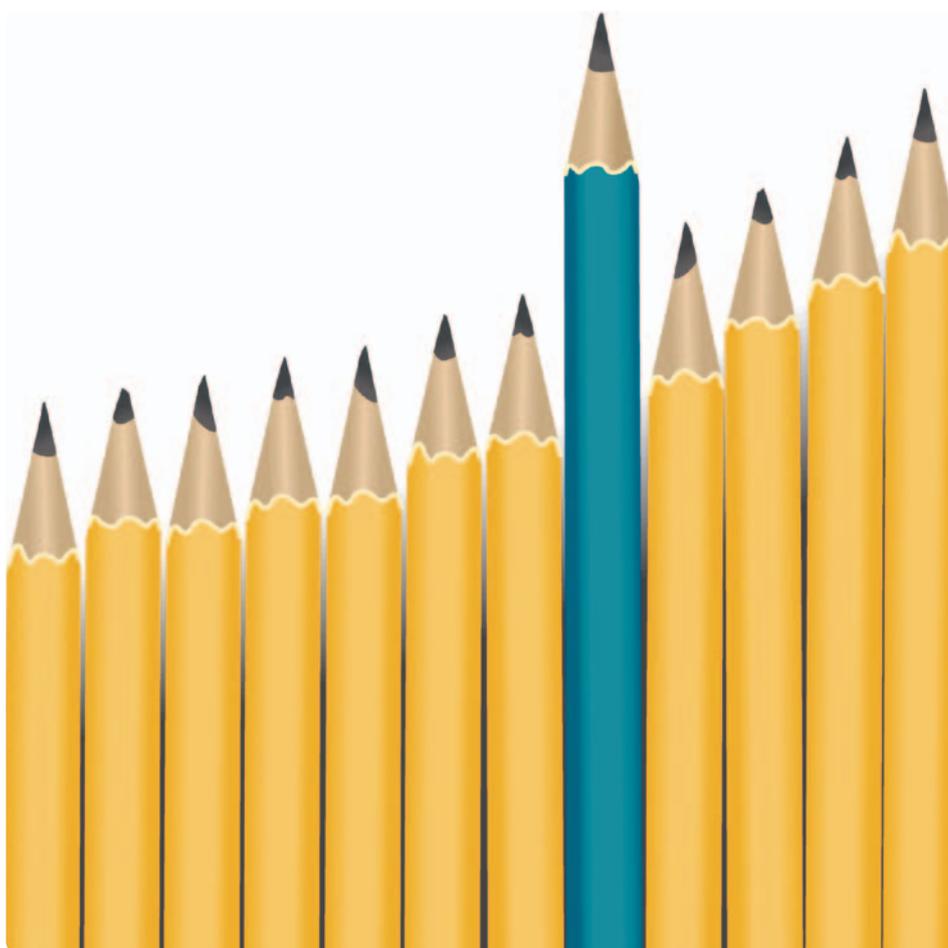


48/51°
NORD

UNE PARMIS DOUZE LES NOUVELLES RÉGIONS



La réforme territoriale et la création de douze « super-régions » ont bousculé les enjeux d'organisation de tous ces territoires, toutes politiques publiques confondues. Cette réforme fait émerger une région Nord – Pas-de-Calais / Picardie très peuplée, dense et jeune, caractérisée par une situation socio-économique difficile. Autre trait important de cette région, son état de santé généralement dégradé et une inégale répartition de ses professionnels de premiers recours (ses généralistes). Ce constat pose directement la question de l'égalité de l'accès aux soins et de la nécessaire réorganisation territoriale de l'offre de soins. Le chamboulement territorial rebat en effet les cartes de la répartition des pôles d'offres de soins par grande région. Certaines se voient devant de plus grands défis de structuration que d'autres. Toutes les régions sont pour autant devant le même challenge : investir le champ de l'aménagement du territoire, clef d'une organisation optimisée de l'accès aux soins en France.

