



Envoi au contrôle de légalité le : 9 octobre 2023

Publication électronique le : 9 octobre 2023

**DEPARTEMENT DU PAS-DE-CALAIS**

**DELIBERATION DU CONSEIL DEPARTEMENTAL**

REUNION DU 25 SEPTEMBRE 2023

PRESIDENCE DE MONSIEUR JEAN-CLAUDE LEROY

**Secrétaire** : Mme Ingrid GAILLARD

**Étaient présents** : M. Jean-Claude LEROY, Mme Mireille HINGREZ-CÉRÉDA, Mme Valérie CUVILLIER, Mme Maryse CAUWET, M. Ludovic LOQUET, Mme Bénédicte MESSEANNE-GROBELNY, M. Jean-Claude DISSAUX, Mme Laurence LOUCHAERT, M. Laurent DUPORGE, Mme Karine GAUTHIER, M. Alain MEQUIGNON, Mme Evelyne NACHEL, Mme Florence WOZNY, M. Jean-Jacques COTTEL, Mme Caroline MATRAT, M. Sébastien CHOCHOIS, Mme Sophie WAROT-LEMAIRE, M. André KUCHCINSKI, Mme Fatima AIT-CHIKHEBBIH, Mme Carole DUBOIS, M. Olivier BARBARIN, Mme Zohra OUAGUEF, M. Etienne PERIN, Mme Maryse DELASSUS, M. Claude BACHELET, Mme Maïté MULOT-FRISCOURT, Mme Emmanuelle LAPOUILLE, M. Alexandre MALFAIT, Mme Sylvie MEYFROIDT, M. Frédéric MELCHIOR, Mme Brigitte PASSEBOSC, M. Marc SARPAUX, Mme Marie-Line PLOUVIEZ, M. Steeve BRIOIS, M. Ludovic PAJOT, Mme Anouk BRETON, Mme Nicole CHEVALIER, M. Jean-Louis COTTIGNY, Mme Audrey DESMARAI, M. Alain DE CARRION, M. Jean-Luc DUBAËLE, M. Philippe DUQUESNOY, Mme Delphine DUWICQUET, Mme Ingrid GAILLARD, M. Raymond GAQUERE, Mme Séverine GOSSELIN, Mme Aline GUILLUY, M. Guy HEDDEBAUX, M. Sébastien HENQUENET, M. René HOCQ, M. Ludovic IDZIAK, Mme Michèle JACQUET, Mme Maryse JUMÉZ, M. Daniel KRUSZKA, Mme Emmanuelle LEVEUGLE, Mme Geneviève MARGUERITTE, M. Michel MATHISSART, M. Philippe MIGNONET, Mme Sandra MILLE, M. Bertrand PETIT, Mme Maryse POULAIN, M. Jean-Pascal SCALONE, M. Jean-Marc TELLIER, Mme Véronique THIEBAUT, Mme Françoise VASSEUR, Mme Cécile YOSBERGUE.

**Excusé(s)** : M. Daniel MACIEJASZ, Mme Blandine DRAIN, M. Pierre GEORGET, M. Bruno COUSEIN, Mme Stéphanie GUISELAIN, M. Philippe FAIT, M. François LEMAIRE, Mme Brigitte BOURGUIGNON, M. Michel DAGBERT, Mme Marine LE PEN, M. Benoît ROUSSEL, M. François VIAL.

**AVIS DU DÉPARTEMENT SUR LA RÉVISION DU PROGRAMME RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2028**

(N°2023-419)

Le Conseil départemental du Pas-de-Calais,

**Vu** le Code Général des Collectivités Territoriales et, notamment, ses articles L.3121-14 et L.3211-1 ;

**Vu** le Code de la Santé Publique et, notamment, ses articles L.1434-1 et suivants et R.1434-1 et suivants ;

**Vu** le rapport du Président du Conseil départemental, ci-annexé ;

**Vu** l'avis de la 2<sup>ème</sup> commission « Solidarités humaines » rendu lors de sa réunion du 05/09/2023 ;

Après en avoir délibéré,

**DECIDE :**

**Article unique :**

D'autoriser le Président du Conseil départemental à transmettre, au nom et pour le compte du Département, à Monsieur le directeur général de l'Agence Régionale de Santé, l'avis favorable avec réserves sur le Schéma Régional de Santé (SRS) et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies (PRAPS), selon les termes de l'annexe 3 jointe à la présente délibération.

Dans les conditions de vote ci-dessous :

Pour : 69 voix (Groupe Socialiste, Républicain et Citoyen ; Groupe Union pour le Pas-de-Calais ; Groupe Rassemblement National ; Non-Inscrits) Contre : 0 voix Abstention : 9 voix (Groupe Communiste et Républicain)
---

**(Adopté)**

.....  
LE PRESIDENT DU CONSEIL DEPARTEMENTAL,

Jean-Claude LEROY

ARRAS, le 25 septembre 2023

Pour le Président du Conseil départemental,  
La Directrice générale des services,

Signé

Maryline VINCLAIRE



# PROJET REGIONAL DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE

---

## REVISION DU SCHEMA REGIONAL DE SANTE

Version soumise à la consultation  
13 juillet 2023

## SOMMAIRE

<b>Méthode et guide de lecture</b> .....	<b>5</b>
<b>Orientation stratégique 1 : renforcer la prévention pour réduire les inégalités de santé</b> .....	<b>7</b>
Objectif général 1 : porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France .....	8
Objectif opérationnel 1 : réduire la fracture sociale de santé .....	10
Objectif opérationnel 2 : développer l'« aller vers » et la médiation en santé .....	11
Objectif opérationnel 3 : renforcer l'intégration de la prévention dans les pratiques quotidiennes des soignants .....	12
Objectif opérationnel 4 : concentrer les programmes de prévention vers les enfants et les jeunes .....	13
Objectif opérationnel 5 : rendre plus lisible et plus accessible l'offre de prévention .....	14
Objectif général 2 : promouvoir un environnement favorable à la santé.....	15
Objectif opérationnel 1 : construire un système de santé respectueux des enjeux de changement climatique et de transition écologique .....	17
Objectif opérationnel 2 : accompagner les collectivités territoriales pour une meilleure prise en compte des déterminants environnementaux de la santé dans leurs projets.....	18
Objectif opérationnel 3 : prévenir les risques sanitaires liés aux bouleversements de notre environnement.....	19
Objectif opérationnel 4 : préserver sa santé au travers d'une bonne prise en compte de la pollution atmosphérique.....	20
Objectif opérationnel 5 : limiter les expositions chimiques de notre quotidien .....	21
Objectif opérationnel 6 : veiller à préserver la santé des occupants vis-à-vis des risques liés à leurs logements .....	22
Objectif général 3 : développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète.....	23
Objectif opérationnel 1 : renforcer la promotion de l'activité physique et l'alimentation .....	25
Objectif opérationnel 2 : développer un plan régional obésité partenarial .....	26
Objectif opérationnel 3 : dynamiser les actions concernant la prise en charge du diabète.....	27
Objectif opérationnel 4 : garantir la prise en charge de la maladie rénale chronique .....	28
Objectif général 4 : favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge .....	29
Objectif opérationnel 1 : promouvoir une politique de santé mentale positive et développer la prévention et le repérage précoce.....	31
Objectif opérationnel 2 : favoriser l'inclusion des personnes concernées par les troubles psychiques, soutenir l'accompagnement des familles et des aidants, et faire évoluer les représentations sur la santé mentale.....	32
Objectif opérationnel 3 : proposer une offre de soins coordonnée, adaptée selon l'âge, en fonction des besoins et du parcours de vie de la personne .....	33
Objectif opérationnel 4 : attirer et fidéliser les professionnels des métiers de la psychiatrie et de la santé mentale dans les territoires, et promouvoir la délégation d'actes et les nouveaux métiers .....	34
Objectif opérationnel 5 : accompagner et prendre en charge des enfants et des adolescents à risques ou vulnérables pour éviter l'aggravation des situations et les ruptures de parcours .....	35
Objectif opérationnel 6 : favoriser la coopération et l'articulation des acteurs œuvrant au parcours de santé des personnes sous main de justice durant leur incarcération et lors de leur sortie de détention.....	36
Objectif général 5 : prévenir et agir face aux conduites addictives .....	37
Objectif opérationnel 1 : poursuivre le renforcement des actions de promotion de la santé et de prévention des conduites addictives et/ou à risques dont la réduction des risques et des dommages .....	39
Objectif opérationnel 2 : améliorer la reconnaissance des conduites addictives en tant que maladie, l'accès et le recours aux dispositifs d'accompagnement et de prise en charge des conduites addictives.....	41
Objectif général 6 : optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères .....	43

Objectif opérationnel 1 : détecter et prendre en charge le plus tôt possible les facteurs de risque cardiovasculaires modifiables et la BPCO.....	45
Objectif opérationnel 2 : poursuivre l'amélioration de la filière d'urgence en cas d'événement aigu cardio-neurovasculaire .....	46
Objectif opérationnel 3 : poursuivre le développement de la filière d'aval en post hospitalisation .....	47
Objectif opérationnel 4 : poursuivre l'accompagnement des professionnels de santé pour une prise en charge coordonnée de l'insuffisance cardiaque et de la BPCO sur le temps long de la maladie .....	48
Objectif général 7 : réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer .....	49
Objectif opérationnel 1 : améliorer la prévention .....	51
Objectif opérationnel 2 : limiter les séquelles et améliorer la qualité de vie .....	53
Objectif opérationnel 3 : lutter contre les cancers de mauvais pronostic .....	54
Objectif opérationnel 4 : s'assurer que les progrès bénéficient à tous.....	55
Objectif opérationnel 5 : renforcer la démographie médicale.....	56
Objectif général 8 : améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies – Praps.....	57
<b>Orientation stratégique 2 : assurer la veille et la gestion des risques sanitaires.....</b>	<b>58</b>
Objectif général 9 : prévenir, anticiper et gérer le risque de nouvelles épidémies .....	59
Objectif opérationnel 1 : prévenir l'émergence et la diffusion des épidémies .....	61
Objectif opérationnel 2 : développer une culture individuelle et collective de la santé publique dans la population .....	63
Objectif opérationnel 3 : détecter et répondre aux urgences de santé publique .....	64
Objectif général 10 : se préparer à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles .....	65
Objectif opérationnel 1 : accroître l'efficacité et la coordination de la réponse sanitaire aux situations sanitaires exceptionnelles (sse) .	67
Objectif opérationnel 2 : intensifier la formation des professionnels de santé aux risques majeurs et adapter les moyens opérationnels de réponse aux situations sanitaires exceptionnelles .....	68
Objectif opérationnel 3 : renforcer la prévention de la radicalisation au travers de la sensibilisation des professionnels de santé et construire un dispositif régional coordonné de prise en charge des mineurs de retour de zone de guerre .....	69
<b>Orientation stratégique 3 : favoriser la santé tout au long de la vie.....</b>	<b>70</b>
Objectif général 11 : déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant.....	71
Objectif opérationnel 1 : maintenir l'accès aux soins des femmes et des enfants en prenant en compte la démographie des professionnels en diminution.....	73
Objectif opérationnel 2 : renforcer les actions de prévention, de repérage et de soins des pathologies spécifiques des femmes .....	74
Objectif opérationnel 3 : déployer la stratégie des 1000 premiers jours en l'adaptant aux besoins des territoires.....	75
Objectif opérationnel 4 : mieux structurer un parcours de santé et de soins sans rupture pour chaque enfant .....	76
Objectif opérationnel 5 : étendre et conforter le repérage et la prise en charge des femmes et enfants victimes de violences en réponse aux besoins de soins et savoir orienter .....	77
Objectif général 12 : promouvoir la santé des jeunes .....	78
Objectif opérationnel 1 : promouvoir des comportements favorables à la santé et au bien-être des jeunes et limiter les conduites à risque.....	80
Objectif opérationnel 2 : renforcer la structuration d'une offre de prévention accessible et adaptée pour certains publics jeunes .....	81
Objectif opérationnel 3 : accroître la coordination des acteurs intervenant auprès des jeunes dans les territoires.....	82
Objectif opérationnel 4 : favoriser le partage des informations en santé, social et de mise en oeuvre des politiques publiques menées par les différents partenaires en faveur des jeunes .....	83
Objectif opérationnel 5 : favoriser la collaboration globale entre les partenaires en associant des jeunes .....	84
Objectif général 13 : accompagner le vieillissement et soutenir les aidants.....	85

Objectif opérationnel 1 : repérer et prévenir les fragilités et la perte d'autonomie .....	87
Objectif opérationnel 2 : soutenir les aidants et les accompagner au quotidien en renforçant notamment la communication et l'information du grand public et des professionnels .....	89
Objectif opérationnel 3 : ajuster et accompagner la transformation de l'offre sur les territoires selon les besoins identifiés .....	90
Objectif opérationnel 4 : améliorer l'articulation des dispositifs et des acteurs dans les territoires.....	92
Objectif opérationnel 5 : accompagner les équipes soignantes et les usagers dans de nouvelles organisations en développant la culture commune et l'information.....	94
<b>Objectif général 14 : promouvoir des parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap .....</b>	<b>95</b>
Objectif opérationnel 1 : déployer des réponses en corrélation avec les besoins identifiés.....	97
Objectif opérationnel 2 : améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap .....	98
Objectif opérationnel 3 : soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap et promouvoir la pair-aidance..	100
Objectif opérationnel 4 : améliorer l'accès au repérage et au dépistage dans un objectif d'accompagnement précoce et permettre l'inscription de tous les enfants en situation de handicap dans un parcours de scolarisation et de vie sans rupture.....	101
Objectif opérationnel 5 : adapter et/ou développer l'offre d'accompagnement en établissements aux besoins des adultes en situation de handicap et soutenir le choix de ceux qui souhaitent vivre en milieu ordinaire .....	102
<b>Orientation stratégique 4 : assurer l'accès à la santé dans les territoires.....</b>	<b>103</b>
<b>Objectif général 15 : garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires .....</b>	<b>104</b>
Objectif opérationnel 1 : adapter notre offre de formation paramédicale aux besoins des territoires .....	106
Objectif opérationnel 2 : mobiliser le levier de la formation médicale pour soutenir l'accès aux soins .....	107
Objectif opérationnel 3 : renforcer l'attrait des territoires sous-denses auprès des étudiants en santé .....	108
Objectif opérationnel 4 : donner aux territoires sous-denses la capacité d'attirer de nouveaux professionnels de santé .....	109
Objectif opérationnel 5 : redonner du temps médical aux médecins.....	111
Objectif opérationnel 6 : renforcer l'attractivité et la qualité de vie en établissements de santé et en structure médico-sociale.....	112
<b>Objectif général 16 : garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences.....</b>	<b>113</b>
Objectif opérationnel 1 : proposer des parcours de soin adaptés à la prise en charge des soins non programmés sans recours aux urgences.....	115
Objectif opérationnel 2 : assurer la bonne orientation des patients dans le système de soins via la régulation pour garantir un accès aux soins pertinent.....	116
Objectif opérationnel 3 : garantir la réponse aux urgences vitales et graves, tout en soutenant les équipes des structures de médecine d'urgence .....	117
Objectif opérationnel 4 : fluidifier les parcours de soins à partir des urgences et en aval.....	118
Objectif opérationnel 5 : renforcer les outils d'observation et d'analyse de l'activité des soins urgents et non programmés dans une logique de territorialisation de l'action .....	119
<b>Objectif général 17 : améliorer l'accès à l'imagerie médicale, aux soins critiques et aux soins palliatifs.....</b>	<b>120</b>
Objectif opérationnel 1 : développer une organisation et une stratégie régionale de qualité des soins dans toutes les unités de la filière des soins critiques .....	122
Objectif opérationnel 2 : fluidifier les circuits des patients de la filière des soins critiques, en optimisant le séjour de l'admission à la sortie.....	123
Objectif opérationnel 3 : renforcer les prises en charge de proximité et l'accès à une expertise en soins palliatifs.....	124
Objectif opérationnel 4 : accompagner les évolutions de l'usage de l'imagerie médicale : téléradiologie, apports à la permanence des soins, coopérations territoriales et pertinence des actes .....	125
<b>Objectif général 18 : mener à bien la modernisation des établissements de santé et médico-sociaux notamment en mobilisant les investissements.....</b>	<b>126</b>
Objectif opérationnel 1 : soutenir la dynamique d'investissement des établissements de santé et médico-sociaux.....	128

Objectif opérationnel 2 : veiller à la soutenabilité financière des investissements et projets des établissements de santé et medico-sociaux.....	129
Objectif opérationnel 3 : accompagner les établissements de santé et médico-sociaux en difficulté .....	130
Objectif général 19 : accompagner les professionnels de santé pour garantir la qualité et la sécurité des soins dans les territoires.....	131
Objectif opérationnel 1 : accompagner et suivre les dispositifs d'amélioration continue des pratiques professionnelles au sein des structures sanitaires des établissements médico-sociaux et des structures de prévention .....	133
Objectif opérationnel 2 : former et outiller les professionnels de santé, quel que soit leur lieu d'exercice, à l'amélioration continue des pratiques pour garantir la qualité et la sécurité des prises en charge.....	135
Objectif général 20 : poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires.....	136
Objectif opérationnel 1 : accompagner le déploiement des services numériques de l'ensemble des acteurs de santé en soutien de l'objectif national d'échange et de partage sécurisé des données de santé .....	138
Objectif opérationnel 2 : promouvoir les usages de Mon espace santé auprès de tous les usagers et acteurs de l'écosystème de santé .....	139
Objectif opérationnel 3 : renforcer la cybersécurité de notre système de santé .....	140
Objectif opérationnel 4 : favoriser l'usage des services de télésanté et l'accès aux solutions du marché pour l'ensemble des acteurs de santé .....	141
Objectif opérationnel 5 : déployer les services régionaux de coordination au profit des organisations et initiatives locales favorisant le décloisonnement et l'attractivité des territoires .....	142
Objectif opérationnel 6 : réduire la « fracture numérique » en santé des usagers et des professionnels de santé .....	143
<b>Orientation stratégique 5 : mettre les territoires au cœur de la stratégie régionale de santé .....</b>	<b>144</b>
Objectif général 21 : mettre en œuvre les innovations du conseil national de la refondation et déployer des feuilles de route territoriales .....	145
Objectif opérationnel 1 : poursuivre la dynamique des débats publics du conseil national de la refondation par des actions concrètes	147
Objectif opérationnel 2 : élaborer et mettre en oeuvre des feuilles de route pour décliner le projet régional de santé dans les territoires .....	148
Objectif général 22 : faire alliance avec les partenaires pour la prévention et l'attractivité des métiers dans tous les territoires .....	149
Objectif opérationnel 1 : déployer les contrats locaux de santé dans les territoires pour mettre en synergie les actions de santé et les actions d'aménagement du territoire .....	151
Objectif général 23 : poursuivre la dynamique transfrontalière pour l'accès à des soins de qualité .....	152
Objectif opérationnel 1 : faciliter et améliorer l'accès aux soins en favorisant la mobilité des patients et des professionnels transfrontaliers.....	154
Objectif opérationnel 2 : poursuivre l'amélioration de la qualité de la prise en charge des personnes en situation de handicap dans les établissements et services médico-sociaux wallons.....	155
Objectif opérationnel 3 : consolider la gouvernance de la coopération transfrontalière.....	156
<b>Orientation stratégique 6 : mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de sante et faire vivre la démocratie en santé .....</b>	<b>157</b>
Objectif général 24 : mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie en santé....	158
Objectif opérationnel 1 : renforcer les droits individuels et collectifs des usagers de la santé .....	160
Objectif opérationnel 2 : développer l'information par une communication plus accessible .....	161
Objectif opérationnel 3 : impliquer les usagers et citoyens dans la politique de santé et au plus près des territoires .....	162
<b>Annexes .....</b>	<b>163</b>
<b>Glossaire .....</b>	<b>263</b>

## METHODE ET GUIDE DE LECTURE

---

Le schéma régional de santé (SRS) décline les orientations stratégiques du cadre d'orientation stratégique (COS) du projet régional de santé (PRS). Il comprend l'annexe des implantations de l'offre de soins et de biologie médicale, l'annexe de la permanence des soins des établissements de santé et deux annexes relatives aux évolutions prévisionnelles de l'offre médico-sociale sur les champs « addictologie » et « précarité ».

Le SRS est établi sur la base du bilan du SRS et du PRAPS précédent et d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé. Il détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels pour l'ensemble de l'offre de soins, de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social. Il est arrêté pour une durée de cinq ans.

La révision du schéma régional de santé et du PRAPS est en cohérence avec la nouvelle Stratégie Nationale de Santé qui s'est appuyée sur la contribution du Haut Conseil de la santé publique et les débats publics du conseil national de la refondation. Elle constitue le cadre régional et les domaines d'actions prioritaires pour améliorer la santé de la population des Hauts-de-France pour les 5 prochaines années.

La méthode d'élaboration a été la plus participative possible malgré des délais contraints et l'ampleur des travaux.

La concertation des politiques de santé est une condition de la mobilisation de l'ensemble des professionnels de santé, usagers, partenaires de la région et des territoires pour la mise en œuvre de la politique de santé.

Tout d'abord, la concertation s'est faite à travers des débats publics qui ont mobilisé plus de 1000 participants dans les territoires sur la base d'un diagnostic.

Ensuite, à nouveau, plus de 1000 participants ont été mobilisés dans les différents temps de concertations avec une co-construction avec la Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) dès le mois de novembre 2022, un séminaire de plus de 300 participants le 15 mars 2023 et des groupes thématiques.

Toutes ces étapes, accompagnées par les directeurs des délégations départementales et les pilotes du PRS de l'ARS, ont permis d'élaborer ce schéma révisé.

Concernant les travaux sur l'annexe des implantations de l'offre de soins et de biologie médicale, plus de 60 réunions ont eu lieu pour expliquer les réformes et concerter sur leur mise en application.

Tout au long des travaux, une plateforme « RESANA », accessible à tous, a permis d'échanger sur tous les documents produits lors de la révision du SRS et du PRAPS. La mobilisation des acteurs de la santé de la région a été très forte tout au long du processus.

La santé dans toutes les politiques étant aussi un gage d'une politique de santé efficace, l'ensemble des partenaires ont été au rendez-vous au travers des commissions des politiques publiques tout au long de la démarche.

On peut souligner un co-pilotage avec l'assurance-maladie sur de nombreux objectifs du SRS et du PRAPS. Ces dynamiques partenariales sont un gage de réussite pour les futurs plans d'actions qui déclineront le SRS et le PRAPS révisés.

Le SRS et le PRAPS révisés feront aussi l'objet d'un suivi et d'une évaluation tout au long de leur mise en œuvre. Pour cela, des indicateurs seront définis afin de mesurer l'atteinte des objectifs.

Le SRS et le PRAPS révisés déclinent bien le cadre d'orientation stratégique (COS). Les 7 orientations stratégiques définies dans le COS ont évolué du fait de reformulations ou de regroupements, laissant ainsi place à 6 orientations stratégiques déclinées en 24 objectifs généraux puis en objectifs opérationnels.

A travers les fiches descriptives, le schéma régional de santé fixe un cadre pour les actions concrètes qui seront mises en œuvre pendant les 5 années à venir.



Le SRS étant unique, des logos ont été mis en place pour permettre au lecteur de savoir dans quels secteurs s'inscrit chaque objectif :



L'annexe des objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins décrit les autorisations du secteur sanitaire et leurs évolutions possibles. Elle a fait l'objet d'une large concertation dans la continuité de la méthodologie déployée pour l'ensemble du PRS.

L'annexe sur la biologie médicale permet d'apporter l'information sur l'existant en terme d'offre et d'en déduire les possibilités de développement au regard des besoins.

L'annexe de la permanence des soins décrit l'ensemble des lignes de gardes régionales par spécialité et par zone. Cette annexe est réglementaire et n'a fait l'objet d'aucune modification depuis le précédent SRS. Elle fera l'objet d'une révision au cours de la mise en œuvre du SRS révisé.

Les dernières annexes mettent en avant les évolutions prévisionnelles de l'offre médico-sociale sur le champ spécifique des personnes en difficultés - relevant du 9°) de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles - pour les structures d'addictologie et pour personnes précaires.

Un glossaire détaille l'ensemble des acronymes à la fin du document.

ORIENTATION STRATEGIQUE 1 : renforcer la prévention pour réduire les inégalités  
de santé

---



# OBJECTIF GENERAL 1 : PORTER UNE STRATEGIE DE PREVENTION AMBITIEUSE POUR LES HAUTS-DE-FRANCE

---

## PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

La prévention promotion de la santé (PPS) est un objectif majeur de notre système de santé puisque notre état de santé est lié à notre environnement physique et social ainsi qu'aux habitudes et conditions de vie. Les déterminants de santé exercent une influence sur la santé des populations estimée bien supérieure au rôle que peut avoir l'offre de soins. La prévention contribue à 85% de la réduction de la mortalité prématurée contre 15% pour le soin.

Face aux enjeux de la région qui cumule plusieurs indicateurs de vulnérabilité sociale, économique et environnementale, le choix est fait de promouvoir une approche large et transversale de la prévention au travers de son intégration dans les parcours de vie et de santé de la population.

L'ambition est d'inclure la prévention dans tous les milieux de vie et tout au long de la vie et de donner les clefs aux personnes pour agir sur leur propre santé par l'amélioration des déterminants de santé.

Cette ambition ne saurait être complète sans celle d'intégrer la santé dans toutes les politiques publiques.

Cette stratégie régionale de prévention vise donc à garantir à tous un accès à une offre de prévention et de promotion de la santé en structurant une offre adaptée et de proximité.

Pour ce faire, il faut développer une approche davantage intégrée de la prévention. Les enseignements tirés de la crise sanitaire et les constats posés notamment dans le bilan du PRS 2, dans les réunions de concertation du Conseil national de la refondation en santé (CNR-santé) et lors des travaux de révision du SRS, ont démontré que l'approche uniquement centrée sur les comportements ne permet pas de répondre aux enjeux. Elle conduit à des mesures individuelles peu efficaces, coûteuses et inégalitaires.

Cinq problématiques prioritaires ont donc été identifiées :

- l'impact majeur des inégalités sociales de santé et la nécessité de développer l'« aller vers » et la médiation en santé ;
- le soutien des professionnels de santé dans le développement de la prévention dans leurs pratiques cliniques quotidiennes ;
- les enfants, en tant que premières victimes du déterminisme social ;
- le manque de lisibilité de l'offre de prévention.

Ces objectifs s'attacheront à favoriser l'importance de l'accessibilité de l'offre en prévention, partout et principalement en proximité dans les territoires identifiés comme prioritaires, et pour tous, en s'adressant à l'ensemble de la population (universalisme) avec une adaptation selon les besoins d'une population donnée (universalisme proportionné).

Les sujets de prévention plus spécifiquement liés à certains publics, certains territoires ou certaines pathologies ont vocation à être traités dans les autres objectifs du PRS.

## OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - REDUIRE LA FRACTURE SOCIALE DE SANTE
- 2 - DEVELOPPER L'« ALLER VERS » ET LA MEDIATION EN SANTE
- 3 - RENFORCER L'INTEGRATION DE LA PREVENTION DANS LES PRATIQUES QUOTIDIENNES DES SOIGNANTS
- 4 - CONCENTRER LES PROGRAMMES DE PREVENTION VERS LES ENFANTS ET LES JEUNES
- 5 - RENDRE PLUS LISIBLE ET PLUS ACCESSIBLE L'OFFRE DE PREVENTION

## LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

- Objectif général 2 « Promouvoir un environnement favorable à la santé »
- Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »
- Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »
- Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »
- Objectif général 6 « Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères »
- Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies - PRAPS »
- Objectif général 9 « Prévenir, anticiper et gérer le risque de nouvelles épidémies »
- Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »
- Objectif général 12 « Promouvoir la santé des jeunes »
- Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »
- Objectif général 14 « Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap »
- Objectif général 15 « Garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires »
- Objectif général 16 « Garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences »
- Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »
- Objectif général 21 « Mettre en œuvre les innovations du conseil national de la refondation et déployer des feuilles de route territoriales »
- Objectif général 22 « Faire alliance avec les partenaires pour la prévention et l'attractivité des métiers »
- Objectif général 23 « Poursuivre la dynamique transfrontalière pour l'accès à des soins de qualité »
- Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie sanitaire »

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : REDUIRE LA FRACTURE SOCIALE DE SANTE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les Hauts-de-France sont l'une des régions où les déterminants sociaux sont les plus défavorables : revenu moyen annuel le plus faible de France métropolitaine ; taux de chômage très élevé notamment chez les jeunes ; taux d'allocataires du revenu de solidarité active (RSA) le plus élevé de l'Hexagone ; part importante de logements indignes (16 % des arrêtés d'insalubrité en France sont pris en Hauts-de-France) ; taux de jeunes sans diplôme élevé.

Les déterminants sociaux ont un impact direct sur la santé des populations, comme en a témoigné la crise COVID-19, avec un taux de mortalité et de formes graves d'infection bien supérieurs pour les personnes les plus modestes :

- impact sur les contaminations du fait des conditions d'habitat collectif, du travail de première ligne, de l'utilisation des transports en commun ;
- risque majoré de formes graves et de mortalité lié aux pathologies et facteurs de risque plus fréquents. L'obésité est 2 fois plus élevée parmi les groupes sociaux les moins favorisés. Le tabagisme concerne 32% des personnes sans diplôme contre 17% pour les autres ;
- moindre application des mesures barrières liée aux difficultés de compréhension des messages sanitaires (inégalités éducatives) ou à la difficulté de les appliquer (masques, distances physiques, tests de dépistage, isolement) ou encore à une moindre perception des risques sur la santé ;
- impact plus important de la crise sur la santé mentale des familles monoparentales, des personnes les moins favorisées, des demandeurs d'emploi et des jeunes âgés de 18 à 24 ans.

La région se caractérise également par son histoire industrielle, agricole et militaire avec ce que cela implique comme pressions sur la qualité de l'environnement. Or il est aujourd'hui démontré que les inégalités sociales de santé se superposent aux inégalités environnementales.

La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé est de longue date un axe prioritaire des politiques nationales de santé. Elle doit guider l'action de prévention et de promotion de la santé dans la région. Cela implique que les programmes se déploient selon le principe d'universalisme proportionné, c'est à dire avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de défaveur sociale, et s'inscrivent en interaction avec l'environnement de vie des personnes et le cercle social de proximité. Pour un changement d'échelle et une action structurante et pérenne, la prévention doit se développer dans une approche inclusive, pleinement intégrée aux activités des acteurs de droit commun du social, de l'éducation et des soins. Elle doit être territorialisée.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Amplifier la mobilisation des acteurs du champ social (missions locales, centres sociaux) en soutenant leurs programmes santé.
- Renforcer les soutiens (humains, financiers) sur les territoires prioritaires notamment à travers les contrats locaux de santé (CLS).
- Capitaliser sur l'expérimentation de santé communautaire portée par les structures d'exercices coordonnées et identifier, sur les territoires, des organisations pour mobiliser les soins primaires dans l'offre de médiation en santé avec l'appui du référentiel à venir de la santé participative.
- Articuler les politiques publiques et inclure la santé dans toutes les politiques publiques.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale avec une attention particulière pour les publics spécifiques dont les personnes en situation de précarité, personnes en situation de vulnérabilité sociale et économique et dans les territoires les plus défavorisés.

### ACTEURS CONCERNES

Assurance maladie, collectivités territoriales, services déconcentrés de l'État, Education nationale, acteurs de la prévention, du médico-social, du social et du soin.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNS, PRAPS

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : DEVELOPPER L'« ALLER VERS » ET LA MEDIATION EN SANTE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Dans le système de santé français où l'accès aux droits et aux soins est garanti pour tous, certaines personnes restent cependant à l'écart. Les obstacles identifiés sont nombreux : précarité sociale ou économique ; faible niveau d'éducation ; méconnaissance du système de santé ; barrière de la langue ; fracture numérique ; absence de soutien social ; handicap ; accumulation de problèmes de santé. Ces vulnérabilités peuvent entraîner des renoncements ou des ruptures de parcours.

La médiation en santé est désormais reconnue comme pertinente et a été un levier majeur pendant la crise COVID-19. Elle a été fortement préconisée par les participants aux CNR-santé, tant en Hauts-de-France que dans les autres régions. Elle est par ailleurs un outil de lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Elle existe depuis de nombreuses années, née du terrain, sans cadre réglementaire formalisé si ce n'est un référentiel établi par la Haute Autorité de santé (HAS) en 2017. Une mission nationale a été confiée par le Ministre de la santé et de la prévention, aux conclusions attendues à la fin du premier semestre 2023.

L'« aller vers » vise à promouvoir la santé des populations. L'enjeu est de permettre aux personnes en situation de vulnérabilité d'accéder aux soins et à leurs droits.

La médiation en santé est une forme d'« aller vers ». Elle consiste à créer des interfaces entre les différents acteurs du système de santé et les personnes en difficulté dans leurs parcours de soins et de prévention, du fait de diverses vulnérabilités. Cette fonction d'interface a un double objectif : améliorer l'accès aux droits et aux soins (curatifs et préventifs) et sensibiliser les professionnels aux difficultés à réaliser les parcours de santé. Pour y répondre, la médiation en santé mobilise : « l'aller vers » afin de replacer dans des parcours de santé les personnes vulnérables les plus éloignées du soin et le « faire avec » qui permet l'accroissement du pouvoir d'agir.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Pourvoir d'un adulte relais médiateur santé (ARMS) 100% des quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) en partenariat avec les préfetures et les collectivités territoriales.
- Expérimenter des formes de médiation en santé, notamment en ruralité, sur des territoires plus isolés soutenues par des dispositifs de mobilité (équipes mobiles).
- Expérimenter des dispositifs d'ambassadeurs / médiation par les pairs sur des thématiques spécifiques (santé mentale, dépistage des cancers).
- Proposer des offres de prévention délocalisées : offres de dépistage (VIH – IST – hépatites, FibroScan) et de vaccination hors les murs.
- Structurer des actions d'« aller vers » les publics les plus fragiles pour les ramener vers des dispositifs tels que les dépistages organisés des cancers ou les consultations prévention aux âges clés.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Personnes en situation de précarité, personnes en situation de vulnérabilité.

### ACTEURS CONCERNES

Acteurs de la prévention, du médico-social, du social et du soin.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNS, COG CNAM et MSA. PRAPS, rapport de la mission nationale sur l'« aller vers » et la médiation en santé.

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : RENFORCER L'INTEGRATION DE LA PREVENTION DANS LES PRATIQUES QUOTIDIENNES DES SOIGNANTS

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Pour que la prévention s'inscrive dans une dynamique pérenne, elle doit s'inscrire dans une approche inclusive, pensée conjointement avec les soins et être intégrée en routine dans les pratiques quotidiennes des soignants (pratiques cliniques préventives), qui ont une place prépondérante auprès des patients et dont la parole compte.

C'est déjà le cas aujourd'hui, avec notamment le développement dans toutes les professions médicales et paramédicales d'actes dits de prévention médicalisée (vaccination, dépistage), une prise en compte dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), les 20 consultations de prévention de l'enfance et de l'adolescence, le parcours prévention de l'obésité infantile (mission retrouve ton cap), l'éducation thérapeutique du patient, des maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) engagées (MSP sans tabac, MSP vaccinée), un volet prévention obligatoire dans les projets de santé des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), des maternités qui proposent des accompagnements à l'arrêt du tabac, des établissements hospitaliers qui portent des centres gratuits d'Information, de dépistage et de diagnostic (CeGIDD) ou encore des équipes de liaison et de soins en addictologie (ELSA), et prochainement les consultations de prévention aux âges clés de la vie.

Toutefois, les taux de participation aux dépistages organisés restent très insuffisants, le respect du calendrier vaccinal imparfait, la vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) trop peu proposée, les consultations de prévention trop peu dispensées. De même, les principaux facteurs de risques de cancer, tabac et alcool, restent sous investis.

Dans un contexte de tension sur la démographie des soignants, l'enjeu est complexe à relever d'autant que les programmes de prévention ne verront leurs impacts mesurés qu'à 10 ou 20 ans, voire plus.

La médecine préventive est pourtant un enjeu majeur, qui, associée à une action forte sur les déterminants environnementaux est une occasion de se prémunir sur le long terme des chocs des épidémies comme celle de la COVID-19, et un moyen de sortir de l'évolution actuelle, avec toujours plus de pathologies aiguës non anticipées et favorisées par le vieillissement de la population.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Accompagner, avec l'Assurance Maladie, les professionnels de santé dans le déploiement de leurs pratiques cliniques préventives, quel que soit leur lieu d'exercice, avec l'appui des fédérations hospitalières et médico-sociales, des unions régionales des professionnels de santé (URPS), de la fédération régionale des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France (FEMAS).
- Augmenter le nombre de MSP déployant un programme de prévention.
- Augmenter le nombre d'établissements de santé (ES) et d'établissements et services médico-sociaux (ESMS) déployant un programme de prévention.
- Accompagner, avec l'Assurance Maladie, la mise en place des consultations de prévention aux âges clés de la vie.
- Renforcer le service sanitaire des étudiants en santé en lien avec les universités.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale dont les publics fragiles (nourrissons, personnes âgées, en situation de handicap, atteintes de maladies chroniques ou immunodéprimées, personnes à forte prise de risque, personnes placées sous main de justice (PPSMJ) ...), personnes en situation de précarité.

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé, du médico-social et du social, Assurance Maladie, représentants des usagers et médias, Santé publique France (SpF), universités et instituts de formation.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNS, COG CNAM et MSA.

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : CONCENTRER LES PROGRAMMES DE PREVENTION VERS LES ENFANTS ET LES JEUNES

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La politique de santé de l'enfant doit faire l'objet d'une attention particulière compte tenu de ses effets de long terme sur le développement et la réussite éducative, ainsi que sur les inégalités de santé. L'enfance et l'adolescence sont souvent décrites comme des périodes de « fragilité » qui peuvent être à l'origine de difficultés rencontrées plus tard dans la vie adulte.

Elle doit prendre en compte les spécificités liées au jeune âge ainsi que la situation parfois difficile des familles, notamment monoparentales.

Une action menée précocement auprès de l'enfant et de sa famille peut donc avoir un effet positif majeur, en particulier si elle permet aux parents de prendre confiance en leur capacité à accompagner leur enfant sur le long terme. Les inégalités de santé sont déjà installées avant l'âge de 6 ans.

Par ailleurs l'impact de la crise COVID-19 a été majeur sur la santé des jeunes, notamment en matière de santé mentale.

Pour lutter contre ce déterminisme, il s'agit d'intervenir le plus précocement possible pour infléchir les trajectoires de santé, et donc de concentrer, en matière de prévention, les actions et les moyens vers la petite enfance et l'enfance.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Augmenter le nombre de programmes d'acquisition des compétences psychosociales financés sur les territoires prioritaires, en soutien à l'Education nationale dans le cadre du parcours éducatif de santé et des écoles promotrices de santé.
- Intégrer le périscolaire dans le cadre du déploiement de ce type de programmes d'acquisition des compétences psychosociales et accompagner les acteurs du social dans la mise en œuvre.
- Poursuivre les partenariats avec le service de protection maternelle et infantile (PMI) des Conseils départementaux, acteurs majeurs de la petite enfance, dans la continuité des contrats départementaux de prévention et de protection de l'enfance (CDPPE).

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Les enfants avec une attention particulière pour les enfants fragiles.

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de la santé, du médico-social et du social, Assurance Maladie, Education nationale, caisses d'allocations familiales (CAF), services déconcentrés de l'État, Conseils départementaux.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNS, COG CNAM et MSA, stratégie nationale 1000 premiers jours de l'enfant



---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 5 : RENDRE PLUS LISIBLE ET PLUS ACCESSIBLE L'OFFRE DE PREVENTION

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les usagers ont massivement exprimé lors des CNR-santé une demande de lisibilité des dispositifs de soins, de coordination et de santé de manière générale. Les difficultés de compréhension et d'identification des offres sont particulièrement prégnantes dans le champ de la prévention.

Les offres de prévention sont présentes à tous les niveaux géographiques allant du national jusqu'au quartier, sur toutes les tranches d'âge, dans tous les milieux et par des intervenants d'une grande diversité :

- offre de prévention des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM), de la caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), des caisses d'allocations familiales (CAF), des complémentaires santé ;
- actions portées par les communes, les établissements publics de coopération intercommunale (EPCI), les Conseils départementaux et le Conseil régional, dans les entreprises, à l'école ;
- programmes animés par les centres sociaux, les missions locales et par les associations ;
- actions au sein du système de santé par les professionnels du champ sanitaire et médico-social ;
- actions portées par les associations de patients et d'usagers.

Cela représente un spectre particulièrement large et difficile à appréhender.

L'enjeu de connaissance, de compréhension et de lisibilité est donc majeur, pour que chaque citoyen puisse s'orienter et prendre des décisions éclairées concernant sa propre santé ou celle d'un proche. Il renvoie à notre capacité collective à :

- identifier toutes les offres ;
- rendre l'information intelligible et améliorer le niveau général de littératie en santé ;
- permettre l'accessibilité au plus grand nombre.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Co-construire, en partenariat avec France Assos Santé et les commissions spécialisées dans le domaine des droits des usagers des systèmes de santé (CSDU) et de prévention (CSP), et avec les usagers une réponse adaptée et utile permettant d'identifier et d'accéder aux offres sur chaque territoire des Hauts-de-France.
- Faire de santé.fr la vitrine de l'offre de prévention en région.
- Rendre l'utilisateur actif dans sa prévention au travers de l'outil numérique Mon espace santé.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale, acteurs de la prévention, du médico-social, du social et du soin, usagers, élus.

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de la santé, du médico-social et du social, Assurance Maladie, MSA, Conseils départementaux, Caisses d'allocations familiales (CAF), services déconcentrés de l'État, France assos santé, les associations de patients, d'usagers, conférence régionale pour la santé et l'autonomie (CRSA).

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNS, COG CNAM et MSA, PRAPS

## OBJECTIF GENERAL 2 : PROMOUVOIR UN ENVIRONNEMENT FAVORABLE A LA SANTÉ

---

### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

La région Hauts-de-France, 4<sup>ème</sup> région la plus peuplée de France, se caractérise par l'impact des activités humaines actuelles et passées (industrielles, agricoles et militaires) sur l'environnement (air, eau, habitat). Le changement climatique vient par ailleurs diminuer les capacités de résilience des territoires avec des effets négatifs sur la biodiversité, l'érosion et l'appauvrissement des sols, la contamination des milieux.

Il est impératif que les politiques de santé intègrent désormais l'ensemble de ces enjeux dans une vision « une seule santé ». C'est le fil rouge de cet objectif général qui vise à :

- questionner les impacts environnementaux de notre système de santé et des choix d'aménagement ;
- prioriser les actions sur :
  - les nouveaux risques sanitaires produits par le changement climatique ;
  - la poursuite de l'amélioration de l'information des populations et parties prenantes concernant la qualité de l'air ainsi que les contaminations chimiques du quotidien ;
  - la meilleure prise en compte de la santé des occupants de logements dégradés.

Les activités du secteur de la santé, notamment du soin, ont un impact sur l'environnement et une influence directe ou indirecte sur les écosystèmes. Les professionnels ont également une influence directe sur l'appropriation des questions de santé environnementale par les patients. Les effets déjà visibles du changement climatique et la tension d'approvisionnement énergétique accentuent la nécessité d'ancrer les actions de transition écologique et énergétique du système de santé dans les territoires. Ainsi, il convient d'accompagner et former les différents professionnels concernés à la bonne prise en compte de ces enjeux dans leur quotidien de travail.

L'appréhension de la santé environnementale par les différents acteurs du territoire reste complexe. Une meilleure intégration des enjeux de santé et d'environnement aux différentes échelles des territoires passe par une amélioration des collaborations de l'ensemble de leurs acteurs, notamment des professionnels de l'aménagement de l'urbanisme et de la santé publique. Ainsi, il s'agit d'encourager des choix d'aménagement et d'urbanisme qui minimisent l'exposition des populations à des facteurs environnementaux et sociétaux.

Le changement climatique et l'érosion de la biodiversité sont favorables à la prolifération de certaines espèces susceptibles d'avoir un impact sur la santé humaine. Les bouleversements climatiques de plus en plus visibles, tels que les épisodes de vagues de chaleurs et de dégradation de la qualité de l'air, ont des conséquences en termes de sur-incidence de maladies cardio-vasculaires et respiratoires. Il apparaît donc nécessaire de renforcer l'observation et l'information des citoyens et de tous les acteurs pour surveiller et prévenir les risques liés à ces phénomènes.

Malgré une amélioration globale au cours des dernières années, le niveau de qualité de l'air ne répond toujours pas aux recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'impact de la pollution de l'air à court et long terme sur la santé des populations est aggravé par les effets du changement climatique. Ainsi, l'information et la formation des acteurs du territoire et des populations vis-à-vis des pratiques polluantes permettront de les accompagner dans l'adaptation de leurs comportements.

Le nombre de substances chimiques retrouvées sur le marché européen a significativement augmenté depuis une vingtaine d'années. Ainsi, pour limiter l'exposition quotidienne des populations, il semble essentiel de déployer une information pérenne auprès des territoires les plus impactés, d'améliorer l'observation, la gestion du risque et la connaissance sur l'impact de ces substances pour l'homme et l'environnement afin de protéger les populations sensibles et les générations futures.

Par ailleurs, les Hauts-de-France sont particulièrement touchés par les questions de précarité énergétique et d'insalubrité de l'habitat, qui engendrent un risque pour la santé des populations concernées. Pour veiller à préserver la santé des occupants et notamment des populations fragiles et/ou précaires, les dispositifs « d'aller vers » à destination des populations et les campagnes de prévention ciblées doivent être renforcés.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - CONSTRUIRE UN SYSTEME DE SANTE RESPECTUEUX DES ENJEUX DE CHANGEMENT CLIMATIQUE ET DE TRANSITION ECOLOGIQUE
- 2 - ACCOMPAGNER LES COLLECTIVITES TERRITORIALES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES DETERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTE DANS LEURS PROJETS
- 3 - PREVENIR LES RISQUES SANITAIRES LIES AUX BOULEVERSEMENTS DE NOTRE ENVIRONNEMENT
- 4 - PRESERVER SA SANTE AU TRAVERS D'UNE BONNE PRISE EN COMPTE DE LA POLLUTION ATMOSPHERIQUE
- 5 - LIMITER LES EXPOSITIONS CHIMIQUES DE NOTRE QUOTIDIEN
- 6 - VEILLER A PRESERVER LA SANTE DES OCCUPANTS VIS-A-VIS DES RISQUES LIES A LEURS LOGEMENTS

#### LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

- Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »
- Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »
- Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »
- Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »
- Objectif général 6 « Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères »
- Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer »
- Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies - PRAPS »
- Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »
- Objectif général 12 « Promouvoir la santé des jeunes »
- Objectif général 18 « Mener à bien la modernisation des établissements de santé et médico-sociaux notamment en mobilisant les investissements »
- Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : CONSTRUIRE UN SYSTEME DE SANTE RESPECTUEUX DES ENJEUX DE CHANGEMENT CLIMATIQUE ET DE TRANSITION ECOLOGIQUE

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

A travers l'achat de médicaments et de dispositifs médicaux, les transports, l'alimentation, la consommation d'énergie, le secteur de la santé français est responsable de près de 8 % des émissions de gaz à effet de serre. La part qu'il représente dans l'empreinte carbone totale, ainsi que ses autres impacts sur l'environnement (consommation d'eau, émissions de polluants, production de déchets), sont à maîtriser au même titre que pour les autres secteurs économiques.

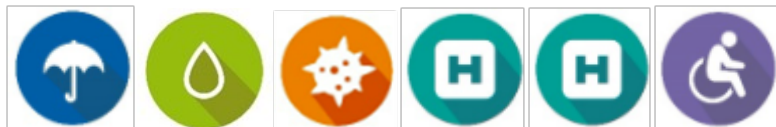
Les effets de plus en plus visibles du changement climatique confirment la nécessité d'ancrer et d'accentuer les actions de transition écologique du système de santé dans les territoires, en préservant la qualité et la sécurité des soins.

La construction d'un système de santé respectueux de l'environnement dans sa globalité passe par la prise en compte des enjeux, actuels et futurs, de développement durable, de responsabilité sociétale, de santé environnementale, de préservation des ressources naturelles et d'usage responsable des outils numériques, dans toutes les composantes des activités du secteur de la santé.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Déployer, à travers les formations et les accompagnements méthodologiques mis en place à destination des établissements de santé et médico-sociaux, du champ ambulatoire et des professionnels des établissements concernés (soignants, responsables des achats, personnels techniques, etc.), des actions concrètes permettant une réduction globale des impacts des activités du secteur de la santé sur l'environnement et le climat et la promotion des pratiques de santé plus durables pour réduire l'exposition aux polluants environnementaux.
- Sensibiliser et former les professionnels des secteurs concernés aux achats durables et responsables, à l'éco-conception des soins, à la réduction et à la valorisation des déchets, à la performance énergétique, à l'analyse du cycle de vie d'un produit ou matériau, à l'approche « une seule santé » pour faire naître des pratiques vertueuses.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé, établissements de santé, établissements sociaux et médico-sociaux, conseillers en transition énergétique et écologique en santé (CTEES), URPS, Assurance Maladie.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan national santé environnement (PNSE 4) - Plan régional santé environnement (PRSE 4) - Plan national achats durables (PNAD) - lois EGAlim - Stratégie nationale bas-carbone (SNBC) - plan national d'adaptation au changement climatique (PNACC)

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : ACCOMPAGNER LES COLLECTIVITES TERRITORIALES POUR UNE MEILLEURE PRISE EN COMPTE DES DETERMINANTS ENVIRONNEMENTAUX DE LA SANTE DANS LEURS PROJETS

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'appréhension de la santé environnementale par les différents acteurs du territoire reste complexe. Les liens entre urbanisme, santé et environnement ne sont encore que très partiellement pris en considération dans les documents de planification et dans les projets d'aménagement.

Une meilleure intégration des enjeux de santé et d'environnement aux différentes échelles des territoires implique une amélioration des collaborations notamment entre les professionnels de l'aménagement de l'urbanisme et de la santé publique, ainsi qu'une évolution des pratiques vers des approches plus intégrées entre santé publique et environnement.

Fondé sur l'approche de la santé dans toutes les politiques, promu par l'OMS, le concept d'urbanisme favorable à la santé (UFS) vise à tenir compte systématiquement et simultanément des conséquences sur la santé et sur l'environnement de tout projet d'urbanisme. Il s'agit d'encourager des choix d'aménagement et d'urbanisme qui minimisent l'exposition des populations à des facteurs de risque environnementaux et sociétaux (la pollution de l'air, les nuisances sonores, l'isolement social) et qui maximisent leur exposition à des facteurs de protection et de promotion de la santé (la pratique de l'activité physique, l'accès aux soins ou aux espaces verts), le tout dans une optique de réduction des inégalités sociales de santé.

Par ailleurs, les effets du changement climatique s'observent déjà fortement et vont s'accroître (multiplication et intensification des vagues de chaleur). Cela nécessite pour les collectivités de contribuer à l'atténuation du changement climatique (réduction des émissions de gaz à effet de serre) et de mettre en place des stratégies d'adaptation afin de réduire la vulnérabilité des populations et du territoire. Parmi les enjeux figurent la lutte contre les îlots de chaleur et l'adaptation à la raréfaction des ressources en eau. Plusieurs leviers peuvent être activés dans ce cadre : plus grande sobriété dans les consommations d'eau ; recours aux eaux non conventionnelles (eau de pluie, eaux usées traitées) pour les usages ne nécessitant pas une qualité « eau potable ».

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Sensibiliser les acteurs de l'aménagement du territoire afin que la santé publique soit un objectif intégré à chaque projet.
- Développer une communauté régionale autour des sujets d'urbanisme, d'aménagement et de santé afin de créer une dynamique sur les territoires : organisation de colloques ; formations et sensibilisations des collectivités ; valorisation des actions probantes (rues scolaires, vert en ville, mobilités douces, urbanisme tactique, cohérence environnementale et sanitaire de la stratégie alimentaire).

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale.

### ACTEURS CONCERNES

Élus et collectivités, Assurance Maladie, agences d'urbanisme, aménageurs/bureaux d'étude, services déconcentrés de l'État, centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement (Cerema)), associations, centre ressource régional en écomobilité (CREM), centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), institut national spécialisé d'études territoriales (Inset).

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

PNSE 4, PRSE 4, Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires (SRADDET), programme national nutrition santé (PNNS), SNBC, PNACC.

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : PREVENIR LES RISQUES SANITAIRES LIES AUX BOULEVERSEMENTS DE NOTRE ENVIRONNEMENT

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Le changement climatique, la multiplication des échanges intercontinentaux et l'érosion de la biodiversité sont favorables à la dissémination et la prolifération d'espèces susceptibles d'avoir un impact sur la santé humaine. La région Hauts-de-France a jusqu'alors été relativement épargnée par la présence de certaines espèces végétales, comme les ambrosies au pollen très allergisant ou encore peu colonisée par certaines espèces animales comme le moustique tigre (vecteur de maladies virales comme la dengue, le chikungunya ou le zika). Il est attendu cependant dans les prochaines années une aggravation de ces phénomènes.

Par ailleurs, les bouleversements climatiques auront des conséquences en terme de sur-incidence de certaines pathologies liées à la qualité de l'eau (gastro-entérites aiguës), à des épisodes de vagues de chaleur plus intenses ou plus fréquents, à la dégradation de la qualité de l'air (maladies respiratoires et cardiovasculaires).

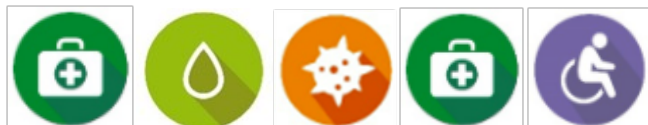
La prévention des maladies chroniques et la recherche de facteurs d'atténuation doivent être considérées comme un enjeu des effets du réchauffement climatique du fait de l'exacerbation de leurs symptômes liée aux évolutions de l'environnement.

Il apparaît donc nécessaire de renforcer l'observation et l'information des citoyens et de tous les acteurs pour prévenir les risques sanitaires liés à ces phénomènes.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Cartographier la colonisation du territoire des Hauts-de-France par les ambrosies, les chenilles processionnaires urticantes, le moustique tigre, etc., en favorisant notamment leur repérage et leur signalement (sensibilisation de la population et des collectivités territoriales).
- Créer et former un réseau de référents « espèces à enjeu sanitaire » au sein des collectivités locales afin de favoriser le repérage et essaimer les bonnes pratiques de surveillance et de contrôle des espèces à enjeu sanitaire, au plus près des territoires.
- Informer la population sur les bons gestes à adopter pour se protéger et sur les moyens de limiter la prolifération de ces espèces le cas échéant.
- Accentuer les leviers de prévention du risque allergique en lien avec une meilleure connaissance des risques associés aux pollens.
- Informer les professionnels de santé au dépistage de certaines pathologies pour l'instant peu fréquentes dans notre région.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

### POPULATION CONCERNEE

Population générale

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé et établissements de santé, collectivités territoriales, acteurs de la surveillance des milieux (air, eaux, biodiversité) : RNSA, office français de la biodiversité (OFB), Assurance Maladie, associations.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

PNSE 4, PRSE 4, PNACC

## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : PRESERVER SA SANTE AU TRAVERS D'UNE BONNE PRISE EN COMPTE DE LA POLLUTION ATMOSPHERIQUE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les habitants des Hauts-de-France évoluent dans des quartiers, des espaces urbains, ruraux et plus largement dans un environnement extérieur qui peut avoir, à court et long termes, une influence sur leur santé. Les différents secteurs d'activités humaines (industrielles, transports, agriculture et le résidentiel) peuvent influencer sur la qualité de l'air ambiant du territoire.

La dernière étude de Santé publique France (SPF) sur l'impact sanitaire d'un air pollué (avril 2021) indique que « chaque année près de 40 000 décès seraient attribuables à une exposition des personnes âgées de 30 ans et plus aux particules fines (PM<sub>2,5</sub>). Ainsi l'exposition à la pollution de l'air ambiant représente en moyenne pour les personnes âgées de 30 ans et plus une perte d'espérance de vie de près de 8 mois pour les PM<sub>2,5</sub>. La pollution de l'air ambiant demeure ainsi un facteur de risque pour la santé en France bien que l'évaluation quantitative d'impact sur la santé 2016-2019 suggère une tendance à la baisse de la mortalité en lien avec la pollution de l'air ambiant (7% de la mortalité totale de la population française attribuable à une exposition aux PM<sub>2,5</sub> versus 9 % sur la période 2007-2008). »

Il est donc maintenant avéré que la qualité de l'air ambiant impacte durablement la santé des populations (pathologies cardiovasculaires, respiratoires, cancer, allergies, maladies neurologiques, santé mentale ...) et notamment la santé des plus fragiles (femmes enceintes, nourrissons, personnes âgées, personnes souffrant de pathologies cardiovasculaires, pathologies chroniques, personnes immunodéprimées, allergiques).

Une amélioration globale de la qualité de l'air est observée depuis quelques années. Toutefois, les concentrations relevées sont encore bien supérieures aux recommandations actuelles de l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Les effets de la qualité de l'air sur la santé sont également aggravés par les effets du changement climatique dont les effets viennent se cumuler aux effets de la pollution de l'air : augmentation des épisodes caniculaires couplés à des épisodes de pics de pollution, notamment dus à l'ozone (polluant secondaire dont la production est influencée par le rayonnement solaire) dont les dépassements de seuils se multiplient.

Il est nécessaire d'informer, former et accompagner les acteurs du territoire et les populations vis-à-vis des pratiques polluantes en leur fournissant une information fine et fiable pour les accompagner à adapter leur comportement en fonction de leurs profils (basés sur leur niveau de vulnérabilité et leurs activités).

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Mieux informer, former et accompagner les différents acteurs (élus, aménageurs, professionnels de santé) pour favoriser les pratiques visant à réduire l'exposition de la population aux polluants de l'air. Ce point est notamment fortement lié à l'objectif opérationnel 3 relatif à l'urbanisme favorable à la santé.
- Fournir une information fine et fiable de la qualité de l'air aux habitants des Hauts-de-France en tout point du territoire pour les aider à adapter leur comportement et les informer sur les pratiques polluantes du quotidien. Il s'agira également de sensibiliser « au plus tôt », notamment en milieu scolaire au travers de programmes pédagogiques en lien avec les établissements.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale.

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé, collectivités territoriales, aménageurs, Assurance Maladie, associations

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

PNSE 4, PRSE4, Plan de protection de l'atmosphère (PPA), Plan national de réduction des émissions des polluants atmosphériques (PREPA), SRADET

## OBJECTIF OPERATIONNEL 5 : LIMITER LES EXPOSITIONS CHIMIQUES DE NOTRE QUOTIDIEN

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La production de substances chimiques a doublé entre 2000 et 2017 et 20 000 sont enregistrées par l'Union européenne (reach 2018). Les expositions à ces substances sont quotidiennes : sols, air, eau, alimentation, vêtements, cosmétiques.

La région Hauts-de-France, de par son passé industriel, est fortement concernée par la contamination des sols de certains territoires par des polluants environnementaux ayant un impact potentiel sur la santé des populations locales. Cela implique de diffuser une information pérenne dans le temps, pour transmettre les bons comportements et limiter au mieux les expositions. L'organisation d'opérations de dépistage pourra être nécessaire pour apprécier le risque individuel et accompagner les populations dans une prise en charge sanitaire.

La contamination chimique de la ressource en eau et les aliments produits est influencée par une consommation importante de produits phytosanitaires par l'agriculture. L'impact sur la qualité des ressources en eau potable est d'autant plus élevé que les épisodes de sécheresse se répètent. Il est donc nécessaire d'améliorer l'observation, la gestion des risques et les connaissances des contaminations chimiques pour les populations et l'environnement et de poursuivre l'information des populations et parties prenantes dans les opérations de reconquête de la qualité.

La population est également exposée au quotidien à des substances chimiques dans les produits de consommation courante. Il est maintenant reconnu que certains polluants environnementaux et substances chimiques ont un impact à plusieurs moments clés de la vie pouvant aller de l'âge foetal jusqu'à l'âge adulte, en passant par les premières années de la vie et l'adolescence. Il semble donc primordial de protéger et accompagner les populations, notamment les plus vulnérables (femmes enceintes, allaitantes, nourrissons, jeunes enfants, parents en âge de procréer) à ces différentes étapes de la vie pour prévenir et limiter leurs expositions chimiques quotidiennes. Les professionnels de santé sont des interlocuteurs privilégiés de la population et interviennent à ces étapes clés. Ainsi, ils constituent des relais importants d'informations et de conseils pour leurs patients dans l'amélioration de leur environnement quotidien.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Mieux prendre en compte les impacts sanitaires des sites et sols pollués par une information efficace des populations, des élus et des professionnels de santé et par le cas échéant par le renforcement des dépistages ou des études sanitaires.
- Améliorer l'observation, l'information, la gestion du risque et les connaissances liées à la contamination chimique des eaux destinées à la consommation humaine (EDCH) en poursuivant les partenariats interministériels pour lutter contre les pollutions diffuses. Travailler en parallèle la question « alimentation et santé » de façon cohérente de la « fourche à la fourchette » en tenant compte des enjeux autour de la ressource en eau tout en s'appuyant sur les outils à disposition des territoires (Projet Alimentaire Territorial - PAT-, et plan de gestion de la sécurité sanitaire des eaux - PGSSSE-).
- Protéger les générations futures en diminuant l'exposition des populations sensibles aux polluants : environnementaux : sensibiliser dès le plus jeune âge à la santé environnementale, notamment en collaboration avec l'Éducation nationale (programme « école promotrice de santé ») et les collectivités territoriales. Il s'agira également de prévenir les expositions dans les différents milieux de vie dès le plus jeune âge (crèches, PMI, écoles, ...).
- Accompagner les couples rencontrant des problèmes de fertilité à une bonne prise en compte de leurs expositions environnementales par le déploiement de la plateforme PREVENIR sur le territoire, puis soutenir des études régionales (recherche interventionnelle) concernant les liens entre environnement et infertilité, endométriose, puberté précoce.
- Mieux prendre en compte le déterminant environnement dans certains parcours patients (pathologies respiratoires, pubertés précoces, cancers, endométriose ...) en associant les associations de patients. Cet objectif est en forte complémentarité avec le Plan régional santé travail (pour le milieu de Vie au « Travail »).

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale, élus et collectivités, professionnels de santé, établissements scolaires

### ACTEURS CONCERNES

URPS, PMI, structures de la petite enfance, associations, Education nationale, CAF, services de l'État, collectivités territoriales, agences de l'eau, personnes responsables de la production et distribution de l'eau (PRPDE).

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

PNSE 4 - PRSE 4 - Plan Ecophyto - PGSSSE - Plan régional santé au travail (PRST) - Plateforme PREVENIR (PREvention ENVironnement Reproduction).



## OBJECTIF OPERATIONNEL 6 : VEILLER A PRESERVER LA SANTE DES OCCUPANTS VIS-A-VIS DES RISQUES LIES A LEURS LOGEMENTS

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les Hauts-de-France sont une des régions les plus densément peuplées. C'est aussi l'une des plus touchées par les questions de précarité énergétique, accentuées par l'augmentation du coût de l'énergie, et par l'insalubrité de l'habitat, avec plus de 190 000 logements considérés comme potentiellement indignes. L'État a engagé une dynamique forte pour détecter et traiter ces situations.

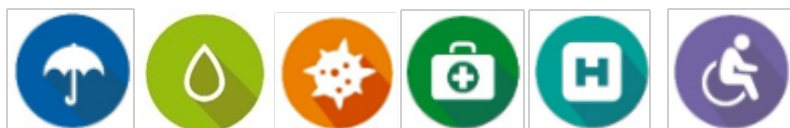
Outre le repérage et le traitement des situations d'habitat insalubre, il apparaît essentiel d'accentuer la prévention des risques sanitaires associés à un logement dégradé, insuffisamment entretenu ou à des équipements mal utilisés. Cela passe par un renforcement des dispositifs existants permettant d'aller vers les populations concernées (exemple : dispositif de visite du logement par un conseiller en environnement intérieur - CMEI-) et par l'organisation de campagnes de prévention ciblées.

Pour compléter ce dispositif, une attention particulière sera portée aux populations fragiles et/ou précaires (perte d'autonomie, handicap, santé mentale, difficulté d'accès aux soins). Un accompagnement et une prise en charge adaptés à leur état de santé seront spécifiquement mis en place avec les acteurs concernés pour leur permettre de vivre dans un logement adapté.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Augmenter le nombre de foyers extraits d'une situation d'insalubrité et mieux prendre en charge les occupants de logements présentant un danger pour leur santé, notamment par la montée en puissance du dispositif CMEI et le renforcement des actions visant à encourager le signalement des situations d'insalubrité dans le logement.
- Diminuer via le ciblage d'actions de prévention sur les dangers dans le logement potentiellement aggravés par la précarité énergétique, le nombre de cas d'intoxications au monoxyde de carbone, ou encore les épisodes de crise asthmatique ou allergique dont la cause pourrait être en lien avec la salubrité du logement (humidité et moisissures, manque d'aération ...).
- Mettre en place un dispositif pilote permettant de faire un état des lieux de l'état de santé et des difficultés spécifiques des personnes vivant dans un logement insalubre et une orientation vers les dispositifs adaptés.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale

### ACTEURS CONCERNES

Collectivités territoriales, CAF, services de l'Etat, maisons départementales pour les personnes handicapées (MDPH), partenaires sociaux, associations.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

PNSE 4, PRSE 4

## OBJECTIF GENERAL 3 : DEVELOPPER LE SPORT-SANTE, LUTTER CONTRE L'OBESITE ET LE DIABETE

### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

Sur les enjeux sport-santé et alimentation, les données nationales indiquent un niveau de sédentarité en augmentation en particulier chez les jeunes. Le temps passé devant les écrans est en hausse chez les enfants particulièrement. Seuls 5% des adultes ont une activité physique suffisante pour être protectrice et 70% des femmes manquent d'activité physique contre 42% des hommes (Étude Esteban). Pour les enfants, on note de fortes inégalités de pratique d'activité physique entre les catégories socio-professionnelles, en particulier pour les élèves scolarisés en zone prioritaire pour la pratique en club. Concernant les comportements alimentaires, les enquêtes nationales indiquent que la part d'acides gras saturés, de boissons sucrées et de sel reste trop élevée, et la consommation de fibres insuffisante. Dans la région, les enfants d'employés et d'ouvriers sont deux fois plus nombreux à indiquer consommer des boissons sucrées.

En parallèle à une consommation alimentaire éloignée des recommandations pour les personnes les plus précaires en particulier, il a été noté par les acteurs locaux régionaux une augmentation de la précarité alimentaire et du recours à l'aide alimentaire. L'insécurité alimentaire quantitative et qualitative touche de plus en plus de personnes avec un peu plus de deux personnes sur dix qui sont dans une situation d'insécurité alimentaire quantitative.

Concernant l'obésité, le contexte épidémiologique régional du surpoids et de l'obésité reste alarmant : 22,1% des personnes sont en obésité (moyenne nationale 17%) et environ 30% sont en surpoids. Le surpoids et l'obésité infantile restent une problématique majeure : en 6<sup>ème</sup>, 16,2% des élèves sont en surpoids et 5,6% en obésité avec de fortes disparités territoriales.

Les personnes les plus vulnérables socio-économiquement, corrélativement les plus atteintes de surpoids et d'obésité, ont un accès limité à l'offre de prise en charge de premier recours non remboursée mais nécessaire (diététicien, activité physique adaptée). Le repérage, la prise en charge et l'orientation par les acteurs du 1<sup>er</sup> recours doivent être améliorés. La lisibilité de l'offre de prise en charge reste à renforcer ; la coordination entre les acteurs se révèle insuffisante et les outils associés manquent. La préparation et le suivi des patients ayant subi une chirurgie bariatrique doivent continuer à être améliorés ; le taux de « perdus de vue » reste important. Des problématiques de démographie médicale freinent la prise en charge adéquate de l'obésité infantile sévère et/ou compliquée.

Les représentations sociales négatives de l'obésité restent par ailleurs prégnantes et les messages basés sur des régimes restrictifs continuent d'être véhiculés, sous-estimant l'impact d'autres facteurs tels que la gestion des émotions. Le lien entre obésité et troubles du comportement alimentaire doit être amélioré. La stigmatisation au quotidien et dans le parcours de soins induit des souffrances psychologiques importantes et un non-recours aux soins.

Concernant le diabète, la prévalence du diabète traité pharmacologiquement continue à progresser dans la région Hauts-de-France avec un chiffre de 6,6% en 2022. La mortalité liée à cette pathologie est largement supérieure dans la région mais avec des disparités importantes selon les territoires, les taux les plus élevés se retrouvant dans les zones ayant les plus fortes densités de personnes en situation de précarité.

Cette prévalence du diabète risque encore d'augmenter dans les années à venir en raison du vieillissement de la population générale, de l'allongement de l'espérance de vie des personnes diabétiques et surtout de l'augmentation de la fréquence de l'obésité.

Pour répondre à cet enjeu majeur de santé publique, la région dispose d'une offre de soins disparate à la fois sur le plan hospitalier et sur le plan ambulatoire avec notamment un nombre d'endocrino-diabétologues en baisse et un déficit important en ophtalmologistes dans certains territoires de la région. Au-delà de ce constat, diminuer les conséquences de cette maladie dans notre région ne pourra passer que par un travail concerté entre professionnels des secteurs sanitaire, médico-social et social, patients et associations de patients, collectivités territoriales et locales, milieu scolaire, milieu du travail, ARS et organismes d'assurance maladie afin d'une part de décloisonner et fluidifier les parcours de santé des personnes diabétiques et d'autre part d'améliorer leur qualité de vie. Les solutions passent par un véritable virage ambulatoire dans lequel doivent s'inscrire la mutualisation des pratiques, le transfert de savoirs et la coordination entre la ville et l'hôpital et la coopération entre professionnels de santé.

Concernant les maladies rénales chroniques, au 31 décembre 2021, la région comptait 8243 patients traités par dialyse ou porteurs d'un greffon (7373 en 2015, 8198 en 2020). L'incidence brute régionale de la dialyse est supérieure à l'incidence brute de France métropolitaine avec une tendance à la stabilisation. En 2021, 54% des patients sont dialysés hors centre avec une montée en charge des unités de dialyse médicalisée en particulier dans le Nord et le Pas-de-Calais en réponse au vieillissement des patients. Le taux de démarrage en urgence, qui passe de 32% en 2015 à 28% en 2021, reste à améliorer. Le taux de référence tardive au néphrologue reste trop élevé.

En 2021, 207 patients ont été greffés, effectif en reprise après la crise COVID-19. En 2022, 225 patients ont été greffés dans la région Hauts-de-France ; 19 greffes par donneur vivant en Hauts-de-France, soit 8,4% des greffes faites par donneur vivant. Une hétérogénéité des pratiques (choix des techniques, inscription sur liste) est encore constatée. L'amélioration des parcours est à poursuivre.

## OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - RENFORCER LA PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ET L'ALIMENTATION
- 2 - DEVELOPPER UN PLAN REGIONAL OBESITE PARTENARIAL
- 3 - DYNAMISER LES ACTIONS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DU DIABETE
- 4 - GARANTIR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE RENALE CHRONIQUE

## LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

- Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »
- Objectif général 2 « Promouvoir un environnement favorable à la santé »
- Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »
- Objectif général 6 « Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères »
- Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer »
- Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies - PRAPS »
- Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »
- Objectif général 12 « Promouvoir la santé des jeunes »
- Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »
- Objectif général 14 « Promouvoir des parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap »
- Objectif général 15 « Garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires »
- Objectif général 19 « Accompagner les professionnels de santé pour garantir la qualité et la sécurité des soins dans les territoires »
- Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »
- Objectif général 21 « Mettre en œuvre les innovations du conseil national de la refondation et déployer des feuilles de route territoriales »
- Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie sanitaire »

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : RENFORCER LA PROMOTION DE L'ACTIVITE PHYSIQUE ET L'ALIMENTATION

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Il est aujourd'hui démontré qu'une alimentation s'éloignant des recommandations, couplée à un mode de vie sédentaire et une activité physique insuffisante a un impact sur la survenue des pathologies.

L'objectif est de promouvoir une alimentation saine, durable, locale et en quantité suffisante par la promotion de comportements favorables en priorisant les personnes les plus défavorisées et les jeunes. Pour ce faire, une approche globale et partenariale de l'alimentation doit être conduite. Des synergies d'intervention entre ARS, Assurance Maladie, services de l'État et collectivités territoriales doivent être trouvées. La constitution d'un comité territoire et alimentation doit permettre une meilleure coordination des politiques publiques et de déterminer les priorités d'action dans les projets alimentaires territoriaux (PAT) et les contrats locaux de santé (CLS).

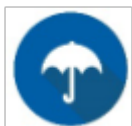
La mobilisation des acteurs du champ social (centres sociaux, maisons familles rurales, missions locales, centres communaux d'action sociale) sera poursuivie avec un soutien renforcé à l'impact social de ces structures au sein desquelles l'alimentation est abordée dans toutes ses dimensions (éducation à la santé, compétences psychosociales et environnementales). Une attention particulière sera également portée aux enfants et aux jeunes en prenant appui sur les actions de promotion de la santé inscrites dans les programmes scolaires et déployées dans le cadre du parcours éducatif en santé. Le comité régional obésité sera un levier favorisant une approche intégrée de la prévention de l'obésité infantile.

La promotion de l'activité physique et sportive dans les parcours de vie et de soins sera poursuivie, tout comme la sensibilisation et la montée en compétence de la communauté sportive et des collectivités locales. Le dispositif des maisons sport santé (MSS) en sera un des dispositifs pivots. Il s'agit de conforter leur ancrage territorial, en particulier dans les quartiers politiques de la ville et les zones de revitalisation rurale, de les accompagner dans l'appropriation du nouveau cahier des charges nationales et son déploiement opérationnel et de soutenir les projets sur les territoires non pourvus. Enfin il convient d'accompagner les professionnels de santé dans la promotion du sport santé en tant que thérapeutique non médicamenteuse.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Proposer des actions de promotion d'une alimentation saine et d'une activité physique régulière, avec une priorité aux publics en situation de défaveur sociale.
- Renforcer le parcours éducatif en santé comme levier pour améliorer la santé des élèves.
- Renforcer le maillage des maisons sport santé pour couvrir l'ensemble du territoire régional. Les maisons sport santé habilitées déploieront l'ensemble des missions prévues au cahier des charges national.
- Installer une gouvernance territoriale pour structurer les programmes locaux de promotion d'une alimentation saine.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale, publics spécifiques dont enfants, jeunes et foyers en situation de précarité, personnes en situation de handicap

### ACTEURS CONCERNES

Assurance maladie, collectivités locales, services déconcentrés de l'État, Education nationale, acteurs de la prévention, du médico-social, du social et du soin.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNS, PNNS, programme national pour l'alimentation (PNA), PRSE, stratégie nationale sport-santé, stratégie nationale sport et handicaps, stratégie nationale bas carbone, stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : DEVELOPPER UN PLAN REGIONAL OBESITE PARTENARIAL

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'ARS s'engage à déployer un plan d'action global et ambitieux pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes de surpoids et d'obésité. Un pilotage et une animation renforcée aux niveaux régional et local de l'ARS et de ses partenaires seront déployés. Au niveau régional, un comité de pilotage co-piloté avec l'assurance maladie rassemblera les acteurs institutionnels, sanitaires et sociaux impliqués dans la prévention et la prise en charge globale. Un comité territoire et alimentation sur les enjeux d'environnement alimentaire favorable à la santé complétera cette gouvernance.

Le renforcement de l'implication de la médecine de ville sera un objectif majeur : les médecins généralistes seront formés et outillés sur le repérage, les niveaux de recours, les offres de prise en charge et d'accompagnement ; le dynamisme et la mobilisation grandissante des MSP et des CPTS seront mis à profit. Les dispositifs pour consolider une offre de prise en charge multidisciplinaire doivent être déployés largement. La mobilisation des dispositifs d'appui à la coordination (DAC) sur l'obésité sera priorisée. Un annuaire des ressources sera constitué. Les centres spécialisés dans la prise en charge de l'obésité (CSO) seront renforcés dans leur rôle d'expertise régionale. L'éducation thérapeutique du patient doit se déployer pour couvrir l'ensemble du territoire. L'accessibilité de l'activité physique adaptée aux personnes souffrant d'obésité sera déployée à toutes les phases de leur parcours notamment par la sensibilisation des médecins, la mobilisation des acteurs sportifs et l'habilitation des maisons sport santé. Un travail sur l'identification et la diffusion d'outils digitaux au service de la prise en charge et de la coordination ville-ville et ville-hôpital s'effectuera.

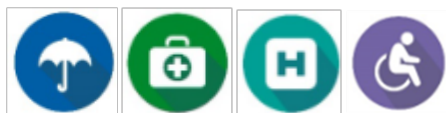
Une action globale ciblant la chirurgie bariatrique sera mise en œuvre. En amont, il s'agira de systématiser l'information des patients. La mise en œuvre du nouveau régime des autorisations d'activités de soins de chirurgie bariatrique avec des critères qualitatifs et quantitatifs sera un levier majeur. Des initiatives d'amélioration du suivi des patients opérés seront structurées pour diminuer les complications nutritionnelles et psychologiques : le développement des programmes d'éducation thérapeutique en post-chirurgie bariatrique et la mise à disposition d'outils de télé-médecine.

L'obésité infantile reste un enjeu majeur. Le dispositif « Mission : retrouve ton cap » devra être déployé dans la majorité des territoires et la complémentarité avec les dispositifs sera promue. De nouvelles modalités de prise en charge des obésités infantiles sévères et compliquées doivent être identifiées pour pallier aux problématiques de démographie médicale des pédiatres. En sus, les femmes enceintes souffrant d'obésité doivent pouvoir avoir une prise en charge adaptée et non-stigmatisante. Un projet du réseau régional de périnatalité aura pour objectif l'amélioration des pratiques des professionnels de la périnatalité, l'élaboration et la diffusion de protocoles. La question de la prise en charge des troubles du comportement alimentaire dans le cas des personnes souffrant d'obésité est majeure. L'organisation de l'offre de soins doit se développer, aidée par la constitution d'un réseau régional d'addictologues, de nutritionnistes et de psychiatres. Une communication régionale sur les préjugés entourant les personnes souffrant d'obésité sera déployée.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Optimiser la prise en charge régionale des personnes en obésité via l'élaboration et le pilotage d'un plan d'action concerté et partenarial.
- Mettre en place une animation territoriale favorisant la communication et l'interconnaissance entre acteurs pour une meilleure multidisciplinarité.
- Former et mobiliser les professionnels de santé sur la thématique par la mise à disposition d'outils de coordination et l'amélioration de la lisibilité de l'offre.
- Mettre en place, à partir d'un premier territoire de dispositif d'appui à la coordination (DAC), des coopérations sur l'obésité respectant les missions assumées par les partenaires pour gérer les situations complexes, en réalisant la coordination de plans personnalisés de santé avec l'annuaire des ressources enrichi à cet effet.
- Déployer une offre d'activité physique adaptée de qualité.
- Mettre en place un dispositif régional de marketing social pour promouvoir une préoccupation saine à l'égard du poids et sensibiliser les acteurs sanitaires.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Enfant en surpoids ou en obésité, adultes en surpoids avec comorbidités, adultes en obésité

### ACTEURS CONCERNES

Assurance maladie, professionnels de santé, établissements de santé

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

PNNS 4, feuille de route « prise en charge de l'obésité »

Projet régional de santé – Schéma régional de santé 2023-2028 – Version soumise à consultation

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : DYNAMISER LES ACTIONS CONCERNANT LA PRISE EN CHARGE DU DIABETE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Beaucoup d'actions déjà mises en œuvre (notamment avec le programme Diabévi) ont permis d'optimiser la prise en charge du diabète et de ses complications. L'amélioration des pratiques, avec aujourd'hui 60% des MSP ayant intégré cette pathologie dans leur projet de santé, est constante. Les indicateurs, tels que définis par la HAS, montrent une amélioration régulière de la qualité du suivi sur le volet médicamenteux et biologique. Le suivi spécialisé notamment par les diabétologues, les cardiologues, les ophtalmologues et les pédicures podologues se heurte encore aux problèmes de démographie médicale mais de multiples dispositifs de coordination, d'accès aux soins à distance et des évolutions réglementaires ont permis de maintenir et parfois d'améliorer ce suivi.

Pour autant, il y a lieu de poursuivre et d'accentuer les actions déjà mises en place sur l'ensemble des territoires que ce soit :

- dans le repérage précoce notamment pour les populations les plus fragiles ;
- la formation des professionnels de santé et le suivi des indicateurs de parcours ;
- l'accès à l'éducation thérapeutique du patient et à l'activité physique adaptée ;
- le lien ville-hôpital avec le renforcement des dispositifs de type Prado (service de retour à domicile) ;
- la coordination pluri-professionnelle notamment pour les diabètes compliqués ;
- la mise en place des outils de télémédecine.

Le diabète de type 1 chez l'enfant doit également rester une priorité afin que chaque jeune patient et sa famille puissent disposer d'un dispositif d'accompagnement sur l'ensemble de la région.

Il en est de même pour le diabète gestationnel dont la fréquence reste élevée. L'organisation de son suivi s'améliore avec la mise en place d'outils de télésurveillance afin de diminuer les complications maternelles et fœtales mais la systématisation de son repérage précoce et de son suivi post accouchement reste d'actualité afin de disposer d'une organisation la plus efficiente possible.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Favoriser la mise en place de dispositifs contribuant aux admissions directes et au virage ambulatoire (accès aux hôpitaux de jour de médecine ou de soins médicaux et de réadaptation (SMR), consultations spécialisées, équipes mobiles dans les divers lieux de vie et de soins), qui permettent de mieux cibler l'hospitalisation conventionnelle et d'en limiter la saturation lors des crises locale ou régionale.
- Mettre en place des dispositifs pérennes, s'appuyant notamment sur Mon espace santé, pour modéliser et personnaliser le repérage précoce du diabète.
- Tester dans les territoires des projets innovants sur des thématiques prioritaires qui devront faire l'objet d'évaluation avant leur déploiement. Les projets article 51 sont accompagnés par l'ARS et déployés selon un processus national.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Patients, professionnels de santé

### ACTEURS CONCERNES

Établissements sanitaires, médico-sociaux, acteurs du champ social et sportif, professionnels du premier recours

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNS

## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : GARANTIR LA PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE RENALE CHRONIQUE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Le nombre de personnes en situation de précarité, le vieillissement de la population et la perte d'autonomie des patients sont à prendre en compte pour anticiper les évolutions nécessaires de la prise en charge : les alternatives de proximité devant être compatibles avec l'état de santé et l'autonomie des patients (dialyse péritonéale et unités de dialyse médicalisée, hémodialyse à domicile).

Le taux de démarrage des traitements en urgence, le taux de référence tardive au néphrologue, l'hétérogénéité dans les prises en charge initiales rendent l'amélioration des parcours indispensable. Ceci passe par une collaboration active entre la médecine de ville et ses structures d'exercice coordonné afin de se conformer aux orientations données par la HAS. L'inscription en liste d'attente pour greffe doit être simplifiée par la numérisation des dossiers et la mise en place d'aide au patient dans son parcours pour un bilan rassemblant les éléments indispensables. Un des enjeux est d'augmenter le taux de greffe par donneur vivant.

L'objectif opérationnel est atteint à travers :

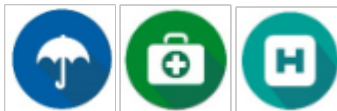
- l'augmentation du nombre de patients détectés ;
- le développement du suivi de la fonction rénale des patients détectés ;
- le taux de référence au néphrologue au stade 3B de la maladie rénale chronique ;
- la définition d'un programme personnalisé de soins et l'anticipation du traitement de suppléance ;
- le développement de la greffe.

La mise en œuvre opérationnelle passe par la mise en place d'un dépistage ciblé en particulier pour les personnes en situation de précarité, l'éducation thérapeutique du patient, le développement de l'activité physique adaptée en thérapeutique à tous les stades de la maladie rénale chronique, la diversification territoriale de l'offre (dont la dialyse péritonéale), le développement de la médecine ambulatoire et le suivi épidémiologique de l'accès aux forfaits de prestation intermédiaire.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Organiser le dépistage ciblé et le suivi des patients, en particulier via le développement des actions d'« aller vers » pour les populations en situation de précarité. Coordonner le parcours des personnes atteintes d'une maladie rénale chronique.
- Proposer l'activité physique adaptée comme thérapeutique à tous les stades de la maladie.
- Organiser le suivi des personnes atteintes de maladie rénale chronique aux stades 1, 2 et 3A dans le cadre de la médecine de proximité et des structures d'exercice coordonné.
- Généraliser le recours au néphrologue pour les patients au stade 3B.
- Systématiser l'accès à un programme personnalisé de soins et d'éducation thérapeutique du patient.
- Renforcer la connaissance épidémiologique aux stades 4 et 5 grâce à l'exploitation des données.
- Moderniser l'inscription sur liste d'attente pour greffe rénale par la mise en place de dossiers informatisés. Réorganiser le dossier pré greffe, avec l'intervention si nécessaire de personnes aidantes.
- Rapprocher le taux de greffe régional du niveau national et faire progresser le taux de greffe par donneur vivant pour rejoindre l'objectif national (qui est de 20% à l'horizon 2026).
- Garantir à tous les patients qui le souhaitent l'accès à un traitement conservateur sans dialyse.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Malades rénaux chroniques, professionnels de santé

### ACTEURS CONCERNES

Université, médecins traitants, équipes de néphrologie, professionnels de premier recours

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNS

## OBJECTIF GENERAL 4 : FAVORISER LE PARCOURS DE VIE EN SANTE MENTALE, PREVENTION, DIAGNOSTIC, PRISE EN CHARGE

---

### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

La santé mentale constitue un enjeu de santé majeur. Les troubles psychiques sont la première cause d'invalidité reconnue par la sécurité sociale. La psychiatrie représente le premier poste de dépenses de l'assurance maladie en France devant le cancer et les maladies cardio-vasculaires. De même, les personnes souffrant de troubles psychiques sont également plus souvent affectées par des problèmes somatiques et les risques de décès prématuré sont plus élevés.

Face à cet enjeu, l'organisation de l'offre de soins a fortement évolué au cours des dernières décennies avec le développement des prises en charge ambulatoires et des dispositifs d'« aller vers » ainsi qu'avec la réduction en parallèle des capacités d'hospitalisation. Les disparités régionales concernant les modalités de prises en charge tendent à se réduire, même si le développement des alternatives à l'hospitalisation complète doit être poursuivi, notamment dans le cadre de la réforme des autorisations en psychiatrie.

Les dernières années ont été marquées par l'instauration des 8 projets territoriaux de santé mentale (PTSM), espaces de dialogues et de construction de solutions avec une forte dynamique des acteurs, et leur volet opérationnel (contrats territoriaux de santé mentale - CTSM). Il est également à noter une augmentation de la couverture des conseils locaux de santé mentale (CLSM) et des groupes d'entraide mutuelle (GEM), ainsi que la diffusion de la réhabilitation psychosociale au travers du réseau des centres supports et de proximité et le déploiement du dispositif « Vigilans » sur l'ensemble du territoire régional.

Cependant, le contexte régional reste défavorablement marqué par des problématiques de santé mentale. Cette situation a été renforcée par l'effet sur la santé mentale de la période de crise sanitaire qui a eu un retentissement particulièrement fort sur les plus jeunes.

Dès lors, il apparaît nécessaire d'adopter une approche globale de promotion et de prévention en santé mentale, en privilégiant une approche sur les comportements promoteurs de bien-être mental et le renforcement des compétences psycho-sociales. Ce virage préventif est également rendu nécessaire par la surmortalité par suicide toujours présente dans la région, avec des différences notables entre départements, et la forte augmentation du recours aux urgences pour idées suicidaires, particulièrement marqué pour les jeunes filles.

De même, si les préoccupations sur la santé mentale se sont diffusées et rendent ces sujets moins tabous, la stigmatisation de personnes souffrant de troubles psychiques persiste ainsi que les représentations négatives des maladies associées. Au-delà des personnes vivant avec des troubles psychiques, la stigmatisation s'étend à leurs proches et au monde de la psychiatrie dans son ensemble. Cette « seconde maladie » est un important frein à l'inclusion voire génératrice d'auto-stigmatisation. Il est donc important d'agir pour changer les représentations sur la santé mentale.

Pour assurer un parcours sans rupture, les questions de l'interconnaissance et de la coordination entre les acteurs restent prégnantes, tout comme la diffusion des dispositifs innovants et de la lisibilité de l'offre afin de réduire le cloisonnement encore trop présent entre les champs (sanitaire, médico-social, social / psychiatrie et médecine générale ou addictologie). Il faut aussi encourager les dispositifs d'« aller vers », de repérage et d'orientation plus précoces afin de proposer un parcours en fonction des besoins des personnes concernées.

Se rajoute à ce constat, la persistance d'une tension concernant la démographie des professionnels en psychiatrie et en santé mentale qui affecte inégalement les départements de la région. Cela soulève de forts enjeux - attractivité de la discipline et des territoires, appui de nouvelles compétences et de nouveaux métiers, appui du numérique - pour assurer un accès aux professionnels.

Enfin, il apparaît nécessaire de focaliser une partie des actions sur des publics fragiles aux difficultés particulières :

- les difficultés dans la prise en charge des enfants et des adolescents, déjà identifiées comme une problématique prioritaire lors du précédent schéma et renforcées par les retentissements de la crise sanitaire ;
- la situation sanitaire dégradée des personnes sous main de justice en insistant sur les moments charnières à savoir l'entrée et la sortie de détention ;
- les agriculteurs.

Ces actions s'inscrivent dans les travaux nationaux de la feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, amendée par les assises de la santé mentale et le déploiement des réformes concernant les autorisations et le financement de l'activité de psychiatrie. Elles pourront être mises en œuvre dans les territoires au travers des CTSM.



## OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - PROMOUVOIR UNE POLITIQUE DE SANTE MENTALE POSITIVE ET DEVELOPPER LA PREVENTION ET LE REPERAGE PRECOCE
- 2 - FAVORISER L'INCLUSION DES PERSONNES CONCERNEES PAR LES TROUBLES PSYCHIQUES, SOUTENIR L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES ET DES AIDANTS, ET FAIRE EVOLUER LES REPRESENTATIONS SUR LA SANTE MENTALE
- 3 - PROPOSER UNE OFFRE COORDONNEE, ADAPTEE SELON L'AGE, EN FONCTION DES BESOINS ET DU PARCOURS DE VIE DE LA PERSONNE
- 4 - ATTIRER ET FIDELISER LES PROFESSIONNELS DES METIERS DE LA PSYCHIATRIE ET DE LA SANTE MENTALE DANS LES TERRITOIRES, ET PROMOUVOIR LA DELEGATION D'ACTES ET LES NOUVEAUX METIERS
- 5 - ACCOMPAGNER ET LA PRENDRE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS A RISQUES OU VULNERABLES POUR EVITER L'AGGRAVATION DES SITUATIONS ET LES RUPTURES DE PARCOURS
- 6 - FAVORISER LA COOPERATION ET L'ARTICULATION DES ACTEURS ŒUVRANT AU PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE DURANT LEUR INCARCERATION ET LORS DE LEUR SORTIE DE DETENTION

## LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

- Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »
- Objectif général 2 « Promouvoir un environnement favorable à la santé »
- Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »
- Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »
- Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies - PRAPS »
- Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »
- Objectif général 12 « Promouvoir la santé des jeunes »
- Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »
- Objectif général 14 « Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap »
- Objectif général 15 « Garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires »
- Objectif général 16 « Garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences »
- Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »
- Objectif général 22 « Faire alliance avec les partenaires pour la prévention et l'attractivité des métiers »
- Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie sanitaire »

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : PROMOUVOIR UNE POLITIQUE DE SANTE MENTALE POSITIVE ET DEVELOPPER LA PREVENTION ET LE REPERAGE PRECOCE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Au-delà de l'absence de troubles psychiques, la santé mentale peut se définir de façon positive. Ce concept recouvre les notions de bien-être, de l'épanouissement personnel, de la mobilisation des ressources psychologiques, ainsi que les capacités d'agir pour un individu dans ses rôles sociaux. Elles sont autant d'outils qui peuvent être mobilisées afin de se prémunir de l'apparition de troubles.

De même, la sensibilisation au repérage des acteurs de première ligne est reconnue comme un levier de la prévention. En effet, l'identification d'une souffrance ou d'une détresse psychologique intense et qui perdure peut permettre la mise en œuvre d'une prise en charge adaptée permettant de prévenir le basculement dans la pathologie.

En réponse à ces enjeux, il est proposé de décliner au niveau régional une stratégie globale au travers des actions suivantes :

- améliorer l'accès à l'information et à la formation en population générale et pour les professionnels de la première ligne, notamment au travers du soutien au déploiement des formations de premiers secours en santé mentale (PSSM) à l'échelle régionale ;
- promouvoir la santé mentale dans les dispositifs de soutien à la parentalité, notamment les consultations pré et postnatales précoces ;
- promouvoir les compétences psychosociales et les comportements favorables à la santé mentale ;
- renforcer le repérage précoce de la souffrance psychique, en particulier aux trois âges clés de la vie (25, 45 et 65 ans).

Enfin, la prévention du suicide demeure une priorité de la politique de santé publique et s'inscrit dans cette approche globale. Bien que le taux de suicide soit en baisse constante depuis 2000, la France présente toujours un des taux les plus élevés de décès par suicide en Europe. Si le dispositif Vigilans de prévention de la récurrence suicidaire a démontré son efficacité, la région Hauts-de-France conserve le taux régional standardisé d'hospitalisations pour tentatives de suicide (TS) le plus élevé de la France métropolitaine, avec de grandes disparités entre les départements, ainsi qu'une mortalité par suicide supérieure à la moyenne nationale. En application de la stratégie nationale de prévention des risques suicidaires, rénovée en 2022, il s'agira d'en déployer pleinement les piliers : information du grand public ; formation des professionnels via les modules du groupement d'études et de prévention du suicide (GEPS) ; programmes de postvention Papageno et prévention de la contagion suicidaire ; l'extension de Vigilans à l'ensemble des départements ; l'articulation et la complémentarité des ressources entre les piliers. Ce déploiement se fera en portant une attention particulière aux publics les plus vulnérables (jeunes, personnes âgées, femmes enceintes, LGBTQI+, personnes précaires). Les maisons des adolescents seront aussi mobilisées.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Déployer et activer les piliers de la stratégie de prévention du suicide, avec une complémentarité des ressources, ayant pour effet une réduction du nombre de tentatives de suicide et de décès par suicide.
- Déployer l'information/sensibilisation et les formations au repérage et à l'orientation de la souffrance psychique auprès des acteurs de première ligne, dont les médecins traitants.
- Intégrer aux consultations médicales gratuites aux trois âges clés de la vie (25, 45 et 65 ans) le repérage de la souffrance psychique chez l'adulte et l'orientation vers les prises en charge adaptées.
- Déployer un plan d'action dédié au développement de compétences psychosociales à la promotion de comportements favorables à la santé mentale.
- Déployer des formations sentinelles pour le public agricole.
- Mobiliser les acteurs de chaque territoire de santé mentale autour de la mise en œuvre de cet objectif au travers des PTSM.

### SECTEURS DE SANTE



#### POPULATION CONCERNEE

Population générale, publics vulnérables.

#### ACTEURS CONCERNES

Professionnels des champs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, associations d'usagers et de familles

#### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie / Stratégie nationale de prévention du suicide / Feuille de route pour la prévention du mal-être et l'accompagnement des agriculteurs

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : FAVORISER L'INCLUSION DES PERSONNES CONCERNEES PAR LES TROUBLES PSYCHIQUES, SOUTENIR L'ACCOMPAGNEMENT DES FAMILLES ET DES AIDANTS, ET FAIRE EVOLUER LES REPRESENTATIONS SUR LA SANTE MENTALE

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Si la période de pandémie a mis en lumière l'importance de la santé mentale pour l'équilibre de chacun, cela n'a pas levé les préjugés sur les troubles psychiques et les personnes qui en souffrent. Le processus qui consiste à réduire une personne à un attribut discréditant se nomme la stigmatisation.

De plus, les personnes souffrant de troubles psychiques intériorisent elles-mêmes les attitudes négatives de la société à leur égard et les préjugés négatifs pour s'enfermer dans un cercle d'auto-stigmatisation. La stigmatisation s'étend aux proches et au monde de la psychiatrie dans son ensemble. Il en résulte une méfiance vis-à-vis des dispositifs et lieux de prise en charge, mais également une déconsidération des équipes y travaillant.

Les effets de ces préjugés retardent l'accès à des soins, impactent l'estime de soi, réduisent l'accès au logement, à l'emploi, aux loisirs et altèrent les relations sociales. Cet ensemble provoque des ruptures de parcours de soins et empêche un parcours de vie stabilisé. Sur ce point, l'influence de l'insertion professionnelle est un puissant levier de rétablissement.

Il est important de soutenir les initiatives régionales afin de traiter des effets de la stigmatisation en santé mentale, mais surtout de s'attaquer à la question de la représentation des troubles psychiques dans notre société pour :

- assurer une meilleure sensibilisation sur le handicap psychique, notamment par la promotion d'outils et d'actions de lutte contre la stigmatisation auprès du grand public. ;
- continuer d'impliquer les acteurs locaux dans les problématiques de santé mentale ;
- soutenir les initiatives locales portées par les CLSM et le PTSM pour encourager les actions en proximité ;
- améliorer l'accès à l'emploi des personnes souffrant en handicap psychique en s'appuyant sur les ressources actuelles (ClubHouse, établissement et service d'aide par le travail (ESAT) spécialisé) ;
- améliorer la qualité de vie des patients et de leur entourage par la diffusion et le renforcement des programmes de psychoéducation et d'éducation thérapeutique du patient, enrichis par les savoirs expérientiels ;
- favoriser l'émergence du pouvoir d'agir des personnes en soutenant collectivement le concept d'autodétermination, nécessaire au rétablissement des personnes vivant avec un trouble psychique.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Achever le déploiement des CLSM sur toute la région sur la base d'un cadre d'organisation régionale (100% du territoire).
- Poursuivre la structuration des GEM à l'échelle de la région en référence au cahier des charges national paru en 2016 (nombre de GEM sur le territoire).
- Améliorer le taux d'emploi des personnes souffrant de handicap psychique.
- Diffuser auprès du grand public des outils de déstigmatisation.
- Multiplier les actions de sensibilisation au handicap psychique.
- Déployer des offres de psycho-éducation sur la région et développer l'éducation thérapeutique du patient, en lien avec les associations de patients et les centres supports de réhabilitation psychosociale.
- Mobiliser les acteurs de chaque territoire de santé mentale autour de la mise en œuvre de cet objectif au travers des PTSM.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Grand public, personnes souffrant de troubles psychiques et leur entourage

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de la psychiatrie, associations d'usagers et de familles, élus

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : PROPOSER UNE OFFRE DE SOINS COORDONNEE, ADAPTEE SELON L'AGE, EN FONCTION DES BESOINS ET DU PARCOURS DE VIE DE LA PERSONNE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'offre de soins en psychiatrie dans la région Hauts-de-France se structure essentiellement autour des secteurs de psychiatrie avec une prise en charge très majoritairement assurée en ambulatoire (80% des personnes concernées). Ces dernières années, les dispositifs d'« aller vers » se sont renforcés dans la région. On peut citer comme exemple l'augmentation du nombre d'équipes mobiles de psychiatrie spécialisées ou la mise à disposition de temps de psychologues en établissements médico-sociaux et sociaux. Si la tendance régionale confirme un alignement de la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète (HC) en deçà de la moyenne nationale, des inégalités persistent entre territoires concernant les alternatives à l'hospitalisation complète au-delà des centres médico-psychologiques (CMP). Il convient de favoriser l'accès à ces alternatives.

Il est à noter l'implantation des pratiques de réhabilitation psychosociale via la construction d'un réseau régional. Dans le même mouvement, certaines pathologies ou traitements nécessitent la consolidation de réseaux régionaux spécifiques sur lesquels les équipes de soins de secteur pourront s'appuyer (troubles du comportement alimentaire, syndrome psycho-traumatique, électrostimulations) ou le renforcement de la coordination avec d'autres spécialités (liens entre addictions et santé mentale dans les pathologies duelles).

La région peut également s'appuyer sur une dynamique de recherche et d'expérimentation, notamment exprimée au sein des projets proposés au fonds d'innovation organisationnelle en santé mentale (FIOP), de l'expérimentation PRISME (volet psychiatrique du service d'accès aux soins (SAS)) ou dans le cadre des PTSM.

