Les transports et la mobilité

Mieux prendre en compte la desserte des pôles de santé dans les plans de déplacements urbains

Le deuxième atelier Santé a montré que la desserte des principaux établissements de santé du Bassin minier par les transports en commun n'était pas toujours prise en compte à la hauteur des enjeux, notamment en termes de déplacements que ces établissements pouvaient générer.

Un travail spécifique sur la question de l'accessibilité des principaux pôles de santé doit être engagé avec les Autorités Organisatrices des Transports (AOT) et l'ensemble des partenaires intervenant sur les champs de l'aménagement du territoire, et en particulier avec les syndicats mixtes en charge de l'élaboration des Schémas de COhérence Territoriale (SCoT).

Action n° 77 Mieux prendre en compte la desserte des pôles de santé dans les plans de déplacements urbains

Le deuxième atelier Santé a montré que la desserte des principaux établissements de santé du Bassin minier par les transports en commun n'était pas toujours prise en compte à la hauteur des enjeux, notamment en termes de déplacements que ces établissements pouvaient générer.

Un travail spécifique sur la question de l'accessibilité des principaux pôles de santé doit être engagé avec les Autorités Organisatrices des Transports (AOT) et l'ensemble des partenaires intervenant sur les champs de l'aménagement du territoire, et en particulier avec les syndicats mixtes

Action n° 78 Encourager le recours aux transports en commun des publics précaires pour se rendre chez les professionnels de la santé

Il s'agit de travailler avec les responsables des AOT afin de les sensibiliser à la problématique des déplacements des publics précaires et les accompagner dans des démarches innovantes à destination de ces publics (comme la mise en place pour ces populations d'une tarification sociale des transports, de dessertes de quartiers concentrant des publics précaires par des navettes, de la mise à disposition de titres de transports gratuits chez les professionnels de santé afin de garantir le suivi médical,...). À titre d'exemple ; il y a quelques années, les Urgences du Centre Hospitalier de Lens remettaient gratuitement aux patients un titre de transport pour revenir à leur consultation suivante. Cette opération a semble-t-il connu un certain succès mais a depuis été abandonnée.

L'objectif de ce partenariat est de réduire les freins à l'accès aux soins en lien avec les questions de transports et de mobilité, tout en participant à l'amélioration des conditions de vie des publics précaires.

Action n° 79 Améliorer l'accès des ayants droit des mines aux ateliers collectifs mis en place par la CARMi

Les ateliers collectifs mis en place par la CARMi à destination des ayants droit des mines dans le cadre du développement de son offre en éducation thérapeutique se heurtent à un problème d'accessibilité, les ayants droit étant confrontés à des problèmes de déplacement de proximité. Les réseaux de transport en commun ne sont pas adaptés à ce type de demande et il n'est pas possible de faire appel à une ambulance pour les ayants droit. Il faut donc envisager de nouveaux partenariats, avec les communes et les EPCI notamment, pour répondre à un besoin de déplacements infra-communaux, voire à l'échelle de cités. Une réflexion pourrait être lancée sur ce sujet avec les communes volontaires et la CARMi.

Annexe 5

Participants au chantier n° 7

Maitrise d'ouvrage et gouvernance de la Conférence permanente du Bassin minier, mercredi 13 novembre 2013

Présentation Hervé Joan-Grangé

Durant laquelle le projet TSN a été présenté par l'ARS, l'ORS et la MBM avant mise en débat.

Austerlitz Richard : Consultant ;

Bavay Alain : représentant le Président de la Communauté d'agglomération Lens Liévin ;

Bertram Catherine : Directrice de la Mission Bassin minier ;

Bouchez Philippe : Directeur adjoint Développement durable Prospective et évaluation Conseil régional ;

Bousmane Abdelkader : Directeur Aditec ;

Caron Jean-François : Vice-président de la Mission Bassin minier ;

Cau Myriam : Vice-présidente en charge du développement durable et de la démocratie participative Conseil régional ;

Clapchich Jacques : Conseil de développement Hénion-Carvin ;

Cousin Didier : Président du Conseil de développement de la Porte du Hainaut ;

Créquit Corinne : Directrice de la prospective et des financements extérieurs, Communauté d'agglomération du Douaisis ;

Duriez Pierre : Président du Conseil de développement Artois-Comm ;

Filleul Martine (représentée) : Vice-présidente en charge de l'aménagement du territoire, du développement économique et du développement rural, Conseil régional ;

Flament Gérard : Membre du Conseil de développement Lille métropole ;

Fleury Edouard : LMCU ;

Florentin Didier-Pierre : Délégué territorial Artois-Douaisis, Agence régionale de santé ;

Foiratier Aline : Mairie de Lens ;

Labit Julien : Directeur adjoint DREAL ;

Lacomblez Lucien : Directeur Institut des Métiers d'Art et du Patrimoine ;

Lacoste Olivier : Directeur Observatoire régional de la santé ;

Lacroix Natasha : Université de l'Artois ;

Marchyllie Michel : Directeur Parc naturel régional Scarpe Escaut ;

Masse Christophe : Directeur de l'Aménagement du territoire et Politique de la Ville, Artois Comm ;

Paris Didier : Président du Conseil de développement Lille métropole ;

Rolos Gilbert : Président Mission bassin Minier ;

Valenton Hugues : Chargé de mission, coordonnateur de Pôle ;

Vanneufville Alain : Directeur Scot de l'Artois ;

Wawrzeccki Richard : Président du Conseil de développement Hénin-Carvin.

ISBN : 978-2-914512-61-9
Mars 2014

Rapport réalisé avec le soutien du Conseil Régional Nord – Pas-de-Calais



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

235 avenue de la Recherche
59120 Loos cedex
Tél. : +33 (0)3 20 15 49 20
Fax : +33 (0)3 20 15 10 46
www.orsnpdc.org