Une démographie médicale inégalement répartie malgré des enjeux sanitaires de taille

■ Un état de santé dégradé

La population du Nord – Pas-de-Calais / Picardie pâtit d'un état de santé inférieur à celui du reste de la France. La mortalité y est élevée, la plus importante de France. Et le phénomène est relativement homogène sur le territoire régional. La mortalité y est 33 % supérieure à la moyenne française et 50 % plus importante que celle de l'Île-de-France. La future grande région est loin derrière la Normandie (15 %), la Bretagne (13 %) ou encore la Bourgogne / Franche-Comté (4 %). À noter, les écarts intra-régionaux en matière de mortalité sont bien moins importants dans le Nord – Pas-de-Calais / Picardie que dans les régions Bretagne, Poitou-Charente / Limousin / Aquitaine ou encore Provence - Alpes - Côte d'Azur.

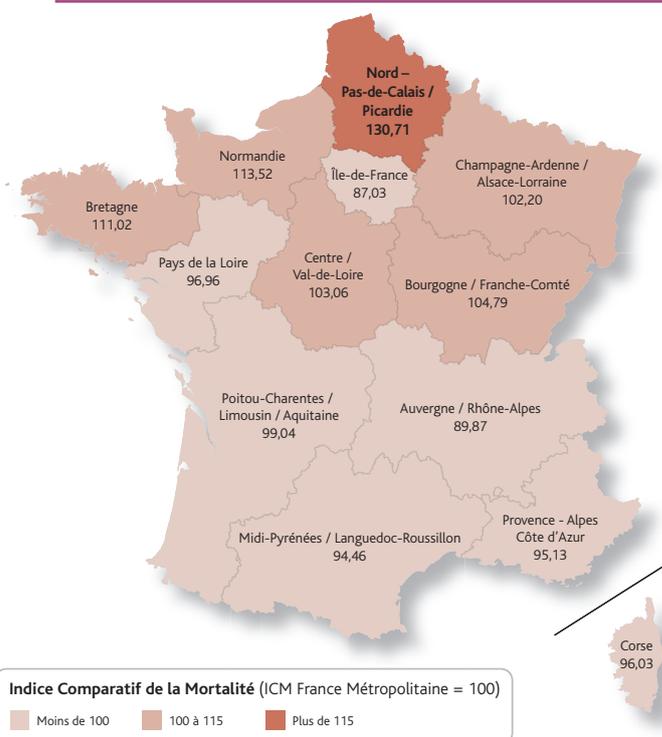
Qui plus est, la question qui se pose est celle de l'évolution de cet état de santé. L'amélioration y est plus lente que partout ailleurs en France. Le recul de la mortalité est 10 % inférieur à la baisse française moyenne. Cet enjeu est partagé par le Centre / Val de Loire (-20 %), la Normandie (-10 %) et la Bourgogne / Franche-Comté (-8 %). À l'inverse, les régions Champagne-Ardenne / Alsace-Lorraine (3 %), Auvergne / Rhône-Alpes (7 %), Bretagne (10 %) et la Corse (12 %) ont su bénéficier d'évolutions positives de leur mortalité.

■ Des professionnels de premier recours concentrés

Les professionnels de proximité, essentiellement les généralistes, sont ceux qui exercent la prise en charge du quotidien. Leur présence – ou absence – sur le territoire fait notamment émerger des questions d'égalité d'accès aux soins et ainsi d'égalité de traitement des populations. Une forte disparité des pôles d'offres à l'intérieur d'un territoire pouvant servir de base à la structuration de l'offre de soins. La future région Nord – Pas-de-Calais / Picardie présente un taux de professionnels de proximité plutôt faible. Avec 1 325 professionnels de proximité pour 100 000 habitants, elle se situe à la cinquième place française sur 12, devant le Centre / Val-de-Loire, les Pays de la Loire, la Normandie et l'Île-de-France, mais loin derrière PACA (1 680), Midi-Pyrénées / Languedoc-Roussillon (1 607), la Corse (1 545) ou encore l'Auvergne / Rhône-Alpes (1 495), la moyenne française étant à 1 405,65 professionnels de proximité pour 100 000 habitants.