L'enjeu d'un parcours de vie sans rupture repose sur : une meilleure coordination par une plus grande lisibilité des ressources sanitaires, médico-sociales et sociales disponibles autant pour les personnes concernées et leurs proches que pour les professionnels ; une meilleure réponse aux soins non programmés, ainsi qu'aux soins sans consentement et à une orientation plus rapide vers les soins ou les accompagnements les plus adaptés ; l'accès à des dispositifs adaptés selon l'âge ou la situation de la personne (ex : développement de l'offre en psychiatrie périnatale, unités mixtes adolescents et jeunes adultes, développement des compétences via l'éducation thérapeutique du patient (ETP)...); l'amélioration de l'accès aux soins somatiques pour les personnes souffrantes de troubles psychiques, se traduisant par le renforcement de l'interconnaissance entre les acteurs, en s'appuyant sur différents dispositifs (DAC, communautés 360) ; la nécessité de prolonger les études sur l'organisation actuelle et de suivre l'évolution de certains indicateurs (hospitalisations inadéquates, délai d'attente de prise en charge, organisation des centres médico-psychologiques (CMP), nombre de mesure d'isolement et de contention).

La réforme des autorisations d'activité de soins de psychiatrie, exercée selon quatre mentions (enfant et adolescent, adulte, périnatale et soins sans consentement) et la réforme du financement de ces activités via la répartition d'une dotation populationnelle sont des leviers importants pour accompagner cette transition. Le but est d'offrir plus d'équité dans la couverture des modalités de prise en charge.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Créer un annuaire et un guide des ressources en santé mentale accessibles et adaptés par territoire.
- Améliorer la réponse aux soins non programmés (indicateur d'évaluation PRISME).
- Consolider des réseaux de soins spécifiques (réhabilitation psychosociale dont ETP, troubles du comportement alimentaire (TCA), psychiatrie périnatale).
- Réduire le délai d'attente de prise en charge en CMP.
- Réduire les inadéquations de prise en charge en procédant aux recompositions de l'offre.
- Poursuivre le décloisonnement des pratiques entre le secteur psychiatrique et d'addictologie par l'interconnaissance.
- Déployer les dyades mères-enfants.
- Viser un objectif de 100% de personnes concernées par un handicap psychique avec médecin traitant.
- Déployer le dispositif Mon ParcoursPsy.
- Mobiliser les acteurs de chaque territoire de santé mentale autour de la mise en œuvre de cet objectif au travers des PTSM.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Personnes souffrant de troubles psychiques

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels du premier recours, professionnels de la psychiatrie, professionnels intervenant dans les structures sociales et médico-sociales, associations d'usagers et de familles

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : ATTIRER ET FIDELISER LES PROFESSIONNELS DES METIERS DE LA PSYCHIATRIE ET DE LA SANTE MENTALE DANS LES TERRITOIRES, ET PROMOUVOIR LA DELEGATION D'ACTES ET LES NOUVEAUX METIERS

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La région Hauts-de-France est marquée par une densité plus faible de professionnels de santé mentale que la moyenne nationale, mais également par une répartition par territoire très hétérogène. Les grands centres urbains (les métropoles lilloise et amiénoise) attirent et concentrent le plus d'effectifs, avec pourtant des différences d'accès entre quartiers, laissant les territoires les plus fragiles socio-économiquement également les plus exposés au manque de personnel soignant.

Par ailleurs, la situation de la psychiatrie en tant que discipline médicale est préoccupante pour les prochaines années. En cause, un vieillissement massif des effectifs non compensés par de nouveaux arrivants (l'âge moyen au national des psychiatres est de 52 ans, et des pédopsychiatres de 61 ans). La stabilisation n'est prévue que pour l'horizon de 2025 à 2030 avec un retour progressif à la hausse jusqu'en 2040 à 2050 selon les régions. Au-delà de la question prégnante de l'attractivité des territoires, l'enjeu se situe donc sur un recours optimisé et partagé entre les opérateurs d'une ressource humaine qui se raréfie et qu'il faut fidéliser.

Concernant la fidélisation, il est proposé d'agir sur :

- la diffusion des modalités et critères d'aides à l'installation ;
- la prévention de la santé mentale des soignants en favorisant les actions de qualité de vie au travail ;
- la poursuite de l'expérimentation de l'universitarisation des territoires par l'identification de lieux/parcours de stage en psychiatrie au sein des établissements hospitaliers périphériques en partenariat avec les CHU.

Il s'avère également nécessaire d'entamer les réflexions sur l'organisation du collectif de soins autour des personnes concernées :

- d'une part, il s'agira de s'appuyer sur les ressources disponibles pour les rendre plus accessibles au travers du déploiement des solutions numériques ;
- d'autre part, il apparaît important d'inciter à la coopération et à la répartition de tâches et d'actes, notamment au travers d'une réflexion territoriale portée par les PTSM. Ces modalités peuvent se déployer soit par le recrutement d'infirmiers en pratique avancée (IPA), soit par délégation de tâches entre les psychiatres et les autres professionnels via des protocoles de coopération, en particulier les psychologues.

De façon plus large, il faudra étudier les opportunités de collaborations entre territoires de santé mentale pour assurer un meilleur accès aux professionnels.

Enfin, l'accompagnement des évolutions des pratiques et l'attractivité des métiers de la psychiatrie et de la santé mentale passent par la promotion de nouvelles compétences et de nouveaux métiers au sein des collectifs de soins afin d'agrandir la palette de prises en charges, en ciblant la valorisation des savoirs expérientiels au travers des médiateurs de santé-pairs.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Stabiliser les effectifs soignants, notamment dans les territoires en souffrance.
- Déployer des IPA et des médiateurs de santé-pairs dans toute la région.
- Développer les solutions numériques de prise en charge (téléconsultation, thérapie digitalisée).
- Encourager l'universitarisation des territoires.
- Mobiliser les acteurs de chaque territoire autour de la mise en œuvre de cet objectif au travers des PTSM, notamment par des protocoles cadres adaptés.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Professionnels de la psychiatrie

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de la psychiatrie

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 5 : ACCOMPAGNER ET PRENDRE EN CHARGE DES ENFANTS ET DES ADOLESCENTS A RISQUES OU VULNERABLES POUR EVITER L'AGGRAVATION DES SITUATIONS ET LES RUPTURES DE PARCOURS

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La psychiatrie de l'enfant et l'adolescent se situe à l'interface d'autres disciplines (la pédiatrie et la psychiatrie adulte) et d'autres domaines (éducation nationale, insertion professionnelle). Ces interfaces soulèvent la question du repérage, dès la petite enfance, pour favoriser une prise en charge précoce et la continuité des soins lors du passage de l'adolescence à l'âge adulte. Les difficultés constatées par ailleurs (démographie des professionnels) sont renforcées dans cette discipline et ont un impact sur les délais de prise en charge.

Ainsi, à l'instar de la situation sanitaire nationale et à la suite de la période de pandémie, il est constaté un fort retentissement sur l'état de santé mentale des populations jeunes (13-25 ans) : l'augmentation des hospitalisations pour tentative de suicide en particulier pour les jeunes femmes (13-17 ans); l'augmentation des conduites addictives; l'augmentation consécutive de la consommation de psychotropes; le doublement du passage aux urgences pour idées suicidaires et troubles psychiques.

L'ampleur du phénomène appelle à une stratégie spécifique envers ces populations.

En premier lieu, il convient de travailler avec l'Éducation nationale sur la mise en place d'une politique de prévention globale intégrant la promotion des compétences psychosociales et la lutte contre les conduites addictives, en particulier dans les collèges et les lycées.

En second lieu, il faut renforcer le repérage de la souffrance psychique des enfants et des jeunes. Ces actions doivent être portées en articulation avec l'Éducation nationale et l'Enseignement supérieur. Cette problématique s'étend également aux liens entre les services de soins et les opérateurs s'occupant d'un public jeune particulièrement vulnérable (aide sociale à l'enfance, protection judiciaire de la jeunesse).

De même, l'utilisation des dispositifs dédiés tels que les plateformes de coordination et d'orientation (PCO) doit permettre une orientation plus rapide vers les soins adaptés afin de réduire le délai d'attente. Il est important d'agir pour renforcer l'adhésion aux soins et réduire les « perdus de vue », en particulier lors des âges de transition, en s'appuyant sur la médiation par les pairs ou l'instauration d'une offre d'unité mixte de grands adolescents/jeunes adultes à l'échelle de la région. Le développement des interventions précoces auprès des jeunes présentant des troubles psychiques émergents, par la promotion des dispositifs innovants, permettra également de limiter l'impact des troubles psychiques sur la qualité de vie et l'inclusion des jeunes concernés. Il convient dès lors d'améliorer la diffusion des informations sur l'offre existante, notamment en psychologues, en augmentant sa lisibilité envers les acteurs de premières lignes mais aussi le grand public et en adaptant le message au public jeune.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Réduire le nombre de passage aux urgences pour idées suicidaires-troubles psychiques et pour tentative de suicide.
- Augmenter le nombre d'actions liées aux compétences psychosociales dans les collèges-lycées.
- Diminuer la consommation de psychotropes chez les jeunes.
- Étendre l'intervention précoce et soutenir la montée en charge des dispositifs de psychologues.
- Mobiliser les Maisons des adolescents pour le parcours des adolescents.
- Mobiliser les acteurs de chaque territoire de santé mentale autour de la mise en œuvre de cet objectif au travers des PTSM.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Enfants, adolescents, jeunes adultes (0-25) et leurs proches

### ACTEURS CONCERNES

Les professionnels de la psychiatrie, les professionnels de l'Éducation nationale, les professionnels intervenant dans la prise en charge des enfants et des adolescents dans les champs sanitaire, social et médico-social

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Feuille de route en santé mentale, stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – 2022-2037.

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 6 : FAVORISER LA COOPERATION ET L'ARTICULATION DES ACTEURS ŒUVRANT AU PARCOURS DE SANTE DES PERSONNES SOUS MAIN DE JUSTICE DURANT LEUR INCARCERATION ET LORS DE LEUR SORTIE DE DETENTION

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les modalités de prise en charge des personnes placées sous main de justice ont connu des progrès ces trente dernières années mais l'objectif d'égal accès aux soins introduit par la réforme du système de soins en milieu pénitentiaire de 1994 demeure toujours d'actualité. Les personnes placées sous main de justice et notamment la population pénitentiaire présentent un état de santé globalement plus dégradé qu'en population générale avec une surreprésentation des conduites addictives et des pathologies mentales et un taux de suicide 7 fois supérieur. Si on dispose aujourd'hui de données actualisées sur la santé mentale, la santé somatique est faiblement documentée tant aux niveaux national que régional. Il apparaît nécessaire de disposer de données sanitaires en région.

Les Hauts-de-France comptent 17 établissements pénitentiaires pour environ 7 000 personnes détenues. L'organisation des soins aux personnes détenues rencontre un certain nombre de difficultés, un accès aux soins inégal, des tensions très fortes sur les dispositifs de soins notamment psychiatriques et sur la démographie des professionnels des unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP), des ruptures de prise en charge, des délais d'accès aux spécialistes très longs et des contraintes liées au fonctionnement inhérent au milieu carcéral : mobilisation des escortes ; limitation des mouvements.

L'amélioration et l'efficacité de la prise en charge sanitaire reposent sur une articulation et une coordination des acteurs des champs justice, santé et social aux logiques d'interventions différentes. Aussi, développer l'interconnaissance et la coopération entre les acteurs constitue un enjeu majeur pour permettre un parcours de santé de qualité et éviter les ruptures dans les démarches de soins notamment lors de la sortie de détention.

La stratégie nationale santé des personnes placées sous main de justice identifie un ensemble d'objectifs à atteindre qu'il est proposé de décliner ici autour de trois axes majeurs : l'enjeu de la prévention tout au long de leur parcours ; améliorer la fluidité et la continuité des soins pendant et après l'incarcération ; le décloisonnement et la coopération des acteurs.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Réaliser un état des lieux sur la santé de la population carcérale en région.
- Mettre en œuvre un parcours gradué dans la prise en charge tant somatique que psychiatrique pendant la détention.
- Assurer une continuité des soins lors de la sortie de détention.
- Améliorer l'accès aux soins et atteindre une couverture à 100% de la télémédecine en milieu pénitentiaire.
- Améliorer la coordination des acteurs.
- Mobiliser les acteurs santé et justice sur cet objectif dans le cadre des PTSM.
- Mettre en œuvre des programmes annuels de prévention en milieu pénitentiaire dans tous les établissements pénitentiaires.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Les personnes placées sous main de justice

### ACTEURS CONCERNES

Les établissements de santé, USMP, établissements publics de santé mentale (EPSM), unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI), unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA), service médico-psychologique régional (SMPR), professionnels de santé, les associations œuvrant en prévention, administration pénitentiaire, service pénitentiaire d'insertion et de probation (SPIP), PJJ, procureurs de la République

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Feuille de route sur la santé des personnes sous main de justice pour 2018-2023.

## OBJECTIF GENERAL 5 : PREVENIR ET AGIR FACE AUX CONDUITES ADDICTIVES

---

### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

Les addictions restent, en France comme dans beaucoup d'autres pays européens, un problème de santé publique majeur, dont les impacts sont multiples : sanitaires, médicaux et sociaux. La notion de conduites addictives comprend les addictions aux substances psychoactives mais également les addictions comportementales, à savoir le tabac, l'alcool, les drogues illicites, les médicaments, les jeux (vidéos, d'argent et de hasard). Une attention particulière sera portée aux produits alcool et tabac en raison d'un impact sanitaire important en région Hauts-de-France. L'addiction se caractérise par la dépendance, soit l'impossibilité répétée de contrôler un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives.

L'objectif général est de prévenir et d'agir face aux conduites addictives et/ou à risques.

Des publics prioritaires sont identifiés en raison de l'incidence des conduites addictives supérieure à la population générale : les jeunes ; les femmes ; les personnes sous main de justice ; les personnes en situation de handicap ; les personnes en situation de précarité ; les personnes âgées et les personnes présentant des pathologies duelles (présence d'un ou plusieurs troubles psychiatriques et d'une ou plusieurs addictions, chez un même patient, qui amène à une modification des symptômes, à une diminution de l'efficacité des traitements et à l'aggravation et la chronicisation de leur évolution).

En région Hauts-de-France, cinq problématiques prioritaires sont identifiées :

- la région Hauts-de-France est la première région de France métropolitaine en termes d'incidence et de mortalité par cancer. Les actions de prévention, de repérage et de possibilité de prise en charge précoce sont à renforcer étant donné que le tabac et l'alcool sont les principaux facteurs de risque de cancer ;
- les conduites addictives se sont aggravées pendant la crise sanitaire. La situation post-crise sanitaire se traduit également par une augmentation des troubles anxieux (27,6%) et dépressifs (25,6%) en particulier chez les jeunes et les personnes âgées ;
- le maillage de la prévention, de l'accompagnement et de la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives est à conforter dans certains territoires en allant à la rencontre des personnes dans leurs lieux de vie (« aller vers ») et en les accompagnant vers les dispositifs existants ;
- les conduites addictives et les prises de risques sont en évolution permanente. Il est constaté une aggravation ou apparition de nouveaux phénomènes (crack, protoxyde d'azote, chemsex, jeux d'argent/hasard/vidéo...) engendrant des prises en charge de plus en plus complexes. Ceci oblige à une adaptation des dispositifs et à un besoin d'apport de connaissances pour les professionnels de santé et les acteurs de terrain ;
- l'accompagnement et la prise en charge des personnes présentant des conduites addictives est à conforter. En effet, la baisse de la démographie médicale et paramédicale impacte le fonctionnement des structures en addictologie. Elle questionne l'intégration de nouveaux professionnels en addictologie (infirmiers en pratique avancée) ainsi que l'implication des usagers (pair-aidance, patients experts). Dans notre région, la filière sanitaire d'addictologie est portée par des services de médecine ou de psychiatrie. De fait, l'organisation de la filière addictologie doit être intégrée dans les travaux de mise en œuvre de la réforme du financement de la psychiatrie.



## OBJECTIFS OPERATIONNELS

1 - POURSUIVRE LE RENFORCEMENT DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE ET DE PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES ET/OU A RISQUES DONT LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

2 - AMELIORER LA RECONNAISSANCE DES CONDUITES ADDICTIVES EN TANT QUE MALADIE, L'ACCES ET LE RECOURS AUX DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRISE EN CHARGE (SOINS) DES CONDUITES ADDICTIVES

## LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »

Objectif général 2 « Promouvoir un environnement favorable à la santé »

Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »

Objectif général 6 « Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères »

Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer »

Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies – PRAPS »

Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »

Objectif général 12 « Promouvoir la santé des jeunes »

Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »

Objectif général 14 « Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap »

Objectif général 15 « Garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires »

Objectif général 19 « Accompagner les professionnels de santé pour garantir la qualité et la sécurité des soins dans les territoires »

Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »

Objectif général 21 « Mettre en œuvre les innovations du conseil national de la refondation et déployer des feuilles de route territoriales »

Objectif général 22 « Faire alliance avec les partenaires pour la prévention et l'attractivité des métiers »

Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie sanitaire »

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : POURSUIVRE LE RENFORCEMENT DES ACTIONS DE PROMOTION DE LA SANTE ET DE PREVENTION DES CONDUITES ADDICTIVES ET/OU A RISQUES DONT LA REDUCTION DES RISQUES ET DES DOMMAGES

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Agir précocement est essentiel afin de retarder l'entrée dans les consommations, promouvoir des comportements favorables à la santé, limiter les conduites à risques et réduire les risques et les dommages liés à la consommation de produit, en particulier le tabac et l'alcool. Les conduites addictives étant en perpétuelle évolution, la politique de prévention doit s'adapter à l'aggravation ou l'apparition de nouveaux phénomènes tels que le mésusage du protoxyde d'azote, le crack, le chemsex. Les actions de prévention des conduites addictives et de réduction des risques et des dommages doivent se développer dans une approche inclusive, pleinement intégrée aux activités des acteurs de droit commun du social, de l'éducation et des soins.

La stratégie régionale de prévention « addictions » s'articule autour de 4 axes en lien avec la stratégie régionale de prévention :

- réduire la fracture sociale, un enjeu majeur pour agir face aux conduites addictives qui sont un reflet des inégalités sociales de santé. L'identification de territoires et de publics prioritaires permet de déployer les programmes de prévention selon un principe d'universalisme proportionné, avec une ampleur et une intensité proportionnelle au niveau de défaveur sociale ;
  - amplifier la mobilisation des acteurs du social dans la prévention des conduites addictives et la réduction des risques et des dommages ;
  - articuler plus fortement les politiques publiques pour intervenir dans les différents milieux de vie : Education nationale, protection judiciaire de la jeunesse (PJJ), milieu du travail, milieu festif, universités ;
  - développer l'« aller vers » en associant les publics et la société civile.
- soutenir le virage préventif du système de soins en soutenant les professionnels de santé et les acteurs de proximité dans la prise en compte de la prévention et de la réduction des risques en pratique quotidienne (renforcement des compétences sur le repérage, orientation, accompagnement au sevrage ou à la réduction des risques) ;
- concentrer les programmes de prévention vers les enfants et les jeunes en amplifiant le déploiement des programmes d'acquisition des compétences psychosociales ayant démontré leur efficacité en soutien à l'Education nationale, dans le cadre du parcours éducatif de santé, hors milieu scolaire, et en soutien à la parentalité (tels que good behaviour game, UNPLUGGED, programme de soutien aux familles et à la parentalité) ;
- rendre visible l'offre de prévention.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Renforcer le déploiement et la couverture des programmes probants de développement des compétences psycho-sociales des jeunes en milieu scolaire et hors milieu scolaire.
- Généraliser les projets visant à soutenir le virage préventif des professionnels de santé (repérage de l'ensemble des conduites addictives des jeunes admis aux urgences en état d'éthylisme aigu, accompagnement des femmes enceintes présentant des conduites addictives au sein des maternités, maison de santé pluridisciplinaire sans tabac).
- Actualiser en permanence les compétences et les connaissances des acteurs en contact avec les publics prioritaires.
- Améliorer l'accès aux outils de Réduction des risques (RDR) par le dépistage des infections des hépatites et du VIH par les Tests Rapides d'orientation diagnostique (TROD) et des fibroses hépatiques par le dispositif "FibroScan®", par le développement des programmes d'échanges de seringues en pharmacies d'officine, la diversification des matériels proposés en structure, la poursuite du programme de RDR par voie postale et la mise à disposition de la naloxone (antidote des surdoses aux opioïdes).
- Renforcer les interventions dans les milieux de vie (scolaire, travail, festif, étudiants...) pour en faire des environnements plus protecteurs (action de prévention).

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Grand public, avec une attention particulière envers les jeunes, les femmes, les personnes en situation de précarité et en situation de handicap, les personnes sous main de justice notamment les mineurs, les personnes âgées ainsi que les parents et ceux en devenir. Personnes présentant des conduites addictives avec un accent sur les pathologies duelles

### ACTEURS CONCERNES

Les professionnels de santé, de l'éducation nationale, du social, du médico-social, du sanitaire, du travail, agissant dans le cadre de la politique de la ville ou des autres dispositifs locaux. Les acteurs du milieu pénitentiaire. Les opérateurs offreurs et supports de prévention. Les associations et représentants des usagers. Assurance maladie (CPAM, MSA)

#### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027. Stratégie nationale de santé. Programmes national et régional de réduction du tabagisme. Plans national et régional santé travail 4. Feuilles de route nationales : Prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes. Santé sexuelle. Santé des personnes sous main de justice – Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes.

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : AMÉLIORER LA RECONNAISSANCE DES CONDUITES ADDICTIVES EN TANT QUE MALADIE, L'ACCES ET LE RECOURS AUX DISPOSITIFS D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PRISE EN CHARGE DES CONDUITES ADDICTIVES

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La mise en œuvre de cet objectif s'appuie sur l'amélioration de la visibilité de l'offre de prévention, médico-sociale et sanitaire sur l'ensemble du territoire des Hauts-de-France, ainsi que sur la poursuite de la montée en compétences des professionnels afin d'accompagner le déploiement des nouvelles recommandations, par exemple autour des traitements substitutifs aux opiacés ou des traitements de la douleur.

En ce qui concerne l'offre médico-sociale, l'accès et le recours aux structures doivent être accrus en prenant en compte les spécificités des publics prioritaires et celles des territoires (milieux urbains, ruraux et semi-ruraux) et en favorisant le soutien de l'entourage de l'utilisateur présentant une conduite addictive.

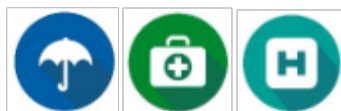
En ce qui concerne l'offre sanitaire qui a été consolidée par le schéma régional de santé 2018-2023, il convient de renforcer le rôle et la place des équipes de liaison et de soins en addictologie dans les services d'urgences, de maternité, de psychiatrie et de cancérologie, d'intégrer l'organisation de la filière addictologie dans les travaux de la réforme du financement de la psychiatrie, de poursuivre l'accompagnement de projets visant à accompagner et prendre en charge les conduites addictives chez les femmes enceintes et leur entourage.

Les partenariats et la coordination des différents professionnels œuvrant dans le champ des addictions d'une part entre les secteurs sanitaire (offre de soins de ville et hospitalière) et médico-social et d'autre part entre ces secteurs et les services de psychiatrie, de maternité, d'urgences, de cancérologie, le social et la justice, sont essentiels dans la prise en charge des addictions. A ce titre, l'amélioration des partenariats et de la coordination de ces professionnels doit être encouragée, notamment autour des usagers présentant une situation complexe. Afin de pallier la désertification médicale fragilisant la prise en charge des addictions, une réflexion doit être menée sur les possibilités de mise en œuvre de protocoles de coopération entre les différents professionnels de santé, sur l'intégration de nouveaux professionnels en addictologie (infirmiers en pratique avancée), ainsi que sur l'implication des usagers (pair-aidance, patients experts), sur la place de la e-santé en addictologie.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Déployer des dispositifs hors les murs si allocation de moyens pérennes : consultations avancées en centre d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) et pensions de famille, consultations avancées de consultations jeunes consommateurs, équipe mobile en addictologie, intervention de psychologues et/ou de travailleurs sociaux ayant une expérience en addictologie au sein des cabinets de médecins généralistes (equip'addict).
- Déployer la téléconsultation et/ou la télé-expertise en addictologie dans les établissements médico-sociaux du champ personnes en difficultés spécifiques.
- Adapter les dispositifs de soins et d'accompagnement avec hébergement répondant aux nouveaux besoins de la population.
- Structurer 4 programmes d'accompagnement et de prise en charge pour les usagers présentant un mésusage du protoxyde d'azote, des usagers de crack, des usagers pratiquant le chemsex, des usagers présentant des troubles cognitifs liés à l'alcool.
- Poursuivre le décloisonnement des pratiques entre les secteurs psychiatrique et d'addictologie.
- Systématiser le repérage et l'accompagnement des conduites addictives en cancérologie.
- Harmoniser à l'échelle régionale les modalités de coordination des soins d'un patient présentant une situation complexe en lien avec les dispositifs d'appui à la coordination.
- Former les professionnels et informer les patients et leur entourage au bon usage des médicaments opioïdes et de la naloxone dans le cadre de la prévention et de la prise en charge du trouble de l'usage et des surdoses des opioïdes.
- Soutenir les actions contribuant à une meilleure intégration des usagers dans la gouvernance des structures médico-sociales d'addictologie et le recueil de l'expérience patient de ces structures.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Personnes présentant des conduites addictives ainsi que leur entourage, personnes les plus éloignées du soin.

### ACTEURS CONCERNES

Structures œuvrant dans le champ des addictions, professionnels de santé (infirmiers, médecins, pharmaciens, ...), FEMAS, acteurs sanitaires et médico-sociaux, secteurs du social et de la justice, associations et représentants des usagers, Assurance maladie (CPAM, MSA)

#### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives 2023-2027, stratégie nationale de santé, programmes national et régional de réduction du tabagisme, plans national et régional santé travail 4, feuilles de route nationales : prévenir et agir face aux surdoses d'opioïdes, santé sexuelle ; santé des personnes sous-main de justice ; plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes.

## OBJECTIF GENERAL 6 : OPTIMISER LE PARCOURS DES PERSONNES ATTEINTES DE MALADIES CARDIO-NEUROVASCULAIRES OU RESPIRATOIRES SEVERES

---

### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

L'incidence et la prévalence de certaines maladies non transmissibles mais très liées à certains comportements de santé sont beaucoup plus élevées dans la région Hauts-de-France que dans le reste de la France métropolitaine. C'est le cas pour les maladies cardio-neurovasculaires, notamment les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'infarctus du myocarde (ou syndrome coronarien aigu -SCA-) et l'insuffisance cardiaque, mais également pour certaines maladies respiratoires et tout particulièrement la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). Ces pathologies sont fréquemment imbriquées car occasionnées par certains comportements à risque communs et notamment le tabagisme. La pollution environnementale (extérieure et intérieure) constitue également un facteur aggravant pour ces pathologies.

Les leviers majeurs permettant d'améliorer l'efficacité et l'efficience des parcours de santé pour les malades porteurs de ces pathologies sont une action concertée sur les déterminants de santé, le repérage précoce et la transversalité de la prise en charge entre professionnels des secteurs ambulatoire, hospitalier, médico-social et social.

Les maladies cardio-neurovasculaires sont la seconde cause de mortalité en France. La région Hauts-de-France est la plus touchée avec une mortalité prématurée de +20% par rapport à la moyenne nationale mais avec de fortes disparités par territoire (jusqu'à + 40% dans le bassin minier). En 2021, plus de 10 000 personnes ont été victimes d'un AVC (dont 28% avant 65 ans) et près de 7000 ont présenté un infarctus du myocarde (dont 44% avant 65 ans).

Face à une telle situation, les priorités se situent en amont dans les actions qui permettent de maintenir le capital santé dès l'enfance et dans le repérage et la prise en charge précoce des facteurs de risque cardio-neurovasculaires modifiables pathologiques (diabète, Hypertension artérielle -HTA- et dyslipidémie).

Il est important également que la filière d'urgence soit optimisée sur l'ensemble de la région notamment en cas de syndrome coronarien aigu ou d'AVC, de l'appel au 15 jusqu'à la prise en charge en unité de soins intensifs neuro-vasculaires ou cardiologiques.

Pour la post hospitalisation, l'enjeu est d'offrir à chaque patient un parcours personnalisé de réadaptation, d'éducation thérapeutique puis d'activité physique adaptée selon les contraintes de chacun.

Une autre pathologie prioritaire, l'insuffisance cardiaque, s'inscrit dans le cadre de la thématique cardiovasculaire. Il s'agit d'une pathologie du sujet plus âgé, très fréquente (près de 20 000 hospitalisations par an), et pour laquelle il existe encore de nombreuses ruptures identifiées dans le parcours de soins des patients.

Liée pour 80% au tabagisme et pour 20% à l'exposition professionnelle et environnementale, la BPCO est pour sa part en augmentation constante depuis 30 ans dans le monde (environ 50 millions de malades). Elle constitue la quatrième cause de mortalité mondiale. En région Hauts-de-France, on estime qu'une part de 8% la population de plus de 40 ans est porteuse d'une BPCO dont les deux tiers ne sont pas diagnostiqués (soit davantage que le diabète). La mortalité par BPCO en Hauts-de-France est de 20% supérieure à la moyenne nationale. C'est une maladie irréversible dès le stade 2, même en cas d'arrêt du tabac. La BPCO constitue un fléau de santé publique majeur dont l'ARS s'est déjà saisie mais sur lequel il faut continuer à intervenir à plusieurs niveaux :

- lutte contre le tabagisme, la pollution environnementale et l'exposition professionnelle ;
- détection précoce de la maladie ;
- coordination multi professionnelle en soins primaires ;
- réhabilitation respiratoire et activité physique adaptée.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - DETECTER ET PRENDRE EN CHARGE LE PLUS TÔT POSSIBLE LES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES MODIFIABLES ET LA BPCO
- 2 - POURSUIVRE L'AMÉLIORATION DE LA FILIÈRE D'URGENCE EN CAS D'ÉVÉNEMENT AIGU CARDIO-NEUROVASCULAIRE
- 3 - POURSUIVRE LE DÉVELOPPEMENT DE LA FILIÈRE D'AVANT EN POST HOSPITALISATION
- 4 - POURSUIVRE L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ POUR UNE PRISE EN CHARGE COORDONNÉE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE ET DE LA BPCO SUR LE TEMPS LONG DE LA MALADIE

#### LIENS AVEC LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX

La partie prévention primaire de ce parcours n'est pas traitée dans cet objectif général mais dans les objectifs généraux suivants :

- Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »
- Objectif général 2 « Promouvoir un environnement favorable à la santé »
- Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »
- Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »
- Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer »
- Objectif général 8 « Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies - PRAPS »

Par ailleurs, cet objectif général présente des liens avec certains objectifs opérationnels des objectifs généraux suivants :

- Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »
- Objectif général 15 « Garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires »
- Objectif général 16 « Garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences »
- Objectif général 17 « Améliorer l'accès à l'imagerie médicale, aux soins critiques et aux soins palliatifs »
- Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »
- Objectif général 21 « Mettre en œuvre les innovations du conseil national de la refondation et déployer des feuilles de route territoriales »
- Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie sanitaire »

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : DETECTER ET PRENDRE EN CHARGE LE PLUS TÔT POSSIBLE LES FACTEURS DE RISQUE CARDIOVASCULAIRES MODIFIABLES ET LA BPCO

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Afin de prévenir les complications secondaires, il est nécessaire de repérer le plus tôt possible les facteurs de risque cardiovasculaires :

- Modifiables en raison du mode de vie : consommation de tabac et alcool, sédentarité et/ou inactivité physique, alimentation déséquilibrée, stress ;
- Modifiables en raison d'une pathologie (HTA, diabète, dyslipidémie, obésité) et la BPCO dès le stade 1 dont la cause principale est le tabagisme.

La pollution environnementale constitue également un facteur aggravant pour l'apparition de ces pathologies et notamment les maladies respiratoires comme l'asthme et la BPCO.

Ce repérage précoce pourra s'organiser autour de 2 dispositifs principaux :

- Les consultations de prévention, dont les nouveaux rendez-vous prévention aux 3 âges clés (25, 45 et 65 ans) avec une attention particulière pour des publics prioritaires (bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire - C2S - ou de l'aide médicale d'État - AME - ou sans couverture complémentaire, assurés sans médecin traitant, assurés sans consommation de soins depuis 2 ans, familles monoparentales) dans une double logique de ramener vers (= aider à aller vers l'offre de ville) et d' « aller vers » (= pour réaliser les rendez-vous) ;
- La proposition, à l'appui de la messagerie sécurisée de santé de Mon espace santé, d'un questionnaire d'évaluation du risque cardiovasculaire et du risque de BPCO entre les consultations de prévention et proposer une prévention personnalisée en fonction des résultats.

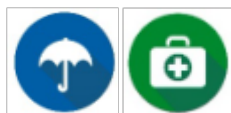
Sur la base de ces repérages, il s'agit d'accompagner les patients dans une démarche d'acceptation et d'autogestion des facteurs de risque ou maladie débutante pour prévenir l'apparition d'évènements aigus et/ou de complications secondaires. Il pourra ainsi leur être proposé, dans le cadre d'un véritable parcours de soins coordonné par le médecin traitant, une prise en charge précoce visant à accompagner le retour à des comportements favorables à la santé : aide à l'arrêt du tabac, accompagnement à la reprise d'une activité physique, promotion d'une alimentation saine, programmes d'éducation thérapeutique du patient de niveau 1.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Dans le cadre d'un co-pilotage ARS-Assurance Maladie :

- Modéliser les 2 dispositifs organisés, pérennes et efficaces de repérage/dépistage des facteurs de risque dans le cadre des parcours de santé.
- Contribuer à l'utilisation large de l'Espace santé numérique par les usagers du système de santé en tant qu'outil de prévention personnalisée.
- Déployer des dispositifs d'aller vers et de ramener vers ont été déployés afin de toucher les publics les plus fragiles.
- Déployer une offre de prévention accessible et lisible sur tous les territoires.
- Mobiliser tous les professionnels de santé dans le repérage précoce du facteur de risque cardiovasculaire et de la BPCO et le déploiement d'un parcours de prévention personnalisée.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

- Champ cardio-neurovasculaires : fumeurs, hommes de plus de 40 ans, femmes de plus de 50 ans, femmes en période de péri ménopause, personnes en surpoids/obésité, personnes en situation de précarité, personnes sans médecin traitant
- Champ pneumologique (BPCO et autres pathologies respiratoires sévères) : fumeurs et/ou exposition professionnelle à risque, exposition environnementale

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé libéraux exerçant seuls ou dans le cadre de structures de soins coordonnés, établissements de santé, caisses d'assurance maladie, médecine du travail, secteur social, associations d'usagers (dont patients partenaires ou experts)

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

PRSE, SNS, PRAPS



## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : POURSUIVRE L'AMELIORATION DE LA FILIÈRE D'URGENCE EN CAS D'ÉVÉNEMENT AIGU CARDIO-NEUROVASCULAIRE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

De l'apparition des symptômes à l'appel au 15, puis de l'intervention des services d'urgence jusqu'à la prise en charge en unité spécialisée, la meilleure articulation possible entre les différents intervenants est un facteur clé pour diminuer les séquelles liées à aux accidents cardiaques et neuro-vasculaires.

Le maillage des unités de soins intensifs cardiologiques (USIC), des unités neuro-vasculaire (UNV) et de soins intensifs neuro-vasculaires (USINV) permettant l'accueil des patients dans les meilleures conditions est en place. Le taux de passage enUSIC est supérieur à 80% et le taux de passage enUSINV en est proche.

Concernant les syndromes coronariens aigus (SCA), l'optimisation de la filière d'urgence va se poursuivre par :

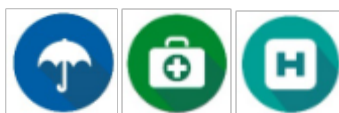
- la communication sur le réflexe d'appel au 15 en présence de symptômes thoraciques (parfois peu caractéristiques notamment chez la femme) grâce à une meilleure sensibilisation du grand public afin de réduire le temps d'accès à l'unité de soins intensifs ;
- la mise en place d'animateurs territoriaux pour la filière avec l'objectif de coordonner à la fois la mise en œuvre de la prévention primaire, la prévention secondaire et le parcours du patient concerné par un accident cardiovasculaire ;
- la mise en place d'une stratégie régionale de gradation et de qualité des soins à partir d'une meilleure connaissance des pratiques et des organisations dans les territoires en s'appuyant notamment sur le déploiement progressif, d'ici 2025, d'une plateforme numérique (France PCI (Percutaneous Coronary Intervention)) dédiée au syndrome coronarien aigu afin d'optimiser les pratiques à partir des données issues des sites autorisés à la réalisation de l'angioplastie coronarienne ;
- concernant les AVC/accidents ischémiques transitoires (AIT), les unités neuro-vasculaires (USINV et UNV) et leurs antennes couvrent désormais l'ensemble des territoires de la région, l'optimisation de la filière va se poursuivre par : la communication sur le réflexe d'appel au 15 en cas de symptômes évoquant un AVC grâce à une meilleure sensibilisation du grand public afin de réduire le temps d'accès à l'unité de soins intensifs ; la finalisation du déploiement du télé AVC sur l'ensemble des établissements du réseau neuro-vasculaire urgent ; un accès à la thrombectomie organisé pour l'ensemble des patients de la région.

Concernant les décompensations respiratoires de BPCO, il s'agit de poursuivre l'optimisation de la filière d'urgence vers un service de réanimation ou une unité de soins intensifs dans les plus brefs délais.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Mettre en place d'ici 2025 une filière d'urgence efficace et parfaitement maillée sur l'ensemble des territoires, en lien avec les SAMU et les transporteurs pour faire face aux événements aigus cardio-neurovasculaires et respiratoires, de l'appel au 15 jusqu'au passage dans les plateaux techniques interventionnels et les unités spécialisées dans les meilleurs délais.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Patients en situation d'urgence suite à un événement aigu cardio- neurovasculaire ou respiratoire

### ACTEURS CONCERNES

Établissements de santé. Service d'aide médicale urgente (SAMU). Service départemental d'incendie et de secours (SDIS). Fédération française de cardiologie (FFC). URPS.

Éducation Nationale. Associations de secouristes. Caisses d'assurance maladie. Mutuelles

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNS

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DE LA FILIERE D'AVAL EN POST HOSPITALISATION

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La sortie d'hospitalisation et le retour à domicile (ou son orientation vers une structure) sont souvent vécus comme une rupture de parcours pour le patient et ses proches car insuffisamment préparés à l'avance. Le lien ville-hôpital manque parfois de fluidité : professionnels de santé non prévenus à l'avance de la sortie du patient, courrier de sortie tardif, suites à donner parfois imprécises. Des dispositifs comme PRADO permettent déjà d'anticiper les besoins des patients lors de leur retour mais il y a lieu de les renforcer. L'objectif est de préparer la sortie du patient le plus en amont possible en prévenant à l'avance le médecin traitant et les autres professionnels de santé ; ceux-ci se coordonnent en faisant appel, si besoin et pour les personnes en situation complexe, à un dispositif d'aide à la coordination ou à des prestataires spécifiques en veillant au libre choix du patient et à l'adaptabilité à domicile notamment pour les appareils respiratoires.

Les parcours des patients post SCA et post AVC ne sont pas identiques. Si le parcours de la personne après un SCA aboutit le plus souvent, après la phase de réadaptation, à un retour à domicile et à la reprise, parfois trop tardive, de l'activité professionnelle, celui du patient victime d'un AVC est plus complexe et diffère en fonction de l'importance des séquelles invalidantes. Ainsi, si le retour à domicile ou la reprise de l'activité peut s'envisager pour certains, ils doivent être accompagnés. La finalisation de la mise en place des dispositifs d'évaluation et d'orientation comme les consultations post AVC (dans l'année qui suit) et les équipes mobiles de rééducation et de réadaptation sur les territoires permettra d'évaluer et d'orienter au mieux l'ensemble des patients.

Pour les personnes hospitalisées suite à une exacerbation de BPCO, la réhabilitation respiratoire (si possible en centre et dans les 4 semaines) constitue un temps essentiel de la prise en charge afin d'une part, de ré-entraîner le patient à l'effort et d'autre part, de transmettre au patient des compétences pour mieux gérer sa pathologie. Les innovations permettant de mixer les séances de réhabilitation respiratoires en présentiel et à distance (télé-réadaptation) seront développées.

Enfin, les personnes hospitalisées pour une décompensation cardiaque, souvent âgées, ont également besoin de mieux connaître leur pathologie et de bénéficier d'une réadaptation adaptée à leur état.

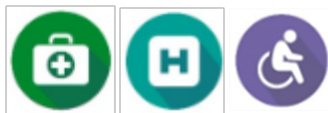
### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Dans le cadre d'un co-pilotage ARS-Assurance Maladie, proposer à chaque patient, dans les suites de son hospitalisation, un parcours d'aval fléché et coordonné avec l'équipe de soins de ville afin d'anticiper les besoins notamment lors du retour à domicile, en tenant compte des attentes du patient et de sa situation clinique mais aussi sociale et médico-sociale. Ainsi, les patients le nécessitant se voient proposer un accompagnement pour limiter les conséquences de leur pathologie et développer leur autonomie :

- une réhabilitation en SMR (en hospitalisation complète ou partielle avec télé réadaptation) ou en alternative de ville suite à une hospitalisation liée à une décompensation ou un épisode aigu (AVC, infarctus du myocarde, insuffisance cardiaque, BPCO et autres maladies respiratoires sévères) ou suite à une demande du médecin traitant en raison d'une aggravation du patient à son domicile ;
- une offre d'éducation thérapeutique graduée ;
- une offre d'activité physique adaptée de proximité ;
- une orientation vers un dispositif socio-professionnel ou un établissement médico-social.

L'objectif est de doubler sur 5 ans la file active des patients bénéficiant d'une réhabilitation.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Personnes en sortie d'hospitalisation intervenue dans le cadre d'une BPCO, d'un AVC, d'un SCA ou d'une poussée d'insuffisance cardiaque

### ACTEURS CONCERNES

Établissements de santé. SMR. Professionnels de Santé. DAC. Assurance Maladie. Établissements médico-sociaux. Dispositifs d'accompagnement de la réinsertion professionnelle

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

/

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : POURSUIVRE L'ACCOMPAGNEMENT DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ POUR UNE PRISE EN CHARGE COORDONNÉE DE L'INSUFFISANCE CARDIAQUE ET DE LA BPCO SUR LE TEMPS LONG DE LA MALADIE

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les personnes atteintes d'insuffisance cardiaque sont, dans la plupart des cas, âgées et porteuses d'autres pathologies et leur orientation s'inscrit parfois dans un cadre complexe nécessitant une coordination interdisciplinaire. Leur parcours nécessite en premier lieu une collaboration renforcée entre le médecin traitant, l'équipe de soins primaires et si possible un cardiologue référent dans le cadre d'un suivi de proximité structuré.

Il en est de même pour les patients atteints de BPCO sévère invalidante même si leur âge moyen est inférieur à celui de ceux atteints d'insuffisance cardiaque.

Il s'agit de pathologies chroniques nécessitant une prise en charge pluridisciplinaire de ville sur le temps long et de soins urgents en établissement de santé en cas de décompensation. Il a été constaté que la moitié des séjours hospitaliers était potentiellement évitable grâce à une meilleure prise en charge coordonnée. Pour ces deux pathologies, il est ainsi essentiel, après la séquence de post hospitalisation permettant d'initier l'autonomie du patient, de mettre en place les éléments de la coordination sur le temps long de la maladie en :

- optimisant les parcours autour des filières territoriales ;
- partageant l'information entre professionnels de santé pour limiter les pertes de chances d'accès aux soins ;
- développant les outils numériques pour faciliter les avis et interventions à distance (téléconsultation, télé expertise et télésurveillance) ;
- faisant du financement au parcours un succès pour les patients et les soignants.

Eu égard aux tensions démographique, cette coordination de l'offre de second recours sera un impératif à la fois en cardiologie et en pneumologie. La création d'équipes de soins spécialisés (ESS) contribuera à la mobilisation des professionnels via les médecins généralistes y compris ceux n'exerçant pas en maison de santé. De même, le déploiement des IPA facilitera cette coordination en lien avec le médecin traitant dans les structures de soins coordonnés. Les services de soins médicaux et de réadaptation (SMR) et les associations de patients seront intégrés à ces nouveaux dispositifs à la fois organisationnels et numériques.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Dans le cadre d'un co-pilotage ARS-Assurance Maladie :

- Assurer une accessibilité aux soins en cardiologie et en pneumologie sur l'ensemble des territoires par un maillage de proximité (dispositif de type ESS) en complémentarité avec l'offre de médecine générale.
- Développer au sein des structures de soins coordonnés (CPTS, MSP) une prise en charge multidisciplinaire et multi professionnelle des patients (traitement, plan personnalisé partagé, outils numériques, indicateurs...) adaptée à la sévérité de leur affection et à leurs comorbidités.
- Mailler les DAC et les dispositifs d'accueil en établissement médico-social pour les patients en situation de poly pathologie et de dépendance.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Personnes porteuses de pathologies sévères et/ou compliquées (BPCO, insuffisance cardiaque) ayant besoin d'une prise en charge coordonnée en soins primaires

### ACTEURS CONCERNES

Établissements de santé. SMR. Professionnels de santé. Établissements et services médico-sociaux. Caisses d'assurance maladie. DAC.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

PRAPS, PRSE3, livre blanc 2021 « plaidoyer pour une prise en charge de l'insuffisance cardiaque » du Groupe insuffisance cardiaque et cardiomyopathies (GICC)

## OBJECTIF GENERAL 7 : REDUIRE LES INEGALITES SOCIALES ET TERRITORIALES LIEES AU CANCER

### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

En France, on observe une diminution des taux d'incidence chez l'homme (-1,4%) et une stabilisation des taux d'incidence chez la femme (+0,7%). On constate également une diminution des taux de mortalité (-2% par an chez les hommes et -0,7% par an chez les femmes). Ces évolutions favorables traduisent la baisse de l'incidence de certains cancers de mauvais pronostic ainsi que les efforts menés en matière de prévention et de dépistage des cancers. Elles sont également liées à des améliorations thérapeutiques permettant des plus grandes chances de guérison.

Dans les Hauts-de-France, une baisse du taux de mortalité est également constatée mais elle reste en deçà des évolutions nationales. Avec 32 660 nouveaux cas et 15 150 décès en moyenne par an, la région Hauts-de-France est la région la plus touchée par les cancers. La surmortalité régionale par cancer est estimée à 13% chez les femmes et 24% chez les hommes avec des disparités départementales très importantes variant de 8% à 35%. Ainsi, parmi les cinq départements de la région, les départements du Nord et du Pas-de-Calais présentent une situation plus défavorable tant en terme d'incidence que de mortalité. Compte tenu des différentiels de mortalité plus marqués sur certains arrondissements, une approche territorialisée doit être envisagée avec une vigilance pour les territoires où la surmortalité est la plus marquée : le Hainaut-Cambrésis, Lens Béthune, le Montreuillois, le Boulonnais, le Dunkerquois. Les territoires où le différentiel de mortalité tend à s'accroître doivent également faire l'objet d'une attention particulière : Compiègne-Noyon, Guise-Hirson, l'Audomarois, Abbeville, le Beauvaisis.

De plus, des cancers présentent une sur-incidence et une surmortalité préoccupante notamment le cancer de la lèvre-bouche-pharynx, de l'œsophage, du foie et du poumon chez l'homme. Certains de ces cancers ont un lien marqué avec les comportements de santé notamment la consommation d'alcool et de tabac. Les cancers du sein et colorectaux doivent également faire l'objet d'une attention particulière au regard de leur prévalence et de la surmortalité sur certains territoires. Les bilans de la déclinaison du Plan cancer et de la mise en œuvre du PRS en région ont permis de dresser les avancées et les initiatives remarquables mais aussi les difficultés et les axes à approfondir dans la politique de lutte contre les cancers. Les priorités d'actions suivantes sont ainsi identifiées :

- la prévention des facteurs de risque, particulièrement la lutte contre le tabac et l'obésité doit être accentuée ;
- la réduction des risques environnementaux et professionnels liés aux cancers est un axe à approfondir ;
- les freins à la vaccination HPV et contre le virus de l'hépatite B (VHB) doivent être levés ;
- les inégalités territoriales de participation aux dépistages organisés doivent être réduites ;
- l'accès aux dépistages organisés, aux examens de diagnostic et aux soins des personnes en situation de handicap ou détenus sont des réflexions à engager ;
- les délais d'accès aux examens d'imagerie notamment IRM sont à réduire sur certains territoires notamment par un renfort des équipements ;
- les ruptures de parcours restent à objectiver et à limiter pour certaines filières de prises en charge ;
- l'égalité d'accès aux essais cliniques est à consolider sur l'ensemble des territoires ;
- l'accompagnement des prises en charge ambulatoires et la coordination ville-hôpital sont à structurer ;
- l'accès à certains soins de support, notamment la préservation de la fertilité, l'onco-sexualité, l'APA, et la prise en charge de la douleur, est à renforcer ;
- le maintien et le retour à l'emploi des malades atteints de cancer sont des enjeux à intégrer.

Les objectifs de cet objectif général reposent sur les orientations de la stratégie décennale de lutte contre les cancers, déclinées dans le cadre d'une feuille de route régionale. Quatre enjeux majeurs servent de fil rouge à la déclinaison de la stratégie décennale en Hauts-de-France :

- le renforcement de la prévention des facteurs de risque de cancers ;
- la lutte contre les cancers de mauvais pronostics ;
- la coordination des parcours sur les territoires ;
- la réduction des inégalités sociales et territoriales liées au cancer.

De manière transversale, la démographie médicale, particulièrement en tension au regard des besoins de la population, constitue un enjeu transversal pour les Hauts-de-France.

## OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - AMELIORER LA PREVENTION
- 2 - LIMITER LES SEQUELLES ET AMELIORER LA QUALITE DE VIE
- 3 - LUTTER CONTRE LES CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC
- 4 - S'ASSURER QUE LES PROGRES BENEFICIENT A TOUS
- 5 - RENFORCER LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

## LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

- Objectif général 2 « Promouvoir un environnement favorable à la santé »
- Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »
- Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »
- Objectif général 6 « Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères »
- Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies - PRAPS »
- Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »
- Objectif général 12 « Promouvoir la santé des jeunes »
- Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »
- Objectif général 14 « Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap »
- Objectif général 15 « Garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires »
- Objectif général 17 « Améliorer l'accès à l'imagerie médicale, aux soins critiques et aux soins palliatifs »
- Objectif général 19 « Accompagner les professionnels de santé pour garantir la qualité et la sécurité des soins dans les territoires »
- Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : AMELIORER LA PREVENTION

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

40 % des nouveaux cas de cancers sont dus à des facteurs de risque liés à nos modes de vie et à nos comportements : tabac ; alcool ; alimentation déséquilibrée ; activité physique insuffisante et mode de vie sédentaire ; surpoids et obésité ; expositions professionnelles. Des facteurs de risque infectieux sont également responsables de certains cancers : les infections HPV ; les virus de l'hépatite B et C. Les Hauts-de-France présentent une situation globalement défavorable vis-à-vis des principaux facteurs de risque et 13 000 cancers pourraient être évités en améliorant la prévention. L'accès aux dépistages des cancers est également un enjeu pour favoriser les diagnostics précoces et améliorer les chances de guérison. La feuille de route régionale de lutte contre les cancers identifie 19 actions pour améliorer la prévention des cancers en s'attachant prioritairement à :

- renforcer la lutte contre le tabagisme en poursuivant la démarche lieux de santé sans tabac et le mois sans tabac, en accompagnant la montée en compétence des professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux dans le repérage et l'arrêt du tabac, en menant des actions auprès des adolescents et des jeunes adultes axées sur le renforcement des compétences psychosociales ;
- réduire les consommations d'alcool à risque par le soutien d'actions de prévention ciblées auprès des publics à risque et en renforçant le rôle et la place des équipes de liaison d'addictologie dans les services d'urgences, de maternité, de psychiatrie et de cancérologie ;
- promouvoir une alimentation saine et durable, promouvoir l'activité physique et limiter la sédentarité en accompagnant les acteurs de proximité via notamment les maisons sport santé et en soutenant des actions locales auprès des populations vulnérables ;
- prévenir le risque infectieux en organisant l'accès à la vaccination HPV au sein des collèges et le rattrapage chez les 15-19 ans mais également en diversifiant les modes de dépistage des hépatites B et C en milieu associatif et au sein des établissements médico-sociaux ;
- promouvoir un environnement favorable à la santé en accompagnant les collectivités territoriales, en formant les acteurs de la prévention sur les risques au sein des entreprises, en renforçant le rôle du centre régional de pathologies professionnelles et environnementales (CRPPE) dans la prévention et la reconnaissance des cancers professionnels ;
- améliorer l'accès aux dépistages organisés des cancers :
  - en incitant les MSP et les CPTS à inscrire la promotion des dépistages dans leur projet de santé ;
  - en simplifiant l'accès aux dépistages par l'organisation des nouvelles modalités d'accès pour le dépistage organisé du cancer colorectal (DOCCR) en pharmacie et de commandes en ligne ;
  - en proposant des consultations avancées pour le dépistage organisé du cancer du col de l'utérus (DOCCU) ;
  - en formant des personnes relais sur les territoires ;
  - en initiant des actions envers les populations en situation de handicap et les personnes détenues.
  - Enfin, l'animation territoriale sur les dépistages organisés permet d'accompagner des actions locales de manière coordonnée en priorisant les populations socialement défavorisées

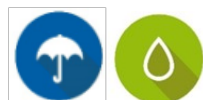
### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Les résultats relatifs à la prévention des facteurs de risque sont identifiés dans les objectifs généraux du PRS liés à l'OG7.

De manière spécifique, les résultats suivants sont attendus :

- Renforcer le repérage et l'accompagnement des conduites addictives en cancérologie.
- Déployer des actions de promotion des dépistages au sein des MSP et des CPTS.
- Mettre en place des formations relais population.
- Déployer la remise des tests immunologiques en pharmacie.
- Organiser des consultations délocalisées pour le DOCCU et augmenter le nombre d'actions locales soutenues dans le cadre de l'animation territoriale.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Jeunes et jeunes adultes. Population en situation de vulnérabilité sociale. Population en situation de handicap. Population détenue. Population ciblée par les dépistages organisés des cancers.

### ACTEURS CONCERNES

Assurance maladie. Éducation nationale. Professionnels de santé du premier recours. Établissements de santé. Établissements médico-sociaux. Collectivités territoriales. Centre régional de coordination des dépistages des cancers (CRCDC)

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030. Feuille de route de lutte contre les cancers Hauts-de-France 2022-2025

Programme national de réduction du tabagisme (PNRT). Stratégie nationale multisectorielle de développement des compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes. PNNS 4. PNA. Stratégie nationale sport-santé. « Les 1000 premiers jours ». Stratégie nationale de santé sexuelle. PRSE. PRST

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : LIMITER LES SEQUELLES ET AMELIORER LA QUALITE DE VIE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La survenue d'un cancer est à l'origine de séquelles pouvant être nombreuses et variées. Cinq ans après le diagnostic, près de deux tiers des malades souffrent encore de séquelles dues au cancer ou aux traitements. La survenue d'un cancer a ainsi de fortes répercussions sur la vie des personnes atteintes, y compris la vie professionnelle. L'approche globale de la personne et l'accès aux soins oncologiques de support pour les malades et leurs proches restent ainsi une priorité de la stratégie décennale de lutte contre les cancers.

La mise en œuvre des orientations nationales implique à la fois de systématiser l'évaluation des besoins des personnes lors de leur parcours de soins, d'étendre l'accès aux soins de support en ville en complémentarité des soins de supports hospitaliers, d'accompagner la montée en compétences des professionnels proposant des soins de support en développant des formations régionales. L'accès à la préservation de la fertilité, la prise en charge de la douleur et des troubles de la sexualité doivent être renforcés ainsi que la lisibilité de l'offre sur les territoires. Compte tenu des indicateurs sociaux de la région, le repérage et l'accompagnement de la fragilité sociale doivent être systématisés. Enfin, des actions favorisant le maintien et le retour à l'emploi doivent être soutenues. La cancérologie est un domaine caractérisé par de nombreuses innovations diagnostiques et thérapeutiques. Cela étant, certains traitements innovants sont susceptibles d'entraîner des effets indésirables importants pouvant altérer de façon significative la qualité de vie des personnes. Ainsi, faciliter l'accès aux innovations diagnostiques et thérapeutiques tout en garantissant l'accès à une prise en charge de qualité est également un enjeu majeur. Pour répondre à cet enjeu, la feuille de route régionale veille à :

- mettre en place la réforme des autorisations d'activité de soins de traitement du cancer ;
- accompagner le développement de l'immunothérapie et la gestion des toxicités liées aux traitements ;
- favoriser l'accès aux essais cliniques sur les territoires ;
- formaliser l'accès aux tests moléculaires ;
- développer des programmes d'ETP en cancérologie ;
- former et outiller les professionnels pour l'administration et le suivi des chimiothérapies à domicile ;
- pérenniser les audits de pratiques au sein des établissements autorisés.

De manière globale, en dehors de ces priorités, 18 actions sont identifiées dans la feuille de route régionale afin de répondre à cet objectif.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Concernant les soins de support :

- Déployer les espaces ressources cancers sur les territoires et augmenter l'accompagnement des malades au sein des structures de soins de support.
- Mettre en place des formations sur les soins de support et créer un réseau de professionnels formés.
- Organiser l'accès à la prise en charge de la douleur en cancérologie.
- Développer les actions pour favoriser le maintien et le retour à l'emploi à destination des malades et des soignants.

Concernant l'accès aux innovations thérapeutiques :

- Mettre à disposition des professionnels de santé des outils et des formations et identifier des référents médicaux pour la gestion des toxicités liées à l'immunothérapie.
- Etendre le projet Structuration de la recherche clinique en cancérologie (StARCC) pour favoriser l'accès aux essais cliniques dans les établissements périphériques.
- Mettre en œuvre la réforme des autorisations de traitement du cancer et mener des audits sur le respect des critères de qualité au sein des établissements autorisés.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Patients atteints de cancer et leurs proches aidants

### ACTEURS CONCERNES

Établissements autorisés pour l'activité de soins de traitement du cancer. Professionnels médicaux et soignants des établissements autorisés. Professionnels de santé du premier recours. Association de patients. Dispositif spécifique régional du cancer (DSRC). Centres de coordination en cancérologie (3C)

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, feuille de route de lutte contre les cancers Hauts-de-France 2022-2025



## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : LUTTER CONTRE LES CANCERS DE MAUVAIS PRONOSTIC

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Malgré une amélioration de la survie globale des malades atteints de cancer et malgré les progrès effectués dans le diagnostic et les traitements, certains cancers restent de mauvais pronostic. Du fait de diagnostics tardifs, de comorbidités importantes, de ruptures de prises en charge ou encore de recours tardifs aux soins, certaines prises en charge complexes peuvent affaiblir les chances de guérison.

La région est particulièrement impactée par les cancers de mauvais pronostic avec une sur-incidence et une surmortalité parmi les plus importantes de France métropolitaine pour certaines localisations cancéreuses. Les cancers de mauvais pronostic représentent actuellement près de 23% des cancers diagnostiqués en région. Cette situation s'explique par une surexposition aux facteurs de risque de cancer mais également par des problématiques liées au parcours de soins : retard au diagnostic, rupture de parcours, délais de prise en charge.

Afin d'agir sur la situation régionale, une démarche d'animation territoriale sur les filières de prises en charge en cancérologie est à engager. L'objectif est de formaliser des parcours et de décliner un projet médical co-construit avec l'ensemble des acteurs impliqués dans la prise en charge sur des territoires et des filières prioritaires. Un suivi des délais de prise en charge est également à organiser à l'échelle de chacun des territoires, ainsi que la montée en charge des DAC sur la coordination des parcours complexes en cancérologie.

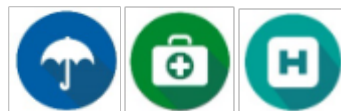
En parallèle, l'accès aux examens de diagnostic doit être amélioré afin de favoriser les diagnostics précoces. Pour ce faire, de nouveaux équipements d'imagerie doivent être autorisés et les délais d'accès aux examens d'imagerie faire l'objet d'un suivi régulier. Le dépistage du cancer du poumon est à expérimenter, en lien avec le cadrage et les recommandations nationales. Des cellules opérationnelles de parcours, associant des professionnels du premier recours, des spécialistes d'organes et des usagers, pourraient contribuer à l'amélioration continue des parcours de soins. Les réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) de recours, pour les prises en charges complexes, sont à organiser en conformité avec le référentiel national et les nouveaux décrets d'autorisation d'activité de soins de traitement du cancer. Une attention particulière sera portée sur le parcours des patients âgés fragiles et l'accès à une évaluation oncogériatrique afin de garantir le traitement le plus adapté à leur état de santé.

Enfin, il est important de pouvoir garantir une prise en charge renforcée de la douleur et des soins palliatifs. L'objectif est d'améliorer l'accès à l'analgésie intrathécale et à la neuromodulation pour les patients atteints de douleurs réfractaires. L'accès aux soins palliatifs est également à renforcer en proximité en organisant une offre de soins graduée sur les territoires et en facilitant le recours à une expertise pour les fins de vie complexes.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Formaliser des parcours et la gouvernance des projets médicaux sur les territoires.
- Autoriser et installer de nouveaux équipements d'imagerie.
- Piloter les délais de prise en charge.
- Réorganiser les RCP au regard des recommandations nationales.
- Identifier des binômes référents en oncogériatrie sur les territoires et structurer et tracer l'accès à une évaluation gériatrique.
- Labelliser des centres pour l'analgésie intrathécale.
- Renforcer l'offre en soins palliatifs avec la reconnaissance de nouveaux lits et d'Hospitalisation de jour (HDJ) de soins palliatifs et la création d'appuis territoriaux de soins palliatifs.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Patients atteints de cancer.

### ACTEURS CONCERNES

Établissements autorisés pour l'activité de soins de traitement du cancer. Professionnels médicaux et soignants des établissements autorisés. Professionnels de santé du premier recours. DSRC. 3C. Unités de coordination en oncogériatrie (UCOG).

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, feuille de route de lutte contre les cancers Hauts-de-France 2022-2025, plan national développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024

## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : S'ASSURER QUE LES PROGRES BENEFICIENT A TOUS

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

S'assurer que les progrès bénéficient à tous est un axe transversal de la stratégie décennale de lutte contre les cancers. L'objectif est de combattre les pertes de chances en garantissant les meilleurs soins possibles par une approche pragmatique et adaptée à certaines populations vulnérables et certains territoires.

Les cancers des enfants, des adolescents, mais aussi certains cancers de l'adolescent et du jeune adulte, ont des particularités qui les distinguent des cancers de l'adulte et qui tiennent notamment aux caractéristiques physiologiques et biologiques propres à ces populations. Les complications et les séquelles liées aux traitements impliquent par ailleurs un suivi au long cours.

Ces particularités nécessitent des mesures spécifiques :

- structurer le parcours de soins des enfants dans le cadre des nouveaux décrets d'autorisation ;
- mettre en place une coordination régionale des parcours pour les patients âgés de 15-24 ans ;
- organiser l'accès au double avis oncologue adulte et oncopédiatre pour les décisions thérapeutiques concernant les adolescents et jeunes adultes ;
- favoriser les inclusions dans les essais cliniques de phase précoce ;
- organiser des actions de sensibilisation/ formation sur la spécificité des cancers de l'enfant et des adolescents et jeunes adultes ;
- développer les programmes d'ETP et l'accès aux soins de support ;
- organiser le suivi à long terme des enfants, des adolescents et jeunes adultes en lien avec les recommandations nationales.

Afin de lutter contre les inégalités territoriales d'accès aux soins sur les territoires isolés, en complémentarité des actions d'accompagnement aux soins, des outils numériques doivent ainsi être déployés pour répondre aux besoins de coordination des acteurs impliqués dans les prises en charge et fluidifier le parcours en cancérologie et le lien ville-hôpital. L'accès aux dossiers communicants de cancérologie est à généraliser pour l'organisation et la traçabilité des décisions en RCP auprès de tous les établissements autorisés. L'accès aux examens d'imagerie en RCP est également à questionner afin de faciliter les usages actuels. Enfin, la télé-RCP est également à développer pour favoriser les RCP multi-sites et l'accès aux RCP de recours, ainsi que pour répondre aux besoins exprimés par certains professionnels sur des territoires éloignés ou en tension. La déclinaison des objectifs du PRS pour l'axe cancer devra cibler prioritairement les territoires présentant la surmortalité la plus importante ainsi que les territoires où le différentiel de mortalité tend à s'accroître.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Concernant les enfants, les adolescents et jeunes adultes :

- mettre en œuvre la réforme des autorisations pour l'activité de soins de traitement du cancer pédiatrique et reconnaître contractuellement les établissements associés en oncopédiatrie.
- identifier un dispositif régional des adolescents et jeunes adultes.
- organiser et tracer le double avis en RCP pour les adolescents et jeunes adultes.
- rendre effective une RCP pédiatrique de recours de phase précoce.
- développer des actions de formation et de sensibilisation sur la prise en charge des enfants et des adolescents et jeunes adultes et soutenir la montée en charge des programmes d'ETP.

Pour les orientations concernant l'outillage numérique :

- développer des solutions numériques pour l'accès aux examens d'imagerie en RCP.
- expérimenter le parcours numérique en cancérologie et informatiser toutes les RCP dans le DCC régional.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Patients atteints de cancers

### ACTEURS CONCERNES

Établissements autorisés et associés pour l'activité de soins de traitement du cancer. Professionnels médicaux et soignants des établissements autorisés. Professionnels de santé du premier recours. DSRC. 3C. Organisation interrégionale de recours (OIR) en oncologie pédiatrique ; GIP Santé numérique.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, Feuille de route de lutte contre les cancers Hauts-de-France 2022-2025

## OBJECTIF OPERATIONNEL 5 : RENFORCER LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Même si la densité de médecins oncologues et de radiothérapeutes tend à augmenter, on constate que les Hauts-de-France restent dans la situation la plus défavorable en densité de ces professionnels comparativement aux autres régions. En effet, avec une densité régionale s'élevant à 1,2 oncologues médicaux en moyenne pour 100 000 habitants contre 1,9 en France métropolitaine en 2021, la région est particulièrement en retrait. Par conséquent, la politique de lutte contre les cancers doit s'accompagner d'une politique régionale en faveur de la démographie médicale afin de garantir une prise en charge de qualité qui réponde aux enjeux de l'épidémiologie régionale et d'équité d'accès aux soins sur les territoires de proximité.

Ce plan d'actions en faveur de la démographie médicale est annexé à la feuille de route régionale de lutte contre les cancers et se décline en huit objectifs :

- axer les demandes d'augmentation d'ouverture de nouveaux postes aux épreuves classantes nationales sur les spécialités d'organes impliquées en cancérologie ;
- faciliter le déploiement de la formation spécialisée transversale et du diplôme d'études spécialisées en mutualisant la ressource des terrains de stage agréés entre les deux subdivisions, en facilitant l'hébergement croisé des internes et en facilitant la formation des spécialistes d'organe en cancérologie ;
- améliorer la répartition des internes au bénéfice des établissements périphériques ;
- être proactif dans les demandes d'agrément de phases 2 et 3 dans les hôpitaux pivots et ceux dotés de plateformes adaptées à la formation en oncologie et/ou cancérologie d'organe ;
- définir et relayer les attentes en termes de projet médical d'établissement en cancérologie pour les demandes de terrain de stage ;
- promouvoir des études qualitatives sur le devenir des jeunes formés et sur les critères présidant au maintien des jeunes en région et au sein des établissements périphériques ;
- organiser entre les deux facultés une coordination et une réciprocité pour la révision des effectifs hospitalo-universitaires titulaires ;
- relayer au niveau national les demandes de création de postes hospitalo-universitaires par rééquilibrage en faveur des Hauts-de-France.

En complémentarité des actions en faveur de la démographie médicale, il est également nécessaire d'accompagner et d'évaluer la création de postes d'IPA en cancérologie afin de renforcer la coordination des parcours de soins et d'améliorer le suivi ville-hôpital des patients.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Augmenter le nombre de postes d'internes pour les subdivisions de Lille et d'Amiens.
- Mutualiser des terrains de stage entre les deux subdivisions en oncologie médicale et en radiothérapie.
- Prévoir un minimum de 2 semestres en centres hospitaliers hors CHU et Centres de lutte contre le cancer (CLCC) pour les internes.
- Elaborer une grille de critères spécifiques pour les agréments des terrains de stage et élargir les agréments de phases 2 et 3.
- Augmenter le nombre d'IPA formés, suivre leurs prises de poste et la formalisation de leur plus-value dans les parcours patients.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Professionnels de santé

### ACTEURS CONCERNES

Facultés, Établissements autorisés pour l'activité de soins de traitement du cancer, Professionnels du premier recours.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030, feuille de route de lutte contre les cancers Hauts-de-France 2022-2025

## **OBJECTIF GENERAL 8 : AMELIORER LA PREVENTION ET LES SOINS DES PERSONNES LES PLUS DEMUNIES – PRAPS**

---

Cet objectif général a été concerté et développé en synergie avec les autres priorités du SRS. Il s'inscrit dans la lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé.

Il se décline au travers des 5 objectifs opérationnels suivants :

- 1 - Intensifier la lutte contre le renoncement et les retards de soins sur l'ensemble du territoire.
- 2 - Déployer des projets d'inclusion numérique et inclure du numérique dans les dispositifs d'inclusion en santé.
- 3 - Poursuivre le renforcement de l'offre spécifique de santé pour les personnes en grande précarité dans une logique de parcours à l'échelle des territoires et pour un relais vers le droit commun de la santé.
- 4 - Poursuivre le décloisonnement des politiques publiques et des acteurs.
- 5 - Définir et déployer une stratégie d'actions pour garantir la prise en compte de la parole et de l'expertise des plus démunis.

La description des objectifs opérationnels et des problématiques de cet objectif général ainsi que le diagnostic socio-sanitaire et les annexes détaillées des profils sociaux de la région sont dans le document relatif au programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies révisé.

## **ORIENTATION STRATEGIQUE 2 : ASSURER LA VEILLE ET LA GESTION DES RISQUES SANITAIRES**

---

## OBJECTIF GENERAL 9 : PREVENIR, ANTICIPER ET GERER LE RISQUE DE NOUVELLES EPIDEMIES



### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

La survenue de la pandémie COVID-19 en 2020 a été l'occasion d'une prise de conscience de l'impact de l'activité humaine sur le risque épidémique : la mondialisation des échanges favorise la diffusion des agents infectieux, les bouleversements climatiques et la déforestation modifient les écosystèmes et les contacts hommes-animaux favorables aux zoonoses, le mésusage des antibiotiques en santé humaine et animale fait émerger des mécanismes de résistances chez les agents infectieux ...

La population a alors reçu de nombreuses informations épidémiologiques et recommandations sanitaires. Les mesures ont souvent été vécues comme des contraintes et l'épuisement dans la durée a compromis le niveau d'écoute des campagnes de prévention. Cela est particulièrement prégnant dans le domaine de la vaccination, outil de prévention individuelle et collective, qui faisait d'ores et déjà l'objet de défiance d'une part croissante de nos concitoyens.

La gestion de la pandémie COVID-19 a par ailleurs en elle-même généré un impact sur le risque épidémique lié à d'autres agents infectieux. Ainsi, le renforcement du port de masque et la limitation des contacts sociaux au cours des années 2020-2021 ont été accompagnés d'une diminution du nombre de cas d'infections invasives à méningocoques. Toutefois, cet effet positif n'a pas survécu à la pandémie et à la fin des mesures barrières en population générale.

Par ailleurs, du fait de la pandémie, les patients n'ont pas eu les mêmes conditions d'accès aux médecins et services hospitaliers. Ainsi, le suivi de la tuberculose dans la région a observé une diminution du nombre de signalements, probablement lié à un défaut de diagnostic. Les mesures habituelles de lutte contre la transmission de la tuberculose n'ont pas pu être mises en place entraînant, dans un premier temps, un risque accru de transmission communautaire de l'infection et, dans un second temps, une augmentation du nombre de personnes développant la maladie.

Le champ médico-social a été durement touché par la crise sanitaire, autant comme collectivité de personnes fragiles face à la maladie que comme lieu de vie et de socialisation et comme milieu professionnel. L'ARS a construit, en partenariat avec le centre de prévention des infections associées aux soins (CPIAS), un dispositif d'appui sur la prévention et la gestion du risque infectieux au bénéfice des Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) non dépendants d'un centre hospitalier. Ce dispositif, nommé équipe mobile d'hygiène (EMH), est porté par un établissement de santé support et composé d'infirmiers hygiénistes émanant des équipes opérationnelles d'hygiène (EOH) de ces établissements supports. L'ARS a pour objectif de poursuivre la mise en œuvre et le déploiement des EMH. Une articulation avec les futures équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA) et les filières gériatriques est à mettre en place pour optimiser les actions de prévention de la diffusion des infections associées aux soins et de lutte contre l'antibiorésistance au sein des EHPAD.

En matière de gestion de signaux sanitaires, qu'ils soient infectieux ou environnementaux, l'ARS travaille en collaboration étroite avec ses partenaires institutionnels et professionnels de santé, qui apportent expertises et connaissances de terrain. Cette animation, cette coordination, est indispensable à toutes les étapes : développement de la culture du signalement ; qualité des systèmes de surveillance ; développement de nouveaux indicateurs épidémiologiques par exemple la surveillance des eaux usées ; analyse du risque sanitaire ; élaboration d'un plan d'action pertinent et adapté, diffusion des recommandations.

Les professionnels de santé sont en première ligne pour identifier, recueillir et prévenir les événements sanitaires indésirables. Ces signalements sont essentiels pour faire progresser les connaissances sur les risques, notamment ceux liés à l'utilisation des produits ou aux actes de soins et assurer la sécurité des patients, des usagers et des professionnels de santé grâce à des mesures préventives et/ou correctives. L'objectif pour les prochaines années est de favoriser l'implication des professionnels de santé de ville dans le signalement des alertes et leur gestion.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1 - PRÉVENIR L'ÉMERGENCE ET LA DIFFUSION DES ÉPIDÉMIES

2 - DÉVELOPPER UNE CULTURE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LA POPULATION

3 - DÉTECTER ET RÉPONDRE AUX URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE

#### LIENS AVEC LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Objectif général 1 « Porter une stratégie régionale de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »

Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »

Objectif général 12 « Promouvoir la santé des jeunes »

Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »

Objectif général 19 « Accompagner les professionnels de santé pour garantir la qualité et la sécurité des soins dans les territoires »

Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie en santé »

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : PRÉVENIR L'ÉMERGENCE ET LA DIFFUSION DES EPIDEMIES

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La lutte contre la diffusion des agents infectieux repose sur :

- l'identification des cas et le contact tracing (réalisation d'une investigation à la recherche des personnes susceptibles d'avoir été contaminées) ;
- la mise en œuvre de mesures et gestes barrière visant à limiter la transmission de l'agent infectieux des malades vers leur entourage ;
- l'arsenal antibiotique, curatif et prophylactique qui permet en soignant le malade de maîtriser sa contagiosité et qui permet également de prévenir la maladie chez les sujets contact ;
- la prévention vaccinale qui vise à permettre à l'organisme humain de lutter contre l'agent pathogène, de manière à ne pas développer la maladie, ou à en atténuer la forme.

La lutte contre la tuberculose a été impactée par la crise sanitaire COVID-19, au cours de laquelle les conditions d'accès aux soins ont été plus difficiles pour les malades, générant un délai de diagnostic allongé. La déclaration des cas de tuberculose a ainsi diminué lors de la pandémie. A ce titre, une action est spécifiquement portée sur l'accompagnement des centres de lutte contre la tuberculose (CLAT), responsables des investigations de contact tracing et des dépistages autour des malades.

La diffusion de recommandations d'hygiène adaptées, afin de permettre à la population de se protéger de risques sanitaires moins connus, est à développer avec l'appui des partenaires. Cela concerne notamment le risque de zoonoses, maladies acquises auprès d'animaux malades, telles que brucellose, tularémie, leptospirose, arboviroses.

La préservation de l'arsenal thérapeutique anti-infectieux est un enjeu majeur de santé publique, qui passe d'une part par la promotion du bon usage des antibiotiques en prévention de l'émergence des résistances, et d'autre part par les bonnes pratiques d'hygiène (précautions standard, précautions complémentaires contact, recommandations bactéries hautement résistantes émergentes -BHRe-) en prévention de la transmission croisée des bactéries résistantes (BHRe/Bactéries magnétotactique -BMT-).

La promotion des recommandations et obligations vaccinales est l'objet d'un travail nécessaire et répété, dans un contexte sociétal peu favorable depuis plusieurs années. Il s'agit de faciliter l'adhésion à la vaccination au long cours mais aussi plus spécifiquement en contexte épidémique nécessitant des campagnes de vaccination exceptionnelle généralisée (COVID-19) ou ciblée sur des publics à risque (variole du singe) ou des collectivités (méningites).

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

#### Tuberculose

- Atteindre un suivi documenté et favorable pour 75% des cas traités. Au niveau européen, l'objectif est une réduction de l'incidence de la tuberculose de 80% et du nombre des décès dus à la maladie de 90% avant 2030.
- Augmenter significativement le nombre d'EHPAD couverts par une EMH.

#### Antibiorésistance

- Mettre en place une nouvelle organisation de prévention de l'antibiorésistance reposant sur le centre régional en antibiothérapie (CRAtb) et les EMA dans le cadre de la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance ;
- Poursuivre, avec l'appui de ces nouvelles structures travaillant en synergie avec celles de prévention des infections, notamment le CPIas, la mise en œuvre d'actions promouvant le bon usage des antibiotiques, par la mobilisation des acteurs de tous secteurs d'activités et des représentants d'utilisateurs.

#### Vaccination

- Poursuivre la structuration de l'offre vaccinale sur tous les territoires de manière à en faciliter l'accès, en particulier pour les publics les plus vulnérables et les plus éloignés des soins.
- Améliorer les taux de couverture vaccinale.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population des Hauts-de-France



#### ACTEURS CONCERNES

Partenaires institutionnels : CLAT, centres de vaccination, Comité de pilotage régional de vaccination des Hauts-de-France, préfectures, services de santé et médecine scolaire, Conseils départementaux (PMI, services santé), Assurance maladie, membres du réseau régional de vigilances et d'appui (RRéVA : CAP, CEIP-A, CPIAS, CRHST, CRMV, CRPV d'Amiens, CRPV de Lille, OMÉDIT, SRA (RSQR), SPF France). Réseau des infectiologues. Réseau des hygiénistes. Réseau des laboratoires de biologie. Les professionnels de santé en milieu hospitalier, médico-social et communautaire, ainsi que les fédérations, les représentants. L'utilisateur, propre acteur de sa santé, en collaboration avec les professionnels

#### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance ; Feuille de route tuberculose ; Plan d'action contre la tuberculose pour la Région européenne de l'OMS 2023-2030 ; PRST

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : DÉVELOPPER UNE CULTURE INDIVIDUELLE ET COLLECTIVE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DANS LA POPULATION

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La crise sanitaire a mis en évidence la capacité de la population à appliquer les gestes barrières contre la COVID-19 : lavage des mains, port du masque, vaccination en particulier. Il s'agit de poursuivre et renforcer ces bonnes pratiques qui concernent l'ensemble des agents infectieux, en particulier les infections hivernales telles que la grippe et la gastro-entérite, mais aussi toutes les pathologies à protection vaccinale telles que l'hépatite B, les méningites, le rotavirus, la rougeole, les oreillons ou la rubéole.

La crise sanitaire a également mis en lumière l'une des missions de l'ARS en matière de veille et sécurité sanitaire : le contact tracing effectué afin d'endiguer les chaînes de contamination pour la COVID-19 mais plus usuellement en cas d'épisode infectieux de type rougeole, hépatites, méningite dans une collectivité et la dispensation de mesures telles que l'isolement ou la prophylaxie pré et/ou post exposition.

Afin de prévenir les risques infectieux et limiter leur propagation, il convient d'ancrer cette culture commune et citoyenne en santé publique en s'appuyant sur divers leviers parmi lesquels :

- les programmes de compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes ;
- les 500 programmes d'éducation thérapeutique du patient déclarés en région et visant à rendre acteurs de leur santé les personnes souffrant d'une pathologie chronique ;
- les ARMS et les ambassadeurs santé ;
- le service sanitaire des étudiants en santé (SSES).

Par ailleurs, face à la circulation toujours active du VIH, des hépatites et des Infections sexuellement transmissibles (IST), il convient de renforcer l'accès à la prévention combinée (promotion du préservatif, traitement pré et post exposition, traitement en tant que prévention) et de poursuivre la stratégie de diversification des offres de dépistage (CeGIDD, laboratoires de ville avec / sans prescription, Services de santé universitaire -SSU-, Centres d'examen de santé -CES-, etc.) et le déploiement de nouvelles opportunités de dépistage via des dispositifs "d'aller vers communautaire" notamment (TROD- en milieu associatif et ESMS notamment) et les nouveaux dispositifs en ville VIH et IST Test.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Intégrer systématiquement la promotion des gestes barrières, de la vaccination, des dépistages et du contact tracing dans les programmes de formation aux compétences psychosociales des élèves, dans les programmes d'ETP, les formations des ARMS et ambassadeurs santé, la formation théorique du SSES.
- Réduire l'incidence des IST les plus fréquentes et les plus graves (syphilis, gonococcies, chlamydiae, lymphogranulome vénérien, herpès ...).
- Améliorer les taux de dépistage VIH et IST.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale, populations à risque de certaines infections

### ACTEURS CONCERNES

Organismes de formation, dispositif régional de soutien, coordination ARMS Équipes d'ETP CeGIDD, comités de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine (COREVIH), laboratoires d'analyses médicales, professionnels de santé libéraux et hospitaliers

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie nationale santé sexuelle 2017-2030

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : DETECTER ET RÉPONDRE AUX URGENCES DE SANTÉ PUBLIQUE

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Assurer la détection précoce des signaux relevant de possibles urgences de santé publique constitue la première étape de cet objectif. Elle repose sur le développement de la culture du signalement par les professionnels de terrain et partenaires institutionnels auprès de l'ARS, et sur la remontée des données issues des systèmes de surveillance à visée d'alerte, en lien avec SpF.

A ce titre, la surveillance des agents infectieux dans les eaux usées peut constituer un indicateur épidémiologique territorialisé, complémentaire des systèmes de surveillance habituels. Mise en œuvre au cours de la crise sanitaire COVID-19, son extension à d'autres pathologies pouvant être à l'origine d'épidémies, fait l'objet d'un travail spécifique au niveau national et régional.

La réponse aux signaux qualifiés d'urgences de santé publique justifie le déclenchement de la plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaires (PRVUS). La plateforme assure d'une part l'analyse du risque sanitaire et d'autre part la mise en œuvre opérationnelle d'actions proportionnées pour le maîtriser et le prévenir. A cette fin, la PRVUS doit bénéficier des compétences et expertises adaptées à la nature de la situation sanitaire gérée, en s'appuyant sur la transversalité en interne et l'animation de ses partenaires en externe.

La démarche d'amélioration continue justifie la mise en œuvre de retours d'expérience en vue de capitaliser sur l'expérience acquise, par exemple l'expérience de la crise sanitaire COVID-19, et l'organisation régulière de formations et échanges de pratiques.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Renforcer les systèmes de surveillance et de détection précoce des urgences de santé publique.
- Consolider la PRVUS et l'animation de son réseau de partenaires régionaux.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

La population de la région des Hauts-de-France

### ACTEURS CONCERNES

Partenaires institutionnels : préfetures, Directions départementales de la protection des populations (DDPP), DREAL, DREETS, services médicaux de l'éducation nationale, services médicaux des conseils départementaux, etc.), le RRéVA

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Dispositif ORSAN

## OBJECTIF GENERAL 10 : SE PREPARER A LA GESTION DES SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

---

### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

La crise sanitaire COVID-19, inédite par son ampleur et sa durée, a réaffirmé la nécessité de renforcer la préparation de l'ensemble du système de santé aux situations sanitaires exceptionnelles. A ce titre, il est fondamental que l'ARS, actrice essentielle de la coordination et de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, puisse déployer des dispositifs permettant de faire preuve d'une haute résilience en cas d'incident modéré comme en cas de crise majeure.

Au-delà du risque épidémique, l'actualité de ces dernières années montre la nécessité d'adapter le système de santé à de nouveaux risques tels que les accidents industriels, le changement climatique, les attentats, etc.

Le dispositif d'organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles (ORSAN) doit tenir compte de ces évolutions.

Les enseignements tirés de la gestion de crise COVID-19 conduisent à prévoir également pour les professionnels de santé libéraux, les structures d'exercice coordonné, les collectivités territoriales, une large place dans le dispositif de gestion des situations sanitaires exceptionnelles.

La formation des professionnels du secteur sanitaire, quel que soit leur mode d'exercice, publics ou privés, constitue un élément important de la préparation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles.

Le dimensionnement et le positionnement des moyens de réponse pour les situations sanitaires exceptionnelles doivent être adaptés aux risques et caractéristiques du territoire des Hauts-de France.

Il en va de même pour les ressources destinées à la prise en charge médico-psychologique des victimes.

Enfin, la prévention de la radicalisation doit être une priorité, avec la nécessité de développer et animer le réseau des référents en établissements de santé et d'approfondir la sensibilisation des professionnels de santé. La structuration d'un dispositif régional de prise en charge et de suivi des mineurs de retour de zone de guerre est un objectif associé majeur.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - ACCROÎTRE L'EFFICIENCE ET LA COORDINATION DE LA RÉPONSE SANITAIRE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES (SSE)
- 2 - INTENSIFIER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE AUX RISQUES MAJEURS ET ADAPTER LES MOYENS OPERATIONNELS DE REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES
- 3 - RENFORCER LA PREVENTION DE LA RADICALISATION AU TRAVERS DE LA SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET CONSTRUIRE UN DISPOSITIF REGIONAL COORDONNE DE PRISE EN CHARGE DES MINEURS DE RETOUR DE ZONE DE GUERRE

#### LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

/

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : ACCROÎTRE L'EFFICIENCE ET LA COORDINATION DE LA RÉPONSE SANITAIRE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES (SSE)

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'une des conditions d'une réponse efficace et coordonnée réside dans l'harmonisation de l'organisation sanitaire au sein des 5 départements de la zone de défense Nord. Le dispositif ORSAN constitue l'un des moyens d'élaborer une organisation connue de tous les partenaires et répondant aux particularités du territoire régional.

Il s'agit d'un dispositif de préparation et de réponse opérationnelle qui détermine l'ensemble des mesures organisationnelles nécessaires pour permettre au système de santé de monter en puissance face à tous les types d'événements sanitaires exceptionnels qui sont susceptibles de le mettre en tension ou de perturber de façon significative son fonctionnement.

L'activation des plans opérationnels de réponse ORSAN permet, d'une part, l'organisation de la réponse du système de santé par la pleine mobilisation des opérateurs de soins concernés et, d'autre part, le pilotage opérationnel de la réponse sanitaire par l'ARS, en appui des préfets en charge du pilotage intersectoriel.

Ce cadre est complété par un programme annuel ou pluriannuel identifiant les actions à mener par l'ARS et les opérateurs de soins pour maintenir ou développer les capacités nécessaires pour assurer la prise en charge des patients en situation sanitaire exceptionnelle. Il doit permettre d'identifier et de recenser les capacités de prise en charge et faciliter une montée en charge rapide et graduée en cas de SSE. Il intègre également un volet de formation des professionnels de santé publics et privés aux SSE.

2023 est à la fois l'année de la mise à jour du dispositif ORSAN.

La sphère « santé » compte un nombre important d'acteurs (secteurs sanitaires, hospitalier comme libéral, médico-social) aux vulnérabilités et aux cultures de crise différentes. Capitaliser sur l'expérience acquise dans la gestion de crise COVID-19, en particulier s'agissant du rôle des acteurs des territoires, est essentiel pour garantir une réponse cohérente et adaptée aux caractéristiques des territoires sur l'ensemble de la région. Cela implique de développer les interactions avec les partenaires régionaux et s'appuyer sur les réseaux consolidés comme le dispositif d'animation territoriale des établissements de santé, les groupements hospitaliers de territoire, la Coordination opérationnelle risque épidémique et biologique (COREB), les URPS et les CPTS.

De plus, le caractère transfrontalier de notre territoire nécessite de renforcer la coopération et la coordination avec les acteurs et autorités belges, britanniques et avec la préfecture maritime.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Pouvoir s'appuyer, pour la gestion des situations sanitaires exceptionnelles, sur un dispositif d'organisation de la réponse sanitaire opérationnel, efficace, construit en partenariat avec les acteurs des territoires et prenant en compte les risques épidémiques, climatiques, environnementaux, terroristes, nucléaires, radiologiques et chimiques.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Ensemble de la population des Hauts-de-France

### ACTEURS CONCERNES

Préfectures de département et de zone, préfecture maritime, fédérations, organismes gestionnaires et établissements et services médico-sociaux, fédérations hospitalières, établissements de santé, SAMU, service de santé des armées, professionnels de santé libéraux, communautés professionnelles territoriales de santé, conseils de l'ordre, autorités belges et britanniques

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Dispositifs ORSAN et ORSEC

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : INTENSIFIER LA FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE AUX RISQUES MAJEURS ET ADAPTER LES MOYENS OPERATIONNELS DE REPONSE AUX SITUATIONS SANITAIRES EXCEPTIONNELLES

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La formation des professionnels du secteur sanitaire, quel que soit leur mode d'exercice, publics ou privés, constitue un élément important de la préparation de la réponse aux situations sanitaires exceptionnelles. Le socle de connaissances constitué lors de la formation initiale des professionnels de santé est complété par la formation aux gestes et soins d'urgence qui s'inscrit dans un objectif opérationnel, adapté et contextualisé au mode d'exercice de chaque professionnel de santé sur la base d'objectifs pédagogiques nationaux. La formation aux gestes et soins d'urgence a pour objectif l'acquisition par les professionnels de santé et les autres acteurs de santé des connaissances théoriques et pratiques nécessaires à la prise en charge, seul ou en équipe, d'une personne en situation d'urgence mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel mais également la mise en œuvre des mesures appropriées face aux urgences collectives et aux situations sanitaires exceptionnelles.

Compte tenu de l'évolution des risques, il est impératif d'intensifier la formation des professionnels de santé aux risques majeurs : technologiques, nucléaires, radiologiques, chimiques, liés à un phénomène climatique ou environnemental (vagues de chaleur, grand froid, vents violents, pollution, catastrophe naturelle...), biologiques, attentats. Positionnée comme pilote de l'objectif général relatif à la sécurisation des établissements, l'ARS les accompagnera dans la prise en compte effective des questions de sûreté.

Les moyens de réponse pré-positionnés dans les établissements de santé pour les situations sanitaires exceptionnelles, dits « moyens tactiques », sont des moyens mobiles mobilisables et projetables très rapidement qui visent notamment à renforcer les dispositifs d'aide médicale urgente. Il s'agit notamment des postes sanitaires mobiles, respirateurs mobiles, unités mobiles de décontamination hospitalière. Leur dimensionnement et leur positionnement doivent être adaptés aux risques et caractéristiques du territoire des Hauts-de-France.

Il en va de même pour les ressources destinées à la prise en charge médico-psychologique des victimes. Le plan ORSAN MEDICO-PSY vise à définir l'organisation de la réponse du système de santé face à un événement provoquant un nombre important de blessés psychiques, dépassant la capacité habituelle de prise en charge des cellules d'urgence médico-psychologique (CUMP) et établissements de santé concernés. Améliorer la coordination zonale des CUMP, faciliter la mobilisation des volontaires CUMP en simplifiant le dispositif d'indemnisation et réaffirmer le rôle du centre régional du psycho-trauma doivent permettre de structurer davantage la prise en charge du psycho-trauma en Hauts-de-France.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Disposer d'un nombre conséquent d'acteurs de santé formés à la gestion des situations sanitaires exceptionnelles sur la prise en charge, seul ou en équipe, d'une personne en situation d'urgence mettant en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et la mise en œuvre des mesures appropriées face aux situations collectives d'urgence et aux SSE.
- Mettre à jour le programme pluriannuel d'acquisition ou de renouvellement des produits de santé et équipements.
- Disposer d'une coordination solide de mobilisation des acteurs de la filière médico-psychologique.
- Mettre en place des filières structurées pour le post-urgence.
- Disposer d'une cartographie des ressources mise à jour et opérationnelle pour anticiper tout phénomène climatique ou défaillance énergétique qui impacterait une structure.
- Mettre à jour les plans de gestion des tensions hospitalières et des situations sanitaires exceptionnelles et plans bleus incluant les mesures anticipatrices en cas de phénomène climatique.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Établissements de santé, professionnels de santé, professionnels paramédicaux, établissements médico-sociaux

### ACTEURS CONCERNES

Préfectures, forces de sécurité intérieure, fédérations hospitalières, établissements de santé, SAMU, CUMP, professionnels de santé et paramédicaux libéraux, unions régionales des professionnels de santé, Conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM), établissements médico-sociaux, service de santé des armées

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Dispositifs ORSAN et ORSEC

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : RENFORCER LA PREVENTION DE LA RADICALISATION AU TRAVERS DE LA SENSIBILISATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET CONSTRUIRE UN DISPOSITIF REGIONAL COORDONNE DE PRISE EN CHARGE DES MINEURS DE RETOUR DE ZONE DE GUERRE

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La déclinaison du plan national de prévention de la radicalisation (PNPR) de 2018 au sein de la sphère santé se traduit par une stratégie territoriale qui s'articule autour de deux axes : constitution d'un réseau de correspondants dans les territoires ; développement de la sensibilisation, de la formation et de la recherche.

L'organisation institutionnelle des réseaux territoriaux repose sur des référents « radicalisation » aux niveaux régional et départemental au sein de l'ARS. Ces référents ont pour mission de favoriser la prévention de la radicalisation et la prise en charge des personnes en voie de radicalisation ou radicalisées. Une cartographie des ressources doit être consolidée, elle comprend les référents des structures de santé mentale, ainsi que ceux des établissements publics de santé et médico-sociaux chargés de décliner cette prévention au sein de leurs structures. Des sessions de sensibilisation et d'information des professionnels et établissements sur leur rôle dans le dispositif de prévention doivent être organisées.

La coopération entre les services de l'État et les établissements et services de santé en matière de prévention de la radicalisation doit être renforcée. A ce titre, la mobilisation de médecins psychiatres doit pouvoir être envisagée au sein des groupes d'évaluation départementaux (GED) et des cellules de prévention de la radicalisation et d'accompagnement des familles (CPRAF) à chaque fois qu'une situation individuelle suivie dans le département nécessite un éclairage médical.

Au début de l'année 2023, 295 mineurs de retour de la zone irako-syrienne avaient été pris en charge par les services de l'État, France entière. Le nombre de femmes et d'enfants mineurs ressortissants ou résidents français présents dans les camps syriens était alors évalué à respectivement 50 et 100. Un dispositif national a été mis en œuvre, qui prévoit, dès l'arrivée des mineurs sur le territoire national, d'évaluer et le cas échéant de faire cesser le danger encouru par les mineurs du fait des comportements parentaux et d'un séjour parfois prolongé sur un territoire théâtre d'opérations de groupements terroristes. En coordination avec de nombreux acteurs (professionnels de santé, psychologues, parquet, préfecture, éducation nationale, conseil départemental, renseignements territoriaux), l'ARS est chargée de coordonner l'accès aux soins des enfants pour l'établissement d'un bilan psycho-somatique ainsi que pour le suivi somatique et psychique à plus long terme.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Disposer d'une cartographie des ressources mise à jour et opérationnelle pour assurer des prises en charge adaptées des personnes radicalisées ou en voie de radicalisation.
- Mettre en œuvre un programme de sensibilisation et d'information des établissements et professionnels de santé.
- Animer le réseau des référents « radicalisation », de manière à ce qu'ils puissent à leur tour dispenser des formations auprès de leurs pairs.
- Développer les projets d'études et de recherche.
- Disposer d'une organisation adaptée pour la prise en charge des enfants de retour de zone de guerre.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Établissements de santé, professionnels de santé, professionnels paramédicaux

### ACTEURS CONCERNES

Établissements de santé, de santé mentale, médecins psychiatres, psychologues, préfectures, parquets

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

PNPR



## **ORIENTATION STRATEGIQUE 3 : FAVORISER LA SANTE TOUT AU LONG DE LA VIE**

---

## OBJECTIF GENERAL 11 : DEPLOYER LE PARCOURS DES 1000 PREMIERS JOURS ET AMELIORER LA SANTE DE LA FEMME ET DE L'ENFANT

---

### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

Les professionnels de la périnatalité se sont fortement mobilisés autour des priorités identifiées dans le précédent SRS. Les coordinations entre les différents secteurs de soins (hôpital, médecine de ville, PMI et établissements médico-sociaux) se sont améliorées. L'approche des soins en périnatalité s'est réellement modifiée dans une optique de bientraitance. Les travaux ont été menés en cohérence avec le projet national des 1000 premiers jours.

Malgré ces avancées, certaines priorités n'ont pas encore pu être traitées et les problèmes de démographie des professionnels s'accroissent.

Des problèmes prioritaires, identifiés en 2017 pour la santé des femmes, des enfants et plus particulièrement pendant la période des 1000 premiers jours, sont globalement toujours d'actualité :

- le taux de fécondité diminue en Hauts-de-France comme en France, y compris chez les moins de 20 ans mais reste plus marqué sur certains territoires ;
- la prévalence de l'infertilité au cours de la vie varie peu entre régions avec 17,8 % dans les pays à revenu élevé. En France, les premières causes sont l'endométriose, les ovaires polykystiques, la maigreur et l'obésité sévère pour les femmes et l'impact des pesticides pour les hommes ;
- en mars 2023, la prise en charge des femmes victimes de violences, notamment de violences conjugales, particulièrement importantes dans les Hauts-de-France, tout comme leur impact sur les enfants témoins, a été réaffirmée cause nationale.

Une amélioration de certains facteurs de risque pendant la période périnatale pour la femme et/ou son enfant a été constatée, mais moindre que dans le reste de la France et une aggravation pour d'autres a été observée. La consommation de tabac au 3ème trimestre de grossesse diminue, mais reste supérieure à la moyenne nationale (12,2% contre 17,1% en Hauts-de-France).

Concernant les indicateurs périnataux, en 2021, l'obésité (taux des femmes Hauts-de-France, est plus importante dans notre région avec 17,2% contre 14,4%. Il est à noter que 24% des morts maternelles concernent des femmes en situation d'obésité et que les indicateurs de précarité (niveau d'études des femmes et taux de chômage) sont plus élevés dans les Hauts-de-France qu'au niveau national.

Les autres facteurs de risque majeurs sont d'une part le diabète type 1, type 2 (3,2%) et le diabète gestationnel (16,4%), et d'autre part la santé mentale en périnatalité avec un état psychologique dégradé pendant la grossesse chez un quart des femmes (qui se déclarent tristes ou déprimées). En post-partum (2 mois après l'accouchement), 16% des femmes ont des signes à risque de dépression majeure. Il est à noter que le suicide est devenu la 2ème cause de mortalité maternelle.

Une amélioration de la structuration des soins et de l'accompagnement des enfants présentant des problèmes de santé spécifiques est observée, notamment des troubles du neuro-développement (TND) mais on constate une aggravation des situations rencontrées.

La dégradation de la démographie médicale (gynécologues-obstétriciens, pédiatres et anesthésistes-réanimateurs) et la fuite des professionnels de santé des établissements de santé vers le libéral (sages-femmes, puéricultrices) rendent le fonctionnement des maternités, services de néonatalogie et de pédiatrie (y compris des urgences) très fragile. Le nombre de lignes de permanence des soins en établissement de santé est aussi à prendre en compte. Ces problèmes de démographie importants au niveau national, le sont particulièrement dans les Hauts-de-France.

Des progrès restent à faire, concernant une meilleure lisibilité de l'offre territoriale et de l'existence d'acteurs de la périnatalité. Enfin, un défaut de transmission d'informations entre établissements de santé, sages-femmes libérales, médecins traitants et PMI persiste (manque de dossier informatisé) notamment pour certains publics spécifiques (pathologies chroniques/femmes enceintes/enfants de l'ASE).

La pénurie des professionnels de santé et/ou les difficultés d'accès aggravent les retards de repérage et de prise en charge non seulement en période périnatale, mais également pour les enfants plus grands pour lesquels des vulnérabilités ou pathologies chroniques ont été identifiées (dont TND, enfants confiés à la protection de l'enfance, etc.) ou nécessitant des soins urgents.

## OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 -MAINTENIR L'ACCES AUX SOINS DES FEMMES ET DES ENFANTS EN PRENANT EN COMPTE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS EN DIMINUTION
- 2 - RENFORCER LES ACTIONS DE PREVENTION, DE REPERAGE ET DE SOINS DES PATHOLOGIES SPECIFIQUES DES FEMMES
- 3 - DEPLOYER LA STRATEGIE DES 1000 PREMIERS JOURS EN L'ADAPTANT AUX BESOINS DES TERRITOIRES
- 4 - MIEUX STRUCTURER UN PARCOURS DE SANTE ET DE SOINS SANS RUPTURE POUR CHAQUE ENFANT
- 5 - ÉTENDRE ET CONFORTER LE REPERAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ET ENFANTS VICTIMES DE VIOLENCES EN REPONSE AUX BESOINS DE SOINS ET SAVOIR ORIENTER

## LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

- Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »
- Objectif général 2 « Promouvoir un environnement favorable à la santé »
- Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »
- Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »
- Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »
- Objectif général 6 « Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères »
- Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer »
- Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies - PRAPS »
- Objectif général 9 « Prévenir, anticiper et gérer le risque de nouvelles épidémies »
- Objectif général 12 « Promouvoir la santé des jeunes »
- Objectif général 14 « Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap »
- Objectif général 15 « Garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires »
- Objectif général 16 « Garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences »
- Objectif général 19 « Accompagner les professionnels de santé pour garantir la qualité et la sécurité des soins dans les territoires »
- Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »
- Objectif général 21 « Mettre en œuvre les innovations du conseil national de la refondation et déployer des feuilles de route territoriales »
- Objectif général 22 « Faire alliance avec les partenaires pour la prévention et l'attractivité des métiers »
- Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie sanitaire »

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : MAINTENIR L'ACCES AUX SOINS DES FEMMES ET DES ENFANTS EN PRENANT EN COMPTE LA DEMOGRAPHIE DES PROFESSIONNELS EN DIMINUTION

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

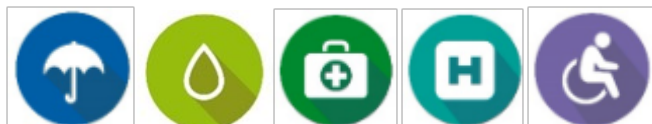
Les difficultés des professionnels de santé des disciplines clés de la périnatalité (gynécologues-obstétriciens, anesthésistes-réanimateurs, pédiatres et sages-femmes), liées à la démographie et aux conditions d'exercice au sein des établissements de santé sont particulièrement importantes dans les Hauts-de-France, en particulier dans l'Aisne, le Pas-de-Calais, l'Oise et le Hainaut. En découlent des difficultés d'accès aux soins pour les femmes aggravées dans certains territoires ruraux et pour certaines populations à « mobilité réduite » (personnes en situation de handicap, de précarité, etc.). L'enjeu est ainsi de maintenir la sécurité et la qualité de la prise en charge des femmes en graduant l'offre « obstétricale » dans tous les territoires des Hauts-de-France. La crise des maternités à l'été 2022 et des services de pédiatrie à l'hiver 2022/23 montre l'importance de mieux réguler l'orientation des femmes afin de limiter au maximum les situations à risque pour elles-mêmes ou leur nouveau-né.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

Maintenir le recours aux soins en gynécologie-obstétriques et en pédiatrie à 5 ans en s'appuyant sur plusieurs axes de travail :

- Consolider une offre graduée en gynécologie-obstétrique (médecins libéraux, PMI, établissements de santé avec soins non urgents (Centres périnataux de proximité, établissements de santé avec soins urgents) et territorialisée.
- Mener une analyse en continu de la situation des territoires pour anticiper les crises. Ce diagnostic devra être partagé régulièrement avec chaque territoire et permettre de proposer une « cible » pour mobiliser le collectif autour d'une offre globale assurant l'accès aux soins réglés, de suivi et de proximité (maternités, médecins libéraux, sages-femmes, PMI), ainsi qu'aux soins de recours nécessitant un accueil 24h/24 (maternités de recours et services de néonatalogie, à maintenir absolument). Ce travail nécessite d'être accompagné par la structuration du lien entre ces différents acteurs, d'un protocole de « bonne » orientation des femmes enceintes selon leurs facteurs de risque et par l'amélioration de la lisibilité de l'offre pour la population (missions de chaque dispositif) en accordant une attention particulière aux populations en situation de précarité/vulnérabilité.
- Mettre en place un dossier obstétrical numérique permettant d'améliorer la gradation des soins.
- Engager un travail sur la qualité de vie pour le personnel participant à la PDSES (anesthésiste, pédiatre, GO), étudier la valorisation des gardes et le nombre de praticiens formés (en lien avec l'annexe PDSES du SRS).
- Etendre les missions de la cellule régionale de régulation périnatale (CRRP) aux transports primaires en obstétrique.
- Mettre en place des solutions pour les personnes ayant des grandes difficultés de déplacement (« aller-vers »).
- Elaborer, en lien avec les propositions des assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, des modalités pour assurer la prise en charge initiale en salle de naissance par les sages-femmes, anesthésistes ou pédiatres non néonatalogistes pour les cas d'urgence (avec le soutien des néonatalogistes).

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Les femmes, notamment celles en âge de procréer, et les enfants, au cours de la petite enfance

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels du sanitaire et du médico-social, Conseils départementaux, régimes d'assurance maladie et retraite, DRAJES.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant (ayant un objectif ciblant la sécurité obstétricale et périnatale)

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : RENFORCER LES ACTIONS DE PREVENTION, DE REPERAGE ET DE SOINS DES PATHOLOGIES SPECIFIQUES DES FEMMES

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

On constate l'augmentation des maladies cardiovasculaires et des cancers chez les femmes. Les facteurs de risque cardiovasculaire, notamment le tabac, l'obésité, le diabète et l'hypertension artérielle, entraînent des complications plus fréquentes et plus sévères. Le risque s'accroît aussi en cas d'association contraceptif hormonal-tabac et pendant la grossesse. La santé des femmes des Hauts-de-France se caractérise par une surmortalité globale par rapport à la moyenne hexagonale, notamment en matière de maladies cardiovasculaires de 19%, d'insuffisance rénale de 44% et de diabète de 37%. Le nombre de femmes ayant une affection de longue durée (ALD) pour maladie cardiovasculaire (hors HTA) est en augmentation entre 2006-2008 et 2016-2018 notamment chez les moins de 65 ans où le taux standardisé est particulièrement important. Si les décès pour diabète baissent, le taux standardisé pour diabète place les Hauts-de-France en deuxième position après le Grand-Est.

Il est donc essentiel de mettre en place des actions de prévention adaptées aux femmes pour réduire ces facteurs de risque, mieux les dépister et ajuster la prise en charge.

Le problème d'infertilité avait déjà été inscrit dans le SRS ; l'identification de l'endométriose comme priorité nationale a augmenté la visibilité de cette pathologie et enclenché un travail régional de création d'un dispositif expert régional (DER) « endométriose » en charge de structurer la filière régionale de prise en charge des femmes atteintes d'endométriose. Les récentes modifications réglementaires concernant l'IVG notamment l'allongement du délai de recours à l'IVG passant de 14 à 16 Semaines d'aménorrhée (SA) depuis mars 2022, nécessitent une restructuration de l'offre globale d'IVG.

Les grossesses chez les mineures, dont le taux est supérieur dans les Hauts-de-France à la moyenne métropolitaine en particulier dans le Valenciennois, le nord de l'Aisne et le Boulonnais, justifient des actions de prévention et d'accompagnement territorialisées.

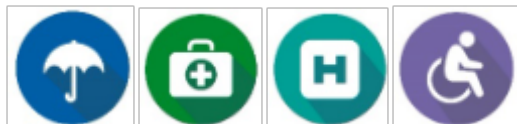
Les autres actions prioritaires inscrites dans le SRS restent d'actualité comme l'amélioration aux soins gynécologiques et obstétricaux des femmes en situation de handicap, de précarité.

Enfin, d'autres priorités touchant les femmes (mais aussi les couples) ont été annoncées au niveau national (fausses couches spontanées, augmentation de la lisibilité de l'offre en santé sexuelle) et devront être travaillées au cours des 5 années à venir.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Renforcer et adapter les actions de prévention concernant les facteurs de risque pour la santé des femmes et notamment concernant les addictions, l'activité physique et la lutte contre l'obésité.
- Créer un DER « endométriose » et mettre en œuvre des actions d'amélioration du recours à des soins adaptés pour les femmes sur l'ensemble des Hauts-de-France.
- Garantir, notamment en cas de pathologie chronique, l'accès à une consultation pré-conceptionnelle par une sensibilisation des femmes et des professionnels concernés par la prise en charge de pathologies chroniques.
- Améliorer l'accès à l'information et l'orientation vers l'IVG en prenant en compte le nouveau cadre réglementaire, notamment en restructurant l'offre globale de l'IVG.
- Accompagner la généralisation de la pratique des IVG instrumentales par les sages-femmes (formations).
- Mettre en place un parcours « fausse couche » associant les professionnels hospitaliers et libéraux, dans le cadre d'une approche pluridisciplinaire. Ce sujet nécessite de réaliser, dans un premier temps, un état des lieux de la problématique (épidémiologie, difficultés de recours, offre, vécu des femmes/couples, besoins de formation).

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Les femmes quel que soit leur âge mais surtout les femmes en âge de procréer y compris les mineures, ainsi que les co-parents selon le cas

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels du sanitaire et du médico-social, acteurs associatifs dont usagers

Institutionnels : conseils départementaux (PMI), régimes d'assurance maladie, DREETS, DRAJES, Éducation Nationale

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

PNNS, feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, stratégie nationale de prévention du suicide, stratégie nationale sport santé, stratégie nationale de lutte contre l'endométriose 2022-2025, Plan interministériel de l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : DEPLOYER LA STRATEGIE DES 1000 PREMIERS JOURS EN L'ADAPTANT AUX BESOINS DES TERRITOIRES

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les 1000 premiers jours sont une période de vulnérabilité et d'opportunité, « là où tout commence », là où la santé de l'enfant, son bien-être et ses relations commencent à se construire. Pendant cette période, les enfants sont très sensibles aux milieux au sein desquels ils grandissent et à leurs premières expériences de vie. Mais les 1000 premiers jours sont aussi un moment important dans la vie des parents. Or, leur « bien-être » va avoir un impact sur leurs interactions avec l'enfant. L'ensemble de cet environnement aura une influence durable sur le développement de l'enfant. D'où le rôle essentiel d'aide de l'entourage, ainsi que des professionnels de santé et de la petite enfance tout au long de cette période. Dans ce cadre, les maisons des 1000 premiers jours, espaces de proximité apportant une réponse globale et intégrée aux besoins des parents et des bébés et jeunes enfants sont un outil favorisant la mise en cohérence de l'accompagnement des familles en associant les acteurs de terrain.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Structurer, selon les ressources disponibles par territoire, des parcours physiologiques dans une approche globale et transversale avec, selon les besoins (pathologies préexistantes, facteurs de risque), des approches complémentaires spécifiques. De ce fait, des outils d'aide à la prise en charge sont attendus pour les professionnels, et de visibilité pour les femmes/couples.
- Améliorer l'accueil et la prise en charge des femmes en situation de handicap en période périnatale en recensant des actions existantes et répondant aux besoins/demandes des femmes/co-parents pour les diffuser afin que les équipes puissent s'en inspirer. Il est proposé également de mettre en place des partages d'expériences et échanges de pratiques.
- Renforcer l'accompagnement des femmes/co-parents présentant une souffrance psychique par des formations des professionnels, de l'information adaptée à la population, l'élaboration et la diffusion d'outils, etc. Concernant le recours aux soins de psychiatrie, et particulièrement pour les situations de dépression périnatale, il est proposé de définir les professionnels à impliquer, de graduer le recours aux soins et de mieux le réguler, en lien avec la modification des autorisations d'activités de soins de psychiatrie (équipes mobiles de psychiatrie périnatale, hospitalisation partielle ou complète pour les dyades mères enfants...).
- Garantir à toutes les femmes l'accès à l'entretien prénatal précoce (EPP) et à l'entretien post-natal précoce (EPNP) et plus particulièrement aux plus vulnérables.
- Élaborer et déployer un accompagnement spécifique pour les mineures enceintes, en s'appuyant sur les expériences existantes.
- Etudier l'opportunité de déployer des maisons des 1000 premiers jours.
- Garantir, sur l'ensemble du territoire, un accompagnement des parents en situation de handicap dans leur parentalité. La mise en œuvre repose sur la reconnaissance d'une structure d'accompagnement, en complémentarité de l'offre déjà existante, ainsi que sur la montée en compétences des professionnels intervenant auprès de ces femmes/couples/familles.
- Poursuivre la promotion de la « bientraitance en périnatalité » qui repose sur le déploiement des actions en cours « Hauts-de-France région Amie des bébés » et « Nidcap-soins de développement », et travailler sur une approche culturelle de la périnatalité (ex : formations sur l'approche interculturelle ou d'interculturalité), y compris dans l'accompagnement à l'allaitement maternel.
- Sensibiliser les parents et professionnels accueillant des nourrissons à la gestion des pleurs du bébé et former les professionnels à la prévention du « bébé secoué », au repérage et à l'orientation.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Les femmes enceintes, leur partenaire, l'environnement familial, les nouveau-nés et jeunes enfants

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels : sanitaire et médico-social / acteurs associatifs /acteurs auprès des jeunes enfants

Institutionnels : conseils départementaux (PMI), régimes d'assurance maladie, DRAJES, directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS), CAF, collectivités territoriales

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Les 1000 premiers jours, PNNS, feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie et stratégie nationale de prévention du suicide, stratégie nationale sport santé, stratégie de prévention et de lutte contre la pauvreté, plan national Prévention, Ma santé 2022, Stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance.

## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : MIEUX STRUCTURER UN PARCOURS DE SANTE ET DE SOINS SANS RUPTURE POUR CHAQUE ENFANT

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

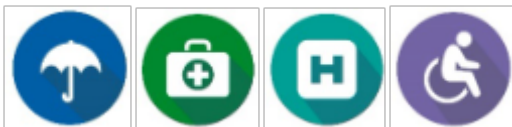
Les inégalités de santé sont présentes dès l'enfance, concernant aussi bien les comportements de santé et les facteurs de risques, que l'état de santé ou le parcours de soins. Les inégalités sociales de santé chez les enfants sont marquées dès le plus jeune âge : tous les indicateurs périnataux sont fortement liés aux indicateurs socio-économiques des mères (diplôme, revenu et catégorie socioprofessionnelle). Pendant l'enfance, la plupart des événements de santé des enfants (poids, santé bucco-dentaire, langage, développement psychomoteur) dépendent de facteurs socio-économiques familiaux comme l'activité professionnelle des parents, les revenus du foyer, le niveau de diplôme de la mère. S'ajoute un critère d'accessibilité à l'offre de soin (zones rurales, démographie des professionnels de santé, population à « mobilité réduite »).

Face à la crise des professionnels de pédiatrie et de la santé de l'enfant en France, le ministre de la santé et de la prévention a ouvert les Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant. Ces Assises devraient identifier des réponses à court, moyen et long termes pour faire évoluer et renforcer la pédiatrie. Les objectifs des Assises sont dans les grandes lignes identiques aux priorités des Hauts-de-France. Pour élaborer le plan d'actions du SRS, il faudra donc analyser le plan d'action national et identifier les actions relevant d'une mise en œuvre par l'ARS en lien avec les professionnels et institutions de la région. Il est à noter que la sécurisation des conditions de naissance a été abordée dans ces travaux. De même, la prise en charge des maladies aiguës communautaires est un des objectifs nationaux dont le recours aux urgences pédiatriques.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Renforcer la promotion de la santé auprès des enfants et des parents et améliorer la coordination des acteurs.
- Améliorer le suivi des enfants en bonne santé.
- Mieux organiser la prise en charge des enfants avec maladies chroniques ou complexes.
- Améliorer la prise en charge des maladies aiguës communautaires selon leur gravité.
- Améliorer le parcours en santé des enfants aux besoins particuliers :
  - poursuivre la structuration de la prise en charge des enfants présentant un trouble du neuro-développement (du repérage au suivi) ;
  - améliorer la santé des enfants protégés tout au long de leur parcours en protection ;
- Déployer, sur l'ensemble des Hauts-de-France, l'organisation du suivi des enfants vulnérables. Cette action est en cours par la mise en œuvre sur un territoire « test », l'Artois.
- Mettre en place, à titre expérimental, une ESS en pédiatrie, en recours aux professionnels de première ligne, et selon l'évaluation, déployer ce dispositif en région.
- Renforcer et ajuster la formation des professionnels et faire évoluer les métiers de la santé de l'enfant (exemple du CHU de Lille : rendre plus polyvalente la formation des internes entre néonatalogie et pédiatrie générale).

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Les enfants de moins de 18 ans ainsi que leurs parents ou responsables légaux

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels du sanitaire et du médico-social / Associations

Institutionnels : conseils départementaux, régimes d'assurance maladie, DRAJES, CAF, Éducation nationale

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie nationale autisme et TND ; propositions issues des Assises de la pédiatrie et de la santé de l'enfant, PNNS, feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie et stratégie nationale de prévention du suicide, stratégie nationale sport santé

## OBJECTIF OPERATIONNEL 5 : ÉTENDRE ET CONFORTER LE REPERAGE ET LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ET ENFANTS VICTIMES DE VIOLENCES EN REPONSE AUX BESOINS DE SOINS ET SAVOIR ORIENTER

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

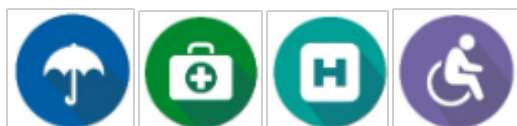
Inscrite dans le PRS 2, l'amélioration du repérage, de la prise en charge et de l'orientation des femmes victimes de violences, notamment de violences conjugales et des enfants témoins, est devenue une priorité nationale depuis le Grenelle contre les violences conjugales de novembre 2019. Cette mobilisation nationale a permis de renforcer des équipes hospitalières de 6 établissements de santé pour l'accueil des femmes victimes de violences (6 ES) et des victimes mineures par la reconnaissance de 9 unités d'accueil pédiatrique enfants en danger (UAPED). Par ailleurs, des sensibilisations et formations des professionnels de santé ont été initiées. Au regard de l'ampleur du problème et de la difficulté pour les professionnels de santé à prendre en charge ces situations (aborder ce sujet, savoir comment et vers qui orienter : crainte de la justice, méconnaissance des acteurs), un renforcement des formations et une structuration de l'offre de prise en charge globale -sanitaire, sociale et judiciaire- restent à poursuivre.

Le 8 mars 2023, la Première ministre a annoncé le doublement du nombre de maisons des femmes. Les besoins des femmes peuvent être spécifiques et inhérents aux territoires, avec toutefois un socle commun d'offre autour de la santé génésique (mutilations sexuelles, Centre de planification et d'éducation familiale -CPEF-, IVG, violences) et d'un accompagnement psychologique, social, juridique et en matière de médiation familiale ou de retour à l'emploi. Cette structure d'accueil, d'information et d'accompagnement devrait être ouverte à toutes les femmes victimes, avec ou sans enfants, préférentiellement adossée ou à proximité d'un établissement de santé et facile d'accès pour toute femme (proximité, bonne desserte par les transports en commun).

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Prévenir les violences par l'éducation à la santé : respect, consentement, lutte contre les discriminations notamment sexistes, égalité homme - femmes, éducation à la vie affective et sexuelle.
- Renforcer et/ou structurer des équipes de prise en charge sanitaires des femmes victimes de violences, notamment sur les territoires fortement impactés par ces violences, en s'appuyant sur l'ensemble des acteurs disponibles.
- Déployer des maisons des femmes : structure « médico-sociale » de prise en charge globale des femmes victimes de tous les types de violences, adossée à un établissement de santé permettant une offre globale sur les communes à forte problématique sociale et de violences intrafamiliales.
- Renforcer et structurer une équipe de formateurs pluri-professionnelle et pluri-institutionnelle en associant l'ensemble des compétences nécessaires et disponibles (sages-femmes formées, médecins légistes, pédiatres formées, procureurs, juristes, enquêteurs ...) afin de répondre aux besoins des équipes de périnatalité, des urgences ou des professionnels libéraux.
- Accompagner et renforcer les établissements hébergeant un UAPED et promouvoir l'élaboration du protocole « enfants témoins d'homicide », voire les déployer sur l'ensemble des juridictions.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Les femmes victimes de violences, les enfants victimes et témoins de violences

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels du sanitaire, du médico-social, procureurs, forces de l'ordre, associations ...

Institutionnels : conseils départementaux, DRAJES, préfets (délégué départemental aux droit des femmes et à l'égalité)

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Grenelle contre les violences conjugales du 25/11/2019 (28 mesures dont 6 concernent l'ARS), Plan de lutte contre les violences faites aux enfants 2020-2022 (mesures 6, 7, 14 et 15), Plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2023-2027, annonce de la Première ministre lors de la journée du 8 mars 2023



## OBJECTIF GENERAL 12 : PROMOUVOIR LA SANTE DES JEUNES

---

### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

Le bilan réalisé pour la révision du SRS a mis en exergue la nécessité de poursuivre le travail engagé en prévention et promotion de la santé en faveur des enfants et des jeunes s'inscrivant dans une stratégie pluriannuelle et globale. La santé de ces adultes en devenir doit à moyen et long termes évoluer vers une amélioration globale et faire reculer ainsi les marqueurs de mortalité des Hauts-de-France.

La nécessité de poursuivre une stratégie de prévention et de prise en charge représente un enjeu encore plus fort au regard de la dégradation de la santé des jeunes au cours de ces dernières années, due en partie à l'impact de la crise COVID-19. Cette dégradation est largement objectivée au regard d'indicateurs sur les problématiques de santé mentale ou d'obésité par exemple.

Les jeunes sont souvent pensés comme un public homogène et ciblés par groupe d'âge, alors même qu'ils présentent des caractéristiques et des trajectoires extrêmement variées. Les jeunes sont touchés par des inégalités sociales et territoriales de santé avec des difficultés accumulées dès l'enfance, qui se traduisent par des trajectoires de vie rendant moins probables l'accès à des études supérieures, un emploi qualifié. Il s'agit de s'inscrire dans la continuité du schéma précédent qui avait permis d'enclencher une approche particulière en faveur de certains publics spécifiques jeunes, tels que les jeunes en insertion professionnelle, les étudiants par exemple.

Le constat d'une mosaïque d'intervenants et de dispositifs santé traduisant la forte capacité des pouvoirs publics à agir mais aussi un manque de visibilité et de cohérence des politiques de santé publique en direction des jeunes était déjà présent dans le précédent SRS. Il reste d'actualité et renvoie à la question des partenariats des acteurs et opérateurs dans les territoires.

On peut également noter la difficulté à disposer d'une vision globale sur l'état socio-sanitaire et des réponses apportées aux jeunes sur les questions de santé. Les informations existent et sont riches mais elles demeurent assez peu organisées ou sectorisées. De même, le besoin de disposer d'une vue globale des résultats des politiques publiques en faveur des jeunes invitent à s'interroger et agir plus collectivement sur ce point avec les partenaires.

Enfin, l'amélioration de l'état de santé des jeunes de la région invite à penser de manière plus décloisonnée d'un point de vue stratégique les partenariats entre les différentes institutions.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - PROMOUVOIR DES COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTE ET AU BIEN-ETRE DES JEUNES ET LIMITER LES CONDUITES A RISQUE
- 2 - RENFORCER LA STRUCTURATION D'UNE OFFRE DE PRÉVENTION ACCESSIBLE ET ADAPTÉE POUR CERTAINS PUBLICS SPECIFIQUES JEUNES
- 3 - ACCROÎTRE LA COORDINATION DES ACTEURS INTERVENANT AUPRÈS DES JEUNES DANS LES TERRITOIRES
- 4 - FAVORISER LE PARTAGE DES INFORMATIONS DE SANTÉ, DU SOCIAL, ET DE SUIVI DES POLITIQUES PUBLIQUES MENÉES PAR LES DIFFÉRENTS PARTENAIRES CONCERNANT LES JEUNES
- 5 - FAVORISER LA COLLABORATION GLOBALE ENTRE LES PARTENAIRES EN ASSOCIANT LES REPRÉSENTANTS DES JEUNES

#### LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

- Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »
- Objectif général 2 « Promouvoir un environnement favorable à la santé »
- Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »
- Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »
- Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »
- Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer »
- Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies - PRAPS »
- Objectif général 9 « Prévenir, anticiper et gérer le risque de nouvelles épidémies »
- Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »
- Objectif général 14 « Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap »
- Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie sanitaire »

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : PROMOUVOIR DES COMPORTEMENTS FAVORABLES A LA SANTE ET AU BIEN-ETRE DES JEUNES ET LIMITER LES CONDUITES A RISQUE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Cet objectif vise le renforcement et l'amplification des actions sur les déterminants de santé et sous-tend de poursuivre la dynamique de développement des compétences psychosociales (CPS), déjà engagée lors du précédent SRS. Il s'agit de développer la capacité des jeunes à faire des choix responsables et les inciter à adopter des comportements favorables à leur santé en développant leur autonomisation.

La jeunesse est de plus une période d'engagement dans de nouvelles conduites qui peuvent conduire à des prises de risques. Pour atténuer ces facteurs de risque mais aussi les facteurs de vulnérabilité, et dans le contexte post-COVID-19, cela doit reposer sur le renforcement des actions de prévention des conduites addictives, en santé mentale et en santé sexuelle.

Il s'agira ainsi de :

- amplifier le plan de déploiements programmes de compétences psycho-sociales dans le cadre de la stratégie de prévention régionale, qui invite à concentrer les programmes vers les enfants et les jeunes ;
- renforcer la promotion de l'activité physique et de l'alimentation, chez les enfants et les jeunes ;
- assurer, en santé mentale, le repérage, l'accompagnement et la prise en charge des enfants et des adolescents vulnérables pour éviter l'aggravation des situations et les éventuelles ruptures de parcours et limiter les conduites suicidaires.

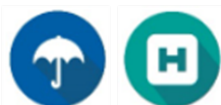
Ainsi, on vise à :

- améliorer l'information sur la santé mentale et la promotion du bien-être mental auprès du public enfants et jeunes ;
- améliorer le repérage de la souffrance psychique des enfants et jeunes, notamment sur le harcèlement scolaire ;
- renforcer l'articulation entre l'Éducation nationale, l'Enseignement supérieur et le secteur du soin ;
- améliorer la prévention, l'accompagnement et la prise en charge des conduites addictives (avec ou sans produit) et/ou à risques des jeunes ;
- promouvoir la santé sexuelle dans une approche positive dans tous les milieux de vie et à toutes étapes du parcours de vie ;
- réduire les risques de cancers HPV par la promotion de la vaccination auprès des jeunes de 11 à 19 ans ;
- s'appuyer sur le dispositif des consultations médicales gratuites aux trois âges clés de la vie. Il sera possible de bénéficier d'une consultation médicale gratuite pour faire le point sur sa santé physique et mentale à 25 ans ;
- s'appuyer sur les outils digitaux pour mobiliser les jeunes.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Améliorer les indicateurs de santé des jeunes qui se sont dégradés depuis la crise.
- Augmenter le nombre de programmes d'acquisition des compétences psychosociales sur les territoires prioritaires.
- Augmenter le nombre d'actions de prévention à destination des adolescents.
- Diminuer le nombre de passages aux urgences pour idées suicidaires, troubles psychiques et pour tentatives de suicide (TS) / hospitalisation après TS chez les jeunes.
- Proposer la vaccination HPV à tous les élèves de 5<sup>ème</sup>.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Les jeunes scolarisés mais aussi les jeunes avec une attention particulière pour ceux scolarisés à besoin particulier, jeunes adultes salariés ou en insertion professionnelle, étudiants, non scolarisés, l'enfance en danger dont les jeunes sous main de justice

### ACTEURS CONCERNES

Les acteurs de prévention. Les professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Les professionnels éducatifs et la médecine scolaire. Services de santé universitaires. L'assurance maladie. Parents

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie nationale de santé. Stratégie nationale de santé sexuelle 2018-2030. Plan National Nutrition Santé. Stratégie interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives. Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie amendée par les mesures des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de septembre 2021. Plan cancer. Orientations relatives aux écoles promotrices de santé et au parcours éducatif de santé. Stratégie nationale sport santé.

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : RENFORCER LA STRUCTURATION D'UNE OFFRE DE PRÉVENTION ACCESSIBLE ET ADAPTÉE POUR CERTAINS PUBLICS JEUNES

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Cet objectif vise à poursuivre le travail de structuration et d'accès à l'offre de prévention auprès de certains publics spécifiques jeunes, travail déjà engagé dans le cadre du premier SRS. Il revêt une importance accrue dans le contexte de la dégradation générale de la santé des jeunes pour des individus présentant déjà, pour un certain nombre d'entre eux, avant la crise COVID-19, de fortes vulnérabilités.

L'amélioration de la santé des étudiants au regard des indicateurs post-COVID-19 demeure une priorité en s'appuyant à la fois sur la structuration d'actions de promotion de la santé ciblées, le développement d'une prévention par les pairs et le déploiement d'une offre de soins dans les services de santé universitaires (SSU), en complément de l'offre des examens périodiques.

La situation des jeunes suivant une formation professionnelle et de ceux se trouvant aujourd'hui en dehors du système scolaire, le quittant prématurément ou sans insertion, reste très préoccupante. Les problèmes de santé de ce public à vulnérabilité sont souvent un frein à l'insertion socio-professionnelle. Pour la santé mentale, on s'appuiera par exemple sur la mobilisation de temps de psychologues en missions locales.

La lutte contre le renoncement aux soins est en outre un des objectifs du programme d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS).

Les jeunes relevant de la protection judiciaire de la jeunesse (PJJ) demeurent un public au profil souvent complexe et à forte vulnérabilité qui invite à poursuivre les partenariats engagés.

Les jeunes victimes de violences, ainsi que les jeunes relevant de l'aide sociale à l'enfance (ASE) pourront faire l'objet de réflexions complémentaires pour déterminer la meilleure façon de procéder auprès de ces publics présentant aussi de fortes vulnérabilités.

La mise en œuvre de cet objectif doit se poursuivre en s'appuyant sur les partenariats actifs déjà en place, tout en les renforçant. L'offre de prévention et d'accompagnement doit être adaptée aux besoins de ces populations. Elles peuvent compléter ou se coupler avec les démarches d'accompagnement individualisé mises en œuvre par l'assurance maladie.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Améliorer la coordination des acteurs/opérateurs et des dispositifs autour de ces publics cibles pour une meilleure lisibilité de leur parcours.
- Déployer une approche territorialisée pour ainsi apporter des réponses accessibles et adaptées notamment via les contrats locaux de santé (CLS) ou les conseils locaux de santé mentale (CLSM) à titre d'exemples.
- Encourager les coopérations structurelles.
- Déployer des messages de prévention adaptés avec une approche positive, associant les pairs.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Les jeunes avec une attention particulière pour ceux scolarisés, au besoin particulier, jeunes adultes salariés ou en insertion professionnelle, étudiants, non scolarisés, jeunes accompagnés par la PJJ, jeunes relevant de l'ASE.

### ACTEURS CONCERNES

Universités ; assurance maladie, Éducation Nationale, DREETS, DDETS, Direction interrégionale/directions départementales de la protection judiciaire de la jeunesse (DIR/DDPJ), éducation nationale, conseils départementaux, PMI.

Les têtes de réseau : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale (FNARS), Association régionale des élus pour la formation, l'insertion et l'emploi (AREFIE), Plans locaux pluriannuels pour l'insertion et l'emploi (PLIE). Services de santé universitaires. Les acteurs et opérateurs de la prévention. Les associations.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie nationale de santé sexuelle. Programme national d'amélioration de la politique vaccinale. Plan Cancer. Démarche « PJJ promotrice de santé ». Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté. PRAPS. Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie 2018-2022, amendée par les mesures des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie de septembre 2021.

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : ACCROÎTRE LA COORDINATION DES ACTEURS INTERVENANT AUPRÈS DES JEUNES DANS LES TERRITOIRES

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La politique de santé des jeunes est par définition plurielle. Son champ d'application est à l'interface de nombreux plans et programmes nationaux et locaux, dont la mise en œuvre relève de la responsabilité d'opérateurs nombreux et variés.

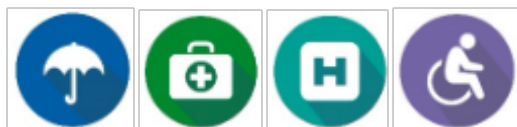
Les indicateurs socio-sanitaires et les dispositions législatives plaident en faveur d'un renforcement des coopérations entre les acteurs/opérateurs œuvrant pour la santé des enfants et des jeunes. L'objectif est donc de disposer d'une stratégie renforcée en faveur de la prévention et de la promotion de la santé mais aussi d'éviter les ruptures dans les parcours.

Pour gagner en efficacité collective, l'articulation des dispositifs et la synergie des acteurs régionaux et locaux dans une démarche territoriale de santé demeurent un objectif comme dans le premier SRS et doivent être renforcés.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Améliorer l'interconnaissance entre les différents acteurs intervenant au sens large du terme auprès des jeunes, en s'appuyant notamment sur les dispositifs de formation croisée ou autres.
- Améliorer la coordination des acteurs intervenant auprès des jeunes favorisant ainsi des réponses plus adaptées et si nécessaire plurisectorielles notamment avec la médecine de ville, le milieu de vie des jeunes, les champs social, médico-social et sanitaire.
- Renforcer, dans les modes de fonctionnement des opérateurs de la santé, la relation avec les parents ou proches des jeunes.
- Améliorer la couverture territoriale des MDA et renforcer ou consolider leurs capacités d'accueil au regard de l'état de santé des jeunes actuellement accueillis.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Les jeunes scolarisés, les jeunes avec une attention particulière pour ceux scolarisés à besoin particulier, jeunes adultes, salariés ou en insertion professionnelle, étudiants, non scolarisés, jeunes accompagnés par la PJJ.

### ACTEURS CONCERNES

Les professionnels de santé, sociaux, médico-sociaux et sanitaires. Les acteurs de prévention, associations.

Les structures existantes sur les différents champs.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie nationale de santé.

Compte tenu du caractère très transversal et plurisectoriel de cet objectif, on s'appuiera sur les plans et programmes régionaux et nationaux en prévention promotion de la santé mais aussi du champ médico-social, du PRAPS et de certains plans de l'offre de soins

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : FAVORISER LE PARTAGE DES INFORMATIONS EN SANTE, SOCIAL ET DE MISE EN OEUVRE DES POLITIQUES PUBLIQUES MENEES PAR LES DIFFERENTS PARTENAIRES EN FAVEUR DES JEUNES

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

De nombreuses données sont disponibles sur la santé des jeunes. Il existe des données aux niveaux national, régional, départemental voire parfois à l'échelon infra-départemental.

Par ailleurs, les producteurs de ces données sont multiples : établissements de santé, établissements et services médico-sociaux, sociaux, observatoires, assurance maladie, établissements et/ou services divers d'accueil des enfants et des jeunes, rectorats, services de santé universitaires, etc. Ils produisent ces informations souvent dans le cadre de la politique publique qu'ils mettent en œuvre ou pilotent, ou parce c'est leur objet même dans le cas des observatoires.

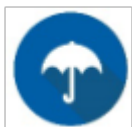
Il est difficile actuellement d'avoir une vision consolidée de la situation socio-sanitaire des jeunes de la région. Dans le cadre d'une approche de réduction des inégalités sociales de santé, et partant du principe que l'état de santé et l'environnement social sont corrélés, cette consolidation pourrait donc être particulièrement utile.

En outre, un partage d'informations organisé et consolidé sur les actions conduites par les différents partenaires permettrait de mieux appréhender les résultats des engagements et valoriser les spécificités territoriales.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Poursuivre et optimiser le suivi de l'état socio-sanitaire des enfants et des jeunes des Hauts-de-France via un tableau de bord commun partagé permettant d'adapter les actions pour mieux répondre aux besoins.
- Valoriser et partager ces données auprès de professionnels de la santé impliqués dans les actions en direction des enfants et des jeunes.
- Donner une lisibilité des actions de santé en direction des jeunes portées par l'ensemble des partenaires.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Jeunes scolarisés. Les jeunes avec une attention particulière pour ceux scolarisés à besoin particulier. Jeunes adultes, salariés ou en insertion professionnelle, étudiants, jeunes non scolarisés, enfance en danger dont les jeunes sous-main de justice

### ACTEURS CONCERNES

Les observatoires, les partenaires institutionnels : conseils départementaux, PMI, académies/Direction des services départementaux de l'éducation nationale (DSDEN), Région, DREETS/DEETS, assurance maladie, MSA, CAF, PJJ, SSU, acteurs du sanitaire, de la prévention, du médico-social et du social.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie nationale de santé ; Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes.

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 5 : FAVORISER LA COLLABORATION GLOBALE ENTRE LES PARTENAIRES EN ASSOCIANT DES JEUNES

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Du fait des différentes compétences des institutions œuvrant dans le champ de la jeunesse, les politiques publiques en faveur des jeunes restent souvent sectorisées.

Les situations individuelles plus complexes, avec plusieurs vulnérabilités, nécessitent a minima une meilleure coordination entre les différents acteurs-opérateurs pour fournir des réponses plus adaptées aux jeunes.

De plus, l'état de santé des jeunes post-COVID-19 est particulièrement préoccupant. Il invite, notamment en matière de prévention-promotion de la santé, à renforcer les articulations entre les différents partenaires et pouvoirs publics pour rendre plus efficace la politique de santé.

La gouvernance régionale fournie par les Commissions de coordination de politiques publiques (CCPP) peut être mobilisée en ce sens et fournir un cadre de travail facilitant a minima les échanges et le décloisonnement. Les CCPP ont effectivement pour mission d'assurer la cohérence et la complémentarité des actions déterminées et conduites par leurs membres, en prévention et pour les accompagnements médico-sociaux.

Pour autant, afin de mieux répondre aux enjeux territoriaux et des différentes compétences, le partenariat interinstitutionnel pourra utilement se structurer au niveau départemental.

Enfin, il est à noter que la représentation des usagers, à savoir les jeunes eux-mêmes, est à ce stade peu visible ou peu prise en compte.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Construire un partenariat global interinstitutionnel autour de valeurs communes de clarification des rôles des uns et des autres, d'engagements réciproques. Il pourra s'appuyer sur une gouvernance et un cadre conventionnel ad hoc au niveau territorial ou sur des instances ou dispositifs déjà en place, pour une meilleure prise en compte des spécificités de chaque département.
- Intégrer les représentants des jeunes notamment au sein de la démocratie sanitaire régionale et dans les territoires.
- Favoriser des initiatives « santé » portées par les jeunes.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Jeunes scolarisés. Les jeunes avec une attention particulière pour ceux scolarisés à besoin particulier, jeunes adultes, salariés ou en insertion professionnelle, étudiants, jeunes non scolarisés, enfance en danger dont les jeunes sous main de justice

### ACTEURS CONCERNES

Partenaires institutionnels dont conseils départementaux, PJJ, Universités, académies-DSDEN, DREETS/DDETS, assurance maladie ; CAF, MSA, têtes de réseaux sanitaires, médico-sociaux, sociaux

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie nationale de santé. Plan d'action en faveur du bien-être et de la santé des jeunes. Conventions partenariales existantes ou en cours d'élaboration.

## OBJECTIF GENERAL 13 : ACCOMPAGNER LE VIEILLISSEMENT ET SOUTENIR LES AIDANTS

---

### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

La région est caractérisée par des déterminants de santé qui influent négativement sur le grand âge et des enjeux d'accompagnement qui impactent diversement les territoires avec en particulier :

- la montée de l'isolement et de la pauvreté des personnes âgées.
- les difficultés démographiques des professionnels avec un effet sur les compétences.
- des manques de coordination et de structuration des parcours de santé.
- les difficultés des aidants de moins en moins nombreux et plus éloignés.

Ces déterminants créent des problématiques de santé plus nombreuses en région avec :

- Une plus grande fréquence de certaines pathologies dont les maladies neurodégénératives et psychogériatriques (dont dépression/risque de suicide).
- Une plus grande fragilité au risque infectieux, en particulier la grippe et la COVID-19.
- Une fréquence élevée de syndromes gériatriques prioritaires tels que les chutes (dont l'ostéoporose), la dénutrition (dont les troubles bucco-dentaires), la iatrogénie médicamenteuse, les troubles de l'audition.
- Des publics vieillissants en difficulté d'accompagnement (détenus, personnes en situation de handicap).
- Des besoins exprimés par les usagers et leurs aidants d'accompagnement dans leurs lieux de vie (besoins de soins croissants avec l'âge). Ils font part également d'un manque de lisibilité de l'offre et des aides potentielles.

Le précédent SRS a permis de créer de nombreux dispositifs « d'aller vers », d'engager plus d'accès aux soins et à la prévention avec les virages ambulatoires et domiciliaires, de démarrer la structuration de filières gériatriques portées par les professionnels dans leurs territoires.

Cette transformation de l'offre met en lumière plusieurs problématiques prioritaires identifiées pour poursuivre cette démarche :

- 1 - la difficulté d'anticiper les risques de fragilité en raison d'un repérage insuffisamment structuré (outils, relais, formations).
- 2 - des difficultés de maintien à domicile en particulier avec moins d'accessibilité en secteur rural à différentes offres (dont offre de répit) ou des problématiques de personnes précaires.
- 3 - un manque d'outillage et de formation des professionnels avec une insuffisante coordination des parcours de santé et une faible attractivité des métiers (nécessaire évolution des métiers).
- 4 - un défaut de communication et de partage d'informations des professionnels et des usagers avec un manque de lisibilité de l'existant, d'outils (dont numérique) mais aussi de représentation des usagers.



## OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - REPÉRER ET PRÉVENIR LES FRAGILITES ET LA PERTE D'AUTONOMIE
- 2 - SOUTENIR LES AIDANTS ET LES ACCOMPAGNER AU QUOTIDIEN EN RENFORCANT NOTAMMENT LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC ET DES PROFESSIONNELS
- 3 - AJUSTER ET ACCOMPAGNER LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE SUR LES TERRITOIRES SELON LES BESOINS IDENTIFIÉS
- 4 - AMÉLIORER L'ARTICULATION DES DISPOSITIFS ET DES ACTEURS DANS LES TERRITOIRES
- 5 - ACCOMPAGNER LES EQUIPES SOIGNANTES ET LES USAGERS DANS DE NOUVELLES ORGANISATIONS EN DÉVELOPPANT LA CULTURE COMMUNE ET L'INFORMATION

## LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

- Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »
- Objectif général 3 « Développer le sport santé et lutter contre l'obésité »
- Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »
- Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »
- Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer »
- Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies - PRAPS »
- Objectif général 9 « Prévenir, anticiper et gérer le risque de nouvelles épidémies »
- Objectif général 14 « Promouvoir des parcours de vie sans rupture et l'inclusion des PH »
- Objectif général 16 « Garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences »
- Objectif général 17 « Améliorer l'accès à l'imagerie médicale, aux soins critiques et aux soins palliatifs »
- Objectif général 18 « Mener à bien la modernisation des établissements de santé et médico-sociaux notamment en mobilisant les investissements »
- Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »
- Objectif général 23 « Poursuivre la dynamique transfrontalière pour l'accès à des soins de qualité »
- Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie sanitaire »

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : REPÉRER ET PRÉVENIR LES FRAGILITES ET LA PERTE D'AUTONOMIE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Le développement de la prévention (primaire, secondaire et tertiaire) doit être intensifié pour réduire l'entrée dans certaines pathologies et en particulier les effets des syndromes gériatriques et des risques infectieux. Cela doit permettre d'anticiper et prévenir la perte d'autonomie et la fragilité, en particulier pour les personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives, les publics en précarité et toutes situations qui nécessitent une organisation en réseaux (dont troubles bucco-dentaires, iatrogénie médicamenteuse, ostéoporose, dénutrition, chute, douleur...). Il convient également de prévenir la vulnérabilité accrue des personnes de 65 ans et plus au risque suicidaire et autres troubles psychogériatriques. Des actions collectives ou individuelles de prévention concertées seront développées avec les partenaires, en lien avec les Conférences départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CDFPPA), dont la chute.

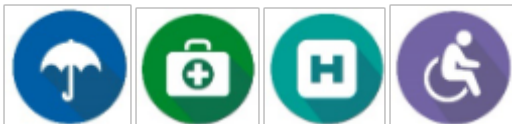
Les situations à risque font l'objet de repérage et d'alerte avec des compétences adéquates, en respectant la liberté de choix de la personne. L'anticipation des fragilités doit aller jusqu'au domicile avec de la communication/information large, de la sensibilisation/formation de tous professionnels, le déploiement de projets de dépistage, d'expertise gériatrique et l'accès à des bilans diagnostiques pluridisciplinaires.

La prévention envers les usagers et les aidants, quel que soit le lieu de vie, doit mobiliser diverses méthodes telles que l'information, l'éducation en santé et l'éducation thérapeutique du patient avec des professionnels aguerris.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Développer des projets territoriaux innovants alliant prévention et soins, par exemple sur les chutes en lien avec les filières gériatriques, acteurs du premier recours et les maisons sport santé, mais également sur d'autres sujets (iatrogénie médicamenteuse en EHPAD ou à domicile, troubles bucco-dentaires ...).
- Organiser des actions l'éducation en santé en lien avec les CDFPPA, notamment sur le risque de chute, avec les maisons sport santé auprès des usagers à domicile.
- Créer et développer des outils d'éducation en santé adaptés pour les EHPAD mais aussi pour le domicile, sur différents risques dont la chute, la dénutrition, les addictions ou encore les urgences non vitales. Faire porter des projets de prévention par des associations d'usagers.
- Pérenniser en EHPAD 13 équipes spécialisées de prévention inter-EHPAD (ESPrévE) pour accompagner les professionnels et développer la culture et les actions individuelles et collectives de prévention en faveur de la bientraitance des résidents, avec la montée en charge des thématiques proposées aux établissements.
- Déployer le programme de prévention du suicide en EHPAD via les équipes mobiles de psychogériatrie.
- Mettre en place des équipes mobiles d'hygiène.
- Déployer en région des programmes d'éducation thérapeutique ciblés sur les problématiques des personnes âgées notamment sur les maladies neurodégénératives (maladies d'Alzheimer, Parkinson et sclérose en plaques), la chute, l'ostéoporose ou la perte d'autonomie.
- Déployer à domicile l'expertise gériatrique globale - notamment en psychogériatrie - et pluridisciplinaire dans 100% du zonage de l'offre de soins.
- Déployer l'expertise médicamenteuse par les bilans de médication est progressif, à partir de dispositifs « d'aller-vers ». Les conditions du déploiement de la consultation de prévention à 65 ans (PLFSS 2023) sont attendues pour application.
- Encourager la vaccination auprès des professionnels et des usagers.
- Optimiser l'organisation du maillage régional gradué de consultations autour de centres experts des maladies neurodégénératives ou gériatriques comme celles de la chute, et développer les bilans pluridisciplinaires (dont consultations expertes, hospitalisations de jour -HDJ- de médecine) pour les personnes les plus fragiles, dont les patients « chuteurs » ou à haut risque de chute, ou présentant des troubles de la mémoire.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Les personnes de 60 ans et plus, les personnes atteintes de MND de moins de 60 ans

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels : sanitaire et médico-social

Institutionnels : conseils départementaux, régimes d'assurance maladie et retraite, DRAJES

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Feuille de route Maladies neurodégénératives, Plan antichute des personnes âgées, PNNS, feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie et stratégie nationale de prévention du suicide, stratégie nationale sport santé, plan de développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : SOUTENIR LES AIDANTS ET LES ACCOMPAGNER AU QUOTIDIEN EN RENFORCANT NOTAMMENT LA COMMUNICATION ET L'INFORMATION DU GRAND PUBLIC ET DES PROFESSIONNELS

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Afin d'améliorer le soutien apporté aux aidants, il est nécessaire de créer les conditions leur permettant de se reconnaître comme tels et de mieux identifier leurs besoins et les situations à risque dont le risque suicidaire, le plus en amont possible. Ceci passe notamment par la mise en œuvre d'évaluations spécifiques et une attention accrue de tous les professionnels à l'égard des aidants. Leur accompagnement, en cohérence avec les associations d'usagers, comprend la reconnaissance d'un droit au répit, la réorganisation, le renforcement et la diversification sur la région d'une offre de répit et d'accompagnement adaptée aux besoins, en lien avec les Départements et les CDFPPA.

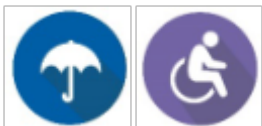
L'offre à destination des aidants s'est renforcée ces dernières années en créant de nouvelles possibilités d'aides et de financements, mais pâtit aussi en contrepartie d'une moindre lisibilité, ce qui nécessite un effort de communication et d'information supplémentaire, dans un esprit plus grand de décloisonnement.

La participation des personnes (aidants et aidés) est favorisée dans leurs divers lieux de vie (EHPAD, résidences autonomie ...) et de soins.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Déterminer et mettre en œuvre des objectifs communs avec les Conseils départementaux et les CDFPPA pour adapter une stratégie d'offre diversifiée, élaborée par département et par territoire de proximité de l'offre médico-sociale.
- Déployer des dispositifs d'accueil et de répit innovants (Accueils de jour -AJ- itinérants, Hébergements temporaires modulables -HTM-, Hébergements temporaires en sortie d'hospitalisation -HTSH-, etc.) sont déployés selon les besoins des territoires.
- Poursuivre la sensibilisation et la formation des professionnels des services et des établissements au repérage, à l'orientation et à l'accompagnement des aidants.
- Couvrir l'ensemble de la région avec les 24 plateformes d'accompagnement et de répit (PFR) en cohérence avec les territoires d'intervention des acteurs du champ des personnes âgées. Les PFR sont les portes d'entrée territoriales de l'information et de l'orientation des usagers ou des professionnels sur les actions locales d'aide aux aidants personnes âgées ou maladies neuro-dégénératives. Dans ce cadre, les PFR développent les partenariats sur leur territoire et des collaborations avec les travailleurs sociaux et les services locaux des Conseils départementaux pour l'information et l'accès aux aides financières des personnes âgées et de leurs aidants. Les PFR contribuent au renforcement de l'offre de répit à domicile et à l'organisation de séjours répit. Les PFR développent des réponses aux besoins des aidants en articulation avec les plateformes pour les aidants en situation de handicap, en particulier avec du soutien psychologique.
- Favoriser la lisibilité des dispositifs et la communication entre acteurs via des actions et outils régionaux ou locaux.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Aidants de personnes âgées de 60 ans et plus ou de MND

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels : les aidants professionnels et les aidants proches, les professionnels spécialisés dans l'aide aux aidants / institutionnels : conseils départementaux

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie nationale pour les aidants, stratégie nationale de prévention du suicide et feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : AJUSTER ET ACCOMPAGNER LA TRANSFORMATION DE L'OFFRE SUR LES TERRITOIRES SELON LES BESOINS IDENTIFIÉS

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Afin de répondre aux besoins, en lien avec les schémas départementaux, les moyens et dispositifs des filières gériatriques sont adaptés, selon le zonage de l'offre de soins et en évitant autant que faire se peut le recours aux urgences. L'offre doit être répartie équitablement sur la région et permettre l'accessibilité en proximité, notamment aux soins médicaux et de réadaptation (SMR) et unités de soins de longue durée (USLD) selon les réformes en cours ou à venir, ainsi qu'aux dispositifs médico-sociaux spécifiques. La multiplicité des nouveaux dispositifs et organisations et la transformation de l'offre nécessitent des ajustements afin de favoriser une bonne utilisation au bénéfice du patient.

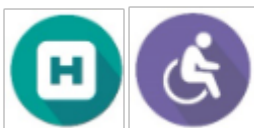
Les situations complexes (MND, psycho-gériatrie, etc.) font l'objet d'offres graduées en subsidiarité avec les DAC. Ces réponses sont organisées à domicile comme en établissement notamment pour le bon recours aux urgences, l'orthogériatrie/chute, la psychogériatrie et l'oncogériatrie, ou encore l'iatrogénie médicamenteuse. La situation des malades jeunes ou handicapés vieillissants avec des caractéristiques gériatriques -moins de 60 ans- doit être prise en compte avec des solutions plus adaptées).

Le programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC) définit de façon annuelle les priorités de financement des créations, transformations et extensions de places des ESMS dont personnes âgées.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Faciliter l'organisation hospitalière par la mise en place de dispositifs contribuant aux admissions directes et au virage ambulatoire (accès aux HDJ de médecine ou de SMR, consultations spécialisées, équipes mobiles dans les divers lieux de vie et de soins), qui permettent de mieux cibler l'hospitalisation conventionnelle et d'en limiter la saturation lors des crises locale ou régionale ou lors d'une demande en urgence. Des unités spécifiques se développent (post-urgences, péri-opératoires ...) selon les projets locaux.
- Privilégier le maintien à domicile dans le parcours de santé des personnes âgées d'un territoire (virage domiciliaire) grâce en particulier :
  - au déploiement de centres de ressources territoriaux (CRT) en visant une couverture régionale avec 15 CRT ;
  - à la restructuration des services à domicile en lien avec les Conseils départementaux, vers des services autonomie à domicile (SAD) mixtes.
- Poursuivre, en EHPAD, l'accompagnement de l'évolution des architectures et espaces (ex : tiers lieux) et la médicalisation (ex : dispositifs d'astreintes mutualisées IDE de nuit, ...).
- Poursuivre la structuration graduée de l'offre pour les MND dans une logique d'amélioration de l'orientation, de complémentarité des réponses avec la psychiatrie et d'équité territoriale, intégrant des temps de psychologues, avec :
  - des diagnostics et suivis par les centres experts, l'accès aux consultations mémoire organisées en maillage régional et complétées par les psychologues de la plateforme régionale d'expertise de ressources et d'appui à la coordination (PRERAC) MEOTIS en ville ;
  - à domicile, l'accès à des IDE de parcours complexe de la plateforme d'accompagnement, de ressources et de coordination pour la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson (PARC-SeP) ; la prise en charge des Équipes spécialisées de prévention réadaptation à domicile (ESPRAD) ou des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) ;
  - en établissements de santé, le déploiement équitable d'unités cognitivo-comportementales (UCC) selon les possibilités financières ;
  - en EHPAD ou USLD, la couverture territoriale en unités d'hébergement renforcé (UHR) et la poursuite du déploiement des pôles d'activité et de soins adaptés (PASA). L'amélioration de la qualité de l'accompagnement en EHPAD est favorisée dans les projets d'établissements avec reconnaissance d'unités de vie Alzheimer (UVA). Les équipes mobiles centre expert Parkinson (ECEPE) contribuent à l'accompagnement des parkinsoniens.
- Structurer l'offre en psychogériatrie avec des dispositifs d'« aller-vers » et/ou l'ajout de compétences spécifiques, en lien avec les offres MND et psychiatrie.
- Tester des projets innovants (articles 51 ou autres) sur des thématiques prioritaires dans les territoires, qui devront faire l'objet d'évaluation avant déploiement. Les projets article 51 sont accompagnés par l'ARS et déployés selon un process national.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Personnes de 60 ans et plus ou celles avec MND de moins de 60 ans

#### ACTEURS CONCERNES

Acteurs de santé des secteurs sanitaire et médico-social / Acteurs institutionnels : conseils départementaux

#### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Pacte de refondation des urgences, Ségur de la santé, Plan antichute des personnes âgées, Feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie

## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : AMÉLIORER L'ARTICULATION DES DISPOSITIFS ET DES ACTEURS DANS LES TERRITOIRES

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'objectif est de permettre de recueillir la meilleure adhésion de l'utilisateur en respectant ses choix et en donnant plus de place au projet personnalisé quel que soit le lieu de vie.

L'accès aux soins des usagers passe aussi par une bonne communication entre acteurs et la création des conditions pour la bonne orientation de tous. Il est nécessaire d'identifier des portes d'entrée territoriales professionnelles et/ou usagers avec une contribution des DAC, une animation territoriale structurée et lisible des filières gériatriques. Le décloisonnement entre dispositifs et acteurs doit être incité afin de favoriser le maintien à domicile et éviter le recours à l'hospitalisation injustifiée.

Dans la continuité de la procédure de labellisation des 23 filières gériatriques en 2023, le développement de ces filières sur la région vise à renforcer des accompagnements de qualité dans les territoires en favorisant l'accès à l'avis spécialisé gériatrique, en promouvant la bientraitance et, au global, en dynamisant les territoires par la mobilisation de l'ensemble des acteurs de santé. Ces filières et leur coordination permettent ainsi de favoriser la fluidité des parcours des personnes âgées en collaboration avec les disciplines où des difficultés de prises en charge ont été identifiées, notamment la psychiatrie, l'oncologie, l'orthopédie/chute et les urgences. Elles permettent de résoudre les parcours complexes en s'associant aux DAC, en particulier dans les territoires en difficulté par exemple ruraux.

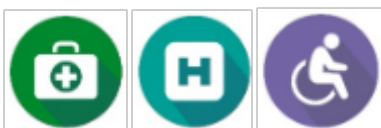
### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Améliorer l'articulation des acteurs et réunir les intervenants d'un territoire autour d'une responsabilité collective envers la population âgée, en assurant un accompagnement en santé, quel qu'il soit et en leur permettant de mieux comprendre et d'accéder à l'offre de leur territoire. Les collaborations y sont essentielles dans le cadre d'une animation territoriale portée par les coordinations gériatriques de filières. L'offre déployée doit donc correspondre à un parcours de santé structuré, de la prévention à la fin de vie, pour soutenir l'ensemble des besoins des personnes et les rendre accessibles.

Cette mise en œuvre des filières, pour être optimale, doit s'intégrer dans un maillage existant, porté à la connaissance de chacun, et nécessite de s'articuler avec les acteurs territoriaux existants dont les DAC et le premier recours, pour :

- Structurer les urgences non vitales et admissions directes dans le cadre du « Pacte de refondation des urgences » en contribuant au service d'accès aux soins (SAS).
- Accompagner des parcours thématiques et plus particulièrement les situations complexes dont en psychogériatrie, chute et/ou d'oncogériatrie.
- Augmenter la visibilité des équipes gériatriques et favoriser les collaborations et partenariats, quel que soit le statut de l'établissement.
- Développer les prises en charge sanitaires ambulatoires ou l'« aller-vers ».
- Développer des liens avec/entre les EHPAD/Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et créer une dynamique entre les divers intervenants du territoire pour une aide au déploiement de dispositifs de transformation de l'offre médico-sociale (accueil temporaire, CRT, aide à la réponse aux appels à projets ...).
- Contribuer à la montée en compétences des professionnels.
- Articuler et favoriser l'intervention de l'Hospitalisation à domicile (HAD) dans les parcours des personnes âgées.
- Développer les outils numériques et poursuivre le déploiement de la télémédecine pour favoriser l'accessibilité des soins.
- Poursuivre la mise en œuvre d'un système d'informations orienté parcours en développant les services numériques (Messagerie sécurisée en santé -MSS-, Dossier médical partagé -DMP-) et référentiels socles (Identité nationale de santé -INS-, Pro Santé Connect) via le Dossier usager informatisé.
- Redynamiser l'outil via trajectoire grand'âge dans l'objectif d'une utilisation optimale en lien avec le déploiement du Répertoire opérationnel des ressources (ROR) médico-social.
- Mettre à disposition des outils régionaux et locaux favorisant la connaissance et les échanges pour favoriser la lisibilité de l'offre.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Les personnes de 60 ans et plus, les personnes atteintes de MND de moins de 60 ans.

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels : l'ensemble des champs sanitaires, sociaux, médico-sociaux / Institutionnels : les conseils départementaux et régimes d'assurance maladie.

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Feuille de route Maladies neurodégénératives, plan antichute des personnes âgées, pacte de refondation des urgences, Ségur du numérique en santé, feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie et stratégie nationale de prévention du suicide, feuille de route HAD, plan développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024.



## OBJECTIF OPERATIONNEL 5 : ACCOMPAGNER LES EQUIPES SOIGNANTES ET LES USAGERS DANS DE NOUVELLES ORGANISATIONS EN DEVELOPPANT LA CULTURE COMMUNE ET L'INFORMATION

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'offre qui se transforme rapidement est de fait encore souvent mal utilisée et/ou mal connue et le *turn over* important des professionnels engendre des efforts nécessaires de communication/sensibilisation/formation, par territoire vers les professionnels, comme les usagers.

Il s'agit d'élaborer ou soutenir le développement de temps de formation/sensibilisation des professionnels, et en particulier interprofessionnels et territoriaux, permettant des échanges, une montée en qualité du repérage, de l'alerte, des dépistages et diagnostics, des suivis et de l'accompagnement des personnes jusqu'à la fin de vie en sachant utiliser le « bon dispositif au bon moment ».

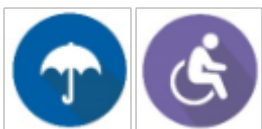
L'objectif est aussi de renforcer les compétences et accompagner de nouvelles fonctions/missions, voire de nouveaux métiers, sur le champ de la personne âgée de manière globale et sur ses spécificités (pathologies et syndromes), pour la montée en qualité des prestations et l'harmonisation des pratiques gériatriques, mais également dans le champ de l'aide aux aidants en lien avec les CDFPPA.

Le contenu de ces formations/sensibilisations régionales et interprofessionnelles est établi à partir des objectifs nationaux et des problématiques prioritaires fixés, en cohésion avec les experts régionaux, et portera notamment sur les thèmes suivants : l'accompagnement des aidants, les MND, la psycho-gériatrie, les différents syndromes gériatriques selon les priorités dont la chute, la douleur, l'hygiène, la gestion de l'urgence, la fin de vie ... Ces formations pourront aussi porter sur la dynamique du territoire et l'animation territoriale.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Faciliter la mise en place des projets et des parcours par la formation/sensibilisation des acteurs de santé en particulier du premier recours, mais l'enjeu de formation/sensibilisation d'un maximum de professionnels en région est complexe. Il est donc nécessaire de réaliser cet objectif par toute méthode permettant le plus possible une pédagogie participative, ludique et active, adaptée au domicile ou aux EHPAD.
- Accompagner usagers et/ou professionnels avec des outils, soit créés en région (ex : ASSURE, les mots de l'âge, le parcours moteur, le nutrissimo senior ...), soit qui ont fait leur preuve dans d'autres régions ; mêlant le plus possible connaissances des bonnes pratiques et de l'offre régionale disponible, utilisant des méthodes qui permettent au plus grand nombre de la recevoir (ex : méthode « train the trainer »). Ce déploiement est favorisé par le numérique, est adossé à des organisations régionales qui lui permettent d'être reproduit facilement et d'être perpétué (ex : un centre ressource, un animateur régional, une structure porteuse, une équipe dédiée ESPréVÉ ...). Il s'appuie autant que possible sur l'expertise du vécu des patients via les associations d'usagers.
- Organiser des formations/sensibilisations interprofessionnelles également sous forme de journées régionales pour les problématiques prioritaires et/ou autres formations locales dans le cadre des animations de filières pour des besoins plus ciblés sur les territoires. L'information des usagers sur les risques et les problématiques prioritaires y est aussi promue.
- Développer dans chaque territoire de filière gériatrique et de DAC, pour être au plus près des besoins locaux, la connaissance et l'information sur les dispositifs et leurs possibilités, en particulier avec une stratégie de communication et des outils spécifiques.
- Favoriser la création d'espaces d'échanges inter-professionnels et inter-champs et de retours d'expérience.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Les professionnels et usagers.

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels : l'ensemble des professionnels des champs sanitaires, sociaux, médico-sociaux, usagers / Institutionnels : Instituts de formation, organismes de formation, conseil régional, universités / centres experts des MND.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Feuille de route maladies neurodégénératives, plan antichute des personnes âgées, pacte de refondation des urgences, feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie et stratégie nationale de prévention du suicide, plan de développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024

## OBJECTIF GENERAL 14 : PROMOUVOIR DES PARCOURS DE VIE SANS RUPTURE ET L'INCLUSION DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

---

### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

A l'aune du constat de cadres d'organisation et de fonctionnement ainsi que de modalités de coopération ne permettant de répondre qu'insuffisamment à la totalité des besoins exprimés par toutes les personnes en situation de handicap, l'objectif général 6 du SRS 2018-2023 relatif à la promotion des parcours de vie sans rupture ainsi qu'à l'inclusion des personnes en situation de handicap était structuré autour de sept grands objectifs opérationnels visant à :

- se mettre collectivement en capacité de pouvoir faire à toutes les personnes en situation de handicap en ayant besoin, une proposition de réponse accompagnée en privilégiant quatre grands principes structurants : le passage d'une logique de places à une logique de réponses, la subsidiarité, la mobilisation des moyens d'accompagnement prioritairement au profit des personnes en ayant le plus besoin et l'exercice de la coresponsabilité ;
- améliorer l'effectivité de l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap ;
- soutenir et accompagner les aidants ;
- améliorer l'accès au repérage et au dépistage afin de pouvoir accompagner plus précocement les jeunes enfants présentant un risque de handicap dans un objectif de prévention optimale du développement des troubles ;
- rendre effective l'inscription de tous les enfants en situation de handicap dans un parcours de scolarisation et de vie sans rupture ;
- adapter et/ou développer l'offre d'accompagnement en établissements aux besoins des adultes en situation de handicap ;
- soutenir le choix des adultes en situation de handicap de vivre en milieu ordinaire.

Centré prioritairement sur l'inclusion, le déploiement de ces objectifs a permis la réalisation au cours des cinq dernières années de progrès significatifs en ce qui concerne notamment l'adaptation et le développement des modalités d'accompagnement et de prises en charge, l'amélioration de l'accès au repérage et de l'accès aux soins ainsi que le soutien et l'accompagnement des aidants et la promotion de la pair-aidance.

Il n'en demeure pas moins qu'en considération de l'évolution des besoins et des attentes des personnes (enfants ou adultes), les efforts engagés nécessitent, d'une part, d'être poursuivis (voire même renforcés pour certains d'entre eux), et que, d'autre part, de nouveaux enjeux nécessitent d'être pris en considération.

Au titre des problématiques prioritaires identifiées dans le cadre des temps d'échanges et de concertation préparatoires à l'élaboration du SRS 2023-2028 comme nécessitant désormais une attention spécifique figurent notamment :

- le manque de données fiables et partagées permettant d'identifier précisément la nature et l'état actualisé des besoins des personnes au sein de chaque territoire de proximité médico-social ;
- la nécessité de poursuivre la structuration et le déploiement d'actions ciblées et adaptées en matière de prévention, de dépistage et d'accès aux soins au bénéfice des personnes en situation de handicap ;
- les difficultés parfois encore persistantes en matière d'accès au repérage des enfants ainsi qu'à l'accompagnement précoce ;
- le besoin d'offres d'accompagnement alternatifs situés entre le « tout établissement » et le « tout domicile », à l'aune des nouvelles aspirations exprimées par les adultes.

Au titre des nouveaux enjeux nécessitant en outre d'être pris également en considération ont été identifiés :

- la nécessité de s'inscrire dans une démarche citoyenne permettant davantage l'expression de la parole des personnes concernées et de leur famille, ainsi que le développement de leur autodétermination et de leur pouvoir d'agir ;
- l'opportunité de pouvoir bénéficier d'un plan d'attractivité des métiers du médico-social afin de pouvoir répondre aux difficultés de recrutements de professionnels auxquelles sont confrontés les établissements et services.

En conséquence, l'accent devra être porté prioritairement pour les cinq années à venir, dans le cadre de la poursuite des grands objectifs opérationnels du SRS 2018-2023 centrés sur l'inclusion, et en pleine cohérence avec les orientations stratégiques fixées lors de la conférence nationale du handicap, ainsi qu'avec les mesures annoncées en comités interministériels du handicap, sur :

- La santé et la prévention, avec une accélération du virage préventif du système de santé, en agissant dans le quotidien des personnes en situation de handicap tout au long de leur vie.
- La poursuite et le soutien de l'effort engagé en matière de structuration au sein des territoires des différents professionnels permettant aux familles d'accéder à un repérage ainsi qu'à un accompagnement précoce de leurs enfants.
- Le soutien à l'école inclusive et à la transformation de l'école pour une scolarisation de tous les élèves en situation de handicap.
- L'accès à la connaissance des personnes ainsi qu'à une plus grande lisibilité en ce qui concerne l'offre d'accompagnement existante au sein de chaque territoire, dans un objectif d'accessibilité et de simplification accrues.
- L'autodétermination des personnes et la promotion du développement de leur pouvoir d'agir.
- L'identification et l'objectivation des besoins évolutifs des personnes au sein de chaque territoire.
- L'accompagnement du virage domiciliaire.
- La poursuite de l'adaptation de l'offre d'accompagnement en établissements aux spécificités des besoins et des attentes des personnes en fonction de leurs handicaps ainsi qu'en fonction de l'évolution des besoins liée à leur vieillissement.
- L'accès à l'emploi des adultes.
- La pérennisation du déploiement régional des grandes orientations de la stratégie nationale relative aux aidants, avec un accent mis sur la généralisation des solutions de répit et de relaying à domicile.

La réussite des objectifs nécessitera l'inscription de l'ensemble des partenaires institutionnels dans des relations étroites visant à la co-construction de solutions avec, au premier rang d'entre eux, les Conseils départementaux dans le cadre du déploiement territorial de la cinquième branche de la sécurité sociale, ainsi que les services de l'Éducation nationale, dans le cadre de la construction de l'école inclusive.

Cette réussite sera par ailleurs conditionnée au fait, d'une part, de pouvoir disposer au sein des territoires de véritables diagnostics territoriaux partagés relatifs à l'adéquation entre les besoins effectifs des personnes et l'état de l'offre d'accompagnement proposée, et d'autre part, à la capacité de se donner les moyens d'évaluer les nouvelles solutions proposées ainsi que les nouvelles modalités d'accompagnement offertes afin de s'assurer qu'elles répondent bien aux besoins ainsi qu'aux attentes exprimés.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1 - DÉPLOYER DES REPONSES EN CORRELATION AVEC LES BESOINS IDENTIFIES

2 - AMELIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

3 - SOUTENIR ET ACCOMPAGNER LES AIDANTS DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET PROMOUVOIR LA PAIR-AIDANCE

4 - AMELIORER L'ACCES AU REPERAGE ET AU DEPISTAGE DANS UN OBJECTIF D'ACCOMPAGNEMENT PRECOCE ET PERMETTRE L'INSCRIPTION DE TOUS LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP DANS UN PARCOURS DE SCOLARISATION ET DE VIE SANS RUPTURE

5 - ADAPTER ET/OU DÉVELOPPER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT EN ÉTABLISSEMENTS AUX BESOINS DES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP ET SOUTENIR LE CHOIX DE CEUX QUI SOUHAITENT VIVRE EN MILIEU ORDINAIRE

#### LIENS AVEC LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »

Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »

Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »

Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »

Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer »

Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies - PRAPS »

Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »

Objectif général 12 « Promouvoir la santé des jeunes »

Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »

Objectif général 18 « Mener à bien la modernisation des établissements de santé et médico-sociaux notamment en mobilisant les investissements »

Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »

Objectif général 22 « Faire alliance avec les partenaires pour la prévention et l'attractivité des métiers »

Objectif général 23 « Poursuivre la dynamique transfrontalière pour l'accès à des soins de qualité »

Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie en santé »

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : DÉPLOYER DES REPONSES EN CORRELATION AVEC LES BESOINS IDENTIFIES

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

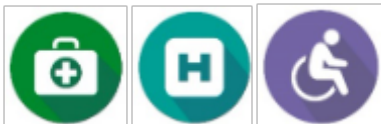
La structuration de la démarche « une réponse accompagnées pour tous » dans les Hauts-de-France a permis de renforcer le partenariat entre les institutions et les professionnels pour la recherche de réponses adaptées aux personnes sans solution d'accompagnement.

Le déploiement du système d'information de suivi des orientations des commissions des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH) « ViaTrajectoire PH » au sein des cinq départements a notamment constitué un des objectifs prioritaires du schéma régional de santé 2018-2023, à l'instar de l'effort réalisé en matière de déploiement d'une offre de solutions et de prestations diversifiées et graduées au sein des territoires. Pour autant, les modalités d'accompagnement demeurent encore trop dépendantes de l'offre de prise en charge existante et les partenaires manquent toujours de données suffisamment fiables et partagées relatives à la nature des besoins des personnes. En conséquence, il importe désormais, au-delà du développement quantitatif de l'offre, de se doter des moyens à même de déployer des réponses véritablement en corrélation avec les besoins identifiés et au plus près des attentes des personnes.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Disposer d'une connaissance objectivée du recours à l'offre, des besoins d'accompagnement et de solutions selon les types de déficiences au sein des territoires en se donnant les moyens de faire de l'outil ViaTrajectoire PH un véritable levier de planification et de programmation de solutions nouvelles d'accompagnement ainsi que d'adaptation de l'offre d'accompagnement existante.
- Partager cette connaissance des besoins avec les partenaires institutionnels (Conseils départementaux, MDPH, Éducation Nationale, CPAM) ainsi qu'avec les organismes gestionnaires d'établissements et services médico-sociaux dans le cadre de l'élaboration de diagnostics territoriaux partagés permettant de mettre en perspective au sein de chaque territoire les besoins identifiés avec l'offre d'accompagnement existante, sur le fondement desquels pourront être élaborés des plans d'adaptation et de transformation de l'offre pluriannuels (susceptibles d'être révisés en fonction de l'évolution des besoins, des capacités à adapter le milieu ordinaire et des attentes des personnes).
- Promouvoir l'autodétermination des personnes en situation de handicap en pérennisant notamment l'expérimentation EPOP visant à systématiser le recours aux savoirs expérientiels, ainsi qu'en déployant dans toute la région de nouveaux professionnels regroupés sous la dénomination de « facilitateurs » dont la mission consiste principalement à se positionner aux côtés des personnes pour renforcer leur capacité à formuler leurs envies et leurs souhaits, à être actrices de leurs choix de vie, ainsi qu'à exercer leur pouvoir d'agir.
- Poursuivre et continuer de renforcer la coordination et l'articulation des professionnels, initiée dans le cadre de l'installation dans les départements des Communautés 360.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Personnes en situation de handicap, jeunes ou adultes

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels : gestionnaires et professionnels des champs sanitaire et médico-social, centres ressource, Équipes relais handicaps rares

Institutionnels : Conseils départementaux, Éducation Nationale, MDPH, OPCO

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Orientations de la Conférence nationale du handicap (CNH) / Décisions du Comité interministériel du handicap (CIH) / Stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale / Démarche nationale « une Réponse accompagnée pour tous » (RAPT) / Stratégie nationale autisme au sein des TND / Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : AMELIORER L'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'accès à la prévention et aux soins demeure encore parfois trop complexe pour certaines personnes en situation de handicap ainsi que pour leurs aidants. Dans le cadre du premier SRS, de nombreuses actions ont pu être déployées, notamment pour :

- améliorer leur accès aux informations et aux outils permettant de mieux comprendre le soin (préparation aux examens, consultations ou hospitalisations) et de pouvoir repérer, afin de pouvoir y avoir accès, les dispositifs de prise en charge (mise en ligne du site handisoins.fr disposant d'une interface dédiée aux personnes concernées ainsi qu'à leurs aidants -site adapté aux différents types de handicap et accessible en Facile à lire et à comprendre (FALC) et en audiodescription- ainsi que d'une interface dédiée aux professionnels) ;
- proposer une offre de soins accessible et graduée en fonction des besoins : déploiement d'actions de sensibilisation et de formation des professionnels de santé libéraux aux besoins des personnes en situation de handicap en fonction de leurs troubles, soutien au déploiement du réseau Handident dans le domaine de l'accès à la prévention et aux soins bucco-dentaires, installation de six dispositifs de consultations dédiées en établissement de santé pour les personnes les plus lourdement handicapées et éloignées du soin.

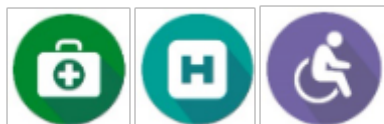
Il importe désormais de poursuivre les efforts en matière d'accès à l'information et à l'offre de santé. En ce qui concerne la santé sexuelle, la région dispose désormais d'un centre ressource dédié à la vie affective, intime, sexuelle et parentale des personnes en situation de handicap (Intimagir) ainsi que de l'expérience acquise dans le cadre de l'initiation d'actions ciblées en matière de prévention et de dépistage du cancer, mais celles-ci demeurent encore trop éparées et nécessitent d'être généralisées. Il convient à ce titre de :

- Promouvoir l'offre de prévention à destination des personnes en situation de handicap.
- Développer et accompagner des actions de prévention ciblées (concernant par exemple les conduites addictives, la vaccination, les dépistages des cancers, l'activité physique adaptée...) dans le cadre de la stratégie nationale de santé et du « virage préventif ».
- Accompagner l'autonomisation des structures d'accompagnement et de prise en charge dans le déploiement d'actions de prévention promotion de la santé, en lien avec les offreurs de prévention promotion de la santé.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Promouvoir et soutenir le déploiement de dispositifs d'appui à la parentalité des adultes en situation de handicap, depuis le désir d'enfant jusqu'à la majorité des enfants.
- Suivre et piloter l'activité des dispositifs de consultations dédiées en veillant notamment à l'accessibilité dans des délais satisfaisants aux bilans somatiques complets.
- Poursuivre et développer les actions déployées dans le cadre du centre ressource régional Intimagir, notamment celles portant sur les problématiques liées au consentement, aux violences ou à la contraception.
- Renforcer le numérique au service de l'accès à la santé des personnes en situation de handicap en prenant en compte le défi de l'illectronisme.
- Déployer en région des outils de communication adaptés aux personnes en situation de handicap.
- Intégrer un volet prévention au sein du site handisoins.
- Intégrer des objectifs relatifs à la prévention dans le cadre des CPOM négociés avec les organismes gestionnaires d'ESMS PH.
- Soutenir le développement des compétences des professionnels des ESMS afin qu'ils puissent être en capacité de déployer en autonomie des actions de prévention promotion de la santé.
- Augmenter de manière significative les taux de vaccination et de participation aux dépistages organisés chez les personnes en situation de handicap.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Acteurs du champ du handicap (organismes gestionnaires, établissements, services ...), établissements de santé, MSP, professionnels de santé libéraux, acteurs du champ de la prévention ...

### ACTEURS CONCERNES

Acteurs du champ du handicap (organismes gestionnaires, établissements, services...), établissements de santé, MSP, communautés 360, professionnels de santé libéraux, acteurs du champ de la prévention ...

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

PRAPS PH de la région Hauts-de-France / Charte Romain Jacob / Orientations de la CNH / Décisions du CIH / Démarche nationale RAPT / Stratégie nationale autisme au sein des TND / Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares /RBPP HAS

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : SOUTENIR ET ACCOMPAGNER LES AIDANTS DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP ET PROMOUVOIR LA PAIR-AIDANCE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Être attentif à la place des aidants des personnes en situation de handicap, les soutenir et les accompagner au quotidien, au même titre que promouvoir la pair-aidance, participent pleinement de la réflexion relative à l'amélioration des modalités d'accompagnement des personnes aidées. Stress, isolement social et fatigue sont susceptibles d'entraîner effectivement un épuisement de l'aidant, préjudiciable à sa qualité de vie, à son bien-être et plus globalement à sa santé, mais également à la qualité de sa relation avec le proche aidé.

C'est dans cet objectif que l'ARS Hauts-de-France a fait le choix volontariste d'autoriser et de financer vingt-trois plateformes d'accompagnement et de répit pour les aidants de personnes en situation de handicap (PFR) desservant l'ensemble de la région et ayant pour missions principales :

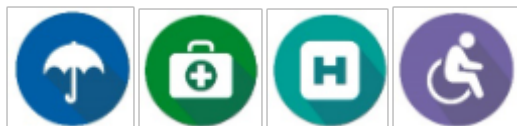
- l'accueil, l'information, le conseil et l'accès aux droits du couple « aidant/aidé » ;
- des prestations d'écoute et de soutien individuels dispensées par des professionnels formés à l'écoute ;
- des prestations de soutien psychologique ;
- des activités collectives favorisant le maintien du lien social du proche aidant et/ou du couple « aidant-aidé » ainsi que la lutte contre l'isolement ;
- la promotion de l'accès aux loisirs ainsi qu'aux vacances ;
- les prestations d'accès au répit, comprenant notamment des prestations de professionnels au domicile des personnes et du relayage permettant à l'aidant de s'absenter jusqu'à plusieurs jours consécutifs si besoin.

Il importe désormais d'accompagner et de suivre la « montée en charge » des PFR afin de s'assurer qu'elles puissent répondre au mieux aux besoins et aux attentes du couple « aidant-aidé » ainsi que, plus globalement, de faciliter l'accès aux solutions de répit et de relayage à domicile, ainsi qu'à la pair-aidance sur l'ensemble du territoire régional. Le soutien au déploiement des formations de « patients experts » et le renforcement de la place des associations de patients et patients intervenants dans les dispositifs de soins (en particulier au sein des programmes d'éducation thérapeutique du patient) contribueront également à l'atteinte de cet objectif.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Piloter et assurer le suivi de l'activité des PFR pour aidants de personnes en situation de handicap dans un objectif de mutualisations et de convergence avec les PFR pour personnes âgées, sous l'égide de la fédération régionale des PFR ;
- Poursuivre le déploiement au sein de tous les départements d'une offre d'accueil séquentiel pour enfants, accessible pendant les week-ends et les vacances scolaires.
- Analyser le niveau de satisfaction aux besoins des accueils de jour et des hébergements temporaires existants, et engager, en tant que de besoin, une recomposition de l'offre existante dans un souci d'égal accès et de diversification de l'offre de répit existante sur tous les territoires.
- Continuer la promotion et le soutien à la pair-aidance (accompagnement des groupes d'entraide mutuelle -GEM-, financement de groupes de paroles pour aidants/familles de personnes en situation de handicap psychique).
- Accroître le nombre de patients experts formés en région : se fixer comme objectif de tendre vers 70% des équipes d'ETP assurant la prise en charge de pathologies pouvant générer un handicap (pathologies psychiatriques, maladies neuro-génératives, TSA, maladies rares notamment) intégrant un patient intervenant formé.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Adultes et enfants en situation de handicap et leurs aidants

### ACTEURS CONCERNES

Conseils départementaux, MDPH, Conseil régional, organismes gestionnaires, centres ressources, organismes de formation, professionnels de 1er recours et de soins en ville, PFR

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Orientations de la CNH / Décisions du CIH / Stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale / Démarche nationale RAPT / Stratégie nationale autisme au sein des troubles du neuro-développement / Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares / stratégie nationale pluriannuelle pour les aidants

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : AMELIORER L'ACCES AU REPERAGE ET AU DEPISTAGE DANS UN OBJECTIF D'ACCOMPAGNEMENT PRECOCE ET PERMETTRE L'INSCRIPTION DE TOUS LES ENFANTS EN SITUATION DE HANDICAP DANS UN PARCOURS DE SCOLARISATION ET DE VIE SANS RUPTURE

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'installation de huit plateformes de coordination et d'orientation (PCO) 0-6 ans couvrant toute la région constitue une avancée importante en matière de structuration et d'organisation des modalités de repérage et d'accompagnement précoces des jeunes enfants identifiés comme susceptibles de présenter des troubles du neuro-développement.

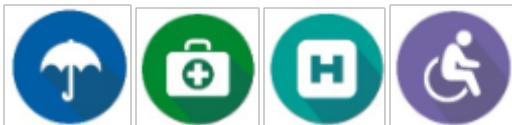
Le déploiement, notamment, d'une offre de services intervenant « en milieu ordinaire » à l'instar des Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD), des 24 équipes mobiles d'appui médico-social à la scolarisation (EMAS) couvrant la totalité des bassins d'éducation et de formation, ou encore des 230 places d'unités d'Enseignement en maternelle autisme (UEMA), d'unités d'enseignement élémentaire autisme (UEEA) et de dispositifs d'autorégulation (DAR) a contribué à fluidifier les parcours de scolarisation au cours des cinq dernières années.

Il n'en demeure pas moins que trop de familles peinent encore à disposer de diagnostics et d'accompagnements précoces ainsi que de réponses véritablement adaptées aux besoins de leurs enfants. Il importe en conséquence de poursuivre et d'étendre l'effort engagé en matière d'accès au repérage ainsi qu'à l'accompagnement précoces et de continuer de développer des modalités d'accompagnement adaptées, au service de parcours de scolarisation et de vie sans rupture.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Poursuivre l'effort de formation, de structuration et d'articulation de l'ensemble des professionnels intervenant au sein des territoires en permettant à au moins 80 % des enfants de bénéficier d'un bilan de santé en école maternelle ainsi qu'en poursuivant le développement de l'activité des PCO 0-6 ans ainsi qu'en installant des PCO 7-12 ans.
- Permettre la solvabilisation des familles via la montée en charge de l'octroi de « forfaits accompagnement précoce ».
- Soutenir les professionnels « de seconde ligne » (acteurs du diagnostic dit « simple » pour les distinguer des centres ressources ou des centres de référence, ainsi que de l'accompagnement précoce) en renforçant leurs capacités d'intervention : renforcement financier des centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et des centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) dans une logique de rééquilibrage territorial de l'offre et de réduction des délais d'accès aux accompagnements.
- Développer les structures d'aval : poursuite de l'autorisation de places de SESSAD supplémentaires, incitation au fonctionnement en mode dispositif médico éducatif (DIME) pour plus de souplesse et de réactivité en matière de réponse.
- Conforter le développement des unités d'enseignement dédiées précitées (UEMA, UEEA et DAR) mais également des unités d'enseignements pour enfants polyhandicapés.
- Faire de la réduction du nombre d'adultes maintenus en établissement pour enfant faute de place adéquate en établissement ou service pour adulte (dits « amendements Creton ») une priorité.
- Accorder une attention particulière aux enfants « à double vulnérabilité » (enfants de l'ASE en situation de handicap).
- Favoriser le développement d'offres de solutions nouvelles dans une logique de promotion de l'école inclusive.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Enfants 0-20 ans à risque de handicap

### ACTEURS CONCERNES

Conseils départementaux (notamment PMI), MDPH, Éducation Nationale, centres ressource, ensemble des acteurs intervenant dans le champ de la petite enfance (sanitaire, social, médico-social), professionnels libéraux, Équipe relais handicaps rares, OPCO, usagers et leurs aidants

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Orientations de la CNH / Décisions du CIH / Stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale / Démarche nationale RAPT / Stratégie nationale autisme au sein des TND 2023 -2028 / Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares 2021-2025



---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 5 : ADAPTER ET/OU DÉVELOPPER L'OFFRE D'ACCOMPAGNEMENT EN ÉTABLISSEMENTS AUX BESOINS DES ADULTES EN SITUATION DE HANDICAP ET SOUTENIR LE CHOIX DE CEUX QUI SOUHAITENT VIVRE EN MILIEU ORDINAIRE

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les cinq premières années du PRS 2018-2028 ont permis un développement significatif de l'offre d'accompagnement pour adultes en situation de handicap, aussi bien quantitativement (le déploiement du plan régional de prévention des départs non souhaités vers la Belgique, doté de 26,55 M€, a permis la création de 634 places nouvelles pour adultes, dont 221 places en établissements et 413 concernant des services ou des dispositifs) que qualitativement (création de dispositifs innovants visant à permettre à des personnes lourdement handicapées de pouvoir revenir, ou, rester vivre « à domicile » à l'instar des dispositifs d'accompagnement et de soins en milieu ordinaire (DASMO), des unités d'accompagnement et de soutien à domicile pour personnes handicapées psychiques (UAS), des maisons d'accueil spécialisées (MAS) à domicile, des foyers d'accueil médicalisés (FAM) externalisés, ou de la soixantaine de projets financés au bénéfice de 389 personnes dans le cadre de l'accès à l'habitat inclusif.

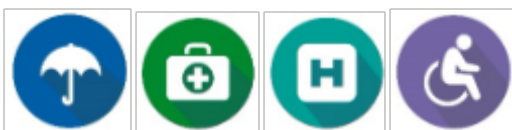
Pour autant, de nombreuses personnes demeurent encore aujourd'hui sans solution adaptée à leurs besoins et le paradoxe réside dans le fait que, sur certains territoires, certaines d'entre elles figurent parfois sur liste d'attente pour intégrer un établissement alors qu'au même moment, d'autres y sont hébergées ou accueillies « par défaut » car souhaitant pouvoir vivre « en milieu ordinaire » sans le pouvoir, faute d'une offre de services ou de solutions suffisamment étayées.

Il importe en conséquence de poursuivre l'adaptation et/ou le développement à la fois de l'offre d'accompagnement « à domicile » et en établissement, afin de permettre d'apporter une réponse adaptée aux besoins de tous.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Poursuivre le développement et l'adaptation de l'offre d'accompagnement pour adultes dans la perspective de pouvoir disposer au sein de chaque département d'une palette de réponses et de solutions diversifiées et graduées entre le « tout domicile » et le « tout établissement ».
- Poursuivre l'augmentation du nombre de bénéficiaires des six plateformes d'emploi accompagné.
- Mettre en œuvre le plan de transformation des ESAT (notamment le renforcement des droits des travailleurs ainsi que les dynamiques de parcours et d'inclusion professionnelle de l'ESAT vers le milieu ordinaire ou à l'intérieur de l'ESAT).
- Adapter l'offre d'accompagnement en établissement aux spécificités des besoins en fonction des différents types de handicaps (handicap psychique, polyhandicap, troubles du spectre de l'autisme -TSA-, troubles sensoriels, troubles sévères du comportement ...).
- Renforcer l'offre de solutions adaptées à l'accompagnement des personnes vieillissantes en établissement.
- Généraliser le repérage des adultes avec TSA dans les établissements de santé ainsi que dans les ESMS polyvalents.
- Développer une offre d'ETP couvrant l'ensemble du territoire régional, sur le champ du handicap psychique et des TSA.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Adultes en situation de handicap orientés vers ou accompagnés par un établissement médico-social ou sanitaire

### ACTEURS CONCERNES

Conseils départementaux / MDPH / gestionnaires et professionnels des champs sanitaires et médico-sociaux / centres ressource / Équipe relais handicaps rares / OPCO / usagers et leurs aidants

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Orientations de la CNH / Décisions du CIH / Stratégie quinquennale d'évolution de l'offre médico-sociale / Démarche nationale RAPT / Stratégie nationale autisme au sein des TDN / Schéma national d'organisation sociale et médico-sociale pour les handicaps rares / Plan de transformation des ESAT au bénéfice de tous

## **ORIENTATION STRATEGIQUE 4 : ASSURER L'ACCES A LA SANTE DANS LES TERRITOIRES**

---

## OBJECTIF GENERAL 15 : GARANTIR L'ACCES AUX PROFESSIONNELS DE SANTE DANS LES TERRITOIRES



### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

Si la région affiche une densité moyenne de professionnels de santé légèrement en retrait des moyennes nationales, les disparités intra-régionales sont parfois très importantes. Cette situation ne permet pas un accès équitable aux soins pour l'ensemble du territoire. Les différences entre départements laissent entrevoir des niveaux de consommation hétérogènes, dus essentiellement à l'urbanisation ou à la ruralité des bassins de vie et à la densité de professionnels de santé de ces territoires.

Les principaux constats sont :

- une population vieillissante et une évolution importante du nombre de personnes âgées dépendantes nécessitant plus de soins et de soutien à domicile ;
- une nécessaire évolution des prises en charge hospitalières vers le virage ambulatoire et les soins de proximité s'y rattachant ;
- un choc démographique pour les professions médicales avec notamment près de la moitié des médecins généralistes libéraux âgés de 55 ans ou plus. Eu égard à cette pyramide des âges et au nombre de professionnels nouvellement diplômés chaque année, il est démontré que le nombre de professionnels médicaux en exercice continuera de diminuer jusqu'en 2030. Selon les spécialités, la remontée des courbes pourrait prendre 10 à 20 ans ;
- les difficultés d'accès aux professionnels compliquent la mise en œuvre des parcours de santé qui sont une nécessité pour les malades chroniques, mais aussi la mise en œuvre d'une prévention précoce ;
- une forte pression sur les professionnels de santé nécessitant des actions contribuant à la qualité de vie au travail.

La transformation et l'adaptation du système de santé pour répondre aux enjeux épidémiologiques et démographiques de la région passent par l'appui aux professionnels de santé et à leurs initiatives pour renforcer le décloisonnement, les coopérations pluridisciplinaires en lien avec les soins de proximité, de référence et de recours.

Au vu du diagnostic présenté, il apparaît nécessaire de travailler dans une approche globale et transversale, mobilisant les leviers de la formation, comme moyen de recomposition de l'offre et de meilleure répartition des professionnels. Il apparaît également impératif d'investir durablement dans les territoires sous-denses afin de leur redonner une capacité d'attractivité.

La mise en œuvre de cet objectif nécessitera une capacité d'évaluation continue de nos actions. Il apparaît ainsi essentiel de se doter des moyens de « prédiction » démographique, permettant de disposer, par profession et par territoire, d'une projection de cette densité à 10, 15 et 20 ans (prise en compte de la pyramide des âges ; du nombre de professionnels de santé diplômés par an (en prenant en considération le taux de fuite) ; de l'évolution des pratiques professionnelles. Cet outil doit être utilisé pour évaluer la réalité des dispositifs mentionnés dans le présent objectif. Ces résultats devront être rendus publics afin d'informer les citoyens de la situation dans chaque territoire.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - ADAPTER NOTRE OFFRE DE FORMATION PARAMEDICALE AUX BESOINS DES TERRITOIRES
- 2 - MOBILISER LE LEVIER DE LA FORMATION MEDICALE DANS UN OBJECTIF DE RECOMPOSITION DE L'OFFRE DE SOINS
- 3 - RENFORCER L'ATTRAIT DES TERRITOIRES SOUS-DENSES AUPRES DES ETUDIANTS EN SANTE AINSI QUE L'ACCES DES ELEVES DESDITS TERRITOIRES AUX ETUDES DE SANTE
- 4 - DONNER AUX TERRITOIRES SOUS-DENSES LA CAPACITE D'ATTIRER DE NOUVEAUX PROFESSIONNELS DE SANTE
- 5 - REDONNER DU TEMPS MEDICAL AUX MEDECINS
- 6 – RENFORCER L'ATTRACTIVITE ET LA QUALITE DE VIE EN ETABLISSEMENTS DE SANTE ET EN STRUCTURE MEDICO-SOCIALE

#### LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

- Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »
- Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »
- Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »
- Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »
- Objectif général 6 « Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères »
- Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer »
- Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies - PRAPS »
- Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »
- Objectif général 16 « Garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences »
- Objectif général 18 « Mener à bien la modernisation des établissements de santé et médico-sociaux notamment en mobilisant les investissements »
- Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : ADAPTER NOTRE OFFRE DE FORMATION PARAMEDICALE AUX BESOINS DES TERRITOIRES

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La région Hauts-de-France a la chance de pouvoir s'appuyer sur un important maillage territorial des instituts de formation paramédicaux. Les quatre dernières années ont ainsi vu le nombre de places proposées dans ces instituts augmenter : 3 937 places à ce jour proposées en institut de formation en soins infirmiers contre 3 655 en 2019 ; 2 376 places proposées en institut de formation d'aides-soignants, contre 2 094 en 2020. Cette offre de formation doit continuer à s'adapter afin de prendre en compte l'évolution des attentes des employeurs et la transformation des métiers et ainsi être en adéquation continue avec les besoins des territoires.

#### **Augmentation des capacités de formation**

Déjà engagé en région depuis 2019 en lien étroit avec le Conseil régional dans le cadre du schéma régional des formations sanitaires et sociales, cet accroissement va encore s'accroître dans les 5 prochaines années :

- une priorité sera donnée à la bonne complétude de l'offre de formation actuelle et au déploiement de l'apprentissage, dont le développement fera l'objet d'un accompagnement continu de l'agence (avec une priorité donnée, dans le respect de la réglementation, aux formations d'aide-soignant, d'auxiliaire de puériculture et d'infirmier de bloc opératoire). La démarche est d'ailleurs pleinement engagée, notamment à travers la création par le rectorat d'antennes de formation dédiées à la formation d'aide-soignant via l'apprentissage au sein des zones en forte tension de recrutement (Hirson, Ham, Méru, Estaires) ;
- des augmentations de places seront également soutenues en lien avec le Conseil régional et l'Éducation nationale, avec une priorité sur les manipulateurs radio, en lien avec le déploiement de nouveaux équipements matériels lourds en région.

#### **Assurer une formation de qualité et renforcée**

L'augmentation des capacités de formation nécessite par ailleurs de sécuriser les parcours de formation. A ce titre l'ARS s'engage à :

- développer et financer des coordonnateurs de stages, dédiés à l'augmentation quantitative et qualitative de l'offre de stage ;
- objectiver et résoudre les problématiques d'interruption de formation en cours de cursus, en isolant sur cette base un plan d'action ;
- poursuivre l'universitarisation des formations sociales et paramédicales ;
- promouvoir la validation des acquis de l'expérience (VAE) et la qualification des professionnels en poste.

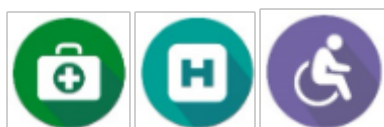
#### **Accompagnement et développement des professionnels souhaitant se former à la pratique avancée**

Depuis 2018, l'ARS accompagne financièrement la formation des infirmiers en pratique avancée (IPA). Fort de 83 diplômés en région, l'ARS souhaite promouvoir le dispositif en capitalisant sur les premières installations (en structures de premier recours ou en structures hospitalières) et ainsi impulser de nouveaux modèles de prise en charge.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Augmenter le nombre de professionnels diplômés chaque année, notamment via l'apprentissage et la VAE.
- S'assurer d'une répartition des nouvelles offres de formations sur les territoires au regard des tensions démographiques / besoins de recrutement aigus.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Universités / instituts de formation / étudiants / structures d'exercice coordonné, établissements de santé et structures médico-sociales (en tant que lieu de stage)

### ACTEURS CONCERNES

offre de soins ambulatoire / structures sanitaires et médico-sociales / universités / instituts de formation / rectorat / DREETS / conseil régional / Pôle Emploi / URPS / Fédérations hospitalières / ordres professionnels

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

/

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : MOBILISER LE LEVIER DE LA FORMATION MEDICALE POUR SOUTENIR L'ACCES AUX SOINS

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Entre 2016 et 2023, le nombre d'étudiants admis en 1<sup>ère</sup> année d'étude de médecine a augmenté, passant de 759 étudiants à 886, soit une évolution de +16,73%. Cela se traduit mécaniquement par une augmentation du nombre d'externes et se traduira par une évolution du nombre d'internes à répartir. Il convient d'utiliser ce levier comme outil de re-densification des territoires sous denses.

#### **Renforcement du nombre de maîtres de stages des universités (MSU)**

Les MSU sont des médecins généralistes, agréés et formés par l'université, qui accueillent des étudiants en 2<sup>ème</sup> cycle ou des internes. A l'aune de la création d'une 4<sup>ème</sup> année d'internat en médecine générale, l'ARS a la volonté de poursuivre les dispositifs facilitant incitant les médecins en exercice à s'inscrire dans cette démarche. L'objectif de l'ARS et des facultés est ainsi d'accroître le nombre de MSU, principalement dans les zones à faible densité médicale et au sein des structures d'exercice coordonné afin de sensibiliser les étudiants au travail en équipe (et ce, eu égard au lien établi entre la présence de MSU, la réalisation de stages et la re-densification des territoires).

#### **Accroître le nombre de MSP universitaires**

Ces structures, au nombre de deux à ce jour, visent à développer la formation et la recherche en soins primaires. Elles traduisent une universitarisation du territoire sur le premier recours.

#### **Accroître le nombre d'internes en établissement public de santé périphérique**

Les maquettes de la plupart des diplômes d'études spécialisées (DES) imposent un nombre de stages avec encadrement universitaire ; la répartition des internes entre les territoires en est directement impactée. Il est toutefois nécessaire de mobiliser les marges de manœuvre pour élargir le spectre des stages dits universitaires dans une perspective d'augmentation du nombre d'internes présents dans les établissements hors CHU pour qu'ils envisagent ces établissements comme de futurs lieux d'exercice au moment de la diplomation.

#### **Renforcement du post internat**

Le post internat permet d'enrichir les capacités d'enseignement et de recherche de la région et participe à fidéliser les praticiens à la région et plus particulièrement à leur établissement. L'ambition de l'agence vise à poursuivre :

- le développement des assistants universitaires de médecine générale (AUMG), permettant de renforcer la filière universitaire de médecine générale ;
- l'accompagnement des assistants à temps partagé, en adaptant, en lien avec le Conseil régional et les universités, les modalités de promotion et de valorisation aux nouvelles réalités induites par la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

En spécialité de médecine générale :

- augmenter le nombre d'internes répartis en zones sous denses (en référence au zonage de médecine générale).