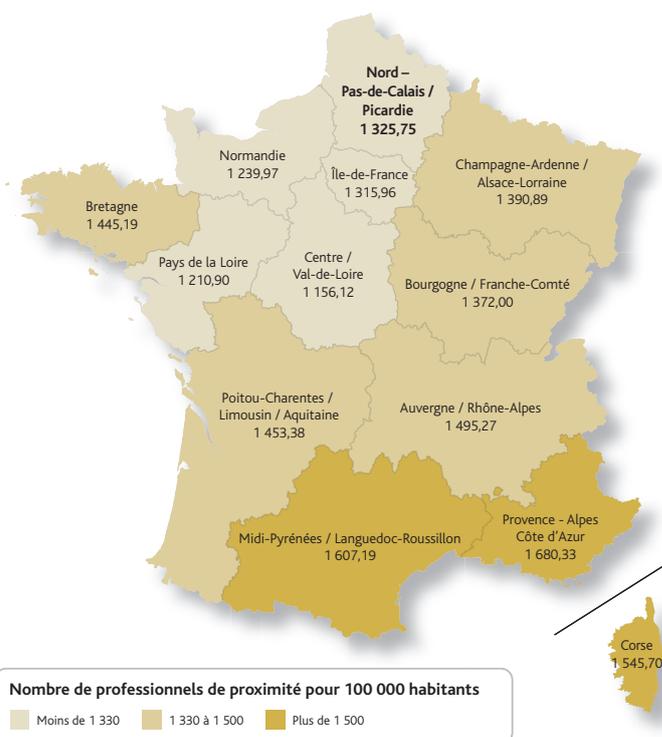
Les régions présentent des niveaux d'hétérogénéité très variés. Le Nord – Pas-de-Calais / Picardie connaît une disparité de répartition de ces professionnels parmi les plus fortes (dixième française), avec une concentration des professionnels dans des pôles urbains et une faiblesse de densité, notamment de généralistes, dans différents territoires régionaux. La zone d'emploi du Tréport, dans la Somme, présente une densité de professionnels de proximité de 594, celle de Lille est presque 4 fois supérieure, à 2 160 professionnels de proximité pour 100 000 habitants. Le recul de la pratique de la médecine générale se confirme. Selon l'Atlas de la démographie médicale en France 2014, réalisé par l'Ordre National des Médecins, la baisse du nombre de médecins généralistes s'accroît (-6,6 % France entière entre 2007 et 2014).

■ Indice comparatif de la mortalité (ICM) (par régions - toutes causes, 0-64 ans)



Sources : IGN, INSEE, CépiDC. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais

■ Nombre de professionnels de proximité pour 100 000 habitants en 2014 par régions - RGP 2011



Sources : IGN, INSEE, CépiDC. Traitement ORS Nord – Pas-de-Calais

Des enjeux de réorganisation variables

■ Une organisation des pôles d'offres à reconstruire

Les défis liés à la santé concernent bien évidemment l'accès aux soins pour tous, dans une France organisée en grandes régions avec des territoires parfois difficilement accessibles. La fusion des régions pose la question de la refondation de l'offre de soins et de la répartition des pôles de santé sur le territoire. Les conséquences du chamboulement territorial font émerger des problématiques propres à chaque région et des situations plus ou moins complexes.

■ Des régions épargnées par les conséquences de la réforme

Les régions Provence - Alpes - Côte d'Azur, Pays de la Loire et Bretagne semblent en relative bonne posture en termes de répartition des pôles d'offres de soins.

La région Provence - Alpes - Côte d'Azur compte 4 pôles de santé dont 3 pôles de grandes métropoles (Marseille-Aix, Nice et Toulon). Elle est la seule à disposer d'autant de pôles de cette importance. S'y ajoute Avignon, qualifié de « grand pôle » puis 3 pôles intermédiaires que sont Draguignan, Gap et Fréjus.

La région Pays de la Loire est relativement bien couverte. Dotée de 2 pôles de grande métropole avec Nantes et Angers et de 2 grands pôles que sont Le Mans et La Roche-sur-Yon, elle offre un solide maillage de son territoire.

De la même façon, la Bretagne est bien structurée, avec Rennes en pôle principal, auquel s'ajoutent 5 grands pôles : Brest, Guidel, Quimper, Saint-Brieuc et Vannes.

Le Nord – Pas-de-Calais / Picardie se trouve dans une situation médiane, avec Lille comme pôle central, suivi de Béthune-Douai, Lens, Valenciennes et Dunkerque, la région présente un maillage bien constitué. Pourtant, la Picardie et le pôle d'Amiens se trouvent très exposés à l'attraction de Reims et surtout de Paris, avec un risque d'« aspiration » de ses professionnels et de son offre de soins par la capitale.

■ Des régions face à d'importants chantiers de structuration de l'offre de soins

La Normandie aura pour défi de « protéger » Rouen de l'attraction de Paris, dont la capitale normande est très proche. L'autre enjeu est d'organiser l'offre de soins en Basse-Normandie, où Caen a largement attiré et aspiré son offre de proximité, créant un certain vide autour d'elle.

Poitou-Charente / Limousin / Aquitaine a une très belle carte à jouer en matière d'organisation des soins, avec le grand pôle qu'est Bordeaux et 7 grands pôles secondaires (Angoulême, Bayonne, La Rochelle, Limoge, Niort, Pau et Poitiers). L'enjeu est de maintenir un maillage important et une répartition équilibrée de l'offre dans cette grande région.

L'objectif pour la région Rhône-Alpes est de rendre accessible son offre de soins sur l'Auvergne, relativement pauvre, avec le seul pôle secondaire de Clermont-Ferrand.

La région Champagne-Ardenne / Alsace-Lorraine se trouve quant à elle dans une situation particulière de « dominos », avec le pôle principal de Strasbourg, plus important que Nancy et Metz, lui-même plus important que Reims. Son but sera de continuer de « protéger » Reims de l'attraction de Paris, afin de maintenir une offre de soins plutôt équilibrée sur ce territoire.

La région Midi-Pyrénées / Languedoc-Roussillon reste confrontée à une question de répartition de son offre de soins. En effet, Toulouse n'en finit pas de vider sa périphérie en attirant la majorité des professionnels de santé de la région. Avec la fusion entre Midi-Pyrénées et le Languedoc-Roussillon, les 2 villes importantes que sont Toulouse et Montpellier viennent à cohabiter. L'avenir dira si elles vont se cannibaliser ou s'équilibrer.

■ De l'importance de l'organisation et de l'aménagement du territoire

La question de l'organisation des soins, et notamment de proximité, se pose en des termes résolument différents d'il y a encore 10 ans. Et ce, du fait de profondes mutations d'exercice de la médecine généraliste et de demande de soins. Le modèle « un village, un médecin », travaillant seul est en passe de disparaître. La chronicisation de nombreuses pathologies entraîne un besoin accru de suivi multidisciplinaire. Les projets de maisons et pôles de santé semblent répondre à la fois aux exigences de qualité et de continuité des soins et de qualité de vie des professionnels de santé. La télémédecine ou encore le maintien des personnes âgées à domicile font aussi partie des pistes explorées. Or la question du maillage territorial est intrinsèquement une question d'aménagement du territoire, nécessitant un investissement des élus locaux et des collectivités, à tous les échelons locaux.

Demain, comment les élus régionaux vont-ils gérer cette question ? Telle est la question. Les futurs schémas d'aménagement, de développement et d'égalité du territoire (SRADDET)³ seront-ils volontaristes en matière de politiques de santé publique, de structuration et de répartition de l'offre de soins ?

■ Le SRADDT, quesako ?

Piloté par la Région, le Schéma Régional d'Aménagement et de Développement Durable du Territoire (SRADDT) définit une évolution stratégique de l'espace régional, en termes d'aménagement et de développement durable. Il prend en compte toutes les questions qui touchent les territoires : attractivité du territoire, développement des activités et de l'emploi, transition énergétique, répartition cohérente des hommes et des activités, organisation d'un maillage territorial, équilibre urbain / rural...

Que dit l'actuel SRADDT de la région Nord – Pas-de-Calais⁴ en matière de santé ?

« Pour faciliter un meilleur accès aux soins pour tous, plusieurs dispositifs innovants, s'inscrivant dans une dynamique de projets de santé de territoire, viseront à améliorer la qualité des réponses aux besoins de santé de proximité. C'est le cas de la mise en place de maisons de santé et de promotion de la santé (impliquant élus, professionnels de santé médicaux ou associatifs), de l'aide à la mobilité des internes en médecine générale, du renforcement des postes hospitaliers, et du développement de la télémédecine. Un des enjeux majeurs du développement de la qualité du système de santé au service de la population sera donc de mieux coordonner le rôle des acteurs de santé, de la prévention en passant par le soin jusqu'à l'accompagnement des patients, afin d'apporter des réponses globales et concertées et de réduire les délais de prises en charge. Cela passe par la constitution d'un véritable réseau avec un maillage fin d'acteurs de santé sur les territoires de la région afin de garantir un accès satisfaisant aux soins généralistes et spécialisés. Ainsi, des dispositifs originaux, comme les Maisons de Santé Pluridisciplinaires (MSP), ont pour vocation de promouvoir de nouveaux ancrages territoriaux qui seront autant de têtes de réseaux de certaines dynamiques territoriales ».