Dans les autres spécialités :

- sous réserve d'une augmentation du nombre d'internes à répartir, améliorer la répartition des internes au bénéfice des établissements dits périphériques.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Internes / Professionnels de santé

### ACTEURS CONCERNES

offre de soins ambulatoire / structures sanitaires et médico-sociales / universités (notamment les départements de médecine générale) / collèges des enseignants de médecine générale / conseil régional.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

/

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : RENFORCER L'ATTRAIT DES TERRITOIRES SOUS-DENSES AUPRES DES ETUDIANTS EN SANTE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Au-delà du fait de proposer des offres de stages en zones sous denses, encore faut-il permettre aux étudiants de connaître ces territoires et de faciliter leur venue. Par ailleurs, s'il est nécessaire de rendre plus attractifs les territoires auprès des étudiants, il est également tout aussi opportun d'accompagner les jeunes de ces territoires vers des études en santé. Cela constitue un investissement pour l'avenir.

#### Faciliter la venue des stagiaires en étude de santé sur le territoire :

- planifier des journées d'accueil des internes et étudiants ;
- proposer des solutions d'accompagnement logistiques pour les étudiants de santé en renforçant notamment l'offre d'hébergement, en lien avec les universités, les Centres régionaux des œuvres universitaires et scolaires (CROUS) et le rectorat.

#### Développement des filières d'excellence / cordées de la réussite

Le dispositif filière d'excellence a pour ambition d'accompagner les lycéens originaires de territoires prioritaires à réussir leur entrée en étude de santé (médecine, odontologie, maïeutique, pharmacie, masso-kinésithérapie). L'expérience montre en effet qu'il est plus facile de fidéliser un jeune médecin formé dans une région lorsqu'il est d'origine de ce territoire, et lorsqu'il y a ses attaches familiales et amicales. Ce dispositif ambitieux est déployé depuis 2016 dans la subdivision d'Amiens et depuis janvier 2023 dans la subdivision de Lille. Il s'inscrit dans la logique de l'accompagnement de « Bac -3 à Bac +3 », est soutenu et accompagné par le rectorat au travers de deux cordées de la réussite dédiées et bénéficie d'un financement de la part de l'Agence.

Outre le renforcement des filières d'excellence vers les formations médicales, il s'agira également d'évaluer, en lien avec l'Éducation nationale, l'opportunité de déployer de nouvelles filières dans le champ paramédical, toujours dans l'objectif d'aider les élèves intéressés par les métiers du soin à s'orienter, de les accompagner à l'accès aux formations ciblées pour éviter les ruptures et favoriser leur réussite.

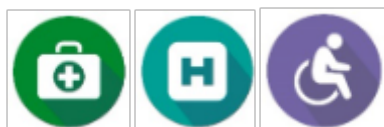
#### Redynamiser le dispositif des contrats d'engagement de service public (CESP)

En réponse à l'inégale répartition des professionnels de santé sur le territoire et afin de garantir un meilleur accès aux soins de la population, le dispositif des CESP vise à inciter, au moyen de bourses dédiées, les étudiants de médecine et d'odontologie à s'installer au sein des territoires en sous densité démographique en professionnels de santé. Force est de constater une connaissance très relative du dispositif par les étudiants éligibles. Il importe ainsi de renforcer, avec les universités, la connaissance par les étudiants de ce dispositif et d'en améliorer le suivi.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Augmenter le nombre d'élèves et d'étudiants bénéficiant du dispositif des cordées de la réussite en lien avec les partenaires de l'agence.
- Accroître la connaissance par les étudiants du dispositif CESP et augmenter le nombre de bénéficiaires en région s'installant par la suite en zones sous denses.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Lycéens des territoires sous denses / étudiants en études de santé / externes et internes

### ACTEURS CONCERNES

offre de soins ambulatoire / structures sanitaires et médico-sociales / universités / rectorat / CROUS / collectivités territoriales

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN OEUVRE OU PLANS NATIONAUX

/

## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : DONNER AUX TERRITOIRES SOUS-DENSES LA CAPACITE D'ATTIRER DE NOUVEAUX PROFESSIONNELS DE SANTE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Il est nécessaire que les territoires en difficultés démographiques puissent proposer aux professionnels des conditions d'exercice conformes à leurs aspirations.

#### **Positionner les structures d'exercice coordonné comme une solution de renfort de l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours prioritairement dans les territoires sous-denses**

La volonté de déployer l'exercice coordonné comme outil d'attractivité sur l'ensemble du territoire et en particulier dans les zones sous denses, constitue une ambition partagée avec les caisses d'Assurance maladie et la Mutualité sociale agricole (MSA). A ce titre, l'agence veillera à :

- harmoniser l'accompagnement des projets de structures d'exercice coordonné sur tous les territoires ;
- sur les zones sous-denses, positionner les équipes de soins primaires, les MSP et les centres de santé médicaux ou pluri professionnels comme une solution de renfort de l'offre de soins de 1<sup>er</sup> recours prioritairement.

#### **Accompagner le déploiement des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS) dans tous les territoires, y compris les zones sous-denses**

Les CPTS sont conçues pour aider les professionnels de santé à mieux structurer leurs relations et mieux se coordonner. Elles développent une approche de responsabilité populationnelle au sens où les différents acteurs acceptent de s'engager dans une réponse, qui peut impliquer pour eux de prendre part à des actions ou d'accueillir des patients sortant de leur exercice et de leur patientèle habituelle. Aussi, leur présence sur les territoires participe à renforcer l'attractivité de ces derniers. L'ARS et l'Assurance maladie (CPAM, MSA) se mobilisent pour déployer les CPTS sur l'intégralité du territoire conformément à l'objectif fixé par le Gouvernement.

#### **Accompagnement à l'installation : améliorer la qualité de vie des professionnels dès leur installation**

L'ARS et l'Assurance maladie souhaitent refonder d'ici 2024 un guichet unique pour accompagner l'installation des professionnels de santé.

#### **Renforcer l'attractivité des établissements en santé sur les métiers en tensions et dans les territoires sous denses**

Plusieurs leviers financiers continueront d'être mobilisés :

- déploiement de la prime d'engagement de carrière hospitalière (PECH) incitant les praticiens contractuels à s'engager avec un établissement public de santé à exercer une spécialité pour laquelle les praticiens viennent à manquer ; et de la prime d'exercice territorial (PET) qui concerne tout praticien ayant une activité sur plusieurs sites ou établissements publics distants de plus de 20 kms ;
- déploiement de la prime de solidarité territoriale (PST), laquelle a donné lieu à la signature d'une convention-cadre régionale, approuvée par l'agence le 25 mars 2022.

L'enjeu est de procéder au suivi des situations ainsi accompagnées, et d'assurer une démarche évaluative permettant d'avoir connaissance de l'impact de ces leviers à court, moyen et long termes, au bénéfice des patients des territoires.

#### **Mettre en place le dispositif du contrat d'allocation d'études**

Ce dispositif permet aux établissements de santé et médico-sociaux d'attirer et de fidéliser les nouveaux diplômés dans la région pour pallier aux difficultés de recrutement sur des professions en tension. L'objectif est de permettre aux établissements en difficulté de verser une allocation forfaitaire aux étudiants en dernière année d'étude, inscrits dans les écoles ou instituts de formation en santé relevant de métiers en tension, en contrepartie d'un engagement de servir de 18 mois au sein de ces établissements.

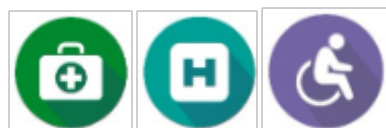
#### **Maintenir et évaluer les dispositifs d'aides à l'installation et au maintien des médecins libéraux dans les zones sous denses**

Dans le cadre de la construction du zonage dédié aux médecins généralistes libéraux, l'ARS a fait le choix depuis 2020 d'étendre le champ des territoires éligibles à des aides à l'installation ou au soutien des professionnels. 673 praticiens ont été accompagnés depuis 2020 dont 170 grâce au dispositif d'accompagnement régional (4,5 M€ d'engagés par l'agence). Les premières évaluations démontrent que ces aides, si elles ne permettent pas à elles seules de redensifier un territoire, permettent de ralentir la chute démographique des territoires sous denses. Ce dispositif fera l'objet d'une évaluation globale d'ici 2025.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Accroître le nombre de MSP et de CDS médicaux ou pluriprofessionnels dans les zones sous denses.
- Couvrir l'intégralité du territoire en CPTS.
- Améliorer la répartition des médecins généralistes sur le territoire.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Professionnels de santé libéraux et salariés



ACTEURS CONCERNES

offre de soins ambulatoire / structures sanitaires et médico-sociales / URPS / Fédérations hospitalières / ordres professionnels / Assurance maladie

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

/

## OBJECTIF OPERATIONNEL 5 : REDONNER DU TEMPS MEDICAL AUX MEDECINS

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'état de la démographie médicale incite à déployer toutes actions visant à optimiser le temps médical des praticiens. En lien avec ces partenaires, en particulier l'Assurance maladie, l'ARS ambitionne les actions suivantes :

#### **Déploiement des protocoles de coopération, en particulier dans le champ des soins non programmés**

Le dispositif des protocoles de coopération entre professionnels de santé, initié en 2009, permet la mise en place entre des médecins délégants et des professionnels paramédicaux délégués, des actes dérogatoires au regard des compétences réglementaires de chacun. Ce dispositif vise à faire des coopérations entre médecins et autres professionnels de santé un des leviers de la transformation de l'offre de soins. Les équipes de professionnels de santé seront encouragées à s'emparer de ces protocoles et à les mettre en œuvre sur le terrain par diverses actions notamment via la promotion des six protocoles de coopération soins non programmés par un accompagnement des équipes pluriprofessionnelles. L'ARS souhaite également identifier des typologies de protocoles sous représentés en région afin de créer des leviers d'actions, permettant d'encourager les professionnels à s'en emparer.

#### **Accompagner le déploiement d'Infirmiers en pratique avancée (IPA), à l'hôpital comme en structure d'exercice coordonné**

L'ARS, en lien avec l'Assurance maladie, souhaite promouvoir la pratique avancée et son développement en capitalisant sur l'ensemble des lieux d'exercice où cette pratique a permis d'améliorer la prise en charge des patients.

#### **Limiter l'usage des certificats médicaux**

L'ARS souhaite accompagner l'Assurance maladie dans cette action visant à réduire l'usage des certificats médicaux et ainsi réduire le nombre de consultations non pertinentes.

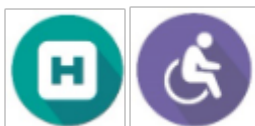
#### **Promouvoir l'usage des assistants médicaux**

L'assistant médical constitue une fonction visant à permettre aux médecins de se libérer de certaines tâches sans plus-value médicale, de se concentrer sur le soin, de se décharger au quotidien et de pouvoir ainsi prendre en charge davantage de patients (notamment des patients sans médecin traitant). L'ARS souhaite accompagner l'Assurance Maladie dans la promotion de cette action.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Augmenter le nombre de MSP, CDS et CPTS déployant un ou plusieurs protocoles de coopération portant sur les soins non programmés.
- Accroître le nombre d'assistants médicaux.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

/

### ACTEURS CONCERNES

offre de soins ambulatoire / structures sanitaires et médico-sociales / URPS / Fédérations hospitalières / ordres professionnels / Collectivités territoriales / Assurance maladie

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan d'action « 4000 maisons de santé pluriprofessionnelles d'ici 2027 »

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 6 : RENFORCER L'ATTRACTIVITE ET LA QUALITE DE VIE EN ETABLISSEMENTS DE SANTE ET EN STRUCTURE MEDICO-SOCIALE

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Condition de l'attractivité des métiers du soin, la qualité de vie en établissement de santé et en structure médico-sociale est une priorité de l'ARS qui souhaite amplifier les dispositifs visant à améliorer les conditions de travail, en sus de la poursuite des politiques d'incitations financières déjà établies.

### **Soutenir tout dispositif visant à améliorer les conditions de travail, facteurs de fidélisation des professionnels des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux**

- Poursuivre l'accompagnement des établissements de santé dans leurs démarches de promotion de la qualité de vie au travail (QVT) dans le cadre des contrats d'amélioration des conditions de travail. Une attention particulière sera portée aux actions afférentes à une analyse des besoins locaux, partagées entre plusieurs établissements et celles présentant une dimension innovante.
- Ouvrir un appel à manifestation d'intérêt en matière de qualité de vie au travail pour des démarches de qualité de vie au travail et d'innovation au sein des établissements et services médico-sociaux (ESMS).

### **Développer une approche intersectorielle des parcours professionnels**

- Communication et valorisation des métiers en étroite collaboration avec les fédérations, les organismes gestionnaires d'ESMS et le service public de l'emploi.
- Renforcement de l'interconnaissance entre le secteur du médico-social et le secteur de l'insertion par l'activité économique pour favoriser une meilleure intégration des demandeurs d'emploi au sein de ces secteurs d'activité et diversifier le vivier de recrutement. Une expérimentation soutenue financièrement par l'ARS sera déployée sur plusieurs territoires, dans l'objectif de créer à terme une filière d'insertion reposant sur un modèle économique pérenne et autonome.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Augmenter le nombre d'ES et d'ESMS MS déployant des actions relatives à la QVT.
- Poursuivre le soutien au déploiement d'actions d'amélioration de la QVT en établissements de santé, suivre la mise en œuvre des projets soutenus, réaliser un bilan partagé entre établissements.
- Expérimenter le déploiement d'une filière d'insertion médico-sociale et d'insertion par l'activité économique

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Agents des établissements de santé et des structures médico-sociales

### ACTEURS CONCERNES

Structures sanitaires et médico-sociales / Fédérations hospitalières / Pôle Emploi/ DREETS

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan régional santé au travail (PRST)

# OBJECTIF GENERAL 16 : GARANTIR LA REPONSE AUX BESOINS DE SOINS NON PROGRAMMES ET AUX URGENCES



## PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

Les soins non programmés constituent des besoins de soins ne relevant pas de l'urgence vitale mais dont la prise en charge ne peut être ni anticipée, ni retardée. Ils ont vocation à être pris en charge par la médecine de ville (en journée dans les cabinets et en période de permanence des soins ambulatoires via les organisations dédiées de la garde). Mais bien souvent, ces demandes aboutissent dans les services d'urgence. L'augmentation continue du nombre de passages aux urgences témoigne de ce phénomène, avec une part importante de demandes de soins qui auraient pu être prises en charge en ville sans risque pour le patient.

Ce recours très important aux services d'urgence conduit à une mise en tension du système de santé, avec des effets délétères sur le temps de passage et les conditions d'accueil des patients mais également une dégradation de la qualité de vie au travail des professionnels qui fragilise les équipes.

Il apparaît donc nécessaire de traiter de pair les questions d'accès aux soins non programmés et aux urgences, intimement liées du fait de la nature même de la demande et de l'organisation du système de santé. En effet, si les facteurs explicatifs de ce phénomène sont nombreux et variables d'un territoire à l'autre, trois grandes problématiques traversent la structuration du parcours sur l'accès aux soins non programmés et aux urgences :

- La lisibilité de l'existant : le premier constat est la difficulté partagée par les patients et les professionnels d'avoir connaissance des dispositifs de prise en charge et de l'organisation du parcours. Les modalités variables de réponse entre journée et permanence des soins ambulatoires, les dispositifs populationnels spécifiques (filrière gériatrique, permanence d'accès aux soins de santé) ou encore les organisations territoriales ad hoc sont souvent mal connus et peuvent conduire à une orientation par défaut vers les urgences. Il est donc nécessaire de rendre visibles les organisations, mais aussi d'explicitier le parcours et notamment la place de la régulation pour le bon adressage des patients vers les prises en charge adaptées.
- L'articulation et la coordination avec les dispositifs : du fait de l'absence de connaissance des dispositifs, le lien entre les différents acteurs ou structures de prise en charge n'est pas toujours optimal. De ce fait, la prise en charge n'est pas toujours la plus pertinente pour le patient et le parcours risque d'être moins fluide. Il est donc nécessaire de mettre en cohérence les différents dispositifs existants et de créer les liens entre eux pour des orientations et prises en charge pertinentes.
- L'offre qui doit être renforcée, optimisée ou créée : au-delà des problématiques d'information et d'orientation, il peut exister une problématique de moyens et d'offre disponible. Que ce soit en ville pour les soins non programmés, au sein de la régulation, dans les services d'urgence ou en aval, il peut être nécessaire de renforcer l'existant, d'en optimiser l'utilisation (notamment via des outils numériques), voire même de créer de nouvelles modalités de réponse lorsque cela est nécessaire et permet de répondre à un besoin non couvert. Ces enjeux transversaux se retrouvent à chaque étape du parcours et tout au long des objectifs opérationnels de cet objectif général.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - PROPOSER DES PARCOURS DE SOIN ADAPTES A LA PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMES SANS RECOURS AUX URGENCES
- 2 - ASSURER LA BONNE ORIENTATION DES PATIENTS DANS LE SYSTEME DE SOINS VIA LA REGULATION POUR GARANTIR UN ACCES AUX SOINS PERTINENT
- 3 - GARANTIR LA REPONSE AUX URGENCES VITALES ET GRAVES, TOUT EN SOUTENANT LES EQUIPES DES STRUCTURES DE MEDECINE D'URGENCE
- 4 - FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS A PARTIR DES URGENCES ET EN AVAL
- 5 - RENFORCER LES OUTILS D'OBSERVATION ET D'ANALYSE DE L'ACTIVITE DES SOINS URGENTS ET NON PROGRAMMES DANS UNE LOGIQUE DE TERRITORIALISATION DE L'ACTION

#### LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

- Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »
- Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »
- Objectif général 6 « Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères »
- Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies - PRAPS »
- Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »
- Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »
- Objectif général 15 « Garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires »
- Objectif général 18 « Mener à bien la modernisation des établissements de santé et médico-sociaux notamment en mobilisant les investissements »
- Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : PROPOSER DES PARCOURS DE SOIN ADAPTES A LA PRISE EN CHARGE DES SOINS NON PROGRAMMES SANS RECOURS AUX URGENCES

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

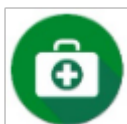
Les urgences restent souvent la solution « réflexe » pour les patients lorsqu'ils se trouvent confrontés à un besoin de soins non programmé, alors même qu'il ne s'agit pas de la réponse la plus pertinente à leur état de santé. Plusieurs facteurs explicatifs peuvent être avancés, chacun nécessitant la mise en place de réponses spécifiques et adaptées :

- la configuration de l'offre : la démographie en tension des professionnels de santé en ville conduit à un fonctionnement sur un mode de consultations programmées, laissant moins de place aux soins non programmés, souvent réservés par ailleurs à la patientèle. Il est nécessaire de structurer l'offre en ville, notamment via les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), mais aussi de la renforcer : organiser des accès directs pour certaines pathologies via les protocoles de coopération et les infirmiers en pratique avancée, ou encore déployer des structures expérimentales dédiées à la prise en charge des soins non programmés ;
- la lisibilité du parcours : en situation de stress, la réponse spontanée est souvent de se tourner vers les urgences, première offre identifiée par les patients. Il est nécessaire de renforcer l'information des patients sur le parcours de soins non programmés et urgents, mais aussi sur les offres alternatives existantes sur les territoires ;
- l'accessibilité : pour des patients – notamment âgés – ne pouvant pas se déplacer dans un cabinet en ville et dans un contexte de diminution des visites à domicile, le service d'urgences constitue souvent la seule réponse disponible via le transport sanitaire lorsqu'un contact médical est nécessaire. L'est essentiel de développer l'accès aux offres en ville au même titre que vers les structures hospitalières.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Renforcer le maillage de prise en charge des soins non programmés sur les territoires, par la poursuite du déploiement des CPTS et des structures d'exercice coordonné, ainsi que la prise en compte et l'articulation avec des offres de prise en charge des soins non programmés en établissements de santé.
- Assurer le suivi et l'évaluation de l'expérimentation des centres de soins non programmés régulés (CSNP).
- Poursuivre le déploiement des protocoles de coopération en ville, plus spécifiquement sur les soins non programmés, ainsi que des IPA maladies chroniques.
- Améliorer la connaissance du parcours patient sur les soins urgents et non programmés.
- Améliorer la lisibilité des offres de prise en charge des soins non programmés sur les territoires, notamment par la mise à disposition d'une cartographie accessible au grand public.
- Améliorer l'accessibilité aux offres en ville.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé en ville et patients

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Pacte de refondation des urgences 2018-2022

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : ASSURER LA BONNE ORIENTATION DES PATIENTS DANS LE SYSTEME DE SOINS VIA LA REGULATION POUR GARANTIR UN ACCES AUX SOINS PERTINENT

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

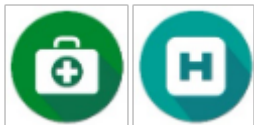
Une part importante des demandes de soins non programmés ou urgents des patients, aujourd'hui, ne fait pas l'objet d'une régulation médicale. Il n'est donc pas possible d'orienter les patients vers la prise en charge la plus adaptée à leur état de santé. Cela conduit à des présentations spontanées de patients aux urgences (parfois faute d'information suffisante sur les alternatives possibles comme cela a déjà été évoqué), pouvant conduire à un engorgement et un allongement des temps de passage.

Il est donc essentiel de renforcer le rôle pivot de la régulation médicale, qu'il s'agisse de la régulation des demandes de soins urgents ou non programmés. C'est l'objectif du service d'accès aux soins (SAS), la plateforme de régulation téléphonique associant des compétences d'aide médicale urgente et de médecine générale. Ces compétences contribuent à assurer une réponse adéquate pour le patient, qu'il s'agisse de conseils, d'adaptations thérapeutiques ou encore d'une prise en charge par les structures pertinentes (urgences ou offre de soins non programmés). En fonction des besoins des territoires, des filières complémentaires pourront être développées en sus de l'aide médicale urgente et de la médecine générale, pour intégrer d'autres volets de prise en charge de soins. L'opérationnalité du SAS repose sur la mobilisation des partenaires de ville pour permettre des prises en charge. La bonne orientation des patients vise aussi à éviter les ruptures de parcours que peuvent être les passages non pertinents aux urgences, notamment pour des populations vulnérables comme les personnes âgées. Ainsi, il est nécessaire de poursuivre le renforcement du lien entre médecine de ville et services hospitaliers sur des parcours de soin, pour des accès directs aux filières de spécialité sans passage par les urgences.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Déployer le SAS sur l'ensemble de la région Hauts-de-France et créer d'éventuelles filières complémentaires.
- Renseigner de façon exhaustive les offres existantes en termes de réponse aux besoins de soins non programmés et urgents, notamment via la plateforme digitale SAS et le répertoire opérationnel des ressources (ROR).
- Renforcer les dispositifs de lien ville-hôpital sur des parcours de soins identifiés, notamment pour les personnes âgées.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé (en ville, de la régulation, en services hospitaliers)

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Séjour de la Santé (Mesure 26) ; Pacte de refondation des urgences 2018-2022

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : GARANTIR LA REPONSE AUX URGENCES VITALES ET GRAVES, TOUT EN SOUTENANT LES EQUIPES DES STRUCTURES DE MEDECINE D'URGENCE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les structures de médecine d'urgence font face depuis plusieurs années à des difficultés en termes d'effectifs, notamment du fait d'une démographie des urgentistes en tension. La problématique dépasse cependant celle du seul service de médecine d'urgence : en effet, l'organisation de la prise en charge des urgences étant conçue sous la forme d'un maillage territorial, les difficultés d'un service affectent les autres établissements du territoire.

Ainsi, la difficulté d'un établissement à assurer l'ouverture de sa ligne de structure mobile d'urgence et de réanimation (SMUR) conduit à un report mécanique de la charge sur la ou les SMUR des secteurs de proximité, donc à une activité accrue avec des temps d'intervention plus longs et à une qualité de vie au travail dégradée pour les équipes, ainsi qu'à une perte de chance potentielle pour les patients. La contrainte de la démographie des urgentistes en région restera présente dans les cinq années à venir.

Il est donc nécessaire de prioriser le renforcement des outils de coopération territoriale et des liens existants entre les acteurs de l'urgence mais aussi les acteurs de l'ensemble de l'offre de soins pour assurer une continuité d'accès aux soins. La coordination territoriale lors des fermetures partielles d'activité d'une structure d'urgence ou d'une SMUR sera à ce titre essentielle.

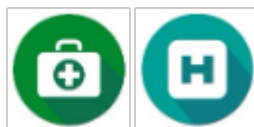
Ces tensions sur les ressources humaines doivent amener à repenser les organisations pour assurer l'ensemble des missions confiées aux services de médecine d'urgence. Il est donc nécessaire de renforcer les dynamiques de l'appui inter-hospitalier, fondé sur la solidarité territoriale tout en offrant un cadre d'exercice attractif financièrement, en visant potentiellement la mise en place d'équipes de territoire. L'appui peut également venir d'autres spécialités, notamment de médecine générale, qui peuvent être mobilisées sur certains segments des urgences (filiale courte, unité d'hospitalisation de courte durée -UHCD-, mais aussi médecin correspondant du SAMU). Il est nécessaire de faire connaître ces possibilités aux praticiens généralistes, mais aussi de favoriser l'exercice mixte ville-hôpital.

Des coopérations avec d'autres partenaires comme les services départementaux d'incendie et de secours (SDIS) est à envisager dans une logique de mutualisation des ressources sur le territoire, notamment sur la question de la couverture SMUR. Enfin, les professionnels paramédicaux peuvent également être mobilisés, à travers les protocoles de coopération sur les urgences ou la pratique avancée, dont le déploiement en région doit être poursuivi et renforcé. Le déploiement à venir des unités mobiles hospitalières paramédicalisées (UMHP) est aussi un levier à saisir pour offrir un vecteur complémentaire à la main du régulateur d'aide médicale urgente, sur des motifs spécifiques, permettant de préserver l'activité SMUR.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Renforcer l'appui inter-hospitalier sur les urgences, tout en veillant à ne pas porter préjudice à l'organisation de service des établissements d'origine des praticiens.
- Déployer de façon renforcée des médecins correspondants de SAMU sur les territoires pertinents.
- Développer la coopération avec le SDIS sur les territoires pertinents.
- Poursuivre le déploiement des protocoles de coopération aux urgences et des IPA urgences.
- Déployer des UMHP sur les territoires pertinents.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé (en ville et en structures hospitalières) ; SDIS

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Pacte de refondation des urgences 2018-2022



## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : FLUIDIFIER LES PARCOURS DE SOINS A PARTIR DES URGENCES ET EN AVAL

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'engorgement dans les services d'urgence et les temps de passage importants sont dus pour partie à la difficulté pour les équipes de trouver des lits d'hospitalisation pour les patients qui le nécessitent. Faute de solution disponible dans les services de spécialité, les patients peuvent rester positionnés dans les services d'urgence ou à l'unité d'hospitalisation de courte durée, réduisant d'autant le capacitaire des services d'urgence, mais affectant également la qualité de prise en charge des patients. Par ailleurs, se pose également la question de la fluidité en aval pour les services de spécialité : des patients peuvent rester dans les services faute de solution disponible. Il est donc nécessaire de lancer une double réflexion sur la gestion des lits, à la fois à l'échelle de l'établissement, mais également à une échelle territoriale, pour une meilleure visibilité et structuration du recours aux lits :

- à l'échelle de l'établissement, en poursuivant ou lançant un travail mobilisant l'ensemble des services. La prise en charge de ces hospitalisations « non programmées » renvoie à des questions d'organisation interne des services, mais également à la mise en place d'une cellule organisant de manière centralisée pour l'établissement le recours aux lits, sur la base de règles unifiées ;
- à l'échelle territoriale, parce que comme la crise COVID-19 l'a démontré, les solutions d'aval peuvent être territoriales, mais doivent être visibles et coordonnées entre l'ensemble des acteurs. Là encore, des règles de gestion communes doivent être décidées collectivement. La même logique préside à l'amélioration de l'efficacité des plateformes de gestion des transports sanitaires dans les établissements de santé, qui doit faire l'objet d'un travail interne à l'établissement mais également territorial pour la mise en cohérence des règles de gestion et des outils.
- au-delà des parcours classiques d'hospitalisation, des solutions alternatives doivent également être trouvées. Ainsi, il est nécessaire de renforcer les dispositifs existants de prise en charge ou de sortie, mais aussi d'améliorer leur articulation avec les services d'urgences, dans l'objectif que le patient soit au bon endroit au bon moment :
- lorsque le patient se présente aux urgences mais qu'il ne s'agit pas de la prise en charge la plus pertinente, le lien avec les dispositifs adaptés doit être fait, qu'il s'agisse d'une réorientation vers la ville pour du soin non programmé, de l'intégration au parcours prévu dans le cadre de la filière gériatrique, ou encore de la PASS pour des patients en situation de précarité ;
- au sein même des urgences, les organisations doivent être adaptées pour fluidifier les passages : examen précoce de la situation sociale pour permettre d'anticiper les freins éventuels à la sortie, mise en place de salons de sorties, d'offre interstitielle type UHCD renforcé. Enfin, il est nécessaire de renforcer et de faire connaître les solutions de sortie disponibles, depuis les urgences et en aval des urgences. Qu'il s'agisse de dispositifs existants (hospitalisations à domicile, hébergement temporaire en sortie d'hospitalisation en EHPAD, les sorties précoces en SMR) ou de dispositifs à expérimenter (le suivi post urgence planifié par téléconsultation par exemple), l'objectif est de diversifier le panel de réponses possibles en fonction de la situation du patient.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Déployer des cellules de gestion des lits et des parcours dans chaque établissement disposant d'une autorisation de médecine d'urgence.
- Déployer des cellules territoriales de gestion des lits et des parcours, couvrant l'ensemble de la région.
- Améliorer l'efficacité des plateformes territoriales de gestion des transports sanitaires dans les établissements de santé, notamment via la définition de règles de gestion concertées entre établissements et une mise en cohérence des outils de sollicitation des transporteurs sanitaires.
- Diffuser auprès des établissements le panel d'organisations et de dispositifs possibles pour fluidifier les parcours aux urgences et en aval des urgences.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé (en ville, en structures hospitalières, en établissements médicaux-sociaux) ; transporteurs sanitaires

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Mesures flash sur les urgences ; Pacte de refondation des urgences 2018-2022

## OBJECTIF OPERATIONNEL 5 : RENFORCER LES OUTILS D'OBSERVATION ET D'ANALYSE DE L'ACTIVITE DES SOINS URGENTS ET NON PROGRAMMES DANS UNE LOGIQUE DE TERRITORIALISATION DE L'ACTION

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les connaissances disponibles à date sur le parcours de soins urgents et non programmés se limitent aux Résumés de passage aux urgences (RPU) que les établissements de santé remontent à l'Observatoire régional des urgences (ORU). Ces données viennent nourrir le panorama d'activité des structures d'urgence réalisé annuellement par l'ORU, ainsi que des analyses ponctuelles territoriales autant que de besoin sur sollicitation de l'ARS ou des acteurs de terrain.

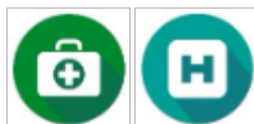
Si l'ensemble des établissements remontent des données, l'exhaustivité et la qualité de ces données restent à améliorer en région, ce qui affecte les capacités de suivi de l'impact des différentes mesures mises en œuvre et peut fausser les diagnostics territoriaux. Des items comme la gravité ou le diagnostic principal, mal renseignés, ne donnent pas une photographie exacte de la situation de consommation de soins sur un territoire. Il est donc nécessaire de mieux observer pour mieux agir : veiller à l'amélioration sensible de la qualité et de l'exhaustivité des données remontées à l'ORU est un impératif pour la bonne mise en œuvre et le suivi du SRS révisé.

En complément, le développement de collectes complémentaires permettrait d'avoir une vision à 360 degrés du recours aux soins urgents et non programmés. Intégrer les données de la régulation (d'aide médicale urgente et de médecine générale), des SMUR, et des soins non programmés, permettra une analyse plus complète et plus fine en prenant en compte l'ensemble du parcours. L'objectif est *in fine* de pouvoir établir des diagnostics territoriaux fins qui, en fonction des problématiques identifiées (des motifs de recours, âge, territoire, etc.), permettront de mobiliser dans une logique de boîte à outils les mesures prévues dans chacun des objectifs opérationnels précédents de cet objectif général.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Améliorer significativement la qualité et l'exhaustivité des données remontées à l'ORU.
- Intégrer de nouvelles données, notamment de la régulation, des SMUR et des soins non programmés en ville et en établissements de santé, dans les analyses produites par l'ORU et mises à disposition des acteurs.
- Créer un espace ressource Dataction sur les urgences et les soins non programmés pour développer des analyses territoriales : il s'agit d'un outil développé par l'OR2S qui permet de concaténer des données à l'échelle d'un territoire, en se fondant sur des bases de données nationales et régionales mais également des enquêtes ponctuelles permettant de créer un tableau de bord de suivi.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé en structure d'urgence et à la régulation, direction des systèmes d'information des établissements de santé  
Institutionnels : Observatoire Régional des Urgences (ORU)

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie Nationale en Santé

# OBJECTIF GENERAL 17 : AMELIORER L'ACCES A L'IMAGERIE MEDICALE, AUX SOINS CRITIQUES ET AUX SOINS PALLIATIFS

## PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

### Soins critiques

La filière des soins critiques est hétérogène, accueillant des patients dont l'état de santé oscille entre un état plus ou moins grave (de la réanimation à l'Unité de Soins Intensifs polyvalente - USIP-) pour des défaillances d'organes plus ou moins spécifiques (de la défaillance multi-organe en réanimation et en USIP à la défaillance spécifique d'organe en Unité de soins intensifs de cardiologie -USIC- par exemple). Expertiser et articuler la filière des soins critiques revient à étudier le parcours des patients sur des lieux d'exercice dont le périmètre a été largement révisé par la réforme des autorisations en 2022 :

- les services de réanimation spécialisée et non spécialisée qui évoluent vers des plateaux de soins critiques associant une unité de réanimation et au moins une USI polyvalente contiguë ;
- les USC adossées à une réanimation qui disparaissent au profit des USI polyvalentes contiguës ;
- les USC non adossées à une réanimation qui évoluent soit vers des USI polyvalentes dérogatoires, soit vers des USC hors du champ des soins critiques ;
- les USI de spécialités : USI de cardiologie, USI de neurologie vasculaire, USI d'hématologie (adulte et pédiatrique), USI respiratoire, USI d'hépto- gastro-entérologie, USI de néphrologie.

Le caractère multiforme de la filière de soins critiques est une force (gradation des soins) et un défi permanent (nécessité d'adapter en continu le parcours de soins). Les acteurs de santé de diverses spécialités ont donc l'obligation de travailler ensemble et mieux travailler ensemble, c'est d'abord mieux se connaître dans son fonctionnement local et dans son implication territoriale voire extraterritoriale. L'objectif opérationnel prioritaire est de fluidifier le parcours complexe du patient dans sa demande de soins critiques dans un contexte d'offre de soins parfois hyper spécialisés. Le second défi est de mieux préparer les situations de tension et de crise sanitaire qui peuvent impliquer ensemble ou séparément les adultes et les enfants.

La fragilité de l'état de santé des patients, la complexité des soins, la nécessaire coordination des équipes soignantes sous-entendent une politique de qualité des soins et de communication communes à des structures diverses mais mobilisées sur des thématiques fédératrices : gestion de la douleur, gestion de la fin de vie, lutte contre les infections associées aux soins, préparation à des épisodes de crise sanitaire.

### Soins palliatifs

Les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire, qui visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance physique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage. Ils reposent sur une prise en charge globale et singulière des patients atteints d'une maladie évolutive grave mettant en jeu le pronostic vital. L'organisation des soins palliatifs s'articule autour d'une prise en charge en établissement ou à domicile. Le plan national de développement des soins palliatifs et d'accompagnement de la fin de vie s'articule autour de 3 enjeux : l'appropriation des droits des personnes en fin de vie ; le renforcement de l'expertise en soins palliatifs ; l'organisation de parcours de soins gradués et de proximité.

Ainsi, la diffusion de la culture palliative, l'organisation de parcours gradués en proximité et l'accès à des équipes expertes particulièrement pour les situations de fin de vie complexes à domicile sont les axes du cinquième plan national pour lesquels une déclinaison régionale est attendue.

Enfin, les évolutions législatives récentes ainsi que les retours d'expérience de la crise sanitaire incitent à prioriser la prise en charge palliative dans les EHPAD.

### Imagerie médicale

L'enjeu de progression des équipements, axe prioritaire dans le SRS 2018/2023, n'est plus aussi déterminant car :

- la progression importante des nouveaux équipements autorisés (passage de 123 à 153 scanners, de 100 à 136 appareils d'imagerie par résonance magnétique, de 50 à 55 gamma-caméras et de 21 à 30 TEP, soit au total 82 nouveaux appareils et une progression de 28%) positionne la région Hauts-de-France parmi les régions les mieux dotées en équipements matériels lourds (EML) ;
- la réforme des autorisations en 2022 permettra de développer le nombre d'appareils de manière allégée, sans ciblage au sein du SRS du nombre d'appareils à atteindre.

Les principales problématiques identifiées lors de la phase de concertation portent sur les ressources humaines disponibles pour assurer une imagerie sur tous les sites ; y compris en horaires de permanence des soins, sur l'ajustement des lignes de financement de la permanence des soins applicable dans ce domaine, sur le développement quantitatif et qualitatif de l'activité de radiologie interventionnelle, sur une structuration de dispositifs de téléradiologie territoriaux et sur la pertinence et la qualité des actes.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - DEVELOPPER UNE ORGANISATION ET UNE STRATÉGIE RÉGIONALE DE QUALITÉ DES SOINS DANS TOUTES LES UNITÉS DE LA FILIÈRE DES SOINS CRITIQUES
- 2 - FLUIDIFIER LES CIRCUITS DES PATIENTS DE LA FILIÈRE DES SOINS CRITIQUES, EN OPTIMISANT LES SÉJOURS DE L'ADMISSION À LA SORTIE
- 3 - RENFORCER LES PRISES EN CHARGE DE PROXIMITÉ ET L'ACCÈS À UNE EXPERTISE EN SOINS PALLIATIFS
- 4 - ACCOMPAGNER LES EVOLUTIONS DE L'USAGE DE L'IMAGERIE MEDICALE : TELERADIOLOGIE, APPORTS A LA PERMANENCE DES SOINS, COOPERATIONS TERRITORIALES ET PERTINENCE DES ACTES.

#### LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

- Objectif général 6 « Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères »
- Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer »
- Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »
- Objectif général 18 « Mener à bien la modernisation des établissements de santé et médico-sociaux notamment en mobilisant les investissements »
- Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : DEVELOPPER UNE ORGANISATION ET UNE STRATÉGIE RÉGIONALE DE QUALITÉ DES SOINS DANS TOUTES LES UNITÉS DE LA FILIÈRE DES SOINS CRITIQUES

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'hétérogénéité de la filière des soins critiques repose sur un certain nombre de paramètres de prime abord divergents :

- si les plateaux de soins critiques interviennent au service de patients présentant ou étant susceptibles de présenter des défaillances multi-organes, les USI de spécialités, a contrario, sont l'archétype des unités de soins critiques dédiées à la prise en charge d'une pathologie spécifique avec une défaillance le plus souvent mono-organe ;
- le paramètre « âge » oriente les enfants et les adultes vers les unités de soins critiques adaptées à leur âge ;
- la diversité des pathologies prises en charge dans les unités de soins critiques impose de disposer sur site ou par convention de toutes les compétences médicales et les plateaux techniques de soins permettant leurs prises en charge dans une proximité immédiate, territoriale ou régionale.

Il convient d'en prendre conscience et d'organiser le parcours de soins des patients des moins graves aux plus instables et des patients des plus âgés aux plus jeunes. Améliorer les conditions d'accès du patient, selon la criticité de son état et/ou du fait de ses besoins immédiats en soins interventionnels, passe par une meilleure connaissance de la filière au travers de :

- l'élaboration d'un référentiel régional portant sur l'organisation des soins en termes de parcours de soins par les professionnels de santé impliqués à toutes les étapes de la prise en charge globale ;
- d'un travail de rapprochement des pratiques entre les médecins réanimateurs pédiatriques et adultes qui doivent travailler à des organisations formalisées permettant la prise en charge exceptionnelle et temporaire des patients âgés de moins de 18 ans en soins critiques adultes ;
- la pérennisation de l'animation territoriale mise en place lors de la COVID-19 dans un objectif d'organisation territoriale des filières ;
- l'installation du Dispositif spécifique régional (DSR) composé d'experts issus de toutes les spécialités concernées par les soins critiques et de tous les établissements quel que soit leur statut juridique. Cette instance sera l'espace de dialogue privilégié entre les professionnels de santé et l'ARS.

2 situations de travail se dessinent :

- au sein d'un établissement, avoir les unités, les compétences médicales et le plateau technique interventionnel disponibles 24h/24 pour offrir son accès aux autres établissements de proximité ;
- au sein d'un établissement, ne pas avoir toutes les unités et/ou les compétences médicales et/ou le plateau technique interventionnel disponibles 24h/24 et solliciter par convention un accès organisé auprès de l'établissement de proximité qui en dispose.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Mettre à disposition auprès de chaque équipe une référence régionale permettant aux unités de se positionner dans leur zone d'influence.
- Améliorer le dialogue entre les différentes unités de la filière des soins critiques.
- Définir un socle commun d'une organisation et d'une politique de qualité des soins en mesure d'être déployées dans toute la filière régionale.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Patients relevant de défaillances multi-organes. Patients relevant d'une défaillance plus spécifique d'un organe

### ACTEURS CONCERNES

Les établissements de santé titulaires de l'activité de soins critiques et les professionnels de santé y exerçant

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : FLUIDIFIER LES CIRCUITS DES PATIENTS DE LA FILIÈRE DES SOINS CRITIQUES, EN OPTIMISANT LE SÉJOUR DE L'ADMISSION À LA SORTIE

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Il est essentiel d'améliorer l'organisation du parcours du patient - qu'il relève d'une défaillance spécifique d'organe (USI de spécialités) ou d'une défaillance multi-organes (plateau de soins critiques) - entre les unités des soins critiques selon les besoins exigés par son état de santé qui évolue dans le temps.

L'optimisation du séjour d'un patient inclut :

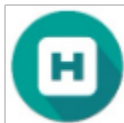
- les conditions d'accueil en situation courante : lits disponibles pour des soins urgents non programmés au départ des services d'urgence et suivi du devenir du patient refusé initialement faute de place ;
- les conditions d'accueil en situation de crise : lits disponibles en temps réel dans le territoire pour des soins urgents non programmés, capacités de déploiement de lits supplémentaires et modalités de réaffectation de personnels soignants ayant une expérience en soins critiques ;
- les conditions d'accueil d'un enfant dans une unité de soins critiques adulte ;
- le déroulement de l'hospitalisation qui intègre le volet organisation, qualité et sécurité des soins ;
- la sortie du patient dans la structure la mieux adaptée et dans les meilleurs délais en lien avec la typologie des patients et les besoins persistants en soins spécifiques ou non spécifiques : soins de réhabilitation et de ré-autonomisation des patients, prise en compte des séquelles, prise en compte des comorbidités et des pathologies chroniques sous-jacentes, etc.

Les leviers à disposition sont l'animation territoriale, le dispositif spécifique régional, et les outils numériques.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Articuler les professionnels d'amont et d'aval pour atteindre l'objectif pour fluidifier le circuit des patients.
- Améliorer le niveau d'information et le dialogue entre les différentes unités de la filière des soins critiques.
- Consolider des indicateurs simples et fiables permettant d'évaluer le fonctionnement et la fluidité du parcours de soins.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Patients relevant de défaillances multi-organes.

Patients relevant d'une défaillance plus spécifique d'un organe.

### ACTEURS CONCERNES

Les établissements de santé autorisés pour l'activité de soins critiques ; les filières d'aval (établissements de santé autorisés pour les activités de soins de médecine, chirurgie, obstétrique, SMR ...)

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

/

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : RENFORCER LES PRISES EN CHARGE DE PROXIMITÉ ET L'ACCÈS À UNE EXPERTISE EN SOINS PALLIATIFS

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les Hauts-de-France présentent une offre de soins palliatifs relativement dense organisée autour de 32 équipes mobiles de soins palliatifs (EMSP), 2 équipes ressources régionales de soins palliatifs pédiatriques (ERRSPP), 30 unités de soins palliatifs (USP), et 496 lits identifiés de soins palliatifs (LISP). Des disparités territoriales sont néanmoins constatées avec des ratios oscillant entre 9 et 26 lits pour 1 000 décès selon les territoires.

Ces constats impliquent un réajustement de l'offre d'une part, en renforçant l'offre hospitalière prioritairement dans les territoires les moins dotés au regard des besoins et d'autre part, en structurant l'offre autour des hôpitaux de jour (HDJ) en soins palliatifs, des LISP et des USP. Ce maillage territorial tiendra compte des ressources médicales et soignantes disponibles. Un point de vigilance sera porté au cadre de fonctionnement des USP et des LISP afin de garantir l'accès à un accompagnement de qualité.

La multiplicité des professionnels impliqués dans le parcours de soins, l'absence de formation de certains intervenants du domicile ainsi que les tensions démographiques en médecine de ville, génèrent des difficultés dans l'accompagnement des fins de vie à domicile notamment pour les fins de vie complexes mais également pour les situations d'urgence le soir et le week-end. Le développement d'une prise en charge palliative de proximité doit ainsi s'accompagner de mesures de renforcement de l'offre experte en soins palliatifs pour venir en appui des soignants. Pour répondre à cet objectif, des appuis territoriaux de soins palliatifs doivent être mis en place et le rôle d'expertise des EMSP et des ERRSPP est à renforcer. Des référents de soins palliatifs doivent également être identifiés au sein des DAC, des hospitalisations à domicile (HAD), et des CPTS. Afin de permettre le recours à un avis expert, des outils pour la transmission et le partage des informations médicales entre professionnels ainsi que des protocoles de prises en charge sont à développer. En outre, une réflexion doit être engagée sur la coordination des parcours des patients atteints de maladies neurodégénératives en lien avec les centres experts ainsi que sur l'accompagnement des fins de vie des personnes en situation de handicap institutionnalisées.

L'accent devra également être mis sur la diffusion de la culture palliative notamment via la formation des intervenants du domicile et des aidants ainsi que par l'organisation de groupes d'échanges de pratique sur les territoires. Afin de diffuser et d'encourager les projets innovants, des appels à initiatives seront soutenus.

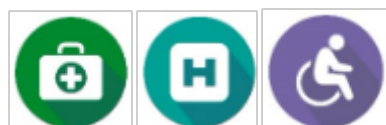
Compte tenu des enjeux liés au vieillissement, la diffusion de la démarche palliative en EHPAD est centrale. Outre l'intervention des EMSP dans les établissements médico-sociaux, la formation des coordonnateurs médicaux et des personnels soignants est à inciter ainsi que l'identification de référents formés. La télémédecine, en lien avec les EMSP, doit aussi être encouragée.

Enfin, l'absence de solution de répit et de prises en charge adaptées pour les fins de vie longues et invalidantes nécessite d'engager une réflexion régionale sur les réponses possibles au regard des expérimentations conduites dans d'autres régions.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- En matière de planification de l'offre : renforcer l'offre de lits de soins palliatifs, reconnaître les HDJ de soins palliatifs et créer des appuis territoriaux de soins palliatifs.
- Pour renforcer la culture palliative : organiser des groupes d'échanges de pratique, mettre en place un programme régional de formation, réorganiser le maillage et le cadre de fonctionnement des EMSP et des ERRSPP, identifier des référents soins palliatifs au sein des DAC, des HAD, des EHPAD ainsi que des CPTS et soutenir des initiatives innovantes via des appels à projets.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Patients atteints d'une maladie évolutive mettant en jeu le pronostic vital et leurs aidants.

### ACTEURS CONCERNES

Établissements et services médico-sociaux. Établissements de santé dont HAD, professionnels des soins palliatifs, professionnels de santé du premier recours, DAC, associations de bénévoles, Coordination des soins palliatifs Hauts-de-France (CSPHF).

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan national de développement des soins palliatifs et accompagnement de la fin de vie 2021-2024.

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : ACCOMPAGNER LES EVOLUTIONS DE L'USAGE DE L'IMAGERIE MEDICALE : TELERADIOLOGIE, APPORTS A LA PERMANENCE DES SOINS, COOPERATIONS TERRITORIALES ET PERTINENCE DES ACTES

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

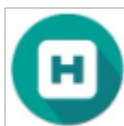
Cet objectif vise à :

- maintenir la trajectoire de développement de l'imagerie en coupe dans la région, dans le nouveau cadre réglementaire et dans des conditions précisées dans l'annexe consacrée aux objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins ;
- structurer des dispositifs locaux de téléradiologie, garantissant l'ensemble des exigences de qualité et des étapes de prise en charge médicale radiologique des patients ;
- soutenir le développement de la radiologie et de l'imagerie médicale au sein des établissements de santé labellisés en qualité d'hôpitaux de proximité, conformément à leurs missions ;
- mettre en place, dans le cadre du Plan d'action pluriannuel régional de l'amélioration de la pertinence des soins (PAPRAPS), un volet dédié à la pertinence des actes en imagerie, orienté vers plusieurs séquences de cette activité : validation des demandes d'examen, homogénéisation des protocoles, qualité de réalisation, structuration des comptes rendus, meilleure intégration de l'imagerie des parcours de soins ;
- développer l'usage de l'imagerie médicale dans le champ de la santé mentale et plus largement dans les séquences diagnostiques et prédictives dans les parcours de soins ;
- appuyer le déploiement des actions portées par l'Association pour la recherche en imagerie avancée en neurosciences et santé mentale (ARIANES) ;
- permanence des soins en établissements de santé : réviser les lignes consacrées à l'imagerie, afin de conforter ce soutien au fonctionnement de cette activité en horaires de nuit et de week-end, dans une approche territoriale et coopérative ;
- soutenir la progression de la formation des manipulateurs en électroradiologie, métier qui connaît des tensions croissantes en région.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Mettre en place au moins un dispositif territorial de téléradiologie dans la région, dans un cadre coopératif formalisé faisant appel à des professionnels de différents statuts.
- Développer des équipements de radiologie conventionnelle et d'imagerie en coupe (lorsque les autorisations sont délivrées pour cette catégorie d'équipements) au sein des hôpitaux de proximité labellisés.
- Fixer dans le PAPRAPS des actions visant à développer la pertinence des actes en imagerie.
- Mettre en place des actions de soutien au développement de la formation des manipulateurs en électroradiologie (formations en alternance, soutien aux écoles et instituts assurant cette formation...).

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Tous publics

### ACTEURS CONCERNES

Ensemble des détenteurs d'autorisation d'exploiter un EML.

Groupements hospitaliers de territoire (GHT).

Référents régionaux sur l'imagerie médicale, regroupant des radiologues et médecins nucléaires du public, du privé de la région.

Responsables, dans les établissements de santé, des grandes filières concernées par l'imagerie : neurologie, cardiologie, cancérologie, etc.

Assurance maladie

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

/



## OBJECTIF GENERAL 18 : MENER A BIEN LA MODERNISATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX NOTAMMENT EN MOBILISANT LES INVESTISSEMENTS

---

### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

Avec le Ségur de la santé, une enveloppe de 1,273 milliards d'euros a été attribuée à la région Hauts-de-France à hauteur pour les ES pour la période 2021-2030 et de 130 millions d'euros pour les projets prioritaires dans les EHPAD pour la période 2021-2024.

Le constat est que, depuis plusieurs années, un ralentissement de l'investissement s'est opéré, entraînant des taux de vétustés dégradés (établissements de santé -ES- : 62 %, établissements et services médico-sociaux -ESMS- : 56 %).

Un des facteurs explicatifs est le niveau d'endettement élevé des établissements qui ne leur a pas permis d'assurer le renouvellement de leur investissement (38 % des ES et 35 % des ESMS de la région ont un taux d'endettement supérieur à 30%).

Parallèlement, les situations financières déjà tendues se sont dégradées par le contexte de la crise sanitaire puis de l'inflation. L'activité des établissements n'a toujours pas retrouvé son niveau d'avant la crise soit l'année 2019, combinée à des problématiques d'attractivité et de recrutement des professionnels. L'inflation constatée sur les coûts immobiliers (+30% entre 2020 et 2022) constitue une difficulté supplémentaire dans l'équilibre du plan de financement des opérations d'investissement.

En parallèle, certains enjeux majeurs vont nécessiter une évolution de l'offre.

D'une part, le virage ambulatoire et domiciliaire concernant à fois les ES et les EHPAD :

- pour les ES, il vise au développement des nouvelles modalités organisationnelles de prise en charge et des retours à domicile, tels que le virage ambulatoire et le recours à l'hospitalisation à domicile qui se sont fortement accélérés avec le contexte de la crise sanitaire ;
- pour les EHPAD, il vise à favoriser le maintien à domicile des personnes âgées en bonne santé mais également en perte d'autonomie et dépendantes, ayant pour corollaire un besoin de médicalisation accru des EHPAD.

D'autre part, le virage vers une société inclusive dans toutes les dimensions de la vie sociale (scolaire, professionnelle, culturelle et citoyenne) concerne à la fois les personnes en situation de handicap et les personnes âgées en EHPAD.

L'enjeu est de mobiliser les ressources financières du Ségur afin de favoriser l'atteinte de ces objectifs.

Enfin, l'amélioration de la pertinence des soins engagée par les pouvoirs publics reste un enjeu clé pour satisfaire aux besoins de santé de tous les citoyens tout en assurant la soutenabilité de notre système de santé face aux contraintes démographiques, épidémiologiques et environnementales.

Les réformes de financement des ES (Urgences, Soins de suite et de réadaptation -SSR-, Psychiatrie) et ESMS (SSIAD, SERAFIN PH) constituent une opportunité d'allouer des ressources aux établissements au plus près des besoins des populations accueillies.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - SOUTENIR LA DYNAMIQUE D'INVESTISSEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX
- 2 - VEILLER A LA SOUTENABILITE FINANCIERE DES INVESTISSEMENTS ET PROJETS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MEDICO-SOCIAUX
- 3 - ACCOMPAGNER LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MEDICO-SOCIAUX EN DIFFICULTE

#### LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

- Objectif général 2 « Promouvoir un environnement favorable à la santé »
- Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »
- Objectif général 14 « Promouvoir des parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap »
- Objectif général 15 « Garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires »
- Objectif général 16 « Garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences »
- Objectif général 17 « Améliorer l'accès à l'imagerie médicale, aux soins critiques et aux soins palliatifs »

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : SOUTENIR LA DYNAMIQUE D'INVESTISSEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE ET MEDICO-SOCIAUX

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

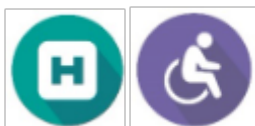
S'agissant des établissements de santé, la relance des investissements doit permettre d'accélérer la transformation et l'adaptation de l'offre de soins dans les territoires ainsi que d'améliorer les conditions de travail des professionnels et l'accueil des patients.

Sur le champ des établissements pour personnes âgées, en lien avec les Conseils départementaux, les investissements doivent permettre le développement des EHPAD de demain. Pour le champ des établissements pour personnes handicapées, en lien avec les Conseils départementaux pour les établissements à périmètre conjoint, il s'agira de promouvoir des établissements plus adaptés, inclusifs et contribuant à apporter des réponses innovantes pour les situations complexes.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Mettre en œuvre la stratégie régionale d'investissement en santé en s'assurant que l'ensemble des projets prioritaires sont engagés.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale, personnes âgées, personnes en situation de handicap

### ACTEURS CONCERNES

Établissements de santé et médico-sociaux, Conseils Départementaux, CNSA - Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie nationale d'investissement en santé, Stratégie régionale des investissements en santé

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : VEILLER A LA SOUTENABILITE FINANCIERE DES INVESTISSEMENTS ET PROJETS DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MEDICO-SOCIAUX

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Il s'agit de veiller à ce que les établissements dégagent les marges de manœuvres suffisantes pour financer les projets d'investissements prioritaires tout en maintenant un investissement courant minimum indispensable au bon fonctionnement des établissements permettant ainsi :

- de maintenir une offre de soins de qualité sur les territoires ;
- d'améliorer la qualité de vie des personnes accompagnées et les conditions de travail des professionnels ;
- 

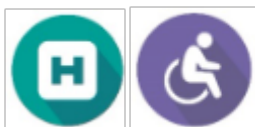
Cela implique :

- de s'assurer de la répartition équitable des ressources allouées aux établissements dans une optique de convergence tarifaire, et dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ;
- d'anticiper les réformes de financement notamment en termes d'impact sur les ressources des établissements et services ;
- d'agir sur les leviers d'efficience notamment par le biais des mutualisations et coopérations à l'échelle régionale ou infra régionale ;
- de promouvoir les nouvelles organisations, les modalités de prise en charge et l'alternative à l'hospitalisation complète comme par exemple les virages ambulatoire, domiciliaire et inclusif.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Améliorer la capacité des établissements à investir et faire progresser leur niveau dans le respect des grands équilibres financiers.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population générale, Personnes âgées, Personnes en situation de handicap

### ACTEURS CONCERNES

Établissements de santé et médico-sociaux, Conseils Départementaux, CNSA - ANAP – DGCS

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan national de gestion du risque et d'efficience du système de soins, Programme Performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE)

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : ACCOMPAGNER LES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ ET MEDICO-SOCIAUX EN DIFFICULTE

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Pour les établissements de santé, l'évolution des techniques et modalités de prise en charge des patients, combinée à l'évolution de la population, impactent directement le fonctionnement et l'offre de soins et nécessitent, de leur part, une adaptation continue.

Les ES qui n'anticipent pas ces évolutions, ou tardent à mettre en œuvre les nouvelles organisations nécessaires, se retrouvent rapidement en difficultés financières, qui finissent, si elles perdurent, par obérer toute capacité d'investissement, entraînant de fait l'établissement dans un cercle vicieux.

Pour les ESMS, les sources de difficultés peuvent être multiples, pouvant concerner à la fois des problèmes liés aux ressources humaines, à la qualité de l'offre bâtiminaire, à l'adaptation de l'offre aux besoins, à la gestion, etc.

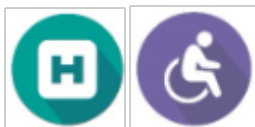
L'amélioration des organisations et des pratiques s'appuie sur le levier de la pertinence des soins. La poursuite de la dynamique déjà engagée dans ce domaine mobilise les professionnels de santé et les intéresse à l'adoption de nouvelles pratiques en pertinence notamment médicale mais aussi dans une dynamique d'efficacité.

Ainsi, il y a nécessité de relancer des dialogues de gestion et des accompagnements ciblés avec les établissements en difficultés basés sur des diagnostics partagés permettant de mettre en exergue les inadéquations entre l'offre (et par conséquent les moyens mis en œuvre) et les besoins traduits par l'activité concrètement réalisée. L'enjeu est donc de s'assurer de cette adéquation dans un contexte de réflexion territoriale.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Améliorer en continue la situation financière des établissements de la région.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Établissements de santé et médico-sociaux

### ACTEURS CONCERNES

Établissements de santé et médico-sociaux, Conseils Départementaux, CNSA - ANAP – DGCS

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Plan national de gestion du risque et d'efficacité du système de soins, Programme PHARE

## OBJECTIF GENERAL 19 : ACCOMPAGNER LES PROFESSIONNELS DE SANTE POUR GARANTIR LA QUALITE ET LA SECURITE DES SOINS DANS LES TERRITOIRES

---

### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

L'amélioration continue de la qualité et la sécurité des soins est une exigence partagée par tous les usagers du système de santé. Cet objectif s'appuie sur des dispositifs nationaux et régionaux à déployer dans les différents lieux d'exercice (soins de ville, secteur hospitalier, établissements et services médico-sociaux, structures de prévention) et nécessite un accompagnement des professionnels y exerçant et une prise en compte accrue des besoins des usagers, en les impliquant comme « acteurs de leur sécurité ».

La démarche de certification des établissements de santé par la Haute Autorité de santé (HAS), débutée il y a 20 ans, est depuis en constante évolution pour répondre et s'adapter aux nouveaux enjeux de qualité et de sécurité des soins. Les résultats de la certification sont désormais utilisés dans les modalités de financement à la qualité des établissements de santé mais également comme source d'informations destinée aux usagers, avec pour la V2014 un bilan régional de 95% des établissements atteignant un niveau de certification satisfaisant (certifiés en niveau A ou B).

Le déploiement récent du nouveau dispositif d'évaluation des ESMS, construit par la HAS, s'appuie désormais sur un référentiel national commun centré sur la personne accompagnée avec des résultats de l'évaluation qui feront également l'objet d'une diffusion publique.

Ces deux dispositifs ont l'ambition de promouvoir un management par la qualité, de mieux prendre en compte le résultat de la prise en charge de l'utilisateur, de s'adapter aux évolutions du système de santé en valorisant l'insertion territoriale des établissements et structures et la construction des parcours de soins.

La capitalisation régionale des résultats de ces dispositifs et des préconisations issues du plan d'inspection-contrôle (avec en particulier les EHPAD en 2022-2024) doit permettre d'identifier de nouveaux axes prioritaires en région tels que la promotion de la bientraitance au sein du système de santé et de rendre visibles auprès des usagers les actions d'amélioration continue menées.

Le développement d'une culture de la sécurité des soins, visant notamment à réduire les Événements indésirables graves associés aux soins (EIGS), a été investi ces dernières années dans sa dimension régionale au travers d'actions de formation et de sensibilisation des professionnels. Néanmoins, les travaux engagés sur les fondamentaux, tels que la culture de la déclaration et de l'analyse collective et la promotion du travail en équipe doivent être poursuivis et renforcés avec l'engagement et l'implication de tous les acteurs, quel que soit le lieu d'exercice.

Cette culture permet également l'amélioration de la qualité de vie au travail des professionnels de santé.

Par ailleurs, les travaux engagés sur certains axes spécifiques doivent être prolongés et concernent :

- la biologie médicale avec la nécessaire sécurisation de la qualité de l'échantillon biologique prélevé en dehors du Laboratoire de biologie médicale (LBM) ou de l'établissement de santé permettant la fiabilisation du résultat rendu au patient ;
- le parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique avec une gradation définie par la HAS permettant l'accès à tous les niveaux de soins et à un accompagnement de qualité pluriprofessionnels et pluridisciplinaires et la labellisation des Structures de la douleur chronique (SDC) ;
- la lutte contre la iatrogénie médicamenteuse, le bon usage des médicaments représentant un enjeu de santé publique majeur. Les accidents liés à un mauvais usage du médicament occasionnent chaque année plus de 10 000 décès, dont 7 500 chez les plus de 65 ans. Ils sont la cause de plus de 130 000 hospitalisations et près de 1,3 millions de journées d'hospitalisations. Dans 45 à 70 % des cas, ces accidents seraient évitables. Dans la population âgée de 65 ans et plus, le taux de iatrogénie médicamenteuse serait responsable de plus de 10 % des hospitalisations. Ce taux passe à 20 % chez les octogénaires. Ces événements indésirables représentent d'abord un problème de sécurité et de qualité des soins pour les patients ;
- la sécurisation du circuit du médicament des structures et établissements de la région.

Enfin, l'amélioration de la couverture vaccinale de l'ensemble des professionnels de santé afin de prévenir les transmissions aux usagers les plus fragiles et la réduction de l'absentéisme dans un contexte de tensions démographiques seront un axe de sécurisation des prises en charge.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1 - ACCOMPAGNER ET SUIVRE LES DISPOSITIFS D'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU SEIN DES STRUCTURES SANITAIRES (ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ, STRUCTURES D'EXERCICE COORDONNÉ, LBM ...), DES ÉTABLISSEMENTS MÉDICO-SOCIAUX ET DES STRUCTURES DE PRÉVENTION.

2 - FORMER ET OUTILLER LES PROFESSIONNELS DE SANTÉ, QUEL QUE SOIT LEUR LIEU D'EXERCICE, À L'AMÉLIORATION CONTINUE DES PRATIQUES POUR GARANTIR LA QUALITÉ ET LA SÉCURITÉ DES PRISES EN CHARGE

#### LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »

Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »

Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer »

Objectif général 9 « Prévenir, anticiper et gérer le risque de nouvelles épidémies »

Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : ACCOMPAGNER ET SUIVRE LES DISPOSITIFS D'AMELIORATION CONTINUE DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES AU SEIN DES STRUCTURES SANITAIRES DES ETABLISSEMENTS MEDICO-SOCIAUX ET DES STRUCTURES DE PREVENTION

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

#### **Qualité et sécurité des soins en établissements de santé et médico-sociaux**

Pour poursuivre l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé et médico-sociaux, la place de la procédure de certification et le déploiement de l'évaluation externe HAS, au-delà de l'obligation réglementaire, doit être pérennisée en tant qu'outil de pilotage par la qualité et la sécurité. Cet objectif requiert la poursuite d'un suivi régional au sein de l'ARS avec une analyse individualisée et contextualisée des décisions. Les modalités de suivi sont déterminées et peuvent donner lieu à un accompagnement des établissements le nécessitant.

En complément, le plan d'inspection-contrôle permet d'avoir un état des lieux des dysfonctionnements rencontrés dans les structures de la région et l'objectif poursuivi est d'objectiver de manière quantitative et qualitative les préconisations contribuant à l'amélioration de la qualité et de la sécurité des prises en charge en région.

L'analyse globale de ces données et des indicateurs de qualité disponibles conduira également à définir les thématiques prioritaires qui donneront lieu à un plan d'action régional.

#### **Prélèvements effectués hors des laboratoires de biologie médicale**

Pour des motifs tenant à la qualité d'une partie de la phase pré-analytique des examens de biologie médicale, les lieux de rupture de charge et de stockage des prélèvements de biologie médicale effectués en dehors d'un LBM ou d'un établissement de santé ne sont pas autorisés dans les communes disposant d'au moins un site de laboratoire de biologie médicale avec les 2 dérogations suivantes :

- possibilité de lieux de rupture de charge et de stockage dans une commune pour les LBM déjà implantés dans cette commune ;
- dérogation pour tous les établissements médico-sociaux (EMS) d'être lieu de rupture de charge et de stockage pour leurs propres résidents ;

Dans les zones géographiques autorisées, la rupture de charge et le stockage des prélèvements réalisés en dehors d'un LBM ou d'un établissement de santé doivent être effectués dans des conditions garantissant :

- le maintien de la qualité des prélèvements par l'utilisation d'équipements adaptés, dans des locaux adaptés ainsi que par la mise en place d'une traçabilité des prélèvements biologiques ;
- la sécurisation des prélèvements dans les lieux de rupture de charge et de stockage à des fins de prévention des risques d'exposition du personnel et du public ;
- la prise en charge des prélèvements par du personnel formé aux bonnes conditions de réception et de stockage des prélèvements.

Le cahier des charges relatif aux prélèvements effectués hors LBM ou établissement de santé sera déployé dans les structures de prévention portées par des associations ou collectivités territoriales.

#### **Prise en charge médicamenteuse du patient**

La prise en charge médicamenteuse du patient dans le parcours de soins a pour objectif, d'assurer au "bon patient" l'apport du "bon médicament", à la "bonne posologie", selon la "bonne voie", dans les conditions de sécurité d'emploi. Il s'agit d'un processus systémique complexe, pluriprofessionnel, présentant de nombreuses interfaces tant au niveau de la prescription, de la dispensation que de l'administration et de la surveillance. Les risques de rupture de la continuité du traitement médicamenteux existent et se situent aux points de transition du parcours de soins. L'objectif poursuivi est d'améliorer la sécurisation du circuit du médicament dans l'ensemble des structures du système de soins et en particulier les structures de prévention.

#### **Prise en charge de la douleur chronique**

Pour améliorer la prise en charge des patients douloureux chroniques dans une logique de parcours de soins, l'objectif poursuivi consiste à rendre lisible l'offre régionale de prise en charge de la douleur chronique en SDC et d'organiser la gradation de la prise en charge de la douleur chronique en renforçant l'articulation des missions des SDC avec les professionnels de santé de ville. Il convient ainsi de faciliter l'adressage des patients vers les SDC et d'améliorer le repérage de la douleur chez les personnes peu ou non communicantes. La mise en œuvre s'appuie sur le guide HAS sur le parcours de santé d'une personne présentant une douleur chronique de janvier 2023. Les médicaments opioïdes sont des médicaments essentiels pour le traitement de la douleur et pour le traitement de la dépendance aux opiacés. Il est indispensable de garantir leur accessibilité aux patients qui en ont besoin, tout en sécurisant au mieux leur utilisation afin de prévenir tout risque de mésusage et d'addiction.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements de santé avec un taux de 90 % des établissements de santé certifiés ou certifiés avec mention.
- Améliorer la qualité et la sécurité des soins dans les établissements médico-sociaux avec un taux de 100% de déploiement de la nouvelle procédure d'évaluation HAS.



- Garantir le respect des zones géographiques où les lieux de rupture de charge et de stockage des prélèvements effectués en dehors d'un LBM ou d'un établissement de santé sont autorisés.
- Garantir le respect des conditions de rupture de charge et de stockage assurant la préservation de la qualité des prélèvements effectués en dehors d'un LBM ou d'un établissement de santé et leur sécurisation.
- Mettre en place des filières graduées de prise en charge de la douleur chronique en région.

#### SECTEURS DE SANTE



#### POPULATION CONCERNEE

Les usagers du système de santé

#### ACTEURS CONCERNES

L'ensemble des professionnels du système de santé

LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : FORMER ET OUTILLER LES PROFESSIONNELS DE SANTE, QUEL QUE SOIT LEUR LIEU D'EXERCICE, A L'AMELIORATION CONTINUE DES PRATIQUES POUR GARANTIR LA QUALITE ET LA SECURITE DES PRISES EN CHARGE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La promotion de la culture positive de l'erreur vise à identifier les erreurs et, de par leur analyse collective, à en tirer des enseignements permettant la mise en place de barrières de prévention de futurs événements et l'enrichissement des connaissances des professionnels de santé au service de la qualité des prises en charge. L'objectif poursuivi est l'incitation à la déclaration des événements indésirables graves avec des actions ciblées adaptées au lieu d'exercice des professionnels (en particulier au niveau des structures d'exercice coordonné et des structures de prévention), l'amélioration de la qualité des déclarations, le déploiement et l'accompagnement à la mise en œuvre des outils d'analyse en équipe ou entre différentes structures impliquées.

La prise en compte de l'expérience patient par les professionnels, avec les nouveaux indicateurs développés notamment par la HAS sera un nouvel axe investi en région, ainsi que des actions permettant la promotion du travail en équipe au bénéfice de la sécurité, la promotion de la bientraitance et la valorisation d'actions innovantes et d'implication des usagers.

Concernant la iatrogénie médicamenteuse, l'objectif poursuivi consiste à développer la culture positive du signalement des erreurs médicamenteuses, des événements indésirables et effets indésirables médicamenteux, y compris en l'absence de conséquences, ainsi que la culture de gestion des risques associés "au médicament" avec les méthodes d'analyse des risques et les retours d'expérience. La mise en œuvre de cet objectif s'appuie sur la diffusion des bonnes pratiques de sécurisation du circuit du médicament en établissements de santé et médico-sociaux et de dispensation des médicaments dans les pharmacies de ville. Il convient aussi de favoriser la transmission d'informations complètes et exactes sur les médicaments du patient, entre professionnels de santé aux points de transition du parcours de soins. Enfin, dans le cadre du bon usage des médicaments et de la lutte contre la iatrogénie, il est nécessaire de développer la démarche de conciliation et de révision médicamenteuse et de suivi de l'observance par la collaboration pluriprofessionnelle entre médecin traitant, pharmacien d'officine et infirmier.

Pour les usagers, afin d'accompagner leurs pairs dans la prise en charge de leur pathologie chronique et/ou de leur handicap, la reconnaissance du savoir expérientiel des patients s'appuiera sur un plan régional de formation portant à la fois sur les patients experts et la formation à la dispensation de l'Éducation thérapeutique du patient (ETP) de patients membres d'une association de patients agréée.

Enfin, l'amélioration de la couverture vaccinale des professionnels de santé en ES et ESMS et en ville (grippe, COVID-19, hépatite B en particulier) prendra notamment appui sur les Équipes mobiles d'hygiène (EMH) en EHPAD pour développer des actions de sensibilisation des professionnels.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Améliorer le taux de déclaration des Événements indésirables graves (EIG) en région et diminuer le nombre de structures muettes.
- Améliorer l'appropriation par les professionnels de santé de ville de la culture de la qualité et de la sécurité des soins des usagers (indicateur : taux de CPTS ayant développé la mission opérationnelle de qualité de l'Accord conventionnel interprofessionnel - ACI-).
- Atteindre un taux de vaccination anti-grippale d'au moins 50% des professionnels chaque année en EHPAD.
- Atteindre un taux de vaccination anti-grippale des personnels hospitaliers (Indicateurs de qualité et de sécurité des soins - IQSS) d'au moins 60 % chaque année en établissements de santé.
- Mettre en œuvre un programme d'actions pour la qualité et la sécurité de la prise en charge médicamenteuse du patient dans son parcours de soins défini par le Réseau régional de vigilances et d'appui (RRÉVA) dans le cadre de la politique de prise en charge en santé.
- Constituer un pool régional de patients experts et de patients formés à la dispensation de l'ETP.
- Faire en sorte que chaque équipe déployant les programmes pilotes ETP Troubles du spectre de l'autisme (TSA) adultes et adolescents-enfants soit composée d'au moins 1 patient expert et/ou 1 patient formé à la dispensation de l'ETP.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Les usagers du système de santé

### ACTEURS CONCERNES

L'ensemble des professionnels du système de santé

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

/

# OBJECTIF GENERAL 20 : POURSUIVRE LE DEVELOPPEMENT DU NUMERIQUE AU SERVICE DE L'ACCES AUX SOINS DANS LES TERRITOIRES



## PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

### **Une connaissance de l'offre en santé à renforcer**

Le système de santé est jugé peu lisible pour les usagers et les professionnels de santé et a pour conséquence une méconnaissance de l'offre de santé, dont les offres de prévention, et des dispositifs permettant la prise en charge médicale, médico-sociale et sociale.

Les usagers, les professionnels de santé et les acteurs de la coordination en santé sont peu informés des dispositifs existants parmi lesquels : les programmes d'éducation thérapeutique du patient, les dispositifs d'appui à la coordination, les offres par thématique comme en santé mentale ou pour les suivis des pathologies chroniques, l'offre de télésanté disponible sur le territoire pour avoir recours à une téléexpertise, etc.

### **Une accélération des usages du numérique suite à la crise sanitaire COVID-19**

La crise sanitaire a démontré la capacité d'adaptation des organisations et des systèmes d'information et le numérique a pris toute sa place au service des usagers, des acteurs de santé et des institutions. Le développement en masse du numérique a permis d'apporter des réponses concrètes pendant la pandémie et a donné confiance aux acteurs dans notre capacité « à faire ». Cette expérience doit nous conduire à capitaliser sur nos réussites et à élargir le champ du numérique afin qu'il essaimé le domaine de la santé et qu'il participe à l'amélioration de la prise en charge des patients.

### **Des freins au développement du numérique à lever**

Les nouvelles pratiques s'appuyant sur le numérique sont encore trop peu connues et développées, telles que la téléconsultation assistée ou la télésurveillance. On observe un manque de fluidité dans le partage des informations et dans la prise en charge des patients et des parcours de soins, en partie dû à l'existence d'outils et services numériques complexes, trop nombreux, peu interopérables et dont les usages peuvent être redondants. Par ailleurs, les professionnels de santé et les établissements sont encore trop peu sensibilisés, préparés et outillés pour prévenir des risques cyber alors que les attaques cyber.

### **Des usagers et des professionnels de santé éloignés du numérique**

On constate qu'une part des usagers reste peu aguerrie à l'utilisation du numérique ou peu convaincue par l'apport du numérique dans leur parcours de santé alors que les usages peuvent être nombreux. Le numérique est incontournable dans le parcours de prévention et de soins du patient : prise de rendez-vous en ligne, réception dématérialisée des comptes rendus, des résultats de biologie ... Il s'agit parfois d'un véritable parcours du combattant pour les usagers entraînant des difficultés qui viennent souvent se superposer à celles d'accès aux soins, pouvant compromettre une prise en charge optimale de l'utilisateur, notamment pour les publics précaires, en situation de handicap, personnes vulnérables, etc. Pour leur part, les professionnels de santé ne sont pas tous formés à l'usage des outils numériques et pas toujours en capacité de recourir pleinement aux outils et d'accompagner leurs patients.

### **Des recrutements difficiles sur les métiers du numérique en santé**

Les métiers du numérique deviennent indispensables dans chaque structure de santé. Or, force est de constater que peu de formations existent pour permettre une offre suffisante sur les profils d'ingénieurs, de chefs de projets en santé numérique, de responsables de la sécurité des systèmes d'informations, de délégués à la protection des données, etc. Les compétences recherchées sont rares et entraînent des difficultés pour les structures de santé qui ne peuvent pas toujours assumer financièrement le recrutement de ces profils très recherchés.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - ACCOMPAGNER LE DEPLOIEMENT DES SERVICES NUMÉRIQUES DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE SANTÉ EN SOUTIEN DE L'OBJECTIF NATIONAL D'ÉCHANGE ET DE PARTAGE SECURISE DES DONNEES DE SANTE
- 2 - PROMOUVOIR LES USAGES DE MON ESPACE SANTÉ AUPRÈS DE TOUS LES USAGERS ET ACTEURS DE L'ÉCOSYSTÈME DE SANTÉ
- 3 - RENFORCER LA CYBERSÉCURITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ
- 4 - FAVORISER L'USAGE DES SERVICES DE TÉLÉSANTE ET L'ACCÈS AUX SOLUTIONS DU MARCHÉ POUR L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE SANTÉ
- 5 - DÉPLOYER LES SERVICES RÉGIONAUX DE COORDINATION AU PROFIT DES ORGANISATIONS ET INITIATIVES LOCALES FAVORISANT LE DÉCLOISONNEMENT INTER-SECTORIEL ET L'ATTRACTIVITE DES TERRITOIRES
- 6 - RÉDUIRE LA « FRACTURE NUMÉRIQUE » EN SANTÉ DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE

#### LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

- Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »
- Objectif général 2 « Promouvoir un environnement favorable à la santé »
- Objectif général 3 « Développer le sport santé, lutter contre le diabète et l'obésité »
- Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »
- Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives" »
- Objectif général 6 « Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères »
- Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées aux cancers »
- Objectif général 8 « Améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies - PRAPS »
- Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »
- Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »
- Objectif général 14 « Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap »
- Objectif général 15 « Garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires »
- Objectif général 16 « Garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences »
- Objectif général 17 « Garantir l'accès aux soins critiques, aux soins palliatifs et à l'imagerie médicale »
- Objectif général 21 « Mettre en œuvre les innovations du conseil national de la refondation et déployer des feuilles de route territoriales »
- Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie en santé »

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : ACCOMPAGNER LE DEPLOIEMENT DES SERVICES NUMÉRIQUES DE L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE SANTÉ EN SOUTIEN DE L'OBJECTIF NATIONAL D'ÉCHANGE ET DE PARTAGE SECURISE DES DONNEES DE SANTE

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La mise en place des services et référentiels socles est un prérequis indispensable au déploiement d'outils et de services numériques, afin de permettre l'échange et le partage d'information au sein de l'équipe interprofessionnelle et de faciliter la prise en charge des patients. Les prérequis définis et attendus par les acteurs nationaux (Délégation ministérielle au numérique en santé -DNS- et Agence du numérique en santé -ANS-) offrent un cadre d'interopérabilité commun entre tous les systèmes d'information de l'ensemble des acteurs, quel que soit leur secteur d'exercice : libéral, hospitalier, prévention médicalisée, médico-social... Parmi ceux-ci, prioritairement :

- l'Identifiant national de santé (INS) permet :
  - de référencer les données de santé et les données administratives de toute personne bénéficiaire ou appelée à bénéficier d'une prise en charge sanitaire ou médico-sociale ;
  - de fiabiliser le référencement des données de santé en évitant les doublons ou les collisions de dossiers.
- pro Santé Connect permet aux professionnels de santé de pouvoir se connecter aux services numériques de manière simplifiée et sécurisée ;
- la Messagerie sécurisée de santé (MSS) permet l'échange de données de santé entre professionnels de santé et entre professionnels de santé et patients ;
- le dossier médical de Mon espace santé : espace de partage de documents utiles à la prise en charge des patients dans un environnement sécurisé.

Cette doctrine est complétée par différents programmes d'accompagnement à l'informatisation du secteur sanitaire, du secteur médico-social et de l'ambulatoire qui permettent aux acteurs de développer ou adapter leurs systèmes d'informations afin de favoriser le partage et l'échange de données :

- ségur usage numérique en établissements de santé (SUN-ES) pour les établissements sanitaires ;
- ESMS Numérique pour les établissements médico-social ;
- système ouvert et non sélectif (SONS) pour tous les acteurs de l'écosystème, dont les structures libérales et les professionnels de santé conventionnés ...

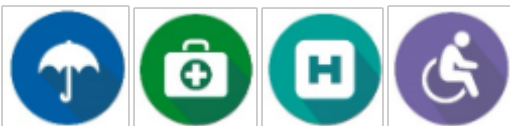
Les usagers, professionnels de santé de ville, structures sanitaires et médico-social doivent s'approprier ces outils.

Pour mener à bien cette politique de développement du numérique en santé, l'ARS co-pilote cette stratégie avec l'Assurance Maladie en s'appuyant sur le Groupement régional d'appui au développement de la e-santé (GRADeS), le Groupement d'intérêt public (GIP) Sant& Numérique, et d'autres partenaires comme les Unions régionales des professionnels de santé (URPS), le collectif SI social et médico-social, les fédérations hospitalières... pour proposer un accompagnement au déploiement des services et des référentiels socles. Par ailleurs, il est nécessaire de faciliter le partage des apprentissages et des retours d'expérience des utilisateurs et des industriels, dans un cycle d'amélioration continue des services et des outils. L'ARS y contribue en promouvant la mise en place de démonstrateurs de services et de référentiels socles.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Permettre à 100% des acteurs de santé (établissements de santé, médicaux sociaux, professionnels de santé libéraux et dispositifs de coordination) de bénéficier d'un système d'information composé de logiciels métier interopérables avec les référentiels et services socles définis au niveau national permettant l'alimentation et la consultation du Dossier médical partagé (DMP) de l'utilisateur.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Tous les usagers

### ACTEURS CONCERNES

Tous les acteurs du sanitaire (établissement et ambulatoire) et du médico-social

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Programme Hôpital numérique ouvert sur son environnement (HOP'EN) – SUN-ES – ESMS Numérique – SONS – Ségur du numérique en santé – Feuille de route du numérique en santé 2023-2027

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : PROMOUVOIR LES USAGES DE MON ESPACE SANTÉ AUPRÈS DE TOUS LES USAGERS ET ACTEURS DE L'ÉCOSYSTÈME DE SANTÉ

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Mon espace santé (MES), carnet de santé numérique, est l'outil offrant différentes fonctionnalités répondant à des objectifs spécifiques :

- le profil médical (historique, antécédents, allergies, traitements, vaccinations) et le dossier médical du patient, réceptacle des documents de santé transmis par les professionnels de santé, favorisant la connaissance et le suivi des pathologies, des traitements et du parcours de l'utilisateur ;
- la messagerie sécurisée citoyenne permettant l'échange d'informations entre le professionnel de santé et son patient ;
- le catalogue de services recensant les services numériques et applications référencés, permettant d'accompagner l'utilisateur dans sa santé ;
- l'agenda santé.

L'ARS et l'Assurance Maladie, avec l'assistance du Groupement Régional d'Appui au Développement de la e-Santé (le GIP Sant&Numérique), se sont engagées dès 2021 dans une phase pilote sur le département de la Somme à l'instar de deux autres régions. Cet engagement volontaire vise une acculturation la plus précoce possible des acteurs de santé et des usagers aux nouveaux outils et aux nouvelles pratiques introduits par Mon espace santé. Cette phase pilote a permis d'identifier les freins et leviers propices à la généralisation de Mon espace santé.

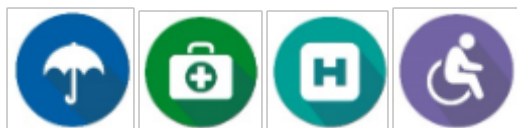
Depuis la généralisation de Mon espace santé, les trois acteurs travaillent ensemble pour développer et promouvoir les usages de Mon espace santé via des campagnes de communication et d'accompagnement individuel et collectif. Ce développement des usages doit convaincre les usagers et les offreurs de soins d'accélérer l'alimentation de Mon espace santé et faciliter l'installation d'autres usages, telles que la prévention, renforçant ainsi encore l'intérêt pour ce nouvel outil, dans un cercle vertueux. Les usagers doivent bénéficier d'une information éclairée concernant l'usage de leurs données de santé et le recours à Mon espace santé.

Afin d'accompagner les usagers à l'appropriation de Mon espace santé, un coordonnateur a été recruté et est en charge d'animer un réseau d'ambassadeurs Mon espace santé chargés de faciliter l'activation et l'alimentation de Mon espace santé. Ce travail se fait en lien avec les associations d'usagers qui accompagnent également les usagers à utiliser les outils numériques pour leur santé.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Étendre à l'ensemble des territoires de la région la sensibilisation à Mon espace santé au travers d'actions collectives d'information, d'échanges individuels et d'accompagnement sur mesure, offrant ainsi à tous les usagers la possibilité de connaître Mon espace santé et de se l'approprier.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Tous les usagers

### ACTEURS CONCERNES

Tous les acteurs du sanitaire (établissement et ambulatoire) et du médico-social - Usagers et représentants d'usagers

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SUN-ES – ESMS Numérique – Ségur du numérique en santé – Feuille de route numérique en santé 2023-2027 – Programme des ambassadeurs Mon espace santé

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : RENFORCER LA CYBERSÉCURITÉ DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'ensemble des services et structures de prévention, d'hébergement et de santé sont les cibles de cyberattaques de plus en plus fréquentes ou victimes de pannes, avec des conséquences fortes sur le fonctionnement des services médicaux ou d'accompagnement. L'objectif est donc de participer à l'amélioration du niveau de sécurité numérique du secteur de la santé : les établissements doivent élever leur niveau de résistance aux agressions et aux pannes, ainsi que leur niveau de résilience en cas d'incident.

Depuis 2021, l'ARS décline le plan de renforcement cybersécurité en région en lien avec le Haut fonctionnaire de défense et de sécurité (HDFS), l'Agence nationale de sécurité des systèmes d'information (ANSSI), l'ANS, les préfetures, le Conseil régional et le GRADeS. Les établissements de santé définis comme Opérateurs de services essentiels (OSE) dont l'arrêt de service aurait un impact significatif sur le fonctionnement du système de santé en région, doivent en priorité répondre aux exigences du plan de renforcement cyber.

Pour animer la thématique sur le territoire et être le plus efficace possible dans un secteur où les ressources en Sécurité des systèmes d'information (SSI) sont difficiles à recruter et à conserver, un collège des Responsables de la sécurité des systèmes d'information (RSSI) a été mis en place. Il permet d'échanger sur les problématiques communes, le partage d'expérience, les bonnes pratiques et la mutualisation des ressources. Ce collège doit s'étendre aux secteurs médico-social et ambulatoire.

Afin d'être préparé en cas d'attaque cyber, il est nécessaire que les procédures de signalement d'incidents et de continuité d'activité soient connues de tous. Pour ce faire, les établissements doivent réaliser à fréquence régulière des audits et des exercices de crise. Une fois ces audits et exercices réalisés, des plans de remédiation doivent être mis en place dans une logique d'amélioration continue.

A l'initiative de l'ARS, un centre de ressources régional sur la cybersécurité est en cours de constitution. Il a pour mission de proposer des offres d'accompagnement à la réalisation des exercices de crise cyber, d'audits techniques, de mutualisation d'outils de sécurisation et de sensibilisation, d'offre de formation ... Le collège des RSSI est force de proposition pour étoffer ce centre de ressources.

L'Assurance Maladie participe à cet objectif aux côtés des URPS en organisant des séances d'information et de sensibilisation sur le Règlement général sur la protection des données (RGPD) et la cybersécurité auprès des professionnels de santé libéraux. Ces travaux doivent permettre d'assurer aux usagers une confiance envers les outils numériques utilisés par les acteurs de santé et médico-sociaux pour gérer leurs données de santé.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Atteindre un taux de 100% d'établissements et services de prévention, de santé et médico-sociaux ayant réalisé des audits et des exercices de crise cyber.
- Sensibiliser les professionnels de santé aux risques cyber.
- Doter toutes les structures de procédures de signalement et de continuité d'activité mises à jour régulièrement et connues de tous les collaborateurs.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Tous les usagers

### ACTEURS CONCERNES

Tous les acteurs du sanitaire (établissements et ambulatoire), de la prévention, du médico-social, usagers et représentants d'usagers

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SUN-ES – ESMS Numérique – Ségur du numérique en santé – Feuille de route du numérique en santé 2023-2027 – Plan de renforcement cyber

## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : FAVORISER L'USAGE DES SERVICES DE TÉLÉSANTÉ ET L'ACCÈS AUX SOLUTIONS DU MARCHÉ POUR L'ENSEMBLE DES ACTEURS DE SANTÉ

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Comme beaucoup d'autres régions, la région Hauts-de-France est confrontée aux problématiques d'accès aux soins et d'attractivité des territoires pour les professionnels de santé. La télésanté est au service des nouvelles organisations et pratiques médicales qui contribuent à la résolution des problèmes de démographie médicale en apportant de nouvelles modalités de prise en charge.

De longue date, l'ARS est engagée dans des expérimentations de télésanté : téléexpertise en dermatologie, télé-AVC...

La crise sanitaire COVID-19 a permis de démocratiser les usages de télésanté avec notamment l'ouverture aux paramédicaux, induisant une expansion de l'offre industrielle associée. Ainsi, les prises en charge médicales à distance (activités de télé-médecine) que sont la téléconsultation, la téléexpertise et bientôt la télésurveillance sont entrées dans le droit commun permettant la prise en charge des actes par l'Assurance Maladie. D'autres actes réalisés à distance sont autorisés dans le cadre du télésoin, par des professionnels paramédicaux et des pharmaciens

La télésanté est un levier supplémentaire pour favoriser l'accès aux soins en :

- permettant l'accès à un médecin traitant facilité pour une prise en charge à domicile ;
- diminuant les déplacements pour se rendre à un rendez-vous médical ;
- proposant de nouveaux services au patient facilitant le recours à des professionnels pour des prises en charge récurrentes (patient chronique, suivi régulier...).

Si la télésanté est au bénéfice des nouvelles organisations du système de santé, sa généralisation engendre également des pratiques abusives : de plus en plus de solutions (comme les télécabines installées dans des lieux tout public...) qui ne répondent pas au cadre de remboursement de l'Assurance Maladie s'installent sur les territoires. Il faut donc veiller à ce que la télésanté se déploie de manière qualitative pour garantir une prise en charge optimale de l'usager : respect du « parcours patient », alternance d'actes en présence et à distance, respect du consentement du patient ...

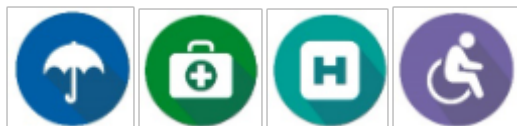
L'enjeu maintenant est de former et de promouvoir les bonnes pratiques et les usages de la télésanté auprès des acteurs de l'écosystème de santé en apportant une expertise méthodologique et technique sur la mise en place des projets de télésanté, en partageant les initiatives territoriales et en référençant les solutions de télésanté qui respectent le cadre réglementaire.

Les solutions technologiques étant multiples, les usagers et les professionnels de santé ont besoin de connaître l'offre de télésanté de qualité disponible sur le territoire.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Atteindre un taux d'au moins 10% des patients atteints d'une pathologie chronique bénéficiant d'actes de télésanté dans leur parcours.
- Augmenter le taux d'appropriation de la télésanté par les professionnels de santé.
- Faire connaître les dispositifs de téléconsultation répondant aux exigences d'éthique et de qualité et référencés par l'assurance maladie.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Tous les usagers et spécifiquement les patients en ALD

### ACTEURS CONCERNES

Tous les acteurs du sanitaire (établissements et ambulatoire) et du médico-social – Usagers

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Convention médicale – Feuille de route du numérique en santé 2023-2027 – Politiques prioritaires du gouvernement



---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 5 : DÉPLOYER LES SERVICES RÉGIONAUX DE COORDINATION AU PROFIT DES ORGANISATIONS ET INITIATIVES LOCALES FAVORISANT LE DÉCLOISONNEMENT ET L'ATTRACTIVITE DES TERRITOIRES

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Compte tenu des problématiques de démographie médicale et de santé publique de la région, les structures d'exercices coordonné et les dispositifs de coordination se développent : la coordination interprofessionnelle et le partage d'information à bon niveau entre les acteurs de santé et dans le respect de la confidentialité des données et du secret médical font partie des leviers à actionner pour améliorer les prises en charge des patients.

Le numérique est un moyen incontournable d'appuyer ce développement en :

- structurant et partageant l'information en fonction du contexte de prise en charge ;
- réduisant les ruptures des parcours patient ;
- simplifiant les pratiques professionnelles lorsque l'appropriation de l'outil est effective ;
- décloisonnant les secteurs : ville, établissements de santé, médico-social ;
- recensant l'offre de santé et en permettant la bonne orientation de l'utilisateur.

L'objectif est de capitaliser sur les apprentissages de ce programme et de le faire évoluer en développant, avec le GRADeS Hauts-de-France, de nouveaux services numériques régionaux répondant aux problématiques actuelles de santé publique. Ces services numériques seront compatibles et complémentaires avec les référentiels et services socles nationaux. Ils doivent être accessibles via un point d'entrée unique et seront référencés dans le bouquet de services professionnels mis à disposition par l'Assurance Maladie afin de garantir la sécurité et le respect réglementaire des services. Pour garantir une bonne appropriation des outils par les utilisateurs, une vigilance particulière doit être assurée pour qu'ils répondent aux besoins métier et s'adaptent à leurs pratiques.

Le Conseil national de la refondation en santé (CNR-santé) a mis en évidence le besoin des acteurs de santé de mieux connaître l'offre de santé disponible et de mieux se connaître au sein d'un territoire. Il apparaît donc prioritaire de mettre en place un service régional d'annuaire dynamique.

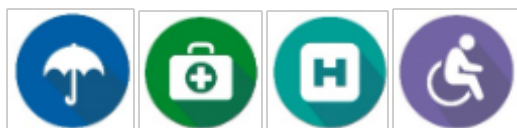
Pour favoriser l'innovation et développer les services numériques régionaux sur la base des initiatives territoriales, l'ARS Hauts-de-France souhaite développer la logique d'appel à projet d'innovation au niveau des territoires, notamment pour développer l'intelligence artificielle. Une coordination entre les parties prenantes et les institutions travaillant sur l'innovation en santé est nécessaire.

Enfin, les impacts du numérique sur l'environnement n'étant pas nuls, il convient d'intégrer dès la conception des solutions et projets numériques une réflexion sur la bonne utilisation du produit (pas de sauvegarde de document inutile, minimiser des flux d'envoi...)

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Financer une cinquantaine de projets d'innovation en santé facilités par le numérique.
- Mettre en place un kiosque applicatif régional respectant le cadre d'interopérabilité national dont en priorité un service d'annuaire dynamique décrivant l'offre de santé régionale et les dispositifs de coordination et de prise en charge.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Tout patient ayant été pris en charge par des professionnels utilisant des dispositifs numériques

### ACTEURS CONCERNES

Porteurs de projets, tous les acteurs du sanitaire (établissement, ambulatoire et dispositifs de coordination et structures d'exercice coordonné) et du médico-social

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie d'accélération « santé numérique » – Feuille de route du numérique en santé 2023-2027 – Programme e-parcours – Programme de convergence du numérique avec la doctrine nationale (COMET)

## OBJECTIF OPERATIONNEL 6 : RÉDUIRE LA « FRACTURE NUMÉRIQUE » EN SANTÉ DES USAGERS ET DES PROFESSIONNELS DE SANTE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les usagers sont régulièrement confrontés au numérique dans leur prise en charge et cela peut être source de difficultés pour ceux qui sont éloignés du numérique (par non accès au matériel informatique adéquat, par manque de compétences ou connaissance, ou encore à cause d'un handicap). Or, le numérique peut être une plus-value dans la prise en charge du patient : prise de rendez-vous en ligne, réception instantanée des comptes rendus, échange par messagerie sécurisée avec son médecin...

Face à ces constats, il semble se dessiner plusieurs niveaux d'enjeux à l'échelle des usagers :

- identifier les situations d'illectronisme et orienter vers la bonne prise en charge ou le bon accompagnement ;
- accompagner la prise en main des outils numériques en santé ;
- apporter de la visibilité sur les outils numériques disponibles dans le champ de la santé ;
- rassurer sur la confidentialité et le niveau de sécurisation des données médicales.

Il semble important de « démystifier », de simplifier et de vulgariser tous les sujets qui touchent au numérique en santé. Mais également de donner le bon niveau d'information pour l'utilisateur, en faisant en sorte de cibler les informations qui lui seront pertinentes et utiles, notamment en ayant une stratégie de communication et d'accompagnement simple, diversifiée et adaptée à la cible (ville, ruralité, âge, parcours de soins...).

Si cette autonomie n'est pas possible, il s'agit alors d'imaginer un système de prise en charge permettant à des acteurs identifiés et missionnés de le faire à la place et/ou pour l'utilisateur non-autonome. Le numérique ne doit pas être imposé, son utilisation doit être accompagnée afin d'en faire un outil au service du renforcement des liens soignant/soigné.

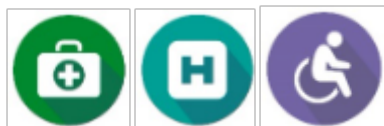
Pour finir, le numérique doit répondre aux besoins des usagers et pour ce faire, ils doivent être inclus dans les processus de construction des outils numériques et bénéficier d'un service support répondant à leurs besoins.

Aujourd'hui, l'activité des professionnels de santé est intimement liée au numérique (agenda de prise de rendez-vous, dossier médical informatisé, e-prescription, téléconsultation...). Cela nécessite une acculturation spécifique au numérique en santé : quels outils pour quels usages, règles de sécurisation des données, paramètre et gestion d'un ordinateur, d'une tablette... Il semble donc indispensable de mettre à disposition de ces professionnels une formation spécifique au numérique en santé (en parcours initial et continu) en utilisant un discours simple et reposant sur des cas d'usage concrets. L'objectif clé : donner du sens aux outils numériques.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Inclure la thématique du numérique en santé dans la formation initiale et continue des professionnels de santé.
- Décliner une stratégie d'action dite « d'aller vers » avec la mise en place d'une formation aux outils numériques en santé pour les usagers. Ainsi l'ensemble des acteurs de l'inclusion numérique (conseillers numériques France services, Emmaüs Connect ...) pourront être formés aux outils numériques de santé et les usagers pourront être accompagnés à l'usage de ces outils dans les tiers lieux numériques.
- Former les pair-aidants et les médiateurs en santé à la détection des fragilités numériques et l'orientation vers les dispositifs existants pour accompagner l'utilisateur.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Tous les usagers

### ACTEURS CONCERNES

Professionnels de santé de tous les secteurs – usagers – associations d'usagers - aidants – médiateurs en santé – acteurs de l'inclusion numérique

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Feuille de route du numérique en santé 2023/2027

## **ORIENTATION STRATEGIQUE 5 : METTRE LES TERRITOIRES AU CŒUR DE LA STRATEGIE REGIONALE DE SANTE**

---

# OBJECTIF GENERAL 21 : METTRE EN ŒUVRE LES INNOVATIONS DU CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION ET DEPLOYER DES FEUILLES DE ROUTE TERRITORIALES



## PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

Le bilan du SRS a souligné l'élaboration et la mise en œuvre de 23 plans d'action, qui se sont appuyés sur des priorités définies par les Conseils territoriaux de santé (CTS) en cohérence avec le PRS et la Stratégie nationale de santé (SNS).

Si la mise en œuvre de ces plans d'action a été concrétisée, leur déclinaison dans les territoires a été parfois peu lisible pour les acteurs de terrain ; cette observation a été remontée lors des débats publics du Conseil national de la refondation en santé (CNR-santé).

L'émergence et le renforcement de certaines problématiques de santé au sortir de la crise sanitaire nécessitent par ailleurs une mobilisation plus forte des acteurs des territoires pour rechercher des solutions. Cela impose de redonner des initiatives aux territoires, de leur apporter aussi une meilleure vision des actions ou dispositifs de santé déployés.