3- STRADDET : le schéma régional d'aménagement, de développement et d'égalité du territoire, créé par la loi NOTRE, remplacera le SRADDT : schéma régional d'aménagement et de développement durable du territoire.

4- Actualisé en 2013



« Plus les territoires seront vastes, plus le besoin de proximité et de connaissance des besoins sur le terrain se fera sentir ».

Madeleine Ngombet, Vice-Présidente du Conseil Régional Poitou-Charentes et Présidente de la commission « santé » à l'Association des Régions de France

La loi NOTRe a supprimé la clause de compétence générale, qui a notamment permis à la région NPDC de s'engager de manière volontariste en matière de santé. Demain, comment mettre en œuvre des politiques de santé régionales fortes ?

« La clause de compétence générale a permis à de nombreuses régions de conduire des politiques de santé (prévention pour les jeunes, pass contraception, lutte contre les inégalités territoriales d'accès aux soins et services de santé de premier recours...). La politique très allante du Nord – Pas-de-Calais ne relève pas tout à fait des mêmes dispositions législatives. S'agissant des équipements d'imagerie médicale, cela renvoie plus à l'expérimentation offerte par la loi de décentralisation de 2004. Seul le Nord – Pas-de-Calais a saisi cette opportunité législative, qui lui a permis de combler un retard en matière d'équipements (scanner, IRM, mammographes...). C'est une grande réussite et une avancée pour les habitants qui ont vu se réduire très sensiblement le temps d'attente pour un examen. Avec la loi NOTRe, la clause de compétence générale sera effectivement supprimée pour les régions et les départements. Je ne suis pourtant pas trop pessimiste. Les régions pourront continuer à conduire des politiques de santé comme elles le faisaient. D'une part, l'article du Code général des collectivités territoriales qui stipule le rôle du Conseil régional en matière de développement sanitaire du territoire sera toujours en vigueur. D'autre part, beaucoup d'actions relèvent de la compétence d'aménagement du territoire (soutien aux maisons de santé pluridisciplinaires, télémédecine...). Les régions plaident même pour l'inscription d'un volet santé dans les nouveaux schémas d'aménagement du territoire. Mais il faudra la volonté politique de poursuivre ce qui a été fait. Dans la mesure où la santé n'est pas une compétence obligatoire pour les régions, tout dépendra des assemblées et des exécutifs issus des urnes en décembre prochain. »

Plus largement, quels sont les grands enjeux de la fusion des régions en matière de santé ? L'organisation de l'offre de soins à l'échelle de ces grands territoires ? La coordination entre les acteurs du parcours de soins ?

« Cette question se pose pour toutes les politiques publiques à conduire dans un contexte de fusion : transports, lycées, culture... Le défi est de réussir, de fédérer toutes les énergies, de ne laisser aucun territoire au bord du chemin. La loi donne du temps pour que les politiques publiques convergent (5 ans à partir du regroupement). Mais en même temps, il ne faudra pas perdre de temps. Il est intéressant de savoir que pour illustrer la réussite de la fusion à venir entre les régions Auvergne et Rhône-Alpes, les Présidents actuels ont souhaité citer la santé, avec la création d'un pôle régional de la cancérologie. Une certitude : plus les territoires seront vastes, plus le besoin de proximité et de connaissance du terrain se fera sentir. Tout ne pourra être décidé de la nouvelle capitale régionale. Les projets de santé de territoire sont déjà exigés par les collectivités dans leur soutien à des porteurs de projets (maisons de santé pluridisciplinaires). Ils seront encore plus nécessaires. »

À l'heure de la disette budgétaire et des coupes annoncées lors de cette réforme, craignez-vous pour la santé ?