### **Le Conseil national de la refondation : une nouvelle opportunité pour permettre aux territoires de proposer des solutions**

A l'occasion des sept réunions du CNR-santé qui se sont tenues à la fin de l'année 2022 à Amiens, Chantilly, Douai, Dunkerque, Guise, Lille et Valenciennes, 1 070 participants se sont mobilisés pour rechercher ensemble des solutions concrètes pour relever les défis de l'accès aux soins en Hauts-de-France. Cette séquence s'était inscrite dans le cadre posé par le Président de la République le 8 septembre 2022 à Marcoussis avec pour objectif de trouver les voies et moyens d'une refondation du système de santé en faisant appel à l'intelligence collective au plus près du terrain autour des 4 thématiques imposées.

### **L'élaboration et la mise en œuvre de feuilles de route territoriales partagées pour poursuivre la dynamique des CNR-santé et décliner le projet régional de santé**

Les lignes directrices pour la pérennisation de la démarche CNR-santé dans les territoires ont été définies pour tous les territoires de France. En région Hauts-de-France, la dynamique engagée à la fin de l'année 2022 est poursuivie au travers d'actions et de moyens inscrits dans des feuilles de route « CNR-santé » en lien avec la dynamique du projet régional de santé.

A la fin du premier semestre 2023, en lien avec les CTS, des feuilles de route ont été engagées avec les propositions qui ont émergé lors de débats publics des CNR-santé. Dès la publication du schéma régional de santé révisé, comme lors de celle du PRS2, des plans d'actions seront élaborés et alimenteront les feuilles de route territoriales. L'objectif est de conserver la dynamique de concertation avec les instances de démocratie sanitaire régionale et territoriales, dont les CTS.

La méthode concernant les plans d'action vise à favoriser la participation des acteurs des territoires et des usagers ainsi que leur appropriation de ceux-ci.

## OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - POURSUIVRE LA DYNAMIQUE DES DÉBATS PUBLICS DU CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION PAR DES ACTIONS CONCRÈTES
- 2 - ELABORER ET METTRE EN OEUVRE DES FEUILLES DE ROUTE POUR DÉCLINER LE PROJET RÉGIONAL DE SANTÉ DANS LES TERRITOIRES

## LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

- Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »
- Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »
- Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »
- Objectif général 6 « Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères »
- Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies - PRAPS »
- Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »
- Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »
- Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie sanitaire »

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : POURSUIVRE LA DYNAMIQUE DES DEBATS PUBLICS DU CONSEIL NATIONAL DE LA REFONDATION PAR DES ACTIONS CONCRETES

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Après les débats publics organisés pendant les CNR-santé, une cinquantaine de propositions, parfois générales, parfois très précises et opérationnelles, ont été formulées. Les participants ont de manière systématique fait part de leurs attentes concernant la simplification de notre système de santé, la meilleure orientation du patient dans son parcours de santé et la lisibilité des dispositifs tant pour les professionnels que pour les usagers. L'impatience à l'égard des difficultés d'accès à la ressource médicale s'est par ailleurs fortement exprimée sans que des solutions miracles n'aient pu être trouvées.

En conclusion des réunions, une attente forte s'est exprimée concernant la suite donnée à cette mobilisation et la dynamique CNR-santé va se poursuivre dans les territoires avec une proposition de plan d'actions. Tous les participants ont dans l'attente été destinataires des comptes rendus des débats.

Au terme de cette réflexion, l'ARS s'est engagée à donner suite à cette remarquable mobilisation afin de s'assurer de la mise en œuvre des nombreuses innovations proposées sur les grands thèmes de travail.

Les principes qui ont guidé la structuration de la démarche sont les suivants :

- la ligne directrice retenue est celle de l'innovation avec un intitulé commun « CNR : innovons pour la santé en région Hauts-de-France ». Il s'agit en effet de sortir des solutions déjà existantes pour faire travailler la communauté sur des organisations et outils nouveaux ;
- les grands objectifs autour desquels il est attendu que les feuilles de route s'articulent sont de faciliter l'accès aux professionnels de santé, d'organiser la permanence des soins, d'accélérer les démarches de prévention, de mobiliser les leviers locaux de l'attractivité ... Une priorité est donnée à la recherche de solutions sur l'attractivité des territoires compte tenu de la situation extrêmement tendue dans la quasi-totalité du territoire régional à l'exception de la métropole lilloise et de l'Oise dans une certaine mesure ;
- pour la structuration des feuilles de route territoriales, le diagnostic de départ a été partagé avec l'ensemble des participants aux réunions de lancement sous la forme d'un document complet conçu dans le cadre du PRS. Il est proposé de mettre en œuvre sans attendre les premières actions, le dialogue sur les besoins du territoire se poursuivra au fil des réunions.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Poursuivre les travaux engagés lors des débats publics en mobilisant les conseils territoriaux de santé.
- Élaborer et mettre en œuvre les actions proposées lors des débats publics.
- Initier les feuilles de route territoriales à partir des actions proposées dans le cadre des CNR-santé.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Toutes populations

### ACTEURS CONCERNES

Les acteurs concernés par les actions proposées

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNS

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : ELABORER ET METTRE EN OEUVRE DES FEUILLES DE ROUTE POUR DECLINER LE PROJET REGIONAL DE SANTE DANS LES TERRITOIRES

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'expérience des plans d'actions du précédent SRS a été positive pour mettre en œuvre concrètement et suivre les actions. Cependant, les 23 plans d'actions ont été partiellement partagés et peu territorialisés. La dynamique du conseil national de refondation réaffirme donc la nécessité d'une nouvelle méthode impliquant plus fortement les acteurs des territoires au travers de feuilles de route.

Si la rigueur d'élaboration des plans d'actions du PRS en matière notamment de faisabilité et de suivi, doit être conservée au regard en particulier de ce qu'implique la mobilisation de fonds publics, ces plans d'action doivent intégrer des étapes de concertation et de co-construction avec les partenaires, les professionnels et les usagers. Ils doivent aussi laisser la place à l'initiative des acteurs locaux.

Cette évolution doit être un gage de la bonne compréhension de la politique régionale et de sa mise en œuvre mais aussi d'une très large mobilisation des professionnels de santé et de la population autour de la santé.

Le PRS doit élaborer des plans d'actions territorialisés qui pourront alimenter les feuilles de route territoriales du CNR-santé. Cela signifie, qu'outre une logique régionale, il est nécessaire dès le début de ces travaux de travailler par territoire pour que ces plans d'actions puissent être partagés, échangés, co-construits en lien avec les conseils territoriaux de santé notamment.

L'ARS s'attachera à déployer une action renforcée dans les territoires présentant des besoins de santé spécifiques.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Mettre en œuvre le volet santé de l'ERBM et du pacte SAT.
- Mettre en œuvre le volet santé des contrats de ville.
- Mettre en œuvre le volet santé des pactes des solidarités au niveau départemental.
- Élaborer, mettre en œuvre une feuille de route (en intégrant les actions CNR) pour chaque territoire de démocratie sanitaire<sup>1</sup> afin de décliner le schéma régional de santé et le PRAPS révisés.
- Suivre la mise en œuvre des feuilles de route avec les conseils territoriaux de santé.
- Réaliser des bilans intermédiaires et un bilan final de la mise en œuvre des feuilles de route et des plans d'actions régionaux en lien avec la démarche d'évaluation du PRS.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Toutes populations

### ACTEURS CONCERNES

Les acteurs concernés par les actions proposées

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNS

<sup>1</sup> Les 6 territoires de démocratie sanitaire en région Hauts-de-France

[https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/styles/image\\_wysiwyg/public/2017-02/Carte%20des%20CTS\\_0.jpg?itok=-3CXhoKO](https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/sites/default/files/styles/image_wysiwyg/public/2017-02/Carte%20des%20CTS_0.jpg?itok=-3CXhoKO)

## OBJECTIF GENERAL 22 : FAIRE ALLIANCE AVEC LES PARTENAIRES POUR LA PREVENTION ET L'ATTRACTIVITE DES METIERS DANS TOUS LES TERRITOIRES



### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

L'objectif est de mobiliser les contrats locaux de santé (CLS) pour agir en synergie dans les territoires. C'est par la négociation d'un contrat local de santé que la stratégie portée par l'ARS au travers de son PRS peut ainsi rencontrer les initiatives et les aspirations des collectivités territoriales, pour faire alliance et mettre en œuvre les actions au plus près des populations et sur les territoires prioritaires. Le CLS, outil souple et modulable, permet en effet l'expression des dynamiques locales partagées.

Levier pour déployer la stratégie régionale de santé en proximité, le CLS est ainsi négocié, dans l'objectif de réduire les inégalités sociales et territoriales de santé et d'apporter des réponses aux besoins de santé adaptées à l'échelon local. L'efficacité de la stratégie régionale de santé repose en effet sur l'association des partenaires locaux, au premier rang desquels les élus, dans le cadre d'une démarche participative et volontaire.

Pour répondre à cet enjeu de territorialisation, il convient de penser des contrats locaux de santé renouvelés. En effet, les contrats locaux de santé élaborés lors du dernier PRS se sont heurtés à plusieurs écueils :

- Une couverture territoriale partielle : les CLS 2 couvrent aujourd'hui 47 % de la population des Hauts-de-France et 67 % des habitants des territoires les plus défavorisés du diagnostic PRAPS.
- Une liste d'actions plutôt qu'un réel projet territorial.
- Une gouvernance manquant parfois de lisibilité et un temps de coordination parfois insuffisant.
- Une mise en cohérence avec les autres schémas et dispositifs existants (politique de la ville...) manquant parfois de lisibilité.

Le défi est donc de s'engager avec les élus et de négocier une nouvelle génération de CLS qui permette de déployer la stratégie en santé dans les territoires. Pour ce faire, 1 objectif opérationnel peut être retenu.



## OBJECTIFS OPERATIONNELS

### 1 - DÉPLOYER LES CONTRATS LOCAUX DE SANTÉ DANS LES TERRITOIRES POUR METTRE EN SYNERGIE LES ACTIONS DE SANTÉ ET LES ACTIONS D'AMÉNAGEMENT DU TERRITOIRE

#### LIENS AVEC LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX

- Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »
- Objectif général 2 « Promouvoir un environnement favorable à la santé »
- Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »
- Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »
- Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »
- Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer »
- Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies - PRAPS »
- Objectif général 9 « Prévenir, anticiper et gérer le risque de nouvelles épidémies »
- Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »
- Objectif général 12 « Promouvoir la santé des jeunes »
- Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »
- Objectif général 14 « Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap »
- Objectif général 15 « Garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires »
- Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »
- Objectif général 21 « Mettre en œuvre les innovations du conseil national de la refondation et déployer des feuilles de route territoriales »
- Objectif général 23 « Poursuivre la dynamique transfrontalière pour l'accès à des soins de qualité »
- Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie sanitaire »

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : DEPLOYER LES CONTRATS LOCAUX DE SANTE DANS LES TERRITOIRES POUR METTRE EN SYNERGIE LES ACTIONS DE SANTE ET LES ACTIONS D'AMENAGEMENT DU TERRITOIRE

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les contrats locaux de santé s'inscrivent dans une approche globale visant à réduire les inégalités sociales et territoriales en agissant sur les déterminants de santé (transports, logement, urbanisme, petite enfance, loisirs). L'échelle d'action locale est particulièrement efficace pour agir sur les déterminants de de santé. Les acteurs du territoire ont ainsi un rôle de premier ordre pour agir directement sur la santé des habitants du territoire par leurs actions complémentaires à des actions de santé.

Les CLS de 3<sup>ème</sup> génération s'inscrivent dans une volonté de mailler plus largement le territoire et d'être un vecteur incontournable de la déclinaison des actions du PRS et d'échanges avec les partenaires locaux. Ils ont vocation à favoriser les partenariats de proximité et à être en cohérence avec les schémas et autres dispositifs existants : politique de la ville, schéma départemental d'amélioration de l'accessibilité des services au public ...

Une réflexion est en cours pour proposer aux élus pilotes de CLS une offre de services de santé permettant une synergie avec les actions d'aménagement du territoire. Cette offre de service pourrait porter sur les questions de mobilités actives, de lutte contre la sédentarité, de nutrition, d'attractivité des professionnels de santé, d'inclusion numérique.

Les territoires les plus fragiles sont priorisés pour permettre une mise en synergie des acteurs autour du sujet de la santé. L'échelon territorial pouvant être retenu est celui des Établissements publics de coopération Intercommunale (EPCI). Ces collectivités peuvent être des acteurs essentiels de la diffusion de messages de santé et d'aménagement du territoire au service de la population.

Les axes de contractualisation d'un contrat local de santé permettront aussi d'associer les partenaires. Ainsi, le contenu de chaque CLS dépend de ce qui aura été négocié localement, sur la base d'un diagnostic territorial. Un socle minimal de thématiques et d'actions composant chaque CLS pourra être défini.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Proposer une offre de services pour les CLS en synergie avec les projets des collectivités.
- Maximiser les partenariats lors de l'élaboration de contrats locaux de santé.
- Maximiser le nombre de contrats locaux de santé déployés pendant la durée du SRS.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Toutes populations

### ACTEURS CONCERNES

Les acteurs concernés par les actions proposées

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNS

## OBJECTIF GENERAL 23 : POURSUIVRE LA DYNAMIQUE TRANSFRONTALIÈRE POUR L'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ

---

### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

La coopération transfrontalière en santé dans la région Hauts-de-France est principalement une coopération bilatérale entre la France et la Belgique. Entamée il y a plusieurs décennies, elle est historiquement dense en raison de la proximité géographique, linguistique et culturelle des deux pays. L'effacement progressif des frontières au fur et à mesure de la construction européenne a favorisé le développement de coopérations entre les deux États membres au sein de ces zones frontalières, dans le but de répondre de la manière la plus efficiente aux besoins des populations.

Les coopérations en santé développées visent à apporter un bénéfice concret et direct au patient transfrontalier, en lui permettant de profiter de soins de qualité au plus près de son lieu de vie.

Ces coopérations sont le fruit de la mise en œuvre de deux accords-cadres :

- l'accord-cadre entre le gouvernement de la République française et le gouvernement de la Région wallonne du Royaume de Belgique sur l'accueil des personnes handicapées, signé en 2011 ;
- l'accord-cadre entre le gouvernement de la République française et le gouvernement du Royaume de Belgique sur la coopération sanitaire, signé en 2005.

Réunies toutes les deux en 2016, les commissions mixtes chargées du suivi des accords-cadres ont identifié plusieurs priorités.

Sur le volet sanitaire :

- évaluer les dispositifs conventionnels issus de l'accord-cadre en fiabilisant les données relatives aux flux de patients ;
- segmenter la nature et la géographie des interventions ;
- identifier l'offre de soins et constater s'il existe des besoins non satisfaits ;
- améliorer la gouvernance de la coopération transfrontalière sanitaire en prenant en compte les grandes réformes institutionnelles belges et françaises en cours.

Sur le volet médico-social, face au nombre important de personnes françaises en situation de handicap accueillies dans des structures wallonnes, les gouvernements français et wallons ont décidé de renforcer leur coopération pour garantir l'amélioration de la qualité d'accueil et de l'accompagnement de ces personnes :

- en favorisant l'échange d'informations et le transfert des connaissances et des bonnes pratiques ;
- en améliorant le dispositif conventionnel ;
- en renforçant le dispositif d'inspections communes.

#### OBJECTIFS OPERATIONNELS

1 - FACILITER ET AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS EN FAVORISANT LA MOBILITÉ DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS TRANSFRONTALIERS

2 - POURSUIVRE L'AMÉLIORATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX WALLONS

3 - CONSOLIDER LA GOUVERNANCE DE LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE

#### LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »

Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »

Objectif général 14 « Promouvoir des parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap »

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : FACILITER ET AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS EN FAVORISANT LA MOBILITÉ DES PATIENTS ET DES PROFESSIONNELS TRANSFRONTALIERS

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Depuis la signature de l'accord-cadre sanitaire en 2005, de nombreux dispositifs de coopération ont été mis en œuvre à travers l'élaboration de conventions, et notamment les Zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers (ZOAST). Principal outil de la coopération actuelle, elles s'organisent tout le long de la frontière franco-belge. Elles permettent d'offrir aux patients résidant dans la zone frontalière la possibilité de recevoir des soins de l'autre côté de la frontière grâce une procédure administrative simplifiée.

Le patient est au centre de la prise en charge et de la coopération. Il s'agit ici de définir comment améliorer son accès au soin et sa mobilité, le tout dans un souci d'efficacité et de complémentarité des systèmes, ainsi que de maîtrise de la dépense.

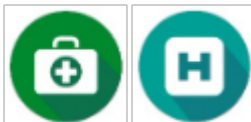
Le dispositif conventionnel issu de l'accord-cadre (conventions ZOAST et conventions inter-hospitalières) doit s'adapter aux évolutions des besoins sur le territoire. Les conventions inter-hospitalières doivent être développées pour répondre aux besoins qui émergent. La poursuite des démarches afin de fusionner les ZOAST apparaît nécessaire pour faciliter l'accès aux soins (supprimer les obstacles créés par les limites ZOAST, simplifier la prise en charge administrative et financière, élargir l'offre disponible pour les ressortissants belges et français).

L'amélioration de l'accès aux soins passe également par la mobilité des professionnels de santé qui, encouragée, permet de lutter contre la désertification médicale.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Développer de nouvelles coopérations transfrontalières à travers la signature de conventions.
- Fusionner les ZOAST afin de favoriser la mobilité des patients.
- Développer des actions visant à faciliter la mobilité des professionnels de santé, médicaux et paramédicaux.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population frontalière des régions Hauts-de-France et Grand-Est

### ACTEURS CONCERNES

Établissements de santé français et belges. Assurance maladie française et belge. Agence pour une vie de Qualité (AViQ). Agentschap Zorg en Gezondheid

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière franco-belge

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : POURSUIVRE L'AMELIORATION DE LA QUALITE DE LA PRISE EN CHARGE DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DANS LES ETABLISSEMENTS ET SERVICES MEDICO-SOCIAUX WALLONS

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Depuis 2014, la mise en œuvre de l'accord-cadre médico-social sur l'accueil des personnes en situation de handicap, et notamment du volet relatif à l'élaboration d'un relevé d'informations, a permis de recenser de manière précise le nombre de personnes handicapées françaises prises en charge en Wallonie. On comptait, fin 2021, 8 250 personnes hébergées et accompagnées dans les établissements médico-sociaux wallons. Il s'agit désormais de déployer auprès des établissements un outil informatisé sécurisé permettant de recenser les données et de faciliter leur analyse.

Un autre objectif de l'accord-cadre relatif à l'accueil des personnes en situation de handicap en Wallonie est d'assurer un meilleur accompagnement et une prise en charge de qualité des personnes handicapées. Sur le secteur enfant, en 2021, des conventions ont été renouvelées avec 23 établissements médico-sociaux wallons accueillant des enfants, adolescents et adultes sous amendement Creton. Sur le secteur adulte, la décision de moratoire sur la capacité d'accueil des adultes handicapés français en Belgique au 28 février 2021 s'est accompagnée du conventionnement, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2022, de 164 établissements wallons.

Il est essentiel d'accompagner ces établissements pour qu'ils respectent leurs obligations conventionnelles (signalement des événements indésirables graves, process d'évaluation, transmission d'éléments financiers et budgétaires...).

En application de l'article 4 de l'accord-cadre, une convention d'inspection commune entre l'ARS Hauts-de-France et l'AViQ wallonne a été signée lors de la commission mixte du 3 novembre 2014. La première inspection conjointe a ainsi eu lieu fin novembre 2014. Le premier programme commun d'inspections élaboré en 2015 concernait le contrôle de 9 établissements wallons. A partir de 2017, le nombre d'inspections conjointes est doublé en diligentant 20 inspections par an.

Cet objectif doit être renforcé dans le but de garantir la sécurité et la qualité de la prise en charge des personnes handicapées dans les établissements médico- sociaux wallons.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Automatiser et sécuriser le recensement des données relatives aux français accueillis en Wallonie par le déploiement d'un système d'information auprès des établissements wallons.
- Partager l'accès à cet outil avec l'AViQ et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Roubaix-Tourcoing dans la limite des compétences de chacun.
- Poursuivre la communication des résultats de ces études, des données statistiques et analyses à l'ensemble des partenaires institutionnels : agences régionales de santé, Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) et Conseils départementaux principalement via la plateforme collaborative transfrontalière.
- Poursuivre l'effort d'inspection contrôle de ces établissements en passant d'un objectif de 20 inspections communes par an à un objectif de 30 inspections par an.
- Étudier avec la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) la faisabilité du déploiement de ViaTrajectoire aux établissements wallons pour leur permettre de gérer les listes d'attente et disponibilités de place.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Personnes handicapées françaises prise en charge en Wallonie

### ACTEURS CONCERNES

ARS Grand-Est, ARS Ile-de-France, Conseils départementaux, AViQ, CPAM de Roubaix-Tourcoing, MDPH

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Accord-cadre franco-wallon pour la prise en charge des personnes handicapées

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : CONSOLIDER LA GOUVERNANCE DE LA COOPÉRATION TRANSFRONTALIÈRE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

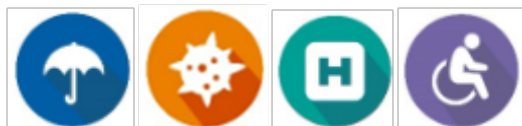
Les deux accords-cadres signés avec le Royaume de Belgique et la région wallonne prévoient chacun une commission mixte chargée de suivre l'application des accords et d'en proposer d'éventuelles modifications. Les arrangements administratifs précisent les personnes et autorités compétentes pour conclure des conventions de coopérations sanitaires. Pour la France, il s'agit des Agences régionales de santé Hauts-de-France et Grand-Est et la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Roubaix-Tourcoing (en tant que caisse référente unique pour l'ensemble de la zone frontalière franco-belge). Pour la Belgique, il s'agit de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, des organismes assureurs et des dispensateurs de soins.

Pour faire face aux différentes réformes institutionnelles intervenues de part et d'autre de la frontière depuis l'entrée en vigueur des accords-cadres, il est nécessaire de consolider la gouvernance de la coopération transfrontalière existante.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Poursuivre l'articulation des politiques transfrontalières en santé et le développement de la coopération avec l'ARS Grand-Est au travers notamment de l'homogénéisation des volets transfrontaliers sur le champ sanitaire des deux Projets régionaux de santé (PRS) et de l'actualisation des conventions communes.
- Poursuivre l'engagement de l'ARS dans la participation aux commissions mixtes sanitaire et médico-sociale et comités nationaux de suivi des accords-cadres.
- Consolider la gouvernance et assurer une veille quant aux grandes réformes institutionnelles belges et françaises, dans le but d'intégrer dans les instances de décisions l'ensemble des acteurs compétents.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Population frontalière des régions Hauts-de-France et Grand-Est

### ACTEURS CONCERNES

Direction des affaires européennes et internationales (DAEI). ARS Grand-Est. Assurance maladie française et belge. AViQ. Agentschap Zorg en Gezondheid

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Accord-cadre sur la coopération sanitaire transfrontalière franco-belge

Accord-cadre franco-wallon pour la prise en charge des personnes handicapées

**ORIENTATION STRATEGIQUE 6 : MOBILISER LES USAGERS ET LES CITOYENS  
COMME ACTEURS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET FAIRE VIVRE LA DEMOCRATIE  
EN SANTE**

---



## OBJECTIF GENERAL 24 : MOBILISER LES USAGERS ET LES CITOYENS COMME ACTEURS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET FAIRE VIVRE LA DEMOCRATIE EN SANTE



### PROBLEMATIQUES PRIORITAIRES

A l'hôpital, chez le médecin, à domicile, dans un établissement, un service de santé ou médico-social, dans sa commune, ..., à tout moment et en tout lieu du parcours de soins, les usagers ont des droits individuels et collectifs.

Si depuis la loi de modernisation de notre système de santé, les habitants des Hauts-de-France ont pu bénéficier d'une meilleure information, d'un accompagnement plus développé, d'une représentation plus solide, le bilan réalisé pour la révision du SRS a mis aussi en exergue la nécessité de poursuivre l'investissement de tout le réseau partenarial pour les promouvoir et les développer davantage.

Le système de santé, l'environnement, les outils d'information et de communication au service de tous ont évolué et évolueront encore. Ils doivent s'adapter aux besoins et attentes des usagers et citoyens, souvent perdus face à une multitude d'interlocuteurs, à un manque d'offre ou avant tout la valorisation de l'offre existante.

Les agences régionales de santé jouent un rôle majeur pour faire connaître et grandir la démocratie en santé, une démarche consistant à associer les acteurs du système de santé et la population à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des politiques de santé, dans un esprit de dialogue et de concertation. Faire vivre la démocratie en santé nécessite de développer la concertation et le débat public, d'améliorer la participation des acteurs de santé et de promouvoir les droits des usagers : un processus et une modalité d'action encore souvent trop institutionnalisés, et une réelle co-construction des politiques publiques de santé encore insuffisante.

Cet objectif général ambitionne donc de développer et soutenir davantage les démarches de participation directe, associant plus largement les citoyens, le grand public, en complément des acteurs de santé déjà fortement impliqués, à commencer par les représentants d'usagers du système de santé.

## OBJECTIFS OPERATIONNELS

- 1 - RENFORCER LES DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS DES USAGERS DE LA SANTE
- 2 - DEVELOPPER L'INFORMATION PAR UNE COMMUNICATION PLUS ACCESSIBLE
- 3 - IMPLIQUER LES USAGERS ET CITOYENS DANS LA POLITIQUE DE SANTE ET AU PLUS PRES DES TERRITOIRES

## LIENS AVEC LES OBJECTIFS GENERAUX

D'autres objectifs généraux du SRS portent des objectifs opérationnels visant le renforcement du pouvoir d'agir des usagers dans le système de santé qu'il est important de mettre en lumière sous un angle transversal :

Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »

Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »

Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »

Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »

Objectif général 6 « Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères »

Objectif général 8 « Améliorer la prévention et les soins des personnes les plus démunies - PRAPS »

Objectif général 9 « Prévenir, anticiper et gérer le risque de nouvelles épidémies »

Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »

Objectif général 12 « Promouvoir la santé des jeunes »

Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »

Objectif général 14 « Promouvoir des parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap »

Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »

Objectif général 21 « Mettre en œuvre les innovations du conseil national de la refondation et déployer des feuilles de route territoriales »

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : RENFORCER LES DROITS INDIVIDUELS ET COLLECTIFS DES USAGERS DE LA SANTE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Il est tout d'abord nécessaire de rappeler qu'il y a plus de 20 ans qu'ont été promulguées les lois dites « de la démocratie en santé » consacrant les droits individuels (droit à l'information, consentement libre et éclairé, personne de confiance, directives anticipées, ...) et collectifs des usagers du système de santé.

Accentuer la communication sur ces droits contribue au développement des compétences psychosociales utiles à chacun pour se repérer et prendre des décisions dans le cadre d'un système de santé en constante évolution.

Droit collectif, la représentation des usagers dans les instances de santé publique et hospitalières et celles du médico-social, permet de garantir une élaboration démocratique des politiques publiques de santé, l'amélioration de la qualité des prises en charge et la défense de leurs droits en proximité. Cette représentation reste trop peu identifiée par les acteurs de santé et encore moins par le grand public, comme le démontre encore dernièrement le baromètre des droits des personnes malades 2023 produit par France assos santé en partenariat avec la société d'études et de conseil BVA : cette méconnaissance entraîne un non-recours et donc un accès aux droits insuffisant, qu'il convient d'améliorer.

En parallèle, différentes formes de participation et d'engagement sont apparues, plaçant les savoirs expérientiels de patients et proches en complémentarité des mandats et actions des associations d'usagers.

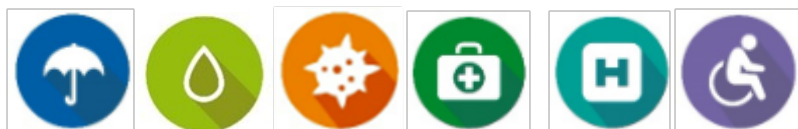
Il s'agira ainsi de :

- développer et encourager les actions de communication sur les droits des usagers ;
- rénover les outils de mesure de l'effectivité des droits et leurs supports de diffusion ;
- promouvoir l'agrément des associations des usagers du système de santé et donner les moyens aux représentants des usagers de mener à bien leurs missions (formation, frais de déplacement, appels à candidatures récurrents) ;
- formaliser un partenariat entre la délégation régionale de France assos santé et l'ARS ;
- produire un état des lieux régional des patients-experts, partenaires, ressources... à mettre en réseau avec les représentants des usagers et accompagner ces nouvelles formes de participation ;
- soutenir les démarches de facilitation et d'amélioration de la participation des personnes accompagnées dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux (ESMS) en lien avec l'évolution de la composition et des missions des conseils de la vie sociale (CVS) - en priorité les EHPAD - et soutenir les coopérations entre commissions des usagers (CDU) et CVS ;
- optimiser le dispositif de recours à la personne qualifiée et sa communication.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Démultiplier la journée européenne des droits des patients (18 avril) sur les territoires ; cette journée sera mieux identifiée par tous.
- Développer le nombre des représentants des usagers et la diversité de leurs profils.
- Améliorer la sensibilisation des citoyens et acteurs du système de santé sur l'existence et le rôle des représentants des usagers.
- Renforcer la transparence des instances : meilleure lisibilité des sièges vacants des représentants des usagers et processus de désignation plus fluide et prospectif.
- Améliorer la formation des professionnels aux droits des usagers et à la démocratie en santé.
- Renforcer la prise en compte de l'expérience patient dans les parcours.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Usagers, Représentants d'usagers, Associations de patients encore non agréées

### ACTEURS CONCERNES

Les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux, les acteurs de la ville, leurs fédérations, les associations, la délégation régionale de France assos santé, l'Assurance Maladie

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Lois du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (dite « loi Kouchner »), Loi Léonetti de 2005 4è/4 axe stratégique de la Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 : innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers.

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : DEVELOPPER L'INFORMATION PAR UNE COMMUNICATION PLUS ACCESSIBLE

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Les obstacles à l'accès aux soins, voire même le renoncement aux soins en particulier des personnes en situation de précarité, sont avant tout liés à la méconnaissance des dispositifs existants par les usagers et même les professionnels. Complexe, notre système de santé n'est pas toujours compréhensible pour l'utilisateur et ses proches, qui peuvent même parfois en perdre confiance. Des dispositifs utiles et des droits essentiels restent méconnus ou mal utilisés. Ce constat est une des principales conclusions des journées du CNR-santé organisées à l'automne 2022 dans notre région.

L'information en santé est un enjeu majeur de qualité des soins, de performance du système de santé, de démocratie et de santé publique. Disposer des bonnes informations de santé permet en effet de prendre de bonnes décisions concernant sa santé et/ou celle de ses proches.

Écrits, vidéos, numériques... de nombreux supports et outils d'information et de communication existent. Il convient donc de les adapter en les déployant de manière claire et fiable, en les rendant plus exhaustifs et accessibles.

Parmi eux, le Service public d'information en santé (SPIS)/sante.fr couvre un large périmètre d'information en santé : prévention, promotion de la santé, information sur les pathologies, offre de soin (publique, privée, institutionnelle, libérale, etc.), offre médico-sociale, sécurité et alertes sanitaires, produits de santé, droits des usagers en matière sanitaire. Expérimenté dès 2017 dans quelques régions, puis développé sur tout le territoire français en 2019, il a été propulsé sur le devant de la scène pendant la crise sanitaire avec la mise en ligne des lieux des dépistages et vaccination COVID-19. L'audience de son site Internet et application sante.fr a témoigné d'une croissance dans les Hauts-de-France au fil des années, mais son contenu (éditorial et annuaire) est encore insatisfaisant en termes de ressources et données régionales.

Il s'agira ainsi de :

- recueillir régulièrement les besoins et attentes en information ;
- créer et soutenir la création de supports adaptés et accessibles en Facile à lire et à comprendre (FALC) dans une logique de conception universelle, systématiser et diffuser les glossaires, médias de proximité, réseaux sociaux ;
- lutter contre les fausses informations en santé (« fake news ») ;
- poursuivre le déploiement du SPIS / sante.fr et développer l'information via Mon espace santé ;
- diffuser un annuaire de représentants des usagers et d'associations de patients ;
- former et mobiliser les accompagnants de proximité (médiateurs, ambassadeurs).

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Améliorer l'identification par les usagers et les professionnels de l'offre de santé régionale et de proximité.
- Améliorer l'inclusion numérique.
- Favoriser la prise de décision éclairée des usagers quant aux choix pour leur santé.
- Améliorer l'accès aux soins.
- Partager les données de santé.
- Favoriser l'intelligence collective.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Grand public, usagers, professionnel

### SECTEURS CONCERNES

Collectivités locales (CCAS, Maisons départementales des solidarités -MDS-...), élus, associations, structures de proximité, médiateurs, conseils locaux, médecine de ville, l'Assurance Maladie.

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

/

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : IMPLIQUER LES USAGERS ET CITOYENS DANS LA POLITIQUE DE SANTE ET AU PLUS PRES DES TERRITOIRES

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La participation citoyenne et celle de la société civile ne se décrète pas, elle se construit et mobilise des méthodes et des outils. Pour entrer dans une nouvelle phase de développement, la démocratie en santé doit dépasser le cadre réglementaire des instances et s'ouvrir à des dynamiques innovantes, au plus près des territoires et des usagers.

Il est important de réhabiliter les territoires de démocratie sanitaire, cadre légal qui doit faciliter le partage d'expériences et de points de vue pour faire évoluer les pratiques et les politiques et leur permettre de s'ouvrir vers une participation citoyenne / grand public : des méthodes d'« aller-vers » les (représentants des) usagers et habitants de leurs territoires par une communication adaptée à développer.

Il s'agira ainsi de :

- redynamiser les instances de démocratie sanitaire et les rendre plus proches du terrain et de l'actualité ;
- renforcer les liens entre les instances et espaces de démocratie en santé Conférence nationale de santé (CNS) / Conférence régionale de la santé et de l'autonomie (CRSA) / Conseil territorial de santé (CTS) / Conseil national de la refondation en santé (CNR-santé) ;
- accompagner les CTS dans la construction de projets de mandature et de feuilles de route annuelles ;
- effectuer une veille des démarches participatives des autres politiques publiques (culture, sport...) en région ;
- encourager les évaluations qualitatives des effets des politiques de santé territoriales par les usagers et personnes accompagnées ;
- développer des jurys citoyens, enquêtes d'opinion grand public, comités de citoyens en santé ;
- soutenir des formations à l'animation de débat en santé / d'outils de démocratie en santé ;
- recenser et cartographier les dynamiques et bonnes pratiques de démocratie en santé ;
- faire évoluer l'appel à initiatives démocratie en santé régional et le label droits des usagers.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Développer la mobilisation citoyenne.
- Améliorer la coordination des politiques publiques de santé.
- Mailler l'ensemble des territoires en dynamiques participatives en santé.
- Améliorer la prise en compte des savoirs profanes des usagers dans les parcours et politiques publiques de santé.

### SECTEURS DE SANTE



### POPULATION CONCERNEE

Usagés, grand public

### ACTEURS CONCERNES

CTS, CRSA, Collectivités locales, offreurs de santé, dispositifs de concertation locale (contrats locaux de santé -CLS-, conseils locaux de santé mentale-CLSM-, conseil consultatif des personnes accueillies/accompagnées -CCRPA-), associations de familles et d'usagers / patients et proches, Assurance Maladie

### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

4<sup>ème</sup>/4 axe stratégique de la Stratégie nationale de santé (SNS) 2018-2022 : innover pour transformer notre système de santé en réaffirmant la place des usagers. Ségur de la Santé (mesures 32 et 33).

## ANNEXES

---

---

## TABLE DES ANNEXES

---

Objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins .....	165
Médecine .....	168
Chirurgie .....	170
Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale .....	174
Psychiatrie .....	176
Soins médicaux et de réadaptation .....	179
Activité de médecine nucléaire .....	193
Soins de longue durée .....	195
Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale.....	196
Traitement des grands brûlés.....	196
Chirurgie cardiaque.....	198
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie .....	199
Neurochirurgie .....	201
Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie .....	202
Médecine d'urgence.....	203
Soins critiques.....	207
Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale.....	210
Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal.....	214
Traitement du cancer .....	223
Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales .....	228
Hospitalisation à domicile .....	229
Activité de radiologie interventionnelle .....	231
Equipements d'imagerie en coupes .....	233
Caisson hyperbare .....	235
Cyclotron à utilisation médicale .....	236
Biologie médicale .....	237
L'offre de biologie médicale dans la région hauts-de-france .....	238
Permanence des soins en établissements de santé .....	241
Offre medico-sociale - addictologie .....	255
Offre medico sociale - precarite .....	259

## **OBJECTIFS QUANTITATIFS ET QUALITATIFS DE L'OFFRE DE SOINS**

---



Le schéma régional de santé doit fixer les objectifs quantitatifs et qualitatifs pour les activités de soins et Équipements matériels lourds (EML) soumis à autorisation, énumérés aux articles R.6122-25 et R.6122-26 du code de la santé publique.

Ces objectifs sont exprimés en nombre d'implantations pour chacune des zones d'activités de soins, ainsi qu'en implantations et, le cas échéant, en appareils pour les EML.

Ce zonage, fixé par décision DOS-SDES-AUT-n°2023-02 du directeur général de l'ARS Hauts-de-France en date du 1<sup>er</sup> février 2023 portant modification de la décision du 15 juin 2017, est organisé ainsi :

- 23 zones pour les activités et équipements suivants :
  - Médecine ;
  - Hospitalisation à domicile ;
  - Chirurgie ;
  - Gynécologie-obstétrique, néonatalogie, réanimation néonatale ;
  - Psychiatrie ;
  - Soins médicaux et de réadaptation ;
  - Soins de longue durée ;
  - Médecine d'urgence ;
  - Soins critiques ;
  - Traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale ;
  - Traitement du cancer ;
  - Équipements matériels lourds d'imagerie ;
  - Radiologie interventionnelle.
- 7 zones pour les activités suivantes :
  - Activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie ;
  - Activités cliniques et biologiques d'assistance médicale à la procréation et activités biologiques de diagnostic prénatal ;
  - Examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou identification d'une personne par empreintes génétiques à des fins médicales ;
  - Médecine nucléaire ;
- 1 zone (le territoire régional) pour les activités et équipements suivants :
  - Activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie ;
  - Chirurgie cardiaque ;
  - Neurochirurgie ;
  - Greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques à l'exception des greffes exceptionnelles soumises au régime d'autorisation complémentaire prévu à l'article L. 162-30-5 du code de la sécurité sociale ;
  - Traitement des grands brûlés ;
  - Caisson hyperbare ;
  - Cyclotron à utilisation médicale.

La présente annexe vient compléter les orientations générales inscrites dans les approches thématiques du schéma et expliciter les évolutions attendues à cinq ans pour chacune des activités de soins et catégories d'EML soumis à autorisation. Elle prend en compte plusieurs modifications réglementaires récentes dans le domaine des activités de soins et équipements matériels lourds :

- l'intégration dans les documents de planification régionale d'activités jusqu'alors présentes dans les Schémas interrégionaux de l'organisation des soins (SIOS) : chirurgie cardiaque, greffes d'organes et greffes de cellules hématopoïétiques, neurochirurgie, traitement des grands brûlés et activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie ;
- le positionnement de l'hospitalisation à domicile en tant qu'activité de soins à part entière ;
- l'instauration de conditions d'implantation et de conditions techniques de fonctionnement pour des domaines qui en étaient jusqu'alors dépourvus : médecine, chirurgie, psychiatrie, équipements matériels lourds d'imagerie, radiologie interventionnelle, médecine nucléaire ;
- la révision des conditions d'implantation et des conditions techniques de fonctionnement pour les activités de soins suivantes : soins médicaux et de réadaptation, soins critiques, traitement du cancer, activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie, activités interventionnelles sous imagerie médicale en neuroradiologie, chirurgie cardiaque.

Ces évolutions réglementaires, qui présentent parfois des impacts très importants sur l'activité concernée et peuvent modifier en profondeur la comptabilisation des implantations, ont rendu nécessaire la conduite de démarches de concertation plus poussées que dans la version initiale du schéma régional de santé.

Chaque activité de soins a ainsi fait l'objet d'une procédure de concertation *ad hoc*, impliquant *a minima* les fédérations des établissements de santé, les Unions régionales des professionnels de santé (URPS) et les représentants des usagers. La méthodologie de travail a pu varier d'une activité à l'autre, mais la présentation d'un état des lieux de l'offre en région, d'un diagnostic de cette offre et des flux de patients, des évolutions induites par les nouveaux textes et du recueil des perspectives des établissements de santé concernés ont été systématiquement mis en place. Des extractions issues des bases de données du Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) et la production d'enquêtes spécifiques pour chaque activité ont pu alimenter la réflexion collective et orienter les décisions.

Cette démarche a permis de répondre aux exigences du code de la santé publique en la matière, puisque le schéma régional de santé doit tenir compte, notamment, des exigences d'accessibilité, de qualité, de sécurité, de permanence, de continuité des prises en charge et des exigences d'efficience du service rendu et d'optimisation de la ressource publique.

Ce sont ces orientations qui ont guidé les étapes de concertation, dans un contexte réglementaire évolutif, comme indiqué précédemment, mais également marqué par des tensions en ressources humaines qui concernent tous les secteurs d'activité et toutes les zones.

Les activités de soins et équipements matériels lourds sont listés dans l'ordre des articles R.6122-25 et R.6122-26 du code de la santé publique. Leur présentation est organisée ainsi :

- pour les activités de soins et équipements matériels lourds impactés par une évolution significative du cadre réglementaire, seules les cibles en termes d'implantations sont indiquées, toutes les autorisations devant être révisées à l'aune des décrets instaurant ou modifiant les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement ;
- pour les activités de soins et équipements matériels lourds peu ou pas impactés, la présentation du schéma précédent est reconduite : état des lieux des implantations actuelles, cibles à l'issue du schéma et écart entre la situation actuelle et la cible.

*Conditions d'implantation : articles R.6123-149 à R.6123-159 du code de la santé publique.*

*Conditions techniques de fonctionnement : articles D.6124-216 à D.6124-224-1 du même code.*

Les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de médecine ont été fixés par les décrets n°2022-1046 et n°2022-1047 du 25 juillet 2022.

L'activité est définie comme suit :

L'activité de médecine consiste en la prise en charge polyvalente ou spécialisée, à visée diagnostique, thérapeutique ou palliative, des patients dont l'état de santé nécessite des soins ou une surveillance de nature médicale, en hospitalisation à temps complet ou partiel. Cette activité comporte, le cas échéant, la réalisation d'actes techniques à visée diagnostique ou thérapeutique. Elle inclut les actions de prévention et d'éducation à la santé.

Les autorisations préciseront si la prise en charge est assurée pour les adultes et pour les enfants et adolescents.

En outre, l'autorisation couvre les activités d'hospitalisation à temps complet et à temps partiel. Si une des deux formes de prise en charge n'est pas assurée, le texte prévoit la possibilité de conventionner avec un titulaire disposant, à proximité, de cette forme de prise en charge.

Il est précisé que certaines prises en charge spécifiques (notamment les courts séjours gériatriques et le niveau de recours en addictologie) nécessitent une reconnaissance contractuelle par l'ARS, sur la base de cadres de référence nationaux.

La région comptabilise actuellement 104 autorisations de médecine. Chaque zone d'activité de soins dispose d'au moins une implantation.

En termes de maillage territorial et de réponse aux besoins de santé de la population, les implantations sont suffisantes et n'appellent pas d'évolution spécifique.

<b>Tableau 01 : MÉDECINE</b>	
<b>Zones</b>	<b>OBJECTIFS QUANTIFIÉS</b>
	<b>Implantations cibles</b>
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	3
Zone n°2A - Flandre intérieure	3
Zone n°3A - Lille	12
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	6
Zone n°5A - Douaisis	5
Zone n°6A - Valenciennois	7
Zone n°7A - Cambrésis	3
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	7
Zone n°9A - Calaisis	2
Zone n°10A - Audomarois	1
Zone n°11A - Boulonnais	2
Zone n°12A - Montreuillois	3
Zone n°13A - Béthunois	4
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	5
Zone n°15A - Arrageois	3
Zone n°16A - Abbeville	2
Zone n°17A - Amiens	10
Zone n°18A - Beauvais	6
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	3
Zone n°20A - Creil - Senlis	4
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	8
Zone n°22A - Laon	3
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	2
<b>TOTAL Hauts-de-France</b>	<b>104</b>

*Conditions d'implantation : articles R.6123-201 à R.6123-212 du code de la santé publique.*

*Conditions techniques de fonctionnement : articles D.6124-267 à D.6124-290 du même code.*

Les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de soins de chirurgie ont été instaurées par les décrets n°2022-1765 et n°2022-1766 du 29 décembre 2022, complétés par l'arrêté du 29 décembre 2022 fixant le nombre minimal annuel d'actes pour l'activité de chirurgie bariatrique.

Parmi les lignes directrices de ce nouvel encadrement juridique, peuvent être cités :

- la fusion dans une autorisation unique des pratiques de chirurgie en hospitalisation complète et en ambulatoire ;
- la définition du secteur interventionnel par les fonctions à assurer, les moyens à mettre en œuvre, l'organisation, le pilotage et la régulation de ce secteur ;
- la définition des fonctions d'accueil, de préparation du patient, de surveillance post-interventionnelle, d'organisation de la continuité de soins ;
- les contours des équipes médicales et paramédicales.

Afin de rendre lisible l'offre de soins, ce nouveau cadre réglementaire prévoit 11 pratiques thérapeutiques spécifiques pour la chirurgie pour adultes, non ciblées dans les objectifs quantifiés de l'offre de soins qui devront être précisées dans la demande d'autorisation et mentionnées dans la décision d'autorisation.

Enfin, la structuration de cette activité de soins selon trois modalités :

- la chirurgie pratiquée chez des patients adultes ;
- la chirurgie pédiatrique ;
- la chirurgie bariatrique.

### CHIRURGIE ADULTE

Afin de rendre lisible l'offre de soins, l'article R.6123-202 du code de la santé publique fixe pour la chirurgie adulte 11 pratiques thérapeutiques spécifiques, non ciblées dans les objectifs quantifiés de l'offre de soins mais précisées dans la demande d'autorisation et mentionnées dans la décision d'autorisation .

Ces pratiques sont :

- Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et chirurgie orale ;
- Chirurgie orthopédique et traumatologique ;
- Chirurgie plastique reconstructrice ;
- Chirurgie thoracique et cardiovasculaire à l'exception de la chirurgie cardiaque ;
- Chirurgie vasculaire et endovasculaire ;
- Chirurgie viscérale et digestive ;
- Chirurgie gynécologique et obstétrique à l'exception des actes liés à l'accouchement réalisés au titre de l'activité de soins de gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale ;
- Neurochirurgie se limitant aux lésions des nerfs périphériques et aux lésions de la colonne vertébro-discale et intradurale, à l'exclusion de la moelle épinière ;
- Chirurgie ophtalmologique ;
- Chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale ;
- Chirurgie urologique.

Les étapes de concertation ont conclu au maintien des implantations actuellement existantes, sans ajout de nouvelle implantation, au titre de l'activité de chirurgie pour adultes ; les 83 implantations actuelles maillent de façon satisfaisante le territoire régional afin de répondre aux besoins de santé de la population : les analyses menées ont permis de conclure à une absence de délai important pour l'accès à cette activité, et l'analyse des flux ne montre pas de taux de fuite élevé d'une zone à l'autre, à l'exception de certaines pratiques thérapeutiques spécifiques qui sont assurées par des établissements de recours. Chaque zone d'activité de soins présente *a minima* 2 implantations pour cette modalité.

## CHIRURGIE PEDIATRIQUE

Cette modalité concerne la prise en charge chirurgicale des enfants de moins de 15 ans.

Deux catégories d'exception sont à prendre en compte :

- la modalité pédiatrique n'est pas nécessaire pour des interventions relevant des spécialités suivantes:
  - chirurgie ophtalmologique ;
  - chirurgie oto-rhino-laryngologique et cervico-faciale ;
  - chirurgie maxillo-faciale, stomatologie et orale ;
  - chirurgie plastique reconstructrice.
  
- la modalité pédiatrique n'est pas nécessaire pour la prise en charge en urgence d'enfants de plus de 3 ans, relevant des spécialités suivantes :
  - chirurgie viscérale et digestive ;
  - chirurgie orthopédique et traumatologique ;
  - chirurgie gynécologique et obstétrique ;
  - chirurgie urologique.

La concertation a été menée à partir de la diffusion, auprès des 83 établissements de santé pratiquant la chirurgie en région Hauts-de-France, de ces éléments ainsi que des conditions techniques de fonctionnement applicables à la modalité pédiatrique. Il convient néanmoins de souligner que certains éléments de précision quant à la notion d'expérience attestée, pour des professionnels médicaux et paramédicaux nécessaires à l'exercice de la chirurgie pédiatrique, n'avaient pas été arrêtés lors des phases de concertation sur ce sujet.

Les analyses menées ont permis d'établir une certaine tension dans l'activité de chirurgie pédiatrique – en particulier la chirurgie programmée – au regard des ressources mobilisables et de la progression d'activité. A ce titre, le risque relevé par les professionnels du secteur est celui d'une concentration de l'activité sur un nombre limité de sites autorisés, allongeant mécaniquement l'accès des jeunes patients à cette offre de soins au regard des prises en charge réalisées.

Les travaux de gradation précise des soins, de coordination des acteurs afin de renforcer la lisibilité de l'offre et la qualité des soins, d'adéquation du niveau de prise en charge au degré de complexité des situations, seront confiés au dispositif régional spécifique de chirurgie pédiatrique mentionné à l'article R.6123-207 du code de la santé publique.

## CHIRURGIE BARIATRIQUE

Cette modalité consiste en la prise en charge chirurgicale des patients atteints d'obésité au moyen des interventions chirurgicales mentionnées dans l'arrêté du 29 décembre 2022. Le même arrêté a fixé à 50 le nombre d'actes annuel minimal pour tout site autorisé.

En 2022, ce sont 4 500 actes de chirurgie bariatrique qui ont été effectués en Hauts-de-France. 63 établissements ont pratiqué cette chirurgie, pour un nombre d'actes allant de 1 à 457.

Dans le cadre des phases de concertation, les critères ayant servi à arrêter les implantations intégrées dans le tableau ci-après ont été les suivants :

- la capacité, pour les établissements pratiquant la chirurgie bariatrique, à s'engager dans le respect des conditions techniques de fonctionnement propres à cette modalité ; plus largement, le positionnement des établissements a été questionné, intégrant le cas échéant des pistes de développement de l'activité lorsque celle-ci est éloignée du seuil réglementaire ;
- l'activité d'ores et déjà réalisée ;
- le potentiel, dans chaque zone d'activité, d'exercice de cette modalité, en tenant compte notamment du taux de fuite constaté dans certaines zones ;
- le maillage territorial afin que chaque zone dispose *a minima* d'une implantation.

Il est précisé que le seuil d'activité minimale annuelle, qui n'a pas servi de borne limitative dans la fixation des implantations compte tenu du caractère évolutif de cette activité, fera l'objet d'un contrôle précis dès la première année complète d'exercice suivant la délivrance des autorisations de chirurgie bariatrique dans le cadre de l'application du I de l'article R.6123-212 du code de la santé publique.

Au-delà du seuil minimal d'activité, la recherche d'une amélioration de la qualité de prise en charge des patients est un objectif majeur pour cette chirurgie.

La chirurgie bariatrique a connu un essor majeur au cours des deux dernières décennies. Environ 4 500 patients sont opérés chaque année dans notre région.

En France, le suivi après chirurgie bariatrique est jugé satisfaisant chez seulement 14% des personnes opérées, 5 ans après leur intervention (rapport IGAS 2018). Or, les recommandations de la HAS en 2009 insistent sur la nécessité d'une préparation adéquate et d'un suivi au long cours afin de réduire les complications chirurgicales, nutritionnelles et psychologiques. Un suivi régulier par des professionnels formés doit permettre de limiter ces complications, surveiller l'évolution pondérale et prévenir les reprises de poids.

Ce taux de suivi insuffisant peut s'expliquer par l'organisation mise en place dans les établissements pratiquant la chirurgie bariatrique, mais aussi par un défaut d'information des patients et de formation des professionnels de santé en ville comme dans les établissements de santé.

Pour améliorer le suivi des patients opérés et prévenir les complications post-chirurgicales, la formation ciblée et l'outillage des professionnels de santé de ville doivent être poursuivis en s'appuyant sur l'apport du numérique, avec le soutien des Centres spécialisés de l'obésité (CSO). Afin de progresser sur la connaissance du suivi des patients opérés, des outils dédiés de *reporting* devront être mis en place par les établissements autorisés.

Face à l'enjeu d'une coordination plus efficiente du parcours patients corrélée à une meilleure qualité de prise en charge, le développement de partenariats territoriaux pourra notamment se traduire par :

- l'organisation régulière des Réunions de concertation pluridisciplinaire (RCP) et Revues de mortalité et de morbidité (RMM) en nutrition (outil de concertation pluridisciplinaire territorial) structurées à l'échelle territoriale et régionale avec une ouverture vers les professionnels de ville ;
- la construction de modalités de partenariats entre établissements autorisés et les centres spécialisés obésité ;

La préparation et le suivi des patients seront promus conformément aux recommandations de la HAS. Différentes actions pourront être déployées en ce sens par les établissements autorisés :

- la poursuite du développement des programmes d'éducation thérapeutique du patient (en pré et post-chirurgical) ;
- l'implication d'associations de patients ou de modalités d'accompagnement social ou communautaire ;
- le développement d'outils de télémédecine ou de téléconsultation ;
- la poursuite du déploiement des protocoles de coopérations interprofessionnelles ;
- l'implication de la médecine de ville pour le suivi au long cours.

**Tableau 02 : CHIRURGIE**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations cibles		
	Chirurgie adulte	Chirurgie pédiatrique	Chirurgie bariatrique
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	3	3	2
Zone n°2A - Flandre intérieure	2	1	1
Zone n°3A - Lille	12	10	5
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	4	4	2
Zone n°5A - Douaisis	3	2	2
Zone n°6A - Valenciennois	4	4	3
Zone n°7A - Cambrésis	4	4	2
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	5	4	2
Zone n°9A - Calaisis	2	2	1
Zone n°10A - Audomarois	2	2	1
Zone n°11A - Boulonnais	2	2	2
Zone n°12A - Montreuillois	4	3	1
Zone n°13A - Béthunois	4	2	2
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	3	3	2
Zone n°15A - Arrageois	2	2	2
Zone n°16A - Abbeville	2	2	1
Zone n°17A - Amiens	6	3	2
Zone n°18A - Beauvais	3	2	2
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	3	3	2
Zone n°20A - Creil - Senlis	5	3	1
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	3	2	2
Zone n°22A - Laon	2	1	1
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	3	2	1
<b>TOTAL Hauts-de-France</b>	<b>83</b>	<b>66</b>	<b>42</b>



*Conditions d'implantation : articles R.6123-39 à R.6123-53 du code de la santé publique.*

*Conditions techniques de fonctionnement : articles D.6124-35 à D.6124-63 du même code.*

La gynécologie-obstétrique, la néonatalogie et la réanimation néonatale sont trois modalités qui composent la même activité de soins, sachant que la modalité de néonatalogie est divisée en deux domaines donnant également lieu à des implantations distinctes : néonatalogie sans soins intensifs et néonatalogie avec soins intensifs.

L'évolution des dernières années est marquée par une diminution de 9,8% du nombre de naissances vivantes entre 2017 et 2022 dans les Hauts-de-France, avec un taux de naissances prématurées qui est resté stable à 6,9% mais légèrement plus élevé qu'en France métropolitaine, sauf pour la métropole lilloise. Par ailleurs, la gravité des prématurés hospitalisés s'est accentuée notamment depuis 2020. Ainsi, les taux d'occupation des services de néonatalogie, y compris sans soins intensifs, sont d'autant plus importants que le niveau de gradation de la « maternité » est élevé.

Ces taux sont hétérogènes : en 2021, les taux d'occupation moyens pour les niveau 3 sont de 121% pour la néonatalogie sans soins intensifs et de 82% pour la néonatalogie avec soins intensifs. Ils se situent à 66% pour les établissements avec maternité de niveau 2B (néonatalogie avec soins intensifs) et à 54% pour les maternités de niveau 2A (néonatalogie sans soins intensifs).

Parallèlement, les tensions démographiques observées en gynécologie obstétrique, en anesthésie-réanimation intervenant en obstétrique, en pédiatrie (en particulier les néonatalogistes), chez les sages-femmes et chez les puéricultrices se sont aggravées. Ces tensions rendent le fonctionnement des services difficile, amenant parfois à des fermetures partielles ou temporaires, à des diminutions d'activité et à un recours accru à des praticiens intérimaires, notamment pendant les périodes de congés. Les difficultés touchent tous les services et toutes les gradations de cette activité de soins, y compris les structures de recours. Or, la fragilité d'une offre impacte l'ensemble des acteurs de santé de la zone concernée, voire au-delà, ainsi que les établissements à forte activité. D'où l'importance de suivre sur le plan territorial et régional (notamment pour les activités de recours) la situation des établissements en continu et de partager, avec les acteurs, les propositions d'actions.

Si les tensions existent sur l'ensemble du territoire des Hauts-de-France, l'Aisne, le Pas-de-Calais, le Hainaut et l'Oise se caractérisent par des densités en professionnels de la périnatalité particulièrement faibles et des proportions de médecins au-delà de 60 ans les plus élevées.

Ces différents éléments conduisent à ne pas faire évoluer les cibles fixées dans la version la plus récente des implantations de cette activité de soins, à savoir l'avenant n°3 au SRS 2018-2023 fixé par arrêté du 17 octobre 2022.

En matière de néonatalogie en particulier, les taux d'occupation des services autorisés ne traduisent pas un besoin de nouvelles autorisations, certaines situations à forte activité ayant pu être réglées par des extensions capacitaires de services existants.

Comme sur la durée du schéma régional de santé précédent, des évolutions pourront être constatées sur la durée du schéma, au regard des éléments cités précédemment et des constats posés et partagés par l'ensemble des acteurs lors des étapes de concertation :

- les tensions en ressources humaines impactent la capacité à maintenir des lignes de permanence des soins et fragilisent parfois le niveau attendu en termes de qualité et de sécurité des soins ;
- ces tensions sont parfois observées dans des maternités avec un faible taux d'occupation en néonatalogie, ce qui rend la pérennisation de ces niveaux aléatoire ;
- les établissements eux-mêmes peuvent décider de faire évoluer leur offre, au regard de la reprise possible de l'activité par d'autres établissements de la même zone d'activité de soins ou de zones voisines, comme cela a été observé sur la période 2018/2022.

Au regard de tous ces éléments, plusieurs situations pourraient évoluer, mais le caractère multifactoriel de ces évolutions ne permet pas de les anticiper de manière fiable dès 2023.

Les leviers à mobiliser afin de garantir un accès de qualité et sécurisé aux femmes et aux nouveau-nés ne relèvent pas uniquement des implantations en gynécologie-obstétrique, néonatalogie et réanimation néonatale mais doivent faire appel à d'autres types d'actions, telles que celles décrites au sein de l'objectif général n°11 du SRS « déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant ».

Ainsi, les implantations de cette activité de soins sont maintenues dans la situation prévue dans l'avenant n°3 au schéma régional de santé précédent, publié le 17 octobre 2022.

Par ailleurs, en dehors des maternités, la région dispose de 7 centres périnataux de proximité, assurant le suivi et l'accompagnement des femmes en période pré et postnatale. Ces structures répondent à un besoin de proximité et devraient être inscrites dans le parcours des femmes de façon plus visible qu'aujourd'hui.

Tableau 03 : GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE, NEONATOLOGIE ET REANIMATION NEONATALE													
Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS												Nombre de maternités
	Niveau 1 Gynécologie- Obstétrique (GO)			Niveau 2A GO, néonatalogie SANS soins intensifs			Niveau 2B GO, néonatalogie AVEC soins intensifs			Niveau 3 GO, néonatalogie réanimation néonatale			
	Implantations		Écart	Implantations		Écart	Implantations		Écart	Implantations		Écart	
	actuelles	cibles		actuelles	cibles		actuelles	cibles		actuelles	cibles		
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Zone n°2A - Flandre intérieure	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Zone n°3A - Lille	1	1	0	2	2	0	1	1	0	1	1	0	5
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	2
Zone n°5A - Douaisis	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Zone n°6A - Valenciennois	2	2	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	3
Zone n°7A - Cambrésis	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Zone n°9A - Calaisis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
Zone n°10A - Audomarois	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Zone n°11A - Boulonnais	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Zone n°12A - Montreuillois	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Zone n°13A - Béthunois	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
Zone n°15A - Arrageois	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
Zone n°16A - Abbeville	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1
Zone n°17A - Amiens	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	2
Zone n°18A - Beauvais	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Zone n°20A - Creil - Senlis	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	2
Zone n°22A - Laon	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	0	1	1	1	0	-1	1	1	0	0	0	0	2
<b>TOTAL Hauts-de-France</b>	<b>14</b>	<b>15</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>13</b>	<b>-1</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>7</b>	<b>0</b>	<b>44</b>

*Conditions d'implantation : articles R.6123-173 à R.6123-200 du code de la santé publique.*

*Conditions techniques de fonctionnement : articles D.6124-248 à D.6124-266 du même code.*

Les décrets n° 2022-1263 et n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 ont instauré les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie.

Les implantations de cette activité de soins étaient jusqu'alors comptabilisées selon deux modalités (psychiatrie générale et psychiatrie infanto-juvénile), chacune donnant lieu à des formes de prise en charge fixées dans les objectifs quantifiés de l'offre de soins : hospitalisation à temps complet, hospitalisation de jour, hospitalisation de nuit, appartement familial thérapeutique, placement familial thérapeutique, centre d'accueil et de crise, post-cure. Ce mode d'identification aboutissait à 367 autorisations distinctes en Hauts-de-France.

La réforme du cadre juridique de cette activité de soins instaure désormais un autre mode de calcul des implantations, sur la base de 4 mentions :

- psychiatrie de l'adulte ;
- psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent ;
- psychiatrie périnatale ;
- soins sans consentement.

Chaque autorisation regroupe les trois grands modes de prise en charge (séjour à temps complet, séjour à temps partiel et soins ambulatoires).

L'arrêté du 28 septembre 2022 (modifié par arrêté du 2 mars 2023) fixe 13 modes de prise en charge pouvant être déployés en dehors du site autorisé. S'ils ne sont pas traduits en implantations dans les objectifs quantifiés de l'offre de soins, ils sont néanmoins soumis, pour toute modification (création, transfert géographique, évolution capacitaire significative, etc.) à l'accord du directeur général de l'ARS, selon les modalités prévues à l'article D.6122-38 du code de la santé publique, dans le cadre d'une procédure simplifiée tenant notamment compte de l'impact de la modification souhaitée sur l'offre existante, le maillage territorial et l'accès aux soins de la population.

Ces modes de prise en charge sont :

- les centres d'accueil permanent,
- les centres de crise ;
- les appartements thérapeutiques ;
- les accueils familiaux thérapeutiques ;
- les Centres médico-psychologiques (CMP) ;
- les Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ;
- les soins à domicile ;
- les hôpitaux de jour ;
- les centres de postcure ;
- les Unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ;
- les Unités pour malades difficiles (UMD) ;
- les services médico-psychologiques régionaux ;
- les Unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP).

La logique qui prévaut est de fixer une implantation par site d'hospitalisation à temps complet (ou à défaut par site d'hospitalisation à temps partiel si l'établissement ne dispose pas d'hospitalisation à temps complet), socle à partir duquel les autres modes de prise en charge sont déployés sans nécessité de prévoir des cibles d'implantations au schéma régional de santé. Cet assouplissement des évolutions des modes de prise en charge doit permettre aux établissements autorisés de s'adapter à l'évolution des besoins en psychiatrie.

A ce titre, les implantations précisées dans les tableaux ci-après ont été fixées comme suit. Il convient de préciser que le nouveau mode de comptabilisation des implantations aboutit parfois à ne pas en identifier dans certaines zones. Cela signifie que ces zones ne disposent pas, en leur sein, de site avec hospitalisation à temps complet, pour la mention considérée. Néanmoins, la prise en charge des patients est assurée sur une des zones voisines, en particulier dans le cadre de la sectorisation de la psychiatrie.

## PSYCHIATRIE DE L'ADULTE

La reprise des autorisations actuelles a été privilégiée. L'analyse des projets territoriaux de santé mentale et les échanges lors des étapes de concertation ont bien permis d'identifier des besoins de développement de l'offre, mais sans que cela nécessite de nouvelles implantations dans le nouveau régime juridique, au regard du maillage du territoire et de la capacité des établissements autorisés à déployer des modes de prise en charge à partir du site faisant l'objet d'une autorisation.

## PSYCHIATRIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

Les implantations, comme pour le champ des adultes, reprennent l'offre existante. Un besoin spécifique a été identifié sur la zone n° 8A – Sambre-Avesnois, afin de renforcer la prise en charge des enfants et adolescents sur un nouveau site à distance des implantations existantes.

## PSYCHIATRIE PERINATALE

Cette activité de soins ne fait actuellement l'objet d'aucune autorisation spécifique. Certains dispositifs existent (dyade mère-enfant, équipes mobiles dédiées, etc.) mais de façon très hétérogène sur le territoire régional, et sans identification claire et stable. Les implantations prévues ont été identifiées dans un double objectif :

- permettre un maillage régional complet, dans le cadre de coopérations étroites entre les établissements autorisés et les maternités ;
- identifier, dans chaque zone, le maximum d'autorisations potentiellement attribuables en tenant compte des établissements autorisés à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent et des maternités présents sur la zone.

## SOINS SANS CONSENTEMENT

34 sites prennent actuellement en charge les patients dans le cadre de soins sans consentement.

Au regard des prises en charge réalisées, il n'est pas apparu de besoin d'offre supplémentaire, avec un maillage territorial qui est apparu satisfaisant dans le cadre de la concertation.

Tableau 04 : PSYCHIATRIE				
Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS			
	Implantations cibles			
	Psychiatrie de l'adulte	Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	Psychiatrie périnatale	Soins sans consentement
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	3	1	1	2
Zone n°2A - Flandre intérieure	3	1	2	2
Zone n°3A - Lille	13	5	5	6
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	4	1	2	2
Zone n°5A - Douaisis	3	2	1	2
Zone n°6A - Valenciennois	3	2	2	3
Zone n°7A - Cambrésis	3	2	1	1
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	3	4	2	2
Zone n°9A - Calaisis	3	2	1	1
Zone n°10A - Audomarois	0	0	1	0
Zone n°11A - Boulonnais	2	1	1	1
Zone n°12A - Montreuillois	2	1	1	1
Zone n°13A - Béthunois	1	1	1	1
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	4	2	2	3
Zone n°15A - Arrageois	6	1	1	1
Zone n°16A - Abbeville	1	1	1	1
Zone n°17A - Amiens	7	1	1	1
Zone n°18A - Beauvais	2	2	1	1
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	2	0	1	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	1	1	1	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	4	2	1	2
Zone n°22A - Laon	3	1	1	1
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	3	1	2	0
<b>TOTAL Hauts-de-France</b>	<b>76</b>	<b>35</b>	<b>33</b>	<b>34</b>

*Conditions d'implantation : articles R.6123-118 à R.6123-126 du code de la santé publique.*

*Conditions techniques de fonctionnement : articles D.6124-177-1. à D.6124-177-73 du même code.*

Les structures de Soins médicaux et de réadaptation (SMR) ont comme objectif principal de prévenir ou de réduire les conséquences fonctionnelles, déficiences et limitations d'activité, soit dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de pathologies chroniques, soit en amont ou dans les suites d'épisodes de soins aigus, que ces conséquences soient physiques, cognitives, psychologiques ou sociales.

Ces dernières années, l'évolution de certains profils de patients orientés en SMR impose de répondre à trois enjeux majeurs : prendre en charge des patients plus précocement en aval du court-séjour qui sont donc plus à risque, prendre en charge des patients polyopathologiques ou complexes et prendre en charge des patients avec des déficiences chroniques liées au vieillissement de la population ainsi qu'aux progrès thérapeutiques.

Les décrets n°2022-24 et n°2022-25 du 11 janvier 2022 confortent les structures de SMR comme des effecteurs de soins très variés, en proposant des actes à visée diagnostique, des actes à visée thérapeutique en situation subaiguë et chronique, des actions à visée préventive et d'éducation thérapeutique et de réinsertion dans le cadre du projet thérapeutique du patient.

Pour répondre aux enjeux de prise en compte de l'innovation, d'amélioration de l'organisation territoriale des soins et renforcer la pertinence des pratiques, la qualité et la sécurité des soins, les nouveaux décrets introduisent également des évolutions permettant de clarifier et redéfinir les missions, les modalités et les mentions de l'activité afin d'en harmoniser le traitement sur le territoire national.

La réforme de l'autorisation des activités de SMR précise les Conditions d'implantation (CI) et les Conditions techniques de fonctionnement (CTF), avec des ajouts, des modifications ou des précisions pour certaines mentions et/ou modalités.

Les principales évolutions de la réforme sont :

- le changement de dénomination de l'activité (auparavant dénommé activité de « soins de suite et de réadaptation »), qui devient activité de « soins médicaux et de réadaptation » permet ainsi de mieux reconnaître l'activité effective de ces structures ainsi que l'évolution des profils de patients accueillis.
- la description de l'organisation territoriale de l'offre qui confirme :
  - une mission de soutien des structures SMR aux autres acteurs du territoire en matière d'évaluation et d'orientation des patients ;
  - un rôle de recours des établissements SMR « spécialisés » vis-à-vis des SMR « polyvalents » et/ou autorisés pour d'autres mentions spécialisées.
- la création d'une obligation, sauf dérogation, pour le titulaire de l'autorisation de permettre une prise en charge en hospitalisation à temps partiel et en hospitalisation complète. Si l'établissement ne peut proposer qu'un seul mode de prise en charge, l'autre mode devra être assuré, par la mise en place d'une convention avec un autre établissement en disposant.
- la création de la mention « polyvalent » à part entière, donnant un cadre réglementaire à cette mention et permettant l'homogénéisation des prises en charge entre les régions et entre les établissements ;
- la création d'une modalité « cancers », pour faciliter l'accès des patients atteints par ces pathologies à la réadaptation à chaque étape de leur parcours ;
- la création d'une modalité « pédiatrie » pour mieux identifier la filière pédiatrique et encourager le développement de l'offre pour enfants et adolescents sans se limiter à une approche très spécialisée.

La réalisation d'un diagnostic a permis de mettre en évidence plusieurs constats sur l'offre existante en région Hauts-de-France.

Le maillage territorial des implantations de soins de suite et de réadaptation est dense en région Hauts-de-France, avec près de 150 implantations distinctes et un peu moins de 400 mentions autorisées. Toutefois, l'offre actuelle en région en termes de taux d'équipement reste sensiblement inférieure à celle de la France métropolitaine.

La méthodologie de détermination des cibles d'implantations s'est basée sur deux analyses, à savoir :

- un état des lieux de l'offre existante par zone d'activité de soins (structures installées, capacitaires par mention, ressources humaines mobilisées...);
- une analyse des données d'activité de l'offre disponible (taux d'équipement) et d'identification du besoin relatif pour chaque mention sur chaque zone (taux de recours, taux de fuite...).

Plusieurs facteurs ont également été pris en compte comme la démographie des professionnels de rééducation, l'impact des diminutions capacitaires et des niveaux d'activité depuis la crise sanitaire ainsi que la capacité des acteurs d'une zone à mettre en œuvre une éventuelle nouvelle mention.

Les principales évolutions portent sur les points suivants :

- les soins médicaux et de réadaptation « polyvalents » ont fait l'objet d'une analyse spécifique notamment pour déterminer les mentions autorisées non mises en œuvre de celles mises en œuvre sur chaque zone. La répartition de ces implantations sur toutes les zones de la région est équilibrée, permettant ainsi d'assurer un maillage territorial homogène.
- les soins médicaux et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge « gériatrie » : des niveaux plus faibles en taux d'équipement et en taux de recours ont été mis en évidence sur certaines zones ; de nouvelles implantations sont inscrites sur certaines zones afin de répondre aux besoins objectivés et consolider ainsi le maillage territorial. Les zones concernées sont : le Montreuillois, le Valenciennois, le Béthunois et Lille. Pour cette dernière, cette nouvelle implantation vise à répondre à l'arrêt de l'activité d'une implantation présente sur la zone de Roubaix-Tourcoing.
- les soins médicaux et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge « locomoteur » : une implantation supplémentaire est identifiée sur la zone d'Abbeville permettant de répondre à l'absence d'offre de soins pour cette mention dans cette zone. Il s'agit donc de poursuivre l'accès à ces soins spécialisés dans des zones dépourvues de cette offre.
- les soins médicaux et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge « système nerveux » : une nouvelle implantation est identifiée sur une zone actuellement non pourvue pour cette mention (Calais) et dotée d'une unité de soins intensifs neurovasculaire. Une seconde implantation est également proposée sur une zone déjà dotée de 2 implantations (zone de Lille) afin de renforcer le maillage territorial sur cette zone marquée par une offre de recours importante dans ce domaine.
- les soins médicaux et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge « cardio-vasculaire » : une nouvelle implantation est positionnée dans la zone de la Flandre intérieure qui est actuellement non pourvue sur cette mention, afin de permettre un meilleur accès à ces soins spécialisés.
- les soins médicaux et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge « pneumologie » : une nouvelle implantation est inscrite sur la zone du Boulonnais afin de permettre d'offrir un accès à ces soins spécifiques dans une zone actuellement dépourvue de cette offre.
- les soins médicaux et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition » : 2 nouvelles implantations sont proposées sur la zone de Roubaix-Tourcoing afin de favoriser l'accès à ces soins spécialisés dans une zone qui en était dépourvue.
- les soins médicaux et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge « brûlés » : une implantation est proposée (zone de Lille), afin de compléter l'accès à ces soins spécialisés en proximité du centre de référence de prise en charge des brûlés au nord de la région. Cette nouvelle implantation devra impérativement définir les organisations et les articulations en collaboration et en complémentarité avec les implantations d'ores et déjà installées.
- les soins médicaux et de réadaptation spécialisés dans la prise en charge « conduites addictives » : la région ne comptabilise aujourd'hui que 16 implantations sur cette mention et 12 zones sont actuellement dépourvues de cette offre spécialisée. Dans un objectif de soutien de la structuration des filières en addictologie, 5 implantations supplémentaires sont proposées sur les zones de l'Audomarois, d'Abbeville, de Creil-Senlis, de Péronne – Saint Quentin - Hirson et de Soissons - Château-Thierry.
- en ce qui concerne les soins médicaux et de réadaptation spécialisés dans la modalité de prise en charge « pédiatrie » et plus particulièrement la mention « enfants et adolescents », une nouvelle implantation est proposée sur une zone actuellement non pourvue d'une implantation pour cette mention (zone du Valenciennois).

Cette nouvelle implantation devra impérativement définir les organisations et les articulations en collaboration et en complémentarité avec les implantations d'ores et déjà installées sur les zones voisines.

- en ce qui concerne les soins médicaux et de réadaptation spécialisés dans la modalité de prise en charge « cancers », mention « oncologie » : les critères de choix d’implantations pour cette mention se sont basés sur l’offre existante dans les filières d’oncologie, les besoins identifiés en matière de prise en charge et un objectif de maillage régional de l’offre.

Les zones concernées sont : le Dunkerquois-Flandre maritime, Lille, le Douaisis, le Valenciennois, le Sambre-Avesnois, le Montreuillois, le Béthunois, Abbeville, Amiens, Péronne - Saint-Quentin - Hirson et Soissons - Château-Thierry.

Par ailleurs, en ce qui concerne les soins médicaux et de réadaptation spécialisés dans la modalité de prise en charge « cancers », mention « oncologie et hématologie » : le choix des implantations supplémentaires s’est basée sur l’offre et la prise en charge existantes dans les filières de soins en hématologie.

Les nouvelles implantations prévues doivent permettre d’équilibrer le maillage en région, à savoir les zones de la Flandre intérieure, du Calaisis, de l’Arrageois, d’Amiens et de Péronne - Saint-Quentin - Hirson.

**Tableau 05-1 : Soins médicaux et de réadaptation mention « polyvalent »**

**Tableau 05-2 : Soins médicaux et de réadaptation mention « gériatrie »**

**Tableau 05-3 : Soins médicaux et de réadaptation mention « locomoteur »**

**Tableau 05-4 : Soins médicaux et de réadaptation mention « système nerveux »**

**Tableau 05-5 : Soins médicaux et de réadaptation mention « cardio-vasculaire »**

**Tableau 05-6 : Soins médicaux et de réadaptation mention « pneumologie »**

**Tableau 05-7 : Soins médicaux et de réadaptation mention « système digestif, endocrinologie, diabétologie, nutrition »**

**Tableau 05-8 : Soins médicaux et de réadaptation mention « brûlés »**

**Tableau 05-9 : Soins médicaux et de réadaptation mention « conduites addictives »**

**Tableau 05-10 : Soins médicaux et de réadaptation modalité « pédiatrie »**

**Tableau 05-11 : Soins médicaux et de réadaptation modalité « cancers »**



**TABLEAU 05-1 : SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION MENTION « POLYVALENT »**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS
	Implantations cibles
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	3
Zone n°2A - Flandre intérieure	4
Zone n°3A - Lille	12
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	5
Zone n°5A - Douaisis	5
Zone n°6A - Valenciennois	9
Zone n°7A - Cambrésis	4
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	7
Zone n°9A - Calaisis	2
Zone n°10A - Audomarois	3
Zone n°11A - Boulonnais	2
Zone n°12A - Montreuillois	7
Zone n°13A - Béthunois	6
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	4
Zone n°15A - Arrageois	4
Zone n°16A - Abbeville	2
Zone n°17A - Amiens	8
Zone n°18A - Beauvais	7
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	3
Zone n°20A - Creil - Senlis	3
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	8
Zone n°22A - Laon	3
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	2
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>113</b>

**TABLEAU 05-2 : SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION MENTION « GERIATRIE »**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIES
	Implantations cibles
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	2
Zone n°2A - Flandre intérieure	3
Zone n°3A - Lille	9
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	6
Zone n°5A - Douaisis	4
Zone n°6A - Valenciennois	5
Zone n°7A - Cambrésis	3
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	5
Zone n°9A - Calaisis	1
Zone n°10A - Audomarois	1
Zone n°11A - Boulonnais	1
Zone n°12A - Montreuillois	4
Zone n°13A - Béthunois	4
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	2
Zone n°15A - Arrageois	3
Zone n°16A - Abbeville	2
Zone n°17A - Amiens	6
Zone n°18A - Beauvais	5
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	2
Zone n°20A - Creil - Senlis	5
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	3
Zone n°22A - Laon	3
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	2
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>81</b>

**TABLEAU 05-3 : SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION MENTION « LOCOMOTEUR »**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS
	Implantations cibles
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1
Zone n°2A - Flandre intérieure	1
Zone n°3A - Lille	4
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	2
Zone n°5A - Douaisis	1
Zone n°6A - Valenciennois	3
Zone n°7A - Cambrésis	1
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	3
Zone n°9A - Calaisis	1
Zone n°10A - Audomarois	1
Zone n°11A - Boulonnais	1
Zone n°12A - Montreuillois	1
Zone n°13A - Béthunois	1
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	1
Zone n°15A - Arrageois	2
Zone n°16A - Abbeville	1
Zone n°17A - Amiens	5
Zone n°18A - Beauvais	3
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	1
Zone n°20A - Creil - Senlis	1
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	1
Zone n°22A - Laon	1
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	2
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>39</b>

**TABLEAU 05-4 : SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION MENTION « SYSTEME NERVEUX »**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS
	Implantations cibles
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1
Zone n°2A - Flandre intérieure	1
Zone n°3A - Lille	3
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	3
Zone n°5A - Douaisis	1
Zone n°6A - Valenciennois	2
Zone n°7A - Cambrésis	1
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	1
Zone n°9A - Calaisis	1
Zone n°10A - Audomarois	1
Zone n°11A - Boulonnais	1
Zone n°12A - Montreuillois	3
Zone n°13A - Béthunois	1
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	3
Zone n°15A - Arrageois	1
Zone n°16A - Abbeville	0
Zone n°17A - Amiens	3
Zone n°18A - Beauvais	4
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	1
Zone n°20A - Creil - Senlis	1
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	1
Zone n°22A - Laon	1
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	2
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>37</b>

**TABLEAU 05-5 : SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION MENTION « CARDIO-VASCULAIRE »**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS
	Implantations cibles
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1
Zone n°2A - Flandre intérieure	1
Zone n°3A - Lille	3
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	1
Zone n°5A - Douaisis	0
Zone n°6A - Valenciennois	2
Zone n°7A - Cambrésis	1
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	1
Zone n°9A - Calaisis	1
Zone n°10A - Audomarois	1
Zone n°11A - Boulonnais	1
Zone n°12A - Montreuillois	1
Zone n°13A - Béthunois	1
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	1
Zone n°15A - Arrageois	1
Zone n°16A - Abbeville	1
Zone n°17A - Amiens	1
Zone n°18A - Beauvais	1
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	1
Zone n°20A - Creil - Senlis	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	1
Zone n°22A - Laon	1
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	2
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>25</b>

**TABLEAU 05-6 : SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION MENTION « PNEUMOLOGIE »**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS
	Implantations cibles
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1
Zone n°2A - Flandre intérieure	0
Zone n°3A - Lille	3
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	1
Zone n°5A - Douaisis	1
Zone n°6A - Valenciennois	1
Zone n°7A - Cambrésis	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	1
Zone n°9A - Calaisis	1
Zone n°10A - Audomarois	0
Zone n°11A - Boulonnais	1
Zone n°12A - Montreuillois	1
Zone n°13A - Béthunois	1
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	2
Zone n°15A - Arrageois	1
Zone n°16A - Abbeville	1
Zone n°17A - Amiens	1
Zone n°18A - Beauvais	1
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	1
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	0
Zone n°22A - Laon	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	2
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>21</b>

**TABLEAU 05-7 : SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION MENTION « SYSTEME DIGESTIF, ENDOCRINOLOGIE, DIABETOLOGIE, NUTRITION »**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS
	Implantations cibles
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1
Zone n°2A - Flandre intérieure	0
Zone n°3A - Lille	1
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	2
Zone n°5A - Douaisis	1
Zone n°6A - Valenciennois	1
Zone n°7A - Cambrésis	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	1
Zone n°9A - Calaisis	1
Zone n°10A - Audomarois	0
Zone n°11A - Boulonnais	1
Zone n°12A - Montreuillois	1
Zone n°13A - Béthunois	1
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	1
Zone n°15A - Arrageois	1
Zone n°16A - Abbeville	0
Zone n°17A - Amiens	1
Zone n°18A - Beauvais	1
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	1
Zone n°20A - Creil - Senlis	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	0
Zone n°22A - Laon	1
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	1
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>18</b>

**TABLEAU 05-8 : SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION MENTION « BRULES »**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS
	Implantations cibles
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1
Zone n°2A - Flandre intérieure	0
Zone n°3A - Lille	1
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	0
Zone n°5A - Douaisis	0
Zone n°6A - Valenciennois	0
Zone n°7A - Cambrésis	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	0
Zone n°9A - Calaisis	0
Zone n°10A - Audomarois	0
Zone n°11A - Boulonnais	0
Zone n°12A - Montreuillois	0
Zone n°13A - Béthunois	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	0
Zone n°15A - Arrageois	0
Zone n°16A - Abbeville	0
Zone n°17A - Amiens	2
Zone n°18A - Beauvais	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	0
Zone n°22A - Laon	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>4</b>



**TABLEAU 05-9 : SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION MENTION « CONDUITES ADDICTIVES »**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS
	Implantations cibles
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1
Zone n°2A - Flandre intérieure	0
Zone n°3A - Lille	2
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	1
Zone n°5A - Douaisis	1
Zone n°6A - Valenciennois	0
Zone n°7A - Cambrésis	1
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	2
Zone n°9A - Calaisis	1
Zone n°10A - Audomarois	1
Zone n°11A - Boulonnais	0
Zone n°12A - Montreuillois	1
Zone n°13A - Béthunois	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	2
Zone n°15A - Arrageois	2
Zone n°16A - Abbeville	1
Zone n°17A - Amiens	1
Zone n°18A - Beauvais	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	1
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	1
Zone n°22A - Laon	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	2
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>21</b>

**TABLEAU 05-10 : SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION MODALITE « PEDIATRIE »**

Zones	Implantations cibles	
	Mention enfants et adolescents	Mention jeunes enfants, enfants et adolescents
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1	1
Zone n°2A - Flandre intérieure	0	0
Zone n°3A - Lille	2	2
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	0	0
Zone n°5A - Douaisis	0	0
Zone n°6A - Valenciennois	1	0
Zone n°7A - Cambrésis	1	1
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	0	0
Zone n°9A - Calaisis	1	1
Zone n°10A - Audomarois	0	0
Zone n°11A - Boulonnais	0	0
Zone n°12A - Montreuillois	1	1
Zone n°13A - Béthunois	0	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1
Zone n°15A - Arrageois	0	0
Zone n°16A - Abbeville	0	0
Zone n°17A - Amiens	2	2
Zone n°18A - Beauvais	0	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	0	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	1	1
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	0	0
Zone n°22A - Laon	0	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>11</b>	<b>10</b>

**TABLEAU 05-11 : SOINS MEDICAUX ET DE READAPTATION MODALITE « CANCERS »**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS	
	Implantations cibles	
	Mention oncologie	Mention oncologie et hématologie
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1	0
Zone n°2A - Flandre intérieure	1	1
Zone n°3A - Lille	3	1
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	0	0
Zone n°5A - Douaisis	1	0
Zone n°6A - Valenciennois	2	1
Zone n°7A - Cambrésis	0	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	1	0
Zone n°9A - Calaisis	0	1
Zone n°10A - Audomarois	0	0
Zone n°11A - Boulonnais	0	1
Zone n°12A - Montreuillois	1	0
Zone n°13A - Béthunois	1	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	0
Zone n°15A - Arrageois	0	1
Zone n°16A - Abbeville	1	0
Zone n°17A - Amiens	2	2
Zone n°18A - Beauvais	0	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	0	1
Zone n°20A - Creil - Senlis	0	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	1	1
Zone n°22A - Laon	0	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	1	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>17</b>	<b>10</b>

*Conditions d'implantation* : articles R.6123-134 à R.6123-138 du code de la santé publique.

*Conditions techniques de fonctionnement* : articles D.6124-186 à D.6124-193-1 du même code.

La médecine nucléaire est reconnue en tant qu'activité de soins depuis la publication des décrets n° 2021-1930 du 30 décembre 2021 et n° 2022-114 du 1<sup>er</sup> février 2022, ce qui modifie profondément la comptabilisation des implantations qui n'entrent plus dans le cadre des équipements matériels lourds (gamma-caméras et Tomographes par émission de positons - TEP).

Cette évolution juridique répond notamment à la prise en compte de nouveaux médicaments radiopharmaceutiques de plus en plus ciblés à visée thérapeutique. L'activité de médecine nucléaire impacte un nombre croissant de parcours de soins et nécessitait d'être encadrée réglementairement en vue de renforcer la sécurité et la qualité des soins dispensés.

Cette activité consiste en l'utilisation, dans un but diagnostique ou thérapeutique, d'un médicament radiopharmaceutique ou d'un dispositif médical implantable actif, en sources non scellées, émetteur de rayonnements ionisants, administré au patient, incluant l'utilisation d'une caméra à tomographie d'émission mono photonique ou à tomographie par émission de positons et intégrant, le cas échéant, d'autres systèmes d'imagerie.

Elle est organisée en gradation à deux niveaux :

- Mention A : lorsque l'activité comprend les actes diagnostiques ou thérapeutiques hors thérapie des pathologies cancéreuses, réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique prêt à l'emploi ou préparé conformément au résumé des caractéristiques du produit, selon un procédé aseptique en système clos ;
- Mention B : lorsque l'activité comprend, outre les actes de la mention A, les actes suivants :
  - les actes diagnostiques ou thérapeutiques réalisés par l'administration de médicament radiopharmaceutique préparé selon un procédé aseptique en milieu ouvert ;
  - les actes diagnostiques réalisés dans le cadre d'explorations de marquage cellulaire des éléments figurés du sang par un ou des radionucléides ;
  - les actes thérapeutiques réalisés par l'administration d'un dispositif médical implantable actif ;
  - les actes thérapeutiques pour les pathologies cancéreuses réalisés par l'administration de médicaments radiopharmaceutiques.

Les échanges menés lors des phases de concertation ont permis d'identifier 4 points éventuellement problématiques dans la conduite de cette évolution vers une autorisation d'activités de soins :

- la région compte aujourd'hui 26 sites sur lesquels sont implantés des gamma-caméras et des TEP. Or, la reconnaissance de la médecine nucléaire en qualité d'activité de soins nécessite de ne disposer que d'un détenteur d'autorisation par site. 6 situations de détenteurs multiples sur un site unique ont été identifiées et doivent évoluer vers une solution de regroupement afin de mettre en cohérence les sites d'implantation avec les futures autorisations délivrées ;
- la transformation nécessaire des Groupements d'intérêt économique (GIE) et Sociétés civiles de moyens (SCM) actuellement détenteurs d'autorisation d'exploiter des gamma-caméras et des TEP mais ne pouvant juridiquement porter une autorisation d'activité de soins telle que la médecine nucléaire ;
- les souhaits des détenteurs actuels de se positionner sur une mention A ou une mention B, en fonction en premier lieu des activités thérapeutiques et diagnostiques menées dans les structures, mais également au regard des conditions techniques de fonctionnement et en particulier le recours aux compétences de radiopharmacien et de physicien médical ;
- les perspectives, pour les sites ne disposant à ce jour que d'une catégorie d'appareils, de faire évoluer leur parc d'équipements ou de conventionner avec un opérateur disposant de l'équipement manquant.

La concertation et l'analyse de l'activité et des équipements autorisés en région ont conduit aux cibles d'implantation identifiées dans le tableau ci-après, qui peuvent répondre aux besoins de santé de la population avec un maillage territorial satisfaisant.

En termes d'adéquation entre les sites actuels et d'éventuelles nouvelles implantations, la réflexion régionale a pris en considération les critères suivants :

- les impacts de la nouvelle réglementation, qui permet d'assouplir fortement la procédure d'acquisition de nouveaux appareils et peut donc aboutir à une évolution significative des équipements en fonctionnement dans la région. L'analyse de projets de nouveaux sites doit nécessairement intégrer ce facteur, dans un contexte de ressources humaines limitées ;

- le maillage de la région n’appelle pas d’évolution majeure : chacune des 7 zones d’activités de soins (la médecine nucléaire étant positionnée sur le zonage de recours tel qu’identifié dans la décision du directeur général de l’ARS Hauts-de-France en date du 1<sup>er</sup> février 2023) est pourvue avec au moins 2 implantations par zone ;
- la prise en compte d’une zone qui apparaît significativement moins dotée que les autres au regard de sa population. Le Hainaut présente en effet un taux d’équipement actuel de 0,27 appareils pour 100 000 habitants, pour une moyenne régionale à 0,55. A ce titre, les objectifs quantifiés identifiés ci-après permettent de prévoir un nouveau site de médecine nucléaire dans cette zone.

<b>Tableau 06 : MÉDECINE NUCLÉAIRE</b>		
<b>Zones</b>	<b>OBJECTIFS QUANTIFIÉS</b>	
	<b>Implantations cibles</b>	
	<b>Mention A</b>	<b>Mention B</b>
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	4	4
Zone n°2B - Hainaut	2	1
Zone n°3B - Littoral Nord	1	2
Zone n°4B - Artois Douaisis	4	1
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	2	1
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	2	0
Zone n°7B - Oise	1	2
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>16</b>	<b>11</b>

## SOINS DE LONGUE DURÉE

*Absence de conditions d'implantations et de conditions techniques de fonctionnement.*

Cette activité de soins est présente dans chacune des zones de la région, avec un déséquilibre notable entre certaines zones, en partie compensé par les capacités installées.

La feuille de route « EHPAD-USLD » publiée par la direction générale de l'offre de soins et la direction générale de la cohésion sociale en mars 2022, indique parmi ses orientations la disparition des Unités de soins de longue durée (USLD) afin de permettre :

- la création d'unités de soins prolongés complexes, offre sanitaire destinée « *aux patients de tout âge hospitalisés au long cours de manière inadéquate, reposant sur des indications claires en termes de profils de soins lourds et complexes nécessitant une surveillance constante mais sans besoin de soins aigus ou réadaptatifs actifs* » ;
- de soutenir « *un accompagnement commun des personnes âgées présentant des besoins de soins et d'autonomie similaires relevant aujourd'hui des USLD et des EHPAD, au sein d'une offre médico-sociale et notamment d'EHPAD reconfigurée* ».

Cette évolution de l'offre, dont les contours précis sont méconnus au moment de la rédaction de ce texte, engage à maintenir la répartition et le nombre des implantations actuelles. Cette situation évoluera à partir de la publication du cadre de référence des unités de soins prolongés complexes.

<b>Tableau 07 : SOINS DE LONGUE DURÉE</b>		
<b>Zones</b>	<b>OBJECTIFS QUANTIFIÉS</b>	
	<b>Implantations actuelles</b>	<b>Implantations cibles</b>
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1	1
Zone n°2A - Flandre intérieure	1	1
Zone n°3A - Lille	2	2
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	4	4
Zone n°5A - Douaisis	2	2
Zone n°6A - Valenciennois	2	2
Zone n°7A - Cambrésis	1	1
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	4	4
Zone n°9A - Calaisis	1	1
Zone n°10A - Audomarois	1	1
Zone n°11A - Boulonnais	1	1
Zone n°12A - Montreuillois	2	2
Zone n°13A - Béthunois	2	2
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	2	2
Zone n°15A - Arrageois	2	2
Zone n°16A - Abbeville	1	1
Zone n°17A - Amiens	4	4
Zone n°18A - Beauvais	5	5
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	3	3
Zone n°20A - Creil - Senlis	3	3
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	5	5
Zone n°22A - Laon	2	2
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	1	1
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>52</b>	<b>52</b>

GREFFES D'ORGANES ET GREFFES DE CELLULES HEMATOPOÏÉTIQUES, A L'EXCEPTION DES GREFFES  
EXCEPTIONNELLES SOUMISES AU REGIME D'AUTORISATION COMPLEMENTAIRE PREVU A L'ARTICLE L.  
162-30-5 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE

*Conditions d'implantation* : articles R.6123-75 à R.6123-85-2 du code de la santé publique.

*Conditions techniques de fonctionnement* : articles D.6124-162 à D.6124-176 du même code.

Cette activité spécifique, jusqu'alors intégrée dans les schémas interrégionaux d'organisation des soins, est désormais prise en compte dans les schémas régionaux de santé suite à la publication du décret n°2022-702 du 26 avril 2022, présente deux sites d'exercice dans la région.

L'activité menée par les deux établissements et les filières de soins organisées dans la région – en particulier avec le réseau des sites de prélèvement – est suffisante par rapport aux besoins de la population évalués et ne nécessite pas à ce stade d'identifier de besoin d'implantation complémentaire.

Tableau 08-1 : GREFFES D'ORGANES ADULTES									
Zone	OBJECTIFS QUANTIFIÉS								
	Greffe hépatique			Greffe rénale			Greffe cardiaque		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Région Hauts- de-France	1	1	0	2	2	0	1	1	0

Tableau 08-2 : GREFFES D'ORGANES ENFANTS			
Zone	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Greffe rénale (pour enfants)		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Région Hauts-de-France	1	1	0

Tableau 08-3 : GREFFES DE CELLULES HEMATOPOÏÉTIQUES						
Zone	OBJECTIFS QUANTIFIÉS					
	Greffes de cellules souches hématopoïétiques pour adultes			Greffes de cellules souches hématopoïétiques pour enfants		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Région Hauts-de-France	2	2	0	1	1	0

TRAITEMENT DES GRANDS BRULÉS

Conditions d'implantation : articles R.6123-111 à R.6123-117 du code de la santé publique.

Conditions techniques de fonctionnement : articles D.6124-153 à D.6124-161 du même code.

Cette activité très spécifique, jusqu'alors intégrée dans les schémas interrégionaux d'organisation des soins, est désormais prise en compte dans les schémas régionaux de santé suite à la publication du décret n°2022-702 du 26 avril 2022. Elle présente une seule implantation dans la région, avec une prise en charge de patients extra-régionaux.

Cette implantation apparaît suffisante pour répondre aux besoins de santé de la population, sachant que la prise en charge de patients brûlés sans pronostic vital engagé, avec brûlures peu étendues et sans facteur majeur de risques associés est assurée dans plusieurs autres établissements de santé permettant une hospitalisation avec surveillance continue (le cas échéant en service de chirurgie plastique ou de chirurgie pédiatrique).

L'enjeu en termes de planification de l'offre porte surtout sur la filière de soins post-prise en charge aigue, avec la révision des implantations en soins médicaux et de réadaptation spécialisés dans ce domaine.

<b>Tableau 9 : TRAITEMENT DES GRANDS BRULÉS</b>		
<b>Zone</b>	<b>OBJECTIFS QUANTIFIÉS</b>	
	<b>Implantations actuelles</b>	<b>Implantations cibles</b>
Région Hauts-de-France	1	1



## CHIRURGIE CARDIAQUE

*Conditions d'implantation* : articles R.6123-69 à R.6123-74 du code de la santé publique.

*Conditions techniques de fonctionnement* : articles D.6124-121 à D.6124-130 du même code.

Cette activité spécifique, jusqu'alors intégrée dans les schémas interrégionaux d'organisation des soins, est désormais prise en compte dans les schémas régionaux de santé suite à la publication du décret n°2022-702 du 26 avril 2022.

L'encadrement juridique de l'activité de soins de chirurgie cardiaque a été marginalement impacté par les décrets n°2022-1765 et n°2022-1766 du 29 décembre 2022, portant sur les activités de soins de chirurgie, de neurochirurgie et de chirurgie cardiaque. Les modifications principales ont porté sur des conditions techniques de fonctionnement, en particulier sur la configuration et l'équipement du secteur interventionnel.

L'activité de soins de chirurgie cardiaque comprend toutes les interventions chirurgicales intrathoraciques portant sur l'appareil cardio-vasculaire : le cœur, le péricarde, les artères coronaires, les veines afférentes, les gros vaisseaux afférents et efférents, que ces interventions nécessitent ou non une circulation sanguine extracorporelle.

Les autorisations de cette activité de soins sont organisées selon deux modalités :

1° - Activité de soins de chirurgie cardiaque pratiquée chez des patients adultes ;

2° - Activité de soins de chirurgie cardiaque pédiatrique.

4 établissements sont actuellement autorisés. La concertation et l'analyse de l'activité menée dans la région n'ont pas conduit à identifier de besoin d'évolution des implantations.

Tableau 10 : CHIRURGIE CARDIAQUE						
Zone	OBJECTIFS QUANTIFIÉS					
	Chirurgie cardiaque pratiquée chez des patients adultes			Chirurgie cardiaque pédiatrique		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Région Hauts-de-France	4	4	0	1	1	0

*Conditions d'implantation* : articles R.6123-128 à R.6123-133-2 du code de la santé publique.

*Conditions techniques de fonctionnement* : articles D.6124-179 à D.6124-185-1 du même code.

Les décrets n°2022-380 et n°2022-382 du 16 mars 2022 ont défini la nouvelle classification et les nouvelles conditions techniques de fonctionnement et conditions d'implantation des autorisations d'activités interventionnelles sous imagerie médicale en cardiologie.

Cette activité de cardiologie interventionnelle comprend désormais l'ensemble des actes de cardiologie à but diagnostique ou thérapeutique réalisés par voie percutanée, transpariétale et/ou intra-luminale, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie.

Elle concerne des actes de technicité et de complexité très variables s'exprimant selon les trois modalités suivantes :

- la rythmologie interventionnelle comprenant les mentions :
  - Mention A : les actes d'électrophysiologie diagnostique et de poses de pacemaker mono et double chambre avec sonde, chez l'adulte ;
  - Mention B : en sus des actes autorisés en mention A, les actes d'ablation atriale droite et atrioventriculaire, de poses de défibrillateurs et de stimulateurs multisites, chez l'adulte ;
  - Mention C : en sus des actes autorisés en mention B, les actes d'ablation atriale avec abord transeptal, d'ablation ventriculaire et tous les actes de rythmologie réalisés chez un enfant hors cardiopathie congénitale complexe ;
  - Mention D : en sus des actes autorisés en mention C, les actes à haut risque de plaie cardiaque ou vasculaire et les actes de rythmologie réalisés chez un patient ayant une cardiopathie congénitale complexe.
- les cardiopathies congénitales hors rythmologie comprenant les mentions :
  - Mention A : les actes de prise en charge des anomalies du cloisonnement inter atrial, fermeture du canal artériel, dilatation de sténose valvulaire pulmonaire, cathétérisme diagnostique des cardiopathies congénitales ;
  - Mention B : en sus des actes autorisés en mention A, tout geste de dilatation, toute pose de stent ou de dispositif intracardiaque, toute intervention sur septum atrial ou ventriculaire.
- les cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte.

Les textes réglementaires ont établi de nouvelles normes et références en matière de plateau technique requis pour et autour de l'activité de cardiologie interventionnelle, d'organisation des soins, de seuils d'activité annuelle et de permanence des soins.

Les profondes modifications réglementaires de ce champ d'activité ont conduit à analyser les données d'activité en région, les flux de population et les taux de fuite entre zones d'activités de soins, en tenant compte des nouveaux gestes éligibles (explorations électrophysiologiques, poses de pacemaker mono ou double chambre).

La détermination des implantations a été guidée par :

- le nécessaire respect des nouvelles conditions techniques de fonctionnement ;
- les autorisations existantes et l'activité déjà présente en regard des nouveaux seuils annuels à atteindre ;
- le maillage territorial en termes d'accès aux soins.

**Tableau 11 : ACTIVITÉS INTERVENTIONNELLES SOUS IMAGERIE EN CARDIOLOGIE**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS						
	Implantations cibles						
	Rythmologie interventionnelle				Cardiopathies congénitales hors rythmologie		Cardiopathies ischémiques et structurelles de l'adulte
	Mention A	Mention B	Mention C	Mention D	Mention A	Mention B	
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	1	1	2	2	2	1	5
Zone n°2B - Hainaut	3	0	2	0	0	0	2
Zone n°3B - Littoral Nord	4	1	0	0	0	0	3
Zone n°4B - Artois Douaisis	5	0	2	0	0	0	2
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	2	0	1	1	1	0	2
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	3	1	1	0	0	0	2
Zone n°7B - Oise	0	2	1	0	0	0	3
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>18</b>	<b>5</b>	<b>9</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>1</b>	<b>19</b>

## NEUROCHIRURGIE

*Conditions d'implantation : articles R.6123-96 à R.6123-103 du code de la santé publique.*

*Conditions techniques de fonctionnement : articles D.6124-136 à D.6124-146 du même code.*

Cette activité spécifique, jusqu'alors intégrée dans les schémas interrégionaux d'organisation des soins, est désormais prise en compte dans les schémas régionaux de santé suite à la publication du décret n°2022-702 du 26 avril 2022.

L'encadrement juridique de l'activité de soins de neurochirurgie a été marginalement impacté par les décrets n°2022-1765 et n°2022-1766 du 29 décembre 2022 portant sur les activités de soins de chirurgie, de neurochirurgie et de chirurgie cardiaque.

La neurochirurgie comprend la prise en charge des patients présentant une pathologie portant sur l'encéphale, la moelle épinière, les nerfs périphériques, leurs enveloppes (crâne, colonne vertébro-discoale, méninges) et leurs vaisseaux et nécessitant ou susceptibles de nécessiter un acte neurochirurgical ou radiochirurgical en conditions stéréotaxiques.

Les autorisations de cette activité de soins sont organisées selon trois modalités :

1. Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale ;
2. Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques ;
3. Neurochirurgie pédiatrique.

3 établissements sont actuellement autorisés. La concertation et l'analyse de l'activité menée dans la région n'ont pas conduit à identifier de besoin d'évolution des implantations.

**Tableau 12 : NEUROCHIRURGIE**

Zone	OBJECTIFS QUANTIFIÉS								
	Neurochirurgie fonctionnelle cérébrale			Radiochirurgie intracrânienne et extracrânienne en conditions stéréotaxiques			Neurochirurgie pédiatrique		
	Implantations		Écart	Implantations		Écart	Implantations		Écart
	actuelles	cibles		actuelles	cibles		actuelles	cibles	
Région Hauts-de-France	3	3	0	2	2	0	2	2	0

Conditions d'implantation : articles R.6123-104 à R.6123-110 du code de la santé publique.

Conditions techniques de fonctionnement : articles D.6124-147 à D.6124-152 du même code.

L'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie, jusqu'alors intégrée dans les schémas interrégionaux d'organisation des soins, est désormais prise en compte dans les schémas régionaux de santé suite à la publication du décret n°2022-702 du 26 avril 2022.

Les décrets n° 2022-21 et 2022-22 et l'arrêté du 10 janvier 2022 ont révisé les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement et ont précisé le périmètre des actes concernés.

Cette activité, qui « concerne les actes diagnostiques et thérapeutiques qui portent sur la région cervico-céphalique et médullo-rachidienne et qui sont réalisés par voie endovasculaire ou par voie percutanée, hors localisation ostéoarticulaire », est structurée selon deux mentions :

- mention A, comprenant uniquement la réalisation de la thrombectomie mécanique et les actes diagnostiques associés dans le cadre de l'accident vasculaire cérébral ischémique aigu ;
- mention B, comprenant l'ensemble des activités interventionnelles en neuroradiologie.

Les textes réglementaires ont établi de nouvelles normes et références en matière organisationnelle, de ressources humaines et de permanence des soins.

La détermination des implantations a été guidée par :

- le nécessaire respect des nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement ;
- la prise en compte des déclarations d'intention des établissements de santé de la région au travers de nombreux échanges initiés depuis 2021 ;
- le respect d'un maillage territorial équilibré en termes d'accès aux soins, dans des considérations respectant les volumes de population, les files actives de patients, et les capacités de formation en radiologues interventionnistes dans la région et en France ;
- la sécurisation des parcours patients dans des situations nécessitant une prise en charge rapide voire urgente ;
- les conditions techniques de fonctionnement propres à l'activité de soins critiques pour la prise en charge en unité de soins intensifs neurovasculaires.

L'expression du besoin identifié par certains établissements de la région, la possibilité ouverte par les décrets du 10 janvier 2022 de créer des sites dédiés uniquement à la thrombectomie mécanique et les éléments de contexte listés ci-dessus conduisent à identifier de 2 à 3 implantations pour la mention A.

Tableau 13 : ACTIVITÉ INTERVENTIONNELLE SOUS IMAGERIE MÉDICALE EN NEURORADIOLOGIE		
Zone	OBJECTIFS QUANTIFIÉS	
	Implantations cibles	
	Mention A	Mention B
Région Hauts-de-France	2 à 3	2

*Conditions d'implantation : articles R.6123-1 à R.6123-32-11 du code de la santé publique.*

*Conditions techniques de fonctionnement : articles D.6124-1 à D.6124-26-10 du même code.*

Cette activité de soins est répartie en trois modalités : SAMU, structure des urgences (adulte et pédiatrique), SMUR (adulte et pédiatrique).

La région comptabilise 51 structures d'accueil des urgences et 37 SMUR (dont 2 pédiatriques), permettant ainsi une couverture satisfaisante du territoire régional au regard des besoins de la population, y compris pour les quelques communes situées à plus de 30 minutes d'un site d'accueil (principalement dans le centre du Pas-de-Calais et le sud-ouest de la Somme). Chaque zone d'activité de soins bénéficie d'une à quatre implantations de structure d'accueil des urgences et d'un à quatre SMUR.

Si l'activité de médecine d'urgence a progressé sur la durée du schéma précédent (4% de progression des prises en charge en structure d'accueil des urgences), la réponse adaptée à ces besoins ne se limite pas aux implantations et aux autorisations délivrées dans la région, mais repose également sur les leviers identifiés dans l'objectif général n°16 du schéma régional de santé (« garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences »).

La procédure de concertation n'a pas abouti à l'identification d'un besoin de modification des implantations actuelles, dans l'attente de nouveaux textes modifiant l'encadrement réglementaire de cette activité de soins.

**Tableau 14-1 : SAMU**

**Tableau 14-2 : Structures des urgences adultes et pédiatriques**

**Tableau 14-3 : SMUR adultes et pédiatriques**

**Tableau 14-1 : SAMU**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	0	0	0
Zone n°2A - Flandre intérieure	0	0	0
Zone n°3A - Lille	1	1	0
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0
Zone n°5A - Douaisis	0	0	0
Zone n°6A - Valenciennois	0	0	0
Zone n°7A - Cambrésis	0	0	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	0	0	0
Zone n°9A - Calaisis	0	0	0
Zone n°10A - Audomarois	0	0	0
Zone n°11A - Boulonnais	0	0	0
Zone n°12A - Montreuillois	0	0	0
Zone n°13A - Béthunois	0	0	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0
Zone n°15A - Arrageois	1	1	0
Zone n°16A - Abbeville	0	0	0
Zone n°17A - Amiens	1	1	0
Zone n°18A - Beauvais	1	1	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	0	0	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	0	0	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	0	0	0
Zone n°22A - Laon	1	1	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>0</b>

**Tableau 14-2 : Structures des urgences adultes et pédiatriques**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS					
	Structure d'urgence			Structure d'urgence pédiatrique		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	2	2	0	1	1	0
Zone n°2A - Flandre intérieure	2	2	0	0	0	0
Zone n°3A - Lille	4	4	0	3	3	0
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	2	2	0	1	1	0
Zone n°5A - Douaisis	2	2	0	1	1	0
Zone n°6A - Valenciennois	3	3	0	1	1	0
Zone n°7A - Cambrésis	2	2	0	0	0	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	2	2	0	1	1	0
Zone n°9A - Calaisis	1	1	0	1	1	0
Zone n°10A - Audomarois	1	1	0	0	0	0
Zone n°11A - Boulonnais	1	1	0	1	1	0
Zone n°12A - Montreuillois	1	1	0	0	0	0
Zone n°13A - Béthunois	3	3	0	0	0	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	3	3	0	1	1	0
Zone n°15A - Arrageois	1	1	0	1	1	0
Zone n°16A - Abbeville	1	1	0	0	0	0
Zone n°17A - Amiens	4	4	0	1	1	0
Zone n°18A - Beauvais	2	2	0	1	1	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	3	3	0	1	1	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	2	2	0	1	1	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	5	5	0	1	1	0
Zone n°22A - Laon	2	2	0	1	1	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	2	2	0	1	1	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>51</b>	<b>51</b>	<b>0</b>	<b>19</b>	<b>19</b>	<b>0</b>



**Tableau 14-3 : SMUR adultes et pédiatriques**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS					
	SMUR			SMUR pédiatrique		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1	1	0	0	0	0
Zone n°2A - Flandre intérieure	1	1	0	0	0	0
Zone n°3A - Lille	1	1	0	1	1	0
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	2	2	0	0	0	0
Zone n°5A - Douaisis	1	1	0	0	0	0
Zone n°6A - Valenciennois	1	1	0	0	0	0
Zone n°7A - Cambrésis	1	1	0	0	0	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	2	2	0	0	0	0
Zone n°9A - Calaisis	1	1	0	0	0	0
Zone n°10A - Audomarois	1	1	0	0	0	0
Zone n°11A - Boulonnais	1	1	0	0	0	0
Zone n°12A - Montreuillois	1	1	0	0	0	0
Zone n°13A - Béthunois	1	1	0	0	0	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0	0	0	0
Zone n°15A - Arrageois	1	1	0	0	0	0
Zone n°16A - Abbeville	1	1	0	0	0	0
Zone n°17A - Amiens	3	3	0	1	1	0
Zone n°18A - Beauvais	2	2	0	0	0	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	2	2	0	0	0	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	2	2	0	0	0	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	4	4	0	0	0	0
Zone n°22A - Laon	2	2	0	0	0	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	2	2	0	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>0</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

NB: les 4 implantations de SMUR de la zone n°21A comprennent une antenne SMUR

*Conditions d'implantation* : articles R.6123-33 à R.6123-38-2 du code de la santé publique.

*Conditions techniques de fonctionnement* : articles D.6124-27 à D.6124-34-3 du même code.

La réforme des soins critiques, qui s'inscrit dans la feuille de route « Soins Critiques 2022 / 2025 » élaborée sur la base des propositions du rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) de juillet 2021, s'est concrétisée par les décrets n°2022-690 ET n°2022-694 du 26 avril 2022 fixant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement de cette activité de soins.

Les soins critiques, définis comme « la prise en charge des patients qui présentent ou sont susceptibles de présenter une ou plusieurs défaillances aiguës mettant directement en jeu le pronostic vital ou fonctionnel et pouvant impliquer le recours à une ou plusieurs méthodes de suppléance », sont dorénavant structurés selon deux modalités :

- les soins critiques adultes ;
- les soins critiques pédiatriques, pour patients âgés de moins de 18 ans.

### SOINS CRITIQUES ADULTES

Les soins critiques adultes comprennent 5 mentions :

- Mention 1 – « réanimation et soins intensifs polyvalents, et de spécialité le cas échéant », qui correspond à un plateau comprenant au moins une unité de réanimation et au moins une Unité de soins intensifs polyvalents (USIP) contiguë. Le titulaire peut disposer d'autres USIP et le cas échéant d'une ou de plusieurs Unité de soins intensifs (USI) de spécialités (notamment dédiées aux patients relevant de soins de néphrologie, respiratoires ou d'hépatogastro-entérologie). Ces USI de spécialités ne font pas l'objet d'identification dans les objectifs quantifiés de l'offre de soins, mais doivent être désignées dans les autorisations ;
- Mention 2 – « soins intensifs polyvalents dérogatoires », concernant les sites sans unité de réanimation mais dont la nature des prises en charge relève de soins intensifs, le plus souvent dans le cadre de requalification d'unités de surveillance continue non adossées à une unité de réanimation ;
- Mention 3 – « soins intensifs de cardiologie » ;
- Mention 4 – « soins intensifs de neurologie vasculaire » ;
- Mention 5 – « soins intensifs d'hématologie ».

### SOINS INTENSIFS PEDIATRIQUES

Les soins intensifs pédiatriques comprennent 4 mentions :

- Mention 1 – « réanimation de recours et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant », qui correspond aux sites disposant d'au moins une unité de réanimation pédiatrique de recours et au moins d'une Unité de soins intensifs pédiatriques polyvalents (USIP pédiatrique) contiguë ;
- Mention 2 – « réanimation et soins intensifs pédiatriques polyvalents, et de spécialité le cas échéant » ;
- Mention 3 – « soins intensifs pédiatriques polyvalents dérogatoires » ;
- Mention 4 – « soins intensifs pédiatriques d'hématologie ».

Les textes réglementaires ont établi de nouvelles normes et références en matière de capacitaire, d'organisation, de ressources humaines et de permanence des soins.

Les transformations profondes de ce champ d'activité ont conduit à questionner les 71 établissements disposant d'unités de soins critiques, afin de connaître leurs intentions, au regard des nouvelles obligations réglementaires et au positionnement de leurs unités dans le nouveau périmètre de cette filière de soins.

Les conditions techniques d'exercice des unités de surveillance continue qui n'évolueront pas vers une activité de soins intensifs polyvalents dérogatoires restent à préciser d'un point de vue réglementaire, autour des notions de « soins renforcés » ou de « surveillance continue hors du champ des soins critiques ».

Les échanges menés lors des différentes étapes de concertation, avec l'appui des 7 animateurs territoriaux de soins critiques, ont permis à l'ensemble des établissements sollicités de se positionner malgré les quelques incertitudes réglementaires persistantes.

La détermination des implantations a été guidée par :

- le nécessaire respect des nouvelles conditions d’implantation et conditions techniques de fonctionnement ;
- la prise en compte des déclarations d’intention des établissements de santé de la région ;
- le respect d’un maillage territorial équilibré en termes d’accès aux soins, dans des considérations tenant compte des zones d’implantation, des volumes de populations et des files actives de patients, afin de permettre de répondre aux besoins de santé identifiés ;
- les conditions techniques de fonctionnement propres à l’activité de traitement du cancer, en particulier sur les liens entre chirurgie carcinologique, chimiothérapie et soins critiques .

**Tableau 15-1 : Soins critiques adultes**

**Tableau 15-2 : Soins critiques pédiatriques**

<b>Tableau 15-1 : SOINS CRITIQUES ADULTES</b>					
<b>Zones</b>	<b>OBJECTIFS QUANTIFIÉS</b>				
	<b>Implantations cibles</b>				
	<b>Mention 1</b>	<b>Mention 2</b>	<b>Mention 3</b>	<b>Mention 4</b>	<b>Mention 5</b>
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1	1	1	1	1
Zone n°2A - Flandre intérieure	1	0	0	0	0
Zone n°3A - Lille	3	5	4	2	2
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	2	0	2	2	1
Zone n°5A - Douaisis	1	1	1	0	0
Zone n°6A - Valenciennois	1	3	2	1	1
Zone n°7A - Cambrésis	1	1	1	0	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	1	2	1	1	0
Zone n°9A - Calaisis	1	1	1	1	0
Zone n°10A - Audomarois	1	1	1	0	0
Zone n°11A - Boulonnais	1	1	2	1	0
Zone n°12A - Montreuillois	2	0	0	0	0
Zone n°13A - Béthunois	1	3	0	1	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	2	2	2	1	1
Zone n°15A - Arrageois	1	1	1	1	0
Zone n°16A - Abbeville	1	0	1	0	0
Zone n°17A - Amiens	1	2	2	1	1
Zone n°18A - Beauvais	1	1	1	1	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	1	1	1	1	1
Zone n°20A - Creil - Senlis	1	0	1	1	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	1	1	1	1	1
Zone n°22A - Laon	1	1	2	0	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	2	0	2	1	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>29</b>	<b>28</b>	<b>30</b>	<b>18</b>	<b>9</b>

Tableau 15-2 : SOINS CRITIQUES PÉDIATRIQUES				
Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS			
	Implantations cibles			
	Mention 1	Mention 2	Mention 3	Mention 4
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	0	0	1	0
Zone n°2A - Flandre intérieure	0	0	0	0
Zone n°3A - Lille	1	0	1	1
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	1	0
Zone n°5A - Douaisis	0	0	1	0
Zone n°6A - Valenciennois	0	0	1	0
Zone n°7A - Cambrésis	0	0	1	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	0	0	1	0
Zone n°9A - Calaisis	0	0	1	0
Zone n°10A - Audomarois	0	0	0	0
Zone n°11A - Boulonnais	0	0	1	0
Zone n°12A - Montreuillois	0	0	0	0
Zone n°13A - Béthunois	0	0	0	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	1	0
Zone n°15A - Arrageois	0	0	1	0
Zone n°16A - Abbeville	0	0	0	0
Zone n°17A - Amiens	0	1	0	1
Zone n°18A - Beauvais	0	0	1	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	0	0	0	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	0	0	1	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	0	0	1	0
Zone n°22A - Laon	0	0	0	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>1</b>	<b>1</b>	<b>14</b>	<b>2</b>

*Conditions d'implantation* : articles R.6123-54 à R.6123-68 du code de la santé publique.

*Conditions techniques de fonctionnement* : articles D.6124-64 à D.6124-90 du même code.

Le traitement de l'insuffisance rénale chronique par épuration extrarénale se réalise selon 4 modalités :

- l'hémodialyse en centre ;
- l'hémodialyse en Unité de dialyse médicalisée (UDM) ;
- l'hémodialyse en Unité d'autodialyse simple ou assistée (UAA) ;
- et la dialyse à domicile par hémodialyse ou par dialyse péritonéale.

La planification régionale intègre des implantations pour les trois premières modalités.

Les données épidémiologiques en région (2017-2021) semblent indiquer une stabilisation de la prévalence et de l'incidence de l'insuffisance rénale chronique. Le nombre de patients pris en charge en centre lourd et le nombre de séances ont respectivement diminué de 17,9% et 2,53% sur la période 2017-2021. Il n'apparaît donc pas nécessaire de modifier le nombre d'implantations pour cette modalité de prise en charge.

Le schéma régional de santé 2018-2023 était marqué par la volonté de poursuivre le maillage régional et de garantir une meilleure accessibilité aux UDM en proximité. L'ensemble des implantations supplémentaires prévues dans ce cadre a été pourvu.

Les concertations et enquêtes menées en région dans le cadre de la révision du schéma engagent la volonté de poursuivre ce maillage. En effet, en 2015, le ratio UAA/UDM était de 1,43 en région et 0,86 France entière, pour s'établir aujourd'hui à 1,34 dans les Hauts-de-France. Néanmoins, cette évolution ne paraît pas suffisante au regard du nombre de personnes en situation de précarité où le domicile n'est pas adapté aux prises en charge, au vieillissement de la population, à l'augmentation des comorbidités et de la perte d'autonomie. La médicalisation des prises en charge apparaît de plus en plus nécessaire. Aussi et afin de rationaliser les moyens dédiés, notamment en termes de ressources humaines, et de répondre au critère d'efficacité du service rendu et d'optimisation de la ressource publique évoqué à l'article R.1434-5 du code de la santé publique, les implantations supplémentaires en UDM seront privilégiées dans un cadre d'unité mixte UAA/UDM, c'est-à-dire en médicalisant la prise en charge d'UAA existantes.

Les deux seules exceptions (soit la création d'UDM seule) se situent sur les zones de Lille et de Creil-Senlis, au regard des besoins de santé identifiés et des files actives présentes dans les unités actuellement installées.

Pour les mêmes motifs, une nouvelle implantation d'UAA est positionnée sur la zone de Lille afin de permettre cet accès à un plus grand nombre de patients. En effet, le ratio de patients pris en charge en UAA par rapport aux UDM sur cette zone est inférieur de moitié par rapport à la région (0,37 pour la zone de Lille et 0,74 pour les Hauts-de-France en 2021).

**Tableau 16-1 : Hémodialyse en centre**

**Tableau 16-2 : Hémodialyse en unité de dialyse médicalisée (UDM)**

**Tableau 16-3 : Hémodialyse en unité d'autodialyse simple ou assistée (UAA)**

**Tableau 16-1 : HÉMODIALYSE EN CENTRE**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS					
	Implantations actuelles		Implantations cibles		Écart	
	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants	Adultes	Enfants
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1	0	1	0	0	0
Zone n°2A - Flandre intérieure	0	0	0	0	0	0
Zone n°3A - Lille	3	1	3	1	0	0
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	1	0	1	0	0	0
Zone n°5A - Douaisis	1	0	1	0	0	0
Zone n°6A - Valenciennois	2	0	2	0	0	0
Zone n°7A - Cambrésis	1	0	1	0	0	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	2	0	2	0	0	0
Zone n°9A - Calaisis	1	0	1	0	0	0
Zone n°10A - Audomarois	1	0	1	0	0	0
Zone n°11A - Boulonnais	1	0	1	0	0	0
Zone n°12A - Montreuillois	1	0	1	0	0	0
Zone n°13A - Béthunois	1	0	1	0	0	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	2	0	2	0	0	0
Zone n°15A - Arrageois	1	0	1	0	0	0
Zone n°16A - Abbeville	1	0	1	0	0	0
Zone n°17A - Amiens	1	0	1	0	0	0
Zone n°18A - Beauvais	1	0	1	0	0	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	1	0	1	0	0	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	1	0	1	0	0	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	1	0	1	0	0	0
Zone n°22A - Laon	1	0	1	0	0	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	1	0	1	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>27</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Tableau 16-2 : HÉMODIALYSE EN UNITÉ DE DIALYSE MEDICALISÉE (UDM)**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1	1	0
Zone n°2A - Flandre intérieure	1	3	2
Zone n°3A - Lille	4	5	1
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	2	3	1
Zone n°5A - Douaisis	1	1	0
Zone n°6A - Valenciennois	4	5	1
Zone n°7A - Cambrésis	1	1	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	1	2	1
Zone n°9A - Calaisis	1	1	0
Zone n°10A - Audomarois	1	1	0
Zone n°11A - Boulonnais	1	2	1
Zone n°12A - Montreuillois	1	1	0
Zone n°13A - Béthunois	2	3	1
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	3	4	1
Zone n°15A - Arrageois	2	2	0
Zone n°16A - Abbeville	1	1	0
Zone n°17A - Amiens	3	3	0
Zone n°18A - Beauvais	1	1	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	3	3	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	1	3	2
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	4	4	0
Zone n°22A - Laon	2	2	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	2	2	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>43</b>	<b>54</b>	<b>11</b>

**Tableau 16-3 : HÉMODIALYSE EN UNITÉ D'AUTODIALYSE SIMPLE OU ASSISTÉE (UAA)**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	2	2	0
Zone n°2A - Flandre intérieure	3	3	0
Zone n°3A - Lille	7	8	1
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	4	4	0
Zone n°5A - Douaisis	3	3	0
Zone n°6A - Valenciennois	5	5	0
Zone n°7A - Cambrésis	3	3	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	4	4	0
Zone n°9A - Calaisis	1	1	0
Zone n°10A - Audomarois	2	2	0
Zone n°11A - Boulonnais	1	1	0
Zone n°12A - Montreuillois	1	1	0
Zone n°13A - Béthunois	4	4	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	4	4	0
Zone n°15A - Arrageois	2	2	0
Zone n°16A - Abbeville	1	1	0
Zone n°17A - Amiens	2	2	0
Zone n°18A - Beauvais	1	1	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	2	2	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	2	2	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	1	1	0
Zone n°22A - Laon	2	2	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	2	2	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>59</b>	<b>60</b>	<b>1</b>



*Absence de conditions d'implantations et de conditions techniques de fonctionnement*

ACTIVITES CLINIQUES ET BIOLOGIQUES D'ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION (AMP)

L'Assistance médicale à la procréation (AMP), également appelée « Procréation médicalement assistée (PMA) », permet d'avoir un enfant lorsque la conception par les voies naturelles n'est pas possible. Pour cela, elle utilise différentes méthodes, comme la Fécondation in vitro (FIV), l'insémination artificielle ou le don de gamètes ou d'embryons, l'objectif étant de débiter une grossesse.

Avec la loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique et ses décrets d'application, l'AMP est maintenant également accessible aux femmes seules et aux couples de femmes.

Cette loi crée en parallèle une activité nouvelle, l'accès à l'autoconservation des gamètes sans motif médical. Cette nouvelle activité se décline en 2 nouvelles modalités :

- pour la partie clinique : 1°f Prélèvement d'ovocytes en vue de leur conservation pour la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12.
- pour la partie médicale : 2° h) Activités relatives à la conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une assistance médicale à la procréation en application de l'article L. 2141-12, comprenant notamment :
  - le recueil, la préparation et la conservation du sperme ;
  - la préparation et la conservation des ovocytes.

En termes d'implantation, les établissements déjà autorisés pour le prélèvement de gamètes et l'autoconservation médicale sont autorisés de fait pour ces 2 nouvelles modalités ; en région, cela correspond aux 2 CHU.

Afin de répondre à ces nouveaux besoins sociétaux et garantir l'accès à ces nouvelles activités sur l'ensemble de la région, 3 nouvelles implantations sont prévues pour la partie clinique et 3 autres pour la partie biologique.

En parallèle, de nouvelles implantations sont identifiées pour développer la conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux, pour motif médical : 4 implantations pour la partie biologique (les établissements disposent déjà du versant clinique).

Ces évolutions, qui répondent à la progression d'activité constatée dans les centres d'AMP, tiennent compte des obligations légales qui encadrent les évolutions de cette activité.

Concernant les autres modalités, 1 implantation supplémentaire concernant le prélèvement de spermatozoïdes est prévue sur la zone Métropole – Flandre intérieure. Celle-ci permettra de répondre aux besoins du territoire compte tenu de la forte activité qui y est observée et de l'impossibilité du seul détenteur actuel d'y répondre.

Pour les mêmes motifs, 2 implantations supplémentaires sont prévues sur la zone Artois-Douais et 1 sur la zone Métropole – Flandre intérieure concernant le recueil, la préparation et la conservation du sperme en vue d'une insémination artificielle.

Afin de garantir une équité d'accès à une offre d'AMP sur l'ensemble du territoire régional, une implantation de 1°a prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP, de 1°c transfert des embryons en vue de leur implantation, de 2°a recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle, 2°b fécondation "in vitro" avec ou sans micromanipulation et de 2°f conservation des embryons en vue d'un projet parental sont prévues sur la zone Aisne – Haute Somme.

## ACTIVITES BIOLOGIQUES DE DIAGNOSTIC PRENATAL (DPN)

Le Diagnostic prénatal (DPN) est défini dans le code de santé publique comme l'ensemble des pratiques médicales ayant pour but de détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité.

L'objectif est d'informer les couples du risque d'avoir un enfant atteint d'une anomalie grave, ou de les rassurer en leur offrant la possibilité d'exclure la présence d'une anomalie grave chez l'enfant à naître.

Le DPN permet également de prévoir une prise en charge optimale, quand elle est possible, *in utero* ou périnatale de l'enfant à naître, en particulier quand il est atteint d'une anomalie curable. En cas d'anomalie fœtale incurable d'une particulière gravité, il s'agit de permettre aux couples, qui le souhaitent, la réalisation d'une interruption médicale de grossesse en accord avec la loi ou d'organiser l'accueil de l'enfant porteur d'un handicap, voire l'accompagner vers un décès néonatal.

L'analyse des besoins de santé et des réponses actuelles n'a pas conduit à identifier d'évolution des implantations actuelles, ce que les étapes de concertation ont confirmé.

Une réflexion sera néanmoins menée afin d'identifier le besoin et la capacité à assurer une activité d'examens de biochimie fœtale à visée diagnostique, modalité qui n'enregistre actuellement aucune implantation en région Hauts-de-France. A ce jour, ces examens sont transmis à un établissement francilien, mais le volume relativement faible des examens concernés - et les circuits de transmission bien établis – ne conduisent pas à identifier un besoin de nouvelle implantation dans l'immédiat.

### AMP CLINIQUE

**Tableau 17-1 : 1°a - Prélèvement d'ovocytes en vue d'une AMP**

**Tableau 17-2 : 1°b - Prélèvement de spermatozoïdes**

**Tableau 17-3 : 1°c - Transfert des embryons en vue de leur implantation**

**Tableau 17-4 : 1°d - Prélèvement d'ovocytes en vue d'un don**

**Tableau 17-5 : 1°e - Mise en œuvre de l'accueil d'embryons**

**Tableau 17-6 : 1°f - Prélèvement d'ovocytes en vue de leurs conservations pour la réalisation ultérieure d'une AMP en application de l'article L. 2141-12**

### AMP BIOLOGIQUE

**Tableau 17-7 : 2°a - Recueil, préparation et conservation du sperme en vue d'insémination artificielle**

**Tableau 17-8 : 2°b - Fécondation "in vitro" avec ou sans micromanipulation**

**Tableau 17-9 : 2°c - Recueil, préparation, conservation et mise à disposition du sperme en vue de don**

**Tableau 17-10 : 2°d - Préparation, conservation et mise à disposition d'ovocytes en vue de don**

**Tableau 17-11 : 2°e - Conservation à usage autologue des gamètes et tissus germinaux**

**Tableau 17-12 : 2°f - Conservation des embryons en vue d'un projet parental**

**Tableau 17-13 : 2°g - Conservation des embryons en vue de leur accueil et mise en œuvre de celui-ci**

**Tableau 17-14 : 2°h - Conservation des gamètes en vue de la réalisation ultérieure d'une AMP en application de l'article L. 2141-12**

### DPN

**Tableau 17-15 : Examens de biochimie, y compris ceux portant sur les marqueurs sériques maternels**

**Tableau 17-16 : Examens de génétique portant sur l'ADN fœtal libre circulant dans le sang maternel**

**Tableau 17-17 : Examens de cytogénétique, y compris les examens moléculaires appliqués à la cytogénétique**

**Tableau 17-18 : Examens de génétique moléculaire**

**Tableau 17-19 : Examens de biochimie fœtale à visée diagnostique**

**Tableau 17-20 : Examens en vue du diagnostic de maladies infectieuses**

**Tableau 17-1 : 1°a - PRELEVEMENT D'OVOCYTES EN VUE D'UNE AMP**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	2	2	0
Zone n°2B - Hainaut	1	1	0
Zone n°3B - Littoral Nord	2	2	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	1	1	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	2	2	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	1	1
Zone n°7B - Oise	1	1	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>1</b>

**Tableau 17-2 : 1°b - PRELEVEMENT DE SPERMATOZOÏDES**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	1	2	1
Zone n°2B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3B - Littoral Nord	1	1	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	0	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	2	2	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>1</b>

**Tableau 17-3 : 1°c - TRANSFERT DES EMBRYONS EN VUE DE LEUR IMPLANTATION**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	2	2	0
Zone n°2B - Hainaut	1	1	0
Zone n°3B - Littoral Nord	2	2	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	1	1	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	2	2	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	1	1
Zone n°7B - Oise	1	1	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>1</b>

**Tableau 17-4 : 1°d - PRELEVEMENT D'OVOCYTES EN VUE D'UN DON**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	1	1	0
Zone n°2B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3B - Littoral Nord	0	0	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	0	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	1	1	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

**Tableau 17-5 : 1°e - MISE EN ŒUVRE DE L'ACCUEIL D'EMBRYONS**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	1	1	0
Zone n°2B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3B - Littoral Nord	0	0	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	0	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	1	1	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

**Tableau 17-6 : 1°f - PRELEVEMENT D'OVOCYTES EN VUE DE LEUR CONSERVATION POUR LA REALISATION ULTERIEURE D'UNE AMP EN APPLICATION DE L'ARTICLE L. 2141-12**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	1	1	0
Zone n°2B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3B - Littoral Nord	0	1	1
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	1	1
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	1	1	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	1	1
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>3</b>

**Tableau 17-7 : 2°a - RECUEIL, PREPARATION ET CONSERVATION DU SPERME EN VUE D'INSEMINATION ARTIFICIELLE**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	2	3	1
Zone n°2B - Hainaut	1	1	0
Zone n°3B - Littoral Nord	3	3	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	2	4	2
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	2	2	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	1	1
Zone n°7B - Oise	2	2	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>12</b>	<b>16</b>	<b>4</b>

**Tableau 17-8 : 2°b - FECONDATION "IN VITRO" AVEC OU SANS MICROMANIPULATION**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	2	2	0
Zone n°2B - Hainaut	1	1	0
Zone n°3B - Littoral Nord	2	2	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	1	1	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	2	2	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	1	1
Zone n°7B - Oise	1	1	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>1</b>

**Tableau 17-9 : 2°c - RECUEIL, PREPARATION, CONSERVATION ET MISE A DISPOSITION DU SPERME EN VUE DE DON**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	1	1	0
Zone n°2B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3B - Littoral Nord	0	0	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	0	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	1	1	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

**Tableau 17-10 : 2°d - PREPARATION, CONSERVATION ET MISE A DISPOSITION D'OVOCYTES EN VUE DE DON**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	1	1	0
Zone n°2B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3B - Littoral Nord	0	0	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	0	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	1	1	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

**Tableau 17-11 : 2°e - CONSERVATION A USAGE AUTOLOGUE DES GAMETES ET PREPARATION ET CONSERVATION A USAGE AUTOLOGUE DES TISSUS GERMINAUX EN APPLICATION DE L'ARTICLE L. 2141-11**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	1	2	1
Zone n°2B - Hainaut	0	1	1
Zone n°3B - Littoral Nord	0	1	1
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	0	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	1	2	1
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>4</b>

**Tableau 17-12 : 2°f - CONSERVATION DES EMBRYONS EN VUE D'UN PROJET PARENTAL OU EN APPLICATION DU 2° DU II DE L'ARTICLE L. 2141-4**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	2	2	0
Zone n°2B - Hainaut	1	1	0
Zone n°3B - Littoral Nord	2	2	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	1	1	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	2	2	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	1	1
Zone n°7B - Oise	1	1	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>1</b>

**Tableau 17-13 : 2°g - CONSERVATION DES EMBRYONS EN VUE DE LEUR ACCUEIL ET MISE EN ŒUVRE DE CELUI-CI**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	1	1	0
Zone n°2B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3B - Littoral Nord	0	0	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	0	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	1	1	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

**Tableau 17-14 : 2°h - CONSERVATION DES GAMETES EN VUE DE LA REALISATION ULTERIEURE D'UNE AMP EN APPLICATION DE L'ARTICLE L. 2141-12**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	1	1	0
Zone n°2B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3B - Littoral Nord	0	1	1
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	1	1
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	1	1	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	1	1
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>2</b>	<b>5</b>	<b>3</b>

**Tableau 17-15 : EXAMENS DE BIOCHIMIE PORTANT SUR LES MARQUEURS SÉRIQUES MATERNELS**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	3	3	0
Zone n°2B - Hainaut	1	1	0
Zone n°3B - Littoral Nord	1	1	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	1	1	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	2	2	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>8</b>	<b>8</b>	<b>0</b>

**Tableau 17-16 : EXAMENS DE GÉNÉTIQUE PORTANT SUR L'ADN FŒTAL LIBRE CIRCULANT DANS LE SANG MATERNEL**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	1	1	0
Zone n°2B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3B - Littoral Nord	0	0	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	0	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	1	1	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

**Tableau 17-17 : EXAMENS DE CYTOGÉNÉTIQUE, Y COMPRIS LES EXAMENS MOLECULAIRES APPLIQUES A LA CYTOGÉNÉTIQUE**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	2	2	0
Zone n°2B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3B - Littoral Nord	0	0	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	0	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	1	1	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>



**Tableau 17-18 : EXAMENS DE GENETIQUE MOLECULAIRE**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	2	2	0
Zone n°2B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3B - Littoral Nord	0	0	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	0	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	1	1	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>3</b>	<b>3</b>	<b>0</b>

**Tableau 17-19 : EXAMENS DE BIOCHIMIE FŒTALE A VISEE DIAGNOSTIQUE**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	0	0	0
Zone n°2B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3B - Littoral Nord	0	0	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	0	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	0	0	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

**Tableau 17-20 : EXAMENS EN VUE DU DIAGNOSTIC DE MALADIES INFECTIEUSES**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	1	1	0
Zone n°2B - Hainaut	0	0	0
Zone n°3B - Littoral Nord	0	0	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	0	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	1	1	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>2</b>	<b>2</b>	<b>0</b>

*Conditions d'implantation* : articles R.6123-86 à R.6123-94-2 du code de la santé publique.

*Conditions techniques de fonctionnement* : articles D.6124-131 à D.6124-134-11 du même code.

L'activité de traitement du cancer est profondément renouvelée par les décrets 2022-689 et 2022-693 et l'arrêté du 26 avril 2022 redéfinissant les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement, ainsi que les activités concernées par les seuils.

Les nouveaux textes renforcent les déterminants transversaux de qualité, instaurent pour les adultes une gradation de l'offre de chirurgie oncologique et de Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC), modifient les seuils d'activités attendus et régulent l'offre de traitement du cancer pédiatrique par l'ARS, même si le principe d'appartenance aux Organisations régionales interhospitalières de recours en oncologie pédiatrique (OIR) labellisées par l'Institut national du cancer (INCa) demeure.

L'activité de soins de traitement du cancer comprend trois modalités :

- la chirurgie oncologique,
- la radiothérapie externe et la curiethérapie,
- les Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC).

### CHIRURGIE ONCOLOGIQUE

La chirurgie oncologique constitue un traitement à visée curative de la tumeur cancéreuse réalisé dans un secteur interventionnel.

Elle comprend la chirurgie conservatrice, le curage ganglionnaire, la chirurgie radicale, la chirurgie de résection tumorale macroscopiquement complète en cas de carcinose péritonéale, la chirurgie des métastases, les techniques de destruction tumorale non percutanée, la chirurgie de reconstruction immédiate dans le même temps opératoire que l'exérèse, ainsi que la chirurgie de la récurrence.

Elle s'organise au travers de trois mentions :

- Mention A : chirurgie oncologique chez l'adulte pour l'une ou plusieurs des sept localisations de tumeurs suivantes, mentionnées dans l'autorisation, et hors chirurgie complexe citée en mention B :
  - A1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive ;
  - A2 : Chirurgie oncologique thoracique ;
  - A3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale, dont la chirurgie du cancer de la thyroïde ;
  - A4 : Chirurgie oncologique urologique ;
  - A5 : Chirurgie oncologique gynécologique ;
  - A6 : Chirurgie oncologique mammaire ;
  - A7 : Chirurgie oncologique indifférenciée.
- Mention B : en sus de la chirurgie oncologique chez l'adulte autorisée en mention A, réalisation des missions de recours ainsi que la chirurgie complexe multiviscérale ou multidisciplinaire ou de la récurrence des tumeurs malignes chez l'adulte ou la chirurgie oncologique en zone irradiée, pour l'une ou plusieurs des cinq localisations de tumeurs prévues ci-après :
  - B1 : Chirurgie oncologique viscérale et digestive complexe, y compris les atteintes péritonéales ;
  - B2 : Chirurgie oncologique thoracique complexe, comprenant la pratique de chirurgie des cancers de la trachée, des cancers envahissants le rachis, le cœur ou la paroi thoracique ;
  - B3 : Chirurgie oncologique de la sphère oto-rhino-laryngée, cervico-faciale et maxillo-faciale complexe, comprenant la pratique de chirurgie d'exérèse avec reconstruction complexe dans le même temps opératoire que l'exérèse ;
  - B4 : Chirurgie oncologique urologique complexe, comprenant les pratiques de chirurgie des cancers avec atteinte vasculaire ou lombo-aortique ;
  - B5 : Chirurgie oncologique gynécologique complexe, comprenant la chirurgie des cancers avec atteinte péritonéale.
- Mention C : chirurgie oncologique chez l'enfant et les adolescents de moins de dix-huit ans.

### RADIOTHERAPIE EXTERNE ET LA CURIETHERAPIE

La radiothérapie externe est une méthode de traitement des cancers, utilisant des radiations ionisantes pour détruire les cellules cancéreuses par des rayons produits par un accélérateur linéaire de particules, tout en épargnant le plus possible les tissus sains périphériques à l'aide d'un moyen d'imagerie.

La curiethérapie est une technique de radiothérapie qui consiste en l'implantation, à l'intérieur du corps du patient atteint de cancer, de sources radioactives scellées soit directement au sein de la tumeur, soit à son contact.

La radiothérapie externe et la curiethérapie comprennent les mentions suivantes :

- Mention A : traitements de radiothérapie externe chez l'adulte ;
- Mention B : traitements de curiethérapie chez l'adulte ;
- Mention C : en sus des traitements de radiothérapie externe ou de curiethérapie chez l'adulte, réalisation des mêmes traitements chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans.

#### TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX SYSTEMIQUES DU CANCER (TMSC)

Les Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC) regroupent la chimiothérapie, les thérapies ciblées, l'immunothérapie et les médicaments de thérapie innovante quelles que soient les voies d'administration, et sont organisés en trois mentions :

- Mention A : TMSC chez l'adulte, hors chimiothérapies intensives citées en mention B ;
- Mention B : en sus des TMSC de mention A, les chimiothérapies intensives entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible ;
- Mention C : TMSC chez l'enfant et l'adolescent de moins de dix-huit ans, y compris les traitements médicamenteux intensifs entraînant une aplasie prévisible de plus de huit jours et la prise en charge de cette aplasie prévisible, la mission de coordination de l'intégralité du parcours de soins du patient mineur pris en charge ainsi que celle d'expertise et de recours en cancérologie pédiatrique pour les autres établissements de santé et la médecine de ville contribuant à ce parcours de soins.

La détermination des implantations a été guidée par :

- le respect des nouvelles conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement ;
- la prise en compte des déclarations d'intention des établissements de santé de la région, recueillis au travers d'une enquête *ad hoc* et de plusieurs temps dédiés à la concertation spécifique à cette activité de soins ;
- les résultats de l'enquête sur la radiothérapie réalisée par le dispositif spécifique régional Onco-Hauts-de-France ;
- l'activité 2021 et 2022 des établissements dans ce domaine, extraite du PMSI via le nouvel algorithme INCa, au regard de l'historique de cette activité pour chaque établissement antérieurement autorisé.
- le respect d'un maillage territorial équilibré en termes d'accès aux soins, dans des considérations respectant les volumes de populations, les files actives de patients, les indicateurs de mortalité et les taux de recours et de fuites ;
- les conditions techniques propres à l'activité de soins critiques, notamment pour la prise en charge des activités relevant de mention B.

Il est à noter que, conformément aux dispositions de l'article R.6123-93-2 du code de la santé publique, deux sites de radiothérapie externe, sur les zones n°14A – Lens – Hénin-Beaumont et n°23A – Soissons – Château-Thierry, entrent dans le cadre des autorisations dérogatoires car ne disposant que d'un accélérateur de particules. Ces dérogations permettent l'accès à un plateau technique en limitant les temps de trajet et des délais d'attente à une partie significative de la population du territoire de santé. A ce titre, ces deux sites ne sont pas comptabilisés dans les objectifs quantifiés de l'offre de soins mais feront l'objet d'une autorisation sous le régime de l'exception géographique.

**Tableau 18-1 : Chirurgie oncologique**

**Tableau 18-2 : Radiothérapie externe et curiethérapie**

**Tableau 18-3 : Traitements médicamenteux systémiques du cancer (TMSC)**

**Tableau 18-1 : CHIRURGIE ONCOLOGIQUE**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS												
	Implantations cibles												
	A1	B1	A2	B2	A3	B3	A4	B4	A5	B5	A6	A7	C
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	0	2	0	0	1	0	0	2	0	1	2	2	0
Zone n°2A - Flandre intérieure	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0
Zone n°3A - Lille	1	7	1	2	0	2	0	7	0	5	5	8	2
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	0	3	0	0	0	1	0	2	0	1	2	3	0
Zone n°5A - Douaisis	0	2	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	0
Zone n°6A - Valenciennois	0	4	0	1	0	2	0	2	1	1	3	4	0
Zone n°7A - Cambrésis	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	4	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	1	2	0	0	0	0	1	1	1	0	2	2	0
Zone n°9A - Calaisis	0	2	0	0	0	0	0	1	0	1	2	2	0
Zone n°10A - Audomarois	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	1	2	0
Zone n°11A - Boulonnais	0	2	1	0	0	2	0	2	1	0	2	2	0
Zone n°12A - Montreuillois	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0
Zone n°13A - Béthunois	0	4	1	0	0	1	0	2	2	0	3	4	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	3	0	0	0	1	0	3	0	1	1	3	0
Zone n°15A - Arrageois	0	2	1	0	0	1	0	2	1	0	1	2	0
Zone n°16A - Abbeville	1	1	0	0	0	1	0	2	0	0	1	2	0
Zone n°17A - Amiens	0	3	1	1	0	2	0	3	0	2	2	3	1
Zone n°18A - Beauvais	0	1	0	0	0	1	0	1	0	1	1	2	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	0	2	0	0	0	1	0	2	0	1	1	2	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	0	2	0	0	0	0	0	2	0	1	1	2	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	0	2	0	0	0	1	0	2	1	0	1	2	0
Zone n°22A - Laon	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	0	1	0	0	0	0	0	2	1	0	1	3	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>6</b>	<b>50</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>2</b>	<b>17</b>	<b>2</b>	<b>43</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>36</b>	<b>59</b>	<b>3</b>

**Tableau 18-2 : RADIOTHERAPIE EXTERNE ET CURIETHERAPIE**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS			
	Implantations cibles			
	A	B	C radiothérapie	C curiethérapie
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1	0	0	0
Zone n°2A - Flandre intérieure	0	0	0	0
Zone n°3A - Lille	2	1	1	1
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0	0
Zone n°5A - Douaisis	1	0	0	0
Zone n°6A - Valenciennois	1	0	0	0
Zone n°7A - Cambrésis	0	0	0	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	1	0	0	0
Zone n°9A - Calaisis	0	0	0	0
Zone n°10A - Audomarois	0	0	0	0
Zone n°11A - Boulonnais	1	0	0	0
Zone n°12A - Montreuillois	0	0	0	0
Zone n°13A - Béthunois	1	0	0	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	0	0	0
Zone n°15A - Arrageois	1	0	0	0
Zone n°16A - Abbeville	0	0	0	0
Zone n°17A - Amiens	2	1	0	0
Zone n°18A - Beauvais	1	0	0	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	1	0	0	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	1	0	0	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	1	0	0	0
Zone n°22A - Laon	0	0	0	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	0	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>15</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>1</b>

**Tableau 18-3 : TRAITEMENTS MEDICAMENTEUX SYSTEMIQUES DU CANCER (TMSC)**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS		
	Implantations cibles		
	A	B	C
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1	1	0
Zone n°2A - Flandre intérieure	2	0	0
Zone n°3A - Lille	4	2	2
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	2	1	0
Zone n°5A - Douaisis	2	0	0
Zone n°6A - Valenciennois	3	1	0
Zone n°7A - Cambrésis	1	0	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	1	0	0
Zone n°9A - Calaisis	2	0	0
Zone n°10A - Audomarois	1	0	0
Zone n°11A - Boulonnais	2	0	0
Zone n°12A - Montreuillois	1	0	0
Zone n°13A - Béthunois	3	0	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	0
Zone n°15A - Arrageois	2	0	0
Zone n°16A - Abbeville	1	0	0
Zone n°17A - Amiens	2	1	1
Zone n°18A - Beauvais	1	0	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	1	1	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	2	0	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	1	1	0
Zone n°22A - Laon	2	0	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	2	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>40</b>	<b>9</b>	<b>3</b>

## EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTES GÉNÉTIQUES A DES FINS MEDICALES

*Conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement : titre III du livre 1<sup>er</sup> de la première partie du code de la santé publique.*

L'examen des caractéristiques génétiques d'une personne ou son identification par empreintes génétiques à des fins médicales consiste à analyser ses caractéristiques génétiques héritées ou acquises à un stade précoce du développement prénatal.

Cette activité de soins a pour objet :

- soit de poser, de confirmer ou d'infirmer le diagnostic d'une maladie à caractère génétique chez une personne ;
- soit de rechercher les caractéristiques d'un ou plusieurs gènes susceptibles d'être à l'origine du développement d'une maladie chez une personne ou les membres de sa famille potentiellement concernés ;
- soit d'adapter la prise en charge médicale d'une personne selon ses caractéristiques génétiques.

Dans la région, cette activité de soins, qui comptabilise deux modalités (analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire, et analyses de génétique moléculaire) repose sur sept établissements.

En cohérence avec les orientations nationales, en particulier celles issues des plans nationaux maladies rares, la structuration des réseaux de sites autorisés pour cette activité de soins s'appuie sur la mutualisation des compétences, la nécessité de maintenir un volume d'activité important dans l'ensemble des laboratoires, le développement de systèmes d'informations partagés et le déploiement des approches à haut débit pour l'identification des bases moléculaires des maladies rares.

L'analyse des besoins de santé et des réponses actuelles n'a pas conduit à identifier d'évolution des implantations actuelles, ce que les étapes de concertation ont confirmé.

**Tableau 19 : EXAMEN DES CARACTÉRISTIQUES GÉNÉTIQUES D'UNE PERSONNE OU IDENTIFICATION D'UNE PERSONNE PAR EMPREINTE GÉNÉTIQUE À DES FINS MÉDICALES**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS					
	Analyses de cytogénétique, y compris les analyses de cytogénétique moléculaire			Analyses de génétique moléculaire		
	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart	Implantations actuelles	Implantations cibles	Écart
Zone n°1B - Métropole - Flandre intérieure	3	3	0	3	3	0
Zone n°2B - Hainaut	0	0	0	1	1	0
Zone n°3B - Littoral Nord	0	0	0	0	0	0
Zone n°4B - Artois Douaisis	0	0	0	1	1	0
Zone n°5B - Somme - Littoral sud	1	1	0	1	1	0
Zone n°6B - Aisne - Haute Somme	0	0	0	0	0	0
Zone n°7B - Oise	0	0	0	0	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>0</b>	<b>6</b>	<b>6</b>	<b>0</b>

*Conditions d'implantation* : articles R.6123-139 à R.6123-148 du code de la santé publique.

*Conditions techniques de fonctionnement* : articles D.6124-194 à D.6124-215 du même code.

L'Hospitalisation à domicile (HAD) est érigée en activité de soins à part entière depuis l'ordonnance n°2021-583 du 12 mai 2021. Les décrets n° 2021-1954 du 31 décembre 2021 et n° 2022-102 du 31 janvier 2022 en ont fixé respectivement les conditions d'implantation et les conditions techniques de fonctionnement.

L'hospitalisation à domicile a pour objet d'assurer au domicile du patient, des soins médicaux et paramédicaux continus et coordonnés. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Cette activité de soins peut se réaliser dans tous les types de domicile dont les établissements médico-sociaux et sociaux.

Elle est dorénavant structurée en 4 mentions, une mention « socle » et 3 mentions spécialisées : « réadaptation », « *ante et post-partum* » et « enfants de moins de 3 ans » ; l'autorisation de la mention « socle » étant un préalable à l'obtention d'une ou de plusieurs autorisations de mentions spécialisées.

La réforme de l'HAD ainsi que la feuille de route stratégique HAD 2021-2026 donnent des axes plus ambitieux dans le recours à l'HAD notamment en constituant une offre de soins :

- accessible à tous quel que soit son lieu de vie ;
- complémentaire de la ville et de l'hôpital ;
- de qualité, répondant aux exigences de sécurité et de qualité de tout établissement de santé notamment celles relatives à la continuité médicale des soins ;
- réactive, en capacité d'intervenir rapidement pour des prises en charge complexes en aval hospitalier ou en évitement de tout ou partie d'un séjour en établissement avec hébergement ;
- intégrée dans les parcours de soins territoriaux en synergie avec l'ensemble des acteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux.

Ces exigences ont amené à se questionner sur la pertinence de l'offre HAD en région, au regard des besoins de la population, en termes de lisibilité (existence de zones de chevauchement), de périmètre des zones d'autorisation très disparate (zones étendues ou limitées, urbaines ou rurales, zone isochrone élevée) mais aussi de capacité à atteindre les nouvelles exigences réglementaires au regard des moyens des territoires (bassin de population, démographie des professionnels libéraux).

Les autorisations d'HAD définissent les aires géographiques d'intervention des détenteurs avec l'objectif de permettre aux détenteurs de répondre à ces exigences avec :

- des distances de trajet raisonnables (45 min maximum) évitant des temps de déplacement trop importants pour les professionnels ;
- la limitation des zones de chevauchement afin de garantir la lisibilité et visibilité de l'offre pour les professionnels de santé et les patients ;
- un bassin de population suffisant pour pouvoir atteindre un socle minimal de patients pris en charge par jour, permettant des recrutements de professionnels en nombre adapté à la file active et une diversification des prises en charge.

Les implantations prévues prennent également en compte l'accès à tous, quel que soit le lieu de vie, à l'ensemble des mentions spécialisées. Néanmoins, la capacité à proposer l'ensemble des mentions par un détenteur de la mention socle peut être difficile à atteindre. Aussi, des ajustements territoriaux permettant de répondre à cette équité d'accès aux mentions spécialisées pourront avoir lieu durant la durée du schéma actuel.



**Tableau 20-1 : HOSPITALISATION A DOMICILE**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS			
	Implantations cibles			
	Mention socle	Mention réadaptation	Mention ante et post partum	Mention enfants de moins de trois ans
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	1	1	1	1
Zone n°2A - Flandre intérieure	1	1	1	1
Zone n°3A - Lille	3	3	1	2
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	0	0	0	0
Zone n°5A - Douaisis	1	1	1	1
Zone n°6A - Valenciennois	1	1	1	1
Zone n°7A - Cambrésis	1	1	1	1
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	1	1	1	1
Zone n°9A - Calaisis	1	1	1	1
Zone n°10A - Audomarois	0	0	0	0
Zone n°11A - Boulonnais	0	0	0	0
Zone n°12A - Montreuillois	1	1	1	1
Zone n°13A - Béthunois	1	1	1	1
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	1	1	1
Zone n°15A - Arrageois	1	1	1	1
Zone n°16A - Abbeville	1	1	1	1
Zone n°17A - Amiens	3	3	3	3
Zone n°18A - Beauvais	1	1	1	1
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	1	1	1	1
Zone n°20A - Creil - Senlis	1	1	1	1
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	2	2	2	2
Zone n°22A - Laon	1	1	1	1
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	1	1	1	1
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>25</b>	<b>25</b>	<b>23</b>	<b>24</b>

*Conditions d'implantation* : articles R.6123-165 à R.6123-172 du code de la santé publique.

*Conditions techniques de fonctionnement* : articles D.6124-232 à D.6124-247 du même code.

L'encadrement réglementaire de l'activité de radiologie interventionnelle a été fixé par les décrets n°2022-1237 et 2022-1238 du 16 septembre 2022.

Elle comprend l'ensemble des actes médicaux à but diagnostique ou thérapeutique réalisés avec guidage et contrôle de l'imagerie médicale par accès percutané, transorificiel, transpariétal ou intraluminal, portant sur une ou plusieurs cibles inaccessibles dans des conditions de qualité et de sécurité satisfaisantes sans utiliser un moyen de guidage par imagerie, à l'exception des actes relevant de :

- l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en cardiologie ;
- l'activité interventionnelle sous imagerie médicale en neuroradiologie.

Cette activité de soins est structurée en quatre mentions :

- Mention A – à l'exception des actes relevant spécifiquement des autres mentions, actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse, y compris pour pose de voies d'abord, ainsi que les actes percutanés et par voie transorificielle suivants : infiltrations profondes, ponctions, biopsies et drainages d'organes intra-thoraciques, intra-abdominaux ou intra-pelviens ;
- Mention B – en sus des actes autorisés au titre de la mention A, et à l'exception de ceux relevant des mentions C et D, actes de radiologie interventionnelle par voie endo-veineuse profonde et endo-artérielle, ainsi que les autres actes de radiologie interventionnelle par voie percutanée ou transorificielle.

L'autorisation pour cette mention peut être limitée (sur sollicitation du demandeur) à un périmètre d'actes ne portant pas sur l'aorte thoracique ;

- Mention C – en sus des actes autorisés au titre de la mention B, et à l'exception de ceux relevant de la mention D, actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques du cancer par voie percutanée et par voie transorificielle, ainsi que les actes thérapeutiques du cancer par voie endoveineuse et endoartérielle ;
- Mention D – ensemble des actes de radiologie interventionnelle, y compris les actes de radiologie interventionnelle thérapeutiques, assurés en permanence, relatifs à la prise en charge en urgence de l'hémostase des pathologies vasculaires et viscérales hors circulations intracrânienne, dont ceux requérant un plateau de soins critiques.

Au regard des nombreuses incertitudes au sujet :

- du périmètre exact des actes relevant des quatre mentions ;
- de la liste des actes qui entrent dans le domaine de la radiologie interventionnelle sans pour autant relever d'une autorisation d'activité de soins ;
- de la porosité avec d'autres activités de soins faisant intervenir un guidage par imagerie ;

et donc d'une maturité encore insuffisante afin de s'approprier collectivement les enjeux autour des autorisations qui seront délivrées pour cette activité de soins, l'identification des implantations au titre des quatre mentions s'est basée sur les données exploitables dans le PMSI à partir d'une liste d'actes non officiellement établie – et non stabilisée – au titre des exercices 2021 et 2022.

Les différents établissements identifiés comme ayant enregistré des actes de radiologie interventionnelle sur ces deux années ont été sollicités afin de connaître leur positionnement quant au niveau d'autorisation qui leur semblait adéquat au regard :

- de leur activité effective ou de leur projet de développement d'actes relevant d'une mention particulière ;
- des conditions techniques de fonctionnement applicables à chaque mention.

L'analyse des besoins, dans le contexte d'incertitude précisé *supra*, les échanges conduits lors de la phase de concertation et les retours des établissements de santé aboutissent aux implantations décrites dans le tableau ci-après.

<b>Tableau 21 : RADIOLOGIE INTERVENTIONNELLE</b>				
<b>Zones</b>	<b>OBJECTIFS QUANTIFIÉS</b>			
	<b>Implantations cibles</b>			
	<b>Mention A</b>	<b>Mention B</b>	<b>Mention C</b>	<b>Mention D</b>
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	0	1	1	1
Zone n°2A - Flandre intérieure	0	2	0	0
Zone n°3A - Lille	0	2	3	3
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	0	2	0	1
Zone n°5A - Douaisis	0	1	0	1
Zone n°6A - Valenciennois	1	2	1	1
Zone n°7A - Cambrésis	2	2	1	0
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	2	4	0	0
Zone n°9A - Calaisis	0	2	0	0
Zone n°10A - Audomarois	0	2	0	0
Zone n°11A - Boulonnais	0	0	2	0
Zone n°12A - Montreuillois	0	2	0	0
Zone n°13A - Béthunois	0	4	0	0
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	0	2	0	1
Zone n°15A - Arrageois	0	1	0	1
Zone n°16A - Abbeville	0	2	0	0
Zone n°17A - Amiens	2	3	0	1
Zone n°18A - Beauvais	2	1	0	0
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	0	1	1	0
Zone n°20A - Creil - Senlis	2	1	0	0
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	1	0	1	1
Zone n°22A - Laon	1	1	0	0
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	1	1	0	0
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>14</b>	<b>39</b>	<b>10</b>	<b>11</b>

*Conditions d'implantation* : articles R.6123-160 à R.6123-164 du code de la santé publique.

*Conditions techniques de fonctionnement* : articles D.6124-225 à D.6124-231-1 du même code.

Les conditions d'implantation et conditions techniques de fonctionnement des équipements matériels lourds d'imagerie ont été fixés par les décrets n°2022-1237 et n°2022-1238 et l'arrêté du 16 septembre 2022.

La comptabilisation des équipements est profondément modifiée puisque les schémas régionaux de santé ne fixent plus de cibles en nombre d'équipement pour les scanographes à utilisation médicale et les appareils d'imagerie par résonance magnétique (IRM) nucléaire à utilisation médicale, mais uniquement les implantations.

Chaque détenteur disposant d'un ou de deux appareils pourra augmenter son parc d'équipements jusqu'à 3 appareils sans démarche particulière. Au-delà de trois appareils, l'acquisition d'un nouvel équipement est soumise à l'autorisation du directeur général de l'ARS qui se prononce en fonction de « *la situation territoriale, le volume des actes, leur nature ou la spécialisation de l'activité* ».

Le texte fixe certaines conditions en matière de locaux, de ressources humaines, d'exercice de la téléradiologie, de radioprotection des patients et des personnels, d'archivage, de partage et de diffusion des examens.

En matière de fixation d'implantations, l'analyse des besoins de santé et les concertations ont permis d'établir les constats suivants :

- Une situation existante de 288 appareils autorisés au premier semestre 2023, répartis entre 108 titulaires. Il est précisé que le calcul des implantations se base sur les titulaires d'autorisation d'exploiter un ou plusieurs équipements matériels lourds, et non exclusivement sur le site d'exploitation (ce site pouvant abriter des équipements détenus par un ou plusieurs titulaires) ;
- Un taux d'équipement positionnant la région Hauts-de-France largement au-dessus de la moyenne nationale, au 2<sup>ème</sup> rang des régions les mieux pourvues en autorisations d'équipements matériels lourds, ce qui est le reflet des politiques volontaristes menées dans le cadre des schémas de planification précédents ;
- Un accès à l'imagerie médicale en proximité, avec des délais qui ne cessent de progresser et une spécialisation accrue des besoins et des techniques d'imagerie médicale ;
- Un assouplissement des conditions d'acquisition, par les titulaires existants, de nouveaux équipements, conduisant à un accroissement potentiel de 96 nouveaux appareils (si tous les détenteurs de moins de 3 équipements devaient acquérir de nouveaux équipements jusqu'au seuil de 3) soit une progression possible de 33% de l'offre actuelle ; ces éléments prospectifs permettront d'apporter une réponse à l'augmentation des délais d'accès aux examens d'imagerie médicale ;
- Des tensions importantes en matière de médecins spécialistes en radiologie et de manipulateurs en électroradiologie médicale, qui conduisent à identifier avec mesure de nouvelles implantations.

A ces divers titres, les zones pour lesquelles une nouvelle implantation est possible sont celles qui se distinguent par une offre actuelle (en implantations, et non en nombre d'appareils) concentrée sur peu de communes et présentant une couverture territoriale déséquilibrée :

- la zone n°4A – Roubaix – Tourcoing, qui présente le ratio entre le nombre de titulaires et la population le plus faible de la région ;
- la zone n°5A – Douaisis ;
- la zone n°12A – Montreuillois.

Il est précisé que, pour ces nouvelles autorisations, les projets présentant une distance importante avec un plateau d'imagerie en coupe existant, des gains attendus en matière de transport pour les patients hospitalisés et les examens externes, le soutien aux activités de traitement du cancer, et le développement de l'activité de radiologie interventionnelle seront priorités.

**Tableau 22 : ÉQUIPEMENTS D'IMAGERIE EN COUPES**

Zones	OBJECTIFS QUANTIFIÉS
	Implantations cibles
Zone n°1A - Dunkerquois - Flandre Maritime	4
Zone n°2A - Flandre intérieure	3
Zone n°3A - Lille	13
Zone n°4A - Roubaix - Tourcoing	4
Zone n°5A - Douaisis	6
Zone n°6A - Valenciennois	6
Zone n°7A - Cambrésis	3
Zone n°8A - Sambre - Avesnois	6
Zone n°9A - Calaisis	2
Zone n°10A - Audomarois	2
Zone n°11A - Boulonnais	4
Zone n°12A - Montreuillois	4
Zone n°13A - Béthunois	5
Zone n°14A - Lens - Hénin-Beaumont	4
Zone n°15A - Arrageois	7
Zone n°16A - Abbeville	3
Zone n°17A - Amiens	7
Zone n°18A - Beauvais	4
Zone n°19A - Compiègne - Noyon	5
Zone n°20A - Creil - Senlis	5
Zone n°21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson	5
Zone n°22A - Laon	3
Zone n°23A - Soissons - Château-Thierry	4
<b>Total Hauts-de-France</b>	<b>109</b>

---

## CAISSON HYPERBARE

---

*Absence de conditions d'implantations et de conditions techniques de fonctionnement.*

Les séquences de concertation dédiées aux équipements matériels lourds n'ont pas conclu à la nécessité de réviser l'offre actuelle sur cette catégorie de matériel, les besoins spécifiques de recours à ces équipements étant couverts.

<b>Tableau 23 : CAISSON HYPERBARE</b>				
<b>Zone</b>	<b>OBJECTIFS QUANTIFIÉS</b>			
	<b>Implantations actuelles</b>	<b>Appareils actuels</b>	<b>Implantations cibles</b>	<b>Appareils cibles</b>
Région Hauts-de-France	1	4	1	4

---

## CYCLOTRON A UTILISATION MÉDICALE

---

*Absence de conditions d'implantations et de conditions techniques de fonctionnement.*

Les séquences de concertation dédiées aux équipements matériels lourds n'ont pas conclu à la nécessité de réviser l'offre actuelle sur cette catégorie de matériel, les besoins spécifiques de recours à ces équipements étant couverts.

Tableau 24 : CYCLOTRON A UTILISATION MEDICALE				
Zone	OBJECTIFS QUANTIFIÉS			
	Implantations actuelles	Appareils actuels	Implantations cibles	Appareils cibles
Région Hauts-de-France	0	0	0	0

## BIOLOGIE MEDICALE

---



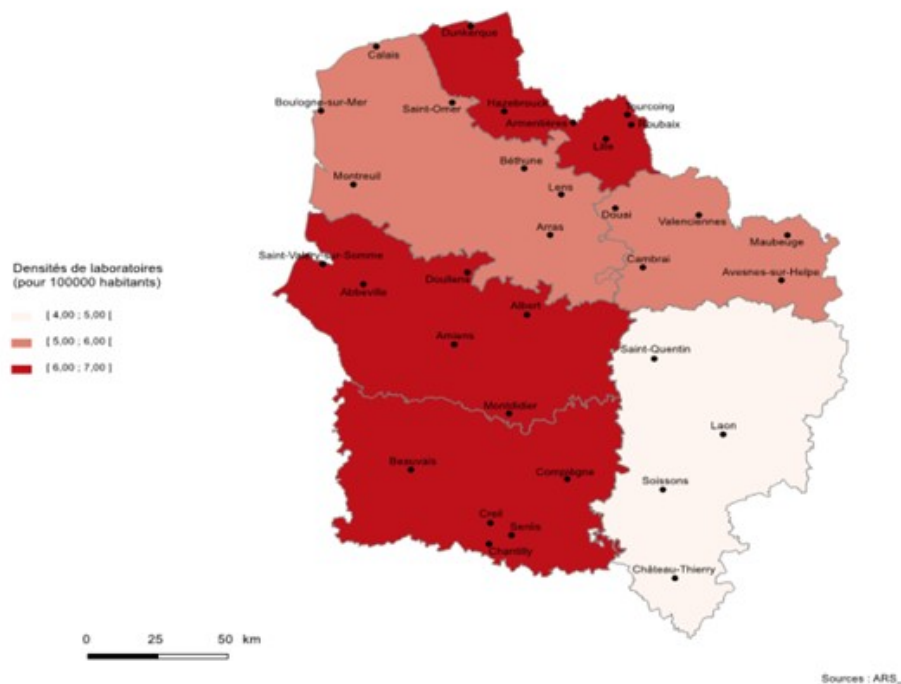
## L'OFFRE DE BIOLOGIE MEDICALE DANS LA REGION HAUTS-DE-FRANCE

Le zonage de biologie médicale de la région Hauts-de-France reste identique à celui en vigueur depuis la décision<sup>2</sup> n° 2017-35 du 15 juin 2017.

Il comprend six zones correspondant aux délimitations géographiques des départements de l'Aisne, de l'Oise, de la Somme, du Pas-de-Calais et à deux zones au sein du département du Nord : la Métropole – Flandre et le Hainaut (dont la liste des communes est fixée en annexe de la décision sus-mentionnée).

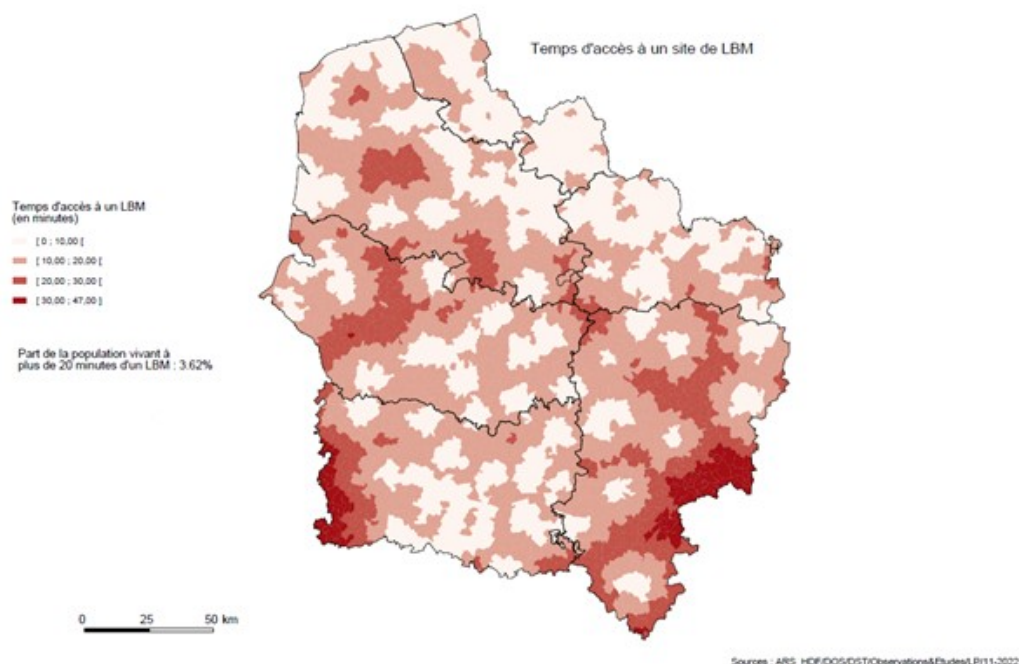


Au vu de la densité de sites rapportée à la population pour 100 000 habitants, il apparaît une sous-densité en sites de laboratoire de biologie médicale (LBM) pour la zone de l'Aisne.



L'accessibilité géographique des patients à un site de LBM dans la région Hauts-de-France est globalement satisfaisante puisque 96,38 % de la population de la région habite à moins de 20 minutes d'un site ouvert au public implanté en Hauts-de-France.

<sup>2</sup>Décision n°2017-035 de la directrice générale de l'ARS portant délimitation des zones du schéma régional de santé donnant lieu à l'application aux LBM des règles de territorialité définies aux articles L.6211-16, L.6212-3, L.6212-6, L.6222-2, L.6222-3, L.6222-5 et L.6223-4 du code de la santé publique



### **Définition des besoins en examens de biologie médicale en vue de l'application de l'article L.6222-2 du code de la santé publique**

Le directeur général de l'agence régionale de santé (ARS) peut s'opposer à l'ouverture d'un LBM ou d'un site de LBM, lorsqu'elle aurait pour effet de porter sur la zone déterminée, l'offre d'examens de biologie médicale à un niveau supérieur de 25 % à celui des besoins de la population tels qu'ils sont définis par le schéma régional de santé (article L.6222-2 du code de la santé publique).

Les zones mentionnées à l'article L.6222-2 du code de la santé publique correspondent pour la région Hauts-de-France aux délimitations géographiques des départements de l'Aisne, de l'Oise, de la Somme, du Pas-de-Calais et à deux zones au sein du département du Nord : la Métropole – Flandre et le Hainaut.

L'offre de biologie médicale calculée lors du SRS 2018-2023 (avec application de la majoration de 25%) a été suffisante par rapport aux besoins de la population des Hauts-de-France et a permis de couvrir ceux-ci, notamment ceux résultant de la crise sanitaire du COVID-19<sup>3</sup>.

Zones de biologie médicale	Offre <sup>4</sup> d'examens de biologie médicale SRS 2018-2023	Nombre <sup>5</sup> d'examens biologie médicale réalisés en 2021
Aisne	12 383 273	10 189 706
Hainaut	26 054 039	20 534 820
Métropole Flandre	45 974 888	38 611 150
Oise	15 754 918	14 413 913
Pas de Calais	32 972 321	32 269 603
Somme	15 543 353	15 023 835

Il est repris en vue de déterminer les besoins en offre d'examens de biologie médicale, le nombre d'examens réalisés en 2021 incluant l'activité due à l'infection COVID-19, dans chaque zone de biologie précitée.

L'ARS n'a pas retenu pour le SRS 2023-2028 la même présentation des besoins de la population en examens de biologie médicale que celle adoptée lors du SRS 2018-2023. En effet, pour une meilleure compréhension et lisibilité, l'offre est présentée non plus en nombre d'examens global par zone mais **en nombre d'examens par habitant et par zone**.

Les besoins pour ce SRS prennent en compte :

<sup>3</sup> La part conjoncturelle COVID-19 est de 1,3 examen/habitant en 2021 Source DRESS 2022

<sup>4</sup> Nombre d'examens réalisés en 2015 majoré de 25% supplémentaires

<sup>5</sup> Données issues de la déclaration d'activité annuelle 2021 des LBM

- l’augmentation d’activité en 2021 avec la part conjoncturelle COVID-19 ;
- le décalage entre le calendrier de la déclaration annuelle d’activité de biologie des LBM et l’élaboration des travaux du SRS qui n’a pas permis de prendre en compte les données d’activité de 2022 ;
- la sous-densité en sites de LBM pour la zone de biologie de l’Aisne ;
- l’augmentation<sup>6</sup> dans une proportion de + 0,25% de la population d’ici les cinq prochaines années pour la zone de biologie de l’Oise.

L’ARS a donc retenu pour le SRS 2023-2028 de définir les **besoins de la population en nombre d’examens par habitant et par zone**.

Les besoins pour ce SRS doivent prendre en compte :

- l’augmentation d’activité en 2021 avec la part conjoncturelle COVID-19 ;
- le décalage entre le calendrier de la déclaration annuelle d’activité de biologie des LBM et l’élaboration des travaux du SRS ;
- la sous-densité en sites de LBM pour la zone de biologie de l’Aisne ;
- l’augmentation<sup>7</sup> dans une proportion de + 0,25% de la population d’ici les cinq prochaines années pour la zone de biologie de l’Oise.

L’ARS a ainsi décidé d’appliquer des coefficients de pondération au nombre d’examens par habitant en 2021 et a concerté en ce sens les biologistes médicaux représentatifs de la profession des six zones de biologie des Hauts de France (biologistes médicaux indépendants, biologistes médicaux appartenant à des groupes de LBM, biologistes médicaux membres de l’union régionale des professionnels de santé biologistes médicaux, biologistes médicaux adhérents de différents syndicats) et ce pour être au plus près des besoins de la population.

Au regard de l’ensemble de ces éléments, les coefficients suivants de pondération par zone ont été retenus :

- Aisne pondération 5% ;
- Hainaut pondération 10% ;
- Métropole Flandre pondération<sup>8</sup> 13% ;
- Oise pondération 5% ;
- Pas de Calais pondération 10% ;
- Somme pondération 10%.

Zones de biologie médicale	Nombre examens/habitant en 2021	Besoin population SRS 2023-2028 en nombre d’examens / habitant (estimé après pondération)	Seuil d’intervention de l’ARS (besoin +25%) en nombre d’examens / habitant
Aisne pondération 5%	20,53	19,50	24,38
Hainaut pondération 10%	22,21	19,99	24,99
Métropole Flandre pondération 13%	24,32	21,16	26,45
Oise pondération 5%	17,40	16,53	20,66
Pas de Calais pondération 10%	22,16	19,94	24,93
Somme pondération 10%	26,45	23,81	29,76
Total		20,15	24,42

Le différentiel de 25% supplémentaires d’examens de biologie médicale ainsi obtenu n’obérera pas la possibilité d’ouvrir de nouveaux laboratoires ou sites dans les cinq années à venir et permettra de couvrir les besoins en examens de biologie médicale liés notamment au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques, aux diagnostics de plus en plus précoces ainsi que pour le rôle de la biologie médicale dans la prévention des maladies.

<sup>6</sup> Source INSEE Omphale 2022

<sup>7</sup> Coefficient de pondération supérieur pour cette zone de biologie par rapport aux autres zones de biologie compte tenu en 2022 d’une baisse de l’activité générale des LBM de cette zone avec cependant une activité en lien avec l’infection COVID-19 encore persistante.

## PERMANENCE DES SOINS EN ETABLISSEMENTS DE SANTE

---

Conformément aux dispositions de l'article R.6111-41 du code de la santé publique, le directeur général de l'ARS arrête, dans le cadre du schéma régional de santé, un volet dédié à l'organisation de la Permanence des soins en établissements de santé (PDSES) mentionnée à l'article L.6111-1-3 du code.

La Permanence des Soins en Établissements de Santé (PDSES) concerne l'accueil et la prise en charge de nouveaux patients dans une structure de soins d'un établissement de santé en aval et/ou dans le cadre des réseaux de médecine d'urgence :

- La nuit (généralement à partir de 20 heures et jusqu'à 8 heures) ;
- Le week-end (à compter du samedi après-midi) ;
- Les jours fériés.

Elle est organisée :

- soit sur place (garde) ;
- soit par astreinte à domicile qui peut donner lieu à déplacement. Dans ce dernier cas, le praticien est tenu de répondre à tout appel dans les plus brefs délais. L'astreinte s'effectue soit à domicile, soit dans tout autre lieu au choix du praticien, à condition qu'il soit joignable en permanence et qu'il puisse intervenir dans les plus brefs délais.

Ce volet fixe les objectifs en nombre d'implantations par spécialité médicale et par modalité d'organisation, pour les zones définies au a du 2° de l'article L.1434-9 (soit les zones donnant lieu à la répartition des activités de soins et des équipements matériels lourds : pour les Hauts-de-France, ces zones ont été fixées par la décision DOS-SDES-AUT-n°2023-02 du directeur général de l'ARS du 1<sup>er</sup> février 2023).

Ce volet est arrêté pour une durée de cinq ans et peut être révisé chaque année lorsque l'évolution des besoins de la population ou de l'offre de soins le justifie.

Dans le cadre de la présente révision du schéma régional de santé, le constat suivant a été posé au regard de la réforme des activités de soins et des équipements matériels lourds en cours : pour tenir compte de l'évolution des implantations d'activités de soins arrêtées dans l'annexe intitulée « Objectifs quantitatifs et qualitatifs de l'offre de soins », les travaux de révision du schéma régional dédié à l'organisation de la permanence des soins en établissements de santé commenceront début 2024 par une première étape consacrée au diagnostic et à l'évaluation des besoins. Dans l'attente de ces travaux, le présent volet consiste en la stricte reprise des lignes de PDSES telles que publiées dans l'arrêté du directeur général par intérim de l'ARS du 14 mai 2019 portant adoption de l'avenant n°1 au schéma régional de santé du PRS de la région Hauts-de-France 2018-2028 relatif à la révision de l'organisation de la PDSES.

Les seules modifications apportées dans ce volet par rapport au volet PDSES du SRS entré en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 2019 tiennent compte des évolutions de l'offre de soins dues à l'activité des établissements de santé modifiant nécessairement l'organisation de la PDSES :

- les nouvelles autorisations ou reconnaissances d'activités de soins, ainsi que les cessations d'activités de soins (par exemple, une fermeture de maternité, une reconnaissance par la Fédération des services d'urgences de la main -FESUM- d'activité de SOS mains) ;
- l'évolution d'une activité entraînant réglementairement un changement de modalité de PDSES (par exemple, une activité de naissances supérieure à 1500 engendrant la transformation de l'astreinte de gynécologie obstétrique en garde sur place) ;
- la mutualisation des équipes pour organiser une ligne d'astreinte, ou la fin d'une mutualisation ;
- enfin, les choix propres à certains établissements quant aux modalités de PDSES mises en œuvre pour les activités non réglementées (par exemple, seconde astreinte d'anesthésie non mise en place par les praticiens concernés).

## Tableaux des implantations, par spécialité médicale

Précaution de lecture : lorsque la mention « mutualisé avec la zone X » est inscrite dans une cellule, cela signifie qu'une mutualisation de ligne de PDES est organisée entre deux ou plusieurs établissements relevant de zones d'activités de soins différentes.

### **Gynécologie obstétrique, Néonatalogie (avec ou sans soins intensifs), réanimation néonatale**

La PDES est définie réglementairement, au titre des spécialités de gynécologue-obstétricien, médecin anesthésiste-réanimateur en maternité, pédiatre en maternité. Plusieurs lignes de garde ou d'astreinte peuvent venir renforcer le socle réglementaire afin de tenir compte :

- du nombre de naissances constatées, nécessitant une présence ou une mobilisation de praticiens plus importante que le socle réglementaire ;
- du niveau de la maternité (néonatalogie avec soins intensifs ou réanimation néonatale) prenant en charge des grossesses à risques, engageant des besoins renforcés en pédiatrie, à la fois en unité de soins intensifs ou de réanimation néonatale et au même moment en maternité ou en pédiatrie.

Gynécologue-obstétricien :					
ZONES	Gardes	Astreintes	ZONES	Gardes	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1		13A - Béthunois		2
2A - Flandre intérieure		2	14A - Lens - Hénin-Beaumont	2	
3A - Lille	9	1	15A - Arrageois	2	1
4A - Roubaix - Tourcoing	3	1	16A - Abbeville		1
5A - Douaisis	1	2	17A - Amiens	3	1
6A - Valenciennois	2	3	18A - Beauvais	2	
7A - Cambrésis		3	19A - Compiègne - Noyon	1	1
8A - Sambre-Avesnois		3	20A - Creil - Senlis	2	
9A - Calaisis	2		21A - Péronne - Saint-Quentin - Hirson		2
10A - Audomarois		1	22A - Laon		2
11A - Boulonnais		2	23A - Soissons - Château-Thierry		2
12A - Montreuillois		1			

Médecin anesthésiste-réanimateur							
ZONES	Gardes etb	Gardes dédiées	Astreintes	ZONES	Gardes etb	Gardes dédiées	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1			13A - Béthunois			2
2A - Flandre intérieure			2	14A - Lens - Hénin-Beaumont		1	
3A - Lille	3	2	1	15A - Arrageois		1	1
4A - Roubaix - Tourcoing	1	1		16A - Abbeville			1
5A - Douaisis	1		1	17A - Amiens		2	
6A - Valenciennois		1	2	18A - Beauvais		1	
7A - Cambrésis			3	19A - Compiègne-Noyon	1		1
8A - Sambre-Avesnois			3	20A - Creil-Senlis		1	
9A - Calaisis		1		21A - Péronne- Saint-Quentin-Hirson			2
10A - Audomarois			1	22A - Laon			2

11A - Boulonnais			2	23A - Soissons- Château.Thierry			2
12A - Montreuillois			1				

Pédiatre en maternité et pédiatre de spécialité							
ZONES	Gardes	Astreintes niveau 2A	Astreintes	ZONES	Gardes	Astreintes niveau 2A	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		1		13A - Béthunois		1	1
2A - Flandre intérieure		1	1	14A - Lens - Hénin-Beaumont	2		
3A - Lille	4	2	6 *	15A - Arrageois	2		1
4A - Roubaix-Tourcoing	2	1		16A - Abbeville		1	
5A - Douaisis		1	1	17A - Amiens	2	1	1**
6A - Valenciennois	2		2	18A - Beauvais	2		
7A - Cambrésis		1	2	19A - Compiègne-Noyon	1		1
8A - Sambre-Avesnois	1		2	20A - Creil-Senlis	2		
9A - Calais	2			21A - Péronne - Saint Quentin-Hirson	1		1
10A - Audomarois		1		22A - Laon	1		1
11A - Boulonnais	1		1	23A - Soissons-Château-Thierry		1	1
12A - Montreuillois		1					

La colonne « astreinte niveau 2A » correspond aux exigences du code de la santé publique pour l'activité de néonatalogie sans soins intensifs (article D.6124-56) : astreinte d'un pédiatre justifiant d'une expérience attestée en néonatalogie.

Les lignes indemnisées intègrent :

\* : 3 astreintes de pédiatrie spécialisée : une reconnaissance de PDSSES est affectée aux centres disposant d'équipes spécialisées répondant à un besoin de recours régional ;

\*\* : 1 astreinte de pédiatrie spécialisée ;

Hors neuropédiatrie, traitée en neurologie.

#### Réanimation (adulte et pédiatrique)

ZONES	Gardes	Astreintes	ZONES	Gardes	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1		13A - Béthunois	1	
2A - Flandre intérieure	1		14A - Lens - Hénin-Beaumont	1	
3A - Lille	9	7	15A - Arrageois	1	
4A - Roubaix-Tourcoing	2		16A - Abbeville	1	
5A - Douaisis	1		17A - Amiens	6	
6A - Valenciennois	1		18A - Beauvais	1	
7A - Cambrésis	1		19A - Compiègne-Noyon	1	
8A - Sambre-Avesnois	1		20A - Creil-Senlis	1	
9A - Calais	1		21A - Péronne - Saint Quentin-Hirson	1	
10A - Audomarois	1		22A - Laon	1	
11A - Boulonnais	1		23A - Soissons - Château-Thierry	2	
12A - Montreuillois	2				

**Cardiologie interventionnelle :**

ZONES	Astreintes	
1B - Métropole-Flandre intérieure	7	
2B - Hainaut	2	
3B - Littoral Nord	3	
4B - Artois Douaisis	2	
5B - Somme - Littoral Sud	2	
7B - Oise	2	
6B - Aisne - Haute Somme	2	
7B - Oise	3	

**Soins intensifs cardiologiques (USIC) :**

ZONES	Gardes	ZONES	Gardes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	13A - Béthunois	
2A - Flandre intérieure		14A - Lens - Hénin-Beaumont	2
3A - Lille	5	15A - Arrageois	1
4A - Roubaix-Tourcoing	2	16A - Abbeville	1
5A - Douaisis	1	17A - Amiens	2
6A - Valenciennois	2	18A - Beauvais	1
7A - Cambrésis	1	19A - Compiègne-Noyon	1
8A - Sambre-Avesnois	1	20A - Creil-Senlis	1
9A - Calaisis	1	21A - Péronne - Saint Quentin-Hirson	1
10A - Audomarois	1	22A - Laon	2
11A - Boulonnais	2	23A - Soissons-Château-Thierry	2
12A - Montreuillois			

**Chirurgie cardiaque :**

ZONES	Astreintes
Région Hauts-de-France	6

**Neurochirurgie :**

ZONES	Gardes	Astreintes
Région Hauts-de-France	1	5

**Neuroradiologie interventionnelle :**

ZONES	Astreintes
Région Hauts-de-France	4

Les lignes correspondent à deux astreintes de neuroradiologue interventionnel et à deux astreintes d'anesthésiste consacrées à cette spécialité médicale.

**Traitement des grands brûlés :**

ZONES	Gardes	Astreintes
Région Hauts-de-France	1	1



### Neurologie :

Une ligne d'astreinte est affectée par implantation d'unité neuro-vasculaire. En outre :

- des lignes de garde ou d'astreinte supplémentaires peuvent être affectées pour tenir compte d'une activité de recours régional ;
- 2 astreintes régionales sont identifiées en neuropédiatrie ;
- une ligne de garde, identifiée sur la zone 6A – Valenciennois, répond à un dispositif particulier de garde de recours télé-AVC, dans le cadre d'une mutualisation entre 6 établissements de santé.

ZONES	Gardes	Astreintes	ZONES	Gardes	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		1	13A - Béthunois		1
2A - Flandre intérieure			14A - Lens - Hénin-Beaumont		1
3A - Lille	1	4	15A - Arrageois		1
4A - Roubaix-Tourcoing		2	16A - Abbeville		
5A - Douaisis			17A - Amiens	1	2
6A - Valenciennois	2	1	18A - Beauvais		1
7A - Cambrésis			19A - Compiègne-Noyon		1
8A - Sambre-Avesnois		1	20A - Creil-Senlis		1
9A - Calaisis		1	21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson		1
10A - Audomarois			22A - Laon		
11A - Boulonnais		1	23A - Soissons-Château-Thierry		1
12A - Montreuillois					

**Ophthalmologie** : les lignes identifiées tiennent compte de l'activité recensée et de l'actualisation des lignes précédemment mutualisées dans le nord de la région.

ZONES	Gardes	Astreintes	ZONES	Gardes	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		1	13A - Béthunois		mut avec zones 14A et 15A
2A - Flandre intérieure			14A - Lens - Hénin-Beaumont		1
3A - Lille	1		15A - Arrageois		mut avec zones 13A et 14A
4A - Roubaix-Tourcoing		1	16A - Abbeville		
5A - Douaisis			17A - Amiens		1
6A - Valenciennois		1	18A - Beauvais		1
7A - Cambrésis			19A - Compiègne-Noyon		1
8A - Sambre-Avesnois			20A - Creil-Senlis		1
9A - Calaisis		mut avec zone 11A	21A - Péronne - Saint Quentin-Hirson		1
10A - Audomarois		mut avec zone 1A	22A - Laon		mut avec zone 21A
11A - Boulonnais		1	23A - Soissons-Château-Thierry		1
12A - Montreuillois					

**Gastro-entérologie (dont endoscopie digestive):** la reconnaissance de lignes de PDES a été menée en cherchant à couvrir toutes les zones d'activités de soins, en tenant compte par ailleurs du lien étroit entre cette spécialité médicale et les obligations réglementaires des sites autorisés en réanimation.

ZONES	Gardes	Astreintes	ZONES	Gardes	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		1	13A - Béthunois		1
2A - Flandre intérieure		1	14A - Lens - Hénin-Beaumont		1
3A - Lille	1	1	15A - Arrageois		1
4A - Roubaix-Tourcoing		2	16A - Abbeville		mut avec zone 12A
5A - Douaisis			17A - Amiens	1	
6A - Valenciennois		1	18A - Beauvais		1
7A - Cambrésis		1	19A - Compiègne-Noyon		1
8A - Sambre-Avesnois		1	20A - Creil-Senlis		1
9A - Calaisis		1	21A - Péronne -Saint Quentin- Hirson		1
10A - Audomarois		1	22A - Laon		1
11A - Boulonnais		1	23A - Soissons-Château-Thierry		1
12A - Montreuillois		1			

**Maladies infectieuses :** une ligne d'astreinte est identifiée par site reconnu dans le cadre du service universitaire des maladies infectieuses et du voyageur et démontrant une activité effective sur cette spécialité.

ZONES	Astreintes	ZONES	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		13A - Béthunois	
2A - Flandre intérieure		14A - Lens - Hénin-Beaumont	
3A - Lille	1	15A - Arrageois	
4A - Roubaix-Tourcoing	1	16A - Abbeville	
5A - Douaisis		17A - Amiens	1
6A - Valenciennois		18A - Beauvais	
7A - Cambrésis		19A - Compiègne-Noyon	
8A - Sambre-Avesnois		20A - Creil-Senlis	
9A - Calaisis		21A - Péronne-Saint Quentin- Hirson	
10A - Audomarois		22A - Laon	
11A - Boulonnais		23A - Soissons-Château-Thierry	
12A - Montreuillois			

**Pneumologie (dont endoscopie bronchique) :** l'attribution de lignes émane d'une volonté d'élargissement de la couverture territoriale et de l'activité constatée.

ZONES	Astreintes	ZONES	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	13A - Béthunois	1
2A - Flandre intérieure		14A - Lens - Hénin-Beaumont	
3A - Lille	2	15A - Arrageois	
4A - Roubaix-Tourcoing	1	16A - Abbeville	1
5A - Douaisis	1	17A - Amiens	1
6A - Valenciennois	1	18A - Beauvais	

7A - Cambrésis		19A - Compiègne-Noyon	
8A - Sambre-Avesnois		20A - Creil-Senlis	
9A - Calaisis	1	21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson	
10A - Audomarois	mut avec zone 1A	22A - Laon	1
11A - Boulonnais	mut avec zone 9A	23A - Soissons-Château-Thierry	
12A - Montreuillois	mut avec zone 16A		

**Chirurgie générale et digestive** : les lignes de PDSES sont attribuées en tenant compte du lien entre site d'urgence, plateau technique chirurgical sur cette spécialité et activité recensée.

ZONES	Gardes	Astreintes	ZONES	Gardes	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		1	13A - Béthunois		3
2A - Flandre intérieure		1	14A - Lens - Hénin-Beaumont		2
3A - Lille	2	3	15A - Arrageois		1
4A - Roubaix-Tourcoing		2	16A - Abbeville		1
5A - Douaisis		2	17A - Amiens	1	1
6A - Valenciennois	1	2	18A - Beauvais		2
7A - Cambrésis		1	19A - Compiègne-Noyon		2
8A - Sambre-Avesnois		2	20A - Creil-Senlis		2
9A - Calaisis		1	21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson		3
10A - Audomarois		1	22A - Laon		2
11A - Boulonnais		1	23A - Soissons-Château-Thierry		2
12A - Montreuillois		1			

**Chirurgie orthopédique et traumatologique** : la même logique que pour la chirurgie générale a été suivie, avec le maintien d'une couverture territoriale dense, des mutualisations envisagées uniquement si elles apportent des garanties en termes de qualité et de sécurité des soins, un alignement sur la modalité d'astreinte sauf lorsque les besoins de santé justifient – au regard d'une activité très soutenue – une attribution de ligne de garde.

ZONES	Gardes	Astreintes	ZONES	Gardes	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		1	13A - Béthunois		3
2A - Flandre intérieure		1	14A - Lens - Hénin-Beaumont		2
3A - Lille	2	3	15A - Arrageois		1
4A - Roubaix-Tourcoing		2	16A - Abbeville		1
5A - Douaisis		2	17A - Amiens	2	1
6A - Valenciennois		1	18A - Beauvais		1
7A - Cambrésis		1	19A - Compiègne-Noyon		2
8A - Sambre-Avesnois		2	20A - Creil-Senlis		2
9A - Calaisis		1	21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson		2
10A - Audomarois		1	22A - Laon		1
11A - Boulonnais		1	23A - Soissons-Château-Thierry		2
12A - Montreuillois		1			

**Anesthésie** (hors maternité et hors lignes attachées à des spécialités chirurgicales spécifiées par ailleurs) : les lignes attribuées suivent la même logique que pour les deux spécialités précédentes, à l'exception de quelques sites pour lesquels la ligne d'anesthésie attribuée au titre de l'activité en maternité de niveau 1 permet d'intervenir également sur l'anesthésie hors maternité.

ZONES	Gardes	Astreintes	ZONES	Gardes	Astreintes
1A - Dunkerquois-Flandre maritime			13A - Béthunois		2
2A - Flandre intérieure			14A - Lens - Hénin-Beaumont		3
3A - Lille	7	7	15A - Arrageois		1
4A - Roubaix-Tourcoing		2	16A - Abbeville		
5A - Douaisis		1	17A - Amiens	1	3
6A - Valenciennois	2	1	18A - Beauvais		2
7A - Cambrésis		1	19A - Compiègne-Noyon		1
8A - Sambre-Avesnois		1	20A - Creil-Senlis		2
9A - Calaisis		2	21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson		2
10A - Audomarois		1	22A - Laon		1
11A - Boulonnais		2	23A - Soissons-Château-Thierry		1
12A - Montreuillois					

**Chirurgie urologique** : la reconnaissance de lignes est fondée sur les constats effectués en matière d'activité sur cette spécialité, avec une couverture territoriale plus étendue que dans les schémas précédents, la quasi-totalité des zones d'activités de soins disposant dorénavant d'une couverture en urologie en heures de PDSSES.

ZONES	Gardes	Astreintes	ZONES	Gardes	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		1	13A - Béthunois		mut avec les zones 5A, 14A et 15A
2A - Flandre intérieure			14A - Lens - Hénin-Beaumont		2
3A - Lille	1	2	15A - Arrageois		mut avec les zones 5A, 13A et 14A
4A - Roubaix-Tourcoing		1	16A - Abbeville		1
5A - Douaisis		mut avec les zones 13A, 14A et 15A	17A - Amiens		2
6A - Valenciennois		1	18A - Beauvais		1
7A - Cambrésis		1	19A - Compiègne-Noyon		2
8A - Sambre-Avesnois		1	20A - Creil-Senlis		1
9A - Calaisis		mut avec zone 11A	21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson		1
10A - Audomarois		mut avec zone 1A	22A - Laon		mut avec zone 21A
11A - Boulonnais		1	23A - Soissons-Château-Thierry		1
12A - Montreuillois		mut avec zone 16A			

**Chirurgie ORL** : la reconnaissance de lignes est fondée sur les constats effectués en matière d'activité sur cette spécialité, avec une couverture territoriale maintenue au regard des schémas précédents.

ZONES	Gardes	Astreintes	ZONES	Gardes	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		mut avec zone 10A	13A - Béthunois		mut avec les zones 5A, 14A et 15A
2A - Flandre intérieure			14A - Lens - Hénin-Beaumont		1
3A - Lille	1		15A - Arrageois		mut avec les zones 5A, 13A et 14A
4A - Roubaix-Tourcoing		1	16A - Abbeville		
5A - Douaisis		mut avec les zone 13A, 14A et 15A	17A - Amiens		1
6A - Valenciennois		1	18A - Beauvais		1
7A - Cambrésis			19A - Compiègne-Noyon		1
8A - Sambre-Avesnois			20A - Creil-Senlis		
9A - Calaisis		mut avec zone 11A	21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson		mut avec zone 22A
10A - Audomarois		1	22A - Laon		1
11A - Boulonnais		1	23A - Soissons-Château-Thierry		1
12A - Montreuillois					

**Chirurgie pédiatrique** : l'attribution de lignes tient compte de la nature de cette activité de recours, avec intégration de nouveaux financements par rapport aux schémas antérieurs, au regard de l'activité recensée en horaires de PDSSES.

ZONES	Gardes	Astreintes	ZONES	Gardes	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime			13A - Béthunois		
2A - Flandre intérieure			14A - Lens - Hénin-Beaumont		1
3A - Lille	2	2	15A - Arrageois		
4A - Roubaix-Tourcoing		1	16A - Abbeville		
5A - Douaisis			17A - Amiens		2
6A - Valenciennois		1	18A - Beauvais		
7A - Cambrésis			19A - Compiègne-Noyon		
8A - Sambre-Avesnois			20A - Creil-Senlis		
9A - Calaisis			21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson		
10A - Audomarois			22A - Laon		
11A - Boulonnais			23A - Soissons-Château-Thierry		
12A - Montreuillois					

**Chirurgie bariatrique** : deux lignes d'astreinte à vocation de recours régional sont reconnues.

ZONES	Astreintes	ZONES	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		13A - Béthunois	
2A - Flandre intérieure		14A - Lens - Hénin-Beaumont	

3A - Lille	1	15A - Arrageois	
4A - Roubaix-Tourcoing		16A - Abbeville	
5A - Douaisis		17A - Amiens	1
6A - Valenciennois		18A - Beauvais	
7A - Cambrésis		19A - Compiègne-Noyon	
8A - Sambre-Avesnois		20A - Creil-Senlis	
9A - Calaisis		21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson	
10A - Audomarois		22A - Laon	
11A - Boulonnais		23A - Soissons-Château-Thierry	
12A - Montreuillois			

**Chirurgie de la main en urgence** : une ligne de PDES est identifiée par site labellisé par la Fédération des Services d'Urgences de la Main, au titre des dispositifs SOS Mains.

ZONES	Astreintes	ZONES	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		13A - Béthunois	
2A - Flandre intérieure		14A - Lens - Hénin-Beaumont	
3A - Lille	1	15A - Arrageois	
4A - Roubaix-Tourcoing		16A - Abbeville	
5A - Douaisis		17A - Amiens	1
6A - Valenciennois	1	18A - Beauvais	
7A - Cambrésis		19A - Compiègne-Noyon	
8A - Sambre-Avesnois		20A - Creil-Senlis	
9A - Calaisis	1	21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson	1
10A - Audomarois		22A - Laon	
11A - Boulonnais		23A - Soissons-Château-Thierry	
12A - Montreuillois			

**Chirurgie maxillo-faciale** : l'attribution de lignes de PDES se fait en fonction de l'activité recensée pour cette activité de recours.

ZONES	Astreintes	ZONES	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		13A - Béthunois	
2A - Flandre intérieure		14A - Lens - Hénin-Beaumont	
3A - Lille	2	15A - Arrageois	
4A - Roubaix-Tourcoing		16A - Abbeville	
5A - Douaisis		17A - Amiens	1
6A - Valenciennois	1	18A - Beauvais	
7A - Cambrésis		19A - Compiègne-Noyon	
8A - Sambre-Avesnois		20A - Creil-Senlis	
9A - Calaisis		21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson	
10A - Audomarois		22A - Laon	
11A - Boulonnais		23A - Soissons-Château-Thierry	
12A - Montreuillois			

**Chirurgie thoracique** : l'attribution de lignes de PDES se fait en fonction de l'activité recensée pour cette activité de recours.

ZONES	Astreintes	ZONES	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		13A - Béthunois	
2A - Flandre intérieure		14A - Lens - Hénin-Beaumont	
3A - Lille	1	15A - Arrageois	
4A - Roubaix-Tourcoing		16A - Abbeville	
5A - Douaisis		17A - Amiens	1
6A - Valenciennois	1	18A - Beauvais	
7A - Cambrésis		19A - Compiègne-Noyon	
8A - Sambre-Avesnois		20A - Creil-Senlis	
9A - Calaisis		21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson	
10A - Audomarois		22A - Laon	
11A - Boulonnais		23A - Soissons-Château-Thierry	
12A - Montreuillois			

**Chirurgie vasculaire** : la reconnaissance des lignes de PDES tient compte de la capacité des établissements à structurer et maintenir une activité de recours faisant appel à des compétences et un plateau technique spécialisé.

ZONES	Astreintes	ZONES	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		13A - Béthunois	mut avec les zone 5A, 14A et 15A
2A - Flandre intérieure		14A - Lens - Hénin-Beaumont	1
3A - Lille	1	15A - Arrageois	mut avec les zone 5A, 13A et 14A
4A - Roubaix-Tourcoing	1	16A - Abbeville	mut avec la zone 12A
5A - Douaisis	mut avec les zone 13A, 14A et 15A	17A - Amiens	1
6A - Valenciennois	1	18A - Beauvais	
7A - Cambrésis		19A - Compiègne-Noyon	1
8A - Sambre-Avesnois		20A - Creil-Senlis	
9A - Calaisis		21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson	1
10A - Audomarois		22A - Laon	
11A - Boulonnais		23A - Soissons-Château-Thierry	
12A - Montreuillois	1		

**Radiologie vasculaire interventionnelle** : la reconnaissance de lignes de PDES tient compte de la capacité des établissements à structurer et maintenir une activité de recours faisant appel à des compétences et un plateau technique spécialisé. L'analyse de l'activité effective sur cette spécialité, en horaires de PDES, a montré que seuls quelques sites déployaient une activité appelant une indemnisation de ligne d'astreinte.

ZONES	Astreintes	ZONES	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		13A - Béthunois	
2A - Flandre intérieure		14A - Lens - Hénin-Beaumont	1
3A - Lille	1	15A - Arrageois	
4A - Roubaix-Tourcoing		16A - Abbeville	
5A - Douaisis		17A - Amiens	1
6A - Valenciennois	1	18A - Beauvais	
7A - Cambrésis		19A - Compiègne-Noyon	
8A - Sambre-Avesnois		20A - Creil-Senlis	
9A - Calais		21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson	
10A - Audomarois		22A - Laon	
11A - Boulonnais		23A - Soissons-Château-Thierry	
12A - Montreuillois			

#### Imagerie :

Pour les zones 3A – Lille et 17A – Amiens, les lignes intègrent, pour chaque zone, 1 garde d'imagerie diagnostique attachée à l'activité de neuroradiologie interventionnelle.

ZONES	Gardes	Astreintes	ZONES	Gardes	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime		1	13A - Béthunois		3
2A - Flandre intérieure		1	14A - Lens - Hénin-Beaumont		3
3A - Lille	4	3	15A - Arrageois		1
4A - Roubaix-Tourcoing		2	16A - Abbeville		1
5A - Douaisis		2	17A - Amiens	4	1
6A - Valenciennois	2	2	18A - Beauvais		2
7A - Cambrésis		1	19A - Compiègne-Noyon		2
8A - Sambre-Avesnois		2	20A - Creil-Senlis		1
9A - Calais		1	21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson	1	1
10A - Audomarois		1	22A - Laon		1
11A - Boulonnais		1	23A - Soissons-Château-Thierry		2
12A - Montreuillois		1			



**Biologie** : les travaux d'élaboration du présent schéma ont conduit à questionner la nécessaire identification de lignes de PDSES en biologie de manière complète sur l'ensemble des horaires de PDSES. La grande majorité des sollicitations ayant lieu le week-end, les lignes sont identifiées sur les périodes de PDSES correspondant aux samedis après-midi et dimanches. Seules les lignes de recours régional sont reconnues intégralement.

ZONES	Astreintes	ZONES	Astreintes
1A - Dunkerquois - Flandre maritime	1	13A - Béthunois	2
2A - Flandre intérieure	1	14A - Lens - Hénin-Beaumont	2
3A - Lille	6*	15A - Arrageois	1
4A - Roubaix-Tourcoing	2	16A - Abbeville	1
5A - Douaisis	2	17A - Amiens	3**
6A - Valenciennois	2	18A - Beauvais	1
7A - Cambrésis	1	19A - Compiègne-Noyon	2
8A - Sambre-Avesnois	1	20A - Creil-Senlis	1
9A - Calaisis	1	21A - Péronne-Saint Quentin-Hirson	2
10A - Audomarois	1	22A - Laon	1
11A - Boulonnais	1	23A - Soissons-Château-Thierry	2
12A - Montreuillois	1		

\* : dont 4 lignes de recours régional

\*\* : dont 2 lignes de recours régional

## OFFRE MEDICO-SOCIALE - ADDICTOLOGIE

---

Les évolutions prévisionnelles de l'offre médico-sociale sur le champ spécifique des personnes en difficultés relevant du 9°) de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles pour les structures d'addictologie pourront être atteintes sous réserve de la délégation de crédits dans l'ONDAM spécifique.

Globalement, la région Hauts-de-France est caractérisée par :

- une démographie médicale,paramédicale et sociale en tension ;
- une bonne couverture de l'offre nécessitant de développer l'« aller vers » ;
- une multiplicité d'opérateurs et des coopérations parfois complexes sur certains territoires.

#### **LES CENTRES DE SOINS, D'ACCOMPAGNEMENT ET DE PREVENTION EN ADDICTOLOGIE (CSAPA)**

Un CSAPA est une structure pluridisciplinaire qui a pour mission d'assurer les actions de prévention et de soins aux personnes atteintes d'addiction. Le CSAPA a la vocation d'apporter une prise en charge pluridisciplinaire sur toutes les conduites addictives.

Quelques chiffres :

- 45 CSAPA dont certains déploient des antennes et/ou des consultations avancées ;
- Plus de 15 000 personnes reçues au moins une fois par les CSAPA en 2021 ;
- 60% de CSAPA sont généralistes, 22,5% spécialisés dans le produit alcool et 17,5% spécialisés dans les drogues illicites ;
- 24 unités délivrent de la méthadone au sein des CSAPA ;
- 37 lieux de Consultations jeunes consommateurs (CJC) ;
- un partenariat CJC/Éducation nationale (EN) à mettre en place ;
- 11 CSAPA référents en milieu pénitentiaire sur le territoire ;
- ne diminution de la file active au niveau régional de 0,85 % avec de fortes disparités territoriales.

CSAPA	Nombre de CSAPA autorisés au 30 juin 2023	Dont ambulatoire	Dont Hébergement	Nombre de places d'hébergement
Nord	21	14	7	127
Pas-de-Calais	13	11	2	10
Aisne	4	3	1	24
Somme	3	2	1	15
Oise	4	2	2	43

#### **RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS**

- Couvrir en équipes mobiles et antennes les territoires non pourvus et/ou renforcer les territoires fortement sollicités (cf. tableau suivant) ;
- Mettre en place une CJC référente par lycée ;
- Atteindre 100% de CSAPA généralistes ;
- Développer des interventions en consultations avancées dans 80% de CHRS.

Tableau des objectifs cibles à 5 ans

CSAPA AMBULATOIRE	Implantations CSAPA autorisées (site principal) au 30 juin 2023	Objectifs cibles à 5 ans
Nord	14	14
Pas-de-Calais	11	11
Aisne	3	3
Somme	2	2
Oise	2	2

CSAPA HEBERGEMENT	Nombre de places d'hébergement autorisées au 30 juin 2023	Objectifs cibles à 5 ans
Nord	127	139
Pas-de-Calais	10	10
Aisne	24	24
Somme	15	15
Oise	43	43

Les indicateurs suivants ont été étudiés afin de définir les objectifs à 5 ans :

- les données d'activité des établissements au 31/12/2022, et l'évolution de la file active (FA) entre 2017 et 2022
- le taux équipement pour 100 000 habitants (nombre d'implantations rapportés au nombre d'habitants)
- le taux d'implantation (file active rapportée au nombre d'implantation)
- le rapport file active par équivalent temps plein (ETP)
- le ratio d'encadrement (ETP pour 100 usagers)

Ces indicateurs sont présentés dans le tableau ci-dessous :

	FA 2022	Taux d'équipement pour 100 000 habitants	Taux d'implantation pour 100 usagers	FA/ETP	Ratio d'encadrement en ETP pour 100 usagers
Nord	14 048	2,53	0,47	70,47	1,42
Pas-de-Calais	11 671	2,66	0,33	102,10	0,98
Aisne	2 286	3,2	0,74	80,58	1,24
Somme	2 986	2,98	0,57	73,94	1,35
Oise	3 963	3,13	0,66	89,21	1,12
Région	34 954	2,75	0,47	81,89	1,22

## Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues (CAARUD)

Les CAARUD sont en première ligne en matière de réduction des risques.

Les missions des CAARUD sont l'accueil collectif et individuel, l'information et le conseil personnalisé pour les usagers de drogues ainsi que le soutien aux usagers dans l'accès aux soins. Ils développent des actions de médiation sociale en vue de s'assurer une bonne intégration dans le quartier et de prévenir les nuisances liées à l'usage de drogues.

Quelques chiffres :

- 17 CAARUD avec la répartition départementale suivante : 10 dans le Nord, 4 dans le Pas-de-Calais, 1 dans l'Aisne, 1 dans la Somme et 1 dans l'Oise ;
- 11 équipes mobiles CAARUD ;
- 7 957 usagers accompagnés en 2021 ;
- une spécificité de la Métropole européenne de Lille : 58% de la file active régionale est concentrée sur le territoire de proximité de Lille.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Couvrir en équipes mobiles ou en antennes les territoires non pourvus et/ou renforcer les territoires fortement sollicités.

Tableau des objectifs cibles à 5 ans

CAARUD	Implantations CAARUD autorisées (site principal) au 30 juin 2023	Objectifs cibles à 5 ans
Nord	10	11
Pas-de-Calais	4	4
Aisne	1	1
Somme	1	1
Oise	1	1

Les indicateurs suivants ont été étudiés afin de définir les objectifs à 5 ans :

- les données d'activité des établissements au 31/12/2022, la file active a été calculée en dehors de l'activité festive du fait de sa particularité ;
- le taux équipement pour 100 000 habitants ;
- le taux d'implantation ;
- le rapport file active par ETP ;
- le ratio d'encadrement (ETP pour 100 usagers) ;
- la couverture en équipe mobile des différents territoires de proximité.

Ces indicateurs sont présentés dans le tableau ci-dessous :

	FA 2022	Taux d'équipement pour 100 000 habitants	Taux d'implantation pour 100 usagers	FA/ETP	Ratio d'encadrement en ETP pour 100 usagers
Nord	8 969	0,73	0,21	106,77	0,94
Pas-de-Calais	1 166	0,75	0,77	47,67	2,1
Aisne	444	0,56	0,68	72,79	1,37
Somme	1 604	0,53	0,19	154,53	0,65
Oise	1 047	0,60	0,48	105,76	0,95
Région	13 230	0,65	0,29	98,12	1,02

## OFFRE MEDICO SOCIALE - PRECARITE

---

Les évolutions prévisionnelles de l'offre médico-sociale sur le champ spécifique des personnes en difficultés relevant du 9°) de l'article L.312-1 du code de l'action sociale et des familles, pour les structures pour personnes précaires, pourront être atteintes sous réserve de la délégation de crédits dans l'ONDAM spécifique.

Le taux d'équipement pour 100 000 habitants correspond au nombre de dispositifs multiplié par la population du territoire et divisé par 100 000.

Les **Lits halte soins santé (LHSS)** offrent une prise en charge sanitaire et sociale à des personnes sans domicile fixe dont l'état de santé physique ou psychique nécessite des soins ou un temps de convalescence sans justifier d'une hospitalisation. Ils permettent aux personnes accueillies d'être hébergées en bénéficiant d'un suivi thérapeutique et selon les besoins d'un accompagnement social.

Actuellement, 20 implantations sont autorisées ce qui représente 229 lits répartis sur la région.

Les objectifs sont d'équilibrer les taux d'équipement par département.

Tableau des objectifs cibles à 5 ans

Département	Nombre de lits autorisés au 30 juin 2023	Taux d'équipement	Évolution à 5 ans du nombre de lits	Taux d'équipement à 5 ans
Nord	87	3,34	137	5,25
Pas-de-Calais	54	3,69	79	5,39
Aisne	24	4,52	28	5,27
Somme	28	4,91	28	4,91
Oise	36	4,34	46	5,55
Région	229	3,81	318	5,30

Dans le prolongement des LHSS, les **Lits d'accueil médicalisé (LAM)** sont des structures qui proposent et dispensent des soins médicaux et paramédicaux à des personnes sans domicile fixe atteintes de pathologies chroniques non bénignes, et qui nécessitent un suivi thérapeutique à plus ou moins long terme. Cette prise en charge participe par ailleurs à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accueillies.

Actuellement, 4 sites sont autorisés ce qui représente 80 lits répartis sur les départements du Nord, du Pas-de-Calais, de l'Aisne et de la Somme.

L'objectif premier est de déployer au moins un LAM par département et d'équilibrer les taux d'équipement par département.

Tableau des objectifs cibles à 5 ans

Département	Nombre d'implantation autorisée au 30 juin 2023	Évolution à 5 ans	Nombre de lits autorisés au 30 juin 2023	Taux d'équipement	Évolution à 5 ans du nombre de lits	Taux d'équipement à 5 ans
Nord	1	2	26	1	44	1,69
Pas-de-Calais	1	2	18	1,23	41	2,8
Aisne	1	1	18	3,39	25	4,71
Somme	1	1	18	3,15	21	3,68
Oise	0	1	0	0	18	2,17
Région	4	7	80	1,33	149	2,48

Les **Appartements de Coordination Thérapeutique (ACT)** sont des structures qui hébergent à titre temporaire des personnes en situation de fragilité psychologique et sociale nécessitant des soins et un suivi médical. Ces structures ont pour objectif d'optimiser une prise en charge médicale, psychologique et sociale, par la mise en œuvre d'une coordination globale.

Actuellement, 171 places d'ACT sont autorisées et réparties sur les territoires de démocratie sanitaire.

L'objectif est d'équilibrer les taux d'équipement par territoire de démocratie sanitaire.

Tableau des objectifs cibles à 5 ans

Territoire de démocratie sanitaire	Nombre d'ACT autorisés au 30 juin 2023	Taux d'équipement	Évolution à 5 ans du nombre d'ACT	Taux d'équipement à 5 ans
Métropole Flandres	53	3,26	63	3,88
Hainaut	19	1,93	38	3,86
Pas-de-Calais	42	2,87	57	3,89
Aisne	15	2,82	21	3,95
Somme	15	2,63	23	4,03
Oise	27	3,26	32	3,86
Région	171	2,85	234	3,90

Le dispositif « Un chez soi d'abord » (UCSA) est un dispositif de type ACT qui accompagne les personnes sans domicile fixe atteintes de maladies psychiques dites sévères.

Un dispositif est installé dans la région dans le département du Nord (100 places).

Pour développer cette offre dans le cadre des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM), des diagnostics doivent être réalisés afin de démontrer le besoin prenant en compte les dynamiques territoriales. L'objectif à 5 ans est de réaliser un diagnostic par département sur les 4 non équipés ; dans l'objectif d'en installer au moins un en ville moyenne par département.

Une expérimentation d'un dispositif **UCSA jeunes** de 50 places est en cours d'expérimentation dans le Nord. Ce dispositif devrait être pérennisé en 2024. Pour développer cette offre, des diagnostics doivent être réalisés afin de démontrer le besoin. L'objectif à 5 ans est de réaliser un diagnostic sur les 4 départements non équipés.

Le dispositif **Appartements de coordination thérapeutique hors les murs (ACT HLM)** est complémentaire aux ACT. Il accompagne des personnes atteintes de pathologie(s) chronique(s).

L'accompagnement médico-social s'effectue sur le lieu de vie des personnes et non plus exclusivement dans le cadre d'un hébergement. Actuellement, aucune place d'ACT HLM n'est installée.

L'objectif est d'équilibrer les taux d'équipement par territoire de démocratie sanitaire.

Tableau des objectifs cibles à 5 ans

Territoire de démocratie sanitaire	Nombre d'ACT HLM autorisés au 30 juin 2023	Évolution à 5 ans	Taux d'équipement à 5 ans
Métropole Flandres	0	49	3,02
Hainaut	0	30	3,05
Pas-de-Calais	0	45	3,07
Aisne	0	16	3,01
Somme	0	17	2,98
Oise	0	25	3,01
Région	0	182	3,03

Les **Lits halte soins santé (LHSS) Mobiles, les Équipes spécialisées de soins infirmiers précarité (ESSIP) et les Équipes mobiles santé précarité (EMSP)** sont des dispositifs médico sociaux d'aller vers.

Les LHSS mobiles permettent d'aller à la rencontre des personnes en situation de grande précarité ou personnes très démunies, là où elles vivent, de mettre en œuvre des modalités d'accompagnement dans une approche d'aller vers quelle que soit leur situation administrative. Les ESSIP dispensent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et des soins relationnels à des personnes en situation de grande précarité ou très démunies.

Les EMSP permettent d'aller à la rencontre de personnes en situation de grande précarité ou très démunies, là où elles vivent, et de mettre en œuvre des modalités d'accompagnement dans une approche « d'aller vers », quelle que soit leur situation administrative. Ces équipes dispensent des soins adaptés, réalisent des bilans de santé, concourent à l'éducation à la santé et à l'éducation thérapeutique des personnes accompagnées, proposent un accompagnement global adapté aux besoins des personnes.

Actuellement, la région dispose de 8 LHSS mobiles et 9 ESSIP. Aucune EMSP n'est installée dans la région.

L'objectif est d'équilibrer les taux d'équipement par territoire de démocratie sanitaire.

Tableau des objectifs cibles à 5 ans



Territoire de démocratie sanitaire	Nombre de dispositif Aller Vers (LHSS mobile, EMSP, ESSIP)	Taux d'équipement	Évolution à 5 ans	Taux d'équipement à 5 ans
Métropole Flandres	3	0,18	6	0,37
Hainaut	2	0,2	4	0,41
Pas-de-Calais	6	0,41	8	0,55
Aisne	1	0,19	3	0,56
Somme	2	0,36	3	0,53
Oise	3	0,35	4	0,48

#### Les **Lits halte soins santé (LHSS) de jour**

Les LHSS de jour offrent une prise en charge sanitaire et sociale à des personnes sans domicile fixe dont l'état de santé physique ou psychique nécessite des soins ou un temps de convalescence sans justifier d'une hospitalisation.

Actuellement, aucun LHSS de jour n'est installé dans la région.

L'objectif est d'en déployer 2 par territoire de démocratie sanitaire.

Tableau des objectifs cibles à 5 ans

Territoire de démocratie sanitaire	Nombre d'implantation	Évolution à 5 ans
Métropole Flandres	0	2
Hainaut	0	2
Pas-de-Calais	0	2
Aisne	0	2
Somme	0	2
Oise	0	2

## GLOSSAIRE

---

3C : Centre de coordination en cancérologie  
AAP : Appels à projets  
ACI : Accord conventionnel interprofessionnel  
ADAV : Association droit au vélo  
AIT : Accident ischémique transitoire  
AJ : Accueil de jour  
AJA : Adolescents et jeunes Adultes  
ALD : Affection de longue durée  
AME : Aide médicale d'État  
AMP : Assistance médicale à la procréation  
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux  
ANS : Agence du numérique en santé  
APA : Activité physique adaptée  
AREFIE : Association régionale des élus pour la formation, l'insertion et l'emploi  
ARIANES : Association pour la recherche en imagerie avancée en neurosciences et santé mentale  
ARMS : Adulte relais médiateur santé  
ARS : Agence régionale de santé  
ASE : Aide sociale à l'enfance  
ASSURE : Amélioration des soins d'urgence en EHPAD et à domicile  
ASV : Adaptation de la société au vieillissement  
AUMG : Assistants universitaires de médecine générale  
AVC : Accident vasculaire-cérébral  
AViQ : Agence pour une vie de qualité  
BHRe : Bactérie Hautement Résistante émergente  
BMR : Bactérie Multi Résistante  
BMT : Bactéries magnétotactique  
BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive  
C2S : Complémentaire santé solidaire  
CAARUD : Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues  
CADOR : Comité d'animation de la donnée en région  
CAF : Caisse d'allocations familiales  
CAMPS : Centre d'action médico-sociale précoce  
CARSAT : Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail  
CATP : Centres d'accueil thérapeutique à temps partiel  
CCAS : Centre communal d'action sociale  
CCPP : Commission de coordination des politiques publiques  
CCRPA : Conseil consultatif des personnes accueillies et accompagnées  
CCRPA : Conseil consultatif régional des personnes accueillies et accompagnées  
CD : Conseil départemental  
CDAG : Centre de dépistage anonymes et gratuits  
CDAPH : Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées  
CDFPPA : Conférence départementales des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie  
CDOM : Conseil départemental de l'ordre des médecins  
CDS : Centre de santé  
CDU : Commission des usagers  
CEGIDD : Centres gratuits d'information, de dépistage et de diagnostic  
CEREMA : Centre d'études et d'expertise sur les risques, l'environnement, la mobilité et l'aménagement  
CES : Centre d'examen de santé  
CESP : Contrat d'engagement de service public  
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale  
CHU : Centre hospitalier universitaire  
CI : Conditions d'implantation  
CIH : Comité interministériel du handicap  
CIRE : Cellule interrégionale d'épidémiologie (antenne de l'InVS en région)

Projet régional de santé – Schéma régional de santé 2023-2028 – Version soumise à consultation

CJC : Consultations jeunes consommateurs  
 CLAT : Centre de lutte contre la tuberculose  
 CLCC : Centre de lutte contre le cancer  
 CLS : Contrat local de santé  
 CLSM : Conseil local de santé mentale  
 CMEI : Conseiller en environnement intérieur  
 CMP : Centre médico-psychologique  
 CMPP : Centre médico-psychologique-pédagogique  
 CNFTPT : Centre national de la fonction publique territoriale  
 CNH : Conférence nationale du handicap  
 CNR : Conseil national de la refondation  
 CNS : Conférence nationale de santé  
 CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie  
 COG : Convention d'objectifs et de gestion  
 COMET : Programme de convergence du numérique avec la doctrine nationale  
 COREB : Coordination opérationnelle risque épidémique et biologique  
 COREVIH : Comité de coordination de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles et le virus de l'immunodéficience humaine  
 COS : Cadre d'orientations stratégiques  
 COTIS : Comité opérationnels territorial d'investissement en santé  
 CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie  
 CPDPPE : Contrat départemental de prévention et de protection de l'enfance  
 CPEF : Centre de planification ou d'éducation familiale  
 CPias : Centre de prévention des infections associées aux soins  
 CPOM : Contrat pluriannuel d'objectif et de moyen  
 CPP : Centre périnatal de proximité  
 CPRAF : Cellules de prévention de la radicalisation et d'accompagnement des familles  
 CPS : Compétences psychosociales  
 CPTS : Communautés professionnelles territoriales de santé  
 CRAtb : Centre régional en antibiothérapie  
 CRCDC : Centre régional de coordination des dépistages des cancers  
 CREHPSY : Centre de ressources sur le handicap psychique  
 CREM : Centre ressource régional en écomobilité  
 CRIS : Comité régional d'investissements en santé  
 CROUS : Centre régional des œuvres universitaires et scolaires  
 CRPPE : Centre régional de pathologies professionnelles et environnementales  
 CRRP : Cellule régional de régulation périnatale  
 CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie  
 CRT : Centre de ressources territorial  
 CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie  
 CSDU : Commission spécialisée droit des usagers  
 CSMS : Commission spécialisée médico-sociale  
 CSNP : Centre de soins non programmés  
 CSO : Centre spécialisé dans la prise en charge de l'obésité  
 CSOS : Commission spécialisée de l'organisation des soins  
 CSP : Commission spécialisée de prévention  
 CSPHF : Coordination s soins palliatifs Hauts-de-France  
 CTEES : Conseillers en transition énergétique et écologique en santé  
 CTF : Conditions techniques de fonctionnement  
 CTS : Conseil territorial de santé  
 CUMP : Cellules d'urgence médico-psychologique  
 CVS : Conseil de vie social  
 DAC : Dispositifs d'appui à la coordination  
 DAR : Dispositifs d'autorégulation  
 DASMO : Dispositifs d'accompagnement et de soins en milieu ordinaire  
 DCC : Dossier communicant de cancérologie

DDETS : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités  
 DDPJJ : Direction départementale de la protection judiciaire de la jeunesse  
 DDT : Direction départementale des territoires  
 DER : Dispositif expert régional  
 DES : Diplôme d'études spécialisées  
 DGCS : Direction générale de la cohésion sociale  
 DGOS : Direction générale de l'offre de soins  
 DIME : Dispositif médico éducatif  
 DIR/DDPJ : Direction interrégionale/directions départementales de la protection judiciaire de la jeunesse  
 DMP : Dossier médical partagé  
 DNS : Domain Name System  
 DOCCR : Dépistage organisé du cancer colorectal  
 DOCCU : Dépistage organisé du cancer du col de l'utérus  
 DPN : Diagnostic prénatal  
 DRAAF : Direction régionale de l'Alimentation, de l'Agriculture et de la Forêt  
 DRADeS : Groupement régional d'appui au développement de la e-santé  
 DRAJES : Délégations régionales académiques à la jeunesse, à l'engagement et aux sports  
 DREAL : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement  
 DREETS : Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités  
 DSDEN : Direction des services départementaux de l'Éducation nationale  
 DSR : Dispositif spécifique régional  
 DSRC : Dispositif spécifique régional du cancer  
 DTP : Diagnostics territoriaux partagés  
 ECEPE : Équipe mobile du centre expert Parkinson pour les ehpad  
 EDCH : Eaux destinées à la consommation humaine  
 EES : Éducation en santé  
 EHPAD : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes  
 EIGS : Événements indésirables graves associés aux soins  
 ELSA : Équipe de liaison et de soins en addictologie  
 EMA : Équipe multidisciplinaire en antibiothérapie  
 EMAS : Équipe mobile académique de sécurité  
 EMAS : Équipe mobile d'appui médico-social à la scolarisation  
 EMH : Équipe mobile d'hygiène  
 EML : Équipements matériels lourds  
 EMSP : Équipes mobiles de soins palliatifs  
 EN : Éducation nationale  
 EOH : Équipe opérationnelle d'hygiène  
 EPCI : Établissement public de coopération intercommunale  
 EPNP : Entretien post-natal précoce  
 EPP : Entretien prénatal précoce  
 EPSM : Établissement public de santé mentale  
 EQIS : Évaluation quantitative d'impact sur la santé  
 ERRSPP : Équipes ressources régionales en soins palliatifs pédiatriques  
 ESA : Équipe spécialisée Alzheimer  
 ESAD : Équipe spécialisée Alzheimer à domicile  
 ESAT : Établissement et service d'aide par le travail  
 ESMP : Établissement public de santé mentale  
 ESMS : Établissements et services sociaux et médico-sociaux  
 ESP : Équipes de soins primaires  
 ESPRAD : Équipe spécialisée dans la prévention, réadaptation à domicile  
 ESPrévE : Équipes spécialisées de prévention inter- EHPAD  
 ESS : Équipe de soins spécialisés  
 ETP : Éducation thérapeutique du patient  
 F2RSM : Fédération régionale de recherche en santé mentale  
 FALC : Facile à lire et à comprendre

FEMAS : Fédération Régionale des structures d'exercice coordonné en Hauts-de-France  
 FESUM : Fédération des services d'urgences de la main  
 FFC : Fédération française de cardiologie  
 FGSU : Formation aux gestes et soins d'urgence  
 FIOF : Fond d'innovation organisationnel en santé mentale  
 FIV : Fécondation in vitro  
 FNARS : Fédération nationale des associations d'accueil et de réinsertion sociale  
 FST : Formation spécifique transversale  
 FVV : Femmes victimes de violences  
 GED : Groupes d'évaluation départemental  
 GEM : Groupe d'entraide mutuelle  
 GEPS : Groupement d'études et de prévention du suicide  
 GHT : Groupements hospitaliers de territoire  
 GIE : Groupements d'intérêt économique  
 GIP : Groupement d'intérêt public  
 GO : Gynécologie-obstétrique  
 GRADeS : Groupement régional d'appui au développement de la e-santé  
 HAD : Hospitalisation à domicile  
 HAS : Haute Autorité de Santé  
 HC : Hospitalisation complète  
 HDF : Haut-de-France  
 HDJ : Hôpital de jour / Hospitalisation de jour  
 HOP'EN : Hôpital numérique ouvert sur son environnement  
 HPV : Papillomavirus humains  
 HTA : Hypertension artérielle  
 HTM : Hébergements temporaires modulables  
 HTSH : Hébergement temporaires en sortie d'hospitalisation  
 IAE : Insertion par l'activité économique  
 IAS : Infections associées aux soins  
 IC : Insuffisance cardiaque  
 IDE : Infirmier diplômé d'État  
 IGAS : Inspection générale des affaires sociales  
 INS : Identité nationale de santé  
 INSET : Institut national spécialisé d'études territoriales  
 IPA : Infirmier en pratique avancée  
 IQSS : Indicateurs de qualité et de sécurité des soins  
 IRM : Imagerie par résonance magnétique  
 IST : Infections sexuellement transmissibles  
 LBM : Laboratoire de biologie médicale  
 LISP : Lit identifié de soins palliatifs  
 MAMA : Maladie Alzheimer et maladie apparentées  
 MCV : Maladie cardio-vasculaire  
 MDA : Maison des adolescents  
 MDPH : Maison départementale pour les personnes handicapées  
 MDS : Maisons départementales des solidarités  
 MG : Médecin généraliste  
 ML : Médecine libérale  
 MND : Maladies neuro-dégénératives  
 MOA : Maîtrise d'ouvrage  
 MSA : Mutualité sociale agricole  
 MSP : Maison de santé pluridisciplinaire  
 MSS : Maison sport santé  
 MSS : Messagerie sécurisée en santé  
 MSU : Maître de stage des universités  
 OFB : Office français de la biodiversité

OIR : Organisation interrégionale de recours en oncologie pédiatrique  
 OMEDIT : Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques  
 OMS : Organisation mondiale de la santé  
 ONDAM : Objectif national des dépenses d'assurance maladie  
 OP : Objectif opérationnel  
 OPCO : Opérateurs de compétences  
 ORSAN : Organisation de la réponse du système de santé en situations sanitaires exceptionnelles  
 ORSEC : Organisation de la Réponse de sécurité civile  
 ORU : Observatoire régional des urgences  
 OSCOUR : Organisation de la surveillance coordonnée des urgences  
 OSE : Opérateurs de services essentiels  
 PAPRAPS : Plan d'action pluriannuel régional de l'amélioration de la pertinence des soins  
 PARC-SeP : Plateforme d'accompagnement, de ressources et de coordination pour la sclérose en plaques et la maladie de parkinson  
 PASA : Pôle d'activités et de soins adaptés  
 PASS : Permanences d'accès aux soins de santé  
 PAT : Projet alimentaire territorial  
 PCI : Percutaneous coronary intervention  
 PCO : Plateformes de coordination et d'orientation  
 PDC : Pas-de-Calais  
 PDS : Permanence des soins  
 PDSES : Permanence des soins en établissements de santé  
 PECH : Prime d'engagement pour la carrière hospitalière  
 PET : Prime d'exercice territorial  
 PFR : Plateformes d'accompagnement et de répit  
 PGSSE : Plan de gestion de la sécurité sanitaire des eaux  
 PH : Personnes en situation de handicap  
 PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse  
 PLFSS : Projet de loi de financement de la Sécurité sociale  
 PLIE : Plans locaux pluriannuels pour l'insertion et l'emploi  
 PMA : Procréation médicalement assistée  
 PMI : Protection maternelle et infantile  
 PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information  
 PNA : Programme national pour l'alimentation  
 PNACC : Plan national d'adaptation au changement climatique  
 PNAD : Plan national achats durables  
 PNNS : Plan national nutrition santé  
 PNPR : Plan national de prévention de la radicalisation  
 PNRT : Programme national de réduction du tabagisme  
 PNSE : Plan national santé environnement  
 PPA : Plan de protection de l'atmosphère  
 PPI : Plans particuliers d'intervention  
 PPS : Prévention promotion de la santé  
 PPSMJ : Personnes placées sous main de justice  
 PRADO : Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation  
 PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies  
 PREPA : Plan national de réduction des émissions des polluants atmosphériques  
 PRERAC : Plateforme régionale d'expertise de ressources et d'appui à la coordination  
 PREVENIR : PREvention ENvironnement Reproduction  
 PRIAC : Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie  
 PRPDE : Personne responsable de la production et distribution de l'eau  
 PRS : Projet régional de santé  
 PRSE : Plan régional santé environnement  
 PRST : Plan régional santé au travail  
 PRVUS : Plateforme régionale de veille et d'urgence sanitaires  
 PSSM : Premier secours en santé mentale

PST : Prime de solidarité territoriale  
PTSM : Projet territorial de santé mentale  
PU-PH : Professeur des universités-praticien hospitalier  
QVT : Qualité de vie au travail  
RAPT : Réponse accompagnée pour tous  
RBPP : Recommandations de bonnes pratiques professionnelles  
RCP : Réunion de concertation pluridisciplinaire  
RDR : Réduction des risques  
RGPD : Règlement général sur la protection des données  
RMM : Revues de mortalité et de morbidité  
RNSA : Réseau national de surveillance aérobiologique  
ROR : Répertoire opérationnel des ressources  
ROSP : Rémunération sur les objectifs de santé publique  
RRéVA : Réseau régional de vigilances et d'appui  
RSSI : Responsable de la sécurité des systèmes d'information  
SA : Semaines d'aménorrhée  
SAD : Services autonomie à domicile  
SAMU : Services d'aide médicale urgente  
SAS : Service d'accès aux soins  
SAU : Service d'accueil d'urgence  
SCA : Syndrome coronarien aigu  
SCM : Sociétés civiles de moyens  
SDC : Structures de la douleur chronique  
SDIS : Service départemental d'incendie et de secours  
SEP : Sclérose en plaques  
SESSAD : Service d'éducation spéciale et de soins à domicile  
SF : Sage-femme  
SIOS : Schémas inter-régionaux de l'organisation des soins  
SMPR : Service médico-psychologique régional  
SMR : Soins médicaux et de réadaptation  
SMUR : Structure mobile d'urgence et de réanimation  
SNBC : Stratégie nationale bas-carbone  
SNS : Stratégie nationale de santé  
SONS : Système ouvert et non sélectif  
SpF : Santé publique France  
SPIP : Services pénitentiaires insertion et probation  
SPIS : Service public d'information en santé  
SRADDET : Schéma régional d'aménagement, de développement durable et d'égalité des territoires  
SRS : Schéma régional santé  
SSE : Situation sanitaire exceptionnelle  
SSES : Service sanitaire des étudiants en santé  
SSIAD : Service de soins infirmiers à domicile  
SSR : Soins de suite et de réadaptation  
SSU : Services de santé universitaires  
StARCC : Structuration de la recherche clinique en cancérologie  
SUN - ES : Ségur usage numérique en établissements de santé  
TCA : Troubles du comportement alimentaire  
TND : Troubles du neurodéveloppement  
TROD : Tests rapides d'orientation diagnostique  
TS : Tentative de suicide  
TSA : Trouble du spectre de l'autisme  
TSMS : Traitements médicamenteux systémiques du cancer  
UAA : Unité d'autodialyse simple ou assistée  
UAPED : Unité d'accueil pédiatrique enfants en danger  
UAS : Unité d'accompagnement et de soutien

UCC : Unité cognitivo-comportementale  
UCOG : Unité de coordination en oncogériatrie  
UDM : Unité de dialyse médicalisée  
UEEA : Unités d'enseignement élémentaire autisme  
UEMA : Unités d'enseignement en maternelle autisme  
UFS : Urbanisme favorable à la santé  
UHCD : Unité d'hospitalisation de courte durée  
UHR : Unité d'hébergement renforcée  
UHSA : Unités hospitalières spécialement aménagées  
UHSI : Unités hospitalières sécurisées interrégionales  
UMD : Unités pour malades difficiles  
UMHP : Unités mobiles hospitalières paramédicalisées  
UNV : Unité neuro-vasculaire  
UPOG : Unité péri-opératoire gériatrique  
UPUG : Unité post-urgence gériatrique  
URPS : Union régionale des Professionnels de Santé  
USC : Unité de soins continus  
USI : Unité de soins intensifs  
USIC : Unité de soins intensifs de cardiologie  
USINV : Unité de soins intensifs neurovasculaires  
USIP : Unité de soins intensifs polyvalents  
USLD : Unités de soins de longue durée  
USMP : Unité sanitaire en milieu pénitentiaire  
USP : Unité de soins palliatifs  
UVA : Unités de vie Alzheimer  
VAE : Validation des acquis de l'expérience  
VHB : Virus de l'hépatite B  
VIH : Virus de l'Immunodéficience humaine  
ZOAST : Zones organisées d'accès aux soins transfrontaliers





# PROJET REGIONAL DE SANTE HAUTS-DE-FRANCE

---

## REVISION DU PROGRAMME RÉGIONAL D'ACCÈS À LA PRÉVENTION ET AUX SOINS DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

Version soumise à la consultation  
13 juillet 2023

## SOMMAIRE

---

<b>Introduction .....</b>	<b>2</b>
<b>Diagnostic socio sanitaire.....</b>	<b>5</b>
<b>Les problématiques.....</b>	<b>12</b>
<b>Les objectifs opérationnels.....</b>	<b>13</b>
Objectif opérationnel 1 : intensifier la lutte contre le renoncement et les retards de soins sur l'ensemble du territoire .....	14
Objectif opérationnel 2 : déployer des projets d'inclusion numérique et inclure du numérique dans les dispositifs d'inclusion en santé.....	15
Objectif opérationnel 3 : poursuivre le renforcement de l'offre spécifique de santé pour les personnes en grande précarité, dans une logique de parcours à l'échelle des territoires et pour un relais vers le droit commun de la santé.....	16
Objectif opérationnel 4 : poursuivre le décloisonnement des politiques publiques et des acteurs .....	18
Objectif opérationnel 5 : définir et déployer une stratégie d'actions pour garantir la prise en compte de la parole et de l'expertise des personnes les plus démunies .....	19
<b>Annexes .....</b>	<b>20</b>
<b>Glossaire .....</b>	<b>39</b>

## INTRODUCTION

---

Créé par la loi d'orientation relative à la lutte contre les exclusions de 1998, le programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) a été conforté par la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 comme l'unique programme obligatoire du projet régional de santé (PRS).

Le PRAPS est révisé sur le même calendrier que le Schéma régional de santé (SRS) dont il constitue un des objectifs généraux (OG 8) en réponse à l'enjeu transversal de réduction des inégalités sociales de santé du PRS.

**L'ensemble des problématiques, des objectifs et des actions définis en 2018 ont été réinterrogés au regard du bilan de la mise en œuvre du PRAPS 2018-2023, de l'évolution du contexte socio-sanitaire, des enseignements de la crise sanitaire et enfin des perspectives annoncées du Pacte des Solidarités.**

Le PRAPS privilégie une approche des besoins de santé des populations à travers le prisme des parcours de santé. Cette approche permet ainsi l'observation et l'identification des points de ruptures des prises en charge, des causes de non recours aux soins. Ainsi, parmi les parcours et thématiques de santé structurant le SRS, certains devront s'attacher, dans leur mise en œuvre, à poursuivre ou développer une attention particulière en faveur des populations précaires (addictions, santé mentale, jeunes, parcours des 1000 premiers jours, prévention et promotion de la santé, ...).

Il favorise, dans une logique de parcours, la coordination des politiques publiques intersectorielles autour des inégalités sociales de santé (logement, emploi, éducation, santé, sociales et médico-sociales ...), dont l'aggravation a été mise en évidence par la crise COVID19.

**C'est pourquoi, dans la continuité des engagements pris pour 2018-2023, le PRAPS devra concourir de manière resserrée aux ambitions du Pacte des solidarités dans une approche préventive et interministérielle de la lutte contre la pauvreté en anticipation de la reproduction et du basculement dans la pauvreté.**

Le PRAPS doit permettre une articulation efficiente de la politique régionale de santé avec toutes les réformes et chantiers structurants à l'œuvre : service public de la rue au logement, service public de la petite enfance, France Travail...

Consolidés notamment par les enjeux de protection des plus vulnérables lors de la crise COVID, les liens avec la Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités (DREETS) et le réseau des Directions départementales de l'emploi, du travail et des solidarités (DDETS) sous l'égide de la commissaire à la lutte contre la pauvreté en seront un facteur de réussite.

**Aussi, en tant qu'interface avec le Pacte des Solidarités, une vigilance sera portée à la transversalité du PRAPS et sa complémentarité avec les objectifs du SRS mais aussi avec les outils de territorialisation de ce dernier, au premier rang desquels les Contrats locaux de santé (CLS).**

Dans ce cadre, le diagnostic actualisé du PRAPS (annexe) produit par l'observatoire régional de la santé et du social (OR2S) sera mis à disposition des travaux de diagnostic et de contractualisation, à l'échelle de chaque département, relatifs au déploiement du Pacte des solidarités piloté par la commissaire à la lutte contre la pauvreté.

La stratégie d'actions du PRAPS 2023-2028 s'articule autour des 5 objectifs opérationnels suivants :

- intensifier la lutte contre le renoncement et les retards de soins sur l'ensemble du territoire ;
- déployer des projets d'inclusion numérique et inclure du numérique dans les dispositifs d'inclusion en santé ;
- poursuivre le renforcement de l'offre spécifique de santé, pour les personnes en grande précarité, dans une logique de parcours à l'échelle des territoires et pour un relais vers le droit commun de la santé,
- poursuivre le décloisonnement des acteurs et des politiques publiques ;
- définir et déployer une stratégie d'actions pour garantir la prise en compte de la parole et de l'expertise des plus démunis.

**Ces objectifs seront traduits dans un plan d'actions à 5 ans dans lequel, de façon transversale, la prise en compte de la parole et de l'expertise des personnes concernées sera levier de réussite.**

Le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre de ce plan d'actions sera assuré par le comité régional de réduction des inégalités sociales de santé installé en 2021 pour renforcer le cadre de gouvernance stratégique de la lutte contre ces inégalités. Dans la région, le choix a été fait d'une co-animation ARS et commissaire à la lutte contre la pauvreté.

**Afin de garantir la transversalité et la cohérence des politiques de santé dans la région, l'Assurance Maladie co-pilote de ce programme, sera étroitement associée à l'animation de ce comité régional.**

L'ARS pourra s'appuyer sur ce cadre renforcé de gouvernance pour consolider sa stratégie de lutte contre les inégalités de santé et innover en matière d'action intersectorielle sur les déterminants de santé, levier du virage préventif attendu du système de santé.

## LIENS AVEC LES OBJECTIFS GÉNÉRAUX

Objectif général 1 « Porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France »  
Objectif général 2 « Promouvoir un environnement favorable à la santé »  
Objectif général 3 « Développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète »  
Objectif général 4 « Favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge »  
Objectif général 5 « Prévenir et agir face aux conduites addictives »  
Objectif général 6 « Optimiser le parcours des personnes atteintes de maladies cardio-neurovasculaires ou respiratoires sévères »  
Objectif général 7 « Réduire les inégalités sociales et territoriales liées au cancer »  
Objectif général 11 « Déployer le parcours des 1000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant »  
Objectif général 12 « Promouvoir la santé des jeunes »  
Objectif général 13 « Accompagner le vieillissement et soutenir les aidants »  
Objectif général 14 « Promouvoir les parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap »  
Objectif général 15 « Garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires »  
Objectif général 16 « Garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences »  
Objectif général 20 « Poursuivre le développement du numérique au service de l'accès aux soins dans les territoires »  
Objectif général 21 « Mettre en œuvre les innovations du conseil national de la refondation et déployer des feuilles de route territoriales »  
Objectif général 22 « Faire alliance avec les partenaires pour la prévention et l'attractivité des métiers »  
Objectif général 24 « Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie sanitaire »

Afin de faciliter la lecture, l'approche étant transversale aux secteurs de la santé, des logos ont été mis en place pour savoir dans quels secteurs s'inscrit chaque objectif.

Ainsi les logos sont les suivants :



## DIAGNOSTIC SOCIO SANITAIRE

---

**Le diagnostic du PRAPS a pour objectif d'aider les acteurs intervenant auprès des populations démunies à mieux cibler leur action dans les territoires prioritaires, en matière d'accès à la prévention et aux soins.**

Ce document a été réalisé par l'observatoire régional de la santé et du social de Picardie (OR2S). Il s'inscrit dans la démarche globale de diagnostic du PRS 2 d'analyse et d'appui à la définition de priorités. Il se situe au croisement du diagnostic territorialisé des Hauts-de-France et des diagnostics territoriaux conduits dans le cadre des conseils territoriaux de santé.

Une typologie sociale a été réalisée sur l'ensemble des communes des Hauts-de-France, l'objectif étant de regrouper dans une même classe (ou profil) celles qui présentent des caractéristiques proches. Elle repose sur huit indicateurs\* traitant de thématiques variées du domaine social.

Un point de vigilance sur la lecture de ce diagnostic : l'analyse porte sur des indicateurs agrégés par commune, aussi le fait qu'une classe présente la situation la plus défavorable de la zone d'analyse (l'ensemble des Hauts-de-France) ne signifie pas que l'ensemble de la population est dans une situation plus précaire, mais qu'une part plus importante de la population vivant dans ces zones se retrouve dans une telle situation. Ce diagnostic permet donc de localiser les zones qui concentrent une part importante de précarité et de mesurer le poids de leur population entre et au sein de chaque département de la région.

Aussi, pour chaque type de profil, le diagnostic dresse les principales caractéristiques socio-démographiques et les quelques indications sanitaires majeures (espérance de vie, mortalité par pathologies, etc.). Cette analyse détaillée de chaque profil de communes se situe en annexe. Si le diagnostic souligne combien le lien entre situation sociale et état de santé est fort, il permet également de voir comment varient ces indicateurs entre départements à profil de communes identique. Il permet ainsi d'affiner les stratégies de déclinaison territoriale du PRS.

**Ce diagnostic régional constitue un référentiel commun d'identification de territoires prioritaires permettant de décliner les objectifs généraux du SRS et leurs plans d'action, afin de contribuer à la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé**

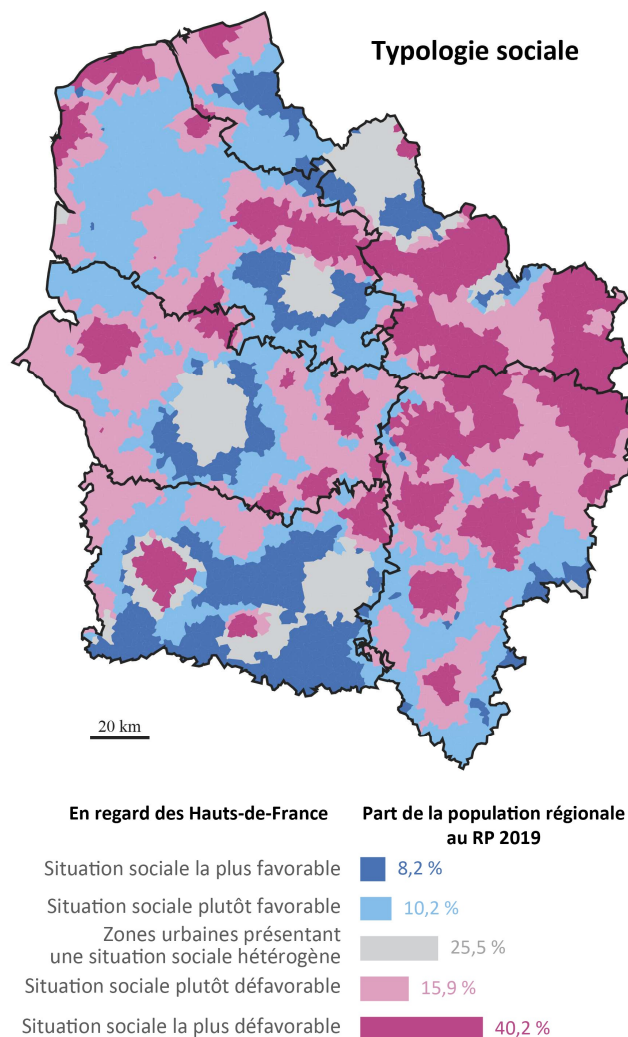
Les cibles seront les territoires à situation sociale défavorable ainsi que les territoires prioritaires de la politique de la ville.

Néanmoins, il est possible que la territorialisation de certaines actions se définisse en dehors de ce cadre lorsqu'elles disposent de leurs propres indicateurs de référence et/ou plus pertinents.

## PROFIL SOCIAL DE LA RÉGION DES HAUTS-DE-FRANCE

Les territoires des Hauts-de-France ne sont pas homogènes quant à leur population dans nombre de domaines, notamment pour ce qui est du gradient social. Toutefois, il existe des similitudes entre territoires, sans pour autant que ceux-ci soient nécessairement contigus. Une méthode permet un découpage maximisant les écarts entre groupes - la classification ascendante hiérarchique - et, dans le cas présent, avec un nombre de classes, le plus approprié, de cinq. La typologie obtenue fait ressortir deux groupes caractérisés par une situation sociale défavorable, la plus défavorable concernant deux habitants sur cinq<sup>1</sup>. De l'autre côté de l'échelle, deux classes comprennent des communes avec une situation sociale favorable en regard du reste de la région ; cela concerne moins d'un habitant sur cinq. Entre les deux, une classe est relativement hétérogène avec notamment de forts contrastes entre les villes et leur périphérie, d'une part, et entre les villes elles-mêmes, d'autre part.

### Deux habitants sur cinq domiciliés dans une commune où la situation sociale est la plus défavorable



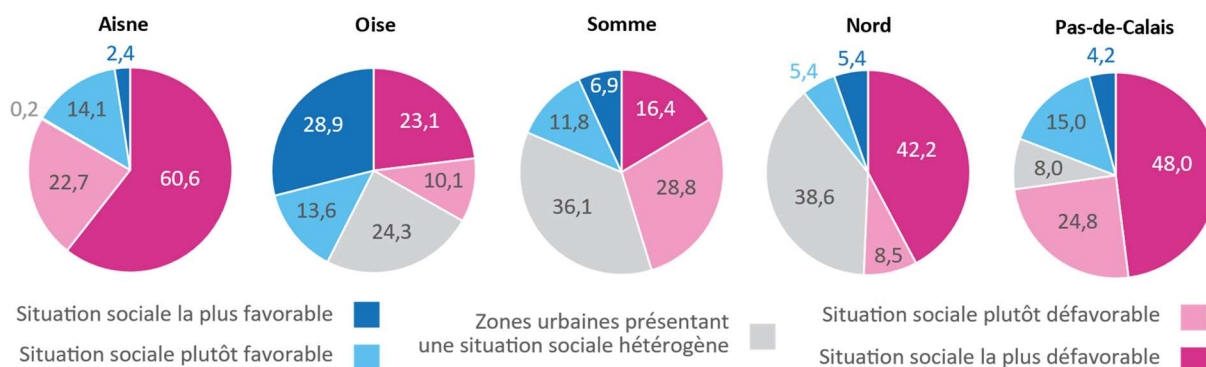
Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFIP - Exploitation OR2S

<sup>1</sup> Un point de vigilance est à apporter sur la lecture de ce document : l'analyse porte sur des indicateurs agrégés par commune ; aussi, le fait qu'une classe présente la situation la plus défavorable de la zone d'analyse ne signifie pas que l'ensemble de la population est dans une situation plus précaire, mais qu'une part plus importante de la population vivant dans ces zones se retrouve dans une telle situation.

Comme cela est titré à la page précédente, la classe rassemblant le maximum d'habitants est celle dont la situation sociale est la plus défavorable, ses communes regroupant quelque 40 % des habitants de la région. En ajoutant ceux des communes au profil plutôt défavorable, 56 % des habitants des Hauts-de-France sont domiciliés dans une commune présentant une situation sociale fragile, ce qui concerne de fait 3,36 millions d'habitants (sur les quelque 6 millions au 1<sup>er</sup> janvier 2019). Un habitant sur quatre est rattaché à la classe des zones urbaines dont la situation sociale est hétérogène et un sur douze à la classe dont la situation sociale est la plus favorable. Enfin, un habitant sur dix est domicilié dans une commune au profil social plutôt favorable.

La répartition de la population suivant la classe sociale est très disparate selon les départements comme le font ressortir les illustrations ci-dessous. Ainsi, l'Oise est le département qui compte la plus faible part d'habitants domiciliés dans une commune appartenant à l'une des deux classes les moins favorisées (un tiers) et, à l'inverse, plus de deux personnes sur cinq vivent dans une commune d'une des deux classes socialement plus favorisées (2,3 fois moins pour l'ensemble de la région). Cinq Axonais sur six sont domiciliés dans une commune classée dans une des deux classes ayant les indicateurs sociaux les plus défavorisés, et près des trois quarts des personnes pour le Pas-de-Calais. Si souvent les communes ayant les caractéristiques sociales les plus défavorisées sont situées au niveau de certains pôles plus urbanisés, des zones plus rurales de l'Aisne appartiennent également à cette classe, notamment dans une grande partie du nord du département. Dans la continuité géographique de cette zone de l'Aisne, le sud-est du département du Nord se retrouve dans une situation sociale particulièrement dégradée, ce qui est moins le cas dans l'ouest. Pour la Somme, la partie centrale autour du pôle amiénois se retrouve dans la classe intermédiaire (plus d'un tiers de la population du département), se distinguant des zones de l'ouest et de l'est, communes situées essentiellement dans la classe plutôt défavorable. Le pourcentage de cette dernière classe est le plus élevé de tous les départements, représentant le double du poids de cette classe dans les quatre autres départements.

### Répartition de la population départementale au RP 2019, selon le profil social



Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP - Exploitation OR25

#### Indicateurs retenus pour réaliser la typologie sociale

- taux de fécondité des jeunes femmes de 12-20 ans en 2015-2021 (Insee)
- part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans au RP 2019 (Insee)
- part de foyers fiscaux non imposés sur le revenu de 2020 (ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP)\*
- taux de chômage au RP 2019 (Insee)
- part de jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire pas ou peu diplômés au RP 2019 (Insee)
- part de cadres et professions intellectuelles supérieures occupés au RP 2019 (Insee)
- taux d'allocataires du RSA au 31 décembre 2021 (CCMSA, Cnaf, Insee)
- taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH au 31 décembre 2021 (CCMSA, Cnaf, Insee)

\* Au moment de la réalisation de la typologie sociale, les données pour les revenus de 2021 n'étaient pas encore disponibles.



## SYNTHÈSE

La classification ascendante hiérarchique, obtenue à partir de huit indicateurs (couvrant des thématiques variées) qui avaient déjà été retenus lors de l'accompagnement du Praps 2018-2023, met en avant les spécificités sociales et territoriales des Hauts-de-France. Comme antérieurement, cette typologie s'avère optimisée par un découpage en cinq groupes, chacun présentant des particularités propres.

Toutefois, quel que soit le nombre proposé, il ne prend un sens qu'en comparaison avec d'autres valeurs<sup>2</sup>. Ainsi, pour chaque classe explicitée en annexes, les comparaisons sont déclinées sur plusieurs territoires. De manière classique, elles sont proposées en regard des deux territoires de référence que sont l'ensemble des Hauts-de-France et la France hexagonale. Le deuxième type de comparaison se fait vis-à-vis des autres classes, mais, compte tenu de certaines valeurs, la comparaison avec le reste de la région, soit les quatre autres classes regroupées, est une information s'avérant parfois judicieuse. Enfin, les critères de construction de la typologie ont été appliqués à la France hexagonale, ce qui a permis une même analyse pour l'ensemble des régions et pour un regroupement de régions. C'est ainsi que toutes les régions de France hexagonale ont été regroupées, hormis naturellement les Hauts-de-France, mais aussi l'Île-de-France, si particulière pour nombre d'indicateurs. Les tableaux figurant en fin des annexes permettent à tout un chacun de se rendre compte des écarts entre territoires sur quelques indicateurs socio-démographiques, de densité en professionnels de santé et de mortalité.

Le premier constat qui ressort est que les Hauts-de-France en regard de ce reste de la France présentent une grande fragilité sociale, complétée d'un médiocre état de santé.

Ainsi, les deux classes les plus précaires regroupent 56 % de la population contre un peu plus de 20 % dans ce reste de la France, la différence la plus sensible provenant de la classe sociale la plus défavorable (respectivement 40 % de la population contre 7 %). Cela est d'autant à relativiser que les indicateurs sont souvent meilleurs dans le domaine social pour la classe du reste de la France. Deux exemples pour bien se rendre compte des différences entre ces deux classes au détriment du local : le revenu moyen par foyer fiscal est inférieur de près de 2 000 € et le taux de chômage des 15-24 ans supérieur de plus de 5 points entre la classe la plus défavorable des Hauts-de-France et celle identique du reste de la France.

À l'opposé, les deux classes présentant les situations sociales les plus favorables agrègent un peu plus de 18 % de la population régionale contre 20 points de plus dans le reste de la France, dont 12 points pour la seule classe la plus favorable. Contrairement au constat précédent, les différences pour les indicateurs sociaux ne se font pas au détriment des habitants des Hauts-de-France, certains indicateurs s'avérant meilleurs, mais l'amplitude populationnelle du groupe national n'est sûrement pas anodine dans l'obtention de ces résultats.

En revanche, les différences sur les aspects sanitaires entre les deux classes les plus favorables, mais qui se retrouvent dans toutes les autres, que ce soit pour les densités en professionnels de santé ou pour les indicateurs de mortalité, sont toujours au détriment du local. Ce constat peut être illustré à travers deux exemples : la densité en infirmiers est inférieure de 44 points et le surplus de mortalité par pathologies liées à une consommation d'alcool chez les femmes supérieur de 36 points. Sur tous les indicateurs analysés dans le domaine sanitaire, seules deux situations sont inversées : dans la classe intermédiaire, la densité de médecins généralistes libéraux est légèrement supérieure localement et, pour la mortalité, seule celle des femmes pour les pathologies liées à la consommation de tabac appartenant à la classe sociale la plus défavorable se situe légèrement en dessous. C'est toujours pour les décès féminins liés à ces dernières pathologies qu'est enregistré un taux moindre à la valeur de la France hexagonale : il s'agit en l'occurrence de la classe intermédiaire.

Ces quelques valeurs montrent combien la situation régionale demeure préoccupante, y compris en segmentant la population en regard d'indicateurs sociaux.

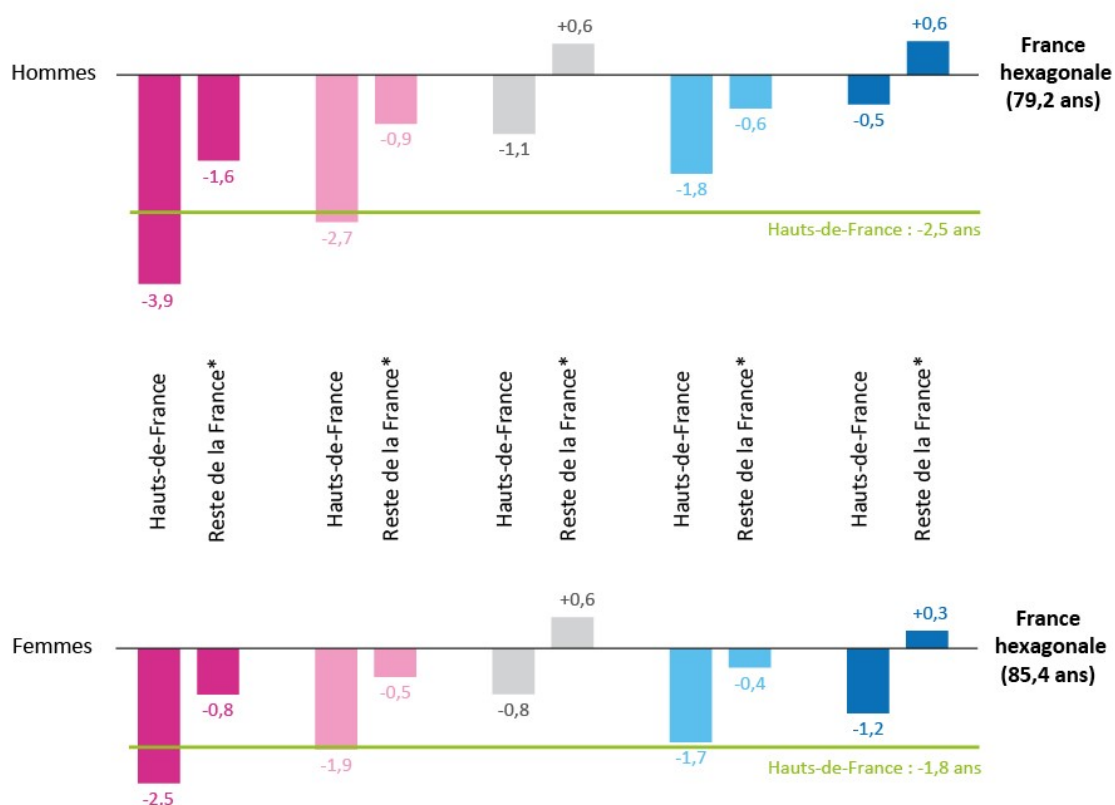
---

<sup>2</sup> Sans même introduire une notion supplémentaire plus complexe, mais souvent indispensable qu'est la significativité.

Alors que faire ? Un indicateur de synthèse de la mesure de l'état de santé est également intéressant à regarder pour des actions à venir : il s'agit de l'espérance de vie à la naissance qui varie très peu, chez les femmes, entre classes similaires (de 1,3 an à 1,6 an d'écart avec l'ensemble de la France hexagonale), mais qui passe quasiment du simple au double chez les hommes (1,2 an en moins dans les deux classes les plus favorables et 2,3 ans en moins dans la classe la plus défavorable toujours par rapport à la France hexagonale).

Se doter d'indicateurs autour des comportements sur cette population ciblée n'en devient que plus nécessaire pour permettre, d'adapter au mieux les actions afin, à terme, d'améliorer globalement la santé de la population.

### Différentiel avec la France de l'espérance de vie à la naissance en 2011-2017 (en année)



\* France hexagonale hors Hauts-de-France et Île-de-France

- Situation sociale la plus favorable
- Situation sociale plutôt favorable
- Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène
- Situation sociale plutôt défavorable
- Situation sociale la plus défavorable

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR25

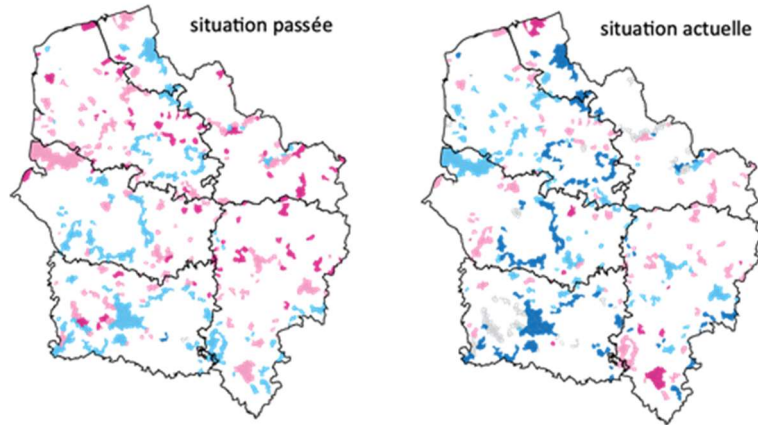
## **Évolution de la situation sociale**

Une première typologie sociale avait été réalisée dans le cadre du Praps 2018-2023. L'analyse des évolutions réalisée ici porte sur la comparaison de la situation de l'époque, dite « situation passée » à celle observée actuellement. Aussi, dans la majorité des cas, les indicateurs ont été calculés sur les périodes retenues lors de la précédente analyse. Une exception est à noter : le taux d'allocataires du RSA qui a été considéré au 31 décembre 2016 pour l'analyse des évolutions et non au 31 décembre 2015 (comme ce qui était fait dans le cadre du Praps qui se termine en 2023) du fait d'une évolution de la définition de cet indicateur.

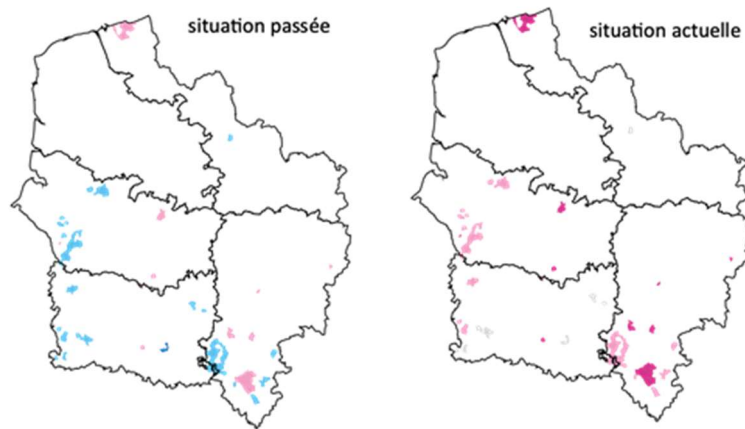
Les indicateurs sociaux retenus pour effectuer la typologie sociale ont, dans la majorité des cas, peu évolué entre les deux périodes d'analyses. Tant pour la région que pour la France, trois indicateurs enregistrent toutefois une évolution notable. Le taux de fécondité des jeunes femmes de 12-20 ans a diminué (de l'ordre de 30 %), de même que la part de jeunes sortis du système scolaire pas ou peu diplômés (de l'ordre de 15 % en France et de 10 % en région) et le taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH a augmenté (de l'ordre de 15 %). Dans une moindre mesure, la part de cadres et professions intellectuelles supérieures a un peu progressé (de l'ordre de 7/8 %).

Afin de mesurer les évolutions, les analyses ont été extrapolées aux communes des Hauts-de-France en considérant les valeurs des indicateurs lors de la « situation passée ». Autrement dit, la situation actuelle a permis de définir « un modèle » qui a ensuite été appliqué à la situation passée. Peu de communes ont changé de classe sociale entre les deux périodes et dans la majorité des cas, les communes qui ont changé de classe ont vu leur situation s'améliorer. Quelques spécificités sont toutefois à noter, comme l'illustrent les deux cartes ci-dessous, avec une dégradation de la situation sociale pour quelques communes. Des analyses complémentaires seraient à mener pour comprendre les indicateurs responsables de la dégradation de la situation sociale sur ces territoires.

### Communes ayant changé de classe



### Communes ayant changé de classe, avec une dégradation de la situation sociale



- Situation sociale la plus favorable
- Situation sociale plutôt favorable
- Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène
- Situation sociale plutôt défavorable
- Situation sociale la plus défavorable

## LES PROBLEMATIQUES

---

**La région Hauts-de-France, à l'instar d'autres régions sort de la crise sanitaire frappée d'une fragilisation de la société, de l'augmentation des phénomènes d'isolement social et de l'aggravation de l'urgence sociale dans les villes comme en zones rurales.**

Cela entraîne un important déclassement de la santé dans les priorités des populations précaires qui, cumulé à des problématiques de démographies médicale et paramédicale, conduit à une augmentation du risque de non recours aux soins déjà important dans la région. En cause, aussi, une relation soigné-soignant altérée par les représentations que peuvent avoir certains professionnels de santé sur la précarité, pouvant conduire à une inadaptation de la réponse voire à des possibles refus de soins.

**La fracture numérique qui accroît inégalités sociales de santé.**

Nombreux sont les cas de figure où numérique et santé mettent les usagers en difficulté et en situation de rupture, notamment par appréhension ou difficulté d'utilisation des outils numériques.

Par ailleurs, si ce virage du numérique est en cours, il existe encore des disparités importantes de maturité numérique chez les différents acteurs qui concourent à la prise en charge sur l'ensemble des secteurs : sanitaire, médico-social et ambulatoire, et en particulier dans les dispositifs d'inclusion en santé.

**Le Ségur de la santé a permis une avancée significative dans le déploiement des dispositifs passerelles de repérage, d'accompagnement et de relais vers le droit commun pour les personnes les plus éloignées du soin, en situation de grande pauvreté ou d'exclusion.**

**Néanmoins, ces dispositifs spécifiques n'existent pas partout dans la région. Par ailleurs, lorsqu'ils existent, ils ne sont pas forcément identifiés ou accessibles.**

La visibilité de ces dispositifs est d'autant plus nécessaire que, pour la majorité d'entre eux dédiés initialement à la rue, leurs équipes interviennent aussi désormais de plus en plus au domicile des personnes. En effet, l'aggravation de l'urgence sociale conduit à des situations de grande précarité au domicile, avec des problématiques majeures de troubles psychiques et/ou des personnes en proie à des addictions. Cela augmente le nombre et la nature des partenaires avec lesquels elles doivent s'articuler pour éviter l'aggravation de la situation globale de la personne.

**Des cloisonnements entre acteurs qui impactent la pertinence des prises en charge.**

Faute de coordination, la diversité et le cloisonnement des interventions peuvent en effet avoir pour effet un rejet des propositions d'accompagnement.

Ce cloisonnement se situe à la fois :

- Entre acteurs du champ de la santé eux-mêmes. En particulier, en cas de troubles associés de santé mentale et d'addictions, les recours aux dispositifs de soins restent cloisonnés ;
- Entre acteurs du champ de l'insertion sociale et de la santé.

En cause, notamment, le cloisonnement des politiques publiques tant au niveau national qu'à l'échelle des instances stratégiques de gouvernance régionale ou départementale.

Les conséquences en termes d'accès aux soins et de continuité de prise en charge sont transversales à toutes formes de précarité. Elles concernent aussi particulièrement les populations de migrants, de réfugiés et de demandeurs d'asile.

**Des messages de prévention qui n'atteignent pas les populations vulnérables, *a fortiori* en situation de grande pauvreté ou d'exclusion. En cause notamment, des stratégies de prévention qui ne mobilisent pas suffisamment la parole et l'expertise des usagers.**

*A contrario*, elles peuvent générer un sentiment culpabilisant ou stigmatisant.

L'enjeu de connaissance, de compréhension et de lisibilité est majeur pour que les publics les plus éloignés de la prévention et du soin puissent trouver et utiliser les connaissances disponibles sur la santé afin de prendre des décisions éclairées concernant leur propre santé ou celle d'un proche.

## LES OBJECTIFS OPERATIONNELS

---

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 1 : INTENSIFIER LA LUTTE CONTRE LE RENONCEMENT ET LES RETARDS DE SOINS SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 2 : DÉPLOYER DES PROJETS D'INCLUSION NUMÉRIQUE ET INCLURE DU NUMÉRIQUE DANS LES DISPOSITIFS D'INCLUSION EN SANTÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 3 : POURSUIVRE LE RENFORCEMENT DE L'OFFRE SPÉCIFIQUE DE SANTÉ POUR LES PERSONNES EN GRANDE PRÉCARITÉ, DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES ET POUR UN RELAIS VERS LE DROIT COMMUN DE LA SANTÉ

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 4 : POURSUIVRE LE DÉCLOISONNEMENT DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DES ACTEURS

OBJECTIF OPÉRATIONNEL 5 : DÉFINIR ET DÉPLOYER UNE STRATÉGIE D' ACTIONS POUR GARANTIR LA PRISE EN COMPTE DE LA PAROLE ET DE L'EXPERTISE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 1 : INTENSIFIER LA LUTTE CONTRE LE RENONCEMENT ET LES RETARDS DE SOINS SUR L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Déjà identifié en 2018 comme véritable levier de la lutte contre le non recours et le renoncement aux soins, le déploiement de la médiation en santé devra s'intensifier et s'ancre durablement comme outil transversal de déclinaison de la politique régionale de santé.

Pour les personnes précarisées par des difficultés culturelles, langagières ou encore socio-économiques, la médiation en santé répond au besoin d'un accompagnement individualisé et renforcé dans le cadre d'une relation restaurée avec le système de santé.

Aussi, au regard des différentes formes que revêt la précarité, il faut pouvoir recourir aux modalités de médiation les plus adaptées aux problématiques spécifiques des personnes mais aussi de celles des territoires, y compris la mobilisation des expériences de vie des pairs-aidants.

L'articulation avec le Pacte des solidarités et ses ambitions renouvelées de lutte contre le non recours, devra permettre de garantir un accès effectif aux droits par le biais notamment d'un accompagnement physique, en proximité.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Poursuivre le déploiement des postes de médiateurs santé (adultes relais médiateurs santé) sur l'ensemble des Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) de la région et consolider le pilotage régional du dispositif dans le cadre du déploiement de la politique de la ville.
- Capitaliser sur l'expérimentation de santé participative portée par les structures d'exercice coordonné (article 51) et identifier sur les territoires, des organisations pour mobiliser les soins primaires dans l'offre de médiation en santé avec l'appui du référentiel à venir de la santé participative.
- Expérimenter des formes de médiation en santé, notamment en ruralité, sur des territoires plus isolés soutenues par des dispositifs de mobilité.
- S'appuyer sur les offres de services portées par l'Assurance Maladie et notamment :
  - Les Missions accompagnement santé qui proposent des accompagnements attentionnés des personnes en renoncement aux droits, aux soins, à la prévention et au numérique (bilan des droits, guidance dans le système de santé, aide à la recherche de financement des soins en cas de restes à charge...);
  - Les Centres d'examens de santé qui proposent notamment aux personnes vulnérables (mais pas seulement) des Examens de prévention en santé (EPS).
- Soutenir le déploiement de la pair-aidance en particulier dans les accompagnements des addictions et la réduction des risques en complément du dispositif spécifique des « patients experts ».
- Structurer une organisation régionale d'accès à l'interprétariat professionnel et à la médiation transculturelle en capitalisant sur les dispositifs expérimentaux émergents (équipe Tribia d'ethnopsychiatrie, Intégrapsy, réseau d'interprètes du Réseau santé solidarité Lille Métropole...).

### POPULATION CONCERNEE

Personnes précaires, personnes en situation d'exclusion

### ACTEURS CONCERNES

Commissaire à la lutte contre la pauvreté, préfecture, Assurance maladie, DREETS, DDETS, collectivités territoriales, médiateurs en santé, pair-aidants, centres sociaux, CCAS, acteurs de la prévention et du soin, maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé, Conseil Consultatif des Personnes Accueillies et Accompagnées, personnes accompagnées elles-mêmes, DAC

### SECTEURS CONCERNES



### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLAN NATIONAL

Pacte des solidarités, Stratégie nationale de santé (SNS), Contrats d'objectifs et de gestion (COG) de l'Assurance Maladie, rapport de la mission nationale sur l'« aller vers » et la médiation en santé

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 2 : DÉPLOYER DES PROJETS D'INCLUSION NUMÉRIQUE ET INCLURE DU NUMÉRIQUE DANS LES DISPOSITIFS D'INCLUSION EN SANTE

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

Le numérique est désormais incontournable. Il faut capitaliser sur ses atouts en tant que facilitateur de l'accès aux droits, aux soins et de suivi mais aussi tenir compte des difficultés que cela induit pour certaines populations. Il est donc indispensable d'accompagner un maximum de personnes en capacité d'être autonomes et autonomisées dans leurs démarches liées à la santé notamment (Mon espace santé, compte Ameli, plateforme de prise de rendez-vous en ligne...).

L'Assurance Maladie est l'un des opérateurs / financeurs du réseau des France services qui constituent une offre de premier niveau et de proximité sur nos territoires. Plus spécifiquement, les Conseillers numériques France services peuvent être mobilisés pour accompagner les publics dans leurs démarches en ligne (ateliers pouvant être co-construits avec l'Assurance Maladie). Par ailleurs, notamment dans le cadre des Missions accompagnement santé, l'Assurance Maladie accompagne les personnes détectées en difficulté face au numérique et les oriente en fonction de leurs besoins et de leur degré d'autonomie soit vers des ateliers collectifs ou des rendez-vous individuels d'accompagnement au numérique, soit vers des partenaires spécialisés (Emmaüs connect...).

Si l'ambition reste un accompagnement vers le numérique, les freins et incapacités à son appréhension resteront posés pour certaines personnes. Il convient de veiller à ce que soit organisé un accompagnement de proximité en lien avec l'objectif de lutte contre le non recours du Pacte des solidarités.

Aussi, la question de l'inclusion numérique se situe au niveau des usages professionnels pour prendre compte les spécificités du champ de la précarité y compris la problématique de l'archivage numérique des dossiers administratifs pour les personnes en grande précarité ou exclusion.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Définir une stratégie globale, concrète et cohérente d'inclusion numérique à l'échelle de la région reposant sur la définition des usages numériques, des besoins et des axes de déploiement en proximité (actions locales et projets expérimentaux) ;
- Structurer un plan de déploiement dédié au couloir « usager » autour de Mon espace santé ;
- Développer ou conforter les lieux d'accès à un outillage et à une connexion numérique accessible gratuitement et proposant un accompagnement de premier niveau sur la navigation et la lecture des documents ;
- Favoriser et accompagner l'appropriation du dossier médical partagé numérique et de mon espace santé (et plus largement de l'archivage numérique des documents administratifs) ;
- Déployer des projets d'outillage à destination des professionnels de santé et de l'accompagnement social en lien avec le programme ESMS numérique.

### POPULATION CONCERNEE

Personnes précaires, personnes en situation d'exclusion

### ACTEURS CONCERNES

Commissaire à la lutte contre la pauvreté, Assurance maladie, DREETS, DDETS, collectivités territoriales, Médiateurs en santé, centre sociaux, CCAS, Maison France Services, Adultes Relais Médiateurs Santé, acteurs de la prévention et du soin, maison de santé pluriprofessionnelle, centre de santé, personnes accompagnées elles-mêmes, DAC, secteur Accueil, Hébergement, Insertion (AHI)...

### SECTEURS CONCERNES



### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLAN NATIONALS

Pacte des solidarités, SNS, COG Assurance Maladie, rapport de la mission nationale sur l'aller vers et la médiation en santé, programme ESMS numérique



---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 3 : POURSUIVRE LE RENFORCEMENT DE L'OFFRE SPÉCIFIQUE DE SANTÉ POUR LES PERSONNES EN GRANDE PRÉCARITÉ, DANS UNE LOGIQUE DE PARCOURS À L'ÉCHELLE DES TERRITOIRES ET POUR UN RELAIS VERS LE DROIT COMMUN DE LA SANTÉ

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

La couverture en dispositifs spécifiques, en particulier d'« aller vers », doit se poursuivre pour toucher les personnes plus éloignées des soins, les repérer, les orienter, les accompagner dans le soin et vers le droit commun.

Les enjeux de leur visibilité et de leur accessibilité impliquent, à l'échelle des territoires, des organisations pour mettre à disposition l'information sur les ressources et créer les conditions d'un parcours coordonné.

Ces espaces de coordination s'organisent de manière différenciée selon les territoires et les enjeux (interconnaissance, structuration de l'offre, accompagnements complexes...) mais font tous écho à la transformation du pilotage et de la gouvernance des Services intégrés d'accueil et d'orientation (SIAO) dans le cadre de mise en œuvre du service public de la rue au logement.

La politique régionale de santé doit y être pleinement prise en compte et intégrée. La politique du logement doit continuer à donner de la visibilité à des projets d'équipes mobiles pluridisciplinaires pour étayer les accompagnements visant l'accès et le maintien dans le logement en particulier lorsque la santé mentale et/ou les addictions, notamment, font freins.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Poursuivre le renforcement de l'offre d'hébergements médicalisés en Lits halte soins santé (LHSS), Lits d'accueil médicalisés (LAM) et Appartements de coordination thérapeutique (ACT) en donnant la priorité aux territoires non pourvus ou moins bien dotés ;
- Mobiliser les acteurs concernés dans le cadre des Projets territoriaux de santé mentale (PTSM) pour étayer les diagnostics de faisabilité du déploiement d'ACT « Un chez soi d'abord » ;
- Renforcer et poursuivre la création de dispositifs d'« aller vers » : LHSS mobiles ou Équipes mobiles santé précarité (EMSP), consultations avancées de Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en Centre d'hébergement et de réinsertion Sociale (CHRS), les Équipes mobiles psychiatrie précarité (EMPP), les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) mobiles, les postes de psychologue en CHRS et accueil de jour ;
- Améliorer l'accès à la formation pour les professionnels de première ligne, notamment sur les questions touchant à la santé mentale ;
- Capitaliser sur les dispositifs émergents d'étayage sanitaire, dans une approche triple « santé mentale, addictions et social », visant l'accès ou le maintien dans le logement, faciliter leur déploiement sur les territoires où se concentrent les urgences sociales (réfugiés santé au sein des SIAO, équipes mobiles multisectorielles, « un chez soi d'abord » jeunes...) et assurer leur visibilité ;
- Élaborer avec une majorité des DAC les coopérations locales permettant, en subsidiarité, de clarifier et structurer les orientations et l'accès vers les droits et les soins et d'améliorer les accompagnements des personnes en situation complexe ;
- Renforcer les PASS et leur permettre d'assurer leur mission d'animation locale avec appui de la coordination régionale des PASS ;
- Veiller les nouveaux besoins d'accompagnement qui émergent sur les territoires et soutenir les projets innovants.

### POPULATION CONCERNEE

Personnes précaires, personnes en situation d'exclusion

### ACTEURS CONCERNES

Commissaire à la lutte contre la pauvreté, préfecture, Assurance maladie, DREETS, DDETS, collectivités territoriales, centres sociaux, CCAS, bailleurs, SIAO, professionnels de santé, travailleurs sociaux, structures et dispositifs du champ de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, personnes accompagnées elles-mêmes

### SECTEURS CONCERNES



LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

SNS, Pacte des solidarités, feuille de route de la santé mentale et de la psychiatrie, rapport de la mission nationale sur l' « aller vers » et la médiation.

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 4 : POURSUIVRE LE DÉCLOISONNEMENT DES POLITIQUES PUBLIQUES ET DES ACTEURS

---

### DESCRIPTION DE L'OBJECTIF

L'articulation de la politique régionale de santé avec celles de l'emploi, du logement ou encore de l'éducation doit se consolider dans le cadre renforcé de la gouvernance stratégique de réduction des inégalités de santé installée en 2021. A l'échelle régionale, elle sera le lieu de sa mise en perspective avec les grandes réformes en cours : service public de la rue au logement, service public de la petite enfance ou encore France Travail pour penser la santé comme levier d'insertion. Sur le champ de l'emploi, et notamment pour les jeunes, cette gouvernance devra permettre d'amplifier la mobilisation des acteurs du champ social en soutenant et finançant des programmes de santé portés par les centres sociaux et les missions locales notamment.

Aussi, pour les plus éloignés de l'emploi, y compris les jeunes en profonde rupture, les modalités d'interventions des dispositifs de santé doivent davantage s'adapter aux lieux de vie et d'actions des personnes dans une logique « d'aller vers » pour favoriser l'accroche santé et dans une logique d'accompagnement global (chantier d'insertion par exemple...) en particulier les dispositifs d'accompagnement des addictions à l'instar du dispositif Travail alternatif payé à la journée (TAPAJ) ou encore du Contrat d'engagement jeune (CEJ) - jeunes en rupture.

Elle sera le lieu de visibilité, de promotion et de mise en cohérence des différentes instances de concertation et de coordination des acteurs existantes : PTSM, DAC, Communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), comités de pilotage de dispositifs intersectoriels innovants ou expérimentaux, etc.

Pour intensifier la lutte contre les inégalités sociales de santé, elle contribuera à consolider la stratégie d'actions intersectorielles sur les déterminants de santé dans le cadre du virage préventif du système de santé.

Le cloisonnement des politiques publiques crée de nombreuses zones de ruptures dans le parcours de santé des personnes précaires dans toutes leurs diversités. Il impacte aussi particulièrement les publics migrants, réfugiés et demandeurs d'asile. Il est nécessaire d'inscrire ces préoccupations dans le cadre partenarial régional de déclinaison du plan vulnérabilité

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Préciser les missions, l'organisation et le fonctionnement du Comité régional stratégique de réduction des inégalités sociales de santé (CRISS) au regard des enjeux à la fois d'articulation avec le Pacte des solidarités mais aussi de travail prospectif sur les déterminants de la santé.
- Définir des modalités opérationnelles de partenariat avec Pôle Emploi dans le cadre du chantier France Travail ;
- Soutenir les projets, actions ou projets transversaux d'accompagnement vers l'emploi ;
- Donner de la visibilité aux dispositifs d'« aller vers » et assurer leur coordination et leur coopération pour optimiser les réponses ;
- Contribuer à la déclinaison du plan vulnérabilité, dans le cadre des instances interministérielles stratégiques régionales et départementales dédiées, pour faciliter l'accès aux soins et la continuité des soins des migrants, des réfugiés et des demandeurs d'asile.

### POPULATION CONCERNEE

Population précaire, population en situation d'exclusion

### ACTEURS CONCERNES

Commissaire à la pauvreté, préfecture, Assurance maladie, CRISS, DREETS, DDETS, Pôle Emploi, collectivités territoriales, Office français de l'immigration et de l'intégration (OFII), centres sociaux, CCAS, bailleurs, SIAO, professionnels de santé, travailleurs sociaux, structures et dispositifs du champ de l'accueil, de l'hébergement et de l'insertion, secteur de l'Insertion par l'activité économique (IAE), personnes accompagnées elles-mêmes, CPTS, DAC

### SECTEURS CONCERNES



### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

Stratégie Nationale de santé, Pacte des solidarités, Stratégie de 1000 premiers jours, « Plan vulnérabilité » en faveur des demandeurs d'asile et des réfugiés, Feuille de route nationale de la santé mentale et de la psychiatrie, rapport de la mission nationale sur l'« aller vers » et la médiation.

Projet régional de santé – Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies 2023-2028 – Version soumise à consultation

---

## OBJECTIF OPERATIONNEL 5 : DÉFINIR ET DÉPLOYER UNE STRATÉGIE D' ACTIONS POUR GARANTIR LA PRISE EN COMPTE DE LA PAROLE ET DE L' EXPERTISE DES PERSONNES LES PLUS DÉMUNIES

---

### DESCRIPTION DE L' OBJECTIF

L' ambition est de construire et de déployer des stratégies d' actions concrètes en matière d' accès à la prévention et d' accès aux soins en partant des personnes concernées. Ces dernières doivent pouvoir exprimer leurs besoins et mettre à disposition leurs connaissances, leurs expertises et leur capacité d' engagement. Il s' agit d' une part de permettre effectivement l' expression des besoins des personnes par elles-mêmes, à différents niveaux :

- dans les instances de concertation politique en lien notamment avec le CRPA et la commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers(CSDU) de la CRSA s ;
- dans les instances de pilotage des dispositifs qui leur sont dédiés à l' instar du comité de pilotage des ACT « un chez soi d' abord » ;
- dans la définition et le fonctionnement des projets de santé de proximité. La Fédération des acteurs de la solidarité, le CRPA, ainsi que la CSDU de la CRSA seront à ce titre mobilisés pour formuler des propositions structurantes et concrètes.

D' autre part, il s' agit de permettre l' acquisition et le développement des compétences psychosociales, en particulier dans le champ des addictions.

### RESULTATS ATTENDUS A 5 ANS

- Constituer un groupe de travail régional pour formuler des pistes d' actions avec l' appui de la démocratie sanitaire et en lien avec l' objectif 26 du SRS ;
- Identifier et mobiliser les communautés de pairs dans la définition, la construction et la sélection des projets lauréats des Appels à projets (AAP) de l' ARS ou des AAP conjoints avec d' autres partenaires publics ;
- Réfléchir à un cadrage spécifique du projet « Tous acteurs en santé » pour les personnes les plus éloignées d' une démarche de santé ;
- Capitaliser sur l' expérimentation article 51 « Centres et maisons de santé participatifs » pour mieux identifier les besoins en prévention des personnes y compris les plus éloignées du soin et en situation de grande pauvreté. Ces projets mettent en œuvre des modalités innovantes de recueil de l' expression des besoins.

### POPULATION CONCERNEE

Population, précaire en situation d' exclusion

### ACTEURS CONCERNES

CRPA, démocratie sanitaire (CSDU de la CRSA + conseils territoriaux de santé + associations d' usagers), personnes accompagnées, pair aidant, services de l' État, assurance maladie, professionnels de santé, structures d' exercice coordonné, travailleurs sociaux, médiateur santé, structures et dispositifs du champ de l' accueil, de l' hébergement et de l' insertion, CPTS, DAC...

### SECTEURS CONCERNES



### LIEN AVEC LES PROGRAMMES DE MISE EN ŒUVRE OU PLANS NATIONAUX

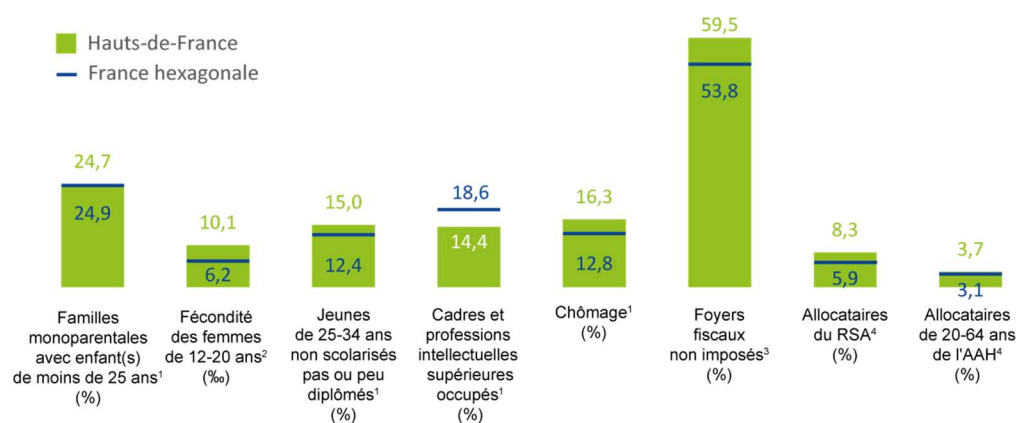
Rapport de la mission nationale sur l' « aller vers » et la médiation

## ANNEXES

### CONTEXTE SOCIAL DES HAUTS-DE-FRANCE

Les indicateurs sociaux relevés sur l'ensemble de la région sont souvent moins favorables que ceux de la France. Les taux d'allocataires, notamment du RSA, sont plus particulièrement à mentionner comme peut l'être le taux de foyers fiscaux non imposés. Il est à noter que la part de familles monoparentales avec enfant(s) de moins de 25 ans est identique sur les deux zones géographiques.

#### Valeurs régionale et nationale des indicateurs retenus pour réaliser la typologie sociale



1. au RP 2019    2. en 2015-2021    3. sur les revenus de 2021    4. au 31 décembre 2021

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP - Exploitation OR25

#### Une méthode pour rendre au mieux les spécificités des classes

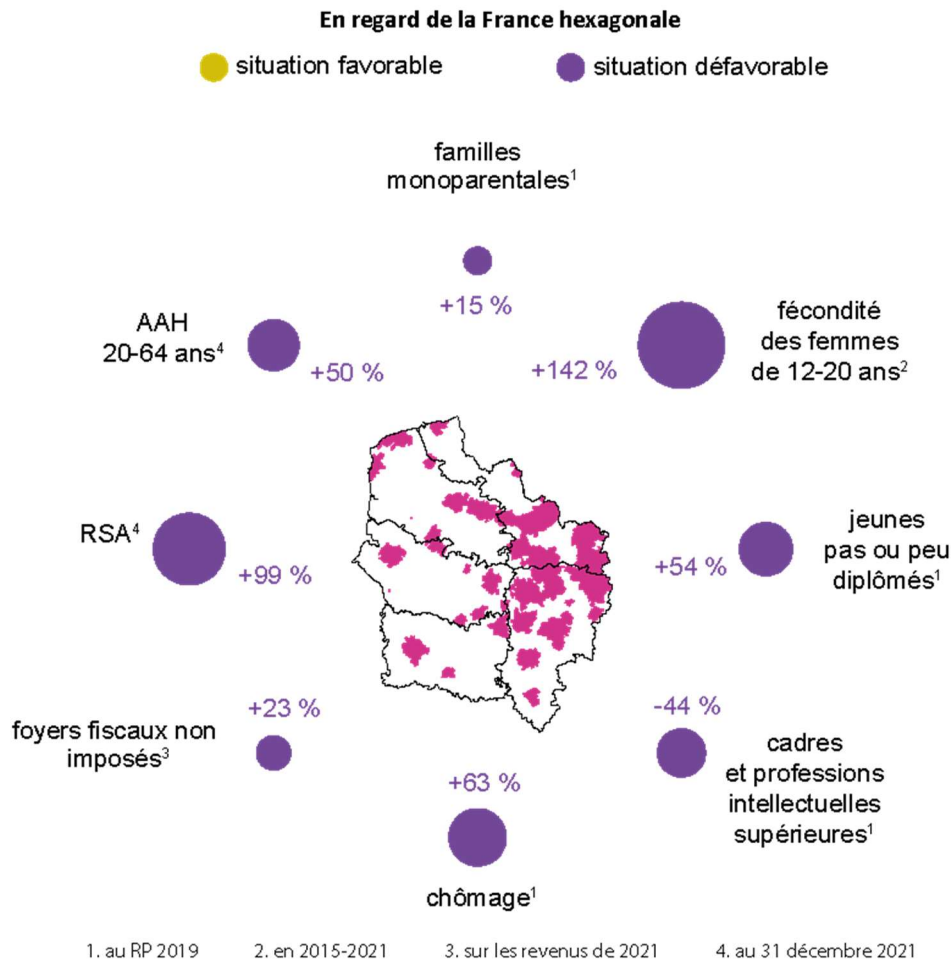
Chaque zone géographique présente des particularités qu'il est naturellement essentiel de faire ressortir. Or, pour cela, le mieux est d'offrir des comparaisons territoriales, toute la question étant sur quelles zones elles doivent porter pour être les plus pertinentes ! C'est ce que précise cet encadré en expliquant les différentes focales de comparaison retenues pour cette classification en cinq classes. Le premier groupe de comparaison est classique : chaque classe est regardée en fonction des autres classes et par rapport aux valeurs régionale et nationale. Toutefois, pour certaines classes comprenant une part importante de la population régionale, la valeur globale relevée dans les Hauts-de-France est de fait bien moins intéressante que la comparaison en regard du reste de la région. C'est pourquoi des comparaisons en regard du reste de la région sont également présentées : il s'agit alors de la valeur moyenne sur les quatre autres classes qui permet ainsi une meilleure vision de la dichotomie entre la zone et son complémentaire au sein des Hauts-de-France. Enfin, pour la dernière comparaison, les résultats obtenus en Hauts-de-France ont été appliqués au reste de la France, permettant de classer chaque commune dans une des cinq classes. Afin là encore de mettre en évidence des différences les plus « judicieuses », il a été décidé de prendre en compte la France sans les Hauts-de-France, suivant les mêmes raisons que mentionné précédemment, mais également sans l'Île-de-France qui présente dans certains cas des caractéristiques bien spécifiques. Ainsi, sans mention contraire, la dénomination « *classe analogue/identique du reste de la France* » fait référence à la valeur obtenue en excluant les Hauts-de-France et l'Île-de-France. Il est à noter que, le plus souvent, les valeurs avec et sans l'Île-de-France sont assez proches ; elles s'écartent cependant pour certains indicateurs, notamment ceux autour de l'emploi et des professionnels de santé. Par ailleurs, pour ce qui est des informations fournies dans ce document, elles sont toutes présentées sur la dernière date ou période disponible au moment de la réalisation de ce document. Des regroupements de plusieurs années sont parfois nécessaires pour permettre de disposer d'une plus grande robustesse des indicateurs, à l'image des données de mortalité

regroupant sept années.

## CLASSE SOCIALE DEFAVORABLE

### Une classe marquée par une fécondité élevée, notamment chez les jeunes femmes

Il s'agit de la classe comprenant le plus grand nombre d'habitants avec un peu plus de 2,4 millions au 1<sup>er</sup> janvier 2019 avec toutefois une population qui décroît depuis 2013 (-0,12 %) alors qu'elle a augmenté de 0,05 % dans l'ensemble des Hauts-de-France et de 0,36 % dans l'Hexagone. Dans la classe sociale analogue du reste de l'Hexagone, la population est relativement stable (+0,02 %). Les communes constituant cette classe sont relativement urbanisées, avec la deuxième densité la plus élevée des cinq classes (353 habitants au km<sup>2</sup>), loin des 570 de la classe la plus densément peuplée, mais bien au-delà de la valeur moyenne des trois autres classes avec 96 habitants au km<sup>2</sup>. À la même date, la répartition par âge de la population de cette classe est assez voisine de la moyenne régionale, ce qui masque toutefois un rapport de dépendance<sup>3</sup> très élevé (81,3 contre 75,5 dans le reste de la région et 78,4 en France hexagonale) ; ce rapport est toutefois encore plus élevé dans la même classe du reste de la France (87,7). Il en va de même pour l'indice de grand vieillissement<sup>4</sup> (43,1), le plus élevé également des cinq classes toutefois en deçà de ceux du niveau national (44,6) et de la classe analogue du reste de la France (46,8). La fécondité est également la plus importante des cinq classes, avec un indice conjoncturel de fécondité juste au-dessus de 2 enfants par femme (1,84 dans l'Hexagone et 1,79 dans le reste de la région). Cet indice provient notamment d'un taux de fécondité des jeunes femmes très élevé (15 pour 1 000 femmes de moins de 21 ans contre moins de 7 dans le reste des Hauts-de-France, 6 pour l'ensemble de la France et 11 pour la classe identique du reste de la France).



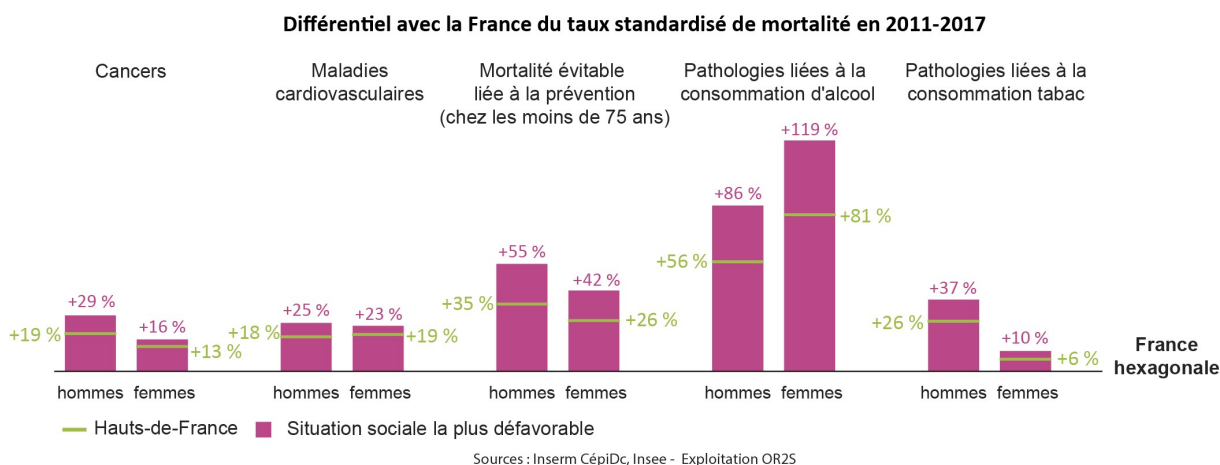
Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFIP - Exploitation OR2S

<sup>3</sup> (Nombre de personnes de moins de 20 ans + nombre de personnes de 65 ans et plus) / nombre de personnes de 20-64 ans \* 100.

<sup>4</sup> Nombre de personnes de 80 ans et plus / nombre de personnes de 65-79 ans \* 100.

## Une fragilité sociale illustrée par les foyers fiscaux ou le chômage des jeunes

Les indicateurs sociaux relevés dans cette classe sont, pour une très grande majorité, les plus défavorables de la région, nettement dégradés en regard de ceux de la France. À titre d'exemple, autour des jeunes au 1<sup>er</sup> janvier 2019, la part de 25-34 ans peu ou pas diplômés est de 19 % alors qu'elle est de 7 points de moins au niveau national comme d'ailleurs pour le reste de la région. À cette même date, le taux de chômage des 15-24 ans dépasse quant à lui les 40 %, soit 11 points de plus que dans le reste de la région, 14 points de plus qu'au niveau national et même 6 points de plus que pour la classe identique du reste de la France. La part de foyers fiscaux non imposés et, allant de pair, le revenu moyen annuel par foyer fiscal sont deux autres indicateurs montrant la grande fragilité économique des habitants : ils sont deux foyers fiscaux sur trois à être non imposés en 2021, soit 12 points de plus que sur l'ensemble du territoire français avec un revenu moyen d'un peu plus de 21 000 € contre près de 30 000 € sur l'ensemble de l'Hexagone. En regard des autres classes des Hauts-de-France, les écarts sont également conséquents respectivement de 11 points de moins et de 7 000 € de plus. De même, toujours en 2021, le taux d'allocataires du RSA est deux fois plus élevé qu'en France, 4 fois plus que dans la classe présentant les caractéristiques sociales les plus favorables de la région. Il est également plus élevé de 2 points que dans la classe sociale analogue du reste de la France. La structure socioprofessionnelle de cette classe au dernier recensement de population est marquée par une forte présence d'employés (près d'un tiers) et une moindre présence de cadres et professions intellectuelles supérieures (un dixième) à comparer respectivement aux un quart et un sixième du reste de la région.



## Une espérance de vie à la naissance particulièrement faible, tant chez les hommes que chez les femmes, qui se conjugue avec des mortalités prématurées et évitables très élevées

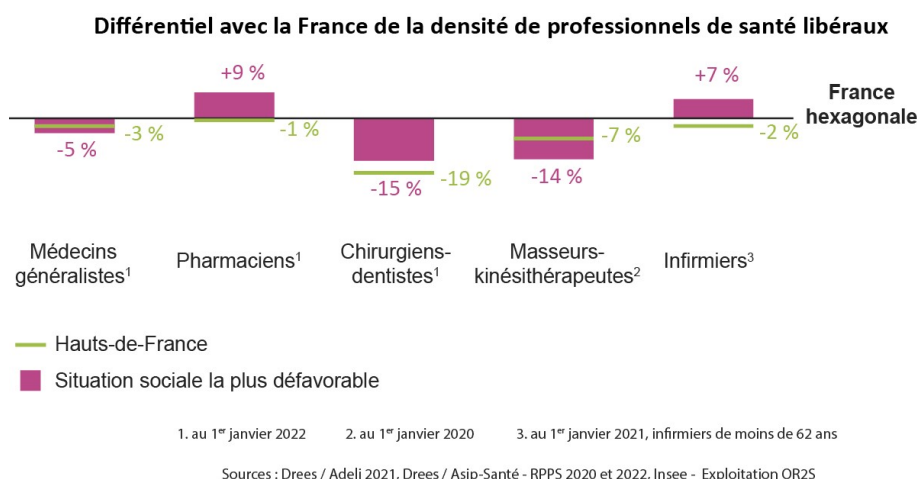
Indicateur synthétique de mesure de l'état de santé d'une population, l'espérance de vie à la naissance est la plus faible de toutes les classes des Hauts-de-France, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, sur la période 2011-2017, celle des hommes est de 75,3 ans et celle des femmes de 82,9 ans, à comparer, respectivement sur le reste de la région, aux 77,5 ans et 84,1 ans. Les écarts sont encore plus marqués en regard de la situation nationale, avec respectivement -3,9 ans et -2,5 ans d'espérance de vie pour les hommes et les femmes. Les écarts relevés entre cette classe et celle analogue du reste de la France sont également conséquents, à la défaveur des Hauts-de-France : 2,3 ans d'espérance de vie à la naissance en moins pour les hommes et de 1,6 an pour les femmes.

Cette situation dégradée en regard de l'espérance de vie se retrouve à travers la mortalité prématurée et la mortalité évitable. Ainsi pour la mortalité prématurée, les taux de cette classe sur la période 2011-2017 sont respectivement de 412 décès pour 100 000 hommes de moins de 65 ans et 178 décès pour 100 000 femmes de moins de 65 ans, soit respectivement un surplus de mortalité avec le niveau national de 54 % et de 41 %. Au regard du reste de la région, cela est nettement supérieur puisque de l'ordre de +15 % chez les hommes comme chez les femmes. La classe sociale identique du reste de la France est dans une situation un peu moins défavorable, avec des surplus en regard du niveau national d'un peu plus de 20 %, quel que soit le sexe. La mortalité évitable se décompose en deux parties liées pour l'une à la prévention et, pour l'autre, au système de soins. Les taux pour la première sont, dans la classe, de 312 pour 100 000 hommes de moins de 75 ans et de

91 pour 100 000 femmes de moins de 75 ans, soit un surplus avec le niveau national respectivement de 55 % et de 42 %. Pour le reste de la région, ces surplus existent également, mais ils sont de 21 %, côté masculin, et de 16 % chez les femmes. De même, dans la classe identique du reste de la France, les surplus sont de l'ordre de 20 % chez les hommes comme chez leurs homologues féminines. Pour la mortalité évitable liée au système de soins, les taux sont de 99 pour 100 000 hommes de moins de 75 ans et de 81 pour 100 000 femmes de moins de 75 ans, soit un surplus avec le niveau national respectivement de 57 % et de 45 %. Pour le reste de la région, ce surplus existe également, mais il est de 21 % côté masculin comme versant féminin. De même, dans la classe identique du reste de la France, les surplus sont de l'ordre de 17 % chez les hommes et de 11 % chez les femmes.

Nombre de pathologies présentent une surmortalité importante dans cette classe. Ainsi, elle est, en regard du niveau national, de 29 % chez les hommes et de 16 % chez les femmes pour les cancers, de l'ordre de 25 % chez les hommes comme chez les femmes pour les maladies cardiovasculaires, de 37 % chez les hommes et de 10 % chez les femmes pour les pathologies liées à la consommation de tabac et de 86 % chez les hommes et de 119 % chez les femmes pour les pathologies liées à la consommation d'alcool. Dans la même classe sociale du reste de la France, les valeurs sont bien moindres même si une surmortalité est retrouvée. Ainsi, les surplus de mortalité pour les cancers et les maladies cardiovasculaires chez les hommes ou chez les femmes sont compris entre 5 % et 8 %. Hommes comme femmes, ce pourcentage est de +11 % pour les pathologies liées au tabac et de +14 % pour celles liées à l'alcool.

En dix ans, la mortalité de cette classe a le plus souvent évolué de manière assez semblable à celle de la France ou de manière légèrement moins soutenue pour certaines pathologies. La mortalité masculine par maladies cardiovasculaires est toutefois à mentionner, avec une diminution plus faible, impliquant une augmentation du différentiel avec la France de 10 points (il était de +15 % en 2001-2007 contre +25 % en 2011-2017).



### Des densités en professionnels de santé plutôt correctes en regard de la région, moins par rapport à la France

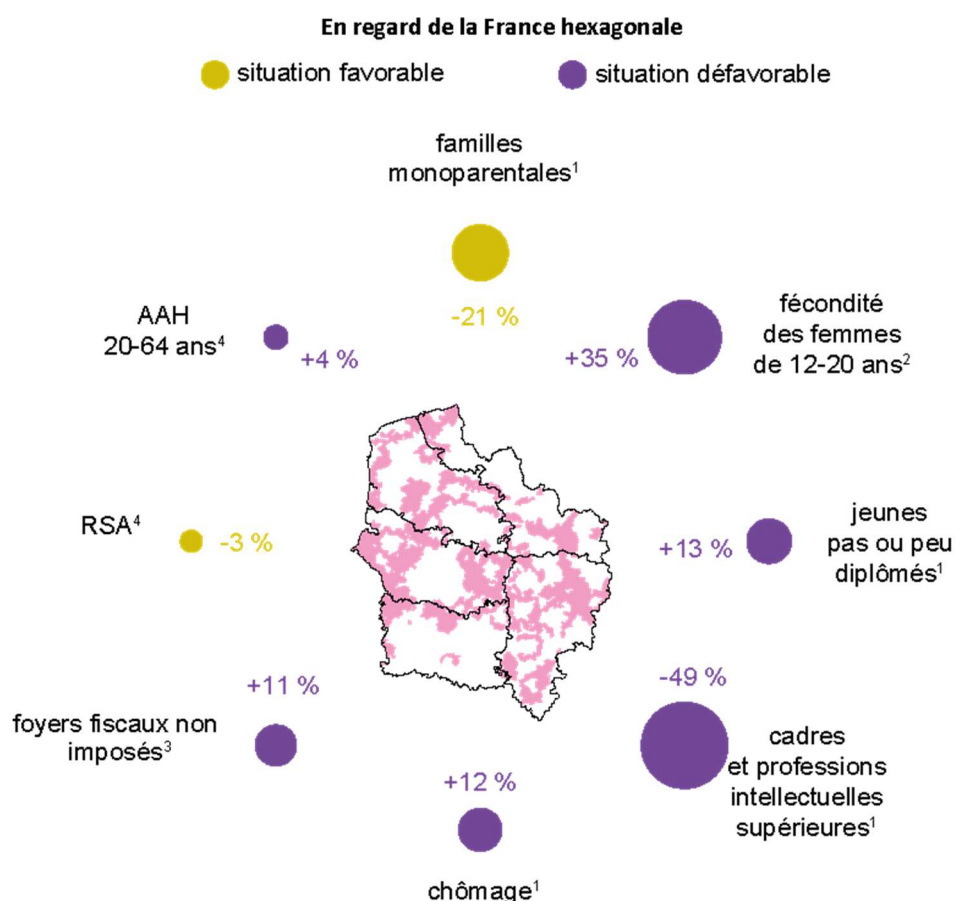
Cette classe se situe au deuxième rang pour sa densité de médecins généralistes libéraux derrière assez logiquement la classe « urbaine » avec une valeur pas si éloignée des moyennes régionale et nationale (respectivement 80 pour 100 000 habitants, 82 et 84). La différence la plus importante a trait à la démographie de ce professionnel puisque 56 % sont âgés de 55 ans ou plus alors que, tant pour les autres classes des Hauts-de-France que pour la moyenne nationale, ce pourcentage est toujours en deçà de 50 %. Pour les chirurgiens-dentistes libéraux, la démographie est moins inquiétante avec 31 % de chirurgiens-dentistes âgés de 55 ans et plus contre 28 % en moyenne dans les autres classes de la région et 34 % au niveau national. Pour leur densité, la classe peut apparaître plutôt bien placée, puisque ressortant au deuxième rang avec une valeur supérieure à celle du reste de la région (47 pour 100 000 habitants contre 43) ; elle n'en est pas moins bien en deçà de la valeur nationale, de 8 points et même de 13 points en regard de la classe équivalente du reste de la France avec la valeur la plus élevée des cinq classes à cet échelon géographique.



## CLASSE SOCIALE PLUTOT DEFAVORABLE

### Une population plus âgée que les moyennes régionale et nationale

Avec un peu plus de 950 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2019, il s'agit du troisième effectif des cinq groupes. À l'instar de l'autre classe aux caractéristiques sociales défavorables, le taux d'accroissement de la population depuis 2013 est négatif (-0,10 % contre +0,05 % dans l'ensemble des Hauts-de-France et +0,36 % en France). Il est à noter que dans la classe analogue du reste de la France, la population a également diminué entre les deux recensements, même si la baisse est un peu moins marquée (-0,05 %). Les communes constituant cette classe sont plutôt situées en zone rurale avec une densité de 97 habitants au km<sup>2</sup>. La répartition par âge fait ressortir une population plus âgée que la moyenne régionale avec une part d'habitants de 50 ans et plus de 40 %, soit 4 points de plus que le reste de la région et même près d'un point de plus que dans l'Hexagone. Cette valeur est toutefois bien moindre à celle de la classe sociale identique du reste de la France (46 %). Cela se retrouve à travers l'indice de vieillissement le plus élevé des cinq classes avec une valeur de 78, soit 11 points de plus que dans le reste de la région, mais bien inférieur à cette même classe pour le reste de la France (de l'ordre de 115). L'indice conjoncturel de fécondité est identique à celui de la région avec 1,88 enfant par femme et le taux de fécondité des jeunes femmes y est un peu plus faible, de 8,4 pour 1 000 femmes de moins de 21 ans contre 10,1 en région. Pour ces indicateurs autour des naissances, des valeurs du même ordre sont retrouvées dans la classe sociale analogue du reste de la France.



1. au RP 2019

2. en 2015-2021

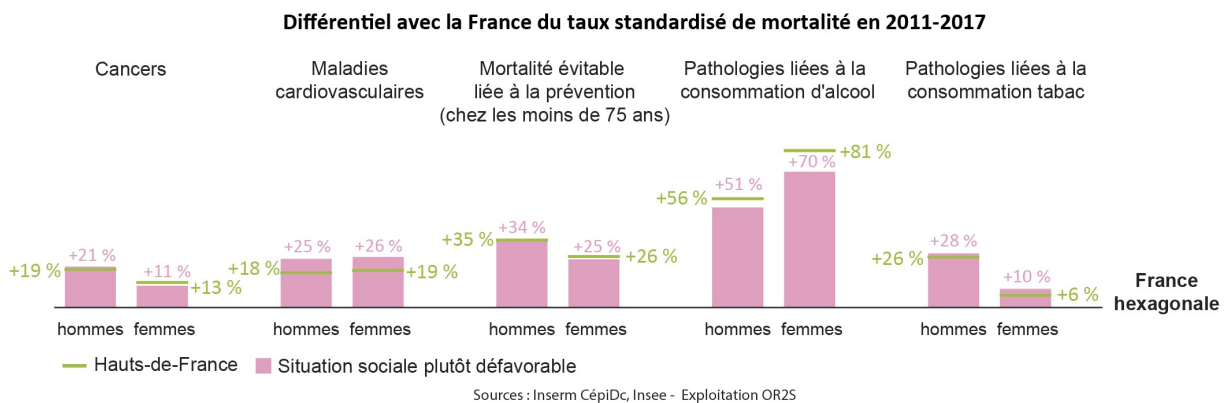
3. sur les revenus de 2021

4. au 31 décembre 2021

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFIP - Exploitation OR2S

## Une situation sociale globale au niveau de la moyenne régionale

En ce qui concerne la profession et catégorie socioprofessionnelle, c'est dans cette classe que la part d'ouvriers est la plus nombreuse (29 % au même niveau que les employés) ; elle est un peu moindre dans la même classe sociale du reste de la France (-3 points). Le taux de chômage des jeunes est élevé puisqu'un jeune de 15-24 ans sur trois se déclare être chômeur lors du recensement de 2019. C'est certes du même ordre que la moyenne régionale, mais 7 points au-dessus de la France et 4 points au-dessus de la classe identique du reste de la France. Le revenu moyen annuel par foyer fiscal (25 000 €) est dans cette classe équivalent à la moyenne régionale, de même que la part de foyers fiscaux non imposés (trois sur cinq). En revanche, les taux d'allocataires du RSA et, dans une moindre mesure, de l'AAH relevés dans cette classe (respectivement 5,7 % et 3,2 % au 31 décembre 2021) sont du même ordre de grandeur que ceux relevés sur l'ensemble du pays et dans la classe sociale analogue du reste de la France ; ils sont plus importants dans les Hauts-de-France (respectivement 8,3 % et 3,7 %).

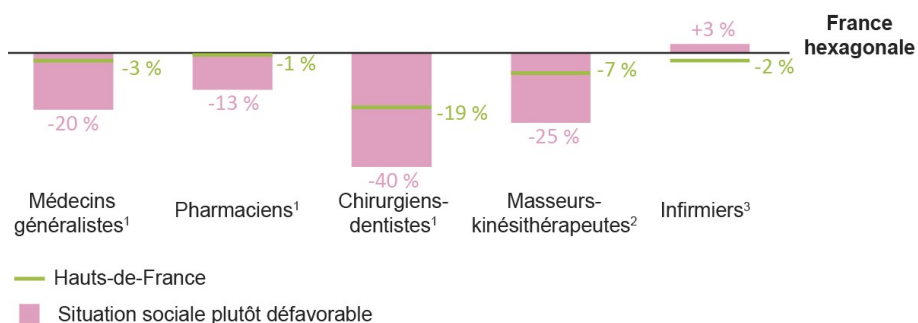


## Une mortalité équivalente à la moyenne régionale, mais supérieure à la classe correspondante au niveau national

L'espérance de vie à la naissance de cette classe est dans la moyenne régionale, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, sur la période 2011-2017, celle des hommes est de 76,4 ans et celle des femmes de 83,6 ans, toutes les deux identiques à celles comparables de la région. De ce fait, elles sont en retrait de celles du niveau national (79,2 ans et 85,4 ans, soit des différentiels respectifs de -2,7 ans et -1,9 an), mais aussi, au regard de la classe identique du reste de la France (respectivement de 78,3 ans et de 84,9 ans).

Cette situation identique à la moyenne régionale est également retrouvée sur la même période pour la mortalité prématurée avec un taux de 345 pour 100 000 hommes de moins de 65 ans et de 156 pour 100 000 femmes de moins de 65 ans, soit un différentiel avec le niveau national respectivement de +29 % et de +23 %. Ces taux sont également supérieurs à ceux de la classe sociale analogue du reste de la France qui présente une surmortalité de l'ordre de 10 %, quel que soit le sexe. Ces constats sont similaires pour les deux formes de mortalité évitable, et ce pour chacun des sexes. En 2011-2017, les surmortalités évitables masculines sont, dans les deux cas, de 34 % et celles des femmes de l'ordre de 25 % alors que celles de la classe identique du reste de la France sont de 10 % pour la mortalité évitable liée à la prévention et autour de 5 % pour celle liée au système de soins, quel que soit le sexe. Que ce soit pour les cancers, les pathologies cardiovasculaires, les pathologies liées à la consommation d'alcool ou de tabac, la situation en ce qui concerne la mortalité se trouve, peu ou prou, au niveau de la moyenne régionale, ce qui signifie une mortalité supérieure à la moyenne nationale et même bien au-dessus de la même classe sociale analogue du reste de la France. Ainsi, hormis pour la mortalité liée à la consommation de tabac chez les femmes, les écarts entre les deux classes sont de l'ordre de 15 % pour les cancers et les maladies cardiovasculaires, quel que soit le sexe, de 20 % pour les pathologies liées à la consommation de tabac chez les hommes et de 50 % et plus pour les décès liés à la consommation d'alcool toujours sur la même période pour chacun des sexes.

### Différentiel avec la France de la densité de professionnels de santé libéraux



1. au 1<sup>er</sup> janvier 2022    2. au 1<sup>er</sup> janvier 2020    3. au 1<sup>er</sup> janvier 2021, infirmiers de moins de 62 ans

Sources : Drees / Adeli 2021, Drees / Asip-Santé - RPPS 2020 et 2022, Insee - Exploitation OR25

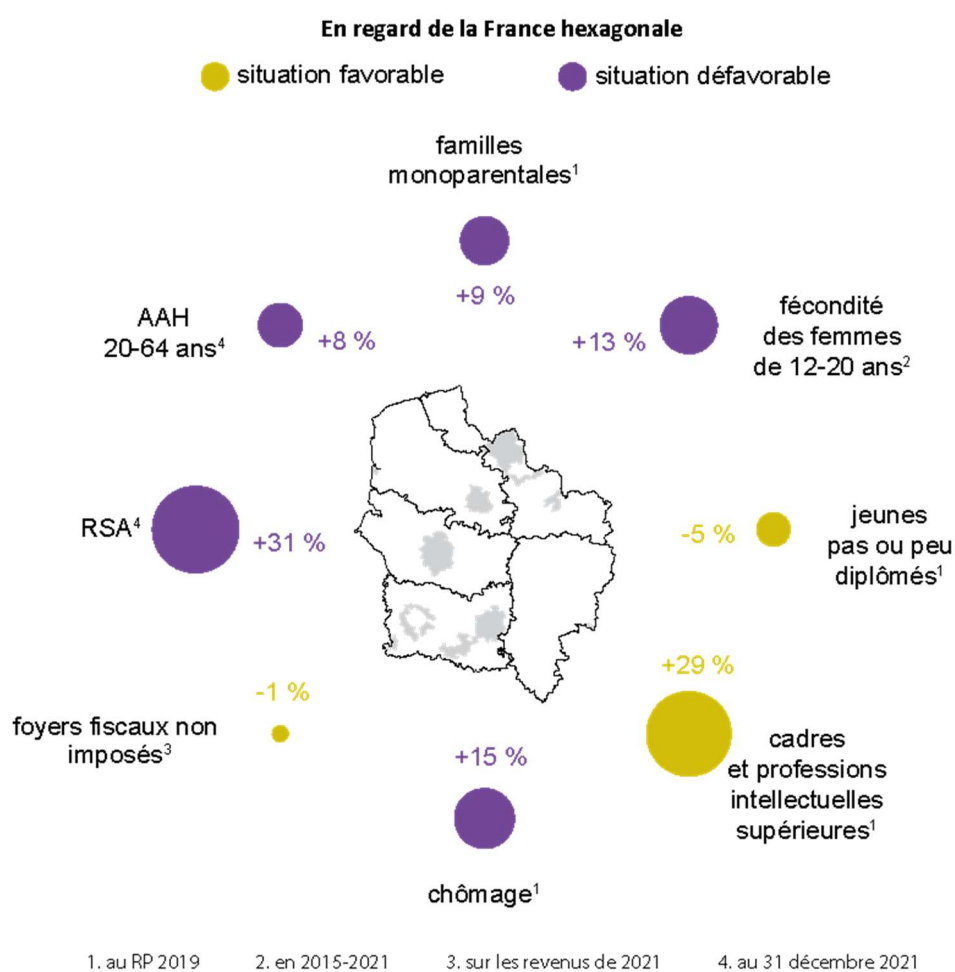
### Un déficit en professionnels de santé libéraux hormis pour les infirmiers

Hormis pour les infirmiers, le manque de professionnels de santé libéraux, tant en regard des moyennes régionale et nationale que vis-à-vis de la classe sociale identique du reste de la France, est criant. Ainsi, l'écart entre les deux classes équivalentes en ce qui concerne la densité est de l'ordre de 20 % au détriment du régional pour les pharmaciens, les chirurgiens-dentistes et même les infirmiers qui présentent pourtant une valeur comparable à la moyenne nationale. Le différentiel en médecins généralistes libéraux est moindre, mais existant (-5 %). Pour en revenir aux seuls écarts avec les moyennes nationales, ce sont les chirurgiens-dentistes qui sont le plus en déficit dans cette classe (-40 %) comme ils le sont, plus généralement, dans l'ensemble de la région (-19 %).

## ZONES URBAINES PRESENTANT UNE SITUATION SOCIALE HETEROGENE

### Une population plutôt jeune, d'où de faibles indices de vieillissement et de dépendance

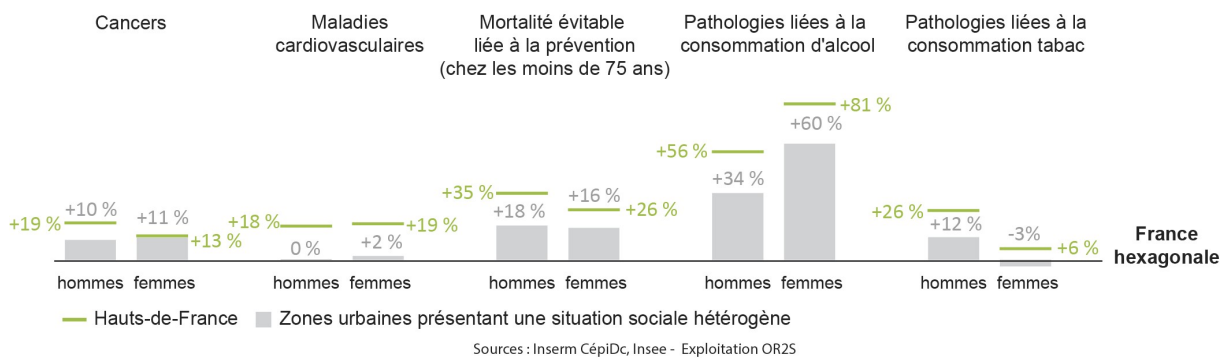
Avec un peu plus de 1,5 million d'habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2019, soit un quart de la population régionale, cette classe regroupe une majorité de communes urbaines. La densité de population y est particulièrement élevée : 570 habitants au km<sup>2</sup>, soit près de cinq fois plus qu'en France (120 habitants au km<sup>2</sup>) et près de quatre fois plus que dans le reste de la région (154 habitants au km<sup>2</sup>). À cette même date, elle détient la plus forte part de jeunes de moins de 25 ans (33,5 % contre 31,3 % dans le reste de la région et 29,5 % en France) et les plus faibles indices de vieillissement (64,1 contre 70,7 dans le reste de la région et 83,8 en France), rapport de dépendance (71,9 contre respectivement 79,9 et 78,4 dans le reste de la région et en France) et indice conjoncturel de fécondité (1,75 enfant par femme en 2015-2021 contre 1,96 dans le reste de la région et 1,84 en France). Ce dernier indice est assez voisin de la classe sociale analogue du reste de la France (1,78), le plus faible des cinq classes de la typologie sociale.



## Davantage de jeunes étudiants, diplômés et cadres, mais aussi d'allocataires du RSA et de chômage

Cette classe regroupe des communes présentant une situation sociale plus hétérogène. Les grandes villes connaissent généralement des parts plus élevées de jeunes adultes scolarisés, de jeunes diplômés et de cadres et professions intellectuelles supérieures du fait le plus souvent de la présence d'universités et/ou d'écoles de niveau supérieur ainsi que d'entreprises susceptibles d'employer des cols blancs. Toutefois, une partie de la population présente des caractéristiques précaires, impliquant notamment des taux d'allocataires et de chômage élevés. Ces caractéristiques sont retrouvées pour les indicateurs calculés sur l'ensemble de cette classe. Ainsi, au 1<sup>er</sup> janvier 2019, la part de cadres et professions intellectuelles supérieures occupés y est la plus importante des cinq classes : 24,0 % contre 10,9 % dans le reste de la région, 18,6 % en France et 21,1 % dans la classe analogue du reste de la France. Il en est de même pour les jeunes de 25-34 ans ayant au moins un Bac+2, avec une part de 54,0 %, soit 10 points de plus que la classe aux caractéristiques sociales plutôt favorables) et 20 points de moins en regard du reste de la région ; la classe analogue du reste de la France présente une part plus proche (51,1 %). Le taux d'allocataires du RSA au 31 décembre 2021 est particulièrement élevé, 7,7 % contre 5,9 % en France, soit une valeur plus importante que la classe aux caractéristiques sociales plutôt défavorables. Dans la classe analogue du reste de la France, la valeur est un peu plus faible (6,3 %). Quant au chômage déclaré lors du recensement de 2019 pour l'ensemble de la population ou des seuls jeunes, il est un peu plus élevé dans cette classe que dans l'ensemble de la France ou même dans la classe analogue du reste de la France de 1 ou 2 points dans les deux cas.

### Différentiel avec la France du taux standardisé de mortalité en 2011-2017

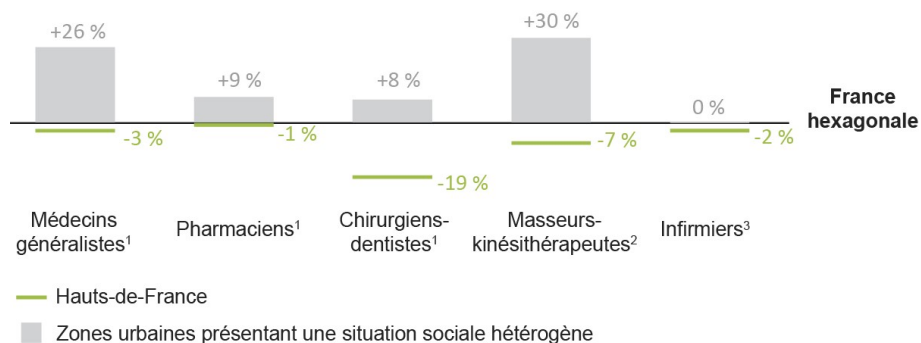


## Une mortalité par maladies cardiovasculaires plutôt satisfaisante, moins pour les cancers et les pathologies liées à une consommation d'alcool

Cette classe enregistre la meilleure espérance de vie à la naissance des cinq classes pour les femmes ; chez les hommes, elle arrive en seconde position après la classe sociale la plus favorisée. Dans les deux cas, l'écart avec le niveau national demeure négatif, traduisant une situation moins favorable, d'un peu plus d'un an pour les hommes (1,1 an) et d'un peu moins d'un an pour les femmes (0,8 an). En regard de la classe analogue du reste de la France, les écarts sont encore plus importants, avec 1,7 an d'espérance de vie en moins pour les hommes et 1,4 an pour les femmes.

Cette situation moins favorable pour cette classe dans la région par rapport à celle équivalente du reste de la France est retrouvée pour la mortalité prématurée et pour la mortalité évitable, tant en matière de prévention que pour les soins. Ainsi, en 2011-2017, la surmortalité prématurée dans cette classe est de 15 % alors que dans l'ensemble des régions autres que les Hauts-de-France et l'Île-de-France, elle est en deçà de la valeur nationale de 3 %. Pour la mortalité évitable par des actions de prévention, le différentiel sur la même période avec le niveau national est de l'ordre de +17 % contre -5 % pour le reste de la France et l'écart entre les deux territoires est encore plus marqué pour celle qui concerne le système de soins (respectivement de +20 % et de -7 %). Il en va de même pour les cancers, les maladies cardiovasculaires, les pathologies liées à la consommation d'alcool et celles liées à la consommation de tabac, hormis pour ces dernières chez les femmes où le différentiel avec la France est négatif. Les écarts sont compris entre 8 et 16 points, sauf pour la mortalité liée à la consommation d'alcool où l'écart entre les deux classes est de 44 points chez les hommes et de 70 points chez les femmes, écarts très élevés à l'image de ce qui est retrouvé dans les autres classes.

### Différentiel avec la France de la densité de professionnels de santé libéraux



1. au 1<sup>er</sup> janvier 2022    2. au 1<sup>er</sup> janvier 2020    3. au 1<sup>er</sup> janvier 2021, infirmiers de moins de 62 ans

Sources : Drees / Adeli 2021, Drees / Asip-Santé - RPPS 2020 et 2022, Insee - Exploitation OR25

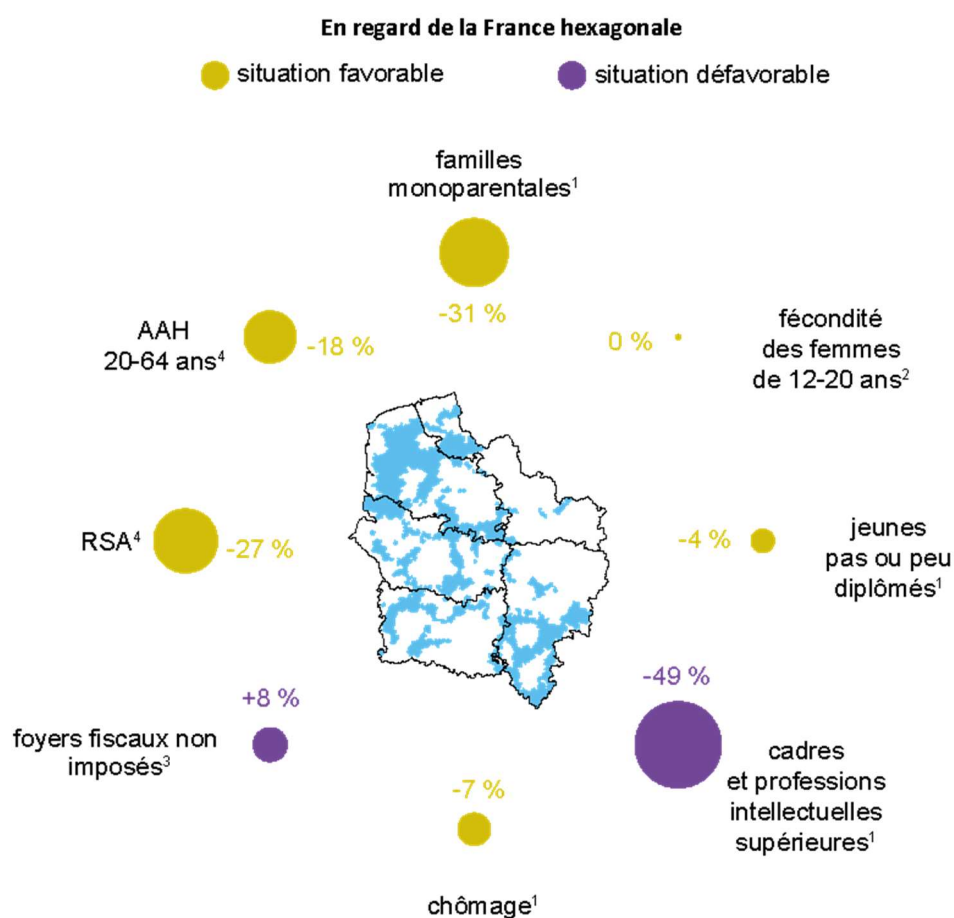
### Des densités de professionnels de santé souvent plus importantes qu'en France, mais pas en regard de la classe équivalente nationale

Outre le fait d'avoir la plus forte densité de médecins généralistes libéraux au 1<sup>er</sup> janvier 2022 (106 pour 100 000 habitants contre environ 73 dans le reste de la région). Il est à noter que c'est la même valeur dans la classe sociale analogue du reste de la France. L'évolution relevée en dix ans est un peu moins défavorable dans cette classe que celles observées par ailleurs. En effet, la diminution a été plus de deux fois moins soutenue pour cette classe que celles enregistrées aux niveaux national et régional (près de -5 % contre un peu plus de -10 %). Les densités de médecins de premiers recours libéraux (gynécologues, ophtalmologues et psychiatres) sont également les plus élevées de la région. Toutefois, la densité de psychiatres demeure plus faible qu'en France (7,9 pour 100 000 habitants contre 9,2 ; dans la classe analogue du reste de la France, elle dépasse les 15 pour 100 000). Les densités de pharmaciens, de chirurgiens-dentistes et de masseurs-kinésithérapeutes libéraux sont les plus élevées des cinq classes (à égalité pour les pharmaciens), avec des valeurs un peu plus importantes qu'en France. Pour les infirmiers, la classe se situe à un niveau intermédiaire, avec une densité identique à celle de la France. Pour la grande majorité de ces professionnels de santé, les densités sont supérieures dans la classe sociale identique du reste de la France.

## CLASSE SOCIALE PLUTOT FAVORABLE

### Une classe regroupant des communes à dominante rurale, avec une part de jeunes de 18-24 ans moindre

Avec un peu plus de 615 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2019, cette classe regroupe un dixième de la population régionale domiciliée dans des communes à dominante rurale. De fait, il est logique de retrouver une densité de population faible, la plus petite des cinq classes : 74 habitants au km<sup>2</sup> contre 120 pour le niveau national et 230 pour le reste de la région. Cette densité est toutefois bien supérieure à celle de la classe équivalente du reste de la France (40 habitants au km<sup>2</sup>). Les caractéristiques populationnelles de cette classe sont assez proches de celles relevées dans l'ensemble des Hauts-de-France. Seule la part des jeunes en âge de faire des études supérieures (18-24 ans) se démarque, avec un niveau moindre (6,5 % contre 8,6 % en Hauts-de-France et 8,0 % en France) ; cette caractéristique est retrouvée pour la classe sociale identique du reste de la France (5,5 %). Pour ce qui a trait à la fécondité, elle est avec 1,91 enfant par femme sur la période 2015-2021 un peu supérieure aux moyennes régionale et nationale (respectivement 1,88 et 1,84) et également à la classe équivalente du reste de la France (1,87).

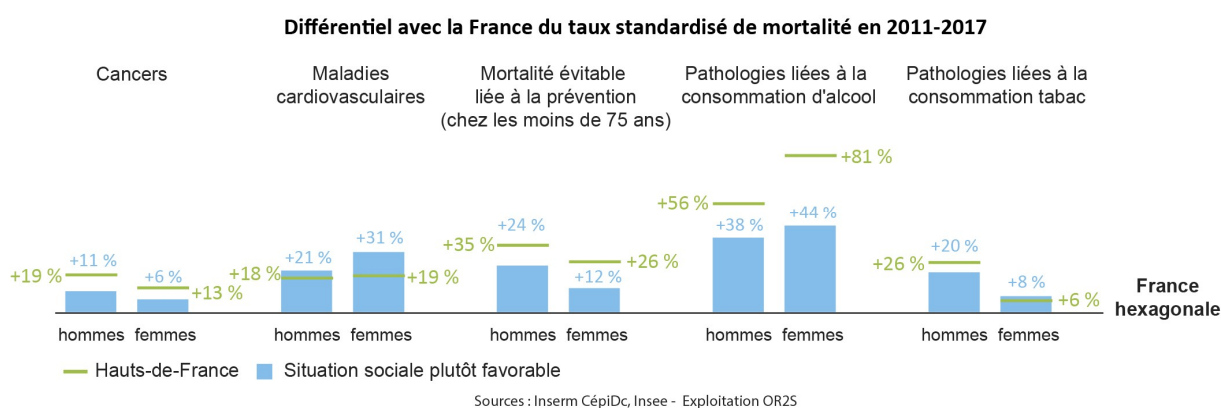


1. au RP 2019      2. en 2015-2021      3. sur les revenus de 2021      4. au 31 décembre 2021

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFIP - Exploitation OR2S

## Moins d'allocataires du RSA, de l'AAH et de chômage qu'en France, mais des revenus moyens plus faibles

Les indicateurs sociaux de cette classe sont, le plus souvent, un peu plus favorables que ceux relevés sur l'ensemble de la région, se situant pour nombre d'entre eux au second rang derrière la classe au profil social le plus favorable. Pour certains, ils sont au même niveau qu'en France, comme la part de jeunes de 25-34 ans sortis du système scolaire pas ou peu diplômés ou le taux d'activité des 15-64 ans. La structure socioprofessionnelle de cette classe se rapproche toutefois davantage des deux classes présentant plutôt une situation défavorable. Ainsi, la part d'ouvriers est élevée (de l'ordre de 28 % pour ces trois classes contre 20 % en France) et une part de cadres et professions intellectuelles supérieures un peu plus faible (sous les 10 %). Il est à noter une assez grande similitude entre les deux classes sociales analogues sur les deux niveaux géographiques (région et France hors Hauts-de-France et Île-de-France). Les indicateurs autour des revenus sont également moins favorables que ceux relevés en France, tant pour le revenu moyen annuel par foyer fiscal (inférieur), que la part de foyers fiscaux non imposés (supérieure). Ce sont ainsi près de 3 500 € qui séparent en 2021 le revenu moyen annuel relevé dans cette classe (26 180 €) et celui de la France (29 550 € ; 25 405 € pour le reste des Hauts-de-France et 25 486 € pour la classe identique du reste de la France). En revanche, les taux d'allocataires du RSA et de l'AAH sont plus faibles en 2021 que ceux relevés en France, de même que le taux de chômage au sens du recensement de 2019. Pour ce dernier indicateur, une spécificité est toutefois à noter pour les femmes, avec un taux de chômage identique à celui de la France et même un peu plus élevé pour les seules femmes de 18-24 ans.



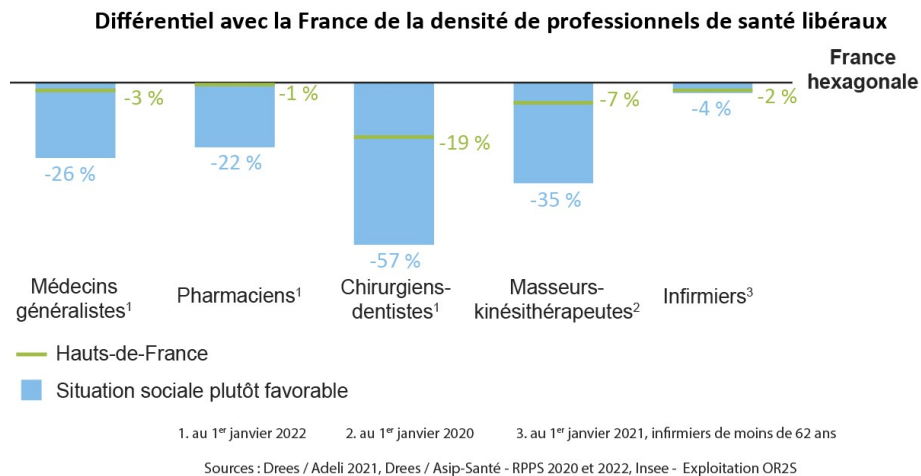
## Les cancers plutôt dans une situation pas trop défavorable, contrairement aux pathologies liées à la consommation d'alcool

Les espérances de vie à la naissance de la classe sont bien moindres que celles relevées en France, et ce aussi bien pour les hommes (77,3 ans contre 79,2 ans, soit 1,8 an d'espérance de vie en moins en 2011-2017) que pour les femmes (83,7 ans contre 85,4 ans, soit 1,7 an d'espérance de vie en moins). En comparaison à la classe sociale analogue du reste de la France, les écarts sont un peu moins marqués, mais ils demeurent nettement plus défavorables pour la classe des Hauts-de-France, et ce tant pour les hommes (-1,2 an) que pour les femmes (-1,4 an). En outre, en regard des Hauts-de-France, la situation est plus favorable pour les hommes (+0,7 an d'espérance de vie), mais similaire pour les femmes (+0,1 an).

Cette situation moins favorable pour cette classe dans la région par rapport à la classe équivalente dans le reste de la France est retrouvée pour la mortalité prématurée et pour la mortalité évitable, tant en matière de prévention que pour les soins. Ainsi, la surmortalité prématurée dans cette classe des Hauts-de-France est, sur la période 2011-2017, de 17 % chez les hommes de moins de 65 ans et de 13 % chez leurs homologues féminines ; dans les régions autres que les Hauts-de-France et l'Île-de-France, ce différentiel avec le niveau national est de +5 % chez les hommes, mais sans différence chez les femmes. Pour la mortalité évitable en ce qui concerne le système de soins, le différentiel avec le niveau national est de l'ordre de +20 % contre +3 % pour la classe sociale analogue du reste de la France et la mortalité évitable par des actions de prévention est de +24 % chez les hommes locaux et de +9 % chez leurs homologues « nationaux », ces valeurs étant divisées par deux chez les femmes pour les deux unités géographiques. Hormis comme pour les autres classes, la situation féminine est spécifique en regard des pathologies liées à la consommation de tabac. D'autre part, pour cette classe, les cancers (avec un différentiel entre la classe et la France compris entre +6 % et +11 %), les maladies cardiovasculaires, les pathologies liées à la consommation de tabac chez les hommes et les pathologies liées à la consommation d'alcool présentent toutes une surmortalité d'au moins 20 %, pouvant même doubler pour ces dernières. Dans la classe sociale analogue du reste de la



France, les écarts avec le niveau national sont bien moindres avec un maximum de +12 % pour les maladies cardiovasculaires et même en deçà de la valeur nationale pour les pathologies liées à l'alcool chez les femmes (soit un écart entre les deux niveaux de 50 points au détriment des femmes de cette classe des Hauts-de-France).



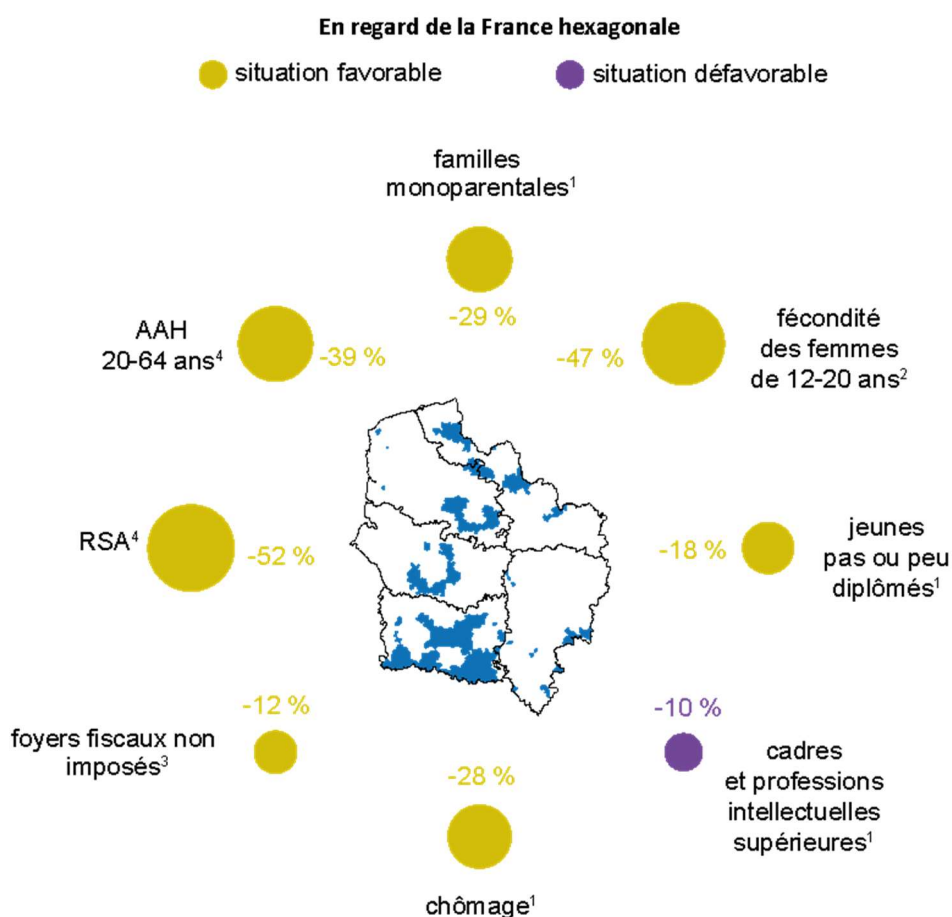
### De faibles densités de professionnels de santé libéraux, tout particulièrement de chirurgiens-dentistes

À l’instar de la plus faible densité de population, les densités de professionnels de santé relevées dans cette classe sont souvent les plus faibles de la région. Comme pour la classe aux caractéristiques sociales les plus favorables, les densités de médecins généralistes libéraux, de médecins de premiers recours (gynécologues, ophtalmologues et psychiatres), de pharmaciens, d’infirmiers, de chirurgiens-dentistes et de masseurs-kinésithérapeutes sont plus faibles que celles relevées dans la classe sociale analogue du reste de la France. Il est à noter que la densité d’infirmiers libéraux est, en revanche, proche de la valeur nationale, mais au-dessus de cette valeur dans la classe correspondante nationale. À l’instar de ce qui se retrouve pour l’ensemble de la région, les communes appartenant à cette classe enregistrent un important déficit de chirurgiens-dentistes (-57 %). Concernant l’âge de ces derniers professionnels de santé, la part de 55 ans et plus est souvent un peu plus faible qu’en France.

## CLASSE SOCIALE LA PLUS FAVORABLE

Une classe marquée par une forte croissance de sa population, même si ceci est moins soutenu que dans les communes comparables du reste de la France

Avec près de 494 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2019, soit 8 % de la population régionale, cette classe est la moins peuplée. En revanche, en ce qui concerne la densité de population, elle se situe à un niveau intermédiaire, avec une valeur identique à celle relevée en France (de l'ordre de 120 habitants au km<sup>2</sup> soit bien inférieur au reste de la région qui en compte 200). Elle se démarque par un accroissement de population particulièrement important, le plus élevé des cinq classes de la typologie sociale et la seule classe à avoir une valeur plus élevée que celle de la France : +0,47 % entre les recensements de 2013 et 2019 contre +0,36 % en France. En regard de la classe sociale identique du reste de la France, l'accroissement de la population y est par contre un peu plus faible (+0,73 %). Cette classe est également marquée par de faibles indices de vieillissement (65,8 contre 69,3 dans le reste de la région et 83,8 en France) et rapport de dépendance (74,8 contre 78,1 et 78,4 respectivement dans le reste de la région et en France), les plus faibles après ceux relevés dans la classe regroupant les zones les plus urbanisées. Ils sont toutefois bien inférieurs à ceux de la classe sociale analogue du reste de la France puisque les deux sont de 80. L'indice conjoncturel de fécondité relevé dans cette classe est également le second plus faible des cinq classes de la typologie sociale, à un niveau équivalent à celui relevé en France (1,85 enfant par femme en 2015-2021 et 1,84 pour la France). Cet indice est également de 1,85 dans la classe analogue du reste de la France.

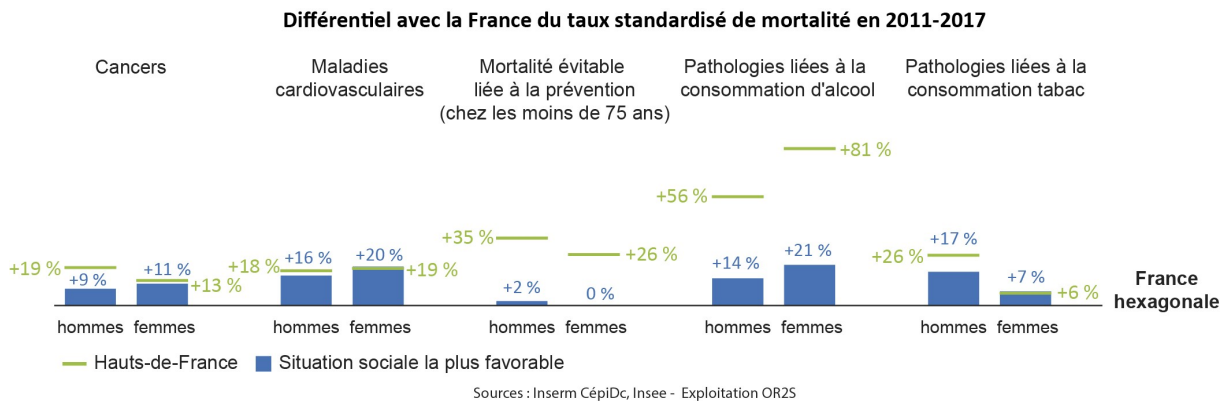


1. au RP 2019      2. en 2015-2021      3. sur les revenus de 2021      4. au 31 décembre 2021

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFIP - Exploitation OR2S

## Une situation sociale plus favorable qu'en France

Cette classe, présentant les indicateurs sociaux les plus favorables de la région, détient également une situation sociale qui est globalement plus favorable que celle de la France. Ainsi, les taux de chômage, part de foyers fiscaux non imposés, taux d'allocataires du RSA et de l'AAH sont les plus faibles des cinq classes et en deçà du niveau national. Quelques spécificités sont toutefois à noter. En effet, parmi les actifs occupés, la part de cadres et professions intellectuelles supérieures est un peu plus faible qu'en France (16,8 % contre 18,6 %) ; ce constat n'est pas spécifique aux Hauts-de-France, la part relevée dans la classe sociale analogue du reste de la France est plus faible (14,2 %). La part de jeunes de 18-24 ans scolarisés est également plus faible dans cette classe qu'en France (45,6 % contre 52,5 %). Là encore, cette tendance moindre est retrouvée dans la classe analogue du reste de la France (40,6 %).

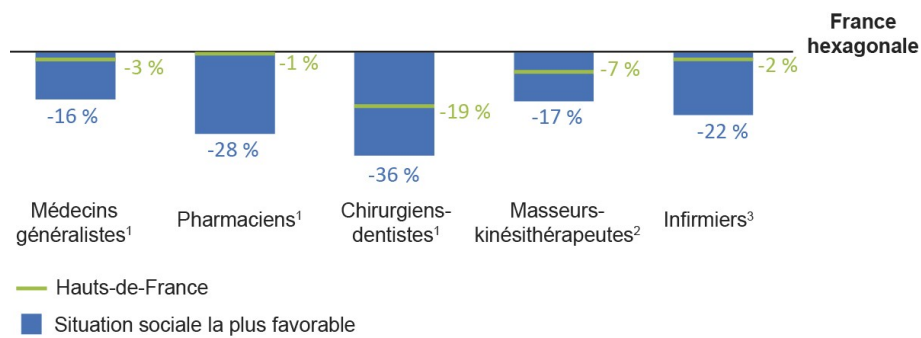


## Des indicateurs de mortalité les meilleurs des cinq classes, cependant bien en retrait de ceux du reste de la France

Si les indicateurs sociaux sont le plus souvent plus favorables qu'en France, il n'en est pas de même pour l'état de santé de la population. En effet, en regard de la situation nationale, les hommes domiciliés dans une des communes composant cette classe ont une demi-année de moins d'espérance de vie à la naissance (78,6 ans contre 79,2 ans en France en 2011-2017) et les femmes un peu plus d'une année (84,2 ans contre 85,4 ans). En regard de la classe analogue du reste de la France, les écarts sont encore plus marqués, 1,2 an chez les hommes et 1,5 an chez les femmes. Au sein des Hauts-de-France, si pour les hommes, il s'agit de la situation la plus favorable, l'espérance de vie féminine à la naissance est inférieure à celle relevée dans la classe composée de zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène.

Tant pour la mortalité prématurée que pour la mortalité évitable, il n'existe pas de différence avec le niveau national. Seules exceptions à mentionner, la mortalité évitable liée au système de soins chez les femmes (+13 %) et la mortalité prématurée chez les hommes (-5 %). Ce plutôt bon résultat global doit cependant être tempéré par le fait que pour ces deux approches de la mortalité, la classe analogue du reste de la France est toujours en meilleure situation que la moyenne nationale avec des différences variant entre -13 % et -6 %. Au niveau des causes principalement analysées dans ce document (cancers, maladies cardiovasculaires, pathologies liées à la consommation d'alcool et de tabac), il existe dans cette classe favorisée socialement des surmortalités, allant du simple au triple (de +7 % à +21 %). Ce résultat est d'autant moins satisfaisant que dans la classe sociale analogue du reste de la France, la plupart des différences avec le niveau national sont négatives, hormis pour les maladies cardiovasculaires. Pour synthétiser, les écarts entre les deux classes les plus favorables, qui ressortent de la classification, montrent une population des Hauts-de-France dans une situation sanitaire moins satisfaisante telle que révélée par ces indicateurs en regard de l'ensemble des autres Français, hormis les Franciliens.

### Différentiel avec la France de la densité de professionnels de santé libéraux



1. au 1<sup>er</sup> janvier 2022    2. au 1<sup>er</sup> janvier 2020    3. au 1<sup>er</sup> janvier 2021, infirmiers de moins de 62 ans

Sources : Drees / Adeli 2021, Drees / Asip-Santé - RPPS 2020 et 2022, Insee - Exploitation OR25

### Des densités de professionnels de santé plus faibles qu'en France, mais avec des parts moindres de professionnels âgés

La densité de médecins généralistes libéraux relevée dans cette classe (70,1 pour 100 000 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2022) demeure plus faible que celles relevées en région et en France (respectivement 81,8 et 83,9), mais aussi dans la classe sociale analogue du reste de la France (80,5). En revanche, la part de médecins âgés est la plus faible des cinq classes sociales et à un niveau proche de ce qui est observé dans la classe analogue du reste de la France : deux médecins sur cinq ont 55 ans et plus contre un sur deux dans le reste de la région.

Cette classe se démarque avec les plus faibles densités de pharmaciens et d'infirmiers libéraux des cinq classes sociales. Pour les masseurs-kinésithérapeutes et les chirurgiens-dentistes, les densités sont là encore plus faibles que celles de la région et de la France. En outre, les différentes densités de professionnels relevées dans cette classe sont bien moindres que celles de la classe sociale analogue du reste de la France. À titre d'exemple, le manque en médecins généralistes est de 4 % dans la classe analogue et de 16 % en région, de 17 % contre 28 % pour les pharmaciens, de 2 % contre 22 % pour les infirmiers et de 11 % contre 36 % pour les chirurgiens-dentistes. En revanche, le plus souvent, les parts de 55 ans et plus pour ces différents professionnels demeurent plus faibles que celles relevées sur les trois unités géographiques de comparaison.

## Indicateurs socio-démographiques

	Population	Part de la population dans le territoire (en %)	Densité de population (habitants au km <sup>2</sup> )	Rapport de dépendance	Indice de vieillissement	Indice conjoncturel de fécondité (enfant(s) par femme)	Taux de fécondité des femmes de 12-20 ans (pour 1 000 femmes de 12-20 ans)	Part de jeunes de 25-34 ans non scolarisés pas ou peu diplômés (en %)	Revenu moyen annuel par foyer fiscal (en €)	Part de foyers fiscaux non imposés (en %)	Taux d'allocataires du RSA (pour 100 ménages)	Taux d'allocataires de 20-64 ans de l'AAH (pour 100 personnes de 20-64 ans)	Taux de chômage des 15 ans et plus (au sens du recensement, en %)	Taux de chômage des 15-24 ans (au sens du recensement, en %)
	RP 2019	RP 2019	RP 2019	RP 2019	RP 2019	2015-2021	2015-2021	RP 2019	2021	2021	2021	2021	RP 2019	RP 2019
Hauts-de-France	Situation sociale la plus défavorable	2 411 751	40,2	353,1	81,3	69,3	2,01	15,0	19,1	21 269	66,2	11,7	4,7	20,9
	Situation sociale plutôt défavorable	952 734	15,9	96,7	79,8	78,5	1,88	8,4	14,0	25 044	59,9	5,7	3,2	14,4
	Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	1 531 482	25,5	570,0	71,9	64,1	1,75	7,0	11,8	29 731	53,3	7,7	3,4	14,7
	Situation sociale plutôt favorable	615 350	10,2	73,8	78,7	68,4	1,91	6,2	12,0	26 180	58,0	4,3	2,6	11,9
	Situation sociale la plus favorable	493 630	8,2	120,6	74,8	65,8	1,85	3,3	10,1	33 334	47,2	2,8	1,9	9,3
Hauts-de-France	Hors Situation sociale la plus défavorable	3 593 196	59,8	143,9	75,5	68,8	1,79	6,8	12,2	28 364	55,0	6,0	3,2	13,4
	Hors Situation sociale plutôt défavorable	5 052 213	84,1	230,1	77,4	67,3	1,88	10,4	15,1	25 565	59,5	8,8	3,9	16,6
	Hors zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	4 473 465	74,5	153,6	79,9	70,7	1,96	11,2	16,1	24 015	61,7	8,5	4,0	16,8
	Hors Situation sociale plutôt favorable	5 389 597	89,8	229,7	77,7	69,1	1,88	10,5	15,3	25 405	59,7	8,7	4,0	16,8
	Hors Situation sociale la plus favorable	5 511 317	91,8	198,9	78,1	69,3	1,88	10,6	15,4	24 808	60,6	8,8	4,0	16,9
France hors Hauts-de-France et Île-de-France	Situation sociale la plus défavorable	3 456 762	7,4	160,3	87,7	105,9	1,92	11,4	18,2	23 196	62,6	9,9	5,3	18,8
	Situation sociale plutôt défavorable	6 219 430	13,3	51,5	88,2	115,7	1,86	7,9	15,9	24 183	61,3	5,8	4,1	14,2
Hauts-de-France	Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	19 459 363	41,6	379,4	76,8	86,2	1,78	6,0	11,8	29 141	52,5	6,3	3,5	13,7
	Situation sociale plutôt favorable	7 909 635	16,9	40,5	87,3	106,3	1,87	5,5	12,1	25 486	59,4	3,6	3,1	11,0
	Situation sociale la plus favorable	9 784 087	20,9	87,8	79,9	80,5	1,85	3,3	9,3	32 021	49,7	2,7	2,1	9,1
Hauts-de-France	6 004 947	9,2	188,8	77,8	69,0	1,88	10,1	15,0	25 483	59,5	8,3	3,7	16,3	
France hexagonale	65 096 768	100	119,7	78,4	83,8	1,84	6,2	12,4	29 547	53,8	5,9	3,1	12,8	

Sources : CCMSA, Cnaf, Insee, Ministère de l'Action et des Comptes publics - DGFiP - Exploitation OR2S

### Indicateurs de mortalité

		2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	2011-2017	
		Espérance de vie à la naissance chez les femmes (en année)	Espérance de vie à la naissance chez les hommes (en année)	Différentiel pour la mortalité évitable liée à la prévention chez les hommes de moins de 75 ans en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel pour la mortalité évitable liée à la prévention chez les femmes de moins de 75 ans en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel pour la mortalité évitable liée au système de soins chez les hommes de moins de 75 ans en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel pour la mortalité évitable liée au système de soins chez les femmes de moins de 75 ans en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par cancers chez les hommes en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par cancers chez les femmes en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les hommes en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les femmes en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par pathologies liées à la consommation d'alcool chez les hommes en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par pathologies liées à la consommation d'alcool chez les femmes en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par pathologies liées à la consommation tabac chez les femmes en regard de la France hexagonale (en %)	Différentiel de mortalité par pathologies liées à la consommation tabac chez les hommes en regard de la France hexagonale (en %)
Hauts-de-France	Situation sociale la plus défavorable	82,9	75,3	55	42	57	45	29	16	25	23	86	119	37	10
	Situation sociale plutôt défavorable	83,6	76,4	34	25	34	27	21	11	25	26	51	70	28	10
	Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	84,6	78,1	18	16	19	21	10	11	0	2	34	60	12	-3
	Situation sociale plutôt favorable	83,7	77,3	24	12	20	22	11	6	21	31	38	44	20	8
	Situation sociale la plus favorable	84,2	78,6	2	0	1	13	9	11	16	20	14	21	17	7
Hauts-de-France	Hors Situation sociale la plus défavorable	84,1	77,5	21	16	21	22	13	10	13	16	37	55	18	3
	Hors Situation sociale plutôt défavorable	83,6	76,7	35	27	36	32	19	13	16	18	58	84	25	6
	Hors zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	83,3	76,2	40	29	40	34	22	13	23	24	63	88	30	9
	Hors Situation sociale plutôt favorable	83,6	76,5	36	28	37	32	20	14	17	18	59	85	27	6
	Hors Situation sociale la plus favorable	83,5	76,4	38	29	39	33	20	13	18	19	60	87	27	6
France hors Hauts-de-France et Île-de-France	Situation sociale la plus défavorable	84,6	77,6	18	21	17	11	8	6	7	5	14	14	11	11
	Situation sociale plutôt défavorable	84,9	78,3	11	10	8	4	3	2	9	9	4	3	7	9
	Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	86,0	79,7	-6	-4	-7	-8	-3	-3	-8	-10	-10	-11	-5	-7
	Situation sociale plutôt favorable	85,1	78,5	9	3	3	2	1	0	12	13	8	-5	3	7
	Situation sociale la plus favorable	85,7	79,8	-6	-10	-11	-10	-2	-3	3	6	-7	-15	-3	0
Hauts-de-France	83,6	76,6	35	26	35	31	19	13	18	19	56	81	26	6	
France hexagonale	85,4	79,2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	

Sources : Inserm CépiDc, Insee - Exploitation OR2S

### Indicateurs de densité de professionnels de santé libéraux

		Densité de médecins généralistes libéraux (pour 100 000 habitants) 2022	Densité de pharmaciens libéraux (pour 100 000 habitants) 2022	Densité d'infirmiers libéraux de moins de 62 ans (pour 100 000 habitants) 2021	Densité de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (pour 100 000 habitants) 2020	Densité de chirurgiens-dentistes libéraux (pour 100 000 habitants) 2022
Hauts-de-France	Situation sociale la plus défavorable	79,6	46,6	192,3	89,2	46,9
	Situation sociale plutôt défavorable	67,2	37,3	185,9	78,5	33,1
	Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	106,0	46,6	179,7	135,0	59,5
	Situation sociale plutôt favorable	61,9	33,2	173,9	67,5	23,9
	Situation sociale la plus favorable	70,1	30,6	140,8	86,3	35,2
Hauts-de-France	Hors Situation sociale la plus défavorable	83,2	39,6	171,2	101,8	43,1
	Hors Situation sociale plutôt défavorable	84,5	43,4	176,8	100,2	46,8
	Hors zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	73,5	41,0	178,8	83,6	39,5
	Hors Situation sociale plutôt favorable	84,0	43,5	178,4	100,1	47,0
	Hors Situation sociale la plus favorable	82,8	43,5	180,6	97,7	45,5
France hors Hauts-de-France et Île-de-France	Situation sociale la plus défavorable	88,1	52,2	265,5	110,1	60,0
	Situation sociale plutôt défavorable	71,7	45,6	229,8	83,9	44,7
Hauts-de-France et Île-de-France	Zones urbaines présentant une situation sociale hétérogène	105,3	49,0	226,5	140,3	71,5
	Situation sociale plutôt favorable	69,9	40,3	192,6	70,8	35,3
	Situation sociale la plus favorable	80,5	35,7	184,6	102,8	49,2
Hauts-de-France		81,8	42,4	176,1	96,7	44,6
France hexagonale		83,9	42,8	180,3	104,1	55,1

Sources : Drees / Adeli 2021, Drees / Asip-Santé - RPPS 2020 et 2022, Insee - Exploitation OR2S

## GLOSSAIRE

---

AAH : Allocation aux adultes handicapés  
AAP : Appel à projets  
ACT : Appartement de coordination thérapeutique  
AHI : Accueil, Hébergement, Insertion  
ARS : Agence régionale de santé  
CCAS : Centre communal d'action sociale  
CCMSA : Caisse centrale de mutualité sociale agricole  
CCRPA : Conseil consultatif régional des personnes accueillies et accompagnées  
CEJ : Contrat d'engagement jeune  
CépiDC : Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès  
CHRS : Centre d'hébergement et de réinsertion sociale  
CLS : Contrat local de santé  
CNAF : Caisse nationale des allocations familiales  
CNR : Conseil national de la refondation  
COG : Convention d'objectifs et de gestion (COG)  
CPTS : Communauté professionnelle territoriale de santé  
CCRPA : Conseil consultatif des personnes accueillies ou accompagnées  
CRISS : Comité régional stratégique de réduction des inégalités sociales de santé  
CRSA : Conférence régionale de la santé et de l'autonomie  
CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie  
CSDU : Commission spécialisée dans le domaine des droits des usagers de la CRSA  
DAC : Dispositifs d'appui à la coordination  
DDETS : Direction départementale de l'emploi, du travail et des solidarités  
DGFiP : Direction générale des finances publiques  
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques  
DREETS : Direction régionale de l'économie, de l'emploi, du travail et des solidarités  
EMPP : Équipe mobile psychiatrie précarité  
EMSP : Équipe mobile santé précarité  
EPS : Examen de prévention en santé  
ESMS : Établissements et services sociaux et médico-sociaux  
GIP : Groupement d'intérêt public  
IAE : Insertion par l'activité économique  
INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques  
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale  
LAM : Lit d'accueil médicalisé  
LHSS : Lit halte soins santé  
OFII : Office français de l'immigration et de l'intégration  
OG : Objectif général  
OR2S : Observatoire régional de la santé et du social  
PASS : Permanence d'accès aux soins de santé  
PRAPS : Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies  
PRS : Projet régional de santé  
PTSM : Projet territorial de santé mentale  
QPV : Quartier prioritaire de la politique de la ville  
RP : Recensement de la population  
RPPS : Répertoire Partagé des Professionnels intervenant dans le système de santé  
RSA : Revenu de solidarité active  
SIAO : Service intégré d'accueil et d'orientation  
SNS : Stratégie nationale de santé  
SRS : Schéma régional santé  
TAPAJ : Travail alternatif payé à la journée



### **Annexe 3 :**

#### **Avis du département sur la révision du schéma régional de santé (SRS) et sur la révision du programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies (PRAPS) des Hauts-de-France**

Adopté en novembre 2018, le programme régional de santé (PRS) 2018-2028 fait aujourd'hui l'objet d'une révision partielle réglementaire. Cette révision concerne deux composantes du projet régional de santé : le Schéma Régional de Santé (SRS) et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies (PRAPS).

Le Schéma régional de Santé (SRS) décline, pour les 5 prochaines années, les orientations du PRS en objectifs opérationnels ; le PRAPS est une déclinaison spécifique du SRS.

Le SRS est établi sur la base du bilan du SRS et du PRAPS précédent et d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé. Il détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels pour l'ensemble de l'offre de soins, de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social.

La révision du SRS et du PRAPS est en cohérence avec la nouvelle Stratégie Nationale de Santé qui s'est appuyée sur la contribution du Haut Conseil de la santé publique et les débats publics du conseil national de la refondation. Elle constitue le cadre régional et les domaines d'actions prioritaires pour améliorer la santé de la population des Hauts-de-France.

Les 7 orientations stratégiques définies en 2018 dans le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) ont évolué du fait de reformulations ou de regroupements, laissant place à 6 orientations stratégiques :

- Orientation stratégique 1 : Renforcer la prévention pour réduire les inégalités de santé
- Orientation stratégique 2 : Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires
- Orientation stratégique 3 : Favoriser la santé tout au long de la vie
- Orientation stratégique 4 : Assurer l'accès à la santé dans les territoires
- Orientation stratégique 5 : Mettre les territoires au cœur de la stratégie régionale de santé
- Orientation stratégique 6 : Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie en santé.

Ces 6 orientations stratégiques sont déclinées en 24 objectifs généraux puis en objectifs opérationnels.

Co-pilotée par l'Assurance Maladie, la concertation s'est organisée selon deux axes : des débats publics qui ont mobilisé plus de 1 000 participants et, dès novembre 2022, des concertations avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et un séminaire.

Depuis fin 2022, les services du Conseil départemental ont participé à de nombreuses réunions de concertation, aux 3 Conseils Nationaux de la Refondation Santé (CNR) (Amiens, Douai et Dunkerque) ainsi qu'à un séminaire de la CRSA.

Conformément à l'article R1434-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, l'avis du Département est sollicité sur la révision du SRS et du PRAPS.

A la lecture des documents soumis à consultation, 68 des 103 des objectifs opérationnels sont en lien direct avec les politiques départementales et les ambitions définies dans le projet de mandat et les pactes des solidarités humaines, des réussites citoyennes et des solidarités territoriales.

La plupart des préoccupations du Pas-de-Calais ont bien été prises en compte, mais certains points appellent des remarques présentées ci-après.

❖ **Orientation stratégique 1 : « renforcer la prévention pour réduire les inégalités de santé » :**

Face à des indicateurs de vulnérabilité sociale, économique et environnementale, le Département approuve l'accent mis sur la prévention. Soucieux d'améliorer la santé de ses habitants, il développe des actions de prévention à tous les âges de la vie, en agissant sur les déterminants de la santé, environnementaux ou comportementaux.

➤ **Objectif général 1 : porter une stratégie de prévention ambitieuse pour les Hauts-de-France :**

L'objectif est en cohérence avec la politique départementale, notamment le Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD du Pas-de-Calais 2022 – 2027. Le Département a conventionné avec Cheval Bleu afin de proposer un accompagnement médico-psycho-social spécifique aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA).

Concernant la prévention vers les enfants, les services de Protection Maternelle et Infantile, acteurs incontournables, poursuivront leur dynamique avec les partenaires majeurs de la petite enfance.

**Il est toutefois regrettable que cet objectif général ne fasse pas davantage apparaître les jeunes, notamment les collégiens, fortement impactés par la crise COVID-19, notamment en matière de santé mentale.**

**S'agissant de l'objectif opérationnel 5 « rendre plus lisible et plus accessible l'offre de prévention », sa mise en œuvre s'appuie trop sur le déploiement d'outils numériques, au risque de laisser de côté ceux qui en demeurent exclus. Il faudra veiller à associer les acteurs présents sur le terrain pour toucher ce public.**

➤ **Objectif général 2 : promouvoir un environnement favorable à la santé :**

Concernant l'objectif opérationnel 3 « prévenir les risques sanitaires liés aux bouleversements de notre environnement », il est nécessaire de maintenir un partenariat fort avec le Groupement de Défense Sanitaire qui est en charge de l'ensemble de la veille sanitaire afin de rester en alerte sur les maladies émergentes des animaux.

L'objectif opérationnel 6 « veiller à préserver la santé des occupants vis-à-vis des risques liés à leurs logements » fait écho au Plan Départemental d'Action pour le Logement et l'Hébergement des Personnes Défavorisées (PDALHPD) du Pas-de-Calais 2022 – 2027, notamment les ambitions de « faire du logement un vecteur de santé » et « renforcer la lutte contre la précarité énergétique ».

➤ **Objectif général 3 : développer le sport-santé, lutter contre l'obésité et le diabète :**

Avec le dispositif « ouvrez votre club », le Département promeut des opérations sportives locales à caractère innovant, favorisant l'accessibilité du plus grand nombre et s'inscrivant dans une démarche d'animation locale et territoriale.

Les « Maisons sport santé » constituent un pivot de la promotion de l'activité physique et sportive dans les parcours de vie et de soins, tout comme la sensibilisation et la montée en compétence de la communauté sportive et des collectivités locales.

Les centres de santé départementaux de Sallaumines et de Oye-Plage ont par ailleurs mis en place le sport sur ordonnance en partenariat avec UFOLEP.

Le Département travaille en collaboration avec le Centre Spécialisé de l'Obésité (CSO) du centre hospitalier d'Arras afin de sensibiliser et de former certains professionnels sur la prévention de l'obésité, dans une approche pluridisciplinaire.

**Le Département regrette que le volet sanitaire ne soit pas assez étoffé ; il s'interroge sur les modalités de repérage précoce du surpoids et de l'obésité, sur la formation des professionnels de santé, sur l'insuffisance des réponses à apporter face à une offre de soins disparate, que ce soit sur le plan hospitalier ou sur le plan ambulatoire.**

- **Objectif général 4 : favoriser le parcours de vie en santé mentale, prévention, diagnostic, prise en charge :**

Le Département est marqué par une densité de professionnels de santé mentale inférieure à la moyenne nationale. A cela s'ajoute le vieillissement massif des effectifs en poste, non compensés par de nouveaux arrivants.

Le manque de professionnels en pédopsychiatrie et en psychiatrie a des conséquences fortes sur les politiques publiques départementales, notamment en protection de l'enfance. Un recensement effectué par le Département en mai 2023 indique par exemple que 48 enfants ne bénéficient pas des soins appropriés à leur état (délais de prise en charge, prises en charge très partielles).

**Le Département demande des moyens supplémentaires afin de palier la sous-densité des professionnels en santé mentale et de couvrir de façon homogène l'ensemble du territoire. Les enjeux en terme de santé publique sont cruciaux, d'autant plus que la santé mentale des habitants, et notamment des plus vulnérables (enfants, jeunes, personnes en situation de précarité), a été fortement impactée par la crise Covid-19. On observe notamment une forte augmentation de psychotropes chez les jeunes ainsi qu'une mortalité par suicide supérieure à la moyenne nationale.**

#### ❖ **Orientation stratégique 2 : « assurer la veille et la gestion des risques sanitaires » :**

A la demande de l'Agence Régionale de Santé, le Département a mobilisé ses équipes administratives et médicales pour assurer tout au long de la crise Covid-19 un appui à la veille sanitaire des établissements sociaux et médico-sociaux. Bon nombre de professionnels de santé ont également été mobilisés pour vacciner dans les centres de vaccination.

#### ❖ **Orientation stratégique 3 : « favoriser la santé tout au long de la vie » :**

- **Objectif général 11 : déployer le parcours des 1 000 premiers jours et améliorer la santé de la femme et de l'enfant.**

Les services de Protection Maternelle et Infantile sont identifiés comme des partenaires à part entière.

**Le Département déplore l'absence de référence aux Centres de Planification et d'Education Familiale qui sont pourtant des acteurs majeurs. Composés de conseillères conjugales, de sages-femmes et médecin, ils offrent un service de consultations médicales (contraception, suivi gynécologique, dépistage HIV, FCV, IVG...), ainsi qu'un accompagnement dans la vie affective, familiale et sexuelle.**

**Le Département partage les objectifs relatifs au repérage, à la prévention mais ceux-ci ne doivent pas rester sans suite. Le SRS dresse le constat d'une problématique de démographie médicale sans y mettre les moyens nécessaires pour y faire face. Le manque de professionnels de santé accentue les retards de repérage et de prise en charge, notamment pour les troubles du neuro-développement.**

➤ **Objectif général 12 : promouvoir la santé des jeunes**

Le Département partage le constat d'une dégradation de l'état de santé (santé mentale, obésité, addictions...) des jeunes ces dernières années, due notamment à l'impact de la crise COVID-19. Il ne peut qu'être d'accord avec le SRS pour poursuivre la stratégie de prévention et de prise en charge en veillant à donner plus de visibilité aux dispositifs mis en place.

**Le Département déplore l'absence totale de référence aux services départementaux sur les objectifs opérationnels 1 « promouvoir des comportements favorables à la santé et au bien-être des jeunes et limiter les conduites à risque » et 3 « accroître la coordination des acteurs intervenant auprès des jeunes dans les territoires ». Les Maisons des Adolescents ainsi que les Centres de Planification et d'Education Familiale sont des acteurs essentiels à la santé des jeunes auprès desquels ils œuvrent au quotidien.**

➤ **Objectif général 13 : accompagner le vieillissement**

Le Département partage le constat des déterminants de santé qui influent négativement sur le grand âge, avec des problématiques de santé accrues, notamment une augmentation des maladies neurodégénératives et psychogériatriques, une plus grande fragilité au risque infectieux, une hausse des syndromes gériatriques (dénutrition, troubles bucco-dentaires, chutes, ostéoporose, iatrogénie médicamenteuse...). Le Département approuve le développement de la prévention afin de prévenir la perte d'autonomie et de réduire l'entrée dans certaines pathologies.

**Le Département déplore le fait de ne pas être suffisamment identifié comme un acteur incontournable du champ de l'autonomie. Les maisons de l'autonomie du Pas-de-Calais ont un rôle majeur en terme de coordination en structurant des réseaux d'acteurs aussi bien sur l'aide aux aidants que la prévention de la perte d'autonomie, en mode guichet intégré. Cette coordination des acteurs portée par le Département est une condition de réussite.**

Au-delà de la prise en charge de la perte d'autonomie, la question du repérage des fragilités constitue un enjeu majeur. C'est donc auprès d'une population pour laquelle apparaissent les premières fragilités physiques, psychiques ou sociales mais permettant une vie autonome que le développement d'outils de repérage et de prévention sera nécessaire. C'est pourquoi le Département a réaffirmé son rôle d'acteur de la prévention de la perte d'autonomie au sein des Maisons de l'Autonomie au début de l'année 2023.

**Concernant l'objectif relatif aux aidants, le Département déplore que la coordination des acteurs ne soit pas mise en valeur.**

Concernant la mise en œuvre des services autonomie, le Département sera présent pour répondre à la transformation de ces services d'ici 2025 et aux nouvelles modalités d'organisation intégrée inhérentes à cette évolution réglementaire.

Sur l'objectif opérationnel « améliorer l'articulation des dispositifs et des acteurs dans les territoires », le Département partage l'importance d'une animation territoriale. Toutefois, il convient de rappeler que depuis la mise en place des Maisons de l'Autonomie en 2010 sur l'ensemble du territoire départemental, le Département a déployé un projet stratégique visant à favoriser l'autonomie d'un public fragilisé (âgé, handicapé, aidants) permettant d'éviter les ruptures de parcours par le pilotage ou la participation à des réponses de proximité adaptées.

La mobilisation et l'animation d'un réseau large d'acteurs, le décloisonnement des interventions entre le social, le médico-social et le sanitaire sont primordiaux. C'est pourquoi le Département a fait évoluer le périmètre des Maisons de l'Autonomie en les inscrivant dans une logique de prévention, de prise en compte de l'ensemble des besoins de la personne, d'animation du réseau d'acteurs et de coordination avec les services ou dispositifs en charge des solutions d'accompagnement. L'objectif est ainsi de mieux coordonner l'ensemble de ces acteurs pour assurer une véritable continuité de l'accompagnement, en proximité, rôle que joue le Département du Pas-de-Calais depuis de nombreuses années et qui n'est pas repris au sein du SRS.

**Il n'est d'ailleurs pas fait référence au service public départemental de l'autonomie pour lequel le Département réaffirmera son rôle de chef de file et de pilote en concertation et en coordination avec les acteurs institutionnels et les partenaires de l'autonomie à l'échelle départementale et territoriale.**

Le Département tient également à souligner l'importance de la prise en compte de la parole de l'utilisateur ainsi que la mobilisation et le dynamisme du Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) sur le Département du Pas-de-Calais.

**La question de l'attractivité des métiers est un enjeu important ; le Département, via la plateforme des métiers « Professions Autonomie 62 » représente un des leviers permettant d'améliorer l'attractivité des métiers et de susciter des vocations, de préparer et de former davantage de publics cibles aux métiers de l'autonomie, de pourvoir au recrutement de professionnels auprès des structures en demande et enfin de fidéliser des professionnels en poste. La question de l'attractivité des métiers doit être partagée avec l'Agence Régionale de Santé à travers cette plateforme des métiers.**

➤ **Objectif général 14 : promouvoir des parcours de vie sans rupture et l'inclusion des personnes en situation de handicap**

L'objectif 2 « améliorer l'accès à la prévention et aux soins des personnes en situation de handicap » ne mentionne pas le référent handicap hospitalier, dont la mission est d'accompagner le patient en établissement de santé pendant son parcours de soins ou de prévention, programmé ou non, en hospitalisation complète ou ambulatoire.

Concernant l'objectif 3 « soutenir et accompagner les aidants de personnes en situation de handicap et promouvoir la pair-aidance », le Département, en tant que chef de file, anime la coordination territoriale en lien notamment avec les plateformes de répit.

**Le Département regrette le manque d'ambition concernant la prise en compte des enfants en situation de handicap confiés à l'aide sociale à l'enfance.** Bien que le document évoque une « attention particulière » pour les enfants dits à « double vulnérabilités », le Département rappelle que ceux-ci sont aujourd'hui confrontés à des ruptures de parcours liés au manque de places et à l'inadaptation des établissements existants à leurs problématiques. **Concernant le manque de places, le Département rappelle que 140 enfants confiés en situation de handicap ne bénéficient pas d'un accompagnement correspondant à l'orientation de la MDPH et que 63 d'entre eux se trouvent en risque de rupture.** A titre d'illustration, le secteur du Calaisis ne dispose pas d'institut thérapeutique éducatif et pédagogique (ITEP). Concernant l'inadaptation aux problématiques, le Département rappelle qu'il propose à l'Agence Régionale de Santé le développement de lieux d'accueil mixtes permettant la prise en charge d'enfants confiés à l'aide sociale à l'enfance en situation de handicap.

**Enfin, le Département rappelle l'importance d'une offre en direction des personnes handicapées vieillissantes, que l'on ne retrouve pas dans le SRS.**

❖ **Orientation stratégique 4 : « assurer l'accès à la santé dans les territoires » :**

À travers son implication dans les programmes territoriaux de santé et l'expérimentation du salariat de médecins généralistes au sein de centres de santé, le Département a donné une nouvelle impulsion à sa politique volontariste en matière de santé et de prévention en renforçant son engagement auprès des acteurs locaux de santé et en élargissant son champ d'intervention.

➤ **Objectif général 15 : garantir l'accès aux professionnels de santé dans les territoires**

Le Département partage les constats et l'identification des problématiques prioritaires concernant cet objectif, ainsi que la nécessité, pour répondre aux enjeux :

- de se doter des moyens de « prédiction » démographique, permettant de disposer, par profession et par territoire, d'une projection de cette densité à 10, 15 et 20 ans ;
- de veiller au nombre de professionnels de santé diplômés par an (en prenant en considération le taux de fuite) et à l'évolution des pratiques professionnelles ;
- de s'appuyer sur les professionnels de santé et leurs initiatives.

Le Département souhaite insister sur l'importance de renforcer le décloisonnement et les coopérations pluridisciplinaires en lien avec les soins de proximité et s'inscrire pleinement, avec l'expérimentation du salariat des médecins, dans les dynamiques qui seront impulsées sur les territoires. A ce jour, les centres départementaux de santé s'ancrent totalement dans le réseau partenarial existant et développent des coopérations avec les professionnels de santé libéraux, les établissements de santé, les acteurs œuvrant dans le champ sanitaire et médico-social du territoire. Le projet de santé des centres départementaux est en concordance avec les politiques publiques départementales relatives au domaine de la santé (PMI, Maison de l'Autonomie, Maison des Adolescents, CPEF...).

Concernant l'objectif opérationnel 2 « mobiliser le levier de la formation médicale pour soutenir l'accès aux soins » et l'objectif opérationnel 3 « renforcer l'attrait des territoires sous-denses auprès des étudiants en santé », le Département souhaite être identifié comme acteur car il ambitionne d'accompagner les professionnels de santé tout au long de leur parcours et d'œuvrer aux côtés des

acteurs régionaux sur les actions menées autour de la maîtrise de stage, l'accueil des internes (notamment sur l'aspect logement) et le soutien à l'installation des professionnels de santé.

➤ **Objectif général 16 : « garantir la réponse aux besoins de soins non programmés et aux urgences »**

Le Pas-de-Calais, comme l'ensemble des départements, est confronté à des tensions importantes en matière d'accès aux soins non programmés et aux urgences.

L'objectif opérationnel 3 entend « garantir la réponse aux urgences vitales et graves, tout en soutenant les équipes des structures de médecine d'urgence ». Il est mentionné le déploiement à venir des unités mobiles hospitalières paramédicalisées (UMHP), qui seront un levier pour « offrir un vecteur complémentaire à la main du régulateur d'aide médicale urgente, sur des motifs spécifiques, permettant de préserver l'activité SMUR »

Il est prévu de déployer ces unités «sur les territoires pertinents ». **Le Département sera vigilant sur cette notion de pertinence territoriale afin de pouvoir bénéficier d'un déploiement d'UMHP adapté aux besoins.**

➤ **Objectif général 17 : « améliorer l'accès à l'imagerie médicale, aux soins critiques et aux soins palliatifs »**

A travers l'objectif opérationnel 4, l'ARS entend « accompagner les évolutions de l'usage de l'imagerie médicale : téléradiologie, apports à la permanence des soins, coopérations territoriales et pertinence des actes ».

Parmi les objectifs, on note le soutien au « développement de la radiologie et de l'imagerie médicale au sein des établissements de santé labellisés en qualité de proximité, conformément à leurs missions ». Il est ainsi prévu de « développer des équipements de radiologie conventionnelle et d'imagerie en coupe (lorsque les autorisations sont délivrées pour cette catégorie d'équipements ») au sein des hôpitaux de proximité labellisés.

**Le Département veillera à ce que les hôpitaux, dès lors qu'ils répondent aux critères d'attribution, soient dotés de ces équipements.**

➤ **Objectif général 18 : « mener à bien la modernisation des établissements de santé et médico-sociaux notamment en mobilisant les investissements »**

S'agissant des établissements de santé, la relance des investissements doit permettre d'accélérer la transformation et l'adaptation de l'offre de soins dans les territoires ainsi que d'améliorer les conditions de travail des professionnels et l'accueil des patients.

Sur le champ des établissements pour personnes âgées, en lien avec les Conseils départementaux, les investissements doivent permettre le développement des EHPAD de demain.

Pour le champ des établissements pour personnes handicapées, en lien avec les Conseils départementaux pour les établissements à périmètre conjoint, il s'agira de promouvoir des établissements plus adaptés, inclusifs et contribuant à apporter des réponses innovantes pour les situations complexes.

**Le Département veillera à ce que la stratégie régionale d'investissement en santé serve bien l'ensemble des projets prioritaires du Pas-de-Calais. Le Département accompagnera en**

**investissement les établissements accueillant les personnes âgées en perte d'autonomie** (Résidences Autonomie et EHPAD), en complémentarité des programmes nationaux, et en complémentarité de l'ARS en vue d'assurer une amélioration des conditions d'accueil de qualité au quotidien. Le département poursuivra son appui aux établissements et services à destination des personnes en situation de handicap en vue d'accompagner les changements de pratiques et d'approche inhérents à une offre inclusive et modulable

❖ **Orientation stratégique 5 : « mettre les territoires au cœur de la stratégie régionale de santé » :**

Les constats sur les attentes concernant la simplification de notre système de santé, la meilleure orientation du patient dans son parcours de santé et la lisibilité des dispositifs tant pour les professionnels que pour les usagers, sont largement partagés. Cela nécessite de redonner des initiatives aux territoires, de leur apporter aussi une meilleure vision des actions ou dispositifs de santé déployés. Aussi, le Département est mobilisé aux côtés des territoires et participe activement à l'élaboration et la mise en œuvre des différents contrats locaux de santé et projets territoriaux de santé mentale. Le Département accompagne les initiatives locales relevant de ses champs de compétences et soutient les innovations en santé.

Le Département s'attèlera à mettre en œuvre le volet santé du pacte des solidarités sur tout le territoire départemental et à suivre la mise en œuvre des feuilles de route avec les conseils territoriaux de santé.

❖ **Orientation stratégique 6 : « mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie en santé » :**

Le Département partage le constat de l'objectif opérationnel n°2 « développer l'information par une communication plus accessible » ; il est déjà fortement mobilisé, en lien avec la MDPH.

Cette orientation ambitionne de développer et soutenir davantage les démarches de participation directe, associant plus largement les citoyens, le grand public, en complément des acteurs de santé déjà fortement impliqués, à commencer par les représentants d'usagers du système de santé. Le Département ne peut être qu'en accord avec les objectifs opérationnels déclinés, même si ces derniers restent à étoffer notamment sur les méthodes de travail et les moyens alloués.

Le Département est d'accord avec l'objectif n°3 « impliquer les usagers et citoyens dans la politique de santé et au plus près des territoires » et partage le fait que les usagers doivent être associés. Il s'étonne que le Conseil départemental de la citoyenneté et de l'autonomie (CDCA) ne soit pas identifié parmi les acteurs concernés d'autant que le CDCA, de par son dynamisme, est un acteur majeur de la représentation des usagers.

Les obstacles à l'accès aux soins, voire même le renoncement aux soins en particulier des personnes en situation de précarité, sont avant tout liés à la méconnaissance des dispositifs existants par les usagers et même les professionnels. Notons que le Département, au sein des centres départementaux de santé, s'attache à disposer des bonnes informations de santé qui permettent aux patients de prendre des décisions concernant leur et/ou celle de leurs proches, puis diffuser des supports et outils de communication notamment sur les droits des usagers.



❖ **PRAPS : programme régional d'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies**

Le Département ne peut qu'approuver les objectifs. Il s'est d'ailleurs engagé dans un conventionnement avec les caisses primaires d'assurance maladie du Pas-de-Calais afin de lutter contre le renoncement aux droits, aux soins et à la prévention de ses habitants.

Concernant l'objectif opérationnel n°3 « poursuivre le renforcement de l'offre spécifique de santé, pour les personnes en grande précarité, dans une logique de parcours à l'échelle des territoires, et pour un relai vers le droit commun à la santé », le Département émet un avis très favorable sur le développement des dispositifs tels que « un chez soi d'abord » qui permet de sortir les personnes de la rue et de les orienter directement vers un logement ordinaire, ou encore « un chez soi d'abord jeune » qui s'adresse à des jeunes de 18 à 25 ans présentant des troubles psychiques et concernés par les problématiques de logement.

On peut également souligner la volonté du PRS d'« aller vers » les personnes en situation de précarité en leur facilitant l'accès aux soins et à la prévention.

**Le Département émet toutefois une réserve sur les moyens financiers qui seront alloués pour étoffer ces dispositifs et faciliter l'accompagnement des professionnels dans la prise en charge de ces publics.**

Concernant l'objectif opérationnel n°2 « déployer des projets d'inclusion numérique et inclure du numérique dans les dispositifs d'inclusion en santé », le Département, au sein des centres départementaux de santé, assure le fonctionnement d'un système de partage d'informations de santé entre les professionnels du centre et les autres acteurs du territoire. Le Département aspire à mettre en œuvre un plan d'actions visant à accompagner les professionnels des centres et les patients au développement de Mon espace santé, puis diffuser des campagnes d'information et de sensibilisation sur cet outil.

**Conclusion :**

Les objectifs du SRS sont globalement partagés par le Département.

Le Département émet toutefois des réserves concernant les objectifs et les résultats attendus ; il sera nécessaire de définir les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation, ainsi que les moyens qui seront alloués pour y parvenir.

Le SRS dresse le triste constat d'une problématique croissante de démographie des professionnels de santé, de difficultés d'accès aux soins aggravées dans certains territoires notamment ruraux et pour certaines populations à « mobilité réduite » (personnes en situation de handicap, en situation de précarité, personnes âgées...).

Les actions de prévention, de repérage, de dépistage mises en avant dans le SRS sont primordiales mais dépourvues de sens si la coordination avec le parcours de soins ne peut être garantie aux habitants.

Le Pas-de-Calais ne bénéficie pas d'une situation économique et d'un état de santé favorable. Sa population vieillit, avec une prévalence des maladies chroniques.

Le Département demande donc que le SRS prenne en compte ces difficultés en allouant les moyens financiers et humains adaptés afin que tout habitant du Pas-de-Calais puisse accéder à l'offre de soins dont il a besoin, qu'elle soit préventive ou thérapeutique, et qu'elle lui soit accessible géographiquement et financièrement.

Le Département demande également que le SRS et l'Agence Régionale de Santé le reconnaissent comme un acteur majeur de l'animation territoriale et de la coordination des politiques de l'autonomie. Le Département réaffirmera son rôle de chef de file et de pilote du service public territorial de l'autonomie en concertation et en coordination avec les acteurs institutionnels et les partenaires de l'autonomie à l'échelle départementale et territoriale.

Une articulation sera nécessaire entre le SRS et le Schéma de l'offre médico-sociale de l'autonomie du Département pour lequel un avis de l'ARS sera sollicité.

# DEPARTEMENT DU PAS-DE-CALAIS

Pôle Solidarités  
Direction de l'Autonomie et de la Santé  
Service des Dynamiques Territoriales et Stratégies

**RAPPORT N°13**

Territoire(s): Tous les territoires

EPCI(s): Tous les EPCI des territoires

## **CONSEIL DEPARTEMENTAL**

### **REUNION DU 25 SEPTEMBRE 2023**

#### **AVIS DU DÉPARTEMENT SUR LA RÉVISION DU PROGRAMME RÉGIONAL DE SANTÉ 2018-2028**

##### **I. Contexte**

Adopté en novembre 2018, le programme régional de santé (PRS) 2018-2028 fait aujourd'hui l'objet d'une révision partielle réglementaire. Cette révision concerne deux composantes du projet régional de santé : le Schéma Régional de Santé (SRS) et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies (PRAPS).

Le Schéma régional de Santé (SRS) décline, pour les 5 prochaines années, les orientations du PRS en objectifs opérationnels ; le PRAPS est une déclinaison spécifique du SRS.

Le SRS est établi sur la base du bilan du SRS et du PRAPS précédent et d'une évaluation des besoins et de l'offre de santé. Il détermine des prévisions d'évolution et des objectifs opérationnels pour l'ensemble de l'offre de soins, de prévention, de promotion de la santé et d'accompagnement médico-social.

La révision du SRS et du PRAPS est en cohérence avec la nouvelle Stratégie Nationale de Santé qui s'est appuyée sur la contribution du Haut Conseil de la santé publique et les débats publics du conseil national de la refondation. Elle constitue le cadre régional et les domaines d'actions prioritaires pour améliorer la santé de la population des Hauts-de-France.

Les 7 orientations stratégiques définies en 2018 dans le Cadre d'Orientation Stratégique (COS) ont évolué du fait de reformulations ou de regroupements, laissant place à 6 orientations stratégiques :

- Orientation stratégique 1 : Renforcer la prévention pour réduire les inégalités de

santé

- Orientation stratégique 2 : Assurer la veille et la gestion des risques sanitaires
- Orientation stratégique 3 : Favoriser la santé tout au long de la vie
- Orientation stratégique 4 : Assurer l'accès à la santé dans les territoires
- Orientation stratégique 5 : Mettre les territoires au cœur de la stratégie régionale de santé
- Orientation stratégique 6 : Mobiliser les usagers et les citoyens comme acteurs de la politique de santé et faire vivre la démocratie en santé.

Ces 6 orientations stratégiques sont déclinées en 24 objectifs généraux puis en objectifs opérationnels.

Co-pilotée par l'Assurance Maladie, la concertation s'est organisée selon deux axes : des débats publics qui ont mobilisé plus de 1 000 participants et, dès novembre 2022, des concertations avec la Conférence Régionale de la Santé et de l'Autonomie (CRSA) et un séminaire.

Depuis fin 2022, les services du Conseil départemental ont participé à de nombreuses réunions de concertation, aux 3 Conseils Nationaux de la Refondation Santé (CNR) (Amiens, Douai et Dunkerque) ainsi qu'à un séminaire de la CRSA.

Conformément à l'article R1434-1 du Code de l'Action Sociale et des Familles, l'avis du Département est sollicité sur la révision du SRS et du PRAPS. Il est proposé que cet avis soit favorable avec réserves. L'annexe 3 au présent rapport reprend l'intégralité des remarques qu'il est proposé de transmettre à l'ARS.

Les versions révisées pour consultation du SRS et du PRAPS sont également jointes en annexes 1 et 2 au présent rapport.

## **II. Le constat et les enjeux sont globalement partagés par le département.**

A la lecture des documents soumis à consultation, 68 des 103 des objectifs opérationnels sont en lien direct avec les politiques départementales et les ambitions définies dans le projet de mandat.

Ces objectifs s'inscrivent pleinement dans les Pactes des Solidarités Humaines, des réussites citoyennes et des solidarités territoriales.

Le Département ne peut qu'être d'accord avec les éléments de diagnostic qui posent le triste constat d'une problématique croissante de démographie des professionnels de santé, de difficultés d'accès aux soins aggravées dans certains territoires notamment ruraux et pour certaines populations à « mobilité réduite » (personnes en situation de handicap, en situation de précarité, personnes âgées...).

Le Département approuve également la nécessité de renforcer les actions de prévention, de repérage et de dépistage dans tous les milieux de vie et tout au long de la vie.

## **III. Des réserves importantes doivent toutefois être exprimées.**

Bien que la plupart des préoccupations du Département du Pas-de-Calais ont bien été prises en compte, certains points appellent des remarques présentées ci-après :

Concernant les objectifs et les résultats attendus, il serait nécessaire de définir les modalités de mise en œuvre, de suivi et d'évaluation, ainsi que les moyens qui seront alloués pour y parvenir.

Par ailleurs, le Département s'inquiète du décalage entre les éléments de diagnostic, qui montrent bien que le Pas-de-Calais ne bénéficie pas d'une situation économique et d'un état de santé favorable, et l'insuffisance des moyens accordés. Sa population vieillit, avec une prévalence des maladies chroniques et une évolution importante de personnes âgées dépendantes nécessitant davantage de soins.

Le Département rencontre d'importantes difficultés de démographie médicale, ajoutées à la difficulté de remplacement des professionnels de santé partis en retraite.

Les actions de prévention, de repérage, de dépistage mises en avant dans le SRS sont primordiales mais dépourvues de sens si la coordination avec le parcours de soins ne peut être garantie aux habitants.

Il est donc proposé que le Département demande que le SRS prenne en compte ces difficultés en allouant les moyens financiers et humains adaptés afin que tout habitant du Pas-de-Calais puisse accéder à l'offre de soins dont il a besoin, qu'elle soit préventive ou thérapeutique, et qu'elle lui soit accessible géographiquement et financièrement.

Il convient de statuer sur cette affaire et, le cas échéant :

- de m'autoriser à transmettre à Monsieur le directeur général de l'agence régionale de santé, au nom et pour le compte du Département, l'avis favorable avec réserves sur le Schéma Régional de Santé (SRS) et le Programme Régional d'Accès à la Prévention et aux Soins des personnes démunies (PRAPS), selon les termes de l'annexe 3 au présent rapport.

La 2ème Commission - Solidarités Humaines a émis un avis favorable sur ce rapport lors de sa réunion du 05/09/2023.

Je vous prie de bien vouloir en délibérer.

Le Président du Conseil départemental

SIGNE

Jean-Claude LEROY