« La baisse des dotations de l'État aux collectivités risque effectivement d'impacter fortement les budgets régionaux. Les exécutifs pourront avoir le réflexe de se recentrer sur leurs compétences obligatoires : transports, formation, lycées... au détriment de la culture et aussi de la santé. Au niveau de nos concitoyens, c'est le même schéma. Le renoncement aux soins faute de moyens financiers est une réalité. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la commission santé de l'ARF a soutenu la ministre en charge de la santé sur la mesure de généralisation du Tiers payant. L'indispensable politique de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie pour préserver le principe de solidarité ne doit être ni chaotique ni conflictuelle. Elle doit viser l'amélioration de l'efficacité et de la santé publique. Il faut miser sur l'éducation à la santé, sur toutes les préventions, sur la rationalisation de la prise en charge sanitaire et sociale, d'où l'enjeu de la coordination des parcours de soins et de l'accompagnement thérapeutique pour les malades chroniques. Il faut que le médecin généraliste occupe une place déterminante dans le système de soins. Il faut également éviter de ne raisonner qu'en termes de coûts. Les experts le confirment : le secteur de la santé est un important ressort du développement économique. Les régions qui ont la compétence économique soutiennent les start-ups innovantes dans le champ de la santé, du médicament, de la silver économie, de la e-santé... »



« Il faudra accompagner la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé et investir dans les territoires isolés ».

Jean-Yves Grall, Directeur général de l'ARS Nord – Pas-de-Calais, préfigurateur de la future ARS Nord – Pas-de-Calais / Picardie.

La future région Nord – Pas-de-Calais / Picardie couvre à la fois des espaces très ruraux et hyper urbains. Devant ces grands écarts de densités de population, comment pensez-vous aborder cette diversité territoriale et démographique ?

« Nous avons actuellement deux Agences Régionales de Santé (ARS), une agence Picarde et une agence Nord – Pas-de-Calais, chacune sur son territoire, avec ses spécificités et ses modalités d'actions propres : l'une fortement régionalisée : le Nord – Pas-de-Calais, l'autre, plus départementalisée : la Picardie. De ce fait, l'enjeu majeur pour la nouvelle ARS va être de créer une synergie entre les actions qui soient portées par une seule équipe et d'assurer une présence territoriale active de « Dunkerque à Château-Thierry ». »

Cette future région rassemblera relativement moins de professionnels de proximité qu'ailleurs, avec de gros écarts intra-régionaux de densité de ces professionnels. Qu'est-ce que cela implique pour vous *a priori* ?

« Nous observons effectivement une disparité en termes de densité des généralistes d'une part et des spécialistes d'autre part, entre le Nord – Pas-de-Calais et la Picardie. Pour faire face à cet enjeu, il faudra notamment accompagner la formation et faciliter l'installation des jeunes médecins, transformer les conditions d'exercice des professionnels de santé, investir dans les territoires isolés. La nouvelle grande région disposera de deux facultés de médecine qu'il faudra mettre en synergie. »

Avec des indicateurs d'état de santé très dégradés, la future région accusera un retard de santé important, sans équivalent dans les douze autres régions. Cela place-t-il *a priori* l'action de l'Agence devant de plus lourds enjeux que les autres agences régionales de France métropolitaine ?

« La précarité est présente et les indicateurs de santé sont effectivement dégradés. La prévention et la promotion de la santé constituent un axe fort de la politique régionale qui devra être menée. C'est pourquoi j'ai souhaité que dans la future agence une direction à la prévention et de la promotion de la santé à part entière soit créée afin d'incarner la politique de prévention sur la grande région. »

Le fait d'avoir des indicateurs de santé encore plus dégradés peut permettre une prise de conscience de la nécessité d'agir ?

« Nous travaillerons avec l'ensemble des partenaires, notamment les collectivités territoriales et les opérateurs, de façon à ce que la politique régionale de santé portée par l'Agence permette d'améliorer la situation sur le long terme. Il est nécessaire que l'ensemble des partenaires se réorganise dans le cadre de la grande région. Nous rencontrerons début 2016 tous les acteurs pour poser les bases du nouveau projet régional de santé qui devra voir le jour au plus tard le 1^{er} janvier 2018. »



OBSERVATOIRE RÉGIONAL DE LA SANTÉ

Campus Pasteur de Lille - 1, rue du Professeur Calmette - 59000 LILLE
Téléphone +33 (0)3 20 15 49 20 • Fax +33 (0)3 20 15 10 46
www.orsnpsc